

Kwaliteitsplan

Villa Hooghe Heide



Raad van commissarissen:

Dhr. Henk Hoftijzer

Mw. Madelon Baan

1 vacature

Directie:

Jan Luiten: Algemene zaken

Clari van Staveren: Zorg en kwaliteit

Clientenraad: CR@villahoogheheide.nl

KvK: nummer: Gooi en Eemland: 72014105

AGB code PGB : 41785254

AGB code VPT : 42424943

Adres: De Strang 1

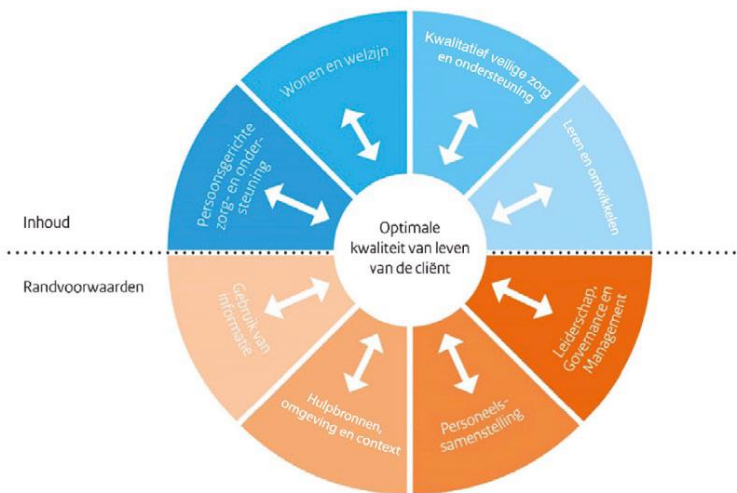
3823GL Amersfoort

website: <https://villahoogheheide.nl/>

Inhoudsopgave	Pagina
Inleiding : omschrijving van de indeling van het kwaliteitsplan. richtlijnen kwaliteitskader verpleeghuiszorg	4
Hoofdstuk 1 Algemene informatie over de organisatie	6
1-1 Missie, visie en kernwaarden	
1-2 Hoe is de privacy gewaarborgd	
1-3 Klachtenreglement en vertrouwens persoon	
1-4 Doelgroep en werkwijze - openbaarheid	7
1-5 Kenmerken van de organisatie	9
Hoofdstuk 2 Organiseren van medewerkers	
2-1 Personeelsbestand	11
2-2 Personele bezetting per dag	12
2-3 Werkwijze en inzet van medewerkers	13
Hoofdstuk 3 Persoonsgerichte zorg en ondersteuning	14
Hoofdstuk 4 Wonen en Welzijn	17
Hoofdstuk 5 Veiligheid	19
5-1 Veiligheidsnormen en wetgeving WZD volgens eisen van de IGJ	
5-2 Crisisplan	
5-3 Infectiepreventie	
Hoofdstuk 6 Leren werken aan kwaliteit	20
Hoofdstuk 7 Leiderschap, Governance en Management	21
Hoofdstuk 8 Gebruik van Hulpbronnen	23
Hoofdstuk 9 Gebruik van Informatie	24
Hoofdstuk 10 Verbeterparagraaf	25
Slotwoord Directie	26
Bijlage 1. Gedragscode medewerkers	27
Bijlage 2. Uittreksel van Huishoudelijk reglement en huisregels	28
Bijlage 3 Vertrouwenspersoon WZD	29
Bijlage 4 WZD stappenplan	30

Inleiding

Medio 2021 is het kwaliteitskader verpleeghuiszorg -eerder gepubliceerd in 2017- geactualiseerd. Dit Kwaliteitskader is de kwaliteitsstandaard voor de verpleeghuiszorg. Eén van de voorschriften uit dit kwaliteitskader is het uitbrengen van een kwaliteitsplan. Dit is het kwaliteitsplan voor 2024 van “ Villa Hooghe Heide ”. Dit kwaliteitsplan is tot stand gekomen in samenwerking met de cliëntenraad, de medewerkers en naaste collega's uit ons Lerend Netwerk. We hebben dit kwaliteitsplan gepubliceerd op onze website.



In het kwaliteitsplan wordt deze afbeelding gebruikt als schematisch model om dynamisch en ontwikkelingsgericht werken aan de kwaliteit weer te geven. Het betreft vier thema's voor kwaliteit en veiligheid en vier rand voorwaardelijke thema's.

De vier thema's voor kwaliteit en veiligheid zijn:

1 Persoonsgerichte zorg en ondersteuning. Dit gaat over de wijze waarop de cliënt in alle levensdomeinen uitgangspunt is bij zorg- en dienstverlening. Iemand met een zorg- en ondersteuningsbehoefte is vooral een uniek persoon met een eigen geschiedenis, een eigen toekomst en eigen doelen. Persoonsgerichte zorg en ondersteuning vinden plaats binnen een relatie tussen cliënt en zijn naaste(n), zorgverlener en zorgorganisatie. De kwaliteit van deze relatie bepaalt mede de kwaliteit van zorg.

2 Wonen en welzijn. Dit gaat over de wijze waarop de organisatie en zorgverleners in hun zorg- en dienstverlening enerzijds oog hebben voor optimale levenskwaliteit en welbevinden van cliënten en betrokken naaste(n) en anderzijds gericht zijn op het bevorderen en ondersteunen hiervan.

3 Passende, veilige zorg en ondersteuning. Garanderen van basisveiligheid betekent dat een zorgorganisatie met gebruikmaking van relevante professionele standaarden en richtlijnen, vermijdbare schade bij cliënten zoveel mogelijk voorkomt en leert van veiligheidsincidenten. Het gaat om risicobewustzijn en risicoreductie.

4 Leren en ontwikkelen. Dit gaat over de wijze waarop de zorgverlener en zorgorganisatie op dynamische en lerende wijze zorg dragen voor optimale zorg en verzorging voor cliënten, daarbij gebruikmakend van de best beschikbare kennisbronnen zoals wetenschappelijke literatuur, professionele richtlijnen, landelijke en lokale data, gesystematiseerde ervaringsgegevens en kwalitatieve informatie.

- De vier rand voorwaardelijke thema's zijn:

1 Leiderschap, governance en management. Dit gaat over de aansturing en governance van de zorgorganisatie die faciliterend zijn voor kwaliteit, zoals het beleggen van verantwoordelijkheid, besluitvorming en risicomanagement en over de strategische, statutaire en financiële verplichtingen.

2 Personeelssamenstelling. Dit gaat over de adequate samenstelling van het personeelsbestand. Hoeveel zorgverleners met welke vaardigheden en competenties zijn nodig om te voorzien in de (fluctuaties in) wensen en behoeften van de cliënten waaraan de zorgorganisatie zorg en ondersteuning biedt?

3 Hulpbronnen omgeving en context. Dit gaat over het effectief en efficiënt gebruiken van hulpbronnen om de best mogelijke zorgresultaten en ervaringen te behalen met de beschikbare financiën en middelen.

4 Gebruik van informatie. Dit gaat enerzijds over het actief gebruik maken van informatie rondom de inzet van middelen, voor het leveren, monitoren, managen en verbeteren van zorg, alsook over het op transparante wijze verstrekken van kwaliteitsinformatie aan bewoners, hun naasten en aan de samenleving.

Hoofdstuk 1 Algemene informatie over de zorgorganisatie

1-1 Missie en Visie Villa Hooghe Heide biedt een woonzorgomgeving aan ouderen, de organisatie geeft dit vorm met een vast team medewerkers, ondersteund door een dagelijks bestuur met kennis van zaken.

De medewerkers bieden met elkaar vanuit individuele kennis en ervaring de bewoners met intensieve zorgvragen een beschermde omgeving waar mensen geactiveerd worden in de persoonlijke mogelijkheden tot zelfzorg en een veilig thuis ervaren waar de persoon gezien en gehoord wordt.

Kernwaarden: Invoelend/luisterend vermogen, professionaliteit van medisch gerichte zaken, korte lijnen met (para) medici en naasten, teamwork, welzijn/activiteiten als zingeving van de dag, warme woonomgeving, ondersteuning gericht op authenticiteit.

Zorgvisie De zorgvisie zoals deze wordt overgedragen aan de medewerkers is om de bewoners zelf keuzes te laten maken over de persoonlijke zorgvragen. Onder begeleiding van een zorgverlener worden bewoners gestimuleerd om -daar waar het kan- zelfstandig de dagelijkse lichaamsgebonden zorgtaken uit te voeren. De coördinatie van hoofd en lichaam werkt stimulerend indien de bewoner dit zelf uitvoert dit geeft een gevoel van zelfstandigheid. De aanwezige zorgverlener geeft indien nodig aanwijzingen en neemt handelingen over indien dit noodzakelijk is. Zingeving van de dag geven wij vorm door in te spelen op de persoonlijke behoefte van de bewoners. Daarnaast is het belangrijk dat de bewoner zich veilig voelt in de Villa en bij de medewerkers. Naasten van de bewoner zijn een belangrijke factor in het leven, Essentieel is dat wij de achtergrond van de bewoners kennen. Deze informatie verkrijgen wij door bij opname een verzoek aan de bewoner/ naaste om een vragenformulier in te vullen over belangrijke gebeurtenissen in het leven. Door persoonlijk contact leert de medewerker de bewoner goed kennen.

* Villa Hooghe Heide is een open huis. Ernstig dwaalgedrag of agressief gedrag (mondeling en fysiek) zijn uitsluitingscriteria. Villa Hooghe Heide behoudt zich het recht om op basis van informatie tijdens de kennismakingsgesprekken een client niet in zorg te nemen.

1-2 Privacy Villa Hooghe Heide hanteert veiligheidsregels t.a.v. zorgvuldig omgaan met persoonlijke gegevens zowel voor haar cliëntèle als medewerkers, gesteld binnen de AVG. (Algemene wet verordening gegevens bescherming). Dit is openbaar en staat op de website van Villa Hooghe Heide onder veel gestelde vragen. De Villa heeft volgens de wettelijke richtlijnen een verwerkingsregister opgesteld voor afspraken gericht op de verwerking van persoonsgegevens en de verwerking van persoonsgegevens door samenwerkende partijen.

1-3 Klachtenreglement en vertrouwenspersoon Medewerkers en directie gaan uit van korte lijnen en nemen Klachten, Waarderingen, Opmerkingen, Suggesties zeer serieus. Naast persoonlijke contacten waarin u aangeeft of u ergens -en waar u tegen aanloopt.

Naast deze mogelijkheden conformeren wij ons aan het klachtenreglement van branche voorziening voor kleinschalig wonen Riant Verzorgd Wonen waar wij lid van zijn. Via RVW is een vertrouwenspersoon bereikbaar. De klachtencommissie van voorzieningen die zijn aangesloten bij de brancheorganisatie Riant Verzorgd Wonen maken gebruik van de geschilleninstantie EZA.

* Deze stukken vindt u op de website van Villa Hooghe Heide onder de tab: contact/ veel gestelde vragen. <https://villahoogheheide.nl/contact/>

1-4 Doelgroep en werkwijze

In “Villa Hooghe Heide” hebben we een capaciteit voor maximaal 24 cliënten. De doelgroep bestaat uit ouderen met “psychogeriatrische en-of somatische stoornissen en-of beperkingen”. Een zorgindicatie is een voorwaarde om in de Villa te kunnen wonen. De overeenkomst regelt zowel het verblijf en de zorg. Het CIZ (Centrum Indicatie Zorg) beoordeelt de zorgvragen en geeft een indicatiebesluit af. Dit zogenaamde zorgzwaartepakket wordt afgegeven vanuit de wet langdurige zorg – WLZ. Een zorgzwaarte pakketten VV4 – wordt gefinancierd uit een PGB. Hulp voor de PGB vraagstukken is aanwezig. Vanaf 2023 worden de overige zorgzwaartepakketten geleverd vanuit een VPT zorg in natura, zonder behandeling met dagbesteding.

Onder de beschreven voorwaarden kunnen mensen tot het einde van het leven in de Villa verblijven. De medewerkers van de Villa bieden met elkaar Palliatieve zorg.

Hulp bij het verlenen van actieve levensbegeleiding is een vraag voor de verantwoordelijk huisarts.

De kenmerken van onze zorgverlening hebben we onderverdeeld in vier thema’s:

1 Gedreven om de best mogelijke zorg te bieden:

- Kleinschalig: dat wil zeggen maximaal 24 cliënten, er zijn twee grote huiskamers en open keukens;
- Persoonlijk geleid: de directie is betrokken bij de zorgverlening op de werkvloer;
- Passie, inzet en betrokkenheid staan hoog in het vaandel. Dit blijkt onder andere uit de “zorgvisie en kernwaarden” en de aandacht die wordt besteed aan behalen van de doelstellingen die hieruit voortvloeien;
- De personeelsbezetting is afgestemd op de doelgroep en in overeenstemming met de missie en visie. Dit is inzichtelijk gemaakt door een toelichting op de personele bezetting met een onderbouwing daarin opgenomen (zie hoofdstuk 4).

2 Actief betrokken bij de brancheorganisatie Riant Verzorgd Wonen:

- We delen actief informatie met collega-voorzieningen;
- We staan ervoor open om collega’s te ontvangen om nader kennis te maken;
- We nemen deel aan gezamenlijke bijeenkomsten;
- We nemen op directie niveau deel aan een lerend netwerk;
- We stellen medewerkers in staat om deel te nemen aan reflectiebijeenkomsten als onderdeel van een lerend netwerk.

3 A Voldoen aan wettelijke verplichtingen en regelgeving

- We voldoen aan het kwaliteitskader verpleeghuiszorg;
- We voldoen aan IGZ inspectienormen;
- We voldoen aan normen van de inspectie sociale zaken en werkgelegenheid.

3 B De wet zorg en dwang

Sinds 1 januari 2020 is deze wet van toepassing. De wet regelt o.a. de rechten van mensen met de diagnose dementie.

De drie basis begrippen uit de WZD zijn : onvrijwillige zorg, ernstig nadeel en wilsbekwaamheid. Zorg aan ouderen moet zoveel mogelijk op vrijwillige basis plaatsvinden.

De wet is bedoeld voor de ondersteuning door zorgverleners indien de cliënt zelf niet meer goed kan inschatten wat goed voor hen is. Het uitgangspunt is dat er geen onvrijwillige zorg wordt toegepast tenzij het niet anders kan om ernstig nadeel te voorkomen. Afspraken worden gemaakt met inzet van de zorgvrager, diens gevolmachtigde of wettelijke vertegenwoordiger, de zorgverantwoordelijke, de behandelend arts en externe professionals. Dit multidisciplinair team beoordeelt dit volgens een stappenplan. Het zorgplan is hierbij een document waar afspraken in vast gelegd en geëvalueerd worden. Op de website ; www.dwangindezorg.nl vindt u de allerlaatste info van deze wet. Bij vragen en klachten over onvrijwillige zorg kan de client of wettelijk vertegenwoordiger een beroep doen op de onafhankelijke externe cliëntvertrouwens persoon die ons door de overheid is toegewezen <https://www.zorgstem.nl/> zie bijlage 2 en 3

Door het open karakter van Villa Hooghe Heide, is er uitsluiting van wonen en zorgverlening indien er sprake is van onvrijwillige zorg gericht op insluiten of ernstig dwaalgedrag. De medewerkers van de Villa kunnen de toevertrouwde bewoners niet achterlaten om een client te gaan zoeken. Wij werken samen met externe partijen die een rol hebben bij de beoordeling van (onvrijwillige zorg) en zullen met elkaar een uiterste inspanning verlenen om de aan ons toevertrouwde bewoner op een verantwoorde wijze volgens de geldende regels de best mogelijke zorg te bieden. Echter indien na deze uiterste inzet van afspraken blijkt dat het onwenselijk gedrag van een bewoner zoals het indringen in de persoonlijke leefomgeving van een medebewoner of mondelinge dan wel fysieke agressie aan een medebewoner of medewerker niet op een aanvaardbare wijze is te ondersteunen, dan zijn genoemde indicaties in samenwerking met externe professionals reden voor overplaatsing naar een andere organisatie. Zie bijlage 1 Stappenplan WZD

Bij kennismakingsgesprekken brengen wij potentiële bewoners en naasten op de hoogte van de geldende afspraken in onze organisatie.

4 Open(baar)heid

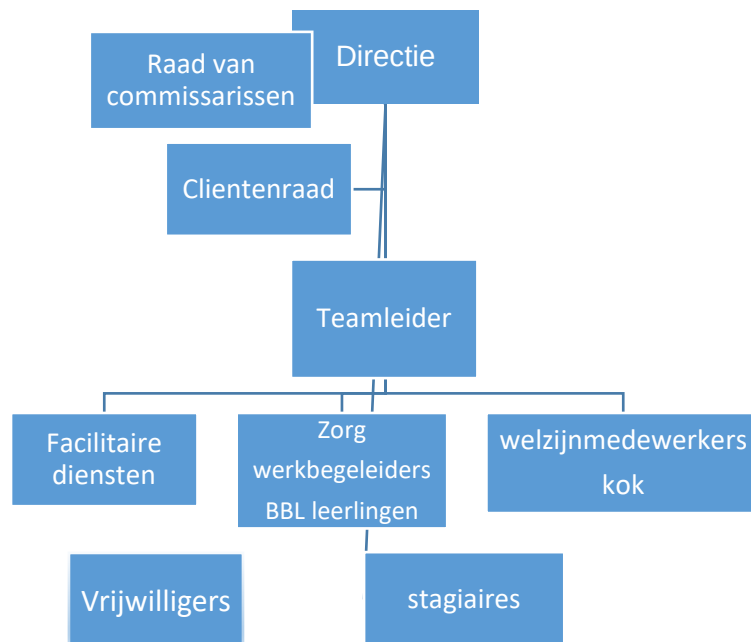
- Uitkomsten en analyses van tevredenheidsonderzoeken onder bewoners stellen we ter beschikking aan belanghebbenden;
- Uitkomsten en analyses van tevredenheidsonderzoeken onder medewerkers stellen we ter beschikking aan belanghebbenden;
- We bespreken beleidsaspecten en belangrijke gebeurtenissen en bevindingen met de cliëntenraad en met het personeel of de personeelsvertegenwoordiging.

1-6 Kenmerken van de organisatie

Onze voorziening is ingeschreven in de Kamer van Koophandel en heeft in overeenstemming met deze inschrijving - één - locatie. Conform de in de vorige hoofdstukken beschreven zorgvisie, kernwaarden en werkwijze zijn we een kleinschalige voorziening met een maximale capaciteit van – 24-plaatsen.

De locatie van onze voorziening is Randstedelijk Deze ligging betekent onder andere dat:

1. de bereikbaarheid goed is zowel per auto als openbaar vervoer. 2. Er op loopafstand gebruik gemaakt kan worden van de weekmarkt en winkel centrum voorzien van diverse restaurants, gelegen aan een grote vijver waar het goed toeven is. 3. Een prachtige oude binnenstad met historische kenmerken is goed bereikbaar. 4. Er een prachtige natuurpark op loopafstand. 5. De Villa is gelegen aan een karakteristiek laantje in de bekende architectuurwijk Kattenbroek. De wijk Kattenbroek is gelegen op het grondgebied van Hoogland van oudsher een agrarisch grondgebied. In Hoogland- West vindt u nog een prachtig buitengebied om te toeren.



Toelichting op het organigram

De directie bestaat uit twee personen, te weten de directeur algemene zaken en directeur zorg. Verantwoording wordt afgelegd aan de Raad van Commissarissen, ofwel raad van Toezicht genoemd. De cliëntenraad heeft een adviserende rol ondersteund door de directie en de bewonersraad voor raadpleging van de dagelijkse gang van zaken. Het organigram laat zien dat er sprake is van organisatie met korte lijnen en weinig overhead.

De directeur algemene zaken, richt zich op financiële zaken, ondernemerstaken, contracten, diverse facilitaire taken en diensten zoals inhuizen met ondersteuning van een vrijwilliger. De financiële cliënten administratie gericht op VPT is uitbesteedt aan derden. Bij het aanvragen en afhandelen van de PGB's wordt de directeur algemene zaken ondersteund door een vaste medewerker.

De financiële afhandeling van de salarisadministratie en de afhandeling van de jaarrekening van de organisatie is in samenwerking extern onder gebracht.

Directeur zorg beheert het Kwaliteit Management Systeem (KMS), is verantwoordelijk voor het samenstellen van het kwaliteitsplan- en verslag waarin verwezen wordt naar het scholingsplan en de verbeterpagina. De directeur zorg heeft externe contacten gericht op ontwikkeling van beleid, is functionaris infectie preventie, levert gegevens aan bij de externe salarisadministratie, participeert als verpleegkundige in de overlegvormen gericht op de uitvoerende zorg.

De directie heeft een ondersteunende rol op het functioneren van de teamleider.

De teamleider (verpleegkundige) heeft de dagelijkse leiding over het team ondersteund door de directie in raad en daad op het vastgestelde beleid. Gezamenlijk wordt zicht gehouden op de juiste medewerker op de juiste plek. De teamleider heeft naast haar taken als leiding gevende zoals het roosteren van het team specifieke verpleegkundige taken en heeft de supervisie over het coachen van hbo-v stagiaires en leerlingen, de directeur zorg ondersteund teamleider bij de begeleiding van hbo-v leerlingen. De begeleiding en toetsing van overige leerlingen en stagiaires wordt gedeeld met verzorgende IG, werkbegeleiders die hiervoor geautoriseerd zijn. (Opleiding SPOC van het ROC MN)

Een aantal overstijgende taken zijn verdeeld over de verzorgenden- ig, medewerker MZ, BBL- verpleegkundige 3 de en 4^{de} leerjaar, geroutineerde helpenden +.

Er wordt intensief samen gewerkt met de huiskamer medewerkers | keukenmedewerkers, medewerkers hospitality en de koks. Het team geeft Input aan de teamleden en directie gericht op verpleegkunde en verzorging (VAR taken)

Leerlingen en stagiaires worden begeleid op eigen niveau door twee vaste werkbegeleiders.

Medewerkers Hospitality (welzijn- huiskamerbegeleiders, keukendiensten begeleiden stagiaires VMBO.

Vrijwilligers werken nauw samen met de medewerkers, waar nodig bijgepraat door de teamleider.

Het vaste team heeft kennis van de achtergrond van de bewoners, zij vormen gezamenlijk de vaste basis van de organisatie, Alle medewerkers ondersteunen gezamenlijk de nieuwe medewerkers bij de introductie van de werkprocessen.

De directie en teamleider heeft gerichte aandacht voor contacten omtrent nieuwe bewoners en facilitaire zaken en stemt dit waar nodig af met de naaste en medewerkers en daarvoor ingehuurd externen.

- Vervanging bij ziekte en vakantie is verwoord in onze vervangingsmatrix.
- Vakantie wordt in een rooster met de medewerkers ingevuld

De directie van Villa Hooghe Heide vindt kwaliteit in de organisatie belangrijk, heeft hiervoor jaarlijks een passend scholingsplan en maakt deel uit van het lerend netwerk van Riant Verzorgd Wonen, medewerkers worden betrokken bij het lerend netwerk; deze kennisuitwisseling is gericht op bestuur en medewerkers. Een onderdeel van het lerend netwerk is de input van welzijn medewerkers en zorgmedewerkers op het dagelijks beleid, jaarlijks worden er actuele onderwerpen gezamenlijk besproken en-of in een leermodus aangereikt.

Het organigram met de toelichting geeft een goed beeld van onze besturingsfilosofie, die in het kort is te kenmerken als betrokken en bevlogen, het welbevinden van cliënten en ondersteuning van medewerkers , BBL en BOL leerlingen voldoen aan wettelijke eisen.

Hoofdstuk 2 Organiseren van medewerkers

Om de zorg te kunnen bieden conform de zorgvisie en om te voldoen aan de wensen en verlangens van cliënten, voldoen we aan de volgende kenmerken. In de tabel staan de medewerkers, onderverdeeld naar discipline. In de tekst daarna staat per locatie aangegeven tot welke personele bezetting dit leidt.

2.1 Personeelsbestand Begin 2024

<i>Discipline</i>	<i>loon- dienst</i>	<i>Fte</i>	<i>Uren per week</i>
<i>Verzorgende niveau 3</i>	<i>Ja</i>	<i>0,78</i>	<i>28</i>
<i>Verzorgende (IG) niveau 3</i>	<i>Ja</i>	<i>2,9</i>	<i>78</i>
<i>Verzorgende MZ niveau 3</i>	<i>Ja</i>	<i>0,8</i>	<i>28</i>
<i>Verpleegkundige niveau 4- teamleider</i>	<i>Ja</i>	<i>1</i>	<i>36</i>
<i>Woonzorgbegeleider Helpende niveau 2+</i>	<i>Ja</i>	<i>0,67</i>	<i>24</i>
<i>Woonzorgbegeleider Helpende</i>	<i>ja</i>	<i>0,78</i>	<i>32</i>
<i>Assistent zorg en welzijn</i>	<i>ja</i>	<i>0,67</i>	<i>24</i>
<i>Woonzorgbegeleider Flex -studentenbaan vz niveau 3 , vp niveau 4 en 5</i>	<i>Ja</i>	<i>flex</i>	<i>16 +</i>
<i>Medewerker huiskamerbegeleider- keuken</i>	<i>Ja</i>	<i>2,8</i>	<i>102</i>
<i>Huishoudelijk medewerker</i>	<i>Ja</i>	<i>1,3</i>	<i>52</i>
<i>BBL- Verpleegkundige niveau 4</i>	<i>Ja</i>	<i>1,6</i>	<i>56</i>
<i>BBL MZ niveau 4</i>	<i>Ja</i>	<i>0,8</i>	<i>28</i>
<i>BBL Woonzorg – assistent Niveau 1- entree op- leiding</i>	<i>Ja</i>	<i>0,8</i>	<i>28</i>
<i>Kok</i>	<i>Ja</i>	<i>0,6</i>	<i>35</i>
<i>Kok- inval</i>	ZZP		
<i>ZPP - Welzijn/ therapeutisch en Yoga</i>	ZZP		<i>5</i>
<i>ZZp- verpleegkundge, Vig, helpende</i>	Nee		
<i>Stagiaire Verpleegkunde Niveau 5- 6 & 4 aanbod: februari- juli 2024 - 4 personen</i>	<i>POK</i>	<i>1,6</i>	<i>96</i>

<i>Vrijwilliger 5x</i>	<i>Ja</i>		<i>22</i>
------------------------	-----------	--	-----------

Werken samen op afspraak			
<i>SOG:</i>	<i>Nee</i>		
<i>Psycholoog: werken wij mee samen</i>	<i>Nee</i>		
<i>Psychiater: werken wij mee samen</i>	<i>Nee</i>		
<i>Maatschappelijk/sociaal werker</i>	<i>Nee</i>		
<i>Diëtiste</i>	<i>Nee</i>		
<i>Fysiotherapeut</i>	<i>Nee</i>		
<i>Ergotherapeut</i>	<i>Nee</i>		

Gepland: vlg → opleiding GVP

Gepland: doorstroom Helpende + → r BBL Vig

Gepland: doorstroom BBL woonzorg- assistent → BBL niveau 2

2.2 Personele bezetting per dag

Dagelijks zetten we de volgende diensten in. De teamleider-verpleegkundige- is de leiding gevende van het gehele team, de zorgtaken zijn verdeeld op geleide van functie en bevoegdheden. De dag oudste houdt per etage overzicht op de zorgwerkzaamheden en werkt nauw samen met de teamleider en de overige medewerkers.

*In de ochtend 7:15 uur starten naast de teamleider 4 a 5 zorg medewerkers, stagiaires en 2 keukenhuiskamer begeleiders. Vanaf 10:30 uur is er een vaste activiteitendienst ingepland. Vanaf 14:00 een tissendienst aangevuld om 15:30 uur met 2 avonddiensten. Daarnaast vanaf 15:00 uur een kok. Om 22:45 lost de nachtdienst de avond af tot 7:30 uur de andere dag. Per dag verdelen de medewerkers op basis van functie extra taken en welzijnsactiviteiten

Dienst	diensten	Pauze afspraken
Teamleider	08:30 - 17:00	stemt af met aanwezige medewerkers evt. werkzaamheden overnemen van keuken-dienst
Dagdienst 1	07:15 - 15:45	Koffie 1
Dagdienst 2	07:15 - 15:45	Koffie 1
O1	07:15- 11:00	
O2	07:15-.....	Naar behoefte
Stagiaire	07:15 - 15:45	Koffie 1
Zorg/ Activiteiten	07:15 - 13:15	Koffie 2
Avond A 1	15:30 - 23:00	Avond 2
A2	15:30- 23:00	Avond 3
F. Middag- avond	14:00-21:00	helpen met eten geven en zorg/ act. taken.
Stagiaire avond	14:00 - 22:00	Avond 3 of 1
Nacht	22:45 - 7:30	30 min naar eigen inzicht
KD 1-	07:30 - 13:45	Koffie 2
- Huiskamerbegeleider	14:00 – 16:00	
KD 2	07:30 - 13:30	Koffie 2
KOK	15:00 - 20:00	Avond 1
Bestellingen/ menu's	2 uur per week	
HH 1 / LK	7:30 - 11:30	Koffie 3
LK	In overleg	
LK Zaterdag		KD 1 ? of Volgens afspraak
HH 2 / extern	8:00- 12:00	4 uur per dag. Volgens afspraak

Koffie 1 = 09:30- 09:45 Koffie 2 = 09:45- 10:00 Koffie 3 = 10:00- 10:15 Koffie 4 = 11:30- 11:45	Lunch 1 = 11:30- 12:00 Lunch 2 = 12:00 - 12:30	Thee 1 = 13:30 - 13:45 Thee 2= 13:45 - 14:00
Pauze avond: afstemmen zorg en kok. Pauze avond 1 = 18:30 - 18:45 Pauze avond 2 = 19:00-19:15 Pauze avond 3 = 19:15 - 19:30		

2.3 werkwijze en inzet van medewerkers

Wij hanteren de volgende kaders voor voldoende en bekwaam personeel, ingedeeld in drie thema's:

1 Aandacht, aanwezigheid en toezicht

- Tijdens de zorg en ondersteuning bij intensieve zorgmomenten (zoals opstaan, naar bed gaan, intake en rond het sterven) zijn er t/m 23:00 uur minimaal twee zorgverleners beschikbaar om deze taken te verrichten, daarna via de bereikbaarheidsdienst en evt. bij de stervensfase aanwezige naasten;
- Tijdens de dag en avond t/m 20:30 uur is er permanent iemand in de huiskamer of gemeenschappelijke ruimte om de aanwezige bewoners de benodigde aandacht en nabijheid te bieden en toezicht te houden. Wanneer een bewoner de ruimte moet verlaten is er iemand aanwezig om dit op te vangen. Hierbij nemen we de afbakening tussen professionele verantwoordelijkheid en de inzet van familie en vrijwilligers in ogenschouw;
- In iedere dagdienst, ook in het weekend, is er iemand aanwezig die de juiste kennis en competenties heeft om separaat van de zorgtaken aandacht te besteden aan zingeving/zinnvolle daginvulling van cliënten;
- De zorgverleners die in direct contact zijn met de cliënten, kennen hun naam, zijn op de hoogte van hun achtergrond en persoonlijke wensen.

2 Specifieke kennis, vaardigheden

- Er is altijd iemand aanwezig die met zijn of haar kennis en vaardigheden aansluit bij de (zorg)vragen en (zorg)behoeften van de cliënten en bevoegd en bekwaam is voor de vereiste zorgtaken, probleemherkenning en triage;
- Er is 24/7 een BIG geregistreerde verpleegkundige consulteerbaar en indien noodzakelijk binnen 30 minuten ter plaatse;
- Er is dagelijks een arts bereikbaar en oproepbaar. Wij stemmen buiten de kantooruren en in het weekend medische vragen af met de huisartsenpost van de regio Eemland gevestigd in het Meander MC in Amersfoort:
Lopende medische zaken die mogelijk buiten de kantooruren om aandacht vragen worden specifiek in het medisch patiëntendossier van de samenwerkende huisartsen (LHV) genoteerd;
De huisarts buiten kantoren is met spoed te consulteren;
- Er zijn 24/7 aanvullende voorzieningen beschikbaar voor (on)geplande zorg, vragen of toenemende complexiteit;
- Er wordt een actief beleid gevoerd op EVV taken en taken van contactverzorgende en contact helpenden. Verzorgenden en helpenden zijn gericht op de complexiteit van zorg de vaste contactpersoon voor een bewoner.
- Bij toenemende complexiteit van zorg schakelen we externe expertise in om de medewerkers te ondersteunen c.q. trainen.

3 Reflectie, leren en ontwikkelen

- Multidisciplinair teamoverleg en teamleren hebben wij als volgt georganiseerd:
Zorgoverleg: Er is minstens 1 x per 2 maanden een zorgoverleg gericht op de vastgestelde evaluatie data van het individuele zorgplan. Dit wordt uitgevoerd volgens een werkinstructie met gebruikmaking van de kwaliteitscirkel : Plan - Do- Check- Act.
De evaluatie momenten worden door de EVV en Contactverzorgende/ Helpende+ besproken, de taken gericht op de evaluatie worden duidelijk gecommuniceerd en vastgelegd.
Participanten zijn: indien mogelijk de client, de 1ste contactpersoon , medewerker welzijn/ keukendienst, de huisarts, samenwerkende partijen. Een datum wordt afgestemd, verslag wordt gemaakt door de verantwoordelijke EVV/ CV.

Een MDO met o.a. de SOG wordt georganiseerd indien hier een directe aanleiding voor is, er is intensief contact met de huisarts waarin inzet van SOG, psycholoog, Psychater en fysiotherapie aangevraagd wordt gericht op medische ondersteuning. De bewoner en familie zijn belangrijke gesprekspartners in dit overleg.

Ingeval van een overleg gericht op het stappenplan van de WZD worden de noodzakelijke partijen onder verantwoordelijkheid van de teamleider bij elkaar gebracht, afspraken worden gemaakt en duidelijk beschreven in de rapportage. Betrokken medewerkers en naasten worden geïnformeerd. Indien sprake van een spoedsituatie gericht op onvrijwillige zorg / WZD / WLZ VV5 dan wordt tenminste de dienstdoende arts, 1^{ste} contactpersoon en functionaris WZD geïnformeerd en vindt er een beschrijving van de situatie plaats in het zorgplan.

- De EVV -er of contactverzorgende neemt deel aan afgesproken multidisciplinair overleg;
 - Wij hebben de afspraak dat indien het niet mogelijk is om in een MDO samen te komen de casus individueel onder de aandacht te brengen bij de verschillende professionals, de hieruit voortkomende info op een formulier bijeen te brengen en hier beleid aan te koppelen.

Hoofdstuk 3 Persoonsgerichte zorg en ondersteuning

Wij hechten eraan om de zorg en ondersteuning voor elke cliënt op maat te maken. Dat wil zeggen dat iedere cliënt kan rekenen op een zorgleefplan dat is gebaseerd op diens unieke persoonlijke wensen en verlangens en dat de professionele zorg voortdurend wordt afgestemd op de actuele noodzaak. Hierna lichten we per thema toe wat iedere cliënt mag verwachten en welke eigenschappen de medewerkers hebben. Onderstaande thema's zijn ontleend aan het kwaliteitskader verpleeghuiszorg en afhankelijk van bevindingen, opgenomen in het opleidingsplan.

Compassie: nabijheid, vertrouwen, aandacht en begrip

- De zorgverleners kennen het verhaal, de behoeften en wensen, de zorgen, problemen en levensvragen van elke cliënt en in het bijzonder de cliënt waar men contactpersoon voor is;
- De medewerkers spreken de cliënt aan binnen de afgesproken kaders in de organisatie op de manier die de cliënt prettig vindt;
- De medewerkers praten met cliënten en niet over cliënten;
- Wij hanteren het begrip; 'Zeg wat je doet en doe wat je zegt';
- De medewerkers maken echt contact met cliënten;
- De EVV-ers en CV hebben aandacht voor familie, naasten en mantelzorgers;
- De medewerkers stemmen specifieke vragen af met de 1^{ste} contactpersoon van de cliënt;
- De zorgverleners hebben inlevingsvermogen en begrip en tonen empathie;
- De zorgverleners beschikken over een breed repertoire aan communicatieve en sociale vaardigheden en beschikken over de juiste kennis en vaardigheden op het gebied van zorg die wordt geleverd;
- De medewerkers hebben respect voor normen en waarden van de cliënt, naasten en mantelzorgers.

Uniek zijn: gezien worden in persoonlijke context, eigen identiteit.

- Er is aandacht voor wat cliënten belangrijk en zinvol vinden om te doen, ook vanuit levensbeschouwing en om contacten die cliënten willen onderhouden;
- Als een cliënt dat wil, wordt deze hierbij geholpen, met respect voor eigen regie en autonomie;
- Zorgverleners zoeken naar de betekenis van gedrag als een cliënt zich onvoldoende of niet meer kan uitdrukken;
- Medewerkers dragen er zorg voor dat de cliënten zich veilig voelen;

- Medewerkers behandelen cliënten met respect;
- Als er iets te beleven of te ontdekken is, wordt de cliënt daarbij betrokken;
- De cliënten kunnen zoveel mogelijk hun eigen gang gaan, ook als zij geen behoefte hebben om iets te doen; (gelet op veiligheid en wilsbekwaamheid).
- Cliënten kunnen zoveel mogelijk hun eigen keuzes maken en zoveel mogelijk hun leefstijl voortzetten mits de directe leefomgeving hiermee niet belast wordt;
- De zorgverlener kent het levensverhaal van elke cliënt en ondersteunt waar mogelijk om dat voort te zetten;
- De zorgverleners kennen de persoonlijke wensen behoeften van en risico's bij de cliënt;
- De zorgverlener is in staat om veranderd gedrag te duiden of om daar adequate hulp bij te vragen;
- De zorgverleners hebben aandacht voor de naaste(n) van de cliënt als onderdeel van zijn eigen leven;
- De zorgverlener kan bij het volgen van professionele richtlijnen en standaarden een goede afweging maken in het licht van de persoonlijke situatie en wensen van de cliënt;
- Dilemma's worden samen besproken en hiervan wordt geleerd.

Autonomie: behoud van eigen regie over leven en persoonlijk welbevinden ook bij zorg in de laatste levensfase

- De cliënten kunnen, zover mogelijk, hun eigen leven vorm en inhoud geven zowel in grote als in kleine onderdelen van de dag.
- Indien een cliënt de regie niet meer kan nemen, krijgen diens naasten de kans om diens ogen en oren te zijn en de wensen te verwoorden of gedrag toe te lichten en te verklaren;
- Met iedere cliënt is bij opname concreet gesproken over zorg rondom het levenseinde. De cliënt heeft aan kunnen geven wat de wensen zijn: wat deze cliënt wel wil (bijvoorbeeld comfort, geen pijn, wel vocht- en voeding) en niet wil (bijvoorbeeld geen antibiotica of bloedproducten, niet beademen, geen ziekenhuisopname) *advance care planning*;
- De afspraken over zorg rondom het levenseinde zijn ook bekend bij de naasten en worden met de cliënt op regelmatige basis geëvalueerd;
- Zorgverleners laten zich primair leiden door de eigen wensen van de cliënt. Daarbij geldt als uitgangspunt: liever zelf laten doen dan overnemen;
- Cliënten krijgen de kans om zoveel mogelijk zelf sturing over hun leven te houden;
- De zorgverleners wegen met de cliënt en zijn naaste(n) de veiligheidsrisico's af tegen de kwaliteit van leven;
- De zorgverleners bespreken bij opname de wensen van cliënten rondom zorg bij het levenseinde. Wensen worden geïnventariseerd, opgenomen in het zorgplan en actief gedeeld met de huisarts en multidisciplinaire team indien actueel. Richtlijnen rondom palliatieve zorg worden gevolgd in overleg en per orde van de verantwoordelijke huisarts. ;
- De wensen van en afspraken met de cliënt worden gedeeld met de naaste(n) en op regelmatige basis opnieuw besproken met de cliënt.

Zorgdoelen: Iedere cliënt heeft afspraken over en inspraak bij de doelen ten aanzien van zijn/haar zorg, behandeling en ondersteuning¹

- Iedere cliënt heeft een eigen actueel zorgleefplan en een medisch plan (huisarts) / medisch beleid dat in samenspraak met de cliënt en desgewenst diens naasten is opgesteld;

¹ Het medisch beleid wordt opgesteld door de Huisarts in complexe situaties door de samenwerkende SOG.

- De cliënt of de naaste geeft aan zich te herkennen in het zorgleefplan en medisch plan (huisarts) , zo niet dan wordt dat besproken door de huisarts, verantwoordelijk zorgmedewerker de cliënt en diens naasten;
- De cliënt of diens belangenbehartiger is aanwezig bij een afgesproken multidisciplinair overleg (MDO), tenzij deze dat niet wil.
- Met de cliënt of diens belangenbehartiger wordt op regelmatige basis besproken of de zorg- en behandelafspraken worden nagekomen en of de zorg aan de wensen en behoeften voldoet;
- De Huisarts maakt met de cliënt en diens naasten concrete afspraken over het zorgbeleid bij het levenseinde;
- Iedere cliënt beschikt binnen uiterlijk zes weken na opname over een zorgleefplan en medisch plan, of zoveel eerder als mogelijk;
- Binnen 24 uur zijn in ieder geval zaken zoals medicatie, dieet, primaire hulpvraag, een eerste contact persoon en handelen bij calamiteiten vastgelegd in een concept zorgleefplan en medisch plan (medisch beleid) dat na maximaal zes weken definitief wordt;
- Het zorgleefplan wordt opgesteld door een verpleegkundige, de verpleegkundige is tevens EVV en beheerder van het zorgplan en staat de contactverzorgende/ helpende bij die het aanspreekpunt is voor de client en dienst familie. (niveau van CV is gericht op de complexiteit van zorg);
- De zorgverleners volgen bij het werken met het zorgleefplan en rapporteren dagelijks relevante informatie..
- Zorgverleners hebben inzicht in de situatie van de cliënt, inzicht in het zorg- en behandelproces rondom de cliënt en werken hierin samen als multidisciplinair team;
- Zorgverleners kunnen inzicht geven over de zorg aan de cliënt, aan diens naaste(n) en aan collega's;

Hoofdstuk 4 Wonen en welzijn

Naast de individuele zorg en ondersteuning, zoals beschreven in het vorige hoofdstuk, vinden wij wonen en welzijn belangrijk voor onze cliënten. We streven ernaar dat de wensen en verlangens van de cliënten zoveel mogelijk kunnen worden waargemaakt. Omgaan met beperkingen van cliënten zien wij liever als een uitdaging dan als een beletsel. Hierna lichten we per thema toe wat iedere cliënt mag verwachten en welke eigenschappen de medewerkers hebben. Onderstaande thema's zijn ontleend aan het kwaliteitskader verpleeghuiszorg.

Zingeving

- Er is bij zorgverleners aandacht voor specifieke levensvragen zoals omgaan met verlies van functies, eenzaamheid, rouw, depressie, ouderdom en invulling van de laatste levensfase;
- Indien een cliënt iets kan en wil betekenen voor een ander ondersteunen we dat;
- Het is voor iedere cliënt mogelijk om een geestelijke verzorger in de eigen levensomgeving te ontvangen van de eigen levensbeschouwelijke signatuur.

Zinnvolle tijdsbesteding

- Iedere dag bieden we activiteiten aan. Deze zijn zowel individueel als in groepsverband afhankelijk van het zorgleefplan worden bewoners gestimuleerd om deel te nemen. Medewerkers wordt gevraagd specifiek aandacht te geven aan onderlinge samenhang van de bewoners;
- De activiteiten worden dagelijks in zowel de ochtend als middag begeleid;
- In de avond vanaf het diner tot ongeveer 20:00- 20:30 uur wordt er ingezet op een rustige avond met koffie, thee en samenzijn, de boodschap aan de medewerker is hou het klein, gezellig en laat de bewoner merken en voelen dat je er bent, er wordt rekening gehouden met de cliënten in de huiskamer die prikkelgevoelig zijn voor nare beelden van het journaal. Liever het jeugdjournaal, indien gewenst. Hier wordt een extra medewerker vanaf de maaltijd voor ingezet.

Beweging;

- We hebben beweegstimulering als volgt geregeld: Wekelijks verzorgd een vaktherapeut een Yoga/ bewegingsles specifiek gericht op senioren.
- Er staat daarnaast minstens 2 x in de week begeleid bewegen in een groep op het activiteiten .
- Indien van toepassing worden individuele toepassingen aangereikt om te bewegen zoals een laag trapfietsje voor een stoel;
- De huisarts speelt een rol in het afgeven van een machtiging aan de fysiotherapeut gericht op fysiotherapie als behandeling, ondersteunende materialen zijn aanwezig;
- Bewoners worden gestimuleerd om te lopen;
- Bewoners worden indien mogelijk altijd uit bed gehaald, oplossingen worden toegepast om dit te realiseren.
- De bewoners worden gestimuleerd om dagelijks begeleid of zelfstandig indien mogelijk een wandeling te maken in de buitenlucht. Rolstoel cliënten worden in de tuin begeleid door een medewerker;
- Naasten van bewoners worden gestimuleerd om de client mee te nemen voor een wandeling naar buiten.

Schoon en verzorgd lichaam plus verzorgde kleding

- Iedere cliënt ontvangt naar eigen wens en behoefte en in overleg met diens naasten de dagelijkse persoonlijke verzorging van lichaam en kleding (o.a. bed, bad, toiletgang, haardracht, make-up, bril, gehoorapparaat, kledingkeuze).

Familieparticipatie en inzet vrijwilligers

- Zorgverleners geven naasten de cliënt de ruimte om in de zorg en ondersteuning te participeren;
- Het huishoudelijk reglement wordt bij de intake uitgereikt. Medewerkers zijn gastvrij, de Villa is gericht op de specifieke doelgroep echter geen gasthuis waar ongelimiteerd bezoek mee kan eten of in gesprek kan gaan met medewerkers. Met een afspraak is er van alles mogelijk. Familie en naasten zijn van harte welkom in het ondersteunen van naasten.
- Vrijwilligers zijn zeer welkom, zij zijn aanvullend op de zorgverleners, zij verlenen geen lichaamsgebonden handelingen. In overleg kunnen zij zelfstandig contacten aangaan met de bewoners. In overleg wordt besproken hoe de kwaliteiten en persoonlijke voorkeur te ondersteunen.

Wooncomfort: gastvrijheid, maaltijden, schoonmaak en inrichting

- De inrichting van de woonomgeving is aangepast aan zorg- en ondersteuningsbehoeften (privéruimten, algemene ruimten, buitenruimten);
- De privé en algemene en buiten ruimten zijn schoon en veilig;
- Cliënten worden in de gelegenheid gesteld met eigen spullen hun kamer in te richten;
- Wij hebben gemerkt dat de bewoners over het algemeen een dag structuur waarderen. Zo is de algemene ontbijttafel op beide etages gedekt t/m 10:15 uur. Mocht een bewoner willen uitslapen of op het eigen appartement willen ontbijten dan wordt dit onderling afgestemd. De gezamenlijke lunch en het diner staat enig sinds op vaste tijden gepland, geen probleem als hier door omstandigheden even van wordt afgeweken. In overleg kan er op het eigen appartement gegeten worden.

Hoofdstuk 5 Veiligheid

Streven naar optimale veiligheid heeft een hoge prioriteit. Het voortdurend streven naar veiligheid zien wij niet los van andere belangrijke waarden. Bijvoorbeeld de afweging die wij maken tussen persoonlijke vrijheid en welzijn aan de ene kant, en persoonlijke veiligheid en risico's aan de andere kant.

Veiligheid houdt niet alleen zorginhoudelijke veiligheid in. Andere veiligheidseisen waaraan wij aandacht besteden zijn veiligheid van hulpmiddelen, brandveiligheid, de aanwezigheid van een ontruimingsplan, RI&E, voedselveiligheid en drinkwaterveiligheid. Ook het bieden van inspraakmogelijkheden aan medewerkers en cliënten en een toegankelijke klachtenregeling zien wij als manieren om veiligheid te bevorderen.

5.1 Veiligheidsnormen

Medicatieveiligheid

- De medicatie van de bewoners wordt in principe bij opname ingenomen en door de Villa geregeld;
- Indien specifiek gewenst kan op geleide van een BEM vastgelegd worden of hier individueel van afgeweken kan worden;
- Medicatieopslag is per etage opgeborgen in een afgesloten medicijn wagen;
- De registratie van de medicatie inname wordt digitaal geregeld met het N- Care systeem in samenwerking met huisarts en apotheek door bevoegde en bekwame medewerkers;
- We analyseren de MIC meldingen minimaal tweemaal per jaar en we besteden aandacht aan de oorzaken van alle medicatiefouten. Hierbij betrekken we de medewerkers;
- We beperken het antipsychoticagebruik in samenspraak met de huisarts en/of SOG zoveel mogelijk;
- We beperken het antibioticagebruik in samenspraak met de huisarts zoveel mogelijk.

medicatiereview

- Minimaal een maal per jaar organiseren we een medicatiereview met de apotheker en de Huisarts;

Overige inventarisatie van veiligheidsnormen

- Ziekenhuisopnamen en AB gebruik worden gemonitord.
- Incidenten worden op naam van de bewoner door een medewerker gerapporteerd met een MIC melding, per kwartaal wordt een analyse gemaakt en met de medewerkers besproken. De uitkomsten worden meegenomen in het beleid.

5-2 Crisis plan

- In de Villa beschikken wij over een AED, het ontruimingsplan is beschreven en inzichtelijk voor alle geïnteresseerden en een verplicht aandachtspunt bij nieuwe medewerkers.

5-3 Infectie preventie

Er is een specifiek protocol op infectie/ Hygiëne.

Hoofdstuk 6 Leren en werken aan kwaliteit

Voortdurend werken aan het verbeteren van kwaliteit is voor ons de norm. Dit doen we op verschillende manieren en we leggen de bevindingen vast. Deze staan ter beschikking van cliënten, naasten, medewerkers en stakeholders. Hiermee beogen we transparantie en hierdoor leggen we op een natuurlijke manier verantwoording af. Dit kwaliteitsplan van 2023 en het jaarlijkse kwaliteitsverslag wordt als vast onderdeel op onze website gepubliceerd.

| Een kwaliteitsmanagementsysteem gebruiken wij als instrument om de organisatie te besturen, hiermee brengen wij structuur in onze organisatie gericht op bewoners en medewerkers. Processen worden omschreven, hierbij worden kaders aangegeven.

Wij maken deel uit van een lerend netwerk, te weten met de organisaties die deel uitmaken van de brancheorganisatie Riant Verzorgd Wonen. We nemen drie keer per jaar deel aan Lerende Netwerken. Deze worden op twee niveaus georganiseerd, te weten voor directies en managers en voor uitvoerende medewerkers. Tijdens deze Lerende netwerken is er ruimte voor intervisie, reflectie en uitwisseling. Tevens bespreken we ons kwaliteitsplan en ons kwaliteitsverslag.

Leren en ontwikkelen;

Er is voor iedere zorgverlener voldoende tijd en ruimte om te leren en te ontwikkelen via feedback, intervisie, reflectie en scholing. Meerdere malen op een dag zijn er overlegsituaties tijdens wisseling van dienst. Er is altijd gelegenheid voor reflectie of intervisie op zorgsituaties, medewerkers worden gehoord en gezien.

- Villa Hooghe Heide maakt deel uit van het lerend netwerk van Riant Verzorgd Wonen 2 a 3 maal per jaar worden samenkomsten georganiseerd voor zowel medewerkers als directie/ leidinggevenden met als doel, delen van kennis, intervisie, training.
- Het dagelijks bestuur van Villa Hooghe Heide staat open tegenover mee lopen / ervaringen delen in een andere organisatie van ons lerend netwerk mits de eigen organisatie geen problemen ervaart bij de planning t.a.v. de bezetting. Wij zijn zeer gehecht aan ons vaste team dat de bewoners goed kent.
- Jaarlijks wordt een scholingsplan beschreven gericht op de behoefte van medewerkers en de organisatie.
- Een deel van de scholing en deskundigheidsbevordering besteedt aandacht aan methodisch en multidisciplinair werken;
- Medewerkers krijgen E-learning modules aangereikt om theoretisch de kennis op te frissen. Functie gerichte modules zijn opgenomen in de aangereikte pakketten. De voorkomende medische handelingen moeten minstens jaarlijks praktisch op de werkvloer bijgehouden worden om bekwaam te blijven voor desbetreffende handeling. Vilans protocollen en tentamens (observatielijsten) Deze toetsen worden onder de bevoegd en bekwame medewerkers geoefend. Mocht er een medische handeling plotseling actueel worden dan wordt er een vakspecialist geconsulteerd om de medewerkers praktisch bij te scholen.
- Het scholingsbeleid voor zittende en aankomende zorgverleners versterkt hun vakbekwaamheid aantoonbaar en er wordt nadrukkelijke aandacht besteed aan omgaan met zorgdilemma's en adequate zorg bij het levenseinde;
- In de functioneringsgesprekken komen competentie- en loopbaanontwikkeling aan de orde.

Hoofdstuk 7 Leiderschap, governance en management;

In de Villa wordt de Raad van Bestuur (RvB) gevormd door twee directieleden. Deze directie heeft dezelfde bevoegdheden als een gemiddelde RvB. In onze directie is de professionele inbreng gegarandeerd door een directeur zorg hbo-v big geregistreerd en de directeur algemene zaken, deskundig senior op bedrijfskundig terrein. De teamleider is hiërarchisch bevoegd voor het aansturen van het primair proces. De directie is eindverantwoordelijk voor de afspraken van de Governance code toegepast op kleinschalige organisaties. Directeur zorg heeft direct contact met de zorgverlening; denkt mee en houdt zicht en stuurt op de kwaliteit van zorg. DE input van de cliëntenraad wordt ter harte genomen. Door de directie taken is het niet meer mogelijk om daadwerkelijk als hbo-verpleegkundige aan het bed te staan, echter meedenken, adviseren en de view houden over het zorgproces is een dagelijkse taak.

Onderstaande zes thema's zijn kenmerkend voor ons leiderschap:

1. Visie op zorg

- De in hoofdstuk 1 beschreven zorgvisie is in samenspraak met belanghebbenden opgesteld en vormen een meerwaarde voor bewoners en hun naasten en medewerkers
- Deze zorgvisie en kernwaarden zijn tevens opgenomen in het meerjarenplan en het jaarplan, die de strategische koers van de organisatie weergeven.

2. Sturen op kernwaarden

- De kernwaarden zijn tot stand gekomen op basis van de zorgvraag van onze bewoners en de missie en visie; kort samengevat deskundigheid van medewerkers, welzijn en veiligheid
- Wij stellen de persoonsgerichte zorg, ondersteuning en veiligheid binnen ons huis centraal.
- Met het opleidingsplan creëren wij de randvoorwaarden voor het vakmanschap van onze zorgverleners
- Met behulp van synergie tussen cultuur en regels, creëren we een cultuur van waaruit de juiste zaken geregeld worden en het gewenste gedrag wordt bevorderd.

3. Leiderschap en goed bestuur

- De directie stelt zich ondersteunend, faciliterend en transparant op naar alle zorgverleners, bewoners en naasten
- De directie draagt zorg voor verbinding met en tussen binnen- en buitenwereld van de organisatie
- De directie heeft overzicht op de verantwoordelijkheden van de organisatie en specifiek ook op verantwoordelijkheden ten aanzien van kwaliteit
- De directie grijpt tijdig in als dat voor borging van de veiligheid en kwaliteit van de zorg noodzakelijk is, alsmede voor aspecten die de kwaliteit van leven van bewoners ondersteunen
- De directie zorgt ervoor dat opbouw en omvang van het personeelsbestand in overeenstemming is met de visie, taken en doelgroep.

4. Rol en positie interne organen en toezichthouder(s)

- De directie vraagt een aantal maal per jaar de cliëntenraad in een overleg advies omtrent wensen en ideeën, bespreekt jaarlijks het verbeterplan en het kwaliteitsverslag met de cliëntenraad. Een budget is toegekend aan de cliëntenraad voor 2024 voor het organiseren van een bijeenkomst voor de naasten van bewoners met een professional gericht op dementie, de wens is geuit om te onderzoeken of naasten ervaringen n.a.v. deze bijeenkomst willen delen.
- De directie werkt volgens Wet Kwaliteit klachten en geschillen in de zorg (WKKGZ)

- De directie stimuleert inhoudelijke input op het beleid, door serieuze overwegingen en mogelijke implementering van de adviezen.
- De raad van commissarissen denkt mee en houdt toezicht op het besturen van de organisatie.

5. Inzicht hebben en geven

- De directie heeft de regie over het dynamisch kwaliteitsontwikkelp proces zoals beschreven in dit kwaliteitsplan;
- De directie houdt per kwartaal zicht op de voortgang van de actiepunten in het jaarplan INK model en het verbeterplan;
- De directie verantwoordt zich over dit kwaliteitsplan in een jaarlijks kwaliteitsverslag;
- De directie speelt een actieve rol bij totstandkoming en actief onderhouden van het lerend netwerk;
- Er zijn duidelijke afspraken gemaakt over de verantwoordelijkheidsverdeling tussen zorgverleners in de keten;
- De directie is actief betrokken bij overleg op zorg en welzijn, waardoor er gevoel en inzicht blijft met de kwaliteit van zorg en de werkvloer.

6. Verankeren van medische, verpleegkundige en psychosociale expertise

- Professionele inbreng in het aansturen van de organisatie is geborgd door professionele inhoudelijke kennis in de leiding en aansturing van de organisatie
- Professionele inbreng door een SOG is als volgt geregeld: de SOG is ondersteunend voor zowel huisarts als medewerkers. De huisarts vraagt ondersteuning bij de SOG indien er overstijgende zorgvragen zijn. De verantwoordelijk zorgmedewerker bespreekt problemen vanuit medisch oogpunt met de huisarts. De huisarts wordt gevraagd door samenspraak met de eerstverantwoordelijk verpleegkundige en/of verzorgende wanneer er een MDO noodzakelijk is. Twee maal per jaar is er een farmaceutisch overleg en een overleg gericht op samenwerking. Er is een goede samenwerking met een psychologen praktijk voor geriatrische ondersteuning bij gedragsproblemen. In overleg met de bewoner, diens naaste, teamleider en huisarts wordt deze expertise in overleg met de huisarts benadert. Een machtiging van de huisarts is noodzakelijk voor een consult en eventuele behandeling. Indien mogelijk wordt de bewoner of naaste gevraagd om te participeren.

Hoofdstuk 8 Hulpbronnen, omgeving en context

Onderstaande hulpbronnen zijn in de voorgaande hoofdstukken van dit kwaliteitsplan niet expliciet beschreven. Een compacte omschrijving van een aantal belangrijke hulpbronnen staat in dit hoofdstuk. Hierbij is vastgelegd hoe deze hulpbronnen dienend zijn aan het primair proces.

Gebouwde omgeving

Ieder appartement/studio wordt opgeleverd met een onderhoudsvriendelijke en hygiënische vloerbedekking, neutraal behang, pantry en badkamer met hulpmiddelen.

Periodiek onderhoud wordt gepleegd aan de gezamenlijke openbare ruimten, muren, lift, brandmeldinstallatie, verwarmingsinstallatie, gashaarden en faciliteiten m.b.t. veiligheid van gebruik van water en afvoer. De temperatuur in het gebouw heeft de aandacht i.v.m. het veranderde klimaat, airconditioning is op een aantal plaatsen in het gebouw aangebracht. Het verzorgen van de ramen aan de buitenzijde van het pand en het onderhoud van de tuin wordt door derden uitgevoerd.

Technologische hulpbronnen

Periodiek onderhoud wordt toegepast bij ICT materialen, personenalarmering en extra domotica wordt volgens een procedure (AVG) als maatwerk aangeboden.

Bewoners hebben beschikking over direct aan kiesbare telefoonnummers, internet, WIFI en radio/televisie.

Materialen en hulpmiddelen

Transferhulpmiddelen zoals tilliften; passief en actief en Arbo bad-douchestoelen zijn door WMO ter beschikking gesteld en in onderhoud bij leverancier, bij calamiteiten t.a.v. immobiliteit is er per direct leen materiaal beschikbaar bij de thuiszorgwinkel. Draagbare medische instrumenten zoals loopbrug voor fysiotherapie, Fysiobehandeltafel, (rolstoel-)weegschaal, bloeddrukmeter en diverse instrumenten voor het meten van lichaamsfuncties zijn aanwezig.

Geheugen en spel- en bewegingsmaterialen zijn in voldoende mate aanwezig en worden regelmatig aangevuld en vervangen.

Facilitaire zaken

Het interieur, is vernieuwd en heeft een rustige frisse uitstraling met luxe lig, sta-op fauteuils, en diverse fauteuils die een prettig comfort bieden. Wij beoordelen wat een bewoner nodig heeft en doen er alles aan om hier aan te kunnen voldoen. In het pand zijn twee identieke volledige keukens beschikbaar. Er is een automatische voordeur. Bij afwezigheid van kantoor / zusterpost (receptie) is de deur gesloten. Om het gehele pand is een tuin aangelegd. De binnentuin is besloten. Er is voorzien in een kleine technische werkplaats. Overige ruimten zijn: fysio- en fitnessruimte is voorzien van apparatuur ter ondersteuning van de mobiliteit, In het souterrain is een wellness ruimte met Arbo-bad met jacuzzi beschikbaar. Tevens is er een ruimte geschikt gemaakt als kapsalon. Ook de voorraadkamer en linnenkamer met was- en strijk apparatuur bevinden zich in het souterrain.

De Villa is rookvrij. Er is een overkapte gelegenheid voor bewoners die willen roken beschikbaar.

Financiën en administratie organisatie

De Financiële Administratie (jaarrekening) en de salarisadministratie is volledig uitbesteed aan een extern accountantskantoor.

De financiële administratie van VPT is extern uitbesteedt.

Het ECD waarmee gewerkt wordt is door Nedap ontwikkeld en wordt weergegeven als ONS, administratie, medewerkersportaal, planning- Carenzorgt fam. portaal) en het kwaliteitsmanagement systeem MY-DMS is hieraan gekoppeld.

Naast het ECD wordt er gebruik gemaakt van een digitaal medicatiesysteem N- Care er wordt gewerkt binnen dit systeem met een samenwerking met de vaste apotheek, huisarts en de organisatie.

Professionele relaties

Intensieve samenwerking met huisartsenpraktijk en apotheek; samenwerking met SOG, Psychologen praktijk voor ouderen, de trombosedienst komt regelmatig aan huis. Er wordt samengewerkt met een praktijk voor fysiotherapie.

Ergo en diëtiste wondspecialist, is beschikbaar op afroep.

Buiten kantoor uren kunnen wij terug vallen op de diensten van de huisartsenpost .

Wij zijn betrokken bij een overdracht systeem, POINT van het regionale ziekenhuis MC Meander.

WMO aanvragen meestal gericht op het aanvragen van een aangepaste rolstoel (soms via samenwerking met een ergotherapeut) of aanvraag van een regio pas t.b.v. intensief rolstoelvervoer voor maatschappelijke doeleinden worden in overleg met bewoner en of naaste aangevraagd bij afdeling zorg van de Gemeente. Afspraken voor een intake worden gemaakt in overleg met de naaste.

Er is overeenkomst met het ClZ Portero voor het aanvragen van een indicatie voor de WLZ.

Hoofdstuk 9 Gebruik van informatie.

De belangrijkste informatiebronnen ontleen we aan onderzoeken naar cliëntervaringen en medewerker ervaringen. De keuze voor de te gebruiken instrumenten is gevallen op onafhankelijk onderzoek door “prestatie vergelijk ouderenzorg”. De redenen voor deze keuze zijn dat deze instrumenten op wettelijke vraagstukken zijn ontwikkeld en dat de er op basis van uitkomsten een benchmark met vergelijkbare voorzieningen kan worden uitgevoerd. Bovendien meet dit instrument de totaalscore over de zes verplichte vragen welke op Zorgkaart Nederland worden gepubliceerd.

Op deze wijze kunnen we vaststellen in hoeverre onze kwaliteit zich verhoudt tot de kwaliteit van de kleinschalige verpleeghuiszorg: totaalscore op basis van zes vragen; benchmark tevredenheidsonderzoek bewoners en benchmark tevredenheidsonderzoek medewerkers.

- **Info: voortgang van kwaliteitsrichtlijnen**

De presentatie en implementatie van het Generiek kompas met de geplande ingang van 01-01-2024 is door de overheid uitgesteld. Vele partijen hebben ingestemd met de voortgang van het kwaliteitskader verpleeghuiszorg van 2017. OP dit moment is niet duidelijk wanneer het Generiek kompas een wettelijke verplichting wordt.

Verpleeghuiszorg, zorg en ondersteuning thuis en in de wijk

Het kompas is een leidraad en richtsnoer om vanuit de behoeften van de mensen die zorg en ondersteuning nodig hebben, deze vorm te geven en te organiseren. En alle verschillende organisaties daarin goed samen te laten werken. Het kompas moet de huidige kwaliteitskaders wijkverpleging en verpleeghuiszorg vervangen bij opname in het Register. Met het Register zorgt het Zorginstituut ervoor dat iedereen in Nederland kan zien wat wordt verstaan onder goede zorg en hoe je goede zorg meet. Het kompas richt zich naast de zorg voor met name ouderen ook op de zorg aan specifieke doelgroepen, zoals mensen met niet-aangeboren hersenletsel, Korsakov, Huntington, Parkinson en jonge mensen met dementie.

Bron: 21-12-2023 zorginstituut Nederland

10 Verbeterparagraaf

We stellen alles in het werk om de doelstellingen die in dit kwaliteitsplan zijn beschreven waar te maken. Periodiek evalueren we de voortgang en indien nodig stellen we ons beleid bij om de doelstellingen te behalen.

Bij het maken van dit kwaliteitsplan voor 2024 voorzien we de volgende verbeterdoelen om de doelstellingen te behalen:

1. Aandachtsvelden medicatie: ontwikkelen van profiel en verantwoordelijkheden
2. Plan voor een tijdspad gericht op het uitvoeren van Interne audits
3. Voorgenomen punten uit het jaarplan.
4. Plan voor scholing voor het continu onder de aandacht houden van infectie preventie

Minimaal viermaal per jaar evalueren we in het MT het beleid en de voortgang van de verbeterplanning. De bevindingen hierbij bespreken we in de cliëntenraad en 2 maal per jaar met de medewerkers in een daarvoor ingericht teamoverleg. De resultaten worden in het kwaliteitsverslag opgenomen. Dit verslag is openbaar en voor een ieder inzichtelijk.

Slotwoord van de directie

Het is mooi om als dagelijks bestuur te ervaren dat er vriendschappen gesloten worden onder de bewoners, men weet elkaar te vinden voor een uitstapje naar de markt, winkelcentrum of een wandeling in de omgeving. Ook worden er fanatiek spellen gespeeld. Er is een goede sfeer zowel onder de bewoners als onder de medewerkers.

Het gevoel van veiligheid en vertrouwen voor alle bewoners en medewerkers staat centraal in de organisatie.

Het werven van nieuwe medewerkers is soms een uitdaging, maar het is ons tot nu toe gelukt om een vast team te behouden. Dit zal altijd ons streven zijn, indien mogelijk, geen uitzendkrachten en geen zzp-ers op essentiële zorgtaken. Ons inziens is de continuïteit van zorg, het kennen van de bewoner door externe medewerkers minder geborgd. Indien het echt niet anders mogelijk is dan kan een enkele zzp gerichte medewerker een aanvulling vormen. De uitdaging is om een gemotiveerde persoon of een aantal personen te vinden die samen met het vaste team ook op alle diensten uitvoerend kunnen zijn. Wat het Generiek Kompas inhoudelijk zal toe kunnen voegen aan ons beleid is nog de vraag, wij zijn ons zeer bewust van de kwetsbaarheid van onze bewoners die door de aandoening niet meer in staat zijn om zelfstandig thuis te wonen. Autonomie stimuleren wij voor zo ver dat mogelijk is. Ondersteuning door mantelzorg is altijd welkom. Bij professionele zorghandelingen blijft de eindverantwoordelijkheid bij de daarvoor opgeleide medewerkers.

Het nieuwe jaar stelt ons vast weer voor nieuwe uitdagingen, met een vast vertrouwen in het team zien wij dit jaar positief tegemoet.

Amersfoort, februari 2024

Jan Luiten
Clari van Staveren

Bijlagen 1

1-4 Gedragscode medewerkers

- Ik treed anderen op een open en passende wijze te gemoed. Ik bedenk hier bij hoe ik zelf behandeld zou willen worden.
- Ik vraag bewoners eventueel met behulp van naasten of ze hun vraag in eigen woorden willen/kunnen weergeven. Ik bespreek met de bewoner hoe hij/zij de vraag ziet en hier mee omgaat.
- Samen bepalen we het doel van de dienstverlening. De (ervarings) deskundigheid van de bewoner en diens naaste speelt een even grote rol als mijn (professionele) deskundigheid. De dienstverlening vindt plaats op verzoek van de bewoner of diens naaste en/of wettelijk verantwoordelijke. Tussentijds evalueer ik als contactverzorgende of verpleegkundige samen met de bewoner en diens naaste of we nog het zelfde doel nastreven.
- Ik lever tijdens overleg situaties een verantwoorde opbouwende bijdrage. Door actief en constructief mee te denken met collega's en directie lever ik een aandeel in de voortgang van het overleg en bij het oplossen van vraagstukken en problemen.
- Ik maak heldere mondelinge dan wel schriftelijke afspraken die ik vervolgens nakom.
- Ik ondersteun collega's. Ik ondersteun collega's en geef feedback indien dat nodig is, want samen zijn wij verantwoordelijk voor de prestaties van Villa Hooghe Heide.
- Ik zoek bij problemen naar een oplossing van uit een positieve en creatieve houding. Als ik in mijn werk problemen tegen kom analyseer ik de problemen en zoek naar een oplossing. Ik laat mij daarbij niet leiden door beperkingen maar door mogelijkheden.
- Ik lever gevraagd en ongevraagd een bijdrage aan de kwaliteit van het werk door het doen van voorstellen en suggesties over verbeteringen en/of het op constructieve wijze leveren van kritiek. De directie stimuleert het creatief en actief meedenken van haar medewerkers en geeft ruimte voor eigen initiatief en eigen verantwoordelijkheid.
- Ik ben loyaal naar collega's en organisatie. Samen vertegenwoordigen wij de organisatie. De loyaliteit aan Villa Hooghe Heide verhindert echter niet dat ik op een gepaste wijze reageer indien dat ik constateer dat het belang van de bewoners en of organisatie geschonden wordt.
- Ik leef de regels omtrent de bescherming van de privacy van de bewoner na. De bewoner kan er van verzekerd zijn dat ik zorgvuldig en conform de privacy regels met persoonlijke gegevens omga.
- Ik ken de regels omtrent grensoverschrijdend gedrag ik gedraag me in woord en gebaar, zoals een professional dat behoort te doen. Ik ben me bewust van de cliëntenpopulatie en de plotse-linge situaties die hierbij kunnen ontstaan. Ik maak melding van grensoverschrijdend gedrag bij mijn leidinggevende. Ik weet dat ik een externe vertrouwenspersoon kan benaderen om grensoverschrijdend gedrag van collega's te melden
- Ik klee en gedraag me passend. Mijn kleding en sierraden en tatoeages passen bij het beroep dat ik uitoefen en zijn conform de huisregels.
- Ik gebruik geen materialen en/of middelen die eigendom zijn van Villa Hooghe Heide voor privé-gebruik of privédoeleinden. In overleg is het gebruik van pc/laptop toegestaan voor het verwerken van gegevens t.b.v. de stage of het uitprinten van stukken voor stagedoeleinden.
- Ik gebruik of check onder werktijd niet mijn mobiele telefoon voor privé doeleinden. Familie of vrienden kunnen in dringende gevallen het vaste nummer van de Villa bellen.
- De nationale beroepscode voor verpleegkundigen en verzorgenden is voor mij (zorgmedewerker) een belangrijke leidraad. Uitgereikt bij in dienst treden en te vinden in het kwaliteitssysteem van Villa Hooghe Heide.
- Ik ga zorgvuldig om met de mij toevertrouwde materialen en middelen van de organisatie en persoonlijke eigendommen van de bewoners in de organisatie.

Bijlage 2

1-5 Huisregels en Huishoudelijk reglement

Naast deze gedragscode hanteren wij huisregels die iedere medewerker krijgt aangereikt bij in dienst treding.

Een huishoudelijk reglement is opgesteld voor bewoners en naasten. Deze wordt bij inwoning gemaild aan de eerste contactpersoon. Wij zien de eerste contact persoon als aanspreekpunt voor informatie van en naar belanghebbenden van de bewoner.

Passages uit het huishoudelijk reglement en de huisregels zijn:

- Bezoek is altijd welkom tot 's avonds 22:00 uur, echter tijdens de ochtenduren van 7:30 uur tot 10:30 uur is de zorg gericht op de persoonlijke verzorging. U kunt natuurlijk altijd overleggen.
- Wij hebben besloten i.v.m. de kwetsbaarheid van de bewoners en kans op brand en rookoverlast dat de Villa rookvrij is. Aan de oostzijde is er een overkapping voor bewoners waar gerookt kan worden.
- Indien u wilt mee-eten dan vragen wij u dit 3 dagen van te voren te overleggen in verband met inkoop. Er is een maximum verbonden aan naasten die willen mee eten. Er zijn in de naaste omgeving verschillende mogelijkheden om uit eten te gaan.
- Bezoekende dieren zijn welkom, vraagt u gerust om een bakje water voor de hond.
- De keuken is het domein van de huiskamer begeleider, keukendiensten en kok. Liever even vragen dan zelf pakken. I.v.m. HACCP zijn er speciale regels t.b.v. houdbaarheid en de controle hierop.
- Er kunnen intern beperkt klussen verricht worden door de beschikbare vrijwilliger. Bij grote klussen dient dit overlegt te worden met de directie.
- Indien er afspraken gemaakt worden met externe partijen anders dan de partners waar wij mee werken, dan vragen wij u om dit te melden bij de teamleider; b.v. soms moet er een bewoner op een bepaalde tijd klaar staan voor bezoek aan een ziekenhuis of poli.
- De bewoners krijgen van de Villa hair- bodysoap en bodylotion van het merk Abena. Dit is ongeparfumeerd. Overige verzorgingsmiddelen zoals tandpasta, borstels, scheerartikelen, materialen voor het verzorgen van de nagels enz.. behoren tot het beheer van de bewoner/ naaste.
- Wij beschikken over een overlijdens protocol; dit wordt bij opname overgedragen en op het moment dat dit actueel is met u besproken.
- I.v.m. de populatie van onze bewoners is het belangrijk dat er een bepaalde vorm van rust heerst. Mensen die verward zijn raken snel overstuur en ervaren onveiligheid bij een constante loop van mensen in de woonomgeving of afleidingen tijdens de maaltijden. Wij vragen u begrip om niet onder de maaltijden aan te bellen als de medewerkers alle bewoners aan tafel hebben gevraagd en er een gevoel van samen zijn heerst. De lunch is rond 12:00 - 13:00 uur. In de avond, rond 17:30. Om 19:00 uur heeft iedereen gegeten en een eerste kopje koffie gedronken.
- Wij vragen bewoners en bezoek om in de algemene ruimte niet te telefoneren. Ook wordt onder de aandacht gebracht bij de medewerkers om de telefoon van de Villa niet in de algemene ruimten te beantwoorden. Opnemen is prima maar daarna even terugtrekken in het kantoor of andere plek is wel zo netjes.
- De huiskamer is van de bewoners dus vragen wij het bezoek om in het appartement van uw naaste af te spreken. Een aantal extra personen in de huiskamer is prima maar het is niet prettig voor bewoners indien dit te overheersend wordt.
- Wij hebben vaste tijden ingesteld dat bij verhuizing van spullen, en vragen u altijd om dit met ons te overleggen. Op zondag willen wij niet dat er verhuist wordt.
- Indien u gebruik maakt van het koffie apparaat of waterkoker en kopjes van uw naaste, dan vragen wij of u dit zelf even kunt afwassen zodat er geen stapel afwas achterblijft in de gootsteen. Een enkel kopje is geen probleem.
- Uiteraard verzorgen wij zelf de door ons aangereikte materialen.

Wet zorg en dwang Stappenplan

De Wet zorg en dwang (Wzd) gaat uit van het principe 'Nee, tenzij'. De zorg voor mensen met dementie en mensen met een verstandelijke beperking moet zoveel mogelijk op vrijwillige basis plaatsvinden, tenzij het niet anders kan.

Als het niet lukt om een vrijwillig alternatief te vinden, moet de zorgorganisatie een stappenplan doorlopen waarbij de situatie goed wordt geanalyseerd, alternatieven in een multidisciplinair team worden bekeken en (onafhankelijke) deskundigheid wordt ingeschakeld om mee te denken.

Meer informatie over de Wzd vindt u op:

www.dwangindezorg.nl

www.zorgvoorbeter.nl/onvrijwillige-zorg

www.kennispleingehandicaptensector.nl/onvrijwillige-zorg



www.vilans.nl



Het zorgplan

De Wzd stelt eisen aan het opstellen van een zorgplan voor alle cliënten met een verstandelijke beperking of psychogeriatrische aandoening (zoals dementie), die professionele zorg krijgen in een zorginstelling of ambulant (bijvoorbeeld thuis of bij dagbesteding). Lees hieronder waar u rekening mee moet houden bij het opstellen van het zorgplan.

ZORGPLAN OPSTELLEN

- Het zorgplan wordt z.s.m., maar uiterlijk binnen 6 weken na start van de zorg opgesteld.
- Het zorgplan houdt zoveel mogelijk rekening met de wensen en voorkeuren van de cliënt. Als dat niet mogelijk is, laat de zorgverantwoordelijke de cliënt en/of zijn vertegenwoordiger schriftelijk en onderbouwd weten waarom niet.
- De zorgverantwoordelijke bespreekt het zorgplan met de cliënt.

Ontstaat er (risico op) ernstig nadeel?

Constaateert de zorgverantwoordelijke/vertegenwoordiger dat het zorgplan niet voldoet aan de zorgbehoefte en dat er een risico bestaat op ernstig nadeel voor de cliënt en/of zijn omgeving? Doorloop dan het stappenplan.

RECHTEN CLIËNT

- Begrijpelijke informatie over zorg.
- Periodieke evaluatie zorgplan.
- Advies en bijstand van een cliëntenvertrouwenspersoon.
- Zo nodig: bijstand van een tolk.
- Mogelijkheid om klacht in te dienen.

ONVRIJWILLIGE ZORG

ONVRIJWILLIGE ZORG IS ZORG WAAR DE CLIËNT NIET MEE INSTEMT OF ZICH TEGEN VERZET EN KAN BESTAAN UIT:

- Toedienen vocht, voeding en medicatie, medische controles/handelingen vanwege de verstandelijke beperking of dementie.
- Beperking van bewegingsvrijheid.
- Insluiting.
- Toezicht (inclusief domotica).
- Onderzoek aan kleding of lichaam.
- Onderzoek van de woon- of verblijfsruimte op middelen die het gedrag beïnvloeden en op gevaarlijke voorwerpen.
- Controle op middelen die gedrag beïnvloeden.
- Beperking van vrijheid om eigen leven in te richten, waardoor de cliënt iets moet doen of laten (incl. gebruik communicatiemiddelen).
- Beperking op het ontvangen van bezoek.

⚠ Het stappenplan is altijd van toepassing bij onderstaande vormen van zorg bij wilsonbekwame cliënten; ook als de vertegenwoordiger instemt met deze zorg en de cliënt zich daartegen niet verzet.

- Het toedienen van gedragsmedicatie buiten de richtlijn.
- Beperking van bewegingsvrijheid.
- Insluiting.

Onderzoek naar alternatieven

(Artikel 9 Wzd) → [Bekijk de Alternatievenbundel](#)

De zorgverantwoordelijke bespreekt met minimaal 1 andere deskundige:

- Hoe groot is het risico op ernstig nadeel?
- Wat zijn de oorzaken van het gedrag?
- Heeft de omgeving invloed op het ontstaan van ernstig nadeel?
- Zijn er **alternatieven** die voor deze cliënt vallen onder vrijwillige zorg?
- Als de cliënt thuis woont: is de thuissituatie geschikt voor toepassing van de alternatieven?



Wet zorg en dwang

Stappenplan

Stap 1

Heroverweging van het zorgplan/opname van onvrijwillige zorg in het zorgplan.

BESPREKINGPUNTEN:

- Staat onvrijwillige zorg in verhouding tot het (verwachte) ernstig nadeel (proportionaliteit)?
- Wat is de impact van onvrijwillige zorg op de lichamelijke en geestelijke ontwikkeling van de cliënt en op zijn participatie? Met welke aanvullende zorgvuldigheidseisen vermindert of verdwijnt die impact?
- Als de cliënt thuis woont, is de thuissituatie geschikt voor de inzet van onvrijwillige zorg? Denk bijvoorbeeld aan toezicht.

 **MAX. PERIODE TOEPASSING ONVRIJWILLIGE ZORG:**
3 maanden

IN IEDERE STAP VAN BESLUITVORMING IS DE CLIËNT EN/OF DIENS VERTEGENWOORDIGER BETROKKEN.

BIJ DE BESLUITVORMING BETROKKEN ZORGVERLENERS:

- Zorgverantwoordelijke
- Deskundige van andere discipline
- Arts *
- Wzd-functionaris

BEOORDELING EN TOEZICHT

Bij opname onvrijwillige zorg in zorgplan beoordeelt Wzd-functionaris of:

- Onvrijwillige zorg zo veel mogelijk voorkomen is (onvrijwillige zorg – ultimum remedium).
- Zorgplan geschikt is om ernstig nadeel zo veel mogelijk te voorkomen.

Voor de eerste toepassing van onvrijwillige zorg informeert de zorgverantwoordelijke de cliënt en de Wzd-functionaris. De Wzd-functionaris houdt toezicht op de uitvoering onvrijwillige zorg.



Stap 2

Verlenging van de periode waarin onvrijwillige zorg verleend kan worden.

 **MAX. PERIODE TOEPASSING ONVRIJWILLIGE ZORG:**
3 maanden

BIJ DE BESLUITVORMING BETROKKEN ZORGVERLENERS:

- Zorgverantwoordelijke
- Deskundige van andere discipline
- Arts *
- Deskundige die niet bij de zorg betrokken is
- Wzd-functionaris

Stap 3

Tweede verlenging van de periode waarin onvrijwillige zorg verleend kan worden.

 **MAX. PERIODE TOEPASSING ONVRIJWILLIGE ZORG:**
3 maanden

(Tot over onafhankelijk advies is besloten)

BIJ DE BESLUITVORMING BETROKKEN ZORGVERLENERS:

- Zorgverantwoordelijke

VERLENGING ONVRIJWILLIGE ZORG

In afwachting van het advies van een onafhankelijke deskundige kan de termijn voor onvrijwillige zorg eenmalig met 3 maanden worden verlengd.

Stap 4

Derde verlenging van de periode waarin onvrijwillige zorg verleend kan worden.

 **MAX. PERIODE TOEPASSING ONVRIJWILLIGE ZORG:**

6 maanden

BIJ DE BESLUITVORMING BETROKKEN ZORGVERLENERS:

- Zorgverantwoordelijke
- Deskundige van andere discipline
- Arts *
- Deskundige die niet bij de zorg betrokken is
- Onafhankelijke deskundige
- Wzd-functionaris

BEOORDELING EN TOEZICHT

De Wzd-functionaris beoordeelt het zorgplan en houdt toezicht op de uitvoering onvrijwillige zorg.

Stap 5

Vierde en iedere volgende verlenging van de periode waarin onvrijwillige zorg verleend kan worden.

 **MAX. PERIODE TOEPASSING ONVRIJWILLIGE ZORG:**

6 maanden

BIJ DE BESLUITVORMING BETROKKEN ZORGVERLENERS:

- Zorgverantwoordelijke
- Deskundige van andere discipline
- Arts *
- Deskundige die niet bij de zorg betrokken is
- Wzd-functionaris

Bron stappenplan: [Handreiking Wzd voor zorgaanbieders van ActiZ en VGN](#)

* De arts wordt bij de besluitvorming betrokken als de zorgverantwoordelijke zelf geen arts is en onvrijwillige zorg wordt verleend uit de categorieën medische handelingen en overige therapeutische maatregelen, beperking van de bewegingsvrijheid of insluiten.



Ingrid Drost

**Ik ben cliëntenvertrouwenspersoon
Wet zorg en dwang (Wzd)**



Heeft u te maken met zorg of begeleiding waar u niet zelf voor gekozen hebt?



Heeft u het gevoel dat u minder vrijheid hebt dan u wilt?



Heeft u een vraag of klacht over bovenstaande onderwerpen?
En wilt u hier over praten?



Of heeft u een probleem dat u aan niemand durft te vertellen?

Dan ben ik er voor u! U kunt in vertrouwen met mij praten. Dit betekent dat ik het aan niemand door vertel. Behalve als u daarvoor toestemming geeft. Ik luister naar wat u vertelt en help u bij het vinden van een oplossing.

Ik ben in dienst van Zorgstem, een onafhankelijke organisatie. Dat betekent dat ik niet in dienst ben van de organisatie waar u woont of zorg van krijgt.

Hoe kunt u mij bereiken?

Kom bij me langs als ik op bezoek ben.
Of neem contact met mij op.

Ingrid Drost

Clëntenvertrouwenspersoon Wzd



06 25 64 49 11



088 678 1000



i.drost@zorgstem.nl

www.zorgstem.nl