

Beleid Kwaliteitsmanagementsysteem

In dit document zitten hyperlinks naar:	Dit document heeft raakvlakken met:
Interfokus, inrichting en Onderhoud	Kwaliteitskader

Proceseigenaar	RvB	Auteur	Afd. Kwaliteit & Beleid
Versie	6.0	Status	concept
Datum vaststelling MT		Datum laatste actualisatie	16-04-2024
Vastgesteld OR? Datum?		Vastgesteld CRF? Datum?	Ja, 21-02-2024
Datum nieuwe evaluatie			

Inhoud

Inleiding	2
Kwaliteitsbeleid Primair proces.....	4
Kwaliteitsnormen Primair Proces c.q. Toetsingskader	4
Kwaliteitsmetingen primair proces.....	5
Kwaliteitsverbetering primair proces	7
Risicomanagement Primair Proces	10
Melding Calamiteit IGJ.....	10
Kwaliteit en Staf en Ondersteuning	10
Staf.....	10
Ondersteuning	11
Document Management Systeem	12
Bijlage 1 Uitnodiging Teams.....	13
Bijlage 2 Gespreksleidraad en Kwaliteitsnormen	15
Bijlage 2 Gespreksleidraad audit staf	19
Werkinstructie Dialoogsessie	20
Dialoogsessie, waarom eigenlijk?.....	20
Hoe verloopt een dialoogsessie?.....	21
Werkinstructie Interfokus	22
Definities	22
<i>Processen</i>	22
<i>Typen documenten</i>	22
Rollen	23
Proces documentenbeheer.....	23
Nieuw kwaliteitsdocument	23

Inleiding

Een kwaliteitsmanagementsysteem in de zorg is een gestructureerde aanpak om de kwaliteit van zorg te waarborgen en te verbeteren. Het omvat alle processen, procedures, richtlijnen en activiteiten die gericht zijn op het leveren van hoogwaardige assistentie aan cliënten.

Het kwaliteitsmanagementsysteem bij Fokus omvat verschillende elementen, zoals:

1. Kwaliteitsbeleid: Een duidelijke visie en strategie voor het leveren van kwalitatieve ADL-assistentie;
2. Kwaliteitsnormen: Het vaststellen van specifieke normen en criteria waaraan de dienstverlening moet voldoen;
3. Kwaliteitsmetingen: Het verzamelen van gegevens en het uitvoeren van metingen om de kwaliteit van de assistentie te beoordelen, bijvoorbeeld door middel van client tevredenheidsonderzoeken en audits;
4. Kwaliteitsverbetering: Het identificeren van verbeterpunten en het implementeren van maatregelen om de kwaliteit van de assistentie te verbeteren, zoals het opstellen van verbeterplannen en het monitoren van de voortgang;
5. Risicomanagement: Het identificeren en beheersen van risico's die de kwaliteit en veiligheid kunnen beïnvloeden, bijvoorbeeld door het implementeren van veiligheidsmaatregelen en het melden en analyseren van incidenten;

Proceseigenaar	RvB	Auteur	Afd. Kwaliteit & Beleid
Versie	6.0	Status	concept
Datum vaststelling MT		Datum laatste actualisatie	16-04-2024
Vastgesteld OR? Datum?		Vastgesteld CRF? Datum?	Ja, 21-02-2024
Datum nieuwe evaluatie			

6. Document Management Systeem: een logisch ingericht documentbeheersysteem dat de uitvoering van kwaliteitsbeleid ondersteunt door goede vindbaar- en herkenbaarheid van de documenten die aan de voorgeschreven kwaliteitseisen voldoen;

Het kwaliteitsmanagementsysteem is bedoeld om een cultuur van continue verbetering te bevorderen en ervoor te zorgen dat de assistentie veilig, effectief, cliëntgericht, tijdig en efficiënt is. Het kan helpen om de processen te stroomlijnen, de client- en medewerkersveiligheid te vergroten, de tevredenheid van cliënten en medewerkers te verbeteren.

In het sturen op kwaliteit zijn centrale kwaliteitskaders en sturing noodzakelijk om te voorkomen dat op elk niveau in de organisatie kwaliteit een andere invulling krijgt.

Onderhavig document biedt een structuur waardoor een logisch en helder normen c.q. toetsingskader ontstaat waarop gestuurd en gecontroleerd kan worden, opdat de uniformiteit in alle projecten en op alle niveaus geborgd kan worden.

Dit beleid voorziet tevens in een structuur om te toetsen en om op alle niveaus de PDCA-cirkel te hanteren, zonder deze als zodanig te benoemen.

Proceseigenaar	RvB	Auteur	Afd. Kwaliteit & Beleid
Versie	6.0	Status	concept
Datum vaststelling MT		Datum laatste actualisatie	16-04-2024
Vastgesteld OR? Datum?		Vastgesteld CRF? Datum?	Ja, 21-02-2024
Datum nieuwe evaluatie			

Kwaliteitsbeleid Primair proces

Zoals gezegd, op het hoogste abstractieniveau is de visie op Kwaliteit vastgelegd in de Missie, Visie en kernwaarden van Fokus. Wat meer geconcretiseerd staat de visie op kwaliteit in het Kwaliteitskader ADL-assistentie in ADL-clusters 2018 (hierna te noemen Kwaliteitskader).

In hoofdstuk 2 van het Kwaliteitskader staat de visie op kwaliteit beschreven. Enkele essentiële punten hieruit:

'Het basisprincipe van ADL-assistentie is de eigen regie van de client. Daarom is de visie op kwaliteit van ADL-assistentie onlosmakelijk verbonden met de visie op eigen regie. Eigen regie wordt omschreven als het vermogen en de gelegenheid tot het zelf, autonoom bepalen, naar eigen inzicht, overtuiging en oordeel, van eigen keuzen in en rond het leven.

De kwaliteit van ADL-assistentie wordt omschreven als de mate waarin de inzet van medewerkers en andere middelen bijdraagt aan de realisatie van het kunnen leiden van een eigen leven door de client en het kunnen anticiperen aan de samenleving zoals de client dat verkiest.

Veiligheid is een belangrijke pijler voor kwaliteit: in technische en protocollaire zin maar zeker ook gevoelsmatig. De kwaliteit en veiligheid van de dienstverlening worden bepaald door de mate waarin de wens van de cliënt en de professionaliteit van de ADL-assistent op elkaar zijn afgestemd. Zij geven dit vorm in co-creatie gebaseerd op dialoog.

Fokus is van mening dat voorwaarde voor goede ADL-assistentie is, dat kwaliteit van iedereen is. Kwaliteit is een iteratief proces van verbeteringen op relationele, algemene en technische kwaliteitsaspecten. Daarom investeert Fokus in het inbedden van de cyclische werkmethode van leren en verbeteren. Door continu te leren, te verbeteren en goede resultaten te borgen, is kwaliteit blijvend in ontwikkeling.

Kwaliteitsnormen Primair Proces c.q. Toetsingskader

Kwaliteitsnormen zijn meetbare waarden die een vertaling vormen van de visie op kwaliteit. Anders gezegd, de mate van het behalen van de normen geeft een indicatie dat de Missie, Visie, Kernwaarden en het Kwaliteitskader in de uitvoering geïntegreerd zijn.

De sturing op de kwaliteitsnormen valt binnen de pijler van de lijn. Binnen het KMS gaan we uit van de kwaliteitsnormen, afspraak is afspraak. Met de kwaliteitsnormen als uitgangspunt de informatie opgehaald die nodig is om te kunnen verbeteren. Dus om zaken zichtbaar te krijgen die het behalen van de norm belemmeren of die het mogelijk maken te verbeteren.

Op teamniveau betreffen de kwaliteitsnormen vooral de uitvoering van de ADL Assistentie. Op regionaal niveau is niet zozeer de uitvoering van de ADL-assistentie zelf genormeerd als wel de mate waarin de ADL-assistentie wordt georganiseerd, gestuurd en cyclisch wordt verbeterd en in welke mate die verbeteringen worden en zijn geïmplementeerd. In de lijn is een verantwoordingscyclus afgesproken waarin dit wordt gevolgd en indien nodig bijgesteld, sturing op de normen is aan de lijn. Op landelijk niveau komen alle kwaliteitsnormen samen in het Kwaliteitsjaarverslag. De verbeterpunten die daaruit voortkomen landen in het meerjaren beleidsplan, nieuw beleid of een van de speerpunten. In het MT wordt de voortgang gevolgd en waar nodig het plan bijgesteld.

Proceseigenaar	RvB	Auteur	Afd. Kwaliteit & Beleid
Versie	6.0	Status	concept
Datum vaststelling MT		Datum laatste actualisatie	16-04-2024
Vastgesteld OR? Datum?		Vastgesteld CRF? Datum?	Ja, 21-02-2024
Datum nieuwe evaluatie			

Kwaliteitsmetingen primair proces

De kunst is om bij alle metingen de balans te bewaren tussen afvinken en het waarderend gesprek. Oftewel, elke meting, ook de interne audit, is in feite een vorm van controle of we ons aan gemaakte afspraken houden en tegelijk is het effectiever als het een positieve ervaring is.

De gespreksleidraad voor de audits is bijvoorbeeld gebaseerd op een deel van de beschreven normen zonder elke vorm van spontaan gesprek te willen belemmeren; er moet wel ingespeeld kunnen worden op wat actueel is. Dat geldt bijvoorbeeld ook voor dialoogsessies en de landelijke kwaliteitscommissie.

Teamniveau

- a. Door de afdeling Kwaliteit en Beleid worden jaarlijks 30 teams intern geaudit in het eerste half jaar op basis van de methodiek 'waarderend en resultaatgericht auditen.' Dat wil zeggen dat de prestatie indicatoren c.q. KPI's het uitgangspunt zijn voor het goede gesprek maar dat de audit geen verantwoordingsgesprek is. Dat is aan 'de lijn.'
Per project wordt conform vast format een verslag gemaakt dat met de MAA wordt gedeeld. De MAA draagt er zorg voor dat dit in het team en met ondersteuning wordt besproken en stelt waar nodig met het team verbeteracties op. In (voorbereiding van) het kwartaaloverleg met DAA worden verslagen met reacties van de MAA aangeboden en besproken. Het jaarverslag interne audits wordt opgenomen in Kwaliteitsjaarverslag voor RvB en directiebeoordeling.
- b. In het tweede half jaar wordt bij dezelfde teams een vervolg audit ingepland met dezelfde auditors en format om de PDCA-cirkel rond te maken: wat is er met de verbeteracties van de audit gedaan. Het rapport daarvan wordt ook meegenomen in kwartaaloverleg/audit DAA. Er kan voor gekozen worden de ondersteuning hierbij uit te nodigen en zeker de deelnemende cliënten.
- c. Per jaar worden 10 teams door LSR extern geaudit. Hierbij worden ook de cliënten betrokken in de audit zelf als wel in het spiegelgesprek ter afronding. Dit is volgens de methodiek themagericht auditen; het thema wordt in Q4 voorafgaand aan het kalenderjaar door de RvB bepaald. De rapportages worden gestuurd aan MAA en DAA. De MAA dragen zorg voor bespreking in het team en dialoogsessie (met cliënten). Het eindrapport wordt opgenomen in het Kwaliteitsjaarverslag voor de RvB en directiebeoordeling.
- d. De Adviseur Kwaliteit monitort meerdere keren per week de VOBO-meldingen en de opvolging daarvan in SMILE (later ook MOG). Maandelijks wordt een reminder naar de MAA gestuurd van de nog openstaande VOBO-meldingen of andere opvallende zaken. Voor het kwartaaloverleg met DAA wordt kwartaaloverzicht gemaakt.
- e. Een deel van de kwaliteitsnormen is voor de lijn beschikbaar in de BITool ten behoeve van sturing.

Regioniveau

Ieder kwartaal worden met de DAA een overleg gepland met de afdeling Kwaliteit & Beleid.

Dit overleg heeft als agenda:

- Resultaatgerichte audit op vastgestelde regionale kwaliteitsnormen;
- Bespreken kwartaalrapport VOBO-meldingen en analyse regio;
- Bespreken auditverslagen afgelopen kwartaal regio;
- Bepalen welke verbeteracties n.a.v. bovenstaande in het verbeterregister moeten worden opgenomen.

Proceseigenaar	RvB	Auteur	Afd. Kwaliteit & Beleid
Versie	6.0	Status	concept
Datum vaststelling MT		Datum laatste actualisatie	16-04-2024
Vastgesteld OR? Datum?		Vastgesteld CRF? Datum?	Ja, 21-02-2024
Datum nieuwe evaluatie			

Het verslag van dit overleg wordt gemaakt door de afd. Kwaliteit & Beleid en gedeeld met DAA en RvB en AK&B werkt Verbeterregister bij.

Ondersteuning

Vanaf 2024 zal de directe ondersteuning, Verpleegkundig Coaches, Coaches TWG, de Gedragkundige en de planners worden aangestuurd door een manager Expertise. De plaats van deze functionaris in de organisatie is nog niet vastgelegd maar inhoudelijk is er reden om deze functionaris inclusief de medewerkers apart op te nemen in de PDCA-cyclus in kader van het Kwaliteitsmanagement.

Deze ondersteuningsgroep die zo nauw betrokken is bij het primair proces zal jaarlijks een geaudit worden. Zie ook hoofdstuk Staf en Ondersteuning.

Landelijk niveau

- In periodiek overleg tussen AK&B en RvB worden opvallende zaken uit kwartaalrapportages besproken;
- Monitoring dat punten Verbeterregister worden verwerkt in jaar/beleidsplannen;
- Middels Directiebeoordeling Kwaliteitsjaarverslag worden alle meetinstrumenten op landelijk niveau geanalyseerd en beoordeeld.

Client

De interne audits zijn meer gericht op de zogeheten 'hardere' kant van kwaliteit in vergelijking tot de externe audits die meer gericht zijn op de beleefde kwaliteit. In beide audits worden cliënten meegenomen waarbij de externe audits dus meer gericht zijn op de beleving van de kwaliteit zijn de interne audits naar de client toe vooral gericht op het effect van beleid en de uitvoering daarvan.

In gesprek met cliënten zal bijvoorbeeld gevraagd worden in hoeverre zij bekend zijn met de missie, visie en kernwaarden en hoe zij dat ervaren in de dagelijkse assistentie. Ook zal gevraagd worden hoe zij worden betrokken bij besluitvorming op het project en worden geïnformeerd daarover. Hoe verlopen de dialoogsessies, de terugkoppeling daarvan en de evaluatiecyclus van het CGM. Zijn zij bekend met de Cliëntenraad en de ondersteuning; weten zij die te vinden?

De betrokkenheid van cliënten bij de kwaliteit van de assistentie is formeel (WMCZ) vormgegeven in de betrokkenheid van de centrale cliëntenraad van Fokus bij beleid rondom kwaliteit. Dit maakt geen deel uit van het KMS maar van de governance rondom besluitvorming binnen de organisatie (hyperlink).

Om de client zoveel mogelijk bij de gehele PDCA cyclus te betrekken is het voorstel om de voormalige regionale kwaliteitscommissies om te vormen tot een landelijke kwaliteitscommissie waarin we de met de cliënten**, DAA, de manager expertise, de afdeling Kwaliteit & Beleid de in de kwartaal overleggen besproken stukken tweemaal per jaar agenderen voor de landelijke kwaliteitscommissie met cliënten. Door het aantal bijeenkomsten beperkt te houden maar wel goed voor te bereiden streven we naar commitment van alle deelnemers om ook daadwerkelijk actief deel te nemen.

De landelijke kwaliteitscommissie is geen medezeggenschapsorgaan maar een adviescommissie die advies uitbrengt aan de Raad van Bestuur naar aanleiding van bespreking onderstaande documenten. De voorbereiding vind plaats in de kwartaal overleggen over kwaliteit tussen RvB, DAA, Bestuurssecretaris en AK&B. Het is de bedoeling dat vanuit de verschillende aanwezigen met hun eigen perspectieven in ieder geval gekeken wordt naar:

- Analyse VOBO
- Kwaliteitsjaarverslag
- CTO/MTO indien van toepassing
- PRISMA rapporten/IGJ
- Audits

Proceseigenaar	RvB	Auteur	Afd. Kwaliteit & Beleid
Versie	6.0	Status	concept
Datum vaststelling MT		Datum laatste actualisatie	16-04-2024
Vastgesteld OR? Datum?		Vastgesteld CRF? Datum?	Ja, 21-02-2024
Datum nieuwe evaluatie			

- Verbeterregister (stand van zaken)

*** dat kan zijn een afvaardiging van de CRF, andere cliënten of een combinatie. Uitgangspunt is 3 met een deelnametermijn van minimaal 3 jaar.

Het verslag van dit overleg wordt gemaakt door de afd. Kwaliteit & Beleid en gedeeld met deelnemers, DAA en RvB en AK&B werkt Verbeterregister bij.

Omdat het CGM kwalitatief en kwantitatief deel uitmaakt van de kwaliteitsnormen van het primair proces zal in het nieuwe CGM een regel worden opgenomen, dat de cliënt bij ondertekening tevens toestemming verleend voor het gebruik van het CGM voor kwaliteitsdoeleinden, concreet vooral bespreking tijdens de interne audits. Daarbij hebben de auditoren geen opvatting over de inhoud anders dan dat afspraken wel of niet in lijn zijn met vigerend beleid, waarom is er bijvoorbeeld van afgeweken? Hoe is dat geborgd? Is het CGM echt in samenspraak met de client tot stand gekomen? Wat ging daarin goed en wat kan beter? Tot de tijd dat het nieuwe CGM gereed is, zullen de CCP per mail toestemming vragen aan de cliënten van wie ze het CGM mee willen nemen naar de audit.

Kwaliteitsverbetering primair proces

a. Teamniveau

- Ieder team heeft een actueel jaarplan, dat bekend is bij alle teamleden. Alle teamleden kunnen interventies waar van toepassing herleiden naar de doelstellingen uit het jaarplan.
- Op korte termijn wordt het verbeterbord in alle teams geïntroduceerd en geïmplementeerd. Het is bedoeld als kort cyclische voortdurende verbetermethodiek op basis van 'de kunst van het klein maken.' Naast de Teamleider en de MAA moeten er circa twee mensen in het team verantwoordelijk zijn om ervoor zorg te dragen dat het verbeterbord dagelijks wordt toegepast.
- De meeste taken van de teamtaak Kwaliteit zijn inmiddels belegd bij de teamleider. Daarnaast was het draagvlak voor deze teamtaak beperkt. Voorstel is dan ook de formele teamtaak op te heffen. Laat onverlet dat de teamleider wel actief gebruik kan maken van de medewerkers die affiniteit hebben met kwaliteit. Agenderen agendapunten Kwaliteit is taak teamleider en voorzitter werkoverleg.
- Minimaal een maal per jaar wordt een dialoogsessie gehouden met medewerkers en cliënten. De dialoogsessie maakt onderdeel uit van de PDCA cirkel op het project en is cyclisch. Voor meer inhoudelijke informatie over de dialoogsessies wordt hier verwezen naar de werkinstructie dialoogsessie (HYPERLINK). De dialoogsessies kunnen natuurlijk ook leiden tot nieuwe vraagstukken. Afhankelijk van de complexiteit landen de daaruit voort vloeiende verbeteracties in het jaarplan, op het werkoverleg en/of het verbeterbord.
- 10 x jaar wordt een werkoverleg gehouden volgens de vaste agenda en de vastgestelde jaaragenda, opdat ook alle kwaliteitsinstrumenten in het team besproken worden;
- 5 x per jaar vindt het iMDO plaats waarin lopende en terugkerende clientsituaties worden besproken en interventies worden afgesproken, ter voorkoming escalatie met MAA, TL, EVA Coaches, Coaches TWG en gedragskundigen.

b. Regioniveau

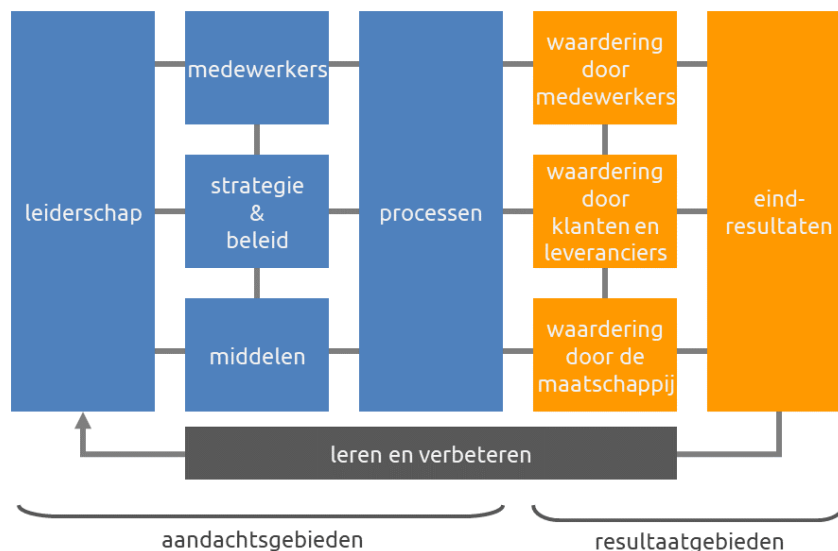
- Dagelijkse monitoring SMILE wordt per kwartaal besproken met DAA, incl. verbetervoorstellen.
- De afdeling Kwaliteit & Beleid sluit aan bij beleidsdagen MAA & DAA t.b.v. beleidsvoorbereiding en delen bevindingen audits en analyses.

Proceseigenaar	RvB	Auteur	Afd. Kwaliteit & Beleid
Versie	6.0	Status	concept
Datum vaststelling MT		Datum laatste actualisatie	16-04-2024
Vastgesteld OR? Datum?		Vastgesteld CRF? Datum?	Ja, 21-02-2024
Datum nieuwe evaluatie			

- Per jaar organiseert de AB&K intervisie bijeenkomsten voor de MAA, coaches en gedragskundigen van de regio. Tijdens deze bijeenkomsten worden de analyses van de VOBO en MOG-meldingen doorgenomen in de context: wat zien we hier, wat kunnen we leren en beter doen? Indien actueel worden op deze bijeenkomsten ook de recente, geanonimiseerde PRISMA onderzoeksrapporten doorgenomen om te leren van en met elkaar van fouten die gemaakt zijn.
We gaan uit van 2 bijeenkomsten per jaar voor alle genoemde medewerkers in een groepsgrootte die het goede gesprek ondersteunt.

c. Landelijk niveau

- Directie beoordeling Kwaliteitsjaarverslag in Q2. De methode is dat in de voorbereiding door de MT leden en de jaarlijkse bespreking het Kwaliteitsjaarverslag geanalyseerd en beoordeeld wordt door de lens van het INK-model.
De verbeteracties worden getrapd opgenomen in Verbeterregister en jaarplan/meerjaren beleidsplan. Voor de directiebeoordeling wordt door de RvB, DAA, DHR en AK&B een dagdeel eind Q2 gereserveerd.



- Een maal per kwartaal vindt het overleg tussen de RvB en de Commissie van de Raad van Toezicht plaats. Daarbij zijn de DAA en AK&B aanwezig. Het meest recente verslag van het kwartaalgesprek met de DAA wordt in dit overleg besproken. Dit overleg wordt voorbereid met RvB, BS, DAA, AK&B.

d. Afdeling Kwaliteit & Beleid

- AK&B** kijkt dagelijks of in elk geval meerdere keren per week de meldingen in SMILE en beoordeelt zo nodig of er aanvullend actie genomen moet worden. Bijvoorbeeld de melding van een calamiteit bij de IGJ; hiertoe verstrekt AK&B onafhankelijk advies aan de RvB;
- Maandelijks wordt hier, indien relevant, een analyse van gemaakt voor de betreffende MAA

Proceseigenaar	RvB	Auteur	Afd. Kwaliteit & Beleid
Versie	6.0	Status	concept
Datum vaststelling MT		Datum laatste actualisatie	16-04-2024
Vastgesteld OR? Datum?		Vastgesteld CRF? Datum?	Ja, 21-02-2024
Datum nieuwe evaluatie			

Maandelijks analyse en rapportage aan MAA van dagelijkse monitoring SMILE (MOG, VOBO) en per kwartaal wordt een analyse per regio opgesteld.

- Tussenrapportage interne audits op basis vast format eerste half jaar en eindrapportage audits na bespreking voortgang het tweede half jaar. Auditverslagen worden opgenomen in kwartaalrapportage voor DAA.
- AK&B schrijft en analyseert Kwaliteitsjaarverslag ten behoeve van directiebeoordeling.
- AK&B ontwikkelt beleid en adviseert ten aanzien van beleid naar aanleiding analyses, auditrapporten en externe jaarverslagen (Klachtenfunctionaris, vertrouwenspersoon etc.);
- Intervisie (2 x jaar voor alle MAA, coaches en gedragskundigen) met lijn en ondersteuning om daadwerkelijk te leren van incidenten en bijna incidenten PRISMA onderzoeken, analyse MOG en VOBO).
- AK&B vormt de portier voor het Interfokus, plaatst documenten na beoordeling of deze aan de afgesproken voorwaarden voldoen. In overleg met de proceseigenaar wordt bepaald in welke zoek-route het document wordt geplaatst.

Proceseigenaar	RvB	Auteur	Afd. Kwaliteit & Beleid
Versie	6.0	Status	concept
Datum vaststelling MT		Datum laatste actualisatie	16-04-2024
Vastgesteld OR? Datum?		Vastgesteld CRF? Datum?	Ja, 21-02-2024
Datum nieuwe evaluatie			

Risicomanagement Primair Proces

SMILE is het Veiligheidsmanagement Systeem. Hierin worden alle (bijna) incident meldingen gedaan en in de loop van 2024 ook alle meldingen ongewenst gedrag. Daarnaast kennen we nog de Formulierenapplicatie en tilthermometer voor de risicosignalering per handeling op cliëntniveau. Tenslotte is het gesprekshulpmiddel Regieverlies in ontwikkeling. Dat is voorlopig een Excel document dat in het CGM en client dossier wordt bewaard.

VOBO-meldingen dienen door de MAA/teamleider uiterlijk binnen 2 werkdagen te worden opgepakt en is er binnen 14 dagen relevante actie ondernomen. AK&B monitort de kwaliteit van de interventies en terugkoppeling/nazorg naar betrokkene en rapporteert daarover in combinatie met de kwantitatieve rapporten die SMILE genereert.

Als daar aanleiding toe is neemt AK&B contact op met de MAA naar aanleiding van bevindingen en analyse. Het totaal daarvan wordt meegenomen in het Kwaliteitskwartaalgesprek tussen AK&B en de DAA.

De jaarcijfers van de instrumenten worden opgenomen in het Kwaliteitsjaarverslag en beoordeeld tijdens de directie beoordeling. Waar nodig bereidt AK&B dit voor door middel van analyse en advies over te ontwikkelen of aan te passen beleid.

De verbeterpunten die hieruit komen worden opgenomen in het Verbeterregister en vandaaruit in het (meerjaren) beleidsplan en/jaarplan of nieuw beleid.

Op basis van de inhoudelijke beoordeling van de VOBO-meldingen adviseert AK&B onafhankelijk aan de RvB of melding calamiteit bij de IGJ moet plaats vinden.

Voor uitgebreide beschrijving van de VOBO-procedure verwijzen we naar de werkinstructie.

Melding Calamiteit IGJ

Een calamiteit is volgens de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz): "Een calamiteit, is een niet-beoogde of onverwachte gebeurtenis, die betrekking heeft op de kwaliteit van de zorg en die tot de dood van of een ernstig schadelijk gevolg voor een cliënt heeft geleid" Een andere meldingsplichtige situatie is op basis van de Wkkgz artikel 11 lid 1 onder c 'dat de zorginstelling als werkgever melding dient te maken bij de IGJ van een opzegging, ontbinding of niet voortzetting van een arbeidsovereenkomst met een zorgverlener op grond van zijn oordeel dat de zorgverlener ernstig is tekort geschoten in zijn functioneren.'

Een melding die gedaan wordt naar aanleiding van een van bovenstaand beschreven situaties moet gedaan worden bij de IGJ. Zie daartoe de geldende procedure. (Hyperlink/bijlage).

Een arbeidsongeval is een ongeval dat plaatsvindt tijdens of door werkzaamheden in Nederland. Een werkgever is verplicht een arbeidsongeval direct te melden bij de Arbeidsinspectie als er sprake is van dodelijke afloop, ziekenhuisopname of blijvend letsel. Zie daartoe geldende procedure (Hyperlink)

Kwaliteit en Staf en Ondersteuning

Staf

Het KMS richt zich voornamelijk op het primair proces omdat het uitgangspunt is dat de gehele organisatie is opgebouwd vanuit het primair proces. De staf en ondersteuning maken in die context wel degelijk ook onderdeel uit van het KMS.

Proceseigenaar	RvB	Auteur	Afd. Kwaliteit & Beleid
Versie	6.0	Status	concept
Datum vaststelling MT		Datum laatste actualisatie	16-04-2024
Vastgesteld OR? Datum?		Vastgesteld CRF? Datum?	Ja, 21-02-2024
Datum nieuwe evaluatie			

Daarbij past evenwel geen vastgesteld toetsingskader voor de staf omdat dit uit zou gaan van een staf gestuurde organisatie. Essentiële vraag is of de staf voortdurend aan het verbeteren is op basis van de behoefte van het primair proces en in afstemming met het primair proces.

Het risicomanagement en de audits vanuit de systeemwereld belegd zijn bij de DF, de AO/IC auditor en de accountant. De jaarlijkse resultaatafspraken tussen het primair proces en de staf worden geformuleerd en gemonitord door de directie. In het KMS wordt daarom uitgegaan van tweejaarlijkse audits voor de staf waarbij getoetst zal worden in hoeverre de stafafdelingen tegemoet komen aan bovengenoemde essentiële vraag door te onderzoeken of en hoe zij op de hoogte zijn van (nieuw)beleid, of en hoe wordt onderzocht in hoeverre beleid, afspraken en besluiten van de stafafdelingen aansluiten bij de behoefte van en impact hebben op het primair proces, hoe de implementatie wordt vorm gegeven en geëvalueerd en hoe het afstemmingsproces met het primair proces algemeen plaats vindt.

Het betreft de staf die valt onder de stafdirecteuren (HR, I&A, Finance, Bedrijfsbureau). Uitgaande van tweedaagse audits over de verschillende stafafdelingen zullen per jaar maximaal 2 stafonderdelen en de onderliggende afdelingen geaudit worden.

Het auditverslag wordt besproken met de betreffende directeur en de resultaten worden verwerkt in het Kwaliteitsjaarverslag.

<p>Vindt er structureel werkoverleg plaats op de afdeling? Worden tijdens dit overleg de Nieuwsbrieven voor medewerkers en cliënten besproken? Worden de bestuursbesluiten en beleidsontwikkelingen besproken? Hebben jullie de indruk dat jullie issues ook terecht komen bij RvB/MT? Hoe bemerk je dat?</p> <p>Hoe wordt het effect daarvan op jullie afdeling bepaald? Hebben jullie werkinstructies c.q. protocollen? Hoe wordt getoetst of aangepast beleid moet worden verwerkt in jullie werkinstructies? Wie doet dat? Hoe wordt dat geïmplementeerd.</p> <p>Als jullie afdeling een werkwijze wil aanpassen hoe komt dat dan tot stand? Hoe vindt de afstemming met andere afdelingen en vooral het primair proces plaats? Hoe wordt dat verwerkt in de voorgestelde wijziging? Waar wordt dat vast gelegd?</p> <p>De staf dient ter ondersteuning van het primair proces; hoe wordt in jullie afdeling vormgegeven aan dat principe? Hoe zijn en blijven jullie op de hoogte van wat er speelt in het primair proces?</p> <p>Hoe werken jullie aan voortdurend verbeteren?</p>

Ondersteuning

Een bijzondere positie is er voor de ondersteuning. Gedoeld wordt op de directe ondersteuning van het primair proces, de verpleegkundig coaches, de coaches TWG, de gedragskundigen en de regisseurs in-, door-, en uitstroom. Zij staan veel dichterbij het primair proces, maken er in zekere zindeel vanuit, worden (indirect vanaf 2024) aangestuurd door de DAA. Zij bewegen als het ware tussen twee werelden. Zij zijn verantwoordelijk voor de randvoorwaarden die nodig zijn voor het bevoegd en bekwaam maken van medewerkers, medeverantwoordelijk voor de instroom van de juiste cliënten, medeverantwoordelijk voor de kwaliteit van de samenwerkingsrelatie met cliënten maar strikt genomen ondersteunend en niet uitvoerend. Zij maken geen deel uit van de teams en zijn niet eindverantwoordelijk.

Aparte vermelding verdienen de planners; zij ondersteunen de teams eveneens maar dan meer op het aspect van de bedrijfsvoering.

Proceseigenaar	RvB	Auteur	Afd. Kwaliteit & Beleid
Versie	6.0	Status	concept
Datum vaststelling MT		Datum laatste actualisatie	16-04-2024
Vastgesteld OR? Datum?		Vastgesteld CRF? Datum?	Ja, 21-02-2024
Datum nieuwe evaluatie			

Gezien de nauwe betrokkenheid bij en invloed op het primair proces wordt de ondersteuning jaarlijks geaudit waarbij dezelfde essentiële vraag geldt als voor de staf met betrekking tot voortdurende verbetering ten behoeve van en in afstemming met het primair proces. Daarnaast wordt geaudit op de bijdrage aan de relevante normen uit het normenkader van de teams, zoals afgestemd aanbod opleidingen, bevoegde en bekwame medewerkers, klachten van cliënten.

Document Management Systeem

Interfokus is als DMS een onderdeel van het KMS en ondersteunt als zodanig de doelstellingen van het KMS. Een deel van Interfokus zal het Kwaliteitshandboek worden genoemd.

Het gaat dan om die documenten die het primair proces betreffen en die ondersteunend zijn aan de uitvoering van de ADL Assistentie in brede zin en die dus relevant zijn voor de borging van de uniformiteit en kwaliteit van het primair proces.

Met ADL Assistentie in brede zin wordt bedoeld op de uitvoer van de fysieke ADL handelingen alsook de werkwijze rondom het CGM, de gesprekscycli en de vastlegging daarvan, het gebruik van het VMS, het beleid omtrent de samenwerking tussen Fokus en cliënten en de knelpunten die zich daarin kunnen voordoen (regie(verlies), MOG, klachten), de planningssystematiek etc.

Het kwaliteitshandboek moet een toegankelijk, intuïtief en laagdrempelig platform zijn, opdat alle kwaliteitsdocumenten makkelijk te vinden zijn en door de gebruiker als helpend worden ervaren. Om dat te kunnen creëren moeten documenten in het Kwaliteitshandboek aan voorwaarden voldoen die onderstaand worden beschreven.

Het betekent ook, dat documenten die niet geschreven zijn voor het primair proces, denk aan een procesbeschrijving voor SA (dus wel de instructie voor de medewerking in kader van verloning bv!) of I&A (dus wel de handleidingen voor applicaties die in het primair proces worden gebruikt!), brondocumenten, sturende en ondersteunende processen of afspraken die uitsluitend het MT betreffen niet aan deze voorwaarden behoeven te voldoen.

Door de duidelijke afbakening van het Kwaliteitshandboek en de consequente doorvoering van de voorwaarden is het een behulpzaam en essentieel deel van het Kwaliteitsmanagementsysteem dat kwaliteit en uniformiteit creëert in de uitvoering van activiteiten en processen en risico's voorkomt.

- In het KHB staan werkinstructies, procesbeschrijvingen en beleidsdocumenten.
- Kwaliteitsdocumenten worden aan een thema gekoppeld De thema's zijn intuïtief, logisch en herkenbaar voor ADL Assistenten (en eventueel cliënten).
- De afdeling Kwaliteit & Beleid informeert medewerkers maandelijks in de Fokus Nieuwsbrief of en zo ja welke nieuwe kwaliteitsdocumenten gepubliceerd zijn en welke kwaliteitsdocumenten geüpdatet met een korte beschrijving van de wijzigingen in die documenten.
- Het KHB wordt eenvoudig en mobiel eenvoudig bereikbaar om te voorkomen dat er hard copys worden gemaakt waardoor medewerkers niet altijd met de meest actuele versie werken.

Het DMS is dus onderverdeeld in mappen. De mapjes zijn bij voorkeur als tegel met pictogram zichtbaar in Interfokus.

Voor een uitgebreide beschrijving van de inrichting en onderhoud DMS verwijzen we naar het beleidsdocument "Interfokus, inrichting en onderhoud." ([hyperlink](#)).

Proceseigenaar	RvB	Auteur	Afd. Kwaliteit & Beleid
Versie	6.0	Status	concept
Datum vaststelling MT		Datum laatste actualisatie	16-04-2024
Vastgesteld OR? Datum?		Vastgesteld CRF? Datum?	Ja, 21-02-2024
Datum nieuwe evaluatie			

**De bijlagen zijn voor de leesbaarheid in de voorbereiding
Aan het document toegevoegd maar behoren niet tot het uiteindelijke beleidsdocument.**

Bijlage 1 Uitnodiging Teams

Dag collega's,

Met ons allen spannen we ons, ieder op zijn eigen plek, iedere dag weer in om kwalitatief goede dienstverlening te bieden en om ons daarin voortdurend te verbeteren. Het is goed om af en toe in gesprek te gaan met elkaar over hoe dat lukt, over wat minder goed lukt en hoe het nog beter kan, dusover hoe jullie een echt Fokus team zijn, een zogeheten interne audit. Zo'n interne audit is leuk, leerzaam en nuttig.

Wij van de afdeling Kwaliteit en Beleid, Frida de Lange en Astrid Rieken, willen dit jaar graag de interne audit houden bij jullie in het team. De audit bestaat uit een hele dag voor de zomer en een terugkom middag na de zomer.

Op <DATUM> komt <NAAM> samen met <NAAM> bij jullie langs. Willen jullie die dag een ruimte voor ons beschikbaar houden om de gesprekken te voeren?

We adviseren jullie om per gesprek in elk geval met twee teamtaakleden bij ons aan te schuiven

Wie 1 lid van de van EVA samen met 1 lid van de TWG-werkgroep
2 CCP
Mentor met 1 medewerker 2-4 maanden in dienst (en evt. 1 flex lang)
MAA en Teamleider

Hoe

dag 1	9.00-9.45 uur	startgesprek MAA/TL
	10.00-11.00 uur	(in te schrijven voor EVA/TWG, CCP, mentor)
	11.15-12.15 uur	(in te schrijven voor EVA/TWG, CCP, mentor)
	12.15-13.00 uur	(pauze cq verwerking eerste gesprekken)
	13.00-14.00 uur	(in te schrijven voor EVA/TWG, CCP, mentor)
	14.00-15.00 uur	gesprek 1 à 2 cliënten van het project
	15.00-15.30 uur	inzage in CGM's
	15.30 uur	verwerking gesprekken

Via Teams eerste terugkoppeling audit aan MAA/TL voorafgaand aan afronding rapport.

dag 2 13.30 - 15.30 uur alle bovenstaande deelnemers, gesprek n.a.v. auditrapportage:
Hoe is die ontvangen, weke verbeterpuntenzijn opgepakt, Welke niet, waarom? Hebben de cliënten dit gemerkt? Wat wordt meegenomen in het jaarplan? Hoe was het om zo geaudit te worden, wat nemen jullie mee? Hoe nemen jullie het team en de cliënten hierin mee?

15.30 -16-30 uur Afronding MAA/ Teamleider

De audit vraagt wat voorbereiding van jullie:

CCP neem 1 CGM mee waar je trots op bent en neem 1 CGM mee waarvan je vindt dat het echt beter kan en moet.*
EVA-werkgroep neem het overzicht Bevoegd & Bekwaam mee.

Proceseigenaar	RvB	Auteur	Afd. Kwaliteit & Beleid
Versie	6.0	Status	concept
Datum vaststelling MT		Datum laatste actualisatie	16-04-2024
Vastgesteld OR? Datum?		Vastgesteld CRF? Datum?	Ja, 21-02-2024
Datum nieuwe evaluatie			

TWG Werkgroep neem een uitdraai van de tilthermometer mee.

MAA/Teamleider notulen werkoverleg (3) en iMDO (2)
 Jaarplanning werkoverleg, dialoogsessie, B&O, iMDO
 Teamplan

***** vergeet niet om de betreffende client om toestemming hiervoor te vragen!

Van de audit dag wordt een verslag gemaakt met een overzicht: wat gaat goed en wat kan beter. Daar kunnen jullie als team mee aan de slag.

Op de terugkomdag is dit verslag het uitgangspunt en gaan we in gesprek over hoe het verslag is besproken in het team, wat jullie hebben opgepakt en wat niet en waarom niet? Die middag kunnen we ook bekijken of jullie extra hulp of ondersteuning nodig hebben om die verbeterpunten op te kunnen pakken.

Wij kijken uit naar een hele positieve en leerzame dag,

Frida de Lange en Astrid Rieken-Boere
 Afdeling Kwaliteit en Beleid
 Fokus

Proceseigenaar	RvB	Auteur	Afd. Kwaliteit & Beleid
Versie	6.0	Status	concept
Datum vaststelling MT		Datum laatste actualisatie	16-04-2024
Vastgesteld OR? Datum?		Vastgesteld CRF? Datum?	Ja, 21-02-2024
Datum nieuwe evaluatie			

Bijlage 2 Gespreksleidraad en Kwaliteitsnormen

a. Teamniveau

De kunst is om de balans te bewaren tussen afvinken en het waarderend gesprek. Oftewel, de interne audit is wel in feite ook een vorm van controle of we ons aan gemaakte afspraken houden en tegelijk moet het worden ervaren als een fijn en leerzaam gesprek, waar ook aandacht uit spreekt.

Deze gespreksleidraad is gebaseerd op een deel van de onder beschreven normen zonder elke vorm van spontaan gesprek te willen belemmeren; er moet wel ingespeeld kunnen worden op wat actueel is. De vragen zijn af en toe heel bewust prikkelend of zelfs verwarrend bedoeld.

Opening

- Uitnodiging per mail zoals boven beschreven;
- Auditors dragen zorg voor 'iets lekkers' ten behoeve van sfeer;
- Kort voorstellen, verwachtingen uitspreken, geruststellen als nodig (associatiekaarten);
- Eerste vraag: wat maakt jullie een echt Fokus team? Waaraan kan ik dat zien? (Om te benadrukken dat het in dit geval gaat om het team als onderdeel van de organisatie)
- Waarom denkt de auditee dat er regels en afspraken zijn?

CGM

Op welk CGM ben je het meest trots? Wat maakt dat je er trots op bent? Op welk CGM ben je het minst trots en wat is het verschil? Wat mis je in het CGM? Hoe helpt/beperkt het CGM je in je dagelijks werk?

Klachten

Klagen jullie cliënten veel? Waar gaat dat dan meestal over? Wat doen jullie daarmee? Hebben ze een punt?

Wachttijden

Wat zou je zeggen, iedereen in jullie team loopt meteen op een bel of roken jullie eerst gezellig je sigaretje op; tenslotte jullie hebben ook recht op rust? Communiceren jullie over wachttijden via de intercom?

Bevoegd & Bekwaam

Wat voegt B&B zijn toe aan jouw werk? Hoe helpt dat jou om jouw team te motiveren B&B te worden en te blijven? Hoe helpt FokusLeren hierbij?

Tilthermometer

Denk je dat er een relatie is tussen het verzuim en de transfers? Hoe zouden jullie als teamtaak kunnen voorkomen dat er fysieke klachten ontstaan? Hoe heb je de laatste terugkomdag voor de training transfers ervaren?

VOBO/MOG

Wat maakt het invullen van een VOBO/MOG zo moeilijk? Stel dat we elk kwartaal een taart zouden geven aan het team met de meeste VOBO/MOG meldingen, wat zou er dan in dit team gebeuren? Wat doen jullie in het team met de VOBO/MOG meldingen?

Formulierenapplicatie

Hoe hebben jullie de taken verdeeld bij het invullen van de formulierenapplicatie (Risicosignalering). Weet je waar jullie dit voor doen?

Proceseigenaar	RvB	Auteur	Afd. Kwaliteit & Beleid
Versie	6.0	Status	concept
Datum vaststelling MT		Datum laatste actualisatie	16-04-2024
Vastgesteld OR? Datum?		Vastgesteld CRF? Datum?	Ja, 21-02-2024
Datum nieuwe evaluatie			

Werkoverleg

Vind je het belangrijk om bij het werkoverleg aanwezig te zijn; waarom wel/niet? Hoe helpt je dat in je dagelijks werk? Welk beleid is in het laatste werkoverleg besproken? Hoe worden de afwezige collega's hierover geïnformeerd? Ken je de planning van de werkoverleggen van dit jaar? Hoe wordt het voorbereid?

iMDO

ben je zelf wel eens bij een iMDO geweest? Weet je wat de bedoeling is en hoe je dat moet voorbereiden? Hoe komt wat daar besproken is in het team terecht?

Dialogsessie

Worden de dialogsessies bij jullie druk bezocht door cliënten? Zijn het positieve bijeenkomsten? Komen jullie terug op afspraken die worden gemaakt; hoe?

CTO

Had jullie team een eigen rapport? zo nee, waarom denk je dat zo weinig cliënten de vragen hebben ingevuld? Hoe hebben jullie het rapport besproken in het team; wat gaan jullie ermee doen?

Jaarplan

Wat vind jij het belangrijkste onderwerp in jullie jaarplan? Waar komen de onderwerpen voor het jaarplan vandaan (dialog, CTO, audits)? Is het hele team daarbij betrokken?

Verbeterbord

Lukt het om elke dag met het verbeterbord aan de slag te zijn? Waar helpt het bij? Wie zorgt dat verbeteracties in het jaarplan komen; hoe?

Cliëntgebonden		
CGM		Op basis van de eigen regie van de client irt de professionaliteit van de ADL-assistenten worden afspraken vastgelegd en tijdig geëvalueerd en bijgesteld waar nodig.
Klachten/ongeoegens cliënten		Ongeoegens worden gezien als verbetermogelijkheden. Deze worden geregistreerd en verbeteracties worden gemonitord. Ongeoegens zijn breed, kunnen bejegening/ongewenst gedrag, communicatie of de assistentie zelf betreffen.
Wachttijden		Er geldt een inspanningsverplichting ten aanzien van het percentage oproepen dat binnen 15 minuten na oproep wordt opgevolgd.
EVA en Transfers		
Bevoegd & Bekwaam voor EVA Handelingen (Fokus Leren)		De professionaliteit van Fokus vereist dat voldoende ADL-assistenten bevoegd en bekwaam zijn voor voorkomende EVA Handelingen in het project.
Tilthermometer & Tilliftencontrole		leder kwartaal worden mogelijke risico's rondom de transfers beoordeeld en worden

Proceseigenaar	RvB	Auteur	Afd. Kwaliteit & Beleid
Versie	6.0	Status	concept
Datum vaststelling MT		Datum laatste actualisatie	16-04-2024
Vastgesteld OR? Datum?		Vastgesteld CRF? Datum?	Ja, 21-02-2024
Datum nieuwe evaluatie			

	verbeteracties voorgesteld of expertise daartoe ingeschakeld.
Incidentpreventie en -meldingen	
VOBO meldingen/meldingen IGJ	Melding van (bijna) incidenten tijdens de ADL - assistentie
MOG	Melding van ongewenst gedrag door medewerkers.
Risico-Inventarisatie	Ten behoeve van de veiligheid worden potentiële risico's in de ADL Assistentie periodiek in kaart gebracht.
Communicatie	
(Notulen) werkoverleg	Vastgestelde jaarplanning werkoverleggen borgt bespreking verplichte onderwerpen, beleid en monitoring verbeteracties
IMDO	Interne cliëntbespreking
Dialogosessie	De collectieve dialoog tussen team en cliënten over verbeterpunten die alle betrokkenen betreffen.
CTO	Periodieke onafhankelijke meting tevredenheid cliënten.
PDCA	
Jaarplan en evt. verbeterplannen	Onderdeel PDCA-cyclus, verbeterpunten uit diverse metingen en analyses specifiek voor project komen in jaarplan terecht.
Interne & externe audit rapportage	Input voor jaarplan en kort cyclische verbetermethodiek
Gebruik verbeterbord	Kort cyclische verbetermethodiek, PDCA

a. Regioniveau

Implementatie & uitvoering nieuw beleid	Is nieuw beleid geïmplementeerd en wordt daarop gehandhaafd.
Evaluatie nieuw beleid	Zijn er evaluatie afspraken, hoe komen tussentijdse signalen bij DAA, hoe wordt beleid bijgesteld ahv evaluatie, hoe wordt staf betrokken.
Klachtenprocedure (Kwartaalrapportage Quasir)	Kwartaalverantwoording onafhankelijke Klachtenfunctionaris.
Formele klachten	Maken deel uit van klachtenprocedure
Meldingen IGJ	Meldingen door Fokus n.a.v. calamiteiten en daaruit volgend PRISMA onderzoek.
Jaarplan regio	
Verbeterplannen n.a.v. PRISMA en Analyses AK&B	

Proceseigenaar	RvB	Auteur	Afd. Kwaliteit & Beleid
Versie	6.0	Status	concept
Datum vaststelling MT		Datum laatste actualisatie	16-04-2024
Vastgesteld OR? Datum?		Vastgesteld CRF? Datum?	Ja, 21-02-2024
Datum nieuwe evaluatie			

a. Landelijk niveau

Meerjarenbeleidsplan/speerpunten

Rapport CTO (Kwaliteitsjaarverslag)

Jaarverslag Onafhankelijke Klachtenfunctionaris (Kwaliteitsjaarverslag)

Jaarverslag medewerkersvertrouwenspersoon (Kwaliteitsjaarverslag)

Jaaroverzichten VOBO, MOG, risico-inventarisatie (Kwaliteitsjaarverslag)
Prisma onderzoeken en meldingen IGJ (Kwaliteitsjaarverslag)

Jaaroverzicht indicatoren BI Tool (Kwaliteitsjaarverslag)

Externe auditverslagen jaarrapport (Kwaliteitsjaarverslag)

Jaarverslag interne audits

Proceseigenaar	RvB	Auteur	Afd. Kwaliteit & Beleid
Versie	6.0	Status	concept
Datum vaststelling MT		Datum laatste actualisatie	16-04-2024
Vastgesteld OR? Datum?		Vastgesteld CRF? Datum?	Ja, 21-02-2024
Datum nieuwe evaluatie			

Bijlage 2 Gespreksleidraad audit staf

Ook voor de interne audits van de staf en ondersteuning geldt het belang van de balans tussen een resultaatgericht audit en een positieve ervaring van een leerzaam gesprek dat tot inzicht leidt.

Opening

- Uitnodiging per mail;
- Auditors dragen zorg voor 'iets lekkers' ten behoeve van sfeer;
- Kort voorstellen, verwachtingen uitspreken, geruststellen als nodig (associatiekaarten);

Gesprek

Vindt er structureel werkoverleg plaats op de afdeling?

Worden tijdens dit overleg de Nieuwsbrieven voor medewerkers en cliënten besproken?

Worden de bestuursbesluiten en beleidsontwikkelingen besproken?

Hebben jullie de indruk dat jullie issues ook terecht komen bij RvB/MT? Hoe bemerk je dat?

Hoe wordt het effect daarvan op jullie afdeling bepaald? Hebben jullie werkinstructies c.q. protocollen?

Hoe wordt getoetst of aangepast beleid moet worden verwerkt in jullie werkinstructies? Wie doet dat?

Hoe wordt dat geïmplementeerd.

Als jullie afdeling een werkwijze wil aanpassen hoe komt dat dan tot stand? Hoe vindt de afstemming met andere afdelingen en vooral het primair proces plaats? Hoe wordt dat verwerkt in de voorgestelde wijziging? Waar wordt dat vast gelegd?

De staf dient ter ondersteuning van het primair proces; hoe wordt in jullie afdeling vormgegeven aan dat principe? Hoe zijn en blijven jullie op de hoogte van wat er speelt in het primair proces?

Hoe werken jullie aan voortdurend verbeteren?

Proceseigenaar	RvB	Auteur	Afd. Kwaliteit & Beleid
Versie	6.0	Status	concept
Datum vaststelling MT		Datum laatste actualisatie	16-04-2024
Vastgesteld OR? Datum?		Vastgesteld CRF? Datum?	Ja, 21-02-2024
Datum nieuwe evaluatie			

Werkinstructie Dialoogsessie

Dialoogsessie, waarom eigenlijk?

In het beleidsdocument Kwaliteitsmanagement Systeem (KMS, [hyperlink](#)) is onder de verbeteropties op teamniveau de volgende regel opgenomen;

Minimaal een maal per jaar wordt een dialoogsessie gehouden met medewerkers en cliënten. De dialoogsessie maakt onderdeel uit van de PDCA cirkel op het project en is cyclisch. Voor meer inhoudelijke informatie over de dialoogsessies wordt hier verwezen naar de werkinstructie dialoogsessie. De dialoogsessies kunnen natuurlijk ook leiden tot nieuwe vraagstukken. Afhankelijk van de complexiteit landen de daaruit voortvloeiende verbeteracties in het jaarplan, op het werkoverleg en/of het verbeterbord.

Deze werkinstructie voorziet in een handleiding over het plannen, organiseren, inhoud en opvolging van de dialoogsessies.

Cliënten van Fokus wonen zelfstandig en worden daarom in principe niet als collectief aangesproken als zouden zij wonen in een instelling. De realiteit echter is, dat ook Fokus cliënten net als ieder ander in hun autonomie, eigen regie en vrijheid beperkt worden door precies diezelfde principes van de ander.

Op basis van eigen regie kan een automobilist besluiten ondanks wettelijke beperkingen toch harder dan toegestaan te rijden of door rood licht. Probleem is niet zozeer, dat de automobilist daarvoor een boete krijgt; dat kan een keuze zijn. Maar het gedrag van de automobilist brengt wel medeweggebruikers in gevaar, de keuzevrijheid van de een brengt de veiligheid van de ander in gevaar.

Zo zijn er ook kwesties in een Fokusproject die het belang van een individuele client overstijgen. Een client die op basis eigen regie alle uitzendkrachten weigert veroorzaakt extra werkdruk en wellicht verzuim bij het resterende vaste team en veroorzaakt het gevolg dat sommige cliënten vrijwel altijd genoeg moeten nemen met uitzendkrachten.

Zo zijn er veel voorbeelden die duidelijk maken dat Fokus zeker geen instelling is of beoogt te zijn, maar dat er wel zaken zijn die meerdere betrokkenen kent. Het is dan zoals in elke al dan niet professionele relatie, goed om daarover met elkaar in gesprek te gaan en met elkaar te werken aan een oplossing.

De planning en Organisatie

- De dialoogsessie wordt op elk project minimaal een maal per jaar georganiseerd. Ook als de belangstelling afgelopen jaren minimaal was, blijft Fokus jaarlijks deze bijeenkomst aanbieden waarbij de tijd, locatie en planning is afgestemd op de behoefte van de cliënten. Als cliënten in groten getale wegblijven omdat zij werken, wordt de dialoogsessie bijvoorbeeld als 'onderweg naar huis' sessie om 17 uur georganiseerd.
- De planning is uiterlijk aan het eind van het kalenderjaar afgerond, opdat cliënten tijdig kunnen worden uitgenodigd.
- De teamleider of MAA reserveert een rolstoel geschikte ruimte zo dicht mogelijk bij het project en houdt daarbij de redelijkheid van de kosten in het oog.
- Het aantal cliënten dat zich aanmeldt komt ongeveer overeen met het aantal deelnemende ADL-assistenten.
- Daarnaast zijn de teamleider, de MAA en een afvaardiging van de ondersteuning aanwezig en soms in complexe situaties de DAA.
- Vooraf wordt bepaald wie de voorzitter is en wie notuleert.
- Fokus faciliteert behalve de ruimte ook met een kopje koffie/thee en een kleine versnapering.

Proceseigenaar	RvB	Auteur	Afd. Kwaliteit & Beleid
Versie	6.0	Status	concept
Datum vaststelling MT		Datum laatste actualisatie	16-04-2024
Vastgesteld OR? Datum?		Vastgesteld CRF? Datum?	Ja, 21-02-2024
Datum nieuwe evaluatie			

Hoe verloopt een dialoogsessie?

- Bij voorkeur is de MAA de voorzitter (behalve als deze zelf te veel 'onderwerp van gesprek' is);
- Opening is actielijst vorige sessie en terugkoppeling hoe verbeterpunt is opgepakt. Per punt wordt ook aangegeven of het verbeterpunt is geland op het Verbeterbord (kort cyclisch), werkoverleg (middellang) of jaarplan van het team (lang) en wat de status nu is.
- In de jaren waarin van toepassing is het CTO rapport (fact sheet) van het project het belangrijkste agendapunt: staat er, wat betekent dat voor het project, welk verbeterpunt hoort daarbij?
- Hetzelfde geldt voor het MTO, klachtenrapportage, PRISMA onderzoek op het project en de interne en externe auditrapportages.
- Tijdens het overleg wordt een actielijst gemaakt en indien mogelijk gelijk aangegeven op welke wijze het wordt opgepakt (kort, middellang, lang);
- Veel MAA en coaches zijn in het verleden geschoold in de methode van De Dialoog. Dat lijkt niet eenvoudig omdat de deelnemers er niet in geschoold zijn. Essentie is niet de vorm maar, dat iedereen de veiligheid ervaart om te zeggen wat gezegd moet worden enerzijds en dat er tegelijkertijd respectvol met elkaar wordt omgegaan. Met name de MAA willen nog al eens persoonlijk aangevallen worden waar zij de organisatie als geheel vertegenwoordigen. De essentie van de vorm moet zijn, dat er voor iedereen die ruimte is.
- Er wordt geen verslag gemaakt, wel een actielijst die met alle cliënten en medewerkers wordt gedeeld.

De uitzondering

In sommige situaties is een collectieve dialoogsessie niet het geëigende middel om tot een goede dialoog met de client te komen. Denk hierbij aan projecten waar de MAA 'zwaar onder vuur ligt' in een collectieve klacht of op social media omdat beleid na jaren stevig wordt aangehaald ('Gewoon doen') of waar door omstandigheden grote tekorten zijn waardoor de boel figuurlijk in brand staat. In die gevallen kan de MAA in overleg met de DAA besluiten bewust geen dialoogsessie te organiseren. Individuele gesprekken met clienten zijn dan veelal een betere optie.

Proceseigenaar	RvB	Auteur	Afd. Kwaliteit & Beleid
Versie	6.0	Status	concept
Datum vaststelling MT		Datum laatste actualisatie	16-04-2024
Vastgesteld OR? Datum?		Vastgesteld CRF? Datum?	Ja, 21-02-2024
Datum nieuwe evaluatie			

Interfokus, inrichting en onderhoud

Interfokus is de bron van alle niet specifiek client of medewerker gebonden vastgestelde documenten die voor kortere of langere tijd beschikbaar moeten zijn binnen de organisatie.

Veel van die documenten, niet alle, zullen primair door een logische tegelstructuur in het Medewerkersportaal ontsloten kunnen worden. Protocollen zullen bijvoorbeeld ook bereikbaar zijn via FokusLeren.

Documenten die niet binnen deze mogelijkheden vallen blijven logisch, intuïtief en via een laagdrempelige tegelstructuur vindbaar in Interfokus zelf.

Documenten die gericht zijn op het primair proces staan onder de tegel Kwaliteitshandboek op Interfokus.

Voor zowel Interfokus als voor het Medewerkersportaal geldt, dat de zoekmogelijkheid op zoekterm ook bestaat.

Echter zoals gezegd, Interfokus is de bron. Bij wijzigingen, evaluaties en actualisatie van documenten worden documenten dus geplaatst in cq verwijderd uit Interfokus.

Definities

Processen

Activiteit	Één onderdeel van een proces. Verschillende activiteiten vormen samen een proces.
Proces	Het totaal aan activiteiten dat input verandert in output.
Primaire processen	Primaire processen zijn de kernactiviteiten van Fokus, dus alle zorg- en ADL-processen voor onze cliënten. Deze processen vinden plaats op de Fokus projecten.
Sturende processen	Sturende processen sturen de primaire en ondersteunde processen aan en zijn meestal de verantwoordelijkheid van management.
Ondersteunende processen	Ondersteunende processen zorgen ervoor dat de primaire en sturende processen uitgevoerd kunnen worden en zijn meestal de verantwoordelijkheid van medewerkers van het bedrijfsbureau, financiën, HR, I&A.

Typen documenten

Werkinstructie	Een werkinstructie beschrijft de uniforme wijze waarop we één activiteit uitvoeren binnen Fokus.
Protocol	Een extern document waarin de uniforme wijze is beschreven waarop een handeling wordt uitgevoerd (denk aan Vilans protocollen voor verpleegkundige handelingen). Protocollen kunnen als werkinstructie gelden of als brondocument voor een werkinstructie.
Procesbeschrijving	De beschrijving van meerdere activiteiten die samen een proces vormen.
Beleidsnotities	Het MT stelt beleid vast. Beleid heeft als doel om de afspraken op organisatieniveau vast te leggen.
Format	Formats zijn standaardversies van bepaalde documenttypes, die we kunnen aanpassen aan een bepaalde situatie. Doel van formats is voor uniformiteit te zorgen en daarmee te zorgen dat bepaalde correspondentie voldoet aan (wettelijke) eisen.

Proceseigenaar	RvB	Auteur	Afd. Kwaliteit & Beleid
Versie	6.0	Status	concept
Datum vaststelling MT		Datum laatste actualisatie	16-04-2024
Vastgesteld OR? Datum?		Vastgesteld CRF? Datum?	Ja, 21-02-2024
Datum nieuwe evaluatie			

Brondocument	Extern document waarop interne documenten zijn gebaseerd of naar verwijzen. Denk aan veldnormen, richtlijnen protocollen of onderzoeken.
Archiefdocument	Document waarin relevante informatie die is gedeeld of over een gebeurtenis die heeft plaats gevonden is opgenomen. Te denken valt aan nieuwsbrieven of verslaglegging van belangrijke gebeurtenissen.

Rollen

Gebruiker algemeen	De gebruiker kan documenten op Interfokus openen en lezen. De gebruiker kan het document niet wijzigen.
Auteur	De auteur schrijft een document en past periodiek het document aan in opdracht van de proceseigenaar.
Proceseigenaar	De eigenaar (MT-lid) is eindverantwoordelijke voor de inhoud van het document en stelt het formeel vast.
Beoordelaar	Als een document op het grensvlak ligt tussen twee afdelingen, kan de eigenaar een beoordelaar van een andere afdeling vragen mee te lezen.
Afdeling Kwaliteit & Beleid	De adviseur Kwaliteit beheert het VMSK&B beheert Interfokus en treedt op als portier van Interfokus
Applicatiebeheerder	De applicatiebeheerder is verantwoordelijk voor de bescherming van de in het DMS opgeslagen gegevens. Daarnaast is de applicatiebeheerder er verantwoordelijk voor dat een eigenaar tijdig wordt herinnerd aan het naderen van de actualisatiedatum en dat Interfokus goed functioneert. Dit wordt geautomatiseerd.
ICT helpdesk	Medewerkers kunnen aan de ICT helpdesk van Fokus vragen stellen over de technische werking van de digitale bibliotheek: helpdesk@fokuswonen.nl .

Proces documentenbeheer

Nieuw kwaliteitsdocument

1. Een proceseigenaar signaleert de behoefte aan een nieuw beleidsdocument:
 - a. De eigenaar beoordeelt tezamen met DAA of het een onderdeel van het KHB betreft (dus ook of er indirecte gevolgen zijn voor het primair proces die opgenomen of aangepast moeten worden in het KHB).
 - b. Zo nee, dan draagt de proceseigenaar zorg voor een nieuw document, de vaststelling daarvan en de implementatie in de ondersteunende afdeling.
 - c. Nadat het document is vastgesteld bepaalt de proceseigenaar in welke inhoudelijke route het document moet worden opgenomen en draagt het over aan de Afdeling Kwaliteit en Beleid en draagt daarbij zorg voor alle relevante info voor Interfokus;
 - o Datum vaststelling en evaluatie;
 - o Instemming OR/CRF;
 - o Gewenste zoekroute
 - d. De AK&B draagt zorg voor opname in Interfokus door management assistent.

Proceseigenaar	RvB	Auteur	Afd. Kwaliteit & Beleid
Versie	6.0	Status	concept
Datum vaststelling MT		Datum laatste actualisatie	16-04-2024
Vastgesteld OR? Datum?		Vastgesteld CRF? Datum?	Ja, 21-02-2024
Datum nieuwe evaluatie			

2. Een proceseigenaar signaleert de behoefte aan een nieuw beleidsdocument:
 - a. De eigenaar beoordeelt tezamen met DAA of het een onderdeel van het KHB betreft (dus ook of er indirecte gevolgen zijn voor het primair proces die opgenomen of aangepast moeten worden in het KHB).
 - Zo ja, dan schrijft de proceseigenaar een opdracht voor integrale beleidsvoorbereiding: een in te richten werkgroep onder voorzitterschap van een MAA of Teamleider uit het primair proces. In deze werkgroepen neemt altijd een afvaardiging van de betrokken functiegroepen, dus altijd ADL Assistenten deell. En de beoogde auteur van het document (AK&B), de betreffende expertise en waar van toepassing een afvaardiging van de OR deel.
 - het onderwerp en de beoogde oplossingsrichting
 - De opdracht om met elkaar grondig te bespreken en te formuleren wat precies het probleem is ;
 - Te bespreken en te adviseren over/of beoogde oplossing de oplossing voor het benoemde probleem is
 - Verzoek concept tekst
 - Verzoek voorstel implementatie
 - b. De eigenaar geeft aan een auteur de opdracht een document te maken aan de hand van de output van de werkgroep. Tussentijdse versies worden ter beoordeling aan proceseigenaar en werkgroep voor gelegd.
 - c. Documenten voor het KHB worden opgesteld conform de daartoe vastgestelde formats.

Vorm document

3. De eigenaar is verantwoordelijk, dat het kwaliteitsdocument:
 - a. Dat betreffende format gebruikt is en de verplichte velden in ieder geval ingevuld zijn.
 - b. Dat het document een korte naam heeft die de lading van het document dekt, opdat het makkelijk vindbaar is op Interfokus
 - c. Dat het document goed leesbaar is voor de beoogde doelgroep (Dit betekent dat documenten bestemd voor ADL-assisten op het B1 leesniveau worden geschreven of een oplegger hebben op dat niveau of vertaald zijn in een visuele vorm. Gebruik hiervoor eventueel <https://ishetb1.nl/> of <https://www.zoekenovoudigewoorden.nl/>)
 - d. Dat het document geen privacygevoelige gegevens bevat.
 - e. Dat er een hyperlink wordt gebruikt als er naar een website wordt verwezen.
 - f. Of er instemming van het MT en/of medezeggenschap nodig is. De instemmingsdatum wordt opgenomen in stempel van het document.
4. Als het document over activiteiten op verschillende afdelingen gaat, beoordeelt een beoordelaar van een andere afdeling het document nog en past het zo nodig aan.
5. De proceseigenaar is verantwoordelijk dat het document wordt vastgesteld door Rvb na advies MT en beoordeeld is door medezeggenschap.
6. De eigenaar mailt het document aan de afdeling Kwaliteit en Beleid, die toetst of de juiste format is gebruikt.
7. De afdeling Kwaliteit en Beleid draagt zorg voor plaatsing op Interfokus.

Proceseigenaar	RvB	Auteur	Afd. Kwaliteit & Beleid
Versie	6.0	Status	concept
Datum vaststelling MT		Datum laatste actualisatie	16-04-2024
Vastgesteld OR? Datum?		Vastgesteld CRF? Datum?	Ja, 21-02-2024
Datum nieuwe evaluatie			

Onderhoud

In 2024 wordt in Sharepoint een nieuw Interfokus opgebouwd. Het oude blijft wel beschikbaar via de applicatiebeheerder maar is niet meer zichtbaar voor de medewerkers. Elke proceseigenaar is dus verantwoordelijk voor omzetting van huidige documenten.

In het MT wordt nog de transitiedatum bepaald en de datum tot wanneer de proceseigenaar de tijd heeft om de documenten in het nieuwe Interfokus te laten voldoen aan de bovenstaande voorwaarden voor documenten.

Na plaatsing op Interfokus geldt het volgende.

1. Na 2 jaar actualiseert de eigenaar of auteur het document. De applicatiebeheerder is verantwoordelijk dat de eigenaar een mail krijgt over de naderende actualisatietermijn 4 weken voordat de actualiseringstermijn verloopt.
2. De eigenaar actualiseert het document zelf of geeft de auteur opdracht het document te actualiseren. De eigenaar of auteur vermeldt de actualisatiedatum in de stempel onder "datum her-evaluatie". Daarnaast beschrijft de eigenaar of auteur in maximaal 1 A4'tje welke wijzigingen aan het kwaliteitsdocument zijn gedaan.
3. Bij grote wijzigingen wordt een te actualiseren document behandeld als nieuw beleidsdocument.
4. Naast het herziende document plaatst de adviseur kwaliteit ook het wijzigingsdocument op Interfokus.
5. De adviseur kwaliteit beschrijft maandelijks in de nieuwsbrief van Fokus welke wijzigingen in kwaliteitsdocumenten zijn gedaan.

Werkinstructies en procesbeschrijvingen

Procesbeschrijvingen en werkinstructies (zie bovenstaande definities) maken onlosmakelijk deel uit van een beleidsdocument.

Bij aanpassing en actualisatie van beleid moeten de bijbehorende werkinstructies en procesbeschrijvingen meegenomen worden.

1. Geef het document een naam die de inhoud van het document dekt.
2. Beschrijf van wel beleid het een onderdeel is, gebruik het stempel.
3. Schrijf op B1 leesniveau.
4. Definieer de start en het resultaat.
5. Formuleer op basis van de start een startactiviteit en op basis van het resultaat een eindactiviteit. Geef indien nodig per stap een korte omschrijving.
6. Beschrijf alle stappen tussen de start- en eindactiviteit. Formuleer alle activiteiten liefst met 2 woorden: een werkwoord met daarna een zelfstandig naamwoord. Indien nodig geef per activiteit een korte omschrijving.
7. Niet alle documenten lenen zich voor eenvoudig taalgebruik of weinig tekst. De bedoeling is dan, dat er een vereenvoudigd beleidsdocument wordt gemaakt conform bovenstaande richtlijn met en voor een brede doelgroep waarmee eenvoudig duidelijk wordt hoe te handelen zonder toelichting. De vereenvoudigde versie wordt altijd vanuit perspectief medewerker geschreven. Dus bv, 'Ik ervaar ongewenst gedrag, wat kan ik doen en verwachten?' of 'Mijn client heeft MRSA, wat moet ik doen?'
8. In het document kan de geïnteresseerde lezer doorklikken via hyperlinks naar verdiepende onderliggende documenten.
9. Maak een stroomdiagram van het proces of een Infographic

Proceseigenaar	RvB	Auteur	Afd. Kwaliteit & Beleid
Versie	6.0	Status	concept
Datum vaststelling MT		Datum laatste actualisatie	16-04-2024
Vastgesteld OR? Datum?		Vastgesteld CRF? Datum?	Ja, 21-02-2024
Datum nieuwe evaluatie			

Proceseigenaar	RvB	Auteur	Afd. Kwaliteit & Beleid
Versie	6.0	Status	concept
Datum vaststelling MT		Datum laatste actualisatie	16-04-2024
Vastgesteld OR? Datum?		Vastgesteld CRF? Datum?	Ja, 21-02-2024
Datum nieuwe evaluatie			