



Stichting De Voort

Kwaliteitshandboek

Stichting De Voort

Kwaliteitshandboek

Stichting De Voort

Autorisatie bestuurder

Datum 12-3-2021

Bestandsnaam Kwaliteitsmanagementsysteem

Revisiestatus

Versienr.	Wijziging t.o.v. vorige versie
0.1	9-7-2015
2.0	5-3-2018
2.1	5-4-2019
2.2	18-12-2019

Disclaimer

Dit handboek is eigendom van Stichting De Voort. Bij gebruik als hardcopy moet de gebruiker zich steeds zekerstellen dat het document overeenkomt met de laatste digitale versie. Het is niet toegestaan dit handboek zonder toestemming van de eigenaar/bestuurder aan derden ter beschikking te stellen.

Inhoudsopgave

Leeswijzer	5
Scope van dit handboek.....	5
En verder.....	5
Documenten en registraties.....	6
Organisatie en beleid	7
Missie en visie	7
Beleid en doelen.....	8
Organisatiebeoordeling.....	8
Processen	10
Primaire processen.....	10
Ondersteunende processen	17
Werkomgeving en materialen.....	20
Werkomgeving.....	20
Onderhoud van materiaal/apparatuur	21
Professioneel handelen.....	23
Werkwijzen	23
Kwaliteit van het professioneel handelen	23
Dossier	23
Verbeteren op individueel cliëntniveau.....	24
Samenwerking	24
Continuïteit zorgverlening	24
Informatievoorziening.....	24
Ervaringen van cliënten	25
Cliënttevredenheid.....	25
Signalen, incidenten en klachten	25
Management van medewerkers	26
Taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden.....	26
Veilig melden.....	27
Overlegvormen	27
Ontwikkeling.....	28

Ontwikkeling.....	28
Toezichhoudend orgaan	29
Documentatie.....	30
Documentatiebeheer	30

Leeswijzer

Stichting De Voort heeft een kwaliteitshandboek ingevoerd om invulling te geven aan haar kwaliteitsbeleid. Dit handboek is een leidraad en een handleiding bij de dagelijkse activiteiten van Stichting De Voort. Het is een belangrijk document, dat op onze locatie op papier en digitaal beschikbaar is.

Scope van dit handboek

Dit handboek is van toepassing op het kwaliteitmanagementsysteem van Stichting De Voort, voor “het bieden van dagbesteding, ambulante begeleiding en Begeleid Wonen”.

Dit handboek laat zien dat Stichting de Voort graag zorgvuldig werkt en oog heeft voor de maatschappelijke eisen van deze tijd. Niettemin kiest Stichting de Voort ervoor om kwaliteit vooral naar voren te laten komen in de manier van werken, de tevredenheid en ontwikkeling van haar deelnemers en naastbetrokkenen.

Vanuit deze visie zal een verdere certificering door een derde partij niet worden nagestreefd. Vanuit de ervaring die de medewerkers hebben, blijkt deze certificering vaker een ‘kunstje’ te zijn, dat leidt tot ‘afvinkgedrag’. Gelukkig blijkt dat met het in werking treden van de nieuwe Wet Maatschappelijke Ondersteuning in 2015, dat het resultaatgerichte werken ook door de Gemeenten voorop wordt gezet.

Stichting de Voort voelt zich hierin ook gesteund door de Governancecode Zorg. Daarin staat beschreven: ‘Alle partijen zijn het er over eens dat we af moeten van “afvinkgedrag”. Afvinkgedrag betekent aan de regels voldoen omwille van die regels, waarbij de bedoeling uit beeld is geraakt.’ (BoZ 2017)

En verder..

Stichting de Voort is per 2015 gecontracteerd door de Gemeente Hardenberg. Uit de audit is gebleken dat deze gemeente tevreden is over de geboden zorg door Stichting de Voort. Naast hoofdaanbieder voor de Gemeente Hardenberg, levert Stichting de Voort ook zorg in onderaanneming en PGB-zorg. Waar nodig en/of op verzoek van deelnemers of klanten, worden andere partijen in onderaanneming betaald om zorg te leveren. In de toekomst wordt verder bekeken of contractering door andere (buurt)gemeenten van toegevoegde waarde is. In de zomer van 2019 is gestart met het bieden van 24u zorg aan een drietal bewoners.

Stichting De Voort gebruikt bij voorkeur het woord ‘deelnemer’ voor haar klanten van de dagbesteding. Dit woord past beter bij de visie van ‘Gelijkwaardigheid’, maar benadrukt ook het

‘participeren’. Niettemin wordt in de dagelijkse samenwerking met andere partijen ook het woord ‘client’ gebruikt. Dit geldt met name voor de klanten van het Begeleid Wonen. In dit handboek worden beiden gebruikt.

Documenten en registraties

Het managementsysteem is qua documenten als volgt opgebouwd:



Organisatie en beleid

Het kwaliteitssysteem van Stichting De Voort sluit aan bij het kwaliteitsbeleid en de missie/visie van Stichting De Voort. Met behulp van dit systeem willen wij onze kwaliteit borgen en voldoen aan wet- en regelgeving.

Missie en visie

Missie

Stichting De Voort wil vanuit de eigen visie mensen en partijen met verschillende behoeften, doelen en faciliteiten verbinden middels een ruimdenkende, flexibele en op de mens gerichte begeleiding binnen het kader van zorgverlening zoals deze bedoeld is in de participatiestaat, de Nieuwe Maatschappij.

Visie en Werkwijze

Stichting De Voort ziet gelijkwaardigheid als een belangrijke pijler in haar wijze van begeleiden. Dit impliceert dat de medewerkers uitgaan van het mens-zijn van zowel de deelnemers als van zichzelf. Zij zien hun eigen menselijke eigenschappen en kwetsbaarheden als hét belangrijkste instrument in de begeleiding die zij bieden.

De medewerkers realiseren zich dat het bewustzijn van deze eigenschappen en kwetsbaarheden van groot belang is en kiezen ervoor om zichzelf daarin steeds verder te ontwikkelen.

De overtuiging hierbij is dat een gelijkwaardige begeleidingsrelatie een voorwaarde is voor een deelnemer of bewoner om een verdere ontwikkeling door te maken.

Daarnaast ziet Stichting De Voort het bieden van een 'warme sfeer' als haar grote kracht.

Betrokkenheid is dan ook een belangrijke pijler in de wijze van begeleiden.

Stichting De Voort kiest voor een pragmatische werkwijze die aansluit bij de (ontwikkel-)doelen van de deelnemer alsmede de behoefte in dat moment.

Er wordt gewerkt met basale begeleidingsstructuren die de professionaliteit kenmerken en waarborgen dat er vraaggericht begeleid wordt.

De deelnemer wordt gestimuleerd om verantwoordelijkheid te nemen binnen de eigen mogelijkheden en krijgt zoveel mogelijk regie.

Om onze missie uit te kunnen voeren werken wij met medewerkers die gekwalificeerd zijn, maar ook

een duidelijke binding hebben met onze manier van werken. Dat houdt in dat zij zich betrokken voelen en in staat zijn hun eigen mens-zijn in te zetten als instrument, naast dat zij een duidelijke binding hebben en bekend zijn met Dedemsvaart.

Een andere belangrijke pijler is het ingebed zijn in de lokale samenleving. Er is niet alleen een goed contact met zorginstellingen, maar juist ook met ondernemers en bedrijven. Zij plaatsen (bescheiden) orders, maar ondersteunen ook materieel en stellen 'stage'-plekken beschikbaar. Stichting de Voort biedt op haar beurt de ondernemers en bedrijven producten, hulp bij klussen, maar bovenal een bijdrage aan het Maatschappelijk Verantwoord Ondernemen.

De missie en visie zijn ook duidelijk terug te vinden op de eigen website:

www.stichtingdevoort.nl

Verder beschikt de Stichting over prachtig foldermateriaal, visitekaartjes en heeft ook een eigen facebookpagina om zich ook via de moderne sociale media te kunnen profileren.

Beleid en doelen

Het beleid van Stichting de Voort is erop gericht om kwalitatief goede zorg te leveren die steeds weer overeenkomt met de gekozen visie. Dat houdt in dat gekozen beleid in dienst staat van de kernwaarden 'gelijkwaardigheid, betrokkenheid en lokaal werken'.

De volgende uitgangspunten ondersteunen van meet af aan de kwalitatief goede zorg volgens de gekozen visie:

- Er is altijd een beroepskracht aanwezig;
- Werkplannen voor de begeleiding worden via de PDCA-cyclus minimaal een keer en maximaal vier keer per jaar geëvalueerd en aangepast
- Tweemaandelijks deelnemersvergadering en bijeenkomst van de deelnemerscommissie
- Contact onderhouden met lokale ondernemers en het Plaatselijk Belang
- Periodiek toetsen van veranderingen in wet- en regelgeving; als zorginstelling staan wij onder het toezicht van de Inspectie voor de Gezondheidszorg

Beleidsplan

Daarbij kiest Stichting de Voort ervoor om in te kunnen spelen op een steeds veranderende maatschappij en krachtenveld waar het mee te maken heeft.

Per 2018 is gekozen voor een pragmatisch jaarlijks Beleidsplan, waarin aandachts-, speer- en verbeterpunten aan de orde komen.

Het jaarlijks Beleidsplan zal uiterlijk op 1 december geëvalueerd zijn. Deze evaluatie vormt de basis voor het nieuwe Beleidsplan dat in januari intern besproken wordt in de relevante overleggen.

Organisatiebeoordeling

In het eerste kwartaal van het kalenderjaar voeren de bedrijfsleider en coordinator een organisatiebeoordeling uit. De bevindingen worden teruggekoppeld aan het bestuur.

Hierin worden de volgende onderwerpen besproken en beoordeeld:

- Tevredenheidsonderzoek onder deelnemers en naasbetrokkenen
- Professioneel handelen
- Samenwerkingsafspraken
- Signalen, incidenten en klachten
- Functioneringsgesprekken
- Inkoop van materiaal en apparatuur
- Maatschappelijke ontwikkelingen

Eventuele verbetermaatregelen die voortvloeien uit deze organisatiebeoordeling worden opgenomen in het verbeterregister.

Processen

Binnen Stichting De Voort zijn de processen opgedeeld in primaire en ondersteunende processen. Het primaire proces richt zich op het aanbieden van dagbesteding, ambulante begeleiding en 24u-zorg.

Primaire processen

Stichting De Voort heeft het primaire zorgproces als volgt vastgesteld:



Hieronder worden de processen uit het primaire proces beschreven.

Aanmelding en intake

Er zijn grofweg twee typen aanmeldingen te onderscheiden:

1. Mensen nemen contact op omdat zij ondersteuning nodig hebben en van plan zijn een beschikking aan te vragen
2. Mensen nemen contact op nadat zij een (mondeling toezegging voor een) beschikking hebben gekregen

***Procedure**

Om goed zicht te houden op de aanmeldingen, de juiste informatie te verschaffen en de ondersteuning goed af te kunnen stemmen op de zorgbehoefte, is afgesproken dat de bedrijfsleider en de coordinator de aanmeldingsprocedure onder hun hoede nemen.

***Rolverdeling**

De bedrijfsleider richt zich in het aanmeldproces op de organisatorische zaken, zoals:

- indeling van activiteiten-/ondersteuningsprogramma
- vervoer
- benodigheden op facilitair gebied
- samenwerking en afstemming met andere organisaties

De coordinator richt zich in het aanmeldproces op de eigenschappen van de persoon, de specifieke hulpvraag en bijbehorende of achterliggende problematiek, zoals:

- psychiatrische ziektebeelden
- verstandelijke en/of lichamelijke beperkingen
- psychosociale factoren (oa. gezins-of relatieproblematiek)
- krachten/stressoren
- benodigde begeleidingstijl

De begeleider noteert naam en telefoonnummer zodat de bedrijfsleider contact kan opnemen voor een afspraak.

Daarnaast vangt hij de client op voor de kennismaking en heeft tot taak om, via de intake, duidelijke afspraken en acties op te stellen om het begeleidingsproces goed op te kunnen starten en uitvoeren.

De administratief medewerker draagt zorg voor het aanmaken van een digitaal zorgdossier en het team daarin te faciliteren.

***Kennismaking**

Gedurende een kennismakingsafspraken vindt er een eerste verkenning plaats van de ondersteuningsvraag en wordt verteld wat het aanbod van Stichting De Voort inhoudt. Indien er duidelijke aanwijzingen zijn dat het aanbod mogelijk niet passend is, wordt dit gelijk in het gesprek benoemd. Er wordt aangegeven hoeveel tijd er nodig is om intern te onderzoeken of het aanbod aangepast moet/kan worden. Vervolgens wordt er een (telefonische) vervolgspraak gemaakt. In deze afspraak wordt teruggekoppeld of het aanbod passend gemaakt kan worden. Wanneer dit niet kan, dan wordt verwezen naar het Samen Doen Team om verdere informatie over een passend aanbod te verkrijgen. In het geval de client is aangewezen op de WLZ, dan zal zo nodig verwezen worden naar Zorgbelang Overijssel.

Vervolgens is het aan de client om een WMO of WLZ beschikking aan te vragen en zijn aanbieder van voorkeur kenbaar te maken.

Indien een client is aangewezen op de WMO, wordt verwezen naar de gesprekken van het Samen Doen Team. Daarbij wordt nadrukkelijk vermeld dat het de medewerker van het Samen Doen Team is die bepaalt of er ondersteuning wordt toegekend en in welke mate. Indien de client is aangewezen op de WLZ, wordt er voor hulp bij een aanvraag informatie gegeven over Zorgbelang Overijssel.

Indien het een kennismaking betreft nádat een beschikking is afgegeven, wordt gevraagd naar de gestelde resultaten uit het 'gespreksverslag' en besproken hoe deze op een passende manier behaald kunnen worden. Ook wordt toestemming gevraagd voor het evt. kunnen benaderen van de

generalist bij onduidelijkheden of ter toelichting.

De administratief medewerker krijgt de benodigde gegevens van de bedrijfsleider om de client op de kandidaat- of wachtlijst te zetten. Na de intake zal zij het digitaal dossier startklaar maken en het team informeren. Indien het niet tot zorg komt, maar bij een kennismaking blijft, zal zij de gegevens z.s.m. weer verwijderen van de kandidaatlijst.

Deze medewerker heeft verder tot taak de geldigheid van de beschikking te monitoren en de bedrijfsleider en coördinator hierover te informeren.

***Intake**

Na de kennismaking zal er, mits er een beschikking aanwezig is, een intake worden gedaan. In de praktijk vindt deze vlak vóór of tegelijk met de start van de begeleiding plaats. De ondersteuningsvraag wordt verder in kaart gebracht. Er worden doelen gesteld behorende bij of toeleidend naar de te behalen resultaten. Er worden acties afgesproken waarmee aan de doelen wordt gewerkt. De doelen en acties uit de intake gelden als het 1^e werkplan. Uiterlijk binnen drie maanden vindt er een eerste evaluatie plaats waarin afspraken worden gemaakt over de doelen en acties in het nieuwe werkplan.

Verder worden relevante persoonsgegevens verzameld alsmede benodigde gegevens van contactpersonen.

In de intake wordt ook uitleg gegeven over: de evaluatiestructuur, klachtenprocedure, ziekmeldingen en afwezigheid, tevredenheidsonderzoek, deelnemersvergadering en deelnemerscommissie.

***Verschillende Zorgtypen**

In grote lijnen komt bovenstaande procedure voor alle drie de zorgtypen overeen. Enig echt verschil is dat de intake voor het wonen plaatsvindt ruim voor de daadwerkelijke start van de 24u-begeleiding. Verder zal het bij een kennismaking voor dagbesteding gaan om een rondleiding op de dagbestedingslocatie, bij een kennismaking voor het wonen op de woonlocatie en voor ambulante begeleiding om het voorstellen aan de ambulante begeleiders.

***Uitzondering**

Sinds maart 2019 is er een ouderengroep met een specifiek eigen activiteitenaanbod gericht op mensen met (beginnende en vorderende) dementie. Deze mensen wonen nog zelfstandig, maar krijgen daar intensieve thuiszorg. Deze mensen zijn meestal niet in staat om zelf gesprekken te voeren. Contacten t.b.v. de kennismaking en plaatsing verlopen via de generalisten van de gemeente, casemanagers, SPV-ers en familieleden. Zij melden de oudere inwoner aan en geven door met welke zaken rekening gehouden moet worden. De eerstverantwoordelijke begeleider van de ouderengroep neemt specifieke zaken en afspraken op in het digitale zorgdossier. Er wordt telefonisch een startdatum afgesproken, waarna afspraken over het vervoer en warme maaltijden worden gemaakt.

Samenvattend:

1. *Bedrijfsleider*

- Afspraak voor 1^e kennismaking maken
- noteert cliëntgegevens: naam en telefoonnummer
- samen met de coördinator een kennismaking/rondleiding verzorgen
- 1^e inventarisatie maken van logistieke en facilitaire behoeftes
- Zo nodig intern en/of extern overleg voeren
- Evt. telefonisch contact opnemen met client om (on)mogelijkheden af te stemmen of bevestigen
- Administratief medewerker vragen client op de kandidaat- of wachtlijst te plaatsen

2. *Coördinator*

- samen met de bedrijfsleider een kennismaking/rondleiding verzorgen
- 1^e inventarisatie hulpvraag en bijbehorende problematiek maken
- Zo nodig intern overleg voeren en terugkoppelen aan bedrijfsleider
- Afspraak voor een intake samen met een begeleider maken en uitvoeren
- Client zo nodig informeren en verwijzen voor indicatie-aanvraag
- Client tijdens intake informeren over procedures, regels en protocollen
- Ondersteunen begeleider bij opstellen doelen/acties voor het 'start-werkplan'

3. *Administratief medewerker*

- gegevens client invoeren op kandidaat- of wachtlijst
- indien geen 'start zorg' clientgegevens verwijderen uit systeem

4. *Begeleider*

- Telefoontje aannemen en gegevens doorspelen naar de bedrijfsleider
- In de intake ondersteuningsvraag van de client helder krijgen
- Opstellen doelen/acties voor het 'start-werkplan'
- Intakeverslag uitwerken en client laten lezen/ondertekenen
- Start zorg voorbereiden en uitvoeren

Zorgverlening

***Procedure**

Na de kennismakingsprocedure kan de zorg gestart worden mits er een beschikking is. De zorg wordt gestart conform de afspraken en aandachtspunten uit de kennismaking en/of intake. Wanneer de intake nog niet heeft plaatsgevonden voor de 'start zorg', zal deze op of vlak na de startdatum plaatsvinden.

Dit gebeurt meestal wanneer de generalist vanuit de gemeente al concrete afspraken voor de zorgverlening heeft gemaakt, deze heeft vastgelegd in een gespreksverslag en er dus sprake is van een 'leveropdracht.'

De start van de zorg wordt door de coördinator geagendeerd voor de teamvergadering, waarin gelegenheid is voor de begeleiders om vragen te stellen om zo hun inhoudelijke begeleiding en de begeleidingsstijl af te stemmen. Tevens wordt besproken welke begeleider de eerstverantwoordelijke is voor het opstellen van het werkplan en het zo nodig onderhouden van contact met naastbetrokkenen en/of collega-zorgorganisatie.

De administratief medewerker activeert de zogenaamde 'Toekenningen' in het digitale dossier en informeert het team hierover.

De coördinator neemt de client op in de 'evaluatieplanning' en koppelt de eerstverantwoordelijke begeleider aan de client in het digitale zorgdossier. Deze begeleider krijgt een reminder wanneer de evaluatiedatum aanstaande is.

***Rolverdeling**

De bedrijfsleider is verantwoordelijk voor de organisatie rondom de zorg, de faciliteiten die ervoor nodig zijn en verdere logistiek rondom medewerkers en vrijwilligers. Hij monitort het verloop vanuit die invalshoek en agendaert/besprekt eventuele tekortkomingen in de uitvoering.

De coördinator is verantwoordelijk voor het zorginhoudelijke gedeelte. Hij bespreekt het zorginhoudelijke verloop zo nodig in de teamvergadering, is aanwezig als procesbewaker en klankbord tijdens evaluaties, biedt iedere begeleider wekelijks of tweewekelijks individuele werkbegeleiding, begeleidt en beoordeelt de stagiaires en ziet toe op de zorginhoudelijke afstemming met andere zorginstellingen.

De begeleider voert de zorg uit, legt deze vast in het dossier en geeft uitvoering aan het evaluatieproces. Hij onderhoudt contact met naastbetrokkenen en collega professionals. De begeleider informeert zijn collega's over alle relevante zaken m.b.t. de client waar hij eerstverantwoordelijke voor is. Daarnaast is hij verantwoordelijk voor het signaleren van problemen en tijdig informeren van de juiste personen.

De administratief medewerker activeert het digitale zorgdossier en informeert het team hierover. Daarnaast monitort zij de geldigheid van de beschikkingen en informeert de coördinator twee maanden voor afloop van de beschikking.

***Evaluatieproces**

Het evaluatieproces is gebaseerd op het 'Plan-Do-Check-Act' principe. Steeds wordt nagegaan wat is ingezet, wat het resultaat is en wat er bijgesteld moet worden. Voor sommige cliënten is een evaluatiemoment stressvol en wordt gekozen voor een frequentie van eenmaal per jaar. Meestal vinden de evaluaties echter tweemaal per jaar plaats en in sommige gevallen, viermaal per jaar. Dit laatste gebeurt vooral bij cliënten met een complexe hulpvraag en bij wie, in de regel, meerdere hulpverleners zijn betrokken.

De begeleider overlegt met de client wie hij wil uitnodigen voor de evaluatie. Tevens maakt de begeleider het werkplan en zorgt hij ervoor dat de client het plan leest en ondertekent bij akkoord. Het document wordt gedigitaliseerd en de papieren versie wordt overhandigd aan de client.

Ter evaluatie van de zorg aan de ouderen, wordt minimaal 1 keer per maand telefonisch overlegd met de betrokken familie. Daarnaast wordt intensief contact onderhouden met casemanagers en SPV-ers indien zij betrokken zijn en worden zij uitgenodigd voor een zorgoverleg wanneer dit nodig is.

Dit zorgoverleg wordt vooral belegd wanneer er negatieve veranderingen in het functioneren worden gezien.

Er wordt nog onderzocht of het van toegevoegde waarde is om met 'OZE verbindzorg' te gaan werken voor deze groep.

***Dagelijkse Uitvoering**

Er wordt gewerkt met twee dagelijkse 'rondjes' bij de start en bij het einde van de dag op zowel de boven- als beneden afdeling. In dit 'rondje' wordt nagegaan hoe het op dat moment met de client is, wat de plannen zijn voor de dag en waarop gelet moet worden. Aan het einde van de dag wordt samen besproken hoe de dag is verlopen. Wanneer er een 'contra-indicatie' is voor het deelnemen aan een dergelijk groepsgesprek, worden de punten later individueel doorgenomen met de client.

Op de benedenverdieping komt de groep bijeen die werkzaamheden in de werkplaats, op het buitenterrein of extern 'op klus' heeft. Op de bovenverdieping is de 'dag-verzorging' van de ouderen en heeft de 'reguliere groep' haar activiteiten.

Ziek-of afmeldingen kunnen gedaan worden tussen 8.30u-8.45u. Om 8.45u vindt de ochtendbespreking van het team plaats waarin de programma's van de deelnemers worden doorgenomen, specifieke werkzaamheden worden verdeeld, bijzonderheden uit de mail en rapportage worden besproken alsmede de aansturing van de vrijwilligers en stagiaires.

Na het middagronde wordt er gezamenlijk opgeruimd waarna de cliënten zelfstandig of met vervoer van Stichting De Voort naar huis gaan. De begeleiders verzorgen de dagelijkse rapportage en nemen de planning voor de dagen erna door.

***Overleggen**

Dagelijks is er de hierboven genoemde 'ochtendbespreking'. Daarnaast vindt er wekelijks een teamoverleg plaats. De even week is dat het overleg van het 'ambulant/24u-zorg team' en de oneven week is dat het overleg van het 'dagbestedingsteam'.

Verder is er een wekelijks overleg tussen de bedrijfsleider, de coördinator en de bestuurder. Iedere maand schuift de administratief medewerker en wordt gezamenlijk nagegaan hoe het staat met de verschillende items van de jaarplanning.

Verder is er ook een jaarlijks overleg in laatstgenoemde samenstelling. Hierin wordt het afgelopen jaar geëvalueerd en worden doelstellingen en aandachtspunten voor het komende jaar vastgesteld.

Er is een deelnemerscommissie van drie cliënten die in de even maanden van het jaar overleg heeft met de bedrijfsleider. In de oneven maanden is er een algemene deelnemersvergadering die voorgezeten wordt door de coördinator. Beide overleggen hebben tot doel vorm te geven aan de medezeggenschap van de cliënten, maar ook om de samenwerking tussen cliënten en het team te optimaliseren.

Samenvattend:

1. Begeleider

- Verleent de zorg zoals afgesproken in het Werkplan en legt deze vast
- Meldt afwijkingen, incidenten en klachten volgens de daarvoor geldende procedures.
- Stemt de zorg af op de eventuele andere zorgverleners / samenwerkingspartners.
- Onderhoudt contact met naastbetrokkenen en evt. externe begeleider en nodigt deze uit voor een evaluatie
- Voert samen met een collega Begeleider of de Coördinator de evaluatie uit met de cliënt en legt de gegevens vast in het evaluatieverslag/werkplan
- Laat de evaluatie/werkplan ondertekenen door cliënt

- Neemt deel aan de relevante overleggen

3. *Coördinator*

- Evaluatieplanning vaststellen
- Procesbewaker tijdens evaluaties
- Toezien op de kwaliteit van zorg
- Voorzitten van en deelnemen aan overleggen
- Bieden van werk- en stagebegeleiding
- Input geven voor overleg met bestuurder

4. *Bedrijfsleider*

- Verantwoordelijk voor alle facilitaire zaken
- Verantwoordelijk voor efficiënte inzet van personeel en vrijwilligers
- Klachtenfunctionaris en Vertrouwenspersoon

Zorgafsluiting

De zorg kan om meerdere redenen afgesloten worden:

- Verhuizen of overlijden van de client
- Aanbod is niet langer passend
- Einde van de beschikking
- Verstoorde begeleidingsrelatie

Meestal is het niet onverwacht dat de zorg wordt afgesloten. Tijdens de uitvoering van de zorg en de evaluaties wordt vaak al duidelijk dat een client koerst naar door- of uitstroom. Ook wanneer er, in een enkel geval, problemen zijn in de samenwerking, zijn deze nagenoeg altijd al onderwerp van gesprek geweest.

Meestal komt het overlijden van een client onverwacht. Dit vraagt met name in het contact naar de naaste omgeving een zorgvuldige en betrokken houding. Juist bij de ouderengroep wordt er ook wel rekening gehouden met het overlijden van een client. In de praktijk is het vooral de begeleider die ervoor zal zorgen dat er contact wordt onderhouden met de familie en dat de andere cliënten goed worden opgevangen.

Samenvattend:

1. *Begeleider*

- Rondt de zorg aan de cliënt af en schrijft een finale rapportage
- Draagt mondeling en/of schriftelijk de zorg over indien van toepassing
- Begeleidt het proces van afscheid nemen

2. *Bedrijfsleider*

- Stemt af met de administratief medewerker over de einddatum van de zorg en de facturatie

- Legt zo nodig extra contact met de naastbetrokkenen

3. *Coördinator*

- Ondersteunt de begeleiders en cliënten waar nodig
- Draagt evt. de zorg naar een andere organisatie
- Zoekt naar een vervolgplek indien nodig

4. *Administratief Medewerker*

- Sluit het digitale dossier
- Stemt af met de bedrijfsleider over de laatste facturatie

Ondersteunende processen

Binnen Stichting De Voort zijn de volgende ondersteunende processen vastgesteld:

- Documentbeheer
- Procedure verbetermanagement

Deze procedures zijn verderop in dit handboek uitgeschreven en onderdeel van het kwaliteitssysteem.

Klachtenprocedure

Naast de primaire en ondersteunende processen hebben wij voor de behandeling van klachten een klachtenreglement geformuleerd. Hierin houden wij rekening met de actuele wetgeving over dit onderwerp. Ons klachtenreglement geeft onze deelnemers de mogelijkheid om eerst intern de klacht neer te leggen en te bespreken. Mochten wij er onderling niet uitkomen of geeft de klacht hier aanleiding voor, kan er contact worden gezocht met de externe klachtencommissie van Klachtenportaal Zorg. Hierover zijn alle cliënten geïnformeerd, nieuwe cliënten worden geïnformeerd via de intakeprocedure. Hieronder noemen wij puntsgewijs de uit te voeren taken na het ontvangen van een klacht. Een uitgebreide beschrijving van de procedure met termijnen is te vinden in het klachtenreglement op de klachtenpagina van onze website.

Inleiding

Deze procedure geeft uitvoeringsrichtlijnen voor het behandelen van klachten van medewerkers, (familie van) cliënten en stakeholders. Onder klachten wordt verstaan: 'het uiten van ongenoegen t.a.v. de dienstverlening en/of handelswijze van Stichting De Voort.'

De Bedrijfsleider vervult de rol van klachtenfunctionaris.

Inhoud

1. *Begeleid(st)er*

- Ontvangt een mondelinge of schriftelijke klacht van een cliënt, familielid, medewerk(st)er of andere betrokken personen of partijen (stakeholders)
- Hoort de klacht aan en neemt indien mogelijk en noodzakelijk direct maatregelen
- Wijst de klager op het klachtenreglement op de website

- Legt de melding vast op het klachtenformulier en verstrekt deze aan de Klachtenfunctionaris
- Geeft de eventuele direct genomen maatregelen aan op het formulier
- Informeert bij dringende zaken direct de Klachtenfunctionaris over de klacht

2. Klachtenfunctionaris

- Beoordeelt of de procedure goed gevolgd is. Mocht dit niet het geval zijn dan wordt de klacht teruggelegd
- Beoordeelt de aanleiding inhoudelijk
- Stelt vast of er maatregelen getroffen moeten worden en legt dit vast op het formulier
- Wanneer geen maatregelen noodzakelijk zijn, wordt de klacht gearhiveerd en worden eventuele betrokkenen op de hoogte gesteld van deze beslissing
- Draagt er zorg voor dat de maatregelen worden uitgevoerd. De genomen maatregelen worden jaarlijks geëvalueerd in de Organisatiebeoordeling
- Stelt, eventueel op basis van het gehouden overleg en in overleg met de Coordinator, vast welke maatregelen genomen moeten worden
- Stelt vast of het doorvoeren van wijzigingen in het kwaliteitssysteem noodzakelijk is
- Brengt de betrokkenen op de hoogte van de afhandeling van de melding
- Werkt het klachtenformulier bij

Incidentenprocedure

Tijdens de uitvoering van de werkzaamheden kunnen zich incidenten voordoen. Door vroegtijdig te reageren op signalen wil Stichting De Voort voorkomen dat deze incidenten plaats vinden. Mochten er toch incidenten hebben plaatsgevonden, dan willen wij er alles aan doen om herhaling van het incident te voorkomen. Hiervoor wordt een incidentenprocedure opgesteld, waarin de verschillende acties zijn omschreven en wij ook hebben opgenomen op welke momenten er een verantwoordelijkheid is voor melding van het incident door de bedrijfsleider bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Onderstaand wordt de incidentenprocedure beschreven.

Deze procedure beschrijft de wijze waarop incidenten worden geregistreerd en afgehandeld.

Definitie

‘een onbedoelde gebeurtenis tijdens het zorgproces die tot schade aan de cliënt heeft geleid, had kunnen leiden of (nog) zou kunnen leiden’

Inhoud

1. Begeleid(st)er:
 - Stelt vast dat er incident en/of gevaarlijke situatie heeft plaats gevonden
 - Neemt direct de noodzakelijke maatregelen
 - Legt het incident / de gevaarlijke situatie vast op het formulier ‘Incidentmelding’ en stuurt deze digitaal naar de bedrijfsleider en coordinator
2. Bedrijfsleider en/of coordinator:
 - Verzamelt elke maand de meldingen
 - Neemt bij onduidelijkheden contact op met de melder

- Neemt de melding wanneer deze voldoet aan de criteria over in het Verbeterregister
 - Archiveert het formulier 'Incidentmelding' binnen de hiervoor bestemde (digitale) map binnen het kwaliteitmanagementsysteem
 - Vult in het Verbeterregister de melding in voor zo ver mogelijk, waar nodig wordt de melder op de hoogte gebracht
 - In de diverse overleggen wordt het incident en de verbetermaatregel besproken en ingevoerd
 - Beslist of de melding nadere acties of overleg behoeft en sluit de melding hierna af.
3. Team:
- Loopt minimaal tweemaal per jaar het verbeterregister door en bespreekt de incidenten en de genomen maatregelen
 - Bepaalt of een verdere risico-analyse nodig is
 - Beoordeelt de genomen maatregelen op effectiviteit

Criteria verbeterregister

Meldingen worden in het verbeterregister opgenomen wanneer:

- Er letsel is ontstaan, voor een cliënt of medewerker
- Het gaat om een medicatie incident
- Het incident (mede) voortkomt uit onvolkomenheden in het zorgproces
- Wanneer dit besloten wordt door medewerkers of de bedrijfsleider

De meldingen komen jaarlijks aan de orde in de organisatiebeoordeling.

Door de bedrijfsleider wordt besloten of gedane meldingen ook bij het IGZ gemeld dienen te worden. De bedrijfsleider zal om het melden van incidenten te bevorderen ingediende meldingen niet gebruiken als input voor functioneringsgesprekken.

Nazorg

Na een incident of calamiteit kan het voor zowel cliënt als medewerker waardevol zijn extra nazorg te ontvangen.

Bij incidenten is de nazorg voor medewerkers veelal in de overleggen waarin het incident aan bod komt en op het moment zelf door de aanwezige eindverantwoordelijke. Wanneer een cliënt merkbaar betrokken is geweest wordt aan de hand van het incident op initiatief van en onder verantwoordelijkheid van de bedrijfsleider passende nazorg gegeven.

Een calamiteit kan voor zowel cliënt, bezoeker als medewerker grotere traumatische gevolgen hebben. Daarom wordt na een calamiteit altijd met medewerkers gesproken, al dan niet gezamenlijk. De cliënt en bezoeker worden al dan niet met de nodige zorg tegemoet gekomen. Voor de omgang met calamiteiten is het calamiteitenplan opgesteld.

Definitie melding inspectie

Stichting De Voort is verplicht melding te maken bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg wanneer er een calamiteit of seksueel misbruik heeft plaatsgevonden (volgens artikel 4a van de Kwaliteitswet Zorginstellingen). Hieronder worden de definities van beide meldingen weergegeven.

Definities voor een calamiteit of seksueel misbruik (welke gemeld moet worden bij de inspectie)

Calamiteit	Onder calamiteit wordt verstaan een niet-beoogde of onverwachte gebeurtenis, die betrekking heeft op de kwaliteit van de zorg en die tot de dood van of een ernstig schadelijk gevolg voor een cliënt heeft geleid.
Seksueel misbruik	Seksueel misbruik waarbij een cliënt dan wel medewerker is betrokken, uitgezonderd seksueel misbruik van medewerkers onderling. Onder seksueel misbruik wordt verstaan grensoverschrijdend seksueel gedrag waarbij sprake is van lichamelijk, geestelijk of relationeel overwicht.

Voor het indienen van een melding bij de Inspectie maakt Stichting De Voort gebruik van het 'meldingenformulier calamiteiten en seksueel misbruik' via onderstaande link.

<https://www.igi.nl/onderwerpen/alle-meld--en-aanvraagformulieren>

Werkomgeving en materialen

Binnen Stichting De Voort is het bieden van een veilige werkomgeving van groot belang, voor zowel onze medewerkers als de cliënten. Wij besteden veel tijd en aandacht aan het bieden van een veilige en stabiele omgeving

Werkomgeving

Stichting De Voort is gevestigd in Dedemsvaart, onze kerngegevens zijn:

Kerngegevens	
Dagbestedingslocatie de Plompschuur	Langewijk 362a 7701 AR Dedemsvaart
Appartementen	Schuttevaer, boven huisartspraktijk
KvK nummer	59975938
WTZi instellingsnummer	nvt
AGB code	41418743

Voor onze werkomgeving hebben wij geldende eisen vastgesteld en werken wij eraan om te voldoen aan deze eisen.

Privacy

Stichting De Voort moet voldoen aan de eisen die gesteld worden vanuit de Algemene Verordening Gegevensbescherming. Er wordt louter gewerkt met digitale dossiers. Deze zijn online en goed beveiligd. Daarnaast biedt dit online systeem de mogelijkheid aan de cliënten om zelf toegang te hebben tot hun dossier. Naast dat dit functioneel kan werken voor de zorg, biedt het transparantie en geeft het de client vertrouwen dat alleen de juiste informatie wordt bewaard. Via extra ondersteuning van DAS, is getoetst of Stichting De Voort voldoet aan de AVG. Alle onvolkomenheden

zijn verholpen en er staat een goede basis om nieuwe privacyvraagstukken in de toekomst met vertrouwen tegemoet te zien.

Er zijn bijvoorbeeld extra beveiligde cloudopslag, toestemmingsformulieren voor beeldgegevens op sociale media en website, verwerkersovereenkomsten, verwerkingsregister en een calamiteitenplan datalekken.

Toegankelijkheid

Voor de zorgverlening binnen onze locatie hebben wij openingstijden vastgesteld, deze zijn in overeenstemming met de openingstijden van de locaties als volgt:

Locatie	Openingstijden
Dagbestedingslocatie De Plompschuur	09.00 – 17.00 op werkdagen
Appartementen	Uitsluitend in overleg met de bewoner
Ambulante Begeleiding	Naar vraag en in overleg ook buiten kantoor tijden

Veiligheid

Veiligheid is een belangrijk punt voor Stichting De Voort. Er is geïnvesteerd in kostbare brandveiligheidssystemen en brandblusmateriaal met als gevolg dat er een vergunning 'Brandveilig Gebruik' is afgegeven.

Uiteraard zijn de benodigde EHBO materialen aanwezig en krijgen alle beroepskrachten een jaarlijks terugkerende BHV-training.

Daarnaast is er een vergunning afgegeven in het kader van 'Activiteitenbesluit Milieubeheer.'

Waar er wordt gewerkt met eten, hanteren wij de toepasselijke HACCP richtlijnen. Het onderwerp veiligheid bespreken wij ook met onze cliënten en de eventuele ouders/verzorgers/vertegenwoordigers van deze cliënten.

Medicatie

De medewerkers van Stichting De Voort verstrekken geen medicatie. Het komt erop neer dat gebruik van medicatie de verantwoordelijkheid is van de cliënt zelf. Wel wordt in de intake nagevraagd of de deelnemer medicatie gebruikt, aangezien de medewerkers wel een signalerende functie hebben. Zo nodig wordt een naastbetrokkene of behandelaar geïnformeerd, uiteraard in goed overleg met de deelnemers zelf.

De ambulante cliënten die medicatie gebruiken, staan onder de zorg van een huisarts of psychiater. Ook hier geldt dat de begeleider een signalerende en verwijzende functie heeft.

Een aantal begeleiders en de coordinator hebben in het verleden medicatiecursussen gevolgd, zodat altijd even ruggespraak gehouden kan worden in het geval er signalen worden opgepikt

Onderhoud van materiaal/apparatuur

Stichting De Voort heeft voor het onderhoud van materiaal en apparatuur in de jaarplanning de onderhoudsmomenten vastgelegd. Het gaat hier voornamelijk om de materialen die gebruikt worden tijdens de dagbesteding, zoals keukenapparatuur en houtbewerkingsmaterialen. De bedrijfsleider

bewaakt de planning en onderhoudt de contacten met de bedrijven die het materiaal en de apparatuur onderhouden.

Inkoop van middelen

Voor de inkoop van producten heeft Stichting De Voort op basis van meerdere soorten producten vastgesteld wie bevoegd is als inkoper. In principe is de bedrijfsleider de verantwoordelijke voor de inkoop. Dit ziet er als volgt uit:

Type product / dienst	Tekenbevoegd	Bevoegde besteller
Investeringsgoederen	Bestuur	bedrijfsleider
Software / hardware	Bestuur	bedrijfsleider
Kantoor verbruiksartikelen	Bestuur	bedrijfsleider
Verbruiksartikelen huishouding en keuken	Bestuur	bedrijfsleider
Diensten t.b.v. primaire proces*	Bestuur	bedrijfsleider
Overig materiaal, diensten en apparatuur	Bestuur	bedrijfsleider

*Kritische inkoop

Procedure

De bedrijfsleider is verantwoordelijk voor de inkoop van alle middelen en diensten.

Ad. 1 en 2 Investeringsgoederen en Software / hardware

Voor de goederen genoemd onder punten 1 en 2 worden bij potentiële leveranciers offertes aangevraagd. Na vergelijking van de offertes besluit het bestuur wie de goederen mag leveren. Door het incidentele karakter van deze inkoop worden de leveranciers van deze goederen per geval beoordeeld.

Ad.3 Kantoor verbruiksartikelen

Kantoor- en kantine verbruiksartikelen worden wanneer nodig besteld.

Ad.4 Verbruiksartikelen huishouding en keuken

De verbruiksartikelen voor de huishouding en keuken worden aangeschaft wanneer nodig.

Ad.5 Diensten t.b.v. primaire proces

Alle diensten die ingekocht worden voor het primaire proces worden onderworpen aan een strenge selectie. De bedrijfsleider is als enige bevoegd om deze diensten in te kopen. Deze diensten worden jaarlijks beoordeeld.

Inkoop van diensten

Binnen Stichting De Voort zijn de volgende diensten uitbesteed:

Dienst	Leverancier
--------	-------------

Onderhoud materialen	Mansier, dynatech, Heering Vastgoed
Administratie/boekhouding	Esdoorn Groep
Rapportagesysteem en Opslag	Landmerc plus (Zilliz), Vboxx

Professioneel handelen

Als professionele zorginstelling besteedt Stichting De Voort tijd en aandacht aan het professioneel handelen van de medewerkers. Hoewel Stichting De Voort nog steeds een kleine organisatie is, wil zij dat de geleverde zorg deskundig is en altijd verantwoord kan worden.

Werkwijzen

Binnen Stichting De Voort is geen sprake van voorbehouden en risicovolle handelingen. Voor onze zorgverlening maken wij gebruik van de binnen de beroepsgroep vastgestelde werkwijzen. Wanneer nodig stellen wij protocollen of werkinstructies op, deze zijn onderdeel van onze jaarlijkse evaluatie via de organisatiebeoordeling.

Kwaliteit van het professioneel handelen

Vanuit haar visie wil Stichting De Voort graag gelijkwaardig met haar cliënten omgaan. Er is een prettige werksfeer ontstaan waarin de cliënten en de begeleiders 'naast elkaar' aan het werk zijn en de begeleider zijn eigen 'mens-zijn' inzet als instrument.

Dat neemt niet weg dat dit altijd vanuit professioneel oogpunt gebeurt.

Om de kwaliteit van het professioneel handelen te bewaken, wordt ingezet op een hoge frequentie van de werkbegeleiding (meestal wekelijks), veel en laagdrempelig inter-collegiaal overleg.

Indien nodig wordt er contact gelegd met collega's van een behandelinstelling om zorginhoudelijke problemen te bespreken of te sparren over een mogelijke aanpak.

In de jaarlijkse functioneringsgespreken komt aan de orde of verdere scholing nodig is, door bijvoorbeeld een veranderende zorgvraag.

De medewerkers van Stichting De Voort zijn lid van de beroepsvereniging sociaal werk, de BPSW. Deze beroepsvereniging heeft een eigen scholingsaanbod. Waar nodig, wordt gekeken of er een passend aanbod is.

Jaarlijks wordt, in de organisatiebeoordeling, bekeken of er budget nodig is voor verder scholing.

Verder is er een nauw contact met verschillende scholen uit het middelbaar en hoger beroepsonderwijs. Via de begeleiding van stagiaires (BOL en BBL) wordt voeling gehouden met de ontwikkelingen op het gebied van onderwijs in de zorg.

Dossier

Voor alle cliënten van Stichting De Voort is een zorgdossier aanwezig met daarin opgenomen de

actuele en relevante informatie. Er is alleen een digitaal dossier aanwezig. Uiteraard kan de client, op verzoek, zijn of haar dossier inzien. Alle werkplannen en evaluaties zijn terug te vinden in het dossier. Om de client 'mee te laten kijken' is er de mogelijkheid voor een 'extranet-account'. Wanneer de client een toestemmingsformulier ondertekent, kan hij digitaal toegang tot zijn dossier krijgen. Ook kan hij zelf bepalen of een andere organisatie of naastbetrokkene toegang moet krijgen. In sommige gevallen leidt dit tot een sterk verbeterde afstemming van de zorg.

Verbeteren op individueel cliëntniveau

Met het werkplan en de frequente evaluatiegesprekken, wordt ruimschoots voldaan aan de wettelijke eis van een jaarlijks hernieuwd zorgplan. Het plan wordt minimaal jaarlijks en maximaal 4 keer per jaar geëvalueerd met de cliënt en waar nodig bijgesteld. De vaste begeleider is verantwoordelijk voor aanpassingen in het werkplan van de cliënt.

Samenwerking

Voor onze zorgverlening werkt Stichting De Voort samen met ketenpartners of hebben wij een samenwerking opgezet met een andere organisatie. Wij hebben vastgelegd met welke partijen een samenwerking is opgezet, tijdens de organisatiebeoordeling wordt deze samenwerking geëvalueerd.

Continuïteit zorgverlening

Voor onze cliënten is het bieden van continuïteit van zorgverlening cruciaal, Stichting De Voort ziet dit dan ook als een grote verantwoordelijkheid. Inmiddels zijn er goede contacten opgebouwd met nagenoeg alle grote zorginstellingen in de omgeving als wel met vele kleine zorginstellingen. Mocht onverhoopt blijken dat dagbesteding of begeleiding niet aansluit bij de deelnemer of client, dan kan er op korte termijn elders een passende plek gevonden worden.

Informatievoorziening

Communicatie en informatievoorziening is voor onze cliënten van groot belang bij het maken van een keuze voor Stichting De Voort. Wij stemmen onze informatievoorziening af op de mogelijkheden en behoeftes van de cliënt en bieden de informatie tijdig aan zodat de cliënt een weloverwogen keuze kan maken. Intern wordt er gecommuniceerd met brieven en flyers op een mededelingenbord, die mondeling worden toegelicht. Daarnaast is er een nieuwsbrief die minimaal eenmaal per jaar uitkomt, zowel voor interne als externe verspreiding. Naast de eigen website, wordt nieuws ook verspreid via de facebookpagina.

Voor de deelnemers zijn de belangrijkste bronnen van informatievoorziening de deelnemersvergaderingen en de dagelijks 'rondjes.'

Ervaringen van cliënten

Cliënttevredenheid

Voor het meten van de kwaliteit van onze zorgverlening is het meten van de klanttevredenheid een belangrijk instrument. Vanaf 2018 willen wij minimaal twee-jaarlijks onze cliënten en eventueel hun ouders/voogd/begeleider of partner vragen om hun mening en verbeteringsuggesties. De uitkomsten van de meting worden besproken met de deelnemerscommissie en in de deelnemersvergadering. Samen wordt bekeken of er zaken kunnen of moeten veranderen.

De naastbetrokkenen zullen tijdens de evaluatie van het werkplan geïnformeerd worden over eventuele veranderingen als uitkomst van de tevredenheidsmeting.

De algemene resultaten zullen in de nieuwsbrief vermeld worden

Signalen, incidenten en klachten

‘Voorkomen is beter dan genezen’ is voor Stichting De Voort een goed motto voor onze zorgverlening. Het vroegtijdig signaleren van mogelijke problemen en uitdagingen is verworden tot een werkhouding. Via de korte lijnen op de werkvloer wordt snel ingespeeld op elkaars observaties. De korte ochtendbespreking is daarin ondersteunend.

Vanuit haar visie onderkent Stichting De Voort dat ‘alles altijd in beweging is.’ Signalen, zowel positief als negatief, worden niet met angst tegemoet getreden, maar met lef en vertrouwen.

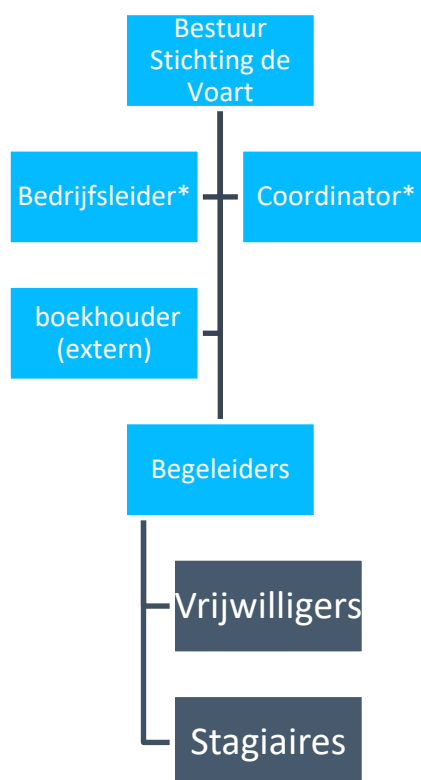
De eerder beschreven incidenten- en klachtenprocedure borgen het nemen van de juiste aandacht voor de meer problematische signalen, incidenten en klachten.

Management van medewerkers

Alle medewerkers zijn in dienst van de stichting en worden op basis van een werkplanning ingezet.

Taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden

Organogram



* De coordinator vervult ook de rol van kwaliteitsmedewerker en de bedrijfsleider die van klachtenfunctionaris en vertrouwenspersoon

Functies

In dit managementsysteem hebben wij de volgende organen/functies opgenomen:

- Raad van bestuur
- Bedrijfsleider
- Coordinator
- Boekhouder (extern)
- Begeleiders
- Stagiaires

Voor de functies van begeleider en assistent-begeleider zijn functie-omschrijvingen opgesteld. De bedrijfsleider en coordinator werken met taakbeschrijvingen.

Rollen

Binnen Stichting De Voort zijn de volgende wettelijk vereiste rollen als volgt ingevuld:

BHV: alle beroepskrachten

Klachtenfunctionaris en Vertrouwenspersoon: Bedrijfsleider

Veilig melden

Als kleine organisatie wil Stichting De Voort alle voorwaarden scheppen om een veilige omgeving te creëren voor alle betrokkenen. Bij incidenten worden altijd de naastbetrokkenen geïnformeerd, voor het melden van potentieel kindermisbruik of huiselijk geweld hebben wij een stappenplan. Dit gaat uit van de Meldcode Huiselijk Geweld en Kindermishandeling.

Overlegvormen

Binnen Stichting De Voort is goede communicatie essentieel. Wij hebben dit als volgt georganiseerd:

Wat	teamoverleg	Overleg toezicht
Wanneer	Even week: team ambulant en 24u zorg Oneven week: team dagbesteding	Wekelijks, maandelijks en jaarlijks
Waarover	- kwaliteit - lopende zaken - cliënten/deelnemers - incidenten/ afwijkingen - ontwikkelingen	- Kwaliteit - Beleid - Doelstellingen - verbetermanagement - functioneren bestuur en toezicht - ontwikkelingen - dialoog met belanghebbenden
Wie	Bedrijfsleider en alle medewerkers	Bestuur, bedrijfsleider en coordinator
Vaste agenda	Ja	Ja
Verslag/actielijst	Actielijst en notulen	Notulen

Ontwikkeling

Ontwikkeling

Stichting De Voort houdt de ontwikkelingen binnen de overheid en het werkveld goed in de gaten. Dit doen wij onder andere in samenwerking met ons toezichthoudend orgaan, maar ook door het bijhouden van websites van VGN en Per Saldo.

Hieronder hebben wij een overzicht opgesteld van de ons betreffende normen, wet- en regelgeving. Binnen onze overleggen en jaarlijkse organisatiebeoordeling kunnen wij anticiperen op aankomende wijzigingen.

Norm	Versie	Toelichting	Van toepassing?
Wet Maatschappelijke Ondersteuning	2015	Deze wet regelt dat mensen met een beperking maatschappelijk ondersteuning kunnen krijgen vanuit de gemeente waarin ze woonachtig zijn.	Ja
Wet Toelating Zorginstellingen	2005	Deze wet stelt regels voor een goed bestuur en wanneer er winst uitgekeerd mag worden.	Nee, er wordt geen zorg geleverd passend bij de WTZi
Zorgbrede governance code	2010	Deze code zet aan tot professionalisering van bestuur, toezicht en het samenspel tussen beide.	Deels, er wordt conform de gedachte van de code gehandeld
Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector	1996	Deze wet biedt een laagdrempelige klachtmogelijkheid voor cliënten, anderzijds de mogelijkheid voor de zorgaanbieders om te leren van klachten en daarmee de kwaliteit van de zorgverlening te verbeteren.	Ja
Wet Medezeggenschap Cliënten Zorginstellingen	1996	Deze wet verplicht een instelling tot het instellen van een cliëntenraad. Deze behartigt binnen de instelling de	Nee, geen WTZi. Deelnemerscommissie en Deelnemersvergadering

		gemeenschappelijke belangen van cliënten.	volstaan
AVG	2018	Deze wet legt de omgang met persoonsgegevens vast en dus de bescherming van privacy van burgers.	Ja
Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg	1993	Deze wet moet de kwaliteit bevorderen van de zorg die beroepsbeoefenaren leveren en om patiënten te beschermen tegen ondeskundig of onzorgvuldig handelen van individuele zorgverleners.	Nee, er vinden geen voorbehouden handelingen plaats
Wet op de Geneeskundige Behandelovereenkomst	1994	Deze wet bevat rechten en plichten voor zowel zorgverleners als patiënten bij het aangaan van een geneeskundige behandelovereenkomst.	Ja
Kwaliteitswet zorginstellingen	1996	Deze wet verplicht zorginstellingen hun eigen kwaliteit te bewaken, te beheersen en te verbeteren.	Ja
Wet verplichte Meldcode Huiselijk geweld en Kindermishandeling	2013	Dit besluit verplicht o.a. organisaties werkzaam in de zorg om een eigen meldcode voor huiselijk geweld en kindermishandeling op te stellen en op te volgen	Ja
Regeling verslaglegging WTZi	2006	Aanvullende regels voor jaarverslaglegging door zorginstellingen aanvullend op de Richtlijnen voor Jaarverslaglegging in Burgerlijk Wetboek 2 Titel 9	Nee, er is geen actieve toelating
Besluit zorgplanbespreking	2009	Dit besluit verplicht tot het opstellen van een zorgplan volgens de regels in dit besluit en het regelmatig bespreken van het zorgplan	Ja

Toezichthoudend orgaan

Voor het toezicht op de organisatie is er een toezichthoudend orgaan, te weten het bestuur. Iedere maand heeft het Bestuur een overleg met de Bedrijfsleider en de Coordinator waarin overstijgende

zaken aan de orde komen. De administratief medewerker schuift hierbij aan en zorgt voor de administratieve borging van alle zaken uit de jaarplanning.

Eenmaal per jaar wordt het afgelopen jaar ge-evalueerd en worden doelstellingen en aandachtspunten geformuleerd voor het komende jaar.

Documentatie

Documentatiebeheer

Beheer van kwaliteitsdocumenten

De documenten in het managementsysteem worden minimaal één keer per jaar geëvalueerd (opgenomen in het jaarplan) en indien nodig bijgewerkt. Vervallen documenten worden ingenomen bij vervanging. Medewerkers worden op de hoogte gesteld van de laatste versie of hebben inzage in het versiebeheer.

Beheer van brochures en website

Het beheer van de brochures en de website is van belang voor een goede informatievoorziening aan de cliënten. Cliënten moeten altijd de meest actuele informatie vinden in de folders en op de website. Om dit te waarborgen is het beheer van de brochures en de website opgenomen in de jaarplanning.

Beheer van registraties en data

Het is belangrijk dat kritische registraties niet verloren gaan en terug te vinden zijn. Dit geldt zowel voor digitale als papieren registraties.

Papieren registraties en documenten van externe oorsprong

Papieren registraties en documenten van externe oorsprong:

- Moeten zo nodig geïdentificeerd zijn door vermelding van bijvoorbeeld de bestandsnaam/documentnaam en een versienummer of datum.
- moeten Indien mogelijk opgeslagen worden in duidelijk herkenbare mappen (met tabbladen) en bewaard in (afsluitbare) kasten.
- mogen uitsluitend na de minimale bewaartermijn vernietigd worden. Indien geen minimale bewaartermijn is vastgelegd moet vernietiging in overleg met de documenteigenaar/procesverantwoordelijke plaatsvinden.
- mogen niet buiten kantoor worden opgeslagen, tenzij gewaarborgd is dat de kwaliteit van de documenten niet onnodig achteruit gaat en de vertrouwelijkheid van de gegevens en belangen van het logeershuis niet worden geschaad.

Aard van de registratie	Minimale bewaartermijn
Financiële administratie	minimaal 7 jaar

Salarisadministratie	minimaal 7 jaar
Registraties m.b.t. personeelszaken gericht aan interne partijen	minimaal tot 7 jaar na einde dienstverband
Registraties m.b.t. personeelszaken gericht aan externe partijen	Onbeperkt
Kwaliteitsregistraties	minimaal 3 jaar
Registraties uit overlegvormen	minimaal 3 jaar
Overige registraties	minimaal de geldigheidstermijn
Dossier cliënt	15 jaar na einde zorgverlening of overlijden cliënt
Incidentenmeldingen	5 jaar

Elektronische registraties (computerbestanden)

Ten aanzien van deze registraties gelden de volgende richtlijnen:

- Computerbestanden moeten geïdentificeerd zijn door een eenduidige bestandsnaam.
- Computerbestanden moeten opgeslagen worden in mappen (directories) die indien nodig middels toegangsrechten afgeschermd zijn voor onbevoegde gebruikers.
- Computerbestanden moeten na archivering (back-up) terugvindbaar en herplaatsbaar zijn. Om dit zeker te stellen dient periodiek een recovery uitgevoerd te worden. Van de back-ups worden registraties bijgehouden.
- Computerbestanden mogen uitsluitend na de minimale bewaaruur vernietigd worden. Indien geen minimale bewaaruur is vastgelegd, moet vernietiging in overleg met de documenteigenaar/ procesverantwoordelijke van het bijbehorende proces plaatsvinden.
- De toegankelijkheid van de hardware moet fysiek beveiligd zijn.
- Voor computerbestanden geldt dat de juiste opslagmedia gekozen moet worden om te voorkomen dat data verloren gaat.

Beheer ICT-middelen

De bedrijfsleider draagt in overleg met een externe systeembeheerder zorg voor de installatie van de hard- en/of software. Hij maakt hierbij gebruik van de gebruikersgegevens en licentiegegevens.

Verder draagt hij zorg voor:

- Het beschikbaar blijven van de originele software en licentiegegevens.
- Eenvoudige gebruikersinstructie van de hard- en software.
- De instellingen, controle en de update van de periodieke viruscontrole, controle van periodieke back-ups (terugzetten van data), het besturingssysteem en software.
- Het opheffen van storingsen in het systeem en het ondersteunen van medewerkers op het gebied van ict.
- Het geven van toegang middels gebruikersnamen en wachtwoorden.
- Elke keer als documenten worden gewijzigd wordt er een kopie gemaakt op een usb-stick.