

Verantwoorde zorg in 't Zorghuus anno 2019¹

Inleiding:

't Zorghuus in Ysselsteyn bestaat sinds 1 mei 2013, toen werden de eerste bewoners verwelkomd en binnen een jaar was de capaciteit al bijna volledig gevuld. Er zijn drie groepen bewoners: 't Vurste en 't Achterste Huus, met elk 8 dementerenden tot maximaal 18 totaal en Os Thuus waarin 8 bewoners met een verstandelijke of meervoudige beperking.

De visie op de kwaliteit van zorg is voorafgaand aan de opening in 2013 vastgelegd in het document *Verantwoorde zorg in 't Zorghuus*. Vervolgens heeft de werkgroep kwaliteit in de afgelopen jaren deze uitgangspunten omgezet naar praktische afspraken.

Om te toetsen of 't Zorghuus voldoet aan de kwaliteitswetgeving is in 2015 een proefinspectie verricht door een oud-inspecteur van IGZ. Deze heeft op vele punten aanscherping aanbevolen en discussiepunten benoemd. Discussiepunten betroffen met name maatregelen die door 't Zorghuus als niet strokend met de eigen visie werden beschouwd.

De werkgroep kwaliteit en het bestuur hebben vervolgens bovenstaande zaken ondergebracht in het nu voorliggende handboek.

Leeswijzer:

Pagina

1. Toelatingscriteria	2
2. Medezeggenschap bewoners	2
3. Het dossier van de bewoner	3
4. De omgang met medicamenten	5
5. Hygiëne	7
6. Vrijheid beperkende maatregelen	7
7. Deskundigheidsbevordering	8
8. Klachtenregeling	9
9. Toezicht op kwaliteit	10
10. Addendum	11

¹ Kwaliteitshandboek is vastgesteld in februari 2019 aan de hand van de jaarlijkse actualisatie.

1. Toelatingscriteria

't Vurste en 't Achterste Huus bieden plaats aan mensen met dementie met een zorgindicatie van minimaal VV04. De zorgprofessional heeft de vrijheid om ook mensen met een op dementie gelijkend ziektebeeld toe te laten. Hoewel het oprichten van 't Zorghuus gedreven werd door de wens om Ysselsteyners in ons eigen dorp te verzorgen worden ook inwoners vanuit de omgeving toegelaten. Geïnteresseerden kunnen zich op een interesselijst laten plaatsen. Medebepalend voor uiteindelijke plaatsing is ook de beschikbaarheid van het gewenste type kamer. Er zijn diverse groottes met bijpassende huurprijzen.

Os Thuus biedt plaats aan mensen met een verstandelijke of meervoudige beperking met een zorgindicatie van minimaal VG03. Ook hier worden inwoners van buiten Ysselsteyn toegelaten. Omdat voor deze groep sprake is van langdurig verblijf in een gezin nabootsende situatie wordt geselecteerd door de leidinggevende zorgprofessionals op het passen in de bestaande groep. De kamergroottes zijn min of meer hetzelfde, evenals de huurprijs en dit dus speelt nauwelijks een rol bij de toelating.

Overige criteria zijn:

1. Het passen bij het concept van 't Zorghuus (voor de visie zie www.zorghuus.nl)
2. De geografische afstand van familie c.q. eigen woonomgeving

2. Medezeggenschap bewoners

Het doel:

't Zorghuus is vooral een samenleving van bewoners en medezeggenschap betekent samen bepalen en samen verantwoordelijkheid dragen. Daarmee wordt bereikt dat er een open en respectvolle sfeer heerst tussen bewoners onderling en tussen bewoners en personeel.

De wijze waarop:

1. *De individuele zeggenschap* komt tot uiting in het introductiegesprek, het inrichten van het persoonlijke dossier en de regelmatige evaluatie daarvan (zie hoofdstuk 3). Communicatie met bewoner en/of diens familie geschiedt via mondeling - , telefonisch - of mailcontact, maar ook via nieuwsbrieven en website.
2. *De groepszeggenschap* komt uiteraard informeel aan de orde bij de dagelijkse contacten maar ook formeel en informeel in georganiseerde bijeenkomsten met bewoners en familieleden die minstens jaarlijks georganiseerd worden. Communicatie met bewoners en/of diens familie geschiedt ook hierbij via mondeling - , telefonisch - of mailcontact maar ook via nieuwsbrieven en website.
3. Verantwoording over het beleid wordt jaarlijks afgelegd door het bestuur in de vorm van een jaarverslag en de presentatie daarvan tijdens een vergadering van de Vrienden van.
4. Clienttevredenheidsonderzoek wordt beschreven in hoofdstuk 8.

5. In het kader van privacy worden met de eerste contactpersonen afspraken gemaakt over de communicatie

3. Het dossier van de bewoner

Elke bewoner heeft een individueel digitaal dossier en een fysieke werkklapper waarin o.a. bij binnenkomst als bewoner het volgende is vastgelegd:

- Persoonsgegevens
- Gezin/familie achtergrond
- Eerst aanspreekbare familielid en/of wettelijke vertegenwoordiger
indien naar het oordeel van de leidinggevende zulks wenselijk is zal gevraagd worden om een geformaliseerde wettelijke vertegenwoordiging
- Bijzonderheden t.a.v. functioneren van de bewoner
- De bedoeling van de bewoner met het wonen in 't Zorghuus
- Medische en persoonlijke informatie:
 - De aard van de verstandelijke of meervoudige beperking, of de dementie
 - Interesses en hobby's
 - Medicatie
 - Benaderingswijze en houdings- en omgevingsvoorwaarden
- Beschrijving van dat wat de bewoner nodig heeft om zich goed en veilig te voelen

Het bijhouden van het dossier in 't Vurste en 't Achterste Huus:

Elke bewoner heeft een leefplan, waarin afspraken staan over de volgende onderwerpen:

- De ondersteuning die de bewoner nodig heeft (in zorg en begeleiding)
- De specifieke wensen van de bewoner
- Welke medische controles gedaan moeten worden (i.o.v. de huisarts of behandelend specialist)
- De interesses / hobby's van de bewoner.
- De afspraken die zijn gemaakt voor de veiligheid van de bewoner (bijv. het gebruik van domotica).
- De eventuele vrijheid beperkende maatregelen (zie hoofdstuk 6)

Dit leefplan wordt met de familie besproken en met regelmaat geëvalueerd (minimaal 1 x per jaar). Op verzoek van de leidinggevende of op verzoek van de 1e contactpersoon vinden er vaker evaluaties plaats. Mochten er veranderingen zijn dan worden deze besproken met de 1e contactpersoon en indien nodig aangepast in het leefplan.

Dagelijkse bijzonderheden (medisch of persoonlijk), worden door de woonbegeleider gerapporteerd. Deze rapportage is door de 1e contactpersoon in te zien. Indien dit anders is, is dit in het individuele leefplan vastgelegd. Vragen en bijzonderheden die voor de familie van belang zijn, worden of in persoonlijk contact of telefonisch of via mail met de familie gecommuniceerd.

Toezichthouder van het dossier is de leidinggevende (BIG geregistreerde) zorgprofessional.

Het bijhouden van het dossier in Os Thuis:

- Een weekprogramma wordt toegevoegd aan het dossier met daarin afspraken over de persoonlijke verzorging, verpleging, individuele en groepsbegeleiding mede aan de hand van de indicatie. Deze afspraken worden in overleg met bewoner en vertegenwoordiger gemaakt en vastgelegd en minimaal 1 maal per jaar geëvalueerd met bewoner en familie. Nieuwe of gewijzigde afspraken worden opgenomen in het aangepaste weekprogramma na de evaluatie

Omdat de communicatielijnen zeer kort zijn vinden er vaker tussendoorgesprekken plaats over bepaalde afspraken of wensen en mogelijkheden. Waar nodig worden deze dan al toegevoegd aan het dossier en toegepast.

- Indien er protocollen of schriftelijke afspraken van toepassing zijn, behoren die ook tot de bijlagen van het individuele plan
- Medewerkers van Os Thuis rapporteren digitaal in een map van de desbetreffende bewoner. Dit is in te zien door de bewoner en/of diens wettelijke vertegenwoordiger.
- Regelmatig worden de rapportages van de bewoner samengevat.
- In deze klapper zit het weekprogramma per bewoner. Zo kunnen medewerkers meteen alle informatie bij elkaar vinden.
- Alle rapportage van desbetreffende bewoner wordt gebruikt tijdens de jaarlijkse evaluatie om te komen tot een hierop aangepast weekprogramma.
- De risico-inventarisatie en de bijpassende maatregelen worden vastgelegd in het dossier.
- Indien er sprake is van vrijheid beperkende maatregelen worden deze ook in het dossier vastgelegd. Voor het algemene beleid rondom vrijheid beperkende maatregelen zie hoofdstuk 6.
- Voor de nacht is er een nachtschriftje waarin de avonddienst van die avond vermeldt wie er aanwezig is of nog thuis komt, of en zo ja welke bijzonderheden er zijn, en welke medewerker de volgende dag komt werken. Om de overdracht te ondersteunen is er achterwacht/nachtklapper daar de personalia, afspraken en protocollen van de bewoners aan toegevoegd.
- Voor overdag is er een dagschriftje waarin de vroege dienst noteert wie er aanwezig is van de bewoners van Os Thuis
- In het dossier bevindt zich het toestemmingformulier voor het van beeldmateriaal in social media en tevens voor het gebruik maken van vervoer.

Toezichthouder op de kwaliteit van het dossier is de leidinggevende (BIG geregistreerde) zorgprofessional.

4. De omgang met medicamenten

Inleiding:

Uitgangspunt voor 't Zorghuus is dat net als in de thuissituatie voor elke bewoner zijn/haar eigen huisarts en/of behandelend specialist verantwoordelijk is voor het voorschrijven van de medicijnen en zijn/haar eigen apotheek verantwoordelijk is voor het afleveren van deze recepten. De bewoner/eerste contactpersoon draagt de verantwoordelijkheid om het gebruik of het in voorraad hebben van niet recept plichtige medicatie te melden bij de woonbegeleider.

Een gedetailleerde beschrijving van het medicatiebeleid is in het addendum te vinden. Op moment dat voorgeschreven medicijnen in 't Zorghuus worden afgeleverd zijn er twee mogelijkheden:

Medicamenten blijven in eigen beheer van bewoner

In het persoonlijke dossier van de bewoner wordt beschreven welke medicamenten onder het eigen beheer vallen van de bewoner. Dat geldt ook voor niet recept-plichtige medicatie. Tevens wordt vermeld welke taak het personeel van 't Zorghuus heeft in de ondersteuning van dit eigen beheer. De uiteindelijke beoordeling of medicamenten wel of niet en onder welke voorwaarden in eigen beheer kunnen blijven, ligt bij de leidinggevende zorgprofessional van 't Zorghuus.

Medicamenten vallen onder het beheer van 't Zorghuus

1. Bestellen en ontvangen van medicamenten

- Afgeleverde medicijnen worden door een aanwezig personeelslid in ontvangst genomen en overgedragen aan het personeel dat zorg draagt voor het correct toevoegen aan de afgesloten medicijnvoorraad die per bewoner apart wordt bewaard.
- Bij de aflevering wordt ook de medicijn toedieningslijst (MDL) ontvangen en gecontroleerd.
- Bij Os Thuis wordt ook de inhoud van de medicatie gecontroleerd en afgetekend bij ontvangst.

2. Bewaren van medicamenten

- Medicamenten die koel moeten worden bewaard, worden geplaatst in een afsluitbare koelkast waarvan een temperatuurlogging wordt bijgehouden.
- Toegang tot de medicamenten hebben alleen bevoegde personen die in bezit zijn van de sleutel(s).

- Opiaten worden gescheiden bewaard en er is een toereikend registratie en controle systeem.

3. Controle van de vervaldatum

- Controle op vervaldatum van alle medicatie geschiedt bij elke toevoeging van nieuw afgeleverde medicamenten door het bevoegde personeel.
- Medicamenten die na opening een beperkte houdbaarheid hebben worden voorzien van de datum waarop deze geopend zijn.
- Medicamenten die naar de apotheek afgevoerd moeten worden (overtollig en/of over datum) worden klaar gezet door daartoe bevoegd personeel.

4. Toediening van medicamenten

- Dit geschiedt door daartoe bevoegd personeel, dat controle uitvoert middels het aftekenen van de toedieningslijst die maximaal binnen 24 uur na aflevering van medicamenten actueel en correct aanwezig moet zijn.
- De toedieningslijst worden minimaal tot 2 jaar na dato bewaard.
- Bij uithuizig zijn van een bewoner is in zijn/haar dossier vastgelegd wie daarbij verantwoordelijk is voor het beheer en de toediening van medicamenten en op welke wijze de registratie hiervan gecompleteerd wordt.
- In het dossier wordt vermeld voor welke waarschijnlijke en belangrijke bijwerkingen en interacties door de voorschrijver attentie wordt gevraagd. Hiervan dient elk personeelslid op de hoogte te zijn.
- Van elk medicament dient een bijsluiter beschikbaar te zijn.
- Bijwerkingen die niet verwacht of bekend zijn worden gemeld aan de eerstverantwoordelijke zorgprofessional, die dit verder afhandelt met voorschrijver en/of bewoner c.q. diens vertegenwoordiger.
- Indien mogelijk zal gebruik gemaakt worden van GeneesmiddelDistributieSysteem (GDS) ook wel Baxter genoemd.
- Het wijzigen van medicamenten uit het GDS valt onder strikte verantwoordelijkheid van de leidinggevende zorgprofessional.
- Het toezicht op daadwerkelijke inname van verstrekte medicamenten is de verantwoordelijkheid van het daartoe bevoegde personeel.
- De bevoegdheid ten aanzien van taken in het beheer en toedienen van medicamenten wordt bepaald door de eerstverantwoordelijke zorgprofessional en is per functie bepaald.
- Er zijn geen medicamenten in algemeen beheer en dus worden geen medicijnen verstrekt door het personeel aan bewoners buiten de afspraken in het dossier.

5. Hygiëne

Hieronder worden een aantal gebieden benoemd waarop de kwaliteit van de hygiënemaatregelen speelt:

1. De persoonlijke hygiëne van bewoners, personeel en bezoekers
Dit wordt beschouwd als de verantwoordelijkheid van ieder individu. Voor bewoners die deze verantwoordelijkheid niet zelf kunnen dragen worden individuele afspraken vastgelegd in hun dossier. Dit geldt voor de pedicure,
2. De voedsel hygiëne: In addendum is de eigen hygiëncode toegevoegd, die gebaseerd is op de criteria uit de HACCP (*Hazard Analysis and Critical Control Points*). Deze wordt minimaal 1 keer per jaar besproken in het werkoverleg en aangepast waar gewenst
3. De hygiëne in de algemene ruimtes vindt plaats door schoonmaakpersoneel en zorgverleners volgens schriftelijk vastgelegde afspraken. Waar nodig worden de taken op aftekenlijsten afgetekend
4. Legionellapreventie: Om te voorkomen dat mensen besmet raken met legionella heeft de overheid regels opgesteld. Deze regels worden door 't Zorghuus gevolgd. De verantwoordelijkheid hiervoor ligt bij de beheerder.
5. De griepvaccinatie is facultatief maar wordt sterk aangeraden aan de bewoners (valt binnen de vergoeding van de zorgverzekering). De griepvaccinatie wordt ook aan het personeel aangeboden.
6. Hepatitis B preventie: het personeel mag zich op kosten van 't Zorghuus laten vaccineren onder voorwaarde dat ook het bijhorende protocol op de titerbepaling wordt uitgevoerd.
7. Overige beschermende maatregelen bij uitbraak van besmettelijke ziekte worden door de leiding vastgesteld op het moment dat deze situatie zich voordoet.
8. De schoonmaak van de individuele woonruimtes wordt eveneens gedaan door schoonmaakpersoneel en zorgverleners. De afspraken hierbij zijn schriftelijk vastgelegd en toegankelijk voor zowel personeel als bewoners (of hun vertegenwoordigers). Afwijkingen of toevoegingen aan deze afspraken worden in het individuele dossier vermeld.
9. De was wordt voor een deel uitgevoerd door zorgverleners van het Zorghuus. Zijn er afwijkende afspraken zijn die terug te vinden in het individuele dossier

6. Vrijheid beperkende maatregelen

De wettelijk toegestane vrijheid beperkende maatregelen zijn duidelijk omschreven in de versie van deze wetgeving van september 2016. Veel is voorbehouden aan de BOPZ-instellingen waarvan 't Zorghuus geen deel uitmaakt. Om die reden is een apart beleidsdocument geschreven dat als addendum is toegevoegd.

7. Deskundigheidsbevordering

Deskundigheidsbevordering is een belangrijk instrument om kwaliteit te waarborgen. 't Zorghuus kent de volgende vormen van deskundigheidsbevordering:

1. De voorbehouden handeling: deze kan worden uitgevoerd door personeel dat bevoegd en bekwaam is. De bevoegdheid wordt ontleend aan de leidinggevende met BIG-registratie, de zogenaamde verlengde arm constructie. De bekwaamheid wordt getraind door een BIG-geregistreerde verpleegkundige van de thuiszorgorganisatie zodat de betrokken zorgverleners dit kunnen aanleren op moment dat om een specifieke voorbehouden handeling gevraagd wordt. Hierover zijn de nodige afspraken vastgelegd met de thuiszorgorganisatie.
2. Het is een gezamenlijke verantwoordelijkheid van zorgverlener en leidinggevenden om de bekwaamheid in het uitvoeren van afzonderlijke voorbehouden handelingen te registreren.
3. De ontwikkeling van kennis en vaardigheden die volgens de leidinggevenden noodzakelijk zijn voor de kwaliteit van zorg in t Zorghuus. Hiervoor wordt zowel interne als externe scholing ingezet. Registratie hiervan is in het personeelsdossier te vinden of bij de leidinggevende
4. De ontwikkeling van kennis en vaardigheid die past bij de ambitie van de individuele zorgverlener. Hiervoor wordt beperkt (volgens de CAO) gelegenheid gegeven door 't Zorghuus. Ook hiervan is de registratie in het personeelsdossier te vinden of bij de leidinggevende.
5. Het geven van feedback in teambesprekingen en functioneringsgesprekken.
6. Het klanttevredenheidsonderzoek, zie hoofdstuk 9D
7. Meldingen incidenten bewoners (MIB). Deze worden geregistreerd en afgehandeld door de leidinggevenden en jaarlijks wordt een (geanonimiseerd) overzicht toegevoegd aan het jaarverslag. Zie Addendum
8. Meldingen incidenten medewerkers (MIM). Zie Addendum
9. Veilig incidenten melden (VIM). Zie Addendum

8. Klachtenregeling

De klachtenregeling is vastgesteld door het bestuur van 't Zorghuus op 20 juli 2014 en luidt als volgt:

Klacht indienen

Bij een klacht wordt in eerste instantie de leidinggevende aangesproken. De leidinggevende neemt elke klacht serieus en zal hierover direct met de klager contact opnemen om de inhoud van de klacht te bespreken en om tot een passende oplossing te komen. Mocht er echter behoefte zijn aan een onafhankelijke klachtafhandeling dan kan men gebruik maken van de klachtencommissie. Daarnaast kan de klager ook gebruik maken van een onafhankelijke klachtenbemiddelaar. De leidinggevende zal hierbij het contact verzorgen.

De klachtenregeling is te downloaden via de website van 't Zorghuus: www.zorghuus.nl

De klachtencommissie

't Zorghuus beschikt over een eigen klachtencommissie die voldoet aan de wettelijke eisen. Het bestuur van 't Zorghuus ziet in een klachtafhandeling door de klachtencommissie het voordeel dat deze niet alleen op het belang van de klager is gericht maar ook op verbetering van de kwaliteit van 't Zorghuus. Een klacht kan op 3 manieren bij de klachtencommissie terecht komen:

1. Rechtstreeks: de klager kan zijn klacht per mail richten aan: klachtencommissie@zorghuus.nl
2. De leiding van 't Zorghuus stuurt een ontvangen klacht door naar de klachtencommissie.
3. De klachtbemiddelaar geeft het advies om de klacht naar de klachtencommissie te sturen.

Reglement klachtencommissie

1. De klachtencommissie heeft tenminste drie leden en ten hoogste 5 leden, waaronder de voorzitter en plaatsvervangend voorzitter.
2. Het Bestuur benoemt de leden van de klachtencommissie. Het Bestuur benoemt de voorzitter van de klachtencommissie en diens plaatsvervanger in functie. Personen die werkzaam zijn bij of voor de zorgaanbieder zijn niet benoembaar tot voorzitter of plaatsvervangend voorzitter.
3. Het Bestuur stelt de klachtencommissie zodanig samen dat een deskundige en zorgvuldige beslissing op een klacht gewaarborgd is.
4. Het Bestuur benoemt tenminste één jurist tot lid van de klachtencommissie.

5. De leden worden benoemd voor een periode van drie jaar en kunnen tweemaal aansluitend herbenoemd worden.
6. Het Bestuur stelt de klachtencommissie een ambtelijk secretaris ter beschikking.
7. Voorafgaand aan het besluit tot aanwijzing van een ambtelijk secretaris consulteert het Bestuur de voorzitter van de klachtencommissie.
8. De ambtelijk secretaris verricht zijn werkzaamheden onder verantwoordelijkheid van de klachtencommissie.

Werkwijze klachtencommissie

- De klachtencommissie brengt jaarlijks voor 1 april van het kalenderjaar volgend op het verslagjaar een geanonimiseerd verslag uit van haar werkzaamheden aan het Bestuur. Daarin beschrijft de commissie het aantal en de aard van de door de klachtencommissie behandelde klachten en de strekking van de oordelen en aanbevelingen van de klachtencommissie.
- Het Bestuur geeft in het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording (het Jaarverslag) aan wat zijn doelstellingen, inspanningen en resultaten ten aanzien van klachten zijn en de wijze waarop 't Zorghuus omgaat met klachten.
- De klachtencommissie is bevoegd haar werkzaamheden nader te regelen in een door haar op te stellen reglement. Besluiten tot vaststelling en wijziging van dit reglement treden niet in werking dan nadat het Bestuur daaraan zijn goedkeuring heeft gegeven. Het Bestuur onthoudt haar goedkeuring aan besluiten die strijdig zijn met de wetgeving, met deze regeling of met de binnen 't Zorghuus geldende regelingen.

De klachtenbemiddelaar:

Deze kan ingeschakeld worden op verzoek van de klager, maar altijd via de verantwoordelijke leidinggevende van 't Zorghuus.

9. Toezicht op kwaliteit

Kwaliteit van de zorg en het wonen is de eerste prioriteit van bestuur en professionals. De borging en de ontwikkeling daarvan geschiedt als volgt:

- a. De kwaliteit van het personeel:
In het aannamebeleid wordt gestreefd naar personeel met de juiste, erkende kwalificaties voor de functie, waarbij de mate van zelfstandigheid een belangrijk criterium is. Een VOG verklaring is vereist, evenals het overleggen van de vereiste diploma's en een BIG-registratie voor de verpleegkundigen.
De leiding van 't Zorghuus voert jaarlijks functioneringsgesprekken en bewaart de verslagen hiervan.
Een vast onderdeel van bevordering van kwaliteit is het verlenen van stageplekken. Zo worden zorgverleners gedwongen kritisch naar het eigen handelen te kijken.

b. De kwaliteit van de organisatie:

Deze is beschreven in dit kwaliteitshandboek en wordt doorontwikkeld en geëvalueerd door de kwaliteitscommissie. Een certificaat op basis van onze eigen normen is niet mogelijk. Het aansluiten bij bestaande veldnormen om een certificaat te behalen past onvoldoende bij de principes van 't Zorghuus. Wel zijn diverse kwaliteitseisen die vigeren in zorginstellingen overgenomen in dit kwaliteitshandboek.

c. De huisregels: deze zijn voor Os Thuus te vinden in de "statuten" die gemaakt zijn samen met bewoners, familie en personeel en deze worden naar oordeel van de leidinggevende besproken in een familieoverleg.

't Vurste en 't Achterste Huus hebben huisregels in de vorm van notulen van vergaderingen met familie en bewoners.

De actualiteit van de notulen worden met regelmaat en indien nodig besproken en aangepast

Jaarlijks wordt een klanttevredenheidsonderzoek uitgevoerd met een uniform format voor beide doelgroepen.

Addendum

1. Medicatiebeleid.

Het onderstaande document beschrijft het volledige protocol



160308 tweede
herziene versie Med

2. Systeem voor veilig melden van incidenten

Medewerkers van 't Zorghuus kunnen op een veilige wijze binnen de eigen organisatie onzorgvuldigheden en incidenten in de zorgverlening melden. Denk aan de melding van (bijna-)ongelukken door een ingewikkelde werkwijze. Of medische technologie die niet goed functioneert of onjuist wordt toegepast. Doel is dat collega's bevindingen met elkaar bespreken, ervan leren en zo samen de zorg verbeteren.

Praktisch is dit uitgewerkt in de vorm van drie formulieren:

- MIB: Melding Incident Bewoner
- MIM: Melding Incident Medewerker
- VIM: Veilig Incidenten Melden voor alle andere meldingen

De medewerker vult het formulier naar keuze en noodzaak in en verstuurt deze via de mail naar de betreffende leidinggevende.

De leidinggevende zal alle formulieren conform de interne afspraken verzamelen, altijd terugkoppelen naar de melder, en, waar kan, als bespreekpunt met regelmaat agenderen tijdens een werkoverleg.

NB Betreft het een melding over de leidinggevende, dan kan er voor gekozen worden de melding naar de vertrouwenspersoon/bestuurslid of klachtencommissie te sturen. Maar dat spreekt voor zich.



MIB formulier.docx



MIM.doc



VIM-formulier.doc

3. Hygiëne protocol



Hygienecode voor de voedingsverzorging

4. Beleid vrijheid beperkende maatregelen



beleid vrijheidsbeperkende maatregelen