

Van: [REDACTED]
Aan: [REDACTED]
Onderwerp: tbv WOB-verzoek Huize Decor
Datum: maandag 23 december 2019 11:13:15
Bijlagen: [Toestemmingsformulier zorgdossier.pdf](#)

Van: _Dienstpostbus Eenheid Nieuwe Zorgaanbieders

Verzonden: dinsdag 26 augustus 2014 15:18

Aan: 'info@zorgvilladecor.nl'

Onderwerp: Inspectiebezoek Cor&Debby Zorgverlening te Ede op 28-08-2014

Geachte heer [REDACTED],

De Inspectie voor de Gezondheidszorg (hierna: de inspectie) kondigt hierbij aan een inspectiebezoek te brengen aan uw organisatie. De inspectie heeft deze bevoegdheid op basis van de Kwaliteitswet. Het bezoek aan Cor&Debby Zorgverlening (Villa DECOR) zal plaatsvinden op donderdag 28 augustus 2014 om 10.00 uur op het adres Amsterdamseweg 60, 6712 GK te Ede. Het gesprek zal ongeveer twee uur in beslag nemen.
Het bezoek wordt gebracht door [REDACTED] (inspecteur).

Het doel van dit inspectiebezoek is om nader kennis te maken met uw organisatie en na te gaan of uw organisatie voldoende voorwaardenscheppende maatregelen heeft getroffen die moeten leiden tot het bieden van verantwoorde zorg.

Tijdens het gesprek wil de inspectie de beleidstukken uit onderstaande lijst inzien en eventueel met u bespreken.

De inspectie verzoekt u onderstaande documenten, voor zover deze van toepassing zijn, ten behoeve van het inspectiebezoek ter inzage te leggen:

- Drie zorgdossiers die gegevens over medicatietoediening en/of voorbehouden handelingen bevatten (met bijliggend een toestemmingsverklaring); *Ter voorbereiding op het toetsen van zorgdossiers, verzoekt de inspectie u toestemming te vragen aan drie cliënten/vertegenwoordigers van cliënten voor inzage in hun zorgdossier. U kunt hierbij gebruik maken van het toestemmingsformulier in de bijlage;*
- klachtenprocedure;
- afspraken tussen hoofdaannemer en onderaannemer;
- samenwerkingsafspraken met ketenpartners;
- gedragscode voor medewerkers;
- overzicht van de indicaties voor zorg/ Zorg Zwaarte Pakketten van de cliënten
- opleidingsplan, waaronder een toets van bekwaamheid van medewerkers en/of zelfstandigen van voorbehouden en risicovolle handelingen ;
- kwaliteitssysteem;
- lidmaatschap brancheorganisatie;
- uitsluitingscriteria cliënten;
- regeling meldingen incidenten cliënten;
- uitvoeringsprotocollen van voorbehouden en risicovolle handelingen;
- beleid in zake vrijheidsbeperkende maatregelen;
- medicatiebeleid;
- gebruikersvergunning indien van toepassing;
- namen van de leden en adres van de klachtencommissie;
- meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling.

Indien gewenst kan de inspecteur aangeven een aantal (beleid)stukken in kopie mee te willen nemen.

Na het gesprek ontvangt u een rapportage met, indien van toepassing, daarin aangegeven welke onderwerpen (en binnen welke termijn) verbeterd dienen te worden.

Te zijner tijd wordt u in de gelegenheid gesteld om binnen twee weken te reageren op eventuele feitelijke onjuistheden in deze rapportage. Indien u nog vragen heeft of toelichting wenst, dan kunt u contact opnemen met de inspectie. Wilt u informatie aan ons doorgeven, dan kunt u dit schriftelijk doen. Stuur een e-mail naar ri.utrecht@igz.nl of richt een brief aan het Meldpunt IGZ, Postbus 2680, 3500 GR Utrecht

Vermeld daarbij alstublieft het kenmerk V1003202.

De inspectie attendeert u erop dat zij alle vastgestelde eindrapporten van het inspectietoezicht actief openbaar maakt. Dit omvat ook de openbaarmaking van het vastgestelde rapport van dit

inspectiebezoek.

Met vriendelijke groet,

Medewerker toezicht
IGZ (ZO)

Actieve openbaarmaking betekent dat de inspectie het vastgestelde rapport ondermeer op haar website www.igz.nl plaatst. Bij actieve openbaarmaking worden de wettelijke normen, zoals gesteld in de Wet openbaarheid van bestuur en de Wet bescherming persoonsgegevens, in acht genomen. Dit houdt over het algemeen in dat geen (bijzondere) persoonsgegevens opgenomen worden op een wijze die tot een privépersoon herleidbaar zijn. Dit zijn bijvoorbeeld medische gegevens van patiënten of cliënten van uw instelling. De functionarissen van de instelling zullen zo nodig met hun functie aanduiding wel in het vastgestelde rapport worden genoemd.



BIJLAGE 1 Toestemmingsformulier

Toestemming

Ondergetekende,

Naam	
Voorna(a)m(en)	
Geboortedatum	
Adres	
Postcode	
Woonplaats	

- ☐ verleent hierbij toestemming aan de Inspecteur voor de Gezondheidszorg of diens plaatsvervanger, het zorg(behandel)-/leefplan, betrekking hebbend op hem/haarzelf dan wel op cliënt(-e)
- ☐ verleent hierbij geen toestemming aan de Inspecteur voor de Gezondheidszorg of diens plaatsvervanger, het zorg(behandel)-/leefplan, betrekking hebbend op hem/haarzelf dan wel op cliënt(-e)

Naam	
Voorna(a)m(en)	
Geboortedatum	
Adres	
Postcode	
Woonplaats	
Relatie met ondergetekende	

in te zien en de geanonimiseerde gegevens te gebruiken ten behoeve van het inspectiebezoek.

Datum	
Handtekening	

Inspectie voor de Gezondheidszorg
Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 2680 3500 GR Utrecht

Aan geadresseerde

St. Jacobsstraat 16
3511 BS Utrecht
Postbus 2680
3500 GR Utrecht
T 030 233 87 87
F 030-2321912
www.igz.nl

Inlichtingen bij

Datum 24 september 2014
Onderwerp Uitvraag risicoindicatoren 2014

Ons kenmerk

Bijlagen

1

Geachte Raad van Bestuur,

In deze brief informeert de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) u over de uitvraag van de risicoindicatoren verslagjaar 2014.

Indicatoren uitvraag door de inspectie in 2014

In 2011 stopte Zichtbare Zorg met de informatie uitvraag over risico indicatoren. In 2012 en 2013 hebben Zorgverzekeraars Nederland (Zn), LOC Zeggenschap in Zorg en de IGZ de uitvraag over kwaliteitsindicatoren gezamenlijk uitgevoerd. Voor het verslagjaar 2014 is door de partijen besloten deze gezamenlijke uitvraag niet verder voort te zetten.

De inspectie heeft vervolgens besloten om zelf risico indicatoren uit te vragen. De inspectie gebruikt de set risico indicatoren en nog vier andere informatiebronnen voor haar risicogestuurd toezicht. De andere informatiebronnen zijn het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording, de CQ index, informatie uit bij de inspectie gemelde calamiteiten en informatie uit inspectiebezoeken.

De informatie die de inspectie ontvangt over risicoindicatoren wordt alleen gebruikt voor toezichtdoeleinden en is voor geen enkele andere partij beschikbaar.

Ontwikkeling van indicatoren

De inspectie heeft risico informatie nodig om haar toezicht mee vorm te geven. Om tot een goed onderbouwde set risicoindicatoren te komen, verrichtte de inspectie diverse studies naar factoren die van invloed zijn op de veiligheid en het welbevinden van een cliënt die thuis of in een instelling zorg ontvangt. Het eerste resultaat van deze ontwikkelronde is de set risicoindicatoren die de IGZ over 2014 uitvraagt. Hier zijn de zorginhoudelijke indicatoren zoals we die de voorbije jaren kenden volledig uit verwijderd. De komende jaren zal de inspectie deze set verder verbeteren met de focus op verantwoordelijkheden en aansturing, optimaliseren en uniformeren van werkprocessen en organisatiecultuur.

De uitvraag over verslagjaar 2014

Zorginstellingen zijn op basis van de Algemene wet bestuursrecht (Awb) artikel 5:16 en artikel 5:20 verplicht informatie te verstrekken. De door de inspectie uitgevraagde set risicoindicatoren V&V en ZT hebben betrekking op verslagjaar 2014 en moeten tussen 1 januari en 15 februari 2015 bij de inspectie worden aangeleverd. Gegevens dienen op het niveau van de vestiging aangeleverd te worden. De indeling in organisatorische eenheden (OE) komt hiermee te vervallen. De gegevens zullen verzameld worden met behulp van een online vragenlijst. In december ontvangt u een brief met de link en inlogcodes voor het

aanleveren van de gegevens. In de online vragenlijst wordt precies uitgelegd hoe u de gegevens kunt aanleveren.

Ter voorbereiding

Om u de gelegenheid te geven om het invullen van de uitvraag voor te bereiden is een schriftelijke versie van de set risico indicatoren beschikbaar gesteld op onze website www.igz.nl (onderwerp Ouderenzorg).

Als u vragen heeft over de informatie in deze brief, kunt u contact opnemen met de inspectie via ri.utrecht@igz.nl.

Met vriendelijke groet,



Programmadirecteur Ouderenzorg & Zorg Thuis

Ons kenmerk

[Redacted]

Datum

24 september 2014



Inspectie voor de Gezondheidszorg
Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 2680 3500 GR Utrecht

Cor&Debby Zorgverlening
T.a.v. de directie
Sint Hubertus 99
6713 JR EDE

St. Jacobsstraat 16
3511 BS Utrecht
Postbus 2680
3500 GR Utrecht
T 088 120 50 00
F 088 120 50 01
www.lgz.nl

Ons kenmerk



Bijlagen

1

Datum 2 oktober 2014

Onderwerp Vastgesteld rapport inspectiebezoek

Geachte directie,

Op 11 september jl. heeft de Inspectie voor de Gezondheidszorg (hierna: de inspectie) u het rapport van het bezoek op 28 augustus jl. toegezonden.

In de brief bij het rapport vroeg ik u in geval van feitelijke onjuistheden betreffende het rapport uiterlijk 26 september 2014 contact op te nemen met ondergetekende. Omdat de reactietermijn inmiddels is verstreken, en wij van u geen reactie op feitelijke onjuistheden hebben ontvangen, meld ik u bij deze dat het rapport is vastgesteld. U ontvangt hierbij het definitieve rapport.

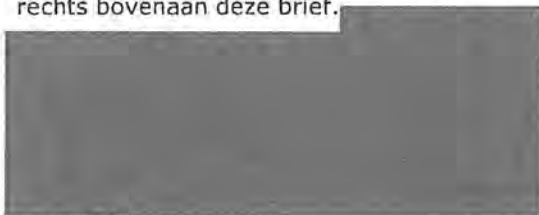
De inspectie attendeert u erop dat zij alle vastgestelde rapporten van het inspectietoezicht actief openbaar maakt.¹ Dit omvat ook de openbaarmaking van het vastgestelde rapport van dit inspectiebezoek.

Graag wijst de inspectie u nog op de alinea 'te nemen maatregelen' en de daarbij gestelde termijnen.

Wellicht ten overvloede:

Als u de gevraagde gegevens niet binnen de gestelde termijn aantoonbaar kan maken en daarmee niet voldoet aan de geldende wetgeving en richtlijnen, zal de inspectie vervolgmaatregelen nemen. Dit kan, afhankelijk van de onderwerpen, een advies aan de minister voor een aanwijzing zijn.

Wilt u alle correspondentie, inclusief de door de inspectie opgevraagde stukken, zenden naar ri.utrecht@lgz.nl. Graag onder vermelding van ons kenmerknummer, rechts bovenaan deze brief.



inspecteur

¹ Actieve openbaarmaking betekent dat de inspectie het vastgestelde rapport ondermeer op haar website www.lgz.nl plaatst. Bij actieve openbaarmaking worden de wettelijke normen, zoals gesteld in de Wet openbaarheid van bestuur en de Wet bescherming persoonsgegevens, in acht genomen. Dit houdt over het algemeen in dat geen (bijzondere) persoonsgegevens opgenomen worden op een wijze die tot een privépersoon herleidbaar zijn. Dit zijn bijvoorbeeld medische gegevens van patiënten of cliënten van uw instelling. De functionarissen van de instelling zullen zo nodig met hun functie aanduiding wel in het vastgestelde rapport worden genoemd.



Inspectie voor de Gezondheidszorg
Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Rapport van het inspectiebezoek
aan Zorgvilla DECOR te Ede
op 28 augustus 2014

Utrecht
oktober 2014

Inleiding

Op 28 augustus 2014 heeft de Inspectie voor de Gezondheidszorg (hierna: de inspectie) een inspectiebezoek gebracht aan Zorgvilla DECOR te Ede. Dit inspectiebezoek maakt onderdeel uit van het toezicht op nieuwe/ onbekende toetreders, die vallen onder de Kwaliteitswet zorginstellingen. Uw organisatie is een zorginstelling zoals bedoeld in deze wet.

Het doel van dit inspectiebezoek is om nader kennis te maken met Zorgvilla DECOR en na te gaan of voldoende voorwaardenscheppende maatregelen zijn getroffen die moeten leiden tot het bieden van verantwoorde zorg. Tijdens het inspectiebezoek bleek dat uw organisatie reeds langere tijd bestaat en u derhalve wordt geschouwd als onbekende zorgaanbieder voor de inspectie.

Korte beschrijving van de organisatie

Zorgvilla Decor is in 2004 begonnen als een dagopvang voor ouderen. Al vrij snel na oprichting is er besloten om ook vormen van verblijf aan te bieden. Vervolgens heeft de instelling de villa moeten verbouwen om te voldoen aan de eisen van de gemeente. In de afgelopen jaren is de instelling een aantal keer failliet gegaan. Vervolgens werd er succesvol een doorstart gemaakt. Een aantal weken geleden is organisatie een V.O.F. geworden. De twee eigenaars van Zorgvilla Decor hebben besloten om zelf ook in de villa te gaan wonen. De eigenaars hebben beiden een uitgebreide achtergrond in de zorg als verpleegkundige en als ziekenverzorgende. Er zijn daarnaast drie medewerkers in dienst bij de organisatie. 2 medewerkers volgen op dit moment een opleiding. De zorg wordt geleverd op basis van PGB. Cliënten wonen in de Zorgvilla en krijgen daar alle zorg die in de indicatie is gesteld. Zodoende declareert de organisatie het volledige PGB. Daarnaast betalen cliënten een bedrag voor het huren van een kamer in de villa en de services die hieraan gekoppeld zijn. De instelling focust op het leveren van begeleiding, persoonlijke verzorging en verpleging aan (psycho)geriatrische zorgvragers. Er zijn ten tijde van het bezoek 3 bewoners met een zorgwaarde pakket 5. De instelling is bereid om ook cliënten aan te nemen met een hogere zorgwaarde. Zorgvilla Decor heeft geen contracten met hoofdaanemers, verzekeraars of gemeenten. De organisatie wil in de toekomst wel meer contacten leggen met gemeenten vanwege de recente wetwijzigingen. De instelling heeft geen WTZii toelating aangevraagd. De instelling is niet aangesloten bij een brancheorganisatie.

Bevindingen

De inspectie beoordeelt Zorgvilla Decor op 15 onderwerpen. Per onderwerp staat aangegeven of documentatie is aangetroffen en werkt in de praktijk. De inspectie heeft gesproken met het management en er zijn documenten en zorgdossiers ingezien. Tevens heeft een rondgang plaatsgevonden. Indien noodzakelijk wordt de score toelichting in de kolom 'toelichting'.

Ook de onderwerpen die niet aan bod komen en naar oordeel van de inspectie risicovol zijn voor de kwaliteit van zorg binnen uw organisatie, benoemt de inspectie onder het kopje 'overige opmerkingen'.

	Document ¹	Aanwezig Ja/deels/nee/nvt	Toelichting
1	Zorgplan	Deels	Er staan geen afspraken in het dossier over vrijheidsbeperking. Daarnaast is er geen schriftelijke toestemming aanwezig voor het zorgplan.
2	Klachtenregeling/klachtencommissie	Nee	De organisatie beschikt niet over een externe onafhankelijke

¹ Zie bijlage 1

			klachtencommissie.
3	Afspraken tussen hoofdaannemer en onderaannemer	Nvt	
4	Samenwerkingsafspraken met ketenpartners	Nee	Er zijn geen schriftelijke afspraken met artsen of apotheken. Er zijn ook geen schriftelijke afspraken met andere disciplines.
5	Personeelsopbouw: beschikbaarheid deskundigheid in relatie tot de doelgroep	Nee	Zie overige opmerkingen
6	Gedragscode	Deels	In de visie staan verwijzingen naar hoe medewerkers zich moeten gedragen. Er is geen specifieke gedragscode.
7	Opleidingsplan	Nee	Zie overige opmerkingen
8	Kwaliteitssysteem	Ja	De organisatie heeft een uitgebreid kwaliteitshandboek, op termijn willen zij het HKZ keurmerk behalen.
9	Uitsluitingscriteria cliënten	Nee	De uitsluitingscriteria voor cliënten zijn nog niet omschreven.
10	Meldingen incidenten <i>cliënten</i> /patiënten (MIC/MIP)	Nee	Meldingen worden op dit moment direct gemeld aan de directeur/eigenaar van de instelling. Er worden geen meldingen op papier bijgehouden.
11	Uitvoeringsprotocollen van voorbehouden en risicovolle handelingen	Nee	Zie overige opmerkingen.
12	Toets bekwaamheid van medewerkers en/of zelfstandigen van voorbehouden en risicovolle handelingen	Nee	Zie overige opmerkingen.
13	Beleid vrijheidsbeperkende maatregelen	Nee	Zie overige opmerkingen
14	Medicatiebeleid	Nee	Zie overige opmerkingen
15	Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling	Nee	De organisatie beschikt nog niet over de meldcode.

Overige opmerkingen

Personeelsopbouw, opleidingsplan, protocollen en bekwaamheid van medewerkers

De eigenaars van de instelling baseren hun bekwaamheid en deskundigheid op jarenlange ervaring in de zorg. Het niveau van de medewerkers is afgestemd op de doelgroep, maar de deskundigheid is op dit moment onvoldoende geborgd. Er zijn geen protocollen beschikbaar in de organisatie. Dit maakt handelingen risicovol. Bovendien is het risicovol voor het opleiden van nieuwe medewerkers. Er is bovendien geen opleidingsplan. De medewerkers die in dienst zijn volgen wel scholing en zij doen handelingen in eerste instantie onder supervisie. De eigenaars zelf hebben recentelijk geen scholingen gevolgd. Scholingen of het bekwaam worden/zijn van medewerkers wordt niet genoteerd of bijgehouden. Er is verder geen instructie waarin staat hoe lang een bekwaamheid

rapport van het inspectiebezoek aan Zorgvilla DECOR te Ede, 28 augustus 2014

geldig is nadat het enige tijd niet is uitgevoerd en welke acties de medewerker kan ondernemen om zich opnieuw te bekwamen.

Beleid vrijheidsbeperkende maatregelen

De instelling is niet op de hoogte van recente richtlijnen en normen met betrekking tot maatregelen rondom vrijheidsbeperking. De instelling past wel vormen van vrijheidsbeperking toe. De instelling heeft cameratoezicht, maakt gebruik van bedhekken en in sommige gevallen zendertjes of andere vormen van signaleren wat invloed uitoefent op de mate van vrijheid van cliënten. Deze vormen van vrijheidsbeperking zijn volgens bestuurders in goed overleg tot stand gekomen met zowel familie als de arts. Dit is echter onvoldoende vastgelegd in het dossier. Er is ook geen handtekening of toestemmingsformulier aanwezig.

Medicatiebeleid

De veiligheid rondom medicatietoediening is nog onvoldoende geborgd. Er zijn toedieningslijsten van de apotheek aanwezig, maar medewerkers tekenen hierop niet af. Er waren geen medicatieoverzichten beschikbaar. Er ontbrak een uitvoeringsverzoek voor het toedienen van insuline. Bovendien is er geen medicatiebeleid of werkinstructie aangaande medicatietoediening. Positief is dat de instelling werkt via het baxtersysteem en wel beschikt over de toedienlijsten.

Conclusies

Op basis van bovenstaande bevindingen trekt de inspectie de volgende conclusies:

Uw organisatie voldoet niet aan de voorwaardenscheppende onderwerpen.

Te nemen maatregelen

Het geheel overziende verwacht de inspectie van u voor uiterlijk 24 oktober 2014 te ontvangen:

- een kopie geanonimiseerd zorgplan conform het Besluit zorgplanbespreking AWBZ-zorg;
- een klachtenregeling conform de Wet klachtrecht cliënten zorgsector artikel 2, lid 2 en een klachtenreglement opgesteld door klachtencommissie conform de Wet klachtrecht cliënten zorgsector artikel 2, lid 3;
- Een overzicht waaruit blijkt dat het personeelsbestand kwalitatief en kwantitatief is afgestemd op de doelgroep: de formatie direct zorggebonden personeel in loondienst en/of ZZP'ers met hun opleidingsniveau en het aantal cliënten met hun zorgzwaarte / indicatie;
- beleid vrijheidsbeperkende maatregelen;
- medicatiebeleid;

En voor uiterlijk 21 november 2014 te ontvangen:

- samenwerkingsafspraken met ketenpartners;
- beleid met betrekking tot ontwikkeling van personeel;
- gedragscode;
- opleidingsplan;
- uitsluitingscriteria cliënten;
- beleid omtrent meldingen incidenten *cliënten/patiënten (MIC/MIP)*;
- uitvoeringsprotocollen van voorbehouden en risicovolle handelingen;
- overzicht van bevoegd- en bekwaamheden van medewerkers en/of zelfstandigen met
- betrekking tot voorbehouden en risicovolle handelingen;
- meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling;

Bijlage 1

Toelichting

1. Het zorgplan (Besluit Zorgplanbespreking AWBZ-zorg; maart 2009)

Het zorgplan (ook wel behandelplan, leefplan, ondersteuningsplan of begeleidingsplan genoemd) is een onderdeel van het zorgdossier. Aan de inhoud worden eisen gesteld:

De zorgaanbieder is verplicht in samenspraak met de cliënt een zorgplan te maken. Binnen zes weken na aanvang van de zorgverlening moet de zorgaanbieder een zorgplan opgesteld hebben waarin in ieder geval de volgende onderwerpen aan bod komen:

- welke doelen worden met betrekking tot de zorgverlening voor een bepaalde periode gesteld, gebaseerd op de wensen, mogelijkheden en beperkingen van de cliënt;
- op welke concrete wijze zullen de zorgaanbieder en de cliënt de gestelde doelen trachten te bereiken;
- wie is voor de verschillende onderdelen van de zorgverlening verantwoordelijk, op welke wijze vindt afstemming tussen meerdere zorgverleners plaats, en wie kan de cliënt op die afstemming aanspreken;
- met welke frequentie en onder welke omstandigheden gaat de zorgaanbieder de zorgverlening in samenspraak met de cliënt evalueren en actualiseren.

Het zorgdossier bevat voorts alle informatie die voor de zorg aan en de begeleiding en eventuele behandeling van de cliënt relevant is:

- persoonsgegevens cliënt;
- zorgovereenkomst;
- diagnose(s);
- toestemming voor uitvoering zorgplan;
- naam en toestemming cliëntvertegenwoordiger voor uitvoering zorgplan (indien van toepassing);
- verslag evaluatiegesprekken;
(het zorgplan wordt minimaal een keer per jaar met alle relevante betrokkenen geëvalueerd en zo nodig bijgesteld)
- rapportage;
(verslaglegging ten behoeve van de continuïteit van de dagelijkse zorg en uitvoering van het zorgplan)
- naam behandelend (huis)arts en eventueel andere behandelaars;
- eventuele vrijheidsbeperkingen;
- actueel medicatieoverzicht, indien zorgaanbieder (een deel van) het medicatieproces overneemt;
(een, door de apotheker geleverd, actueel medicatieoverzicht met soort medicatie, dosering en tijdstippen van medicatieverstrekking, naam voorschrijvend arts en leverend apotheker)

Voor 'Bopz-aangemerkte' instellingen moet het zorgplan tevens voldoen aan de eisen van de Wet Bijzondere Opnemingen Psychiatrische Ziekenhuis (Wet Bopz).

Wanneer de instelling ook kraamzorg levert dient tevens in het dossier aanwezig te zijn:

- temperatuurlijst moeder;
- temperatuurlijst kind;
- LIP-formulier;
- overdracht naar de jeugdgezondheidszorg;
- vochtbalans kind;
- voedingsgerelateerde gegevens;
- informatie over overleg met de verloskundige(n).

2. Klachtenregeling/ klachtencommissie (Wet Klachtrecht cliënten zorgsector)

Elke cliënt heeft de mogelijkheid om over de geboden zorg een klacht in te dienen bij de klachtencommissie van de instelling. Een klacht kan door de cliënt zelf of zijn vertegenwoordiger worden ingediend en heeft betrekking op "een gedraging van de zorgaanbieder of van voor hem werkzame personen jegens de cliënt".

Tijdens het bezoek worden de volgende criteria gehanteerd:

- er is een klachtenregeling conform bovengenoemde wetgeving en deze is onder de aandacht van cliënten gebracht;
- de zorgaanbieder heeft een klachtencommissie conform bovengenoemde wetgeving. Deze bestaat uit ten minste drie leden waaronder een voorzitter die niet werkzaam is voor of bij de zorgaanbieder;
- adres en/of telefoonnummer van de klachtencommissie staat vermeld in de klachtregeling;
- zowel de cliënt als iemand die hem vertegenwoordigt, kan rechtstreeks bij de klachtencommissie een klacht indienen tegen de zorgaanbieder of diens personeel.

3. Medezeggenschap (Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen)

Medezeggenschap betekent dat zowel cliënten als cliëntvertegenwoordigers als collectief invloed kunnen uitoefenen op besluiten in de organisatie die van invloed zijn op de positie van cliënten.

De instelling heeft vastgelegd hoe zij deze medezeggenschap heeft geregeld en op welke onderwerpen zij advies inwint bij cliënt(vertegenwoordigers).

De cliënten en hun vertegenwoordigers worden op een voor hen begrijpelijke manier en tijdig geïnformeerd over belangrijke wijzigingen in de organisatie.

Tijdens het bezoek wordt gelet op de volgende zaken:

- Is er een regeling waarin vastligt hoe de medezeggenschap binnen de instelling is geregeld?
- Hebben cliënten aantoonbaar inspraak op het niveau van de eigen woon/zorglocatie (bijvoorbeeld in de vorm van een periodiek overleg met schriftelijke vastlegging)?
- Worden relevante beleidsbeslissingen tijdig besproken en heeft de mening van de cliënten een zichtbare invloed op het gevoerde beleid?

4. Deskundigheid personeel in relatie tot de doelgroep

Deskundig personeel is in staat om de noodzakelijke en gevraagde zorgverlening en ondersteuning aan cliënten te bieden. Het personeel voldoet aan de eisen die aan de functie(s) worden gesteld en is waar nodig bekwaam en bevoegd om specifieke functie(s) uit te oefenen.

Tijdens het bezoek wordt o.a. gelet op de volgende zaken:

- kwalitatief en kwantitatief voldoende aandacht voor aanstellingseisen en (bij)scholing van medewerkers gericht op de ondersteuningsvragen van de cliëntgroepen;
- de aanwezigheid van gedragscode;
- uitsluitingscriteria cliënten; zijn de grenzen aan zorg duidelijk beschreven;

- bekwaamheid en bevoegdheid van medewerkers om voorbehouden en risicovolle handelingen uit te voeren.

5. Vrijheidsbeperkende maatregelen

Onder de term 'vrijheidsbeperking' of 'vrijheidsbeperkende maatregelen' verstaat de inspectie, o.a.: fixatie met (onrust)band, afzondering in daarvoor bestemde ruimte, afzondering in brede zin (uit woonkamer gezet, in slaapkamer), afsluiten woning, psychofarmaca, gedwongen vocht/voeding, diepe stoel, gebruik tafelblad voor rolstoel, fysieke fixatie (holding), bedhekken, slaapkamer (deur)sensor, chip in schoen/polsband, belmat/sensor, cameratoezicht, uitluistersysteem, sommige beschermende kleding/materialen, hansop, verpleegdekken, beperking omgang met anderen, beperken gebruik van telefoon/internet, (onnodig) beperken privacy of beperken bezoek.

Tijdens het bezoek wordt o.a. gelet op de volgende zaken:

Heeft de instelling beleid ten aanzien van vrijheidsbeperking

zo ja:

- welke maatregelen er worden toegepast
- bij hoeveel cliënten het wordt toegepast
- wie de verantwoordelijke in deze is
- wie toezicht op de uitvoering uitoefent
- dat de maatregelen onderdeel zijn van het zorgplan
- dat er aan afbouw en/of alternatieven wordt gewerkt
- dat er gerichte scholing plaats vindt
- dat er registratie wordt bijgehouden

zo nee:

- dat dit verwerkt is in de uitsluitingscriteria

Indien er cliënten verblijven met een Bopz-status, dient de instelling te voldoen aan de Wet BOPZ.

6. Medicatiebeleid

Het medicatiebeleid van de organisatie bevat tenminste een beschrijving van de taken, verantwoordelijkheden en afspraken omtrent het gehele medicatieproces, ook indien er sprake is van "medicatie in eigen beheer" bij de cliënt.

Het beleid moet in lijn zijn met de richtlijn: "veilige principes in de medicatieketen" en minimaal bestaan uit:

Medicatieoverdracht

- Dat er bij het starten van de zorg rond medicatie binnen 24 uur een actueel en volledig medicatieoverzicht inclusief doseertijden van de apotheek aanwezig is.
- Dat er bij het starten van een voorbehouden handeling met betrekking tot medicatie een uitvoeringsverzoek aanwezig van de voorschrijvend arts is.

Medicatieoverzicht

- Dat er bij elke nieuwe cliënt bij intake bepaald wordt of het verantwoord is indien hij het medicatiebeheer of een deel zelf regelt en zo ja, op welke wijze dit bepaald wordt.
- Dat het medicatieoverzicht op digitale lijsten van de apotheek in het zorgdossier opgenomen is.

Uitzetten en toedienen

rapport van het inspectiebezoek aan Zorgvilla DECOR te Ede, 28 augustus 2014

- Dat het uitzetten en toedienen door twee verschillende personen uitgevoerd wordt.
- Dat bij het uitzetten en toedienen voor elke geneesmiddel geparafeerd wordt.

Bewaring

- Dat medicatie veilig wordt bewaard.

Scholing

- Dat er gerichte scholing plaatsvindt.

Fouten

- Dat fouten gemeld en geregistreerd worden.

7. Melding Incidenten Patiëntenzorg (MIP)

De zorgaanbieder draagt zorg voor een interne meldingsprocedure voor fouten en (bijna-)ongevallen. De zorgaanbieder is van deze fouten en (bijna-) ongevallen op de hoogte en neemt corrigerende en preventieve maatregelen ter verbetering van de zorgverlening en ter voorkoming van herhaling.

Bij het bezoek wordt o.a. gelet op:

- de aanwezigheid van een MIP-procedure en een MIP-commissie;
- de beschikbaarheid voor personeel van een meldformulier voor (bijna)incidenten.

Bijlage 2:**De normen zijn gebaseerd op de volgende wet- en regelgeving en veldnormen:***Wetgeving:*

- Besluit zorgplanbespreking AWBZ-zorg (2009).
- Kwaliteitswet zorginstellingen (KWZ; 1996).
- Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Bopz; 1992).
- Wet klachtrecht cliënten zorgsector (Wkcz; 1995).
- Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG; 1993).
- Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst: Wijzigingswet Burgerlijk Wetboek (WGBO; 1994).
- Besluit vaststelling van de minimumeisen voor de (verplichte) meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling, 18 maart 2013;
- Algemene wet bijzondere ziektekosten (AWBZ);
- Circulaire Care/AWBZ/13/05c, Beleidsregels en regelingen Care 2013 en 2014, NZa, 28 juni 2013;
- Beleidsregel CA-300-579, Prestatiebeschrijvingen en tarieven zorgzwaarte- pakketten 2014. Dit is bijlage 8 bij Circulaire Care/AWBZ/13/05c, NZa, 28 juni 2013;
- Zorgzwaartepakketten Sector GZ, versie 2013. Dit is bijlage 1 bij Beleidsregel CA-300-579, NZa, 28 juni 2013;
- Geneesmiddelenwet;
- Opiumwet;
- Arbeidsomstandighedenwet.

Veldnormen:

- Kwaliteitsdocument Verpleging, Verzorging en Zorg Thuis; 2012.
- Handreiking ondersteuningsplannen; 2013.
- Veilige principes in de medicatieketen; 2012.
- Bekkema N; De Veer AJE, Francke AL: *Verantwoord richtlijngebruik in de gehandicaptenzorg*. Utrecht: NIVEL; 2010.
- Handreiking medicatiebeleid gehandicaptenzorg; 2011.
- Hingstman TL; Langelaan M, Wagner C: *De dagelijkse bezetting en kwaliteit van zorg in instellingen voor langdurige zorg*. Utrecht: NIVEL; 2012.
- Visiedocument 2.0, Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg; 2013.
- Harmonisatie kwaliteitsbeoordeling in de zorgsector (HKZ), versie gehandicaptenzorg 2008;
- Beleidsdocument veilig melden, KNMG, 2007;
- Veldnorm Nationaal Epilepsiefonds voor het baden van mensen met epilepsie, ongedateerd;
- Handreiking werkvoorraad geneesmiddelen, Actiz, GGZ Nederland, VGN, 2010;
- Richtlijn Overdracht van medicatiegegevens in de keten, Actiz, GGZ Ned., IGZ, KNMG, KNMP, LEVV, LHV, NFU, NHG, NICTIZ, NPCF, NVVA, NVZ, NVZA, Orde, V&VN, VWS,ZN, FNT, NMT en VGN, 2008;
- Van incident naar fundament, Movisie, 2005;
- Convenant preventie seksueel misbruik, VGN, Chronisch Zieken en Gehandicaptenraad, MEE Ned., Landelijk Steunpunt Cliëntenraden, CNV Publieke Zaak, Nu91, ABVA/KABO FNV, F.B.Z. 2007;
- Handreiking seksualiteit en seksueel misbruik, VGN, Kennisplein gehandicaptenzorg, 2011;
- Sturen op aanpak van seksueel misbruik, VGN, Kennisplein gehandicaptenzorg, 2011;
- Intentieverklaring Zorg voor Vrijheid, samen naar minder vrijheidsbeperking, CG-raad, LOC-LPR, Platform VG, NIP-NVO, NVAVG, NVVA, Sting, V&VN, Actiz, VGN en IGZ, 2008;
- Nadenken over vrijheidsbeperking van de cliënt, VGN, 2009;
- Voorlopige richtlijn wettelijk kader orthopedagogische behandelcentra, VOBC LVG januari 2011;
- Veldnorm voor afzonderings- en separeervoorzieningen in de Gehandicaptenzorg, TNO, 12 november 2012;
- Competentiebox; Competentieprofielen VGN, 2009;
- Hygiënerichtlijnen voor de zorg van mensen met een lichamelijke en verstandelijke handicap, Landelijk Centrum Hygiëne en Veiligheid (LCHV), december 2010;

rapport van het inspectiebezoek aan Zorgvilla DECOR te Ede, 28 augustus 2014

- Klachtenrichtlijn gezondheidszorg versie 3.0, KNMG, 2005.

Aanvullende circulaire en rapporten:

- Extra inspanning noodzakelijk voor terugdringen vrijheidsbeperking in langdurige zorg, IGZ, 2012;
- Cultuuromslag terugdringen vrijheidsbeperking bij kwetsbare groepen in langdurige zorg volop gaande, duidelijke ambities voor 2011 nodig, IGZ, december 2010;
- Richtinggevend kader vrijheidsbeperking, VWS, 26 maart 2008;
- Medicatieveiligheid flink verbeterd in herbeoordeelde instellingen langdurige zorg en zorg thuis, IGZ, 2011;
- Bulletin 'Het mag niet, het mag nooit: seksuele intimidatie door hulpverleners in de gezondheidszorg', IGZ, augustus 2004;
- Verantwoord richtlijngebruik in de gehandicaptensector, NIVEL, 2010;
- De dagelijkse bezetting en kwaliteit van zorg in instellingen voor langdurige zorg, Nivel, 2012.

Van: [REDACTED]
Aan: [REDACTED]
Onderwerp: tbv WOB-verzoek Huize Decor
Datum: maandag 23 december 2019 11:16:56

Van: [REDACTED]
Verzonden: donderdag 30 oktober 2014 10:44
Aan: 'info@zorgvilladecor.nl'
Onderwerp: uistel aanleveren stukken
Geachte [REDACTED]

Vanwege mijn vakantie was ik niet eerder in de gelegenheid om uw mail te beantwoorden. Nu ik terug ben is de uitsteltermijn waar u om vroeg net verstreken. Het is akkoord als de stukken maandag 3 november bij ons aanwezig zijn. Hopelijk geeft dit voldoende ruimte om alles in orde te maken.

De stukken bij voorkeur niet naar dit/mijn mailadres sturen, maar naar ri.utrecht@igz.nl.

Hoogachtend,

[REDACTED]
Inspecteur

T.a.v. [REDACTED] Betreffende kenmerk: [REDACTED]

Geachte [REDACTED]

Conform de conclusie in uw rapport n.a.v. een inspectiebezoek aan ons huis wil ik u hierbij vragen mij een uitsel te verlenen van een week, dus 31 oktober 2014.

Door omstandigheden in de afgelopen week lukt het mij niet de gevraagde stukken vandaag nog naar u op te sturen. Naar redelijkheid verwacht ik deze in de loop van de komende week wel af te kunnen ronden en deze uiterlijk 30 oktober naar u op te kunnen sturen.

Mijn excuus voor deze vertraging,

Met vriendelijke groet namens Cor&Debby Zorgverlening,

[REDACTED]
logozorgvilladecortwitter

Amsterdamseweg 60

6712 GK EDE GLD.

[REDACTED]
E-mail: <<mailto:info@zorgvilladecor.nl>> info@zorgvilladecor.nl

10.2.e, tenzij anders aangegeven

Van: [REDACTED]
Aan: [REDACTED]
Onderwerp: tbv WOB-verzoek Huize Decor
Datum: maandag 23 december 2019 11:18:28
Bijlagen: [BELEID VRIJHEIDSBEPERKENDE MAATREGELEN.docx](#)
[HKZ Formulier 350.1 Verbeterformulier\(2.0\).doc](#)
[HKZ Procedure 350.2 Klachtenbehandeling.doc](#)
[Intake formulier standaard plus.doc](#)
[MEDICATIE BELEID ZORGVILLA DECOR.docx](#)
[OVERZICHT PERSONEELSBESTAND.docx](#)
[Voorbeeld Zorgcontract plus.docx](#)

Van: Zorgvilla Decor BV

Verzonden: maandag 3 november 2014 18:02

Aan: _Dienstpostbus IGZ Utrecht

Onderwerp: aan te leveren stukken ZORGVILLA DECOR [REDACTED]

Ten aanzien van [REDACTED] naar aanleiding van het inspectiebezoek op 28 augustus 2014.

Geachte mevrouw,

Hierbij de verschillende door u in het rapport genoemde stukken ter aanlevering.

Hopende hiermee u voldoende te voorzien zal ik er voor zorgdragen de overige maatregelen en de daarbij behorende stukken aan te leveren voor 21 november 2014.

Met vriendelijke groet namens Cor&Debby Zorgverlening,

[REDACTED]
logozorgvilladecortwitter



Amsterdamseweg 60
6712 GK EDE GLD.

[REDACTED]
[REDACTED]
E-mail: info@zorgvilladecor.nl

BELEID VRIJHEIDSBEPERKENDE MAATREGELEN

Het beleid ten aanzien vrijheidsbeperkende maatregelen in ZORGVILLA DECOR is eenvoudig te vatten in de volgende omschrijving.

Elke maatregel die noodzakelijkerwijs wordt genomen is altijd aantoonbaar in relatie met de veiligheid en de preventie van ongevallen van de bewoners.

Er worden geen maatregelen genomen anders dan vooraf besproken en met instemming van zowel de bewoner, de vertegenwoordiger van de bewoner als ook met de huisarts van de bewoner.

Eventueel te nemen maatregelen die de vrijheid beperken en die in Zorgvilla Decor mogelijk zijn:

- Camera toezicht gedurende de nacht
- Traphek boven aan de trap
- Bedhekken
- GPS zender in jas of broek

Indien na bespreking, goedkeuring en uitvoering genomen maatregelen niet het effect hebben dat de veiligheid van de bewoner geoptimaliseerd dan wel naar redelijkheid gegarandeerd kan worden en de directie meent niet de verantwoordelijkheid voor de veiligheid van de bewoners te kunnen nemen zal dit besproken worden met de bewoner, alsmede diens vertegenwoordiger en huisarts.

In het geval dat een bewoner zelfstandig mobiel is maar niet in staat is zelfstandig buiten de villa zich te begeven zal er in eerste instantie worden aangeboden de bewoner te vergezellen. Indien de bewoner vanwege desoriëntatie, verwardheid of andere oorzaak weigert dat iemand hem of haar vergezelt zal er in overleg en met instemming van de vertegenwoordiger van de bewoner worden gekozen voor het "meenemen" van een GPS zender.

In het geval de bewoner vanwege zijn of haar problematiek buiten de villa een gevaar vormt voor zichzelf als ook voor anderen, zal er een andere woon-zorg situatie voor deze bewoner moeten worden gezocht en gevonden. In Zorgvilla Decor kunnen geen bewoners wonen die vanwege hun problematiek onvrijwillig moeten worden verzorgd achter gesloten deuren. De zogenaamde BOPZ verklaring heeft derhalve in Zorgvilla Decor geen waarde.

Namens Cor&Debby Zorgverlening,



**ZORGVILLA
DECOR**
SAMENZORG IS ECHTE ZORG

HKZ thuiszorgorganisaties - FORMULIEREN

Datum: 01-08-2014

Versie: 1.0

Pagina 1 van 1

Formulier 350.1 Verbeterformulier

Ingevuld door:

KLACHT* <i>Intern / Extern</i>	VERBETER VOORSTEL*	AFWIJKINGEN* geconstateerd tijdens werkzaamheden	AFWIJKINGEN* n.a.v. interne audit
--	-------------------------------	---	---

*Omcirkelen wat van toepassing is

Omschrijving: Oorzaak:	Datum :
	Paraaf:
	Naam :
Voorgestelde of genomen acties/stappen:	
Verbetervoorstel verantwoordelijke (corrigerende/preventieve maatregel): Oplossen voor: (datum)	Datum : Paraaf:
Reactie Klachtenfunctionaris / kwaliteitscoördinator: Datum controle:	Datum : Paraaf:
Resultaat controle:	Datum : Paraaf:

Datum ontvangst:

Paraaf kwaliteitscoördinator:

Cor&Debby Zorgverlening VOF

HKZ thuiszorgorganisaties - PROCEDURES

Datum: 01 augustus 2014

Versie: 1

Pagina 1 van 2

Procedure 350.2 Klachtenbehandeling

Doel: Het afhandelen van klachten en het opsporen van oorzaken van klachten, zodat deze in de toekomst voorkomen kunnen worden.

Referenties Formulier 350.1 Verbeterformulier
Klachtenreglement zoals vermeld in de zorgovereenkomst

Werkwijze:

Onder klacht verstaan wij: 'Elke formele en informele uiting van ontevredenheid'.

	Verantwoordelijke	Stap
Deel A Klachten van Bewoners		
1.	Alle medewerkers	<u>Registratie</u> Als een bewoner een klacht meedeelt aan een medewerker, bespreekt deze dit met de directie. De directie beslist of er een Verbeterformulier ingevuld wordt. Tevens beslist de directie of er een notitie gemaakt wordt van de klacht in het dossier van de betreffende bewoner.
2.	Directie	<u>Beoordeling</u> De directie beoordeelt de melding van de bewoner. Hij bepaalt of de klacht gegrond is. Indien dit niet direct is te bepalen, wordt, al of niet in overleg met de bewoner, bepaald of de klacht gegrond was.
3.	Directie	<u>Oplossing</u> De directie noteert de afhandeling van de klacht en draagt zorg voor het zo snel mogelijk verhelpen van het probleem. Indien de klacht betrekking heeft op het gedrag van een medewerker, bespreekt de directie dit tijdens een individueel gesprek en/of een overlegmoment. Afspraken worden schriftelijk vastgelegd.
4.	Directie	<u>Verbeterpunt</u> Na afhandeling van de klacht worden de genomen maatregelen, zowel correctieve als preventieve maatregelen op effectiviteit beoordeeld. De kwaliteitscoördinator noteert de beoordeling op het verbeterformulier en archiveert deze in het klachtendossier.

HKZ thuiszorgorganisaties - PROCEDURES

Datum: 01 augustus 2014

Versie: 1

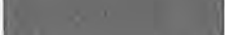
Pagina 2 van 2

Deel B Klachten van medewerkers

1.	Directie	<u>Vertrouwenspersoon</u> De directie heeft een vertrouwenspersoon benoemd. Deze is ook klachtenfunctionaris. Medewerkers met opmerkingen of vragen van vertrouwelijke aard kunnen terecht bij de vertrouwenspersoon. Zonodig dient de medewerker een klacht in.
2.	Klachtenfunctionaris	<u>Registratie</u> Medewerkers met klachten vullen het Verbeterformulier in, en sturen dit naar de klachtenfunctionaris.
3	Klachtenfunctionaris	<u>Beoordeling</u> De Klachtenfunctionaris beoordeelt de klacht van de medewerkers, en bepaalt of de klacht gegrond is. Indien nodig worden er gesprekken gehouden met de indiener van de klacht en / of de personen waarop de klacht betrekking heeft.
4	Klachtenfunctionaris	<u>Oplossing</u> De Klachtenfunctionaris noteert de afhandeling van de klacht en draagt zorg voor het zo snel mogelijk verhelpen van het probleem.
5.	Klachtenfunctionaris	<u>Verbeterpunt</u> Na afhandeling van de klacht worden de genomen maatregelen, zowel correctieve als preventieve maatregelen op effectiviteit beoordeeld. De klachtenfunctionaris noteert de beoordeling op het verbeterformulier, en archiveert deze in de map 'klachten medewerkers'. Deze map is alleen toegankelijk voor de klachtenfunctionaris.

Deel C Evaluatie en bijstelling

1.	Kwaliteitscoördinator / klachtenfunctionaris/ directie	<u>Evaluatie en bijstelling</u> Eén maal per jaar beoordeelt de directie de klachten, en worden eventuele trends bepaald. Wanneer deze worden geconstateerd, worden er passende maatregelen genomen om herhaling van de problemen te voorkomen. Tevens wordt beoordeeld of de gekozen oplossingen doeltreffend zijn geweest.
----	--	---

Formulier 140.3 Intake Formulier**Persoonlijke gegevens**Aanspreektitel MevrouwNaam WonerMeisjesnaam Voornaam Geboortedatum Geboorteplaats Identiteits bewijs BSN nr: Ziektekostenverzekering Straat Postcode Woonplaats Telefoon **Contactpersoon****1^e****2^e**Naam Voornaam Straat Postcode Woonplaats Telefoon Huisarts Apotheek Fysiotherapie Geestelijke verzorger Burgerlijke staat

Korte medische voorgeschiedenis

deel a.

Benodigde ondersteuning bij de ADL

	ondersteunen	overnemen
Persoonlijke verzorging		
Toiletgang		
Transfers		

Relevante voortgang cq veranderingen t.a.v. boven genoemde ondersteuning

DOELEN:

Te nemen acties om de genoemde doelen te bereiken:

deel b.

Benodigde Begeleiding, regievoering dagelijkse structuur

--

DOELEN:

--

Te nemen acties om de genoemde doelen te bereiken:

--

Relevante voortgang cq veranderingen t.a.v. boven genoemde doelen en acties;

Verpleegmiddelen via uitleen

Overige bijzonderheden

Handtekening Cliënt of vertegenwoordiger na bespreking, goedkeuring en instemming van het Zorgplan.

Inventarislijst Bewoner

--

[illegible]

OVERZICHT PERSONEELSBESTAND

Naam	Opleiding	Niveau	Dienstverband, uren/week	Aanwezigheid
	HBO verpleegkundige	5	36	+ 24 uurs achterwacht
	Ziekenverzorgende	4	36	+ 24 uurs achterwacht
	Verzorgende i.o	3	28	3,5 dagen per week
	Verzorgende i.o	3	36	4,5 dagen per week
	Verplegende i.o	4	12	4 avonden per week

OVERZICHT BEWONERS, maximum capaciteit 6 bewoners

	Naam	ZZP	GRONDSLAG
1.		5	Psycho-Geriatrie
2.		5	Psycho-Geriatrie
3.		5	Psycho-Geriatrie
4.			
5.			
6.			

ZORGVILLA DECOR

SAMENZORG IS ECHTE ZORG

Amsterdamseweg 60

6712 GK EDE GLD

Tel. 0318-645186

Fax 0318-640156

E-mail: info@zorgvilladecor.nl

ZORGOVEREENKOMST

In deze overeenkomst komen de beide partijen,

Cor&Debby Zorgverlening VOF vertegenwoordigd door [REDACTED], hierna te noemen
zorgverlener

en

Mevr. B. E. Woner-Client hierna te noemen zorgontvanger,

het volgende overeen;

Zorgverlener biedt de zorgontvanger middels 24 uren aanwezigheid van deskundigen volledig
verblijf. Dit houdt in;

- inwoning, -volledig pension met bewassing, -toezicht, - begeleiding individueel,
- begeleiding groep, -huishoudelijke hulp, - persoonlijke zorg en verpleging.

De zorgontvanger heeft hiertoe de beschikking over een eigen slaapkamer en medegebruik van alle
overige gemeenschappelijke ruimten in Zorgvilla Decor aan de Amsterdamseweg 60 te Ede.

De zorgverlener staat garant voor de benodigde deskundigheid en de aanwezigheid van de
benodigde zaken voor het dagelijkse huishoudelijke leven. De zorgontvanger ontvangt alle
benodigde begeleiding, zorg en verpleging, welke is afgestemd op de individuele wensen en noden.
Hierbij is het uitgangspunt alle door het CIZ geïndiceerde zorg welke is vastgelegd in de aan u
toegekende indicatie cq zorgzwaarte pakket. Bij klachten over de zorgverlening wordt verwezen
naar de bijgevoegde klachtenregeling.

De zorgverlener staat garant voor het tijdig en voldoende inschakelen van andere benodigde
disciplines, zoals huisarts, maatschappelijk werk, fysiotherapie, pedicure, apotheek etc.

De vergoeding die de zorgontvanger verschuldigd is voor het totale zorgpakket bestaat uit het
volledige PGB bedrag welke is *gebaseerd* op de genoemde indicatie cq zorgzwaarte pakket. Dit
bedrag dekt alle aan u te leveren zorgkosten en is *gebaseerd* op onze tarieven welke als bijlage zijn
toegevoegd. Ten behoeve hiervan draagt de zorgontvanger er zorg voor dat een kopie van de meest
recente jaarlijks verstrekte toekenningsbeschikking PGB van het Zorgkantoor in het bezit is van de
zorgverlener.

De volgende zorgcomponenten, hoeveelheid en tarieven zijn met u individueel besproken en vastgesteld en worden hiermee getekend voor akkoord:

Begeleiding Individueel in uren	uurtarief: € 32,95	aantal uren/ dag: 2
Persoonlijke verzorging	uurtarief: € 34,54	aantal uren/ dag: 1
Verpleging	uurtarief: € 37,62	aantal uren/ dag: 1

De niet uit het PGB te betalen kosten zijn voor uw eigen rekening en bedragen de met u overeengekomen bedragen welke jaarlijks verhogen volgens de algemeen geldende prijs index:

- Kamerhuur,- per dag, inclusief bijdrage energie en telefoonkosten, € 13,55
- Huishoudelijke verzorging, €11.11
- Woon + volledig pensionkosten, € 25,00 per dag

Deze zorgovereenkomst betreft een overeenkomst voor opvang voor onbepaalde periode. Op deze zorgovereenkomst zijn de bijgevoegde leveringsvoorwaarden van toepassing.

Tevens verklaar ik, [REDACTED], hierbij akkoord te gaan met de volgende regeling die Cor&Debby Zorgverlening heeft afgesproken met Kring-apotheek Weideman.

10.1.c [REDACTED] zal zorg dragen voor de bevoorrading van alle medicatie die langdurig door mij wordt gebruikt m.b.v. het zogenaamde BAXTER SYSTEEM. Hiertoe wordt de medicatie aangeboden in afgesloten afzonderlijke dagelijkse dosering. De benodigde herhalingsreceptuur hiervoor zal door de apotheek zelf bij de huisarts worden aangevraagd.

Gegevens apotheek:

10.1.g [REDACTED]

Beëindiging van deze zorgovereenkomst van de kant van de zorgontvanger kan op elk moment plaatsvinden. Uiteraard wordt er van uitgegaan dat de wens tot beëindiging zo vroegtijdig mogelijk wordt aangegeven.

Beëindiging van deze zorgovereenkomst van de kant van de zorgverlener vindt in principe slechts plaats bij overlijden van de zorgontvanger. Indien er moverende redenen zijn de overeenkomst tussentijds te beëindigen zal dit ruimschoots van te voren worden aangekondigd. Zorgverlener stelt zich in een dergelijke situatie garant voor de zorg tot het moment dat er een passende andere plek is gevonden voor de zorgontvanger.

Bij beëindiging van de zorgovereenkomst zal er een verrekening plaatsvinden van de werkelijk ontvangen dagen zorg in de lopende maand.

Datum, 01-08-2014 te Ede

Bijlage: -Tarieven overzicht

-Leveringsvoorwaarden

-Klachtenreglement

Zorgontvanger

Zorgverlener

[REDACTED]

Bijlage: ALGEMEEN Tarieven overzicht**Tarieven per 01-01-2013***

(Conform vertalingstabel CVZ 2013 ZZP-PGB)

Uit PGB ontvangen zorggelden

	<i>uurtarief</i>	<i>uren/dag</i>	<i>dagtarief</i>
Begeleiding in uren	€ 32,95	2	€ 65,90
Pers. verzorging	€ 34,54	1	€ 34,54
Verpleging(min ind. EB AWBZ)	€ 38,33	1	€ 38,33
	<u>Subt. zorgkosten</u>		€ 138,77

Uit eigen middelen

Pensionkosten			€ 26,11
Huishoudelijke verzorging			€ 26,11
Huur inclusief energie en telefoon			€ 13,55
	<u>Subt. woonkosten</u>		€ 65,77

TOTAAL DAGTARIEF**€ 204,54**

* In de individuele bespreking met elke bewoner zijn bovenstaande tarieven het uitgangspunt en worden de uiteindelijke individuele tarieven zoals genoemd in de individuele zorgovereenkomst vastgesteld.

Bijlage: Leveringsvoorwaarden

Cor&Debby Zorgverlening kan zorgverlening aanbieden, indien voldaan wordt aan de volgende voorwaarden / omstandigheden:

- *De contactpersoon betaalt de facturen binnen de afgesproken termijn.*
- *De benodigde afspraken t.a.v. de zorgverlening dienen te worden gemaakt in onderlinge overeenstemming tussen de bewoner / vertegenwoordigende contactpersoon en de directie. Indien de directie en de bewoner/ vertegenwoordigende contactpersoon geen onderlinge overeenstemming kunnen bereiken, dient de bewoner/ vertegenwoordigende contactpersoon zich te conformeren aan de mogelijkheden en de onmogelijkheden van Cor&Debby Zorgverlening.*
- *De bewoner en/of vertegenwoordigende contactpersoon is aanstuurbaar bij bedreigende houding naar het personeel toe.*

Bijlage: Klachtenregeling en klachtenreglement.

Cor&Debby Zorgverlening hanteert de hierna te noemen klachtenregeling volgens het opgestelde klachtenreglement:

Indien de cliënt, dan wel diens vertegenwoordiger, klachten heeft over de wijze waarop de zorg wordt aangeboden of de gevolgen hiervan, of klachten heeft ten aanzien van niet gegeven zorg welke wel in het overeengekomen zorgplan zijn besproken en geaccordeerd kan deze zich altijd wenden tot de verpleegkundig eindverantwoordelijke.

Bij onvoldoende gehoor kan cliënt, dan wel diens vertegenwoordiger zich wenden tot de externe klachtencommissie. Deze commissie heeft een onafhankelijke voorzitter,

Klachtenreglement:

- *Indien de voorzitter van de klachtencommissie een klacht krijgt aangeboden zal deze in contact treden met de verpleegkundig eindverantwoordelijke van Cor&Debby Zorgverlening en de klacht bespreken.*
- *Indien van toepassing zal de dag verantwoordelijke verzorgende worden gehoord in aanwezigheid van de verpleegkundig eindverantwoordelijke en de zorgmanager van Cor&Debby Zorgverlening.*
- *De voorzitter van de klachtencommissie zal hiervan verslag doen aan degene die de klacht heeft ingediend. Indien hiermee de klacht voldoende is behandeld en afgedaan zal de voorzitter een verslag maken van de afhandeling. Dit verslag zal worden gearcheeerd in het dossier van de cliënt en tevens worden aangeboden aan diens vertegenwoordiger.*
- *Indien de klacht nog onvoldoende is afgehandeld zal de voorzitter een plenaire zitting organiseren waarbij degene die de klacht heeft ingediend, de dag verantwoordelijke verzorgende, de verpleegkundig eindverantwoordelijke en de zorgmanager van Cor&Debby Zorgverlening onder zijn voorzitterschap de klacht zullen bespreken en de klacht naar ieders welbevinden be- en afhandelen. Van de gehele procedure zal een verslag worden gemaakt. Dit verslag zal worden gearcheeerd in het dossier van de cliënt en tevens worden aangeboden aan diens vertegenwoordiger.*

MEDICATIE BELEID ZORGVILLA DECOR

In Zorgvilla Decor wordt elke bewoner behandeld door zijn of haar eigen huisarts of de arts die door vervanging van de eigen huisarts dienst heeft op het moment dat er behoefte is aan een behandelend arts.

Alle medicatie die aanwezig is in ZORGVILLA DECOR bevindt zich in een afgesloten kast welke ontoegankelijk is voor bewoners en of bezoekers.

Alle medicatie wordt bewaard volgens voorschrift van de apotheek.

- De medicatie die de bewoners heeft voorgeschreven gekregen wordt conform de overeenkomst welke is opgenomen in de zorgovereenkomst geleverd via één apotheek. Deze levering vindt plaats met behulp van het zogenaamde BAXTER SYSTEEM.
- Een systeem waarmee de in te nemen medicatie wordt verpakt en aangeleverd. Op deze verpakkingseenheid staat vermeld de datum, het tijdstip waarop de medicatie volgens voorschrift dient te worden ingenomen en de namen van de zich in de verpakking bevindende tabletten en of capsules inclusief de sterkte van het medicijn.
- Per doseringsronde biedt de verantwoordelijke verzorgende de medicatie aan aan de bewoner en ziet toe op de inname.
- Na aanbieding en inname van de medicatie tekent de verzorgende af op de door de apotheek geleverde medicatie doseringslijst.
- In het geval dat de bewoner weigert de medicatie in te nemen wordt er overleg gepleegd met de vertegenwoordiger van de bewoner en met de eigen huisarts van de bewoner om te komen tot een individueel beleid.
- Voor elk toe te dienen medicijn door middel van een voorbehouden en risicovolle handeling levert de huisarts een schriftelijke opdracht welke gearhiveerd wordt in het dossier van de bewoner.
- Indien de aanwezige verantwoordelijke verzorgende niet bekwaam en bevoegd is tot het uitvoering van genoemde handeling is de eindverantwoordelijke verpleegkundige beschikbaar om deze handeling uit te voeren.
- In het geval er een medicijn dosering is vergeten of foutief is verricht wordt er onmiddellijk contact opgenomen met de eindverantwoordelijke verpleegkundige. Deze laatste zal beoordelen of het noodzakelijk is maatregelen te nemen, dan wel contact op te nemen met de huisarts.

Namens Cor&Debby Zorgverlening,



**ZORGVILLA
DECOR**
SAMENZORG IS ECHTE ZORG

Van: [REDACTED]
Aan: [REDACTED]
Onderwerp: tbv WOB-verzoek Huize Decor
Datum: maandag 23 december 2019 11:19:31
Bijlagen: [image001.jpg](#)
[Formulier 350.1 Verbeterformulier\(2.0\).doc](#)
[Formulier 350.2 Registratieformulier incidenten \(1.0\).doc](#)
[Gedragscode.docx](#)
[HKZ Procedure 350.2 Klachtenbehandeling.doc](#)
[Procedure 130.3 Kwaliteitshandboek Deskundigheidsbevordering \(1.0\).doc](#)
[Procedure 350.3 Calamiteiten en ongevallen.doc](#)
[Reactie cq uitwerking te nemen maatregelen n.docx](#)
[UITSLUITINGSCRITEIA CLIENTEN.docx](#)
[BCP verzorgende definitief 2007.pdf](#)
[Overgenomen Notitie Risicovolle en Voorbehouden handelingen.doc](#)
[Protocol-meldcode-ouderen mishandeling.pdf](#)

Van: Zorgvilla Decor BV

Verzonden: maandag 24 november 2014 16:16

Aan: _Dienstpostbus IGZ Utrecht

Onderwerp: kenmerk [REDACTED]

Ten attentie van [REDACTED]

Geachte [REDACTED],

Hierbij de stukken die ik naar aanleiding van uw bezoek en rapport zou aanleveren. Mijn excuus dat deze mail niet vrijdag 21 november 2014 al is verstuurd.

Hopende met deze reactie en aanlevering, dan wel aanpassingen voldoende maatregelen te hebben ondernomen groet ik u.

Met vriendelijke groet namens Cor&Debby Zorgverlening,

[REDACTED]
logozorgvilladecortwitter



Amsterdamseweg 60

6712 GK EDE GLD.

Tel. 0318-645186

Fax 0318-640156

E-mail: info@zorgvilladecor.nl



**Risicovolle
en
Voorbehouden
Handelingen**

Datum: 24-11-2014

Documentnaam: Notitie Risicovolle en Voorbehouden Handelingen		
Pagina 1 van 11		

Inleiding

Op 1 december 1997 is de Wet BIG in werking getreden. De doelstelling van deze wet is het bevorderen van de kwaliteit van de beroepsuitoefening in de individuele gezondheidszorg en het beschermen van de individuele medewerker in zijn beroepsuitoefening.

De organisatie wil verantwoorde zorg leveren. Hiervoor moeten voldoende medewerkers beschikbaar zijn die zorg verlenen die bij het deskundigheidsniveau past. Daarnaast moet duidelijk zijn wie waarvoor verantwoordelijk is. Dit is zeker aan de orde als het gaat om risicovolle en voorbehouden handelingen.

Deze notitie is er om het onderwerp risicovolle en voorbehouden handelingen en wat daarmee samen hangt te beschrijven.

In de notitie is opgenomen:

1. welke handelingen hiertoe behoren
2. wat we verstaan onder bevoegd en bekwaam
3. hoe bekwaamheid wordt getoetst
4. hoe dit wordt geregistreerd
5. hoe bekwaamheid wordt onderhouden
6. hoe opdrachten voor deze handelingen worden verstrekt, aangenomen en uitgevoerd

Ad 1. Welke handelingen binnen de organisatie zijn risicovol en voorbehouden?

Risicovolle en voorbehouden handelingen zijn handelingen op het gebied van de individuele gezondheidszorg die, als zij worden verricht door personen die daartoe niet bekwaam zijn, risico's voor de gezondheid van de cliënt met zich meebrengen. Er is geïnventariseerd welke risicovolle en voorbehouden handelingen worden uitgevoerd door verzorgenden niveau 3 en door verpleegkundigen. Op basis van deze gegevens is een lijst samengesteld: zie bijlage 1.

In deze lijst zijn de handelingen benoemd, waarvoor medewerkers bevoegd moeten zijn als zij worden toegelaten tot de functie van verzorgende niveau 3 of verpleegkundige niveau 4 en 5.

Voor de invulling in de praktijk geldt dat medewerkers zich niet in alle handelingen hoeven te blijven bekwaam. Slechts de handelingen die passen binnen de zorgvragen van de cliënten van de afdeling moeten onderhouden worden.

N.B. : Indien er acuut een risicovolle of voorbehouden handeling wordt gevraagd die niet kan worden uitgevoerd (vanwege niet bekwaam zijn van de medewerkers) wordt **deze cliënt doorverwezen naar een andere organisatie** voor de uitvoering van de handeling. Na het tonen van hun bekwaamheid in het uitvoeren van de handeling kunnen de medewerkers van de organisatie de handeling overnemen.

Ad 2. Wat verstaan we onder bevoegd en bekwaam?

- a. **Bevoegd:** Verpleegkundigen of verzorgenden doen tijdens een opleiding theoretische en praktische kennis op over het uitvoeren van verpleegtechnische handelingen. Na een toets of examen wordt een diploma of certificaat afgegeven. De medewerker is dan bevoegd om de geleerde handelingen uit te voeren. In de praktijk wil dit niet zeggen dat de medewerker bekwaam is om de handeling verantwoord uit te voeren.
- b. **Bekwaam:** Van bekwaamheid is sprake als er voldoende kennis en praktische vaardigheid is met betrekking tot de te verrichten handeling.
Dat betekent dat:
 1. er sprake moet zijn van theoretische basiskennis over de handeling (protocollen)

Documentnaam: Notitie Risicovolle en Voorbehouden Handelingen		
Pagina 2 van 11		

2. de uitvoerende medewerker is bekend met:
 - de situatie waarin de handeling wordt uitgevoerd
 - de te verwachten complicaties van de handeling
 - hij herkent de signalen die op deze complicaties wijzen
 - en kan de noodzakelijke handelingen verrichten bij het optreden van complicaties
3. de handeling diverse malen in de praktijk is uitgevoerd
4. en de medewerker is in staat de handeling op een verantwoorde wijze uit te voeren.

N.B.1: Medewerkers die recent een opleiding hebben afgerond zijn o.b.v. het behalen van het diploma bevoegd en bekwaam. Zij hebben laten zien dat zij de kennis en vaardigheden voor de handelingen voldoende beheersen.

N.B.2: Studenten, stagiaires en/of leerlingen mogen de handelingen uitvoeren nadat zij:

- de theoretische toets op de opleiding positief hebben afgesloten
- de praktijktoets op de opleiding positief hebben afgesloten
- bij een praktijkopleider van de organisatie hebben aangetoond dat zij:
 - het ziektebeeld behorende bij de handeling kunnen herkennen en benoemen
 - eventuele complicaties na de handeling kunnen herkennen en benoemen
 - consequenties en verdere acties kunnen overzien en uitvoeren.

Ad 3. Hoe wordt bekwaamheid getoetst?

Bekwaamheid wordt binnen de organisatie getoetst door medewerkers die hierin deskundig zijn. Zij worden daarvoor aangewezen. De medewerker in opleiding waarvan de bekwaamheid moet worden getoetst, moet in de praktijk bewijzen dat hij bekwaam is. Tijdens deze toets worden aan de medewerker ook kennisvragen gesteld. Na gebleken bekwaamheid wordt door de toetser een handtekening in het "stagepraktijkleerplan" geplaatst.

Als de medewerker niet voldoende bekwaam blijkt te zijn, geeft de toetser advies om extra theoretische kennis te leren en/of om een praktische scholing te volgen.

Ad 4. Onderhouden bekwaamheid

Gediplomeerde verzorgenden en verpleegkundigen hebben een eigen verantwoordelijkheid als het gaat over het op peil houden van hun bekwaamheid. In de lijst met risicovolle en voorbehouden handelingen staat beschreven na welke periode een verzorgende of verpleegkundige een toets moet afleggen om zijn bekwaamheid weer te bewijzen.

Voor nieuwe medewerkers geldt dat zij uit moeten gaan van de laatste bekwaamheidstoets die met goed gevolg is uitgevoerd, tijdens het dienstverband bij hun vorige werkgever. Deze verklaringen moeten worden overlegd. Na het verlopen van de bekwaamheidsverklaring (volgens protocol van de organisatie), moet de medewerker zich opnieuw laten toetsen.

In het functioneringsgesprek bespreekt de leidinggevende het onderwerp "bekwaamheid" met de medewerker. Indien nodig worden acties uitgezet.

Ad 5. Opdrachten verstrekken, aannemen en uitvoeren

Voor risicovolle en voorbehouden handelingen geldt:

- dat deze slechts mogen worden uitgevoerd na een opdracht van een arts (de arts is eindverantwoordelijke voor de medische zorg)
- de opdracht om een cliëntgebonden risicovolle handeling uit te voeren wordt verstrekt aan een medewerker die daartoe bekwaam is op grond van zijn opleiding en ervaring
- **voor voorbehouden handelingen geldt**, dat deze pas mogen worden uitgevoerd na het ontvangen van een schriftelijk uitvoeringsverzoek van de arts.
- dit uitvoeringsverzoek is volledig ingevuld door de arts voor wat betreft:
 - gegevens arts

Documentnaam: Notitie Risicovolle en Voorbehouden Handelingen		
Pagina 3 van 11		

- cliëntgegevens
 - indicatie
 - aard van de voorbehouden handeling
 - frequentie waarmee de handeling moet worden uitgevoerd en eventueel tijdstip
 - eventuele aanwijzingen over de uitvoering van de handeling
 - eventuele bijwerkingen / complicaties en hoe dan te handelen
 - datum en tijd van de opdracht
 - eventuele afspraken over terugrapportage
 - naam en handtekening van de opdrachtgever
- het schriftelijk uitvoeringsverzoek wordt in het zorgplan bewaard

Opdracht spoedeisende handelingen:

- in geval van spoedeisende handelingen, kan een telefonische opdracht gegeven worden
- in dat geval herhaalt de opdrachtnemer de opdracht
- de arts luistert of de gegeven opdracht op de juiste wijze is begrepen en bevestigt dit
- de opdrachtnemer plaatst de datum, tijd, zijn naam en de naam van de opdrachtgever bij de genoteerde opdracht in het zorgplan
- een telefonisch "uitvoeringsverzoek" wordt binnen 24 uur bevestigd door een schriftelijk uitvoeringsverzoek per post of per fax

Uitvoeren van een opdracht

- de medewerker die de opdracht krijgt om een risicovolle of voorbehouden handeling uit te voeren, beoordeelt vóór uitvoering van deze handeling zijn eigen bekwaamheid in de specifieke situatie.

1. Als je bekwaam bent:

- voer je de opdracht uit volgens protocol en zo nodig met de daarbij behorende aanwijzingen van de opdrachtgever
- verantwoorde belangrijke afwijkingen van de werkinstructie worden schriftelijk gemotiveerd in het zorgleefplan
- als hierover overleg is geweest met de arts vermeld je zijn naam in het zorgleefplan
- je staakt de uitvoering van de handeling als je op grond van je eigen inschatting vermoedt dat de handeling niet verloopt zoals bedoeld
- neem dan direct contact op met de arts

2. Als je niet bekwaam bent:

- voer je de handeling niet uit
- maar zorg je ervoor dat deze handeling met de daarbij behorende aanwijzingen naar een bekwaam persoon wordt overgedragen
- deze medewerker volgt de werkinstructie en eventuele aanvullende aanwijzingen op
- verantwoorde belangrijke afwijkingen van de werkinstructie worden schriftelijk gemotiveerd in het zorgleefplan
- als hierover overleg is geweest met de arts vermeld je diens naam in het zorgleefplan
- de medewerker staakt de uitvoering van de handeling als hij op grond van zijn eigen inschatting vermoedt dat de handeling niet verloopt zoals bedoeld
- hij neemt dan direct contact op met de arts

N.B.: de medewerker die zich niet bekwaam voelt, neemt hierover contact op met de leidinggevende en maakt vervolgafspraken

3. Als er niemand beschikbaar is om de opdracht uit te voeren:

Documentnaam: Notitie Risicovolle en Voorbehouden Handelingen		
Pagina 4 van 11		

- Wordt er contact opgenomen met de arts of zijn waarnemer en wordt deze ervan op de hoogte dat de opdracht niet door de organisatie kan worden uitgevoerd. De arts zal deze dan zelf komen uitvoeren.

N.B.:

In geval van calamiteiten geldt het volgende

1. de opdrachtgever blijft verantwoordelijk voor de behandeling. Bij vragen of complicaties wordt een beroep gedaan op de opdrachtgever of zijn vervanger.
Voor regio Midden Gelderland geldt het volgende voor de extramurale zorg: buiten kantoortijden kan een beroep gedaan worden op de afdeling Spoedeisende Eerste Hulp (SEH) van het Gelderse Vallei ziekenhuis of indien specifiek in het zorgplan van de cliënt vermeld moet er volgens bijzondere afspraak worden gehandeld.
2. ondanks dat een medewerker bevoegd en bekwaam is voor een handeling die hij uitvoert kunnen er calamiteiten optreden, die juridische gevolgen hebben. De organisatie heeft een aansprakelijkheidsverzekering waarvan in dat geval gebruik kan worden gemaakt. Incidenten moeten in dat geval direct bij de directie worden gemeld.
3. Op grond van de ondernemingsovereenkomst van de organisatie geldt voor medewerkers thuiszorg dat de werkgever verplicht is de werknemer te voorzien van adequate rechtsbijstand indien de werknemer door derden (juridisch) wordt aangesproken in verband met de uitoefening van zijn functie en zich in verband hiermee wenst te laten bijstaan.
4. in geval van levensbedreigende situaties moet iedereen handelen vanuit de in Nederland geldende burgerplicht (dus ongeacht het deskundigheidsniveau).

Documentnaam: Notitie Risicovolle en Voorbehouden Handelingen		
Pagina 5 van 11		

Bijlage 1:

VOORBEHOUDEN EN RISICOVOLLE HANDELINGEN¹ MET AFTEKENDATUM: NIVEAU 3²

VOOR "UITVOERING (BEKWAAMEIDSTOETS)" GELDT:

1 : bekwaamheid de eerste keer bij voorkeur bij de cliënt laten zien

2 : bekwaamheid kan in skills lab/ praktijklokaal getoond worden

Handeling	Niv. 3	Toetsing	Uitvoe- ring	Datum	Schr. Uitv.vz
Blaaskatheterisatie bij een vrouw	X	1 x per 3 jaar	1		X
Blaasspoelen: passief (heveltechniek)	X	1 x per 3 jaar	2		
Verwisselen urine-opvangzak	X	1 x per 3 jaar	2		
Katheter (suprapubis) verzorgen	X	1 x per 3 jaar	2		
Uritip aanbrengen, verzorgen en verwijderen	X	1 x per 3 jaar	2		X
Bloedsuikergehalte bepalen	X	1 x per 3 jaar	2		
Geneesmiddelen uitzetten	X	1 x per 3 jaar	2		
Geneesmiddelen verstrekken	X	1 x per 3 jaar	2		
Geneesmiddelen toediening:	X	1 x per 3 jaar	2		
• Huidzalf • Neusdruppels • Oogdruppels • Oogzalf • Oordruppels • Oorzalf • Rectaal • Vaginaal • Luchtwegen					
Bloeddruk meten (RR)	X	1 x per 3 jaar	2		
Injecteren subcutaan	X	1 x per 3 jaar	2		X
Toedienen insuline subcutaan (pen)	X	1 x per 3 jaar	2		X
Injecteren intramusculair	X	1 x per 3 jaar	2		X
Inbrengen vlindernaald subc. (vocht en infusie)			1		
Hypodermoclyse inbrengen/ toedienen/ verwijderen	X	1 x per 3 jaar	1		X
Neusmaagsonde inbrengen bij volwassene > 16 jaar	X	Jaarlijks	1		X
Sondevoeding bij reeds ingebrachte sonde	X	1 x per 3 jaar	2		
PEG-sonde verzorgen > 5 dagen	X	1 x per 3 jaar	2		X
PEG-sonde, voeding toedienen	X	1 x per 3 jaar	2		X
Uitzuigen mond en keelholte	X	1 x per 3 jaar	2		X
Verzorgen schone rode wond	X	1 x per 3 jaar	2		
Handeling	Niv. 3	Toetsing	Uitvoe- ring	Datum	Schr. Uitv.vz

¹ Voor alle handelingen geldt dat deze slechts mogen worden uitgevoerd door medewerkers die bevoegd en bekwaam zijn

² Voor deze handelingen is de medewerker met functieniveau 3 bevoegd als hij de opleiding met goed gevolg afsluit. De zorgvragen van cliënten op de afdeling zijn bepalend voor het onderhouden van bekwaamheden: slechts van de handelingen die regulier voorkomen op de afdeling wordt de bekwaamheid onderhouden volgens deze lijst. Bij verandering van zorgvragen wordt scholing georganiseerd zodat nieuw voorkomende handelingen deskundig kunnen worden uitgevoerd.

Documentnaam: Notitie Risicovolle en Voorbehouden Handelingen		
Pagina 6 van 11		

Doc. 6.1

Verzorgen geïnfecteerde gele wond	X	1 x per 3 jaar	2		
Verzorgen geïnfecteerde zwarte wond	X	1 x per 3 jaar	2		
Zuurstof: per cilinder en concentrator	X	1 x per 3 jaar	2		
Darmstoma verzorgen	X	1 x per 3 jaar	1		
Urostoma verzorgen	X	1 x per 3 jaar	1		
Laxeren d.m.v. een klysma	X	1 x per 3 jaar	2		
Laxeren d.m.v. een klysma, hoog	X	1 x per 3 jaar	1		
Rectumcanule inbrengen, schoorsteentje	X	1 x per 3 jaar	2		
Faeces verwijderen, manueel	X	1 x per 3 jaar	1		
Ambulante compressie therapie, onderbeen	X	1 x per 3 jaar	2		I.g.v. tromb.

Documentnaam: Notitie Risicovolle en Voorbehouden Handelingen		
Pagina 7 van 11		

Bijlage 2:

VOORBEHOUDEN EN RISICOVOLLE HANDELINGEN³ MET AFTEKENDATUM: NIVEAU 3

VOOR "UITVOERING (BEKWAAMEIDSTOETS)" GELDT:

bekwaamheid de eerste keer bij voorkeur bij de cliënt laten zien

Handeling	Niv. 3	Niveau 4+5	Toetsing	Datum:	Schrift. Uitv.vz
Blaaskatheterisatie bij een man	Na scholing en onder supervisie ⁴ van de Verpleegkundige Dienst	X	1 x per 3 jaar		X
Verwisselen suprapubische katheter		X	1 x per 3 jaar		
Tracheostoma: verzorging		X	1 x per 3 jaar		X
Tracheostoma: binnencanule, verwijderen, schoonmaken en inbrengen		X	1 x per 3 jaar		
Tracheostoma uitzuigen		X	1 x per 3 jaar		
Tracheacanule: buitencanule, vervangen		X	1 x per 3 jaar		
VAC-therapie: verzorging van wonden		X	1 x per 3 jaar		X
Darmstoma irrigeren		X	1 x per 3 jaar		X
Nefrostomie katheter verzorgen en spoelen		X	1 x per 3 jaar		X

³ Voor alle handelingen geldt dat deze slechts mogen worden uitgevoerd door medewerkers die bevoegd en bekwaam zijn

⁴ Voor handelingen die onder supervisie van de verpleegkundige mogen worden uitgevoerd, geldt dat de verantwoordelijkheid voor de uitvoering van de handeling bij de verpleegkundige ligt. Per cliënt worden afspraken gemaakt en vastgelegd in het ZLP over de frequentie waarin de verpleegkundige komt kijken bij de cliënt en/of bij de uitvoering van de handeling door de verzorgende. De verzorgende die de handeling uitvoert is altijd zelf aansprakelijk voor de correcte uitvoering ervan en moet bevoegd en bekwaam zijn. Zij kan altijd een beroep doen op een verpleegkundige voor advies.

Documentnaam: Notitie Risicovolle en Voorbehouden Handelingen		
Pagina 8 van 11		

Bijlage 3:
VOORBEHOUDEN EN RISICOVOLLE HANDELINGEN⁵ MET AFTEKENDATUM: NIVEAU 4

VOOR "UITVOERING (BEKWAAMEIDSTOETS)" GELDT:
bekwaamheid de eerste keer bij voorkeur bij de cliënt laten zien

Handeling	Niveau 4+5	Toetsing	Datum:	Schrift. Uitv.vz
Venapunctie	X	Jaarlijks		X
Blaasspoelen: actief (vloeistof inspuiten)	X	1 x per 3 jaar		X
Continu Ambulante Peritoneaal Dialyse	X	1 x per 3 jaar		X
Geneesmiddelen toediening, intraveneuze injecties (waaknaald)	X	Jaarlijks		X
Infuus inbrengen	X	Jaarlijks		X
Infuus, bewaken	X	1 x per 3 jaar		
Infuus verwijderen	X	1 x per 3 jaar		
Infuus, opheffen van stilstand of hierbij assisteren	X	1 x per 3 jaar		
Infuus, aansluiten van toedieningssysteem	X	1 x per 3 jaar		
Infuuszakken verwisselen	X	1 x per 3 jaar		
Medicatie toediening dmv subcutaan infuus (spuitenpomp)	X	1 x per 3 jaar		X
Maagsonde inbrengen via mondkeelholte bij kinderen < 16 jaar	X	Jaarlijks		X
Verzorging PEG-sonde verzorgen	X	1 x per 3 jaar		X
Tracheacanule buiten -canule verwisselen en schoonmaken	X	Jaarlijks		X
Uitzuigen van de lagere luchtwegen	X	Jaarlijks		X
Drains verwijderen	X	1 x per 3 jaar		X
Hechtingen / agraves verwijderen	X	1 x per 3 jaar		X
Aanbrengen heparineslot CVT	X	1 x per 3 jaar		X
Verzorgen CVT	X	1 x per 3 jaar		
Aansluiten/verwisselen infuusvloeistof CVT	X	1 x per 3 jaar		
Verzorgen insteekopening CVT	X	1 x per 3 jaar		
Compressief zwachtelen, hele been	X	1 x per 3 jaar		

De onderstaande handelingen zijn nog niet aan de orde geweest binnen **naam organisatie!**
Ze worden door **naam organisatie/dienst** uitgevoerd.

Overige handelingen	Niveau 4+5	Toetsing	Datum:	Schrift. Uitv.vz
---------------------	---------------	----------	--------	---------------------

⁵ Voor alle handelingen geldt dat deze slechts mogen worden uitgevoerd door medewerkers die bevoegd en bekwaam zijn

Documentnaam: Notitie Risicovolle en Voorbehouden Handelingen		
Pagina 9 van 11		

Doc. 6.1

Het verwisselen van de bacteriefilter en med. cass. van een epiduraalkatheter	X	Jaarlijks		X
Het verzorgen van de insteekopening en inspectie van een epiduraalkatheter	X	Jaarlijks		
Het verwijderen van een epiduraalkatheter	X	Jaarlijks		
Het toedienen van een geneesmiddel via de epiduraalkatheter	X	Jaarlijks		

Documentnaam: Notitie Risicovolle en Voorbehouden Handelingen		
Pagina 10 van 11		

**Bijlage 4:
RISICOVOLLE HANDELINGEN:**

De onderstaande handelingen zijn dermate risicovol dat medewerkers hierin cyclische scholing moeten volgen.

Overige risicovolle handelingen		Niveau	Toetsing	Datum:	Formulier
Scholen /toetsen door ergocoa-ches	Gebruik actieve tillift	n.v.t.	Jaarlijks		n.v.t.
	Gebruik passieve tillift	n.v.t.	Jaarlijks		n.v.t.
	Middelen en Maatregelen: medicatie	3	Jaarlijks		n.v.t.

Nadat medewerkers zijn getoetst door een **ergocoa** (tilliften) en, indien van toepassing, door een **zorgcoördinator** (vrijheidsbeperkende maatregelen) tekent deze functionaris de bekwaamheid per getoetste handeling af. Indien alle van toepassing zijnde handelingen zijn afgetekend, maakt de medewerker een kopie van het formulier voor zijn/haar personeelsdossier.

Documentnaam: Notitie Risicovolle en Voorbehouden Handelingen		
Pagina 11 van 11		

HKZ thuiszorgorganisaties - PROCEDURES

Datum: 17 mei 2011

Versie: 1

Pag 1 van 2

Procedure 130.3 Deskundigheidsbevordering

Doel: Vastleggen van de wijze waarop het volgen van opleidingen binnen de organisatie wordt georganiseerd en hoe de kennisbevordering en -deling plaatsvindt.

Referenties: Formulier 130.6 Evaluatieformulier
 Procedure 140 Interne en externe communicatie
 Bijlage Directiebeoordeling

Werkwijze:

Algemeen: De medewerkers van Zorgvilla Decor zijn zelf verantwoordelijk voor het bijhouden van de vakkennis en vaardigheid zodat zij voldoende bekwaam zijn voor het uitvoeren van werkzaamheden.

	Verantwoordelijke	Stap
1.	Directie	<u>Opleidingsvraag</u> Indien een medewerker behoefte heeft aan een aanvullende opleiding, kan deze hiervoor een aanvraag doen bij de directie. In overleg wordt er besloten welke opleiding al dan niet gevolgd gaat worden. Indien de directie behoefte heeft een medewerker een aanvullende opleiding te laten volgen, bespreekt deze dat met de betreffende medewerker. In overleg wordt er besloten welke opleiding al dan niet gevolgd gaat worden. Tevens kan tijdens het functioneringsgesprek worden vastgesteld dat bepaalde opleidingen wenselijk zijn. Dit wordt vastgelegd op het Evaluatieformulier.
2.	Directie	<u>Opleidingsbehoefte</u> Jaarlijks wordt de opleidingsbehoefte van het komende jaar geïnteriseerd. Hierbij wordt rekening gehouden met de behoefte voortkomend uit het beleidsplan, wet- & regelgeving en de organisatie.
3.	Directie	<u>Opleidingsplan</u> Vanuit de inventarisatie van de opleidingsbehoefte wordt een Opleidingsplan opgesteld. Hierin is vastgelegd welke opleidingen gevolgd worden en gevolgd gaan worden, samen met de bijbehorende planning en begroting. Het plan wordt in het werkoverleg kenbaar gemaakt. Indien de medewerker wil, kan het ingezien worden.

HKZ thuiszorgorganisaties - PROCEDURES

Datum: 17 mei 2011

Versie: 1

Pag 2 van 2

4.	Directie	<u>Uitvoering</u> De planning wordt bijgehouden. Inschrijvingen en registratiebewijzen (of kopieën daarvan) worden bij het Opleidingsplan bewaard. De medewerkers worden minimaal 14 dagen voor aanvang van een opleiding herinnerd aan hun deelname.
5.	Directie	<u>Registratie</u> Bij afronding van de opleiding worden kopieën van behaalde diploma's en erkenningen opgeslagen in het personeelsdossier.
6.	Directie	<u>Delen van kennis</u> De medewerker die een opleiding heeft gevolgd, doet daarvan een kort verslag tijdens het eerstvolgende teamgesprek of bewonersgesprek. Daarnaast wordt het lesmateriaal wat tijdens een door de organisatie betaalde opleiding, instructie of seminar is verkregen op kantoor beschikbaar gesteld.
7.	Directie	<u>Vakliteratuur en bibliotheek</u> Medewerkers zijn zelf verantwoordelijk voor het volgen van ontwikkelingen binnen het vakgebied. De organisatie biedt de mogelijkheid om diverse soorten vakliteratuur en naslagwerken in te zien. Relevante ontwikkelingen dienen binnen de diverse overlegmomenten met de collega's te worden besproken.
8.	Directie	<u>Intervisie</u> Stichting Decor houdt intervisiemomenten. Deze zijn bedoeld om - door middel van het bespreken van diverse cases en ontwikkelingen in het vakgebied - afstemming te creëren in de werkwijze en de ontwikkeling van de vakkennis. De intervisie vindt plaats tijdens de vergaderingen. Tevens wordt bij de overdrachten gesproken over de manier waarop de bewoners het best benaderd kunnen worden.

Stichting Zorgvilla Decor

Procedure 350.3 Calamiteiten en ongevallen

Doel: De veiligheid is gewaarborgd. Van calamiteiten, ongevallen en bijna ongevallen is bepaald of ze gemeld moeten worden aan de Inspectie SZW.

Referenties Formulier 350.2 Registratieformulier Incidenten
 Bijlage Calamiteitenplan (bij de brandblusser en in de Bedrijfsmap
 Brandmeldinstallatie

Werkwijze:**Definities**

Een bijna ongeval is een niet beoogde of onverwachte gebeurtenis waarbij het risico bestond op schade en/of letsel.

Een ongeval is een niet beoogde of onverwachte gebeurtenis waarbij schade en/of letsel is ontstaan.

Een calamiteit is een niet beoogde of onverwachte gebeurtenis waarbij het risico bestond op, of die heeft geleid tot, de dood of een ernstig schadelijk gevolg of grote materiële schade (brand en ernstige vormen van agressie).

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

	Verantwoordelijke	Stap
1.	Alle medewerkers	<u>Handelen</u> Bij constatering van een (bijna)ongeval of (medische) calamiteit wordt eerst de procedure gevolgd die het Calamiteitenplan expliciet vereist. In ieder geval worden zo spoedig mogelijk maatregelen getroffen om lichamelijke en materiële schade tot een minimum te beperken.
2.	Alle medewerkers	<u>Intern melden</u> (Bijna) ongevallen en (medische) calamiteiten worden gemeld aan de directie. In overleg met de directie worden maatregelen getroffen.
3.	Directie	<u>Bepalen extern melden</u> De directie gaat na of de (medische) calamiteit gemeld dient te worden aan de Inspectie SZW. Dit vindt plaats aan de hand van de criteria op www.inspectieszw.nl . Indien de (medische) calamiteit onder de meldingsplicht valt, doet de directie binnen 24 uur na de calamiteit melding.

	Verantwoordelijke	Stap
4.	Directie	<u>Registreren en evalueren</u> De directie beslist of voor eigen gebruik het Registratieformulier Incidenten ingevuld wordt. Alle gemelde (bijna) ongevallen en (medische) calamiteiten worden tijdens één van de overleggen binnen de communicatiestructuur besproken om er zodoende lering uit te trekken.
5.	Directie	<u>Bespreking van de Calamiteitenoefening</u> Onder verantwoordelijkheid van de directie wordt 2x per jaar de procedure rondom een calamiteit besproken.

Reactie cq uitwerking te nemen maatregelen n.a.v. Rapport Inspectiebezoek op 28 augustus 2014 aan Zorgvilla DECOR.

1. Samenwerkingsafspraken met ketenpartners;
2. Beleid met betrekking tot ontwikkeling van personeel;
3. Gedragscode;
4. Opleidingsplan
5. Uitsluitingscriteria cliënten;
6. Beleid omtrent incidenten cliënten/patiënten (MIC/MIP)
7. Uitvoeringsprotocollen van voorbehouden en risicovolle handelingen
8. Overzicht van bevoegd- en bekwaamheden van medewerkers en/of zelfstandigen met betrekking tot voorbehouden en risicovolle handelingen;
9. Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling;

Als inleiding wil ik graag benadrukken dat de bewoners van Zorgvilla DECOR de status hebben van individuele kamerbewoners.

Kamerbewoner met, of door fysieke problematiek of door psycho-geriatrische problematiek, verschillende zorgbehoefte.

Zij hebben een door het CIZ vastgestelde zorgindicatie die hen het recht geeft zich te laten opnemen in een intramurale instelling. Zij hebben besloten van dit recht geen gebruik te maken en hebben met behulp van een op deze indicatie gebaseerd Persoons Gebonden Budget voor een alternatieve woonvorm gekozen.

Een woonvorm die bestaat uit het huren van een eigen slaapkamer en het medegebruik van de algemene huiskamer, de keuken en de aanwezige sanitaire voorzieningen en badkamers.

Zij kopen van hun PGB alle benodigde zorg in met ondersteuning van hun eigen huisarts, eventuele fysiotherapeut, en andere benodigde hulpverleners.

De status van de bewoners is de status van extramuraal wonen, gebruik makend van een extramurale thuiszorgorganisatie. Zij kopen alle pensionzaken in van de hoofdhuurders van Zorgvilla DECOR, [REDACTED] evenals de complete benodigde zorg en begeleiding. Laatst genoemden hebben hiertoe een man-vrouw VOF opgericht.

Deze VOF sluit met elke kamerbewoner een zorg- en huurovereenkomst en moet worden aangemerkt als de door de bewoners gekozen thuiszorgleverancier.

[REDACTED] staat als BIG geregistreerde verpleegkundige (BIG nr: 19010893530) garant voor de benodigde bevoegdheid en bekwaamheid om alle voorkomende verpleegkundige en verpleegtechnische handelingen uit te voeren. [REDACTED] staat garant voor de uitvoering van alle handelingen die vallen onder de noemer van vol pension. Zij worden hierbij ondersteund door enkele medewerkers die minimaal de opleiding hebben voltooid van Verzorgende niveau 3 of niveau 4. Indien er bij een bewoner door de huisarts voorgeschreven voorbehouden en risicovolle handeling moet worden uitgevoerd geeft de huisarts hiervoor af een zogenaamd uitvoeringsverzoek. In het geval er geen medewerker in de Villa aanwezig is en de handeling direct dient te worden uitgevoerd, zal de arts zelf deze handeling verrichten.

Ten aanzien van maatregel 1.

De bewoners van Zorgvilla DECOR maken gebruik van hun eigen huisarts en indien noodzakelijk van eigen gekozen extramurale zorgverleners. Eventuele contracten en of afspraken worden door de bewoners zelf of door hun vertegenwoordigende kinderen afgesloten. De VOF heeft geen zelfstandige samenwerkingsafspraken met ketenpartners. De enige enigszins door de VOF gestuurde afspraak is de afspraak met één van de kringapothekers in EDE. Deze levert alle medicatie met behulp van het zogenaamde Baxter systeem.

Ten aanzien van maatregel 2. Zie aparte bijlage.

Ten aanzien van maatregel 3. Zie aparte bijlage.

Ten aanzien van maatregel 4. Zie aparte bijlage.

Ten aanzien van maatregel 5. Zie aparte bijlage.

Ten aanzien van maatregel 6. Zie aparte bijlage.

Ten aanzien van maatregel 7. Zie aparte bijlage.

Ten aanzien van maatregel 8. Zie aparte bijlage.

Ten aanzien van maatregel 9. Zie aparte bijlage.

Met vriendelijke groeten,



EDE 24-11-2014

UITSLUITINGSCRITEIA CLIËNTEN

In principe zijn er in Zorgvilla Decor slechts enkele criteria die worden gehanteerd waardoor cliënten niet kunnen wonen in de Villa en aan wie wij de zorg niet kunnen leveren. Deze criteria worden aangevuld met onze *leveringsvoorwaarden*.

Cliënten die wij niet de zorg kunnen bieden die zij behoeven en op onze locaties dus niet geplaatst kunnen worden, zijn cliënten waarbij sprake is van:

- Niet te corrigeren dan wel te hanteren “Weglooptgedrag”
- Vertoning van suïcidaal gedrag,
- Niet te corrigeren dan wel te hanteren storend gedrag voor anderen,
- Agressieproblemen of seksueel ongewenste gedragingen,
- Opname onder dwang, cliënten die vallen onder de Wet BOPZ (Bijzondere Opname Psychiatrisch Ziekenhuis), of op termijn de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg of Wet zorg en dwang)
- Ernstige psychiatrische problematiek, die bijvoorbeeld een gesloten opname vereist

Leveringsvoorwaarden

Cor&Debby Zorgverlening kan zorgverlening aanbieden, indien voldaan wordt aan de volgende voorwaarden / omstandigheden:

- De contactpersoon betaalt de facturen binnen de afgesproken termijn.
- De benodigde afspraken t.a.v. de zorgverlening dienen te worden gemaakt in onderlinge overeenstemming tussen de bewoner / de contactpersoon en de directie. Indien de directie en de bewoner/contactpersoon geen onderlinge overeenstemming kunnen bereiken, dient de bewoner/contactpersoon zich te conformeren aan de mogelijkheden en de onmogelijkheden van de Stichting.
- De bewoner en/of contactpersoon is aanstuurbaar bij bedreigende houding naar het personeel toe.

HKZ thuiszorgorganisaties - FORMULIEREN

Datum: 29-05-2012

Versie: 1.0

Pagina 1 van 1

Formulier 350.1 Verbeterformulier

Ingevuld door:

KLACHT* <i>Intern / Extern</i>	VERBETER VOORSTEL*	AFWIJKINGEN* geconstateerd tijdens werkzaamheden	AFWIJKINGEN* n.a.v. interne audit
--	-------------------------------	---	---

*Omcirkelen wat van toepassing is

Omschrijving:		Datum :
		Paraaf:
Oorzaak:		Naam :
Voorgestelde of genomen acties/stappen:		
Verbetervoorstel verantwoordelijke (corrigerende/preventieve maatregel):		Datum :
		Paraaf:
Oplossen voor: (datum)		
Reactie Klachtenfunctionaris / kwaliteitscoördinator:		Datum :
		Paraaf:
Datum controle:		
Resultaat controle:		Datum :
		Paraaf:

Datum ontvangst:

Paraaf kwaliteitscoördinator:

Zorgvilla Decor

HKZ thuiszorgorganisaties - FORMULIEREN

Datum:

Versie: 1.0

Pagina 1 van 1

Formulier 350.2 Registratieformulier Incidenten

Melding	
1 Werkgever	
1.1 Naam werkgever	
1.2 Straat en huisnummer	
1.3 Postcode en plaats	
1.4 Aantal werkzame personen	
2 Getroffene	
2.1 Naam	
2.2 Adres	
2.3 Postcode en woonplaats	
2.4 Geboortedatum en geslacht	• man • vrouw
2.5 Nationaliteit	• Nederlandse • ander EU-land • buiten EU
2.6 Plaats (gemeente) van het ongeval	
2.7 Tijdstip ongeval	dag maand/jaar uur
2.8 De getroffen persoon is	• werknemer • stagiair • waarnemer • bewoner • overig,
2.9 Datum indienstreding	
3 Soort activiteit en omgeving	
3.1 Met welk soort activiteit was getroffen bezig tijdens het ongeval?	
3.2 Waar bevond getroffen zich op het moment van het ongeval?	
4 Omstandigheden tijdens het ongeval	
4.1 Welke activiteiten verrichtte de getroffen?	
4.2 Welk voorwerp/ materiaal/ apparaat werd daarbij gebruikt?	
4.3 Wat ging er anders dan bedoeld/ verwacht?	
4.4 Welk voorwerp/ materiaal/ apparaat was hierbij betrokkenen?	
4.5 Hoe werd het letsel veroorzaakt?	
4.6 Welk voorwerp/ materiaal/ apparaat veroorzaakte het letsel?	
5 Bijzonderheden van de verwonding	
5.1 Aard en plaats van het letsel	
5.2 Was ziekenhuisopname noodzakelijk?	• ja • nee
5.3 Kregen nog andere personen letsel bij hetzelfde ongeval?	
6 Duur van de arbeidsongeschiktheid	
6.1 Vermoedelijke verzuimduur	• 1 t/m 2 dagen • 3 t/m 7 dagen • 1 t/m 2 weken • 3 t/m 6 weken • 7 t/m 13 weken • > 13 wkn. k dodelijk
7 Alleen invullen als het ongeval niet plaats vond op adres van de werkgever	
7.1 Naam	
7.2 Adres	
7.3 Postcode en plaats	

Zorgvilla Decor

Inleiding

Wij willen graag dat de cliënten aan wie Cor&Debby Zorgverlening zorg verleent, daarover tevreden zijn. Ook vinden we het belangrijk dat onze medewerkers met plezier hun werk doen. De wijze waarop iedereen met elkaar omgaat, is hiervoor doorslaggevend. In deze notitie wordt beschreven wat Cor&Debby Zorgverlening in dat verband van een ieder verwacht.

Cor&Debby Zorgverlening wil dat deze gedragscode meer is dan een uitwerking op papier. Op onze site wordt onder het tabblad VISIE uitgebreid beschreven wat er van alle medewerkers wordt verwacht en met welke houding de bewoners en ook collega's benaderd dienen te worden. Ieder die onze site bezoekt kan daardoor kennis nemen van deze gedragscode. Daarnaast worden alle medewerkers gestimuleerd kennis genomen te hebben van deze gedragscode. In onze situatie worden ook de vertegenwoordigers van de bewoners van Zorgvilla DECOR gewezen op deze beschreven gedragscode. Alle medewerkers, vertegenwoordigers van bewoners en samenwerkingspartners dienen zich aan deze gedragscode te houden in de uitoefening van hun werkzaamheden in Zorgvilla DECOR.

Wanneer er situaties ontstaan waarbij er meningsverschillen zijn over de normen en waarden, die in deze gedragscode vermeld staan, kunnen deze altijd besproken worden met de aanwezige zorgverlener(s), of met de verantwoordelijke leiding van Zorgvilla DECOR.

De doelen van deze gedragscode zijn:

- Het bestrijden en voorkomen van agressie, racisme, leeftijdsdiscriminatie, discriminatie in algemene zin, (seksuele) intimidatie;
- Het goede imago van onze huis bewaken en houden;
- Het gezien worden als een goede werkgever, waardoor de onderneming gemakkelijker nieuw personeel aantrekt;
- Het beschermen van de werknemer.

Hierbij komen de volgende uitgangspunten naar voren:

Integriteit, Respect en Loyaliteit

Status

Deze gedragscode is uitgewerkt op basis van een aantal wettelijke bepalingen. De code ontleent hieraan een wettelijke status. De regels die hier in deze gedragscode beschreven staan, zijn gebaseerd op de CAO-Thuiszorg, de Arbo-wet, artikelen uit het Burgerlijk Wetboek en artikelen uit het Wetboek van Strafrecht.

Reikwijdte

Deze gedragscode is bedoeld voor alle medewerkers, stagiaires, cliënten en samenwerkingspartijen. Voor alle partijen is deze gedragscode inzichtelijk.

Gedragscode

Respect en gelijkwaardigheid

Cor&Debby Zorgverlening vindt het belangrijk dat haar cliënten zoveel mogelijk op een dusdanige wijze worden benaderd, dat de eigenheid van de cliënt ondanks diens afhankelijkheid en veelal psychisch onvermogen zo optimaal mogelijk wordt behouden. De medewerkers zullen de cliënten vanuit hun deskundigheid daarbij ondersteunen. Samen wordt zoveel mogelijk gestreefd naar overeenstemming met respect voor de keuzes die daarbij worden gemaakt.

Vraaggericht en belevingsgericht werken is dé opdracht van onze medewerkers, elke dag opnieuw. Dit geldt niet alleen voor het contact tussen medewerkers en cliënten. Het is ook richtinggevend voor het contact tussen medewerkers onderling en anderen met wie Cor&Debby Zorgverlening een relatie onderhoudt.

Deze werkwijze wordt regelmatig besproken tijdens het teamoverleg, komt aan de orde in opleidingen en cursussen en gedurende evaluatie- en functioneringsgesprekken wordt bekeken of het naar behoren wordt uitgevoerd of dat verbetering nodig is.

Anders gesteld, vraaggericht en belevingsgericht werken is typerend voor Cor&Debby Zorgverlening. Er is dan veel mogelijk, ook in de wijze waarop er met elkaar wordt omgegaan. Echter, elke vrijheid heeft zijn grenzen. Dat geldt ook voor omgangsvormen. Als iemand zich niet houdt aan deze regels, dan kunnen maatregelen worden genomen. Dit zou in uitzonderlijke situaties zelfs kunnen leiden tot ontslag (medewerker) of beëindiging van de zorgovereenkomst (cliënt).

Om misverstanden te voorkomen en om te laten zien dat Cor&Debby Zorgverlening hecht aan bepaalde normen en waarden, volgt onderstaand een beschrijving van hetgeen uitdrukkelijk verboden is. Met deze richtlijnen worden de grenzen van toelaatbaar gedrag aangegeven.

Discriminatie

Elke vorm van discriminatie op grond van godsdienst, levensovertuiging, politieke gezindheid, ras, huidskleur, lichamelijke of geestelijke beperking, nationaliteit, geslacht, seksuele voorkeur of op welke grond ook, is niet toegestaan.

Intimidatie

Schelden, discriminerende taal uiten of met grote stemverheffing spreken, is verboden. Ook lichamelijke uitingen zoals het zich groot maken, het hinderlijk in de weg lopen of achtervolgen wordt niet geaccepteerd. Dit geldt ook voor het uiten van bedreigingen. Verder is handtastelijkheid verboden, evenals het lastig vallen.

Seksuele intimidatie

Elke ongewenste seksueel getinte aandacht, die tot uiting komt in verbaal, fysiek of non-verbaal gedrag, dat zowel opzettelijk als onopzettelijk kan zijn en dat door degene(n), die hiermee wordt/worden geconfronteerd als ongewenst en onplezierig wordt ervaren, is verboden.

Belangenverstrengeling

Elke handeling die vermenging van zakelijke- en privé-belangen kan veroorzaken, dient vermeden te worden om belangenverstrengeling te voorkomen. Deze regel houdt in dat, zonder persoonlijk belang, betrouwbaar en professioneel moet worden gehandeld

Diefstal

In geval van diefstal van bedrijfseigendommen of eigendommen van cliënten dient er melding te worden gedaan bij de direct leidinggevende.

Er wordt aangifte gedaan en er volgt een politieonderzoek

Tijdens het onderzoek wordt een medewerker op non-actief gezet, in eerste instantie voor de duur van drie weken.

Afhankelijk van de uitkomst van het onderzoek zal bepaald worden welke maatregelen worden genomen.

Kleding

Tijdens het werk bij Cor&Debby Zorgverlening zijn er kledingvoorschriften waaraan de medewerkers moeten voldoen. Je bent het visitekaartje van het bedrijf. Tijdens het werk is het niet toegestaan aanstootgevende kleding te dragen. Aanstootgevende piercings en tatoeages dienen te zijn verstopt onder de kleding

Van medewerkers wordt verwacht dat zij zich kleden, passend en representatief voor de functie. Dit houdt in dat men schone en niet versleten kleding draagt.

Overige gedragsregels

Verder gelden voor medewerkers als zij bij cliënten werkzaam zijn de volgende gedragsregels:

Het is verboden te roken, tenzij dit uitdrukkelijk wordt toegestaan;

Het is verboden drugs mee te nemen of te gebruiken;

Cliënten

Wanneer een medewerker van Cor&Debby Zorgverlening bij of door een cliënt wordt geconfronteerd met seksuele, intimidatie, discriminatie, racisme, agressie of een andere vorm van intimidatie heeft hij/zij het recht de werkzaamheden bij deze cliënt onmiddellijk te onderbreken zonder dat dit een dringende reden voor ontslag in de zin van artikel 7:678 Burgerlijk Wetboek oplevert. Tevens dient dit, wanneer hier sprake van is, te worden gemeld bij de direct leidinggevende. De medewerker heeft het recht om opnieuw plaatsing bij de betrokken cliënten te weigeren, wanneer melding is gemaakt van één van bovenstaande punten .

Klachtenbehandeling

Mochten cliënten of hun persoonlijke vertegenwoordiger klachten hebben, dan kunnen ze deze bespreken met de persoon die het betreft. Ook kan de klacht worden besproken met de leidinggevende van de medewerker. Deze zal er naar streven de klacht naar tevredenheid op te lossen. Daarnaast is het mogelijk de klacht te bespreken met de directie.

In het geval medewerkers klachten hebben, dan kunnen zij deze bespreken met de persoon op wie de klacht betrekking heeft. Als dit niet kan, of de klacht is niet naar tevredenheid opgelost, dan kan de klacht worden voorgelegd aan hun leidinggevende. Verder is het mogelijk een klacht te bespreken met de directie. Deze klacht moet dan wel betrekking hebben op een of meer collega's. De directie biedt dan ondersteuning bij het zoeken naar oplossingen.

Mochten familieleden of andere relaties van de cliënt klachten hebben, dan kunnen ze deze bespreken met de persoon die het betreft. Als dit niet mogelijk is, of de klacht is niet naar tevredenheid opgelost, dan kan de klacht

worden besproken met de directie van Cor&Debby Zorgverlening. Deze zal er naar streven de klacht naar tevredenheid op te lossen.

Procedures

Vanzelfsprekend worden klachten volgens de daarvoor geldende procedures behandeld. Ook deze procedures zijn gebaseerd op bepaalde normen en waarden. Zodra een procedure wordt gestart, zullen alle betrokkenen op de hoogte worden gehouden van de gang van zaken.

Cor&Debby Zorgverlening vindt het belangrijk transparant te zijn met inachtneming van het privacyreglement. Hoor- en wederhoor zullen altijd worden toegepast. Dit betekent dat de klager en degene op wie de klacht betrekking heeft, zullen worden uitgenodigd voor een of meer gesprekken. Van deze gesprekken zal altijd een schriftelijk verslag worden gemaakt. Dergelijk overleg kan bijvoorbeeld leiden tot afspraken over gedragsregels en hoe de toepassing ervan wordt getoetst. Eventuele maatregelen zullen ook altijd in verhouding (proportioneel) moeten zijn met de ernst van de situatie. Overplaatsing, een officiële waarschuwing en ontslag zijn maatregelen die met betrekking tot medewerkers niettemin kunnen worden genomen als een klacht daartoe aanleiding geeft. Met cliënten en hun relaties kunnen bepaalde gedragsregels worden afgesproken. En hoewel het goed hulpverlenerschap als uitgangspunt voor Cor&Debby Zorgverlening leidend is, behoudt Cor&Debby Zorgverlening zich het recht voor onder bepaalde omstandigheden de zorgovereenkomst met de cliënt te beëindigen. Een niet correcte bejegening van medewerkers kan daarvoor als reden gelden.

Het besluit om maatregelen te treffen wordt uitsluitend en alleen genomen door de directie. Deze kan ten tijde van langdurige afwezigheid deze bevoegdheid overdragen aan haar of zijn plaatsvervanger. De directie zal echter niet eerder beslissen dan dat deze met betrokkenen of een vertegenwoordiging daarvan uitvoerig heeft gesproken.

Van fysiek geweld, ernstige bedreigingen, vernielingen en/of agressie wordt altijd aangifte gedaan bij de politie.

Tot slot

Dit document gaat over gedrag, over normen en waarden en over maatregelen die genomen kunnen worden. Gelukkig is er zelden sprake van ontoelaatbaar gedrag. Het gaat om uitzonderlijke situaties. Niettemin vindt Cor&Debby Zorgverlening het van belang hierover duidelijk te zijn met het oog op de veiligheid van cliënten, hun relaties en medewerkers. Hierbij dient voortdurend in acht te worden genomen dat cliënten die veelal vanwege lichte tot ernstige psycho-geriatrische problemen afhankelijk van onze zorg en begeleiding zijn, ook naar evenredigheid aansprakelijk worden en kunnen worden gehouden voor hun gedrag.

HKZ thuiszorgorganisaties - PROCEDURES

Datum: 01 augustus 2014

Versie: 1

Pagina 2 van 2

Deel B Klachten van medewerkers

1.	Directie	<u>Vertrouwenspersoon</u> De directie heeft een vertrouwenspersoon benoemd. Deze is ook klachtenfunctionaris. Medewerkers met opmerkingen of vragen van vertrouwelijke aard kunnen terecht bij de vertrouwenspersoon. Zonodig dient de medewerker een klacht in.
2.	Klachtenfunctionaris	<u>Registratie</u> Medewerkers met klachten vullen het Verbeterformulier in, en sturen dit naar de klachtenfunctionaris.
3	Klachtenfunctionaris	<u>Beoordeling</u> De Klachtenfunctionaris beoordeelt de klacht van de medewerkers, en bepaalt of de klacht gegrond is. Indien nodig worden er gesprekken gehouden met de indiener van de klacht en / of de personen waarop de klacht betrekking heeft.
4	Klachtenfunctionaris	<u>Oplossing</u> De Klachtenfunctionaris noteert de afhandeling van de klacht en draagt zorg voor het zo snel mogelijk verhelpen van het probleem.
5.	Klachtenfunctionaris	<u>Verbeterpunt</u> Na afhandeling van de klacht worden de genomen maatregelen, zowel correctieve als preventieve maatregelen op effectiviteit beoordeeld. De klachtenfunctionaris noteert de beoordeling op het verbeterformulier, en archiveert deze in de map 'klachten medewerkers'. Deze map is alleen toegankelijk voor de klachtenfunctionaris.

Deel C Evaluatie en bijstelling

1.	Kwaliteitscoördinator / klachtenfunctionaris/ directie	<u>Evaluatie en bijstelling</u> Eén maal per jaar beoordeelt de directie de klachten, en worden eventuele trends bepaald. Wanneer deze worden geconstateerd, worden er passende maatregelen genomen om herhaling van de problemen te voorkomen. Tevens wordt beoordeeld of de gekozen oplossingen doeltreffend zijn geweest.
----	--	---



Inspectie voor de Gezondheidszorg
Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 2680 3500 GR Utrecht

Cor&Debby Zorgverlening

Sint Hubertus 99
6713 JR Ede

St. Jacobsstraat 16
3511 BS Utrecht
Postbus 2680
3500 GR Utrecht
T 088 120 50 00
F 088 120 50 01
www.igz.nl

Ons kenmerk

Datum 8 december 2014
Onderwerp Ingestuurde documenten

Geachte

Hierbij bevestigt de inspectie de ontvangst van de door u op 3 en 24 november 2014 toegezonden informatie. De inspectie beoordeelt de door u toegezonden informatie nog als onvoldoende en wel om de volgende redenen:

2 Klachtenregeling/klachtencommissie

De inspectie heeft nog onvoldoende zicht op de implementatie van de klachtenregeling/commissie. De klachtenafhandeling die u omschrijft in het handboek heeft betrekking op de interne afhandeling van klachten. Als zorgverlenende instelling bent u verplicht om uw cliënten ongetrapt toegang te verlenen tot een onafhankelijke klachtencommissie. De inspectie vraagt u alsnog de klachtenregeling toe te sturen evenals het informatiebulletin door middel waarvan u cliënten op de hoogte stelt van de aanwezige klachtenregeling. Uit deze documenten moet blijken dat u beschikt over een klachtencommissie/regeling conform de Klachtwet.

4 Samenwerkingsafspraken met ketenpartners

In de toegezonden documenten geeft u aan dat er geen samenwerkingsafspraken met ketenpartners zijn buiten de individuele afspraken van cliënten en een afspraak met een apotheek. De inspectie verwacht dat u op instellingsniveau afspraken maakt met betrokken huisartsen, apotheken en eventuele andere samenwerkingspartners. Deze afspraken overstijgen de individuele afspraken op cliëntniveau. U kunt bijvoorbeeld denken aan raamovereenkomsten waarin de instelling en de arts afspreken welk personeel wordt ingezet (opleidingsniveau) bij specifieke (voorbehouden) handelingen. De inspectie verwacht dat u deze afspraken formaliseert en dat u deze in kopie aan de inspectie toezend.

7 Opleidingsplan

Decor heeft een passage uit het kwaliteitshandboek toegezonden waarin procedureel omschreven staat hoe de instelling omgaat met opleidingen. Er is geen concreet opleidingsplan toegezonden waaruit blijkt hoe de instelling in de aankomende periode personeel zal gaan scholen, op welke thema's/onderwerpen en op welke eventuele voorbehouden handelingen. De inspectie verwacht een concreet opleidingsplan en dat u deze in kopie aan de inspectie toezend.

10 Meldingen incidenten cliënten/patiënten (MIC/MIP)

De inspectie heeft een meldingsformulier ontvangen. Het beleid omtrent meldingen ontbreekt nog. Het is niet duidelijk in welke situaties medewerkers aangemoedigd worden om een melding te doen. Daarnaast merkt de inspectie op dat de procedure calamiteiten en ongevallen verwijst naar het melden van (medische) calamiteiten aan de inspectie SZW. Zorginhoudelijke calamiteiten dienen gemeld te worden bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg (www.igz.nl). De inspectie verwacht dat u dit beleid formaliseert en dat u deze in kopie aan de inspectie toezend.

11 Uitvoeringsprotocollen van voorbehouden en risicovolle handelingen

De inspectie heeft een notitie risicovolle en voorbehouden handelingen ontvangen. Dit is een algemene notitie die geen zicht geeft op de aanwezigheid van de uitvoeringsprotocollen die u gebruikt in uw organisatie. De inspectie verwacht een overzicht van de protocollen die u als organisatie gebruikt en de inspectie wil kunnen vaststellen dat deze protocollen actueel zijn. Dit is de reden dat de inspectie u heeft gevraagd om de uitvoeringsprotocollen toe te zenden. De inspectie verwacht dat u de protocollen alsnog actualiseert en dat u deze in kopie aan de inspectie toezend.

12 Toets bekwaamheid van medewerkers en/of zelfstandigen van voorbehouden en risicovolle handelingen

De inspectie heeft u gevraagd een overzicht toe te zenden van bevoegd- en bekwaamheden van medewerkers. Dit overzicht ontbreekt nog in de aangeleverde stukken. Er is wel een overzicht van het opleidingsniveau, maar dit is niet hetzelfde als een overzicht van de bekwaamheden. Uit de ingezonden documenten blijkt niet hoe u als organisatie zicht houdt op de bekwaamheden van uw medewerkers en welke inspanningen u verricht om dit te borgen. De inspectie verwacht dat u het overzicht van bevoegd- en bekwaamheden medewerkers opstelt en dat u deze in kopie aan de inspectie toezend.

De inspectie geeft u nog tot 31 december 2014 de gelegenheid betreffende noodzakelijke documenten toe te sturen alvorens de inspectie zich genooddaakt ziet verdere maatregelen te nemen.



senior inspecteur

Van: [redacted]
Aan: [redacted]@igz.nl
Onderwerp: kenmerk: [redacted]
Datum: maandag 5 januari 2015 14:18:39
Bijlagen: image001.jpg

Ten aanzien van [redacted]

Geachte [redacted]

Hierbij doe ik u het verzoek mij uitstel te verlenen tot het aanleveren van de betreffende noodzakelijke documenten.

Naar aanleiding van een bezoek aan ons huis van uw collega [redacted] en haar rapportage van haar bevindingen zijn er door mij een aantal noodzakelijke documenten aangeleverd. Op 8 december 2014 heb ik hierover een brief ontvangen met daarin vermeld nog een zestal aandachtspunten cq zaken te regelen en of uitgebreider te documenteren. De datum waarop deze documenten uiterlijk moesten worden ingeleverd was 31 december 2014. Ik ben momenteel in gesprek met een aantal personen om e.e.a. in orde te maken en te waarborgen. Dit betreft zowel advisering van een deskundige en contact ten aanzien van samenwerking met een grotere intramurale organisatie in ons gebied. De verwachting is dat binnen nu en 2 weken deze gesprekken en de daaruit voortvloeiende zaken geëffectueerd zullen worden. Ik zal daar dan uiteraard zo spoedig mogelijk verslag van doen en de nog noodzakelijke documenten aanleveren. Ik doe u hierbij dan ook het verzoek de uiterste datum van aanleveren van de bedoelde documenten te verplaatsen naar 31 januari 2015.

Ik dank u hierbij bij voorbaat voor uw begrip,

PS. Onze zaak is bij u bekend naar ik heb begrepen onder het kenmerk welk ik in het onderwerp heb genoemd.

Met vriendelijke groet namens Cor&Debby Zorgverlening,

[redacted]

logozorgvilladecortwitter



Amsterdamseweg 60
6712 GK EDE GLD.
Tel. 0318-645186
Fax 0318-640156
E-mail: info@zorgvilladecor.nl

Van: [REDACTED]
Aan: [REDACTED]
Onderwerp: tbv WOB-verzoek Huize Decor
Datum: maandag 23 december 2019 11:23:48
Bijlagen: [image001.jpg](#)
[contract_apotheekWeideman versie 1.1_aangepast.doc](#)
[Raamovereenkomst_huisarts.pdf](#)
[SZD Folder KlachtenregelingC&D_ZV.docx](#)
[SZD Formulier 350.1 Verbeterformulier.doc](#)
[SZD Formulier 350.2 Melding Incidenten Cliënten \(MIC\) \(1.0\).doc](#)
[SZD Procedure 350.2 Klachtenbehandeling.doc](#)

Van: Zorgvilla Decor BV

Verzonden: dinsdag 10 maart 2015 23:57

Aan: [REDACTED]

Onderwerp: Vervolg documenten nav uw mail

Hierbij de documenten die volgens mij het geheel compleet en inzichtelijk maken.

Met vriendelijke groet,

[REDACTED]

Van: [REDACTED] [igz.nl]

Verzonden: donderdag 26 februari 2015 13:36

Aan: Zorgvilla Decor BV

Onderwerp: RE: uitstel tot 31.1.2015

Geachte [REDACTED]

Als eerste dank voor toezenden van documenten. Door langdurige afwezigheid was ik niet in staat eerder te reageren. Mijn excuses hiervoor. Ik heb kennis genomen van de door u toegezonden documenten en ik wil uw aandacht vragen voor het volgende.

In de brief van 8 december 2014 worden een aantal onderwerpen benoemd en wordt u gevraagd documenten toe te zenden.

Ik zal de punten nogmaals herhalen.

2 Klachtenregeling/klachtencommissie

De inspectie heeft nog onvoldoende zicht op de implementatie van de klachtenregeling/commissie. De klachtenafhandeling die u omschrijft in het handboek heeft betrekking op de interne afhandeling van klachten. Als zorgverlenende instelling bent u verplicht om uw cliënten ongeacht toegang te verlenen tot een onafhankelijke klachtencommissie. De inspectie vraagt u alsnog de klachtenregeling toe te sturen evenals het informatiebulletin door middel waarvan u cliënten op de hoogte stelt van de aanwezige klachtenregeling. Uit deze documenten moet blijken dat u beschikt over een klachtencommissie/regeling conform de Klachtwet. Ik heb van u alleen de tekst uit de folder mogen ontvangen en niet de klachtenregeling. Ik wil verzoeken deze klachtenregeling toe te zenden.

4 Samenwerkingsafspraken met ketenpartners

In de toegezonden documenten geeft u aan dat er geen samenwerkingsafspraken met ketenpartners zijn buiten de individuele afspraken van cliënten en een afspraak met een apotheek. De inspectie verwacht dat u op instellingsniveau

afspraken maakt met betrokken huisartsen, apotheken en eventuele andere samenwerkingspartners. Deze afspraken overstijgen de individuele afspraken op cliëntniveau. U kunt bijvoorbeeld denken aan raamovereenkomsten waarin de

instelling en de arts afspreken welk personeel wordt ingezet (opleidingsniveau) bij specifieke (voorbehouden) handelingen. De inspectie verwacht dat u deze afspraken formaliseert en dat u deze in kopie aan de inspectie toezend.

Ik heb van u in de toegezonden documenten niets hiervan kunnen terugvinden en ik wil u verzoeken deze geformaliseerde afspraken aan mij toe te zenden.

10 Meldingen incidenten cliënten/patiënten (MIC/MIP)

De inspectie verwacht dat u dit beleid formaliseert en dat u deze in kopie aan de inspectie toezend.

U heeft toegezonden een huishoudelijk reglement. Hierin word zeer summier omschreven hoe om te gaan met meldingen en incidenten. Dit wordt als onvoldoende beschouwd. Ik verwijs u voor de geldende regelgeving o.a. naar de bijlage 2 in de aan u toegezonden rapportage. In deze bijlage staan verwijzingen naar documenten die u op dit terrein kunt hanteren als voorbeeld. Ik verwacht dat u dit beleid dus opnieuw

formaliseert en dat u deze in kopie aan mij toezend.

Ik wil u verzoeken van vorenstaande notie te nemen en mij **voor woensdag 11 maart 2015** de gevraagde documenten toe te zenden.

Met vriendelijke groet,

senior inspecteur

Van: Zorgvilla Decor BV [mailto:info@zorgvilladecor.nl]

Verzonden: vrijdag 30 januari 2015 17:23

Aan:

Onderwerp: RE: uitstel tot 31.1.2015

Geachte ,

Hierbij zend ik u de gevraagde en naar mijn vertaling benodigde documenten om te komen tot afronding van uw inspectie onderzoek met gunstig resultaat.

Indien er desondanks nog stukken ontbreken of andere onduidelijkheden blijken te bestaan hoor ik graag van u.

Met vriendelijke groet namens Cor&Debby Zorgverlening,

logozorgvilladecortwitter



Amsterdamseweg 60

6712 GK EDE GLD.

Tel. 0318-645186

Fax 0318-640156

E-mail: info@zorgvilladecor.nl

Van: @igz.nl]

Verzonden: donderdag 22 januari 2015 15:04

Aan: 'info@zorgvilladecor.nl'

Onderwerp: uitstel tot 31.1.2015

Geachte ,

N.a.v. uw mail met u verzoek uitstel tot het toezenden van documentatie en het doorvoeren van verbeteringen verleen ik u hierbij uitstel tot 31 januari 2015. Ik ga er thans van uit dat voor deze datum alles is gerealiseerd. Ik hoor graag van u.

Met vriendelijke groet,

senior inspecteur

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Inspectie voor de Gezondheidszorg

Stadsplateau 1 | 3521 AZ | UTRECHT
Postbus 2680 | 3500 GR | UTRECHT

telefoon: 088 120 50 00

fax: 088 120 50 01

website: <https://www.igz.nl>

Per 22 december 2014 verhuizen alle locaties van de Inspectie voor de Gezondheidszorg naar het Stadskantoor van de gemeente Utrecht; gevestigd direct bij het Centraal Station. Het bezoekadres wordt: Stadsplateau 1; 3521 AZ Utrecht. Het postadres blijft ongewijzigd: Postbus 2680; 3500 GR Utrecht.

toegezonden, wordt u verzocht dat aan de afzender te melden en het bericht te verwijderen. De Staat aanvaardt geen aansprakelijkheid voor schade, van welke aard ook, die verband houdt met risico's verbonden aan het elektronisch verzenden van berichten.

This message may contain information that is not intended for you. If you are not the addressee or if this message was sent to you by mistake, you are requested to inform the sender and delete the message. The State accepts no liability for damage of any kind resulting from the risks inherent in the electronic transmission of messages.

Per 22 december 2014 zijn alle locaties van de Inspectie voor de Gezondheidszorg naar het Stadskantoor van de gemeente Utrecht verhuisd; gevestigd direct bij het Centraal Station. Het bezoekadres van de IGZ is : Stadsplateau 1; 3521 AZ Utrecht.

Dit bericht kan informatie bevatten die niet voor u is bestemd. Indien u niet de geadresseerde bent of dit bericht abusievelijk aan u is toegezonden, wordt u verzocht dat aan de afzender te melden en het bericht te verwijderen. De Staat aanvaardt geen aansprakelijkheid voor schade, van welke aard ook, die verband houdt met risico's verbonden aan het elektronisch verzenden van berichten.

This message may contain information that is not intended for you. If you are not the addressee or if this message was sent to you by mistake, you are requested to inform the sender and delete the message. The State accepts no liability for damage of any kind resulting from the risks inherent in the electronic transmission of messages.

Raamovereenkomst voorbehouden handelingen

Tussen: Zorginstelling & Huisarts bewoner;

Ten behoeve van bewoner: [redacted] geboortedatum: [redacted] l
Adres: ZORGVILLA DECOR, Amsterdamseweg 60. 6712 GK EDE GLD

Organisatie: [redacted]
Naam huisarts: [redacted]
Adres: [redacted]
Postcode en plaats: [redacted]
Telefoon: [redacted]
Fax:
E-mail:

Hierna te noemen 'de arts',

De zorginstelling,
Naam organisatie: Cor&Debby Zorgverlening
Vertegenwoordigd door: [redacted], verpleegkundige [redacted]
Adres: Amsterdamseweg 60
Postcode en plaats: 6712 GK EDE GLD
Telefoon: 0318-645186 / [redacted]
Fax: 0318-640156
E-mail: info@zorgvilladecor.nl

Hierna te noemen 'de zorginstelling',

komen overeen om ten aanzien van de uitvoering van de in een bijlage opgenomen lijst van voorbehouden en andere in die lijst opgenomen risicovolle handelingen navolgende regels in acht te nemen. Deze raamovereenkomst vormt een geheel met voornoemde en overige bijlagen.

Handtekening huisarts

[redacted]

Datum:

28/11/15

Handtekening vertegenwoordiger zorginstelling

[redacted]

UITWERKING OVEREENKOMST

Ten aanzien van de uitvoering van voorbehouden handelingen door medewerkers van de zorginstelling is de arts verantwoordelijk voor het stellen van de diagnose, de indicatiestelling en het voorschrijven van de handeling.

Het behoort tot de verantwoordelijkheid van de verpleegkundige/verzorgende om de door de opdrachtgever (in casu arts) voorgeschreven handeling op verantwoorde wijze aan de hand van een protocol uit te voeren.

De zorginstelling

1. De zorginstelling verplicht zich met inachtneming van het hierna onder 2 en 3 bepaalde en van de daartoe opgestelde protocollen tot het doen verrichten en uitvoeren van die handelingen, die zijn opgenomen in de tussen partijen in gezamenlijk overleg vastgestelde lijst, opgenomen in een bijlage bij deze overeenkomst. Het gaat hierbij om handelingen waarvan de continuïteit van de uitvoering door de zorginstelling is gewaarborgd.
2. De zorginstelling verplicht zich er voor zorg te dragen dat de verpleegkundige/verzorgende beschikt over de bekwaamheid, die vereist is voor het op verantwoorde wijze uitvoeren van opdrachten om een van de in een bijlage opgenomen handelingen uit te voeren, en dat deze, voor zover de opdrachtgever aanwijzingen geeft, overeenkomstig die aanwijzingen zal handelen.
3. Bij twijfel over de mogelijkheden tot uitvoering vindt overleg plaats tussen de arts en de zorginstelling.
4. De zorginstelling is verplicht onmiddellijk contact op te nemen met de opdrachtgever indien zich bij de uitvoering van het verzoek incidenten of complicaties voordoen.

De arts

5. De arts dient een verzoek tot het door een verpleegkundige/verzorgende uitvoeren van een in een bijlage opgenomen handeling in door middel van het in te vullen en te ondertekenen formulier 'uitvoeringsonderzoek' (bijlage 2).
6. De arts geeft in die gevallen waarin zulks redelijkerwijs nodig is, aanwijzingen omtrent het verrichten van de handeling. Daarbij zijn toezicht door de arts op het verrichten van de handeling en de mogelijkheid tot tussenkomst van hemzelf, dan wel van een waarnemer, voldoende verzekerd.
7. De arts mag redelijkerwijs aannemen dat diegenen die door de zorginstelling zijn aangewezen om in opdracht van een arts de in een bijlage opgenomen handelingen te verrichten, in aanmerking genomen het onder 5 bepaalde, beschikken over de bekwaamheid die vereist is voor het behoorlijk verrichten van die handelingen.
8. De punten 5, 6 en 7 gelden ook voor een vervanger van de huisarts

Toelichting

De Raamovereenkomst dient door de zorginstelling en de huisarts van de bewoner ondertekend te worden.

- Ad 1** Ondertekening van deze overeenkomst door de zorginstelling impliceert de verantwoordelijkheid voor de continuïteit, zowel overdag als 's avonds, 's nachts en in het weekend.
- Ad 2** De zorginstelling beschikt over een overzicht waarop aangegeven staat welke verpleegkundigen/verzorgenden bekwaam zijn voor de uitvoering van welke handelingen.
- Ad 3** De arts is verantwoordelijk voor de medische beoordeling van de situatie, de diagnostiek en het voorschrijven van de handeling. De verpleegkundige/verzorgende beoordeelt daarnaast de haalbaarheid van de uitvoering en overlegt daarover zo nodig met de arts.
- Ad 6** Onder 'tussenkomst' moet primair worden verstaan de mogelijkheid van telefonische bereikbaarheid. Daarna komt de mogelijkheid van een persoonlijk verschijnen van de opdrachtgevende huisarts aan bod. Uiteraard zal de arts daar waar dat logischerwijs noodzakelijk is, bij de aanwijzingen de naam van de waarnemer of van een andere terzake deskundige noemen.
- Ad 8** De vervanger van de huisarts betreft in de meeste gevallen de huisarts die via de huisartsenpost de waarneming van de huisartsenzorg gedurende de ANW-uren op zich neemt.

Bijlage 1**Uitvoeringsverzoek tot voorbehouden handelingen ¹**

Uitvoeringsverzoek tot voorbehouden handelingen van individuele arts of Verpleegkundig Specialist (VS) of Physician Assistant/PA aan de verpleegkundige/verzorgende omtrent bepaalde cliënt.

De arts (of diens waarnemer), VS of PA

Naam:
Praktijkadres:
Postcode en plaats:
Telefoon:
Fax:
E-mail:
Buiten kantooruren:

Verzoekt de zorginstelling

Naam organisatie:
Vertegenwoordigd door:
Adres:
Telefoon:

Ten behoeve van cliënt

Naam:
Geboortedatum:
Adres:
Kamernummer:
Postcode en plaats:
Telefoon:

☐ man ☐ vrouw*

Onderstaande handeling uit te voeren in het kader van de daartoe afgesloten 'raamovereenkomst voorbehouden handelingen' dan wel conform het daartoe opgestelde protocol.

*Aankruisen wat van toepassing is.

¹ Deze overeenkomst geldt ook voor een aantal andere risicovolle handelingen, opgenomen in een bijlage bij deze overeenkomst.

Nadere gegevens (door de opdrachtgever (arts, of VS/PA) in te vullen)

- 1 Diagnose/indicatie/
aanleiding:

2. Uit te voeren handeling:

3. Nadere specificatie van
de handeling:

4. Medicatie – naam geneesmiddel:
*(Conform Toedienlijst, aangeleverd
door apotheker, voor meest actuele
medicatie-informatie)*
5. Tijdstip(pen) waarop de handeling
uitgevoerd dient te worden:
6. Geldigheidsduur van de opdracht:
7. Aanvullende cliëntgebonden
informatie
 - Afspraken:
 - Complicaties:
 - Bijwerkingen:
 - Bijzonderheden:

Handtekening opdrachtgever (arts of VS/PA):

Plaats:

Datum:

Het uitvoeringsverzoek kan ☐ wel ☐ niet* geaccepteerd worden door de zorginstelling.
Handtekening namens de zorginstelling:

Plaats:

Datum:

Indien het uitvoeringsverzoek niet kan worden geaccepteerd, hieronder de redenen vermelden
en onmiddellijk contact opnemen met de opdrachtgever (arts, VS/PA).

*Aankruisen wat van toepassing is

Bijlage 2

Inventarisatielijst van handelingen

Onderstaande lijst is een overzicht van de voorbehouden handelingen en risicovolle handelingen, die relevant zijn voor verpleging, verzorging en thuiszorg. Deze lijst is een samenvatting van de door Vilans ontwikkelde overzichtlijst, van voorbehouden, risicovolle en overige handelingen¹ en ingedeeld naar de 4 gebieden van voorbehouden handelingen: heelkundige handelingen, katheterisaties, injecties, puncties. Deze, niet-limitatieve, lijst biedt een handvat voor zorginstellingen en regionale vertegenwoordigers van betrokken artsen om afspraken te maken over handelingen waarvoor artsen een uitvoeringsverzoek indienen bij de zorginstelling.

Heelkundige handelingen		
Wondspoelen via katheter	X	
Verzorgen of verwijderen wondrain of redonsedrain; verwisselen opvangfles		X
Verzorgen van een tracheotomie-wond		X
Verwijderen wondtampon	X	
Verwijderen hechtingen of agrafen		X
Verwijderen exudrain	X	
Katherisaties		
Infuusbehandeling		
Inbrengen perifere canule voor infuus (toedieningssysteem)	X	
Verwisselen infuuszak, verwijderen perifeer canule		X
Toedienen medicatie via perifeer infuus		X
Verwisselen afsluitdopje van (en heparine doorspuiten in en verzorgen van) centraal veneuze katheter (CVK)		X
Toedienen medicatie via CVK infuus		X
Epiduraal en intrathecaal (poort): aanprikken spinaal poortsysteem, verwisselen naald	X	
Verwijderen epiduraalkatheter, verwijderen naald spinaal poortsysteem		X
Inbrengen hypodermoclyse	X	
Verwijderen hypodermoclyse		X
Inbrengen subcutane canule, verwisselen	X	

¹ De Vilans-protocollen Voorbehouden, Risicovolle en Overige handelingen, februari 2012 (ook wel bekend als de KICK-protocollen). Zie www.vilans.nl voor de volledige lijst.

Toedienen van medicatie via subcutaan infuus		X
Verwijderen subcutane naald en infuustoedieningssysteem		X
Sondevoeding		
Inbrengen/verwijderen neus-maag sonde, verwisselen PEG-sonde of jejunostomiesonde	X	
Toedienen sondevoeding mbv spuit of voedingspomp		X
Toedienen van medicatie via sonde		X
Nier- en blaaskatheterisatie		
Inbrengen van blaaskatheter (eenmalig of verblijfs-)	X	
Verwijderen verblijfskatheter		X
Blaasspoelen bij ingebrachte katheter		X
Verwisselen van suprapubische katheter	X	
Nefrostomiekatheter spoelen		X
Urinestoma (UP) – katheteriseren van urinereservoir, spoelen	X	
CAPD spoeling		X
Colostoma		
Spoelen colostoma (AP)		X
Toedienen medicijnen		X
Darmspoelen/toedienen hoogopgaand klysma	X	
Maaginhoud hevelen	X	
Spoelen galdrain		X
Zuurstof toedienen		X
Uitzuigen van mond- en keelholte		X
Uitzuigen van tracheacanule/van trachea via tracheacanule	X	
Injecties		
Subcutaan	X	
Intracutaan	X	
Intramusculair	X	
Intraveneus	X	
Puncties		
Venapunctie	X	
Ascitespunctie	X	
Spoelen ascitesdrain		X

Uw klacht, óók onze zorg!

Klachtenregeling ZORGVILLA DECOR (Cor&Debby Zorgverlening)

In deze folder richten wij ons tot de bewoner en of tot u als familie en contactperso(n)en(en) van de bewoner.

Bent u niet tevreden?

In Zorgvilla Decor streven we er dagelijks naar dat u zich thuis voelt en tevreden bent over uw woonsituatie, de geleverde zorg en diensten en onze medewerkers. Het is mogelijk dat u als bewoner of betrokkene toch niet tevreden bent. Ook al gaat het naar uw idee om een kleinigheid, we vinden het belangrijk dat u met ons bespreekt wat u dwars zit. Het liefst zo snel mogelijk, zodat we samen met u kunnen zoeken naar een passende oplossing. In deze folder leest u hoe wij in Zorgvilla Decor omgaan met klachten.

Bij wie kunt u terecht?

De ervaring leert dat het snel en zo dicht mogelijk bij de klager oplossen van klachten, tot de grootste tevredenheid leidt bij beide partijen. U kunt daarom uw klacht het beste direct melden bij de betrokken medewerker. Die bespreekt vervolgens met u wat u precies dwars zit en wat er aan kan worden gedaan. Vaak kan de medewerker samen met u direct tot een oplossing komen. Komt u er samen niet uit, dan zal de medewerker dit met de zorgmanager, [REDACTED] bespreken. Binnen onze kleine organisatie fungeert [REDACTED] ook als de zogenoemde "bewonersvertrouwenspersoon". [REDACTED] neemt dan contact met u op om te onderzoeken of een voor beide partijen bevredigende oplossing mogelijk is. Zodra er een oplossing gevonden is wordt er in onderlinge afspraak mondeling dan wel schriftelijk aan u bevestigd wat er afgesproken is om uw klacht weg te nemen.

Wanneer u dat prettiger vindt, kunt u natuurlijk ook altijd rechtstreeks [REDACTED] aanspreken met uw onvrede of klacht.

Verbeteren van kwaliteit en tevredenheid

Door het te laten weten als u niet tevreden bent, kunt u ons helpen de kwaliteit van onze zorg- en dienstverlening en de tevredenheid van onze bewoners en hun familie te verbeteren.

Regelmatig worden de eventuele klachten en aandachtspunten en de afhandeling er van besproken in onze momenten van teamoverleg.

Externe klachtenbehandeling

Wanneer de afhandeling van uw klacht niet geleid heeft tot een voor u bevredigend resultaat, of indien u rechtstreeks een klacht wilt indienen aan een externe klachten commissie dan kunt u uw klacht voorleggen aan de Externe Klachtencommissie Regio Arnhem. Cor&Debby Zorgverlening is als organisatie toegetreden tot deze commissie.

Deze klachtencommissie bestaat uit een onafhankelijke voorzitter en leden die niet werkzaam zijn in Zorgvilla Decor. Deze commissie doet onderzoek naar de klacht, organiseert zo nodig een hoorzitting en komt vervolgens tot een uitspraak.

Contactgegevens

Externe Klachtencommissie Regio Arnhem
Antwoordnummer 1377
6800 VC Arnhem

HKZ thuiszorgorganisaties - FORMULIEREN

Datum: 29-05-2012

Versie: 1.0

Pagina 1 van 1

Formulier 350.1 Verbeterformulier

Ingevuld door:

KLACHT* <i>Intern / Extern</i>	VERBETER VOORSTEL*	AFWIJKINGEN* geconstateerd tijdens werkzaamheden	AFWIJKINGEN* n.a.v. interne audit
--	-------------------------------	---	---

*Omcirkelen wat van toepassing is

Omschrijving:	Datum :
	Paraaf:
Oorzaak:	Naam :
Voorgestelde of genomen acties/stappen:	
Verbetervoorstel verantwoordelijke (corrigerende/preventieve maatregel):	Datum :
	Paraaf:
Oplossen voor: (datum)	
Reactie Klachtenfunctionaris / kwaliteitscoördinator:	Datum :
	Paraaf:
Datum controle:	
Resultaat controle:	Datum :
	Paraaf:

Datum ontvangst:

Paraaf kwaliteitscoördinator:

Stichting Zorgvilla Decor

HKZ thuiszorgorganisaties - FORMULIEREN

Datum:

Versie: 1.0

Pagina 1 van 3

Formulier 350.2 Melding Incidenten Cliënt(en) MIC

Datum incident:	Tijdstip:
Naam cliënt:	Geboortedatum:
Adres:	Postcode:
Woonplaats:	Telefoonnummer:
Naam melder:	Functie van melder:
Zelf betrokken bij het incident: Ja/Nee	(doorhalen wat niet van toepassing is svp)
Zo ja, in welke relatie?	

Waar vond het incident plaats?

- ☐ Slaapkamer
- ☐ Huiskamer
- ☐ Keuken
- ☐ Badkamer
- ☐ Doucheruimte
- ☐ Toilet
- ☐ Gang
- ☐ Trap
- ☐ Tuin
- ☐ Elders, namelijk:

Is er kort iets veranderd in de lichamelijke- of geestelijke gesteldheid van de cliënt, dat mede oorzaak van het gebeurde kan zijn? Ja / Nee,

Zo ja, wilt u dat hieronder omschrijven a.u.b.:

Beschrijf het gebeurde en de plaats zo nauwkeurig mogelijk; maak zo nodig een tekening.

Stichting Zorgvilla Decor

HKZ thuiszorgorganisaties - FORMULIEREN

Datum:

Versie: 1.0

Pagina 2 van 3

Ligt de oorzaak naar uw mening vooral in handelen (of niet handelen) van zorgverlener(s)?

Ja / Nee? Zo ja, in welk opzicht?

- ☐ Te weinig toezicht
- ☐ Verkeerde afspraken
- ☐ Onrustmedicatie – gebruik
- ☐ Verkeerde omgang met hulpmiddelen
- ☐ Anders, namelijk:

Soort incident (aankruisen wat van toepassing is)

1. Val

- ☐ Oorzaak onduidelijk
- ☐ Door obstakel
- ☐ Door schoeisel
- ☐ Gladde vloeren
- ☐ Weigeren veiligheidsmiddelen
- ☐ Slecht rolstoelgebruik
- ☐ Slecht hulpmiddel gebruik
- ☐ Anders, namelijk:

2. Medicijnen

- ☐ Medicijnen vergeten
- ☐ Verkeerd medicijn gegeven
- ☐ Cliënt nam zelf verkeerd medicijn
- ☐ Verkeerde tijd ingenomen
- ☐ Medicijn gevonden
- ☐ Anders, namelijk:

3. Schadelijke gevolgen

- ☐ Geen merkbaar gevolg
- ☐ Blauwe plek, zwelling
- ☐ Nadelig geestelijk gevolg
- ☐ Letsel familie
- ☐ Huidletsel
- ☐ Botbreuk
- ☐ Overleden
- ☐ Anders, namelijk:

Stichting Zorgvilla Decor

HKZ thuiszorgorganisaties - FORMULIEREN

Datum:

Versie: 1.0

Pagina 3 van 3

4. Welke stappen werden er ondernomen na het incident?

- ☐ Huisarts ingeschakeld
- ☐ Verantwoordelijke verpleegkundige ingeschakeld
- ☐ Incident gerapporteerd
- ☐ Anders, namelijk:

Omcirkel een getal van 1 tot 5 (1 = veel risico, 5 = weinig risico).

Is het incident naar uw mening een risicovolle situatie? **1 2 3 4 5**

Hoe hoog schat u de kans op herhaling? (1 = zeer hoog, 5 = laag). **1 2 3 4 5**

Is voorkoming van dit incident mogelijk? JA / NEE

Heeft u zelf letsel of oijn ondergaan door toedoen van een cliënt? JA / NEE

Zo ja, hoe?

Heeft u behoefte aan een reactie van de klachtencommissie? JA / NEE

HKZ thuiszorgorganisaties - PROCEDURES

Datum: 21 november 2011

Versie: 1

Pagina 1 van 3

Procedure 350.2 Klachtenbehandeling

Doel: Het afhandelen van klachten en het opsporen van oorzaken van klachten, zodat deze in de toekomst voorkomen kunnen worden.

Referenties

Formulier	350.1	Verbeterformulier
Formulier	350.2	Melding Incidenten Cliënten (MIC)
Bijlage		Huishoudelijk reglement
		Folder_Klachtenregeling C&D_ZV

Werkwijze:

Onder klacht verstaan wij: 'Elke formele en informele uiting van ontevredenheid'.

	Verantwoordelijke	Stap
Deel A Klachten van Bewoners		
1.	Alle medewerkers	<u>Registratie</u> Als een bewoner een klacht meedeelt aan een medewerker, bespreekt deze dit met de directie. De directie beslist of er een Verbeterformulier ingevuld wordt. Tevens beslist de directie of er een notitie gemaakt wordt van de klacht in het dossier van de betreffende bewoner.
2.	Directie	<u>Beoordeling</u> De directie beoordeelt de melding van de bewoner. Hij bepaalt of de klacht gegrond is. Indien dit niet direct is te bepalen, wordt, al of niet in overleg met de bewoner, bepaald of de klacht gegrond was.
3.	Directie	<u>Oplossing</u> De directie noteert de afhandeling van de klacht en draagt zorg voor het zo snel mogelijk verhelpen van het probleem. Indien de klacht betrekking heeft op het gedrag van een medewerker, bespreekt de directie dit tijdens een individueel gesprek en/of een overlegmoment. Afspraken worden schriftelijk vastgelegd.
4.	Directie	<u>Verbeterpunt</u> Na afhandeling van de klacht worden de genomen maatregelen, zowel correctieve als preventieve maatregelen op effectiviteit beoordeeld. De kwaliteitscoördinator noteert de beoordeling op het verbeterformulier en archiveert deze in het klachtendossier.

HKZ thuiszorgorganisaties - PROCEDURES

Datum: 21 november 2011

Versie: 1

Pagina 2 van 3

Stichting Zorgvilla Decor

HKZ thuiszorgorganisaties - PROCEDURES

Datum: 21 november 2011

Versie: 1

Pagina 3 van 3

Deel B Klachten van medewerkers

1.	Directie	<u>Vertrouwenspersoon</u> De directie heeft een vertrouwenspersoon benoemd. Deze is ook klachtenfunctionaris. Medewerkers met opmerkingen of vragen van vertrouwelijke aard kunnen terecht bij de vertrouwenspersoon. Zonodig dient de medewerker een klacht in.
2.	Klachtenfunctionaris	<u>Registratie</u> Medewerkers met klachten vullen het Verbeterformulier in, en sturen dit naar de klachtenfunctionaris.
3	Klachtenfunctionaris	<u>Beoordeling</u> De Klachtenfunctionaris beoordeelt de klacht van de medewerkers, en bepaalt of de klacht gegrond is. Indien nodig worden er gesprekken gehouden met de indiener van de klacht en / of de personen waarop de klacht betrekking heeft.
4	Klachtenfunctionaris	<u>Oplossing</u> De Klachtenfunctionaris noteert de afhandeling van de klacht en draagt zorg voor het zo snel mogelijk verhelpen van het probleem.
5.	Klachtenfunctionaris	<u>Verbeterpunt</u> Na afhandeling van de klacht worden de genomen maatregelen, zowel correctieve als preventieve maatregelen op effectiviteit beoordeeld. De klachtenfunctionaris noteert de beoordeling op het verbeterformulier, en archiveert deze in de map 'klachten medewerkers'. Deze map is alleen toegankelijk voor de klachtenfunctionaris.

Deel C Evaluatie en bijstelling

1.	Kwaliteitscoördinator / klachtenfunctionaris/ directie	<u>Evaluatie en bijstelling</u> Eén maal per jaar beoordeelt de directie de klachten, en worden eventuele trends bepaald. Wanneer deze worden geconstateerd, worden er passende maatregelen genomen om herhaling van de problemen te voorkomen. Tevens wordt beoordeeld of de gekozen oplossingen doeltreffend zijn geweest.
----	--	---

Deel D Klachtencommissie/regeling conform de Klachtwet

1.	Directie	Conform het doel van de klachtwet is Zorgvilla Decor aangesloten bij de externe klachtencommissie regio Arnhem. Met deze klachtenregeling voorzien we er in dat de klachten van cliënten worden behandeld door een externe klachtencommissie. Door middel van het aanbieden van de Folder_Klachtenregeling C&D ZV, worden bewoners op de hoogte gesteld van deze regeling.
----	----------	--

Stichting Zorgvilla Decor

Overeenkomst tussen Zorgvilla Decor en Apotheek met betrekking tot de levering van Farmaceutische Zorg

De ondergetekenden:

10.1.c gevestigd te 10.1.c vertegenwoordigd door 10.1.c
10.1.c wonend te 10.1.c; diensten leverend aan Cor&Debby Zorgverlening, exploitant
Zorgvilla Decor 10.1.c

en

Cor&Debby Zorgverlening, exploitant Zorgvilla Decor, particulier verzorgings-,
verpleeghuis, gevestigd te Ede, ten deze rechtsgeldig vertegenwoordigd door 10.1.c

verder te noemen: de instelling,

nemen in overweging:

- dat de cliënt, verblijvend in Zorgvilla Decor, **niet** zelfstandig verantwoordelijk is voor verkrijging, beheer en financiering van de voor eigen gebruik benodigde geneesmiddelen en kunst- en hulpmiddelen;
- dat de zorgverlening aan cliënten, aangewezen op verpleeghuiszorg, zowel qua intensiteit als qua complexiteit is toegenomen;
- dat de farmaceutische zorg betrekking heeft op de inkoop, bereiding en ter hand stelling, alsmede op de distributie van geneesmiddelen.
- dat de inkoop van geneesmiddel en hulpmiddel geschiedt door de apotheker;
- dat de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP) met betrekking tot de inkoop van mening is dat in de instelling in beginsel geen geneesmiddelen aanwezig mogen zijn dan met instemming van de apotheker
- dat de instelling een wettelijke verantwoordelijkheid heeft met betrekking tot de zorgvuldige wijze van bewaring en behandeling van de geneesmiddelen in de instelling;
- de KNMP van mening is, dat de instelling deze verantwoordelijkheid alleen naar behoren kan dragen indien zij de deskundige op dit gebied, te weten de apotheker, belast met uit deze verantwoordelijkheid voortvloeiende werkzaamheden;
- dat gezien de bovengenoemde verantwoordelijkheid van de instelling, alsmede de professionele verantwoordelijkheid van de apotheker, de KNMP het gewenst acht dat ten aanzien van beslissingen inzake de farmaceutische verzorging steeds overeenstemming bestaat tussen de instelling en de apotheker, met dien verstande dat indien enigerlei overeenstemming niet mogelijk blijkt, het laatste woord berust bij de instelling, waarbij de instelling de professionele verantwoordelijkheid van de apotheker zoveel mogelijk in acht zal nemen;
- dat de instelling ervoor zorgt dat de apotheker zijn werkzaamheden zoveel als mogelijk is, kan uitoefenen op een wijze als binnen zijn beroepsgroep gebruikelijk is;
- indien deze overeenkomst wordt beëindigd vindt, voor zover van toepassing, tussen de instelling en de apotheker overleg plaats over de mogelijkheden voor de instelling tot het overnemen van het personeel en de apparatuur die bij de apotheek als gevolg van deze beëindiging overbodig zijn geworden.

Verklaren het navolgende te zijn overeengekomen:

Artikel 1. Begripsbepalingen

Cliënt:	de bewoner van Zorgvilla Decor
Beheren van geneesmiddelen:	het bestellen, bewaren, distribueren en uitdelen van geneesmiddelen.

Artikel 2. Inkoop, bereiding en ter hand stellen

De instelling draagt aan de apotheker op zorg te dragen voor de bereiding in de apotheek en de levering van alle benodigde geneesmiddelen ten behoeve van de instelling, welke opdracht door de apotheker wordt aanvaard een en ander met inachtneming van artikel 61 lid 8 Geneesmiddelenwet.

Artikel 3. Distributie

- 3.1. De apotheker wordt door de instelling belast met werkzaamheden die voortvloeien uit de wettelijke verantwoordelijkheid van de instelling met betrekking tot de distributie van de geneesmiddelen in de inrichting.
- 3.2. Tot de in lid 1 bedoelde werkzaamheden worden gerekend de werkzaamheden als voortvloeiend uit de artikelen 4 en 5 van deze overeenkomst.

Artikel 4. Bewaring, behandeling en opslag

- 4.1. Tussen de apotheker en de instelling wordt afgesproken waar en wanneer de geneesmiddelen worden afgeleverd.
Voorts zal worden afgesproken op welke wijze en onder welke condities de geneesmiddelen worden bewaard en welke personen toegang tot de voorraden hebben. Ook zal worden afgesproken op welke wijze eventueel van huis meegebrachte geneesmiddelen worden behandeld.
- 4.4. Het op naam stellen van geneesmiddelen op geleide van de medicatieopdracht zal onder verantwoordelijkheid van de apotheker geschieden.

Artikel 5. Administratie

De instelling zal ervoor zorg dragen dat met de apotheker afspraken worden gemaakt met betrekking tot de administratie van de bereiding in de apotheek, de inkoop, de distributie en de daaronder vallende bewaring van alle geneesmiddelen bestemd voor de instelling overeenkomstig de hiervoor geldende wettelijke voorschriften.

Artikel 6. Beschikbaarheid en advisering

- 6.1. De apotheker zal de instelling gevraagd en ongevraagd met farmaceutische adviezen terzijde staan.
- 6.2. De instelling heeft een coördinator van de farmaceutische zorg. De coördinator is aanspreekpunt voor de apotheek en medewerkers van de instelling ten aanzien van zaken die de farmaceutische zorg betreffen.
- 6.3. De coördinator informeert de arts (en) die zorg lever(t)(en) in de instelling over de inhoud van deze samenwerkingsovereenkomst en betreft hen bij de periodieke evaluatie van de overeenkomst.

Artikel 7. Geneesmiddelencommissie, formularium, medicatiebegeleiding

De instelling en de apotheker komen voorts overeen dat:

- o de instelling geen geneesmiddelencommissie aanstelt.
- o de apotheker en de huisarts elk jaar samen het geneesmiddelgebruik ten aanzien van individuele cliënten evalueren.
- o dat de regiomanager en de apotheker afspraken maken over de bereikbaarheid en beschikbaarheid van de apotheek voor het doen van bestellingen, waaronder bestellingen van met spoed benodigde geneesmiddelen en het afleveren van deze geneesmiddelen.

Artikel 8. Vervanging apotheker, evaluatie overeenkomst

- a. Indien apotheker door persoonlijke omstandigheden - anders dan dat hij niet meer bevoegd is zijn beroep uit te oefenen - korter dan 4 weken afwezig is en daarom tijdelijk de in de overeenkomst omschreven taken niet kan uitoefenen, draagt hij deze over aan een vervanger in eigen apotheek. Bij afwezigheid langer dan 4 weken draagt hij, na overleg hierover met de instelling, zorg voor vervanging door de andere apotheker.
- b. Apotheker en de instelling evalueren tenminste eenmaal per jaar de uitvoering van deze overeenkomst.

Artikel 7. Geneesmiddelenprotocol

- a. Het geneesmiddelenprotocol is er niet

Artikel 8. Taakvervulling.

- 8.1. De apotheker neemt op zich zijn taak als een goed apotheker te vervullen in overeenstemming met de geldende professionele standaard voor apotheker.
- 8.2. De instelling neemt op zich voorwaarden te scheppen waardoor de apotheker zijn werkzaamheden goed kan vervullen op een wijze die binnen de beroepsgroep gebruikelijk is.

Artikel 9. Vergoeding.

De instelling zal aan de apotheker een vergoeding betalen indien er kosten worden gemaakt die vallen onder toezicht of training.

Artikel 10. Aanvang, beëindiging van de overeenkomst, geschillen

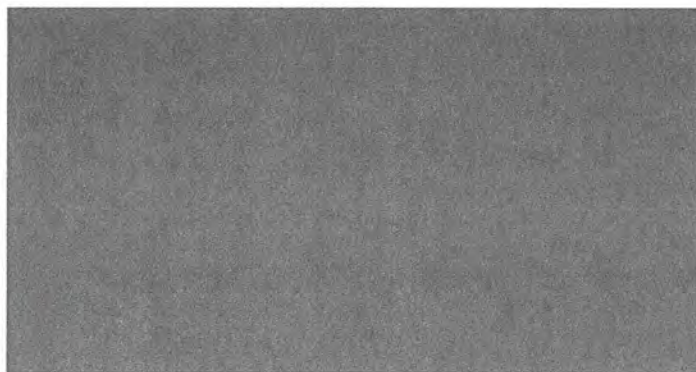
- a. Deze overeenkomst, die geen arbeidsovereenkomst is in de zin van het Burgerlijk Wetboek, is aangegaan voor onbepaalde tijd.:
- b. De overeenkomst eindigt tussentijds door:
 - o schriftelijke opzegging aan de wederpartij.
Bij de opzegging zal een termijn van zes maanden in acht worden genomen tenzij de overeenkomst onmiddellijk dient te worden beëindigd om een dringende aan de wederpartij onverwijld mee te delen reden, die met zich meebrengt dat van de opzeggende partij niet gevergd kan worden de overeenkomst voort te zetten,
 - o doordat de apotheker onder curatele wordt gesteld of hem de bevoegdheid tot uitoefening van de arts en bereidkunst wordt ontnomen;
 - o bij staking van de activiteiten van de instelling of in geval de instelling ophoudt te bestaan;
 - o door surséance van betaling of faillissement van een der partijen.
- c. Geschillen die ontstaan met betrekking tot de uitleg of uitvoering van de bepalingen van deze overeenkomst worden onderworpen aan het oordeel van de bevoegde rechter. Op deze overeenkomst is het Nederlandse recht van toepassing

Aldus in tweevoud opgemaakt en ondertekend.

te 10.1.c op 10-03-2015

.....

10.1c



Namens Cor&Debby Zorgverlening, Zorgvilla Decor



Inspectie voor de Gezondheidszorg
Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Follow-up rapport van het inspectiebezoek aan Zorgvilla Decor te Ede

Utrecht, maart 2015

Inleiding

Op 28 augustus 2014 heeft de Inspectie voor de Gezondheidszorg (hierna: de inspectie) een inspectiebezoek gebracht aan Zorgvilla Decor te Ede. Dit inspectiebezoek maakt onderdeel uit van het toezicht op nieuwe en onbekende zorgaanbieders, die vallen onder de Kwaliteitswet zorginstellingen. Uw organisatie is een zorginstelling zoals bedoeld in deze wet.

De bevindingen van dit bezoek zijn vastgelegd in een rapportage oktober 2014. De inspectie heeft Zorgvilla Decor gevraagd op de onderdelen die niet voldeden aan de criteria maatregelen te nemen.

In de tussenliggende periode is hieraan gewerkt. Zorgvilla Decor heeft de inspectie nieuwe documentatie gestuurd. Dit heeft geleid tot de bevindingen die in dit rapport zijn weergegeven.

Korte beschrijving van de organisatie

Zorgvilla Decor is in 2004 begonnen als een dagopvang voor ouderen. Al vrij snel na oprichting is er besloten om ook vormen van verblijf aan te bieden. Vervolgens heeft de instelling de villa moeten verbouwen om te voldoen aan de eisen van de gemeente. In de afgelopen jaren is de instelling een aantal keer failliet gegaan. Vervolgens werd er succesvol een doorstart gemaakt. Een aantal weken geleden is Organisatie een V.O.F. geworden. De twee eigenaars van Zorgvilla Decor hebben besloten om zelf ook in de villa te gaan wonen. De eigenaars hebben beiden een uitgebreide achtergrond in de zorg als verpleegkundige en als ziekenverzorgende. Er zijn daarnaast drie medewerkers in dienst bij de organisatie. 2 medewerkers volgen op dit moment een opleiding. De zorg wordt geleverd op basis van PGB. Cliënten wonen in de Zorgvilla en krijgen daar alle zorg die in de indicatie is gesteld. Zodoende declareert de organisatie het volledige PGB. Daarnaast betalen cliënten een bedrag voor het huren van een kamer in de villa en de services die hieraan gekoppeld zijn. De instelling focust op het leveren van begeleiding, persoonlijke verzorging en verpleging aan (psycho-)geriatrische zorgvragers. Er zijn ten tijde van het bezoek 3 bewoners met een zorgzwaarte pakket 5. De instelling is bereid om ook cliënten aan te nemen met een hogere zorgzwaarte. Zorgvilla Decor heeft geen contracten met hoofdaanemers, verzekeraars of gemeenten. De organisatie wil in de toekomst wel meer contacten leggen met gemeenten vanwege de recente wetwijzigingen. De instelling heeft geen WTZ11 toelating aangevraagd. De instelling is niet aangesloten bij een brancheorganisatie.

Bevindingen

De inspectie beoordeelt Zorgvilla Decor op 16 onderwerpen. Per onderwerp en datum staat aangegeven of documentatie is aangetroffen. Een eventuele toelichting alsmede onderwerpen die niet aan bod komen en naar oordeel van de inspectie risicovol zijn voor de kwaliteit van zorg binnen uw organisatie, benoemt de inspectie onder het kopje 'overige opmerkingen'.

	Document ¹	Aanwezig op inspectiedatum 28 augustus 2014 Ja/deels/nee/nvt	Aanwezig datum eindrapport 13 maart 2015 Ja/deels/nee/nvt	Toelichting
1	Zorgplan	Deels	ja	
2	Klachtenregeling/klachtencommissie	Nee	ja	
3	Medezeggenschap	Ja	Ja	
4	Afspraken tussen hoofdaannemer en onderaannemer	n.v.t.	n.v.t.	
5	Samenwerkingsafspraken met ketenpartners	Nee	Ja	
6	Personeelsopbouw: beschikbaarheid deskundigheid in relatie tot de doelgroep	Nee	ja	

¹ Zie bijlage 1

7	Gedragcode	Deels		
8	Opleidingsplan	Nee	ja	
9	Kwaliteitssysteem	Ja		
10	Uitsluitingscriteria cliënten	Nee	ja	
11	Meldingen incidenten cliënten/patiënten (MIC/MIP)	Nee	ja	
12	Uitvoeringsprotocollen van voorbehouden en risicovolle handelingen	Nee	ja	
13	Toets bekwaamheid van medewerkers en/of zelfstandigen van voorbehouden en risicovolle handelingen	Nee	ja	
14	Beleid vrijheidsbeperkende maatregelen	Nee	ja	
15	Medicatiebeleid	Nee	ja	
16	Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling	Nee	ja	

Overige opmerkingen

n.v.t.

Conclusies

Op basis van bovenstaande bevindingen trekt de inspectie de volgende conclusie:

-de organisatie heeft de genoemde randvoorwaarden voor veilige en verantwoorde zorg beschreven en geïmplementeerd.

Afronding toezicht

De verdere operationalisatie en de borging van deze kwaliteitsverbetering beschouwt de inspectie als de verantwoordelijkheid van de Directie/Raad van Bestuur.

De inspectie sluit met dit rapport dit toezichtbezoek voor Zorgvilla Decor af. De inspectie wijst u er op dat Zorgvilla Decor onder het toezicht van de inspectie valt en mogelijk in de toekomst opnieuw wordt bezocht. Alle 16 onderwerpen die tijdens dit proces zijn getoetst, moeten blijvend op orde zijn. Indien dit niet het geval is dan kan dit leiden tot maatregelen. In vergelijking tot dit eerste inspectiebezoek is een toekomstige toetsing diepgaander van aard en levert mogelijk andere uitkomsten op.

Van: [REDACTED]
Aan: [REDACTED]
Onderwerp: tbv WOB-verzoek Huize Decor
Datum: maandag 23 december 2019 11:26:04
Bijlagen: [image001.png](#)

Van: info@zorgvilladecor.nl

Verzonden: maandag 1 juli 2019 13:14

Aan: _Dienstpostbus IGJ Utrecht

CC: [REDACTED]@igj.nl

Onderwerp: Kenmerk: [REDACTED]

Goedemiddag,

Hierbij bevestig ik de ontvangst van de aankondiging.

Graag ontvangen wij jullie op 11 juli om 10:00 uur aan de Amsterdamseweg 68 in Ede.

Met vriendelijke groet,

[REDACTED]
Administratie- en Personeelsmanager



Cor&Debby Zorgverlening

Amsterdamseweg 60

6712 GK EDE GLD.

Tel. 0318-645186

E-mail: info@zorgvilladecor.nl

Website: www.zorgvilladecor.nl

Van: _Dienstpostbus IGJ afdeling V&V team RT <VVRT@igj.nl>

Datum: vrijdag 28 juni 2019 om 09:51

Aan: Cor&Debby Zorgverlening <info@zorgvilladecor.nl>

Onderwerp: [REDACTED] aankondiging inspectiebezoek Zorgvilla DECOR

Geachte raad van bestuur,

Met deze e-mail kondigt de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd aan dat zij op 11 juli om 10.00 uur een inspectiebezoek brengt aan Zorgvilla DECOR. Voor verdere informatie verwijs ik u naar de brief in de bijlage.

Graag ontvang ik een ontvangstbevestiging van deze e-mail met bijlage.

Met vriendelijke groet,

[REDACTED]
Medewerker Toezicht IGJ

.....
Afdeling Verpleging & Verzorging
Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Stadsplateau 1 | 3521 AZ | Utrecht
Postbus 2518 | 6401 DA | Heerlen

.....
T 088-1205000

[REDACTED]
<https://www.igj.nl>

Twitter: @IGJnl

.....
Bekijk het verhaal van IGJ: **Gezond vertrouwen**
.....



Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd
Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 2518 6401 DA Heerlen

Zorgvilla DECOR
T.a.v. Raad van bestuur
Amsterdamseweg 60
6712 GK EDE

Stadsplateau 1
3521 AZ Utrecht
Postbus 2518
6401 DA Heerlen
T 088 120 5000
www.igj.nl

Inlichtingen bij

Ons kenmerk

Datum 28 juni 2019
Betreft aankondiging inspectiebezoek op 11 juli 2019

Geachte raad van bestuur,

Met deze brief kondigt de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd aan dat zij op 11 juli 2019 om 10.00 uur een inspectiebezoek brengt aan Zorgvilla DECOR. Namens de inspectie leggen [redacted] inspecteur en ondergetekende dit bezoek af. In deze brief informeert de inspectie u over het doel en het verloop van het bezoek.

Doel en werkwijze inspectiebezoek

De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd bezoekt alle zorgaanbieders die intramurale ouderenzorg leveren op grond van de Wet langdurige zorg (Wlz) en de Zorgverzekeringswet.

Het inspectiebezoek bestaat uit een gesprek met de raad van bestuur en de raad van toezicht en een bezoek aan één of meerdere locaties. Op basis van de bevindingen tijdens dit inspectiebezoek bepaalt de inspectie of er vervolgtoezicht nodig is en in welke vorm.

Verloop inspectiebezoek

De inspecteurs starten om 10.00 uur met een gesprek met de raad van bestuur en de raad van toezicht. Dit gesprek duurt 1,5 uur. Naast de voorzitter van de raad van toezicht spreekt de inspectie bij voorkeur ook het lid dat kwaliteit en veiligheid in portefeuille heeft. In het gesprek komen in ieder geval de volgende onderwerpen aan bod:

- Organisatiestructuur;
- Cultuur binnen de organisatie;
- Belangrijkste ontwikkelingen binnen de organisatie;
- Sturen op kwaliteit en veiligheid (bijvoorbeeld gebruik van dashboard, parameters, audits);
- Invulling van het thema persoonsgerichte zorg binnen de organisatie;
- Inzet van voldoende en deskundig personeel in relatie tot de zorgvraag van cliënten.

Na afloop van het gesprek brengt de inspectie een bezoek aan één of meerdere locaties. Om een beeld te krijgen van deze locatie starten de inspecteurs met een kort gesprek met de eindverantwoordelijke van de dag of de leidinggevende.

Datum

28 juni 2019

Kenmerk

De inspecteurs proberen een beeld te krijgen van hoe op de locatie geleefd en gewerkt wordt. Na een rondleiding zullen beide inspecteurs daarom zoveel mogelijk op de afdelingen of woningen aanwezig zijn. Zij zullen hier observeren, met medewerkers en - waar mogelijk- met cliënten/ cliëntvertegenwoordigers spreken en zorgdossiers inzien. De inspecteurs doen dit alles in overleg met de medewerkers en proberen de directe zorgverlening zo min mogelijk te verstoren.

Kwaliteitsplan en kwaliteitsverslag

De inspectie ontvangt graag voorafgaand aan het bezoek het meest recente kwaliteitsplan en kwaliteitsverslag van de organisatie.

Ook horen wij van u op welk adres het gesprek met de raad van bestuur en raad van toezicht plaatsvindt.

De inspectie ontvangt bovenstaande informatie uiterlijk 4 juli 2019 op het e-mailadres ri.utrecht@igj.nl en in cc aan vvrt@igj.nl. Vermeld hierbij alstublieft het kenmerk van deze brief.

Afhandeling van het inspectiebezoek en rapportage

Na dit inspectiebezoek stelt de inspectie een rapport op met de bevindingen.

De inspectie stuurt dit conceptrapport binnen vier weken na het inspectiebezoek naar de raad van bestuur. Na verwerking van uw opmerkingen stelt de inspectie het rapport vast. Dit doet de inspectie ook als ze binnen vier weken na verzending van het conceptrapport geen reactie van u heeft ontvangen. U ontvangt hierover bericht.

Als de inspectie tijdens het inspectiebezoek constateert dat er sprake is van een situatie die directe maatregelen vereist, dan stelt de inspecteur het management en de raad van bestuur direct na het inspectiebezoek hiervan op de hoogte.

Openbaarmaking

Voor de volledigheid maakt de inspectie u erop attent dat op grond van de Gezondheidswet zij haar rapporten openbaar maakt via de website www.igj.nl. De inspectie doet dit niet eerder dan twee weken na het verzenden van het definitieve rapport.

Mogelijk stelt de inspectie naar aanleiding van dit bezoek een vervolgtraject in, bijvoorbeeld door u een plan van aanpak te vragen. Bij afsluiting van het vervolgtraject zullen we dit in een brief bevestigen. Deze afsluitbrief zullen wij ook op onze website openbaar maken.

Bij openbaarmaking neemt de inspectie de wettelijke normen in acht, zoals gesteld in de Gezondheidswet, de Jeugdwet en de AVG. Dit betekent bijvoorbeeld dat de inspectie in haar rapporten geen tot een persoon herleidbare gegevens opneemt en geen bijzondere persoonsgegevens zoals medische gegevens van uw patiënten of cliënten.

Meer informatie over openbaarmaking van documenten door de inspectie kunt u vinden op onze website (www.igj.nl/onderwerpen). Hier kunt u ook lezen in welke gevallen de inspectie afwijkt van de hiervoor genoemde openbaarmakingstermijn van minimaal twee weken na vaststelling van het rapport.

Datum
28 juni 2019

Kenmerk
[REDACTED]
[REDACTED]

De inspectie verwacht u hiermee voldoende te hebben geïnformeerd.

Hoogachtend,



Coördinerend specialistisch inspecteur



Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd
Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 2518 6401 DA Heerlen

Zorgvilla DECOR
T.a.v. Raad van bestuur
Amsterdamseweg 60
6712 GK EDE

Stadsplateau 1
3521 AZ Utrecht
Postbus 2518
6401 DA Heerlen
T 088 120 5000
www.igj.nl

Inlichtingen bij

[Redacted]

Ons kenmerk

[Redacted]

Datum 24 juli 2019
Betreft conceptrapport inspectiebezoek 11 juli 2019

Geachte raad van bestuur,

Op 11 juli 2019 bracht de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd een inspectiebezoek aan Cor&Debby Zorgverlening, Zorgvilla Decor in Ede. Het bezoek is gebracht door [Redacted] = [Redacted] inspecteur en ondergetekende.

Hierbij ontvangt u het conceptrapport. Als u feitelijke onjuistheden in het conceptrapport aantreft of als u naar aanleiding van het conceptrapport nog vragen of opmerkingen heeft, dan kunt u dit melden. De inspectie ontvangt uw reactie graag schriftelijk, via ri.utrecht@igj.nl en in cc aan vvrt@igj.nl onder vermelding van kenmerk V2014217, uiterlijk 21 augustus 2019, ter attentie van ondergetekende.

Na ontvangst van uw reactie, of wanneer de inspectie binnen de gestelde termijn geen reactie van u heeft ontvangen, stelt de inspectie het rapport vast. In dit vastgestelde rapport is het oordeel en de conclusie van de inspectie opgenomen.

De inspectie wijst u er nogmaals op dat zij op grond van de Gezondheidswet haar rapporten openbaar maakt via www.igj.nl. De inspectie doet dit niet eerder dan twee weken na het verzenden van het definitieve rapport.

Bij openbaarmaking neemt de inspectie de wettelijke normen in acht, zoals gesteld in de Gezondheidswet, de Jeugdwet en de AVG. Dit betekent bijvoorbeeld dat de inspectie in haar rapporten geen tot een persoon herleidbare gegevens opneemt en geen bijzondere persoonsgegevens zoals medische gegevens van uw patiënten of cliënten.

Meer informatie over openbaarmaking van documenten door de inspectie kunt u vinden op de website (www.igj.nl/onderwerpen).

De inspectie stuurt het conceptrapport naar de raad van bestuur. Ik verzoek u het conceptrapport aan de gesprekspartners, medewerkers en de cliëntenraad te laten lezen.

Datum

24 juli 2019

Kenmerk

[Redacted]

Hoogachtend,

[Redacted Signature]

Senior Inspecteur



Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd
Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Conceptrapport van het inspectiebezoek
aan Cor&Debby Zorgverlening,
Zorgvilla Decor in Ede
op 11 juli 2019

Utrecht, juli 2019

V2014217

Inhoud

1	Inleiding 3
1.1	Aanleiding bezoek 3
1.2	Doel en werkwijze 3
1.3	Beschrijving Zorgvilla Decor 3
2	Conclusie en vervolgacties 5
3	Resultaten Zorgvilla Decor 6
3.1	Persoonsgerichte zorg 6
3.2	Deskundige zorgverlener 8
3.3	Sturen op kwaliteit en veiligheid 9
3.4	Medicatieveiligheid 10
Bijlage 1	Overzicht wet- en regelgeving, veldnormen, circulaires en rapporten 12
Bijlage 2	Beoordeelde documenten 13

1 Inleiding

De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd sprak op 11 juli 2019 met de bestuurder van Cor&Debby Zorgverlening, bekend onder Kamer van Koophandel nummer 61170682. Aansluitend bracht de inspectie een bezoek aan de locatie van Cor&Debby Zorgverlening genaamd Zorgvilla Decor in Ede. In het rapport zal de inspectie omwille van de leesbaarheid schrijven over Zorgvilla Decor.

1.1 Aanleiding bezoek

De inspectie bezoekt alle zorgaanbieders die intramurale ouderenzorg leveren op grond van de Wet langdurige zorg (Wlz) en de Zorgverzekeringswet (Zvw).

Opmerking 1.

Om te beginnen willen wij geenszins ergens "onderuit komen" of iets dergelijks. Toch wil ik hier officieel de opmerking maken dat er naar mijn idee een behoorlijke mate van contradictie zit in het volgende;

Iemand die op basis van zijn of haar indicatie voor WLZ zorg afziet van het recht zich te laten opnemen in een intramurale verpleeghuissetting, omdat hij of zij kiest voor het zelf inkopen, bepalen en kiezen van een door hem of haar zelf bepaalde zorgverlener wordt in de nieuwe status van PGB houder zelf verantwoordelijk gehouden voor het kiezen van de goede en juiste kwaliteit van zorg. Desondanks wordt er door het Zorgkantoor als toekenner van het PGB op verschillende manieren en momenten gecontroleerd of de ingekochte zorg voldoende is van kwaliteit etc. Tevens is er in de voorzover van toepassing, vrije markt ruimte voor verschillende initiatieven op het gebied van aanbod van zorg.

Ik blijf het op zijn zachts gezegd vreemd vinden dat de inspectie in haar uitvoerende taak van controle op Zorgaanbieders die intramurale ouderenzorg leveren op grond van de WLZ, kleinschalige wooninitiatieven zoals de onze dan toch beoordeelt op basis van het zogenaamde Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg.

1.2 Doel en werkwijze

Het inspectiebezoek bestaat uit een gesprek met de raad van bestuur. Dit gesprek gaat over de besturing van de organisatie. Daarna bezoekt de inspectie één locatie. Waar de inspectie naar kijkt, ligt vast in een toetsingskader. Bij de gesprekken, de rondleiding, de observaties en de eventuele documenten die zij inzien, letten de inspecteurs op een aantal normen uit de thema's:

- persoonsgerichte zorg,
- deskundige zorgverlener,
- sturen op kwaliteit en veiligheid en
- medicatieveiligheid.
- De inspectie toetst of de zorgaanbieder de zorg geeft zoals is voorgeschreven in wetten,
- professionele standaarden,
- veldnormen en
- in het veld vastgestelde kwaliteitskaders.

Zij beoordeelt daarnaast de samenhang tussen de informatie uit het gesprek met de raad van bestuur en de bevindingen uit het locatiebezoek.

Op basis van de bevindingen tijdens dit inspectiebezoek, bepaalt de inspectie of er vervolgtoezicht nodig is en in welke vorm.

1.3 Beschrijving Zorgvilla Decor

Zorgvilla Decor

Conceptrapport van het inspectiebezoek aan Cor&Debby Zorgverlening, Zorgvilla Decor in Ede op 11 juli 2019
 Zorgvilla Decor heeft, in tegenstelling tot wat in de KvK en op hun eigen website staat, twee locaties in Ede. Zorgvilla Decor bestaat uit twee villa's aan dezelfde straat in Ede, namelijk nummer 60 en nummer 68. De inspectie bezocht beide villa's. Het management bestaat uit twee bestuurders. Zorgvilla Decor biedt wonen en zorg gescheiden aan. Cliënten sluiten een overeenkomst tot wonen, huisvesting en service af met Cor&Debby Zorgverlening. Zorgvilla Decor heeft geen WTZi-toelating. Zorgvilla Decor heeft geen aanmerking in het kader van de Wet bijzondere opnemingen psychiatrische ziekenhuizen (Bopz). Alle cliënten hebben een persoonsgebonden budget (PGB).

Opmerking 2.

De vermelding "in tegenstelling" komt m.i. wel erg suggestief over. Het enige wat er te vermelden valt is dat er bij de KvK überhaupt niet wordt gesproken over vestigingen. Hier staat alleen de Hoofdvestiging genoemd en de activiteiten die Cor&Debby Zorgverlening (C&D ZV) aanbiedt. Op de website staan de beide adressen vermeld en zal er zo spoedig mogelijk een aanpassing worden gemaakt om ook onze 2e mooie villa met foto's etc aan het publiek aan te bieden.

Cliënten

In Zorgvilla Decor kunnen cliënten wonen met uiteenlopende zorgvragen. In Zorgvilla Decor kunnen op nummer 60 maximaal 6 cliënten wonen. Op nummer 68 kunnen 10 cliënten wonen. Ten tijde van het bezoek verblijven 15 cliënten in Zorgvilla Decor met zorgprofielen (VV) van VV4 of VV5. Volgens de bestuurder hebben ten tijde van het inspectiebezoek de meeste cliënten een dementerend ziektebeeld. Slechts een enkele cliënt heeft alleen een somatische zorgvraag. Op de website van Zorgvilla Decor staat dat zij cliënten aannemen tot en met VV10. Cliënten kunnen in beide villa's gebruik maken van een gemeenschappelijke huiskamer. In de huiskamer heeft iedere cliënt een eigen stoel of bank met een tafeltje waarop persoonlijke spullen staan. Daarnaast heeft iedere cliënt een eigen slaapkamer met een wastafel. Volgens de visie van de bestuurders verblijven

cliënten alleen tijdens de nacht op de slaapkamer. De cliënten in iedere villa delen twee badkamers met elkaar.

Opmerking 3.

Zoals ook verderop in dit rapport duidelijk wordt is het m.i. van belang dat de volgende nuancering wordt gemaakt. Volgens de visie van de bestuurders is de opzet zodanig, dat bewoners gezamenlijk in de villa wonen en de beschikking hebben over een eigen slaapkamer. De bewoner huurt dus een woonplek in de villa met een eigen eenpersoons slaapkamer. Dat het continu verblijven op de slaapkamer niet wordt gestimuleerd maar daarentegen het gezamenlijk verblijven en wonen in de huiskamer wordt gestimuleerd wil niet zeggen dat het bewoner wordt ontzegd op de eigen slaapkamer te verblijven. Bewoners worden geenszins gedwongen overdag in de gezamenlijke huiskamer te verblijven of verplicht overdag van hun slaapkamer weg te blijven. Afhankelijk van de individuele wens maken verschillende bewoners ook overdag vrij gebruik van hun eigen slaapkamer. Dit zowel voor een extra rustmoment op de dag alsook voor het ontvangen van bezoek etc.

Zorgverleners

In totaal zijn er 20 zorgverleners beschikbaar voor de zorg. Dit zijn 10 verzorgende-IG niveau 3, 1 leerling verzorgende-IG, 2 verpleegkundige niveau 4, 2 leerling verpleegkundige niveau 4, 4 helpenden, 1 leerling maatschappelijke zorg. De twee bestuurders, respectievelijk verpleegkundige niveau 5 en ziekenverzorgende niveau 4, wonen bij de zorgvilla en vormen de 24-uurs achterwacht. Beide springen zij in bij de zorgverlening. Zorgvilla Decor heeft geen openstaande vacatures.

De twee bestuurders sturen Zorgvilla Decor aan. Daarnaast zijn er drie managers betrokken met ieder een eigen portefeuille voor zorg, facilitaire zaken en administratie. Twee managers hebben de opleiding tot verzorgende-IG afgerond, de derde manager is met de opleiding tot verzorgende-IG bezig. De bestuurders en de managers zijn familie van elkaar.

Op Zorgvilla Decor zijn verschillende disciplines betrokken bij de behandeling, waaronder een huisarts met specialisatie tot specialist ouderengeneeskunde (SO). Deze huisarts kan in consult als SO worden gevraagd. De huisarts kan een fysiotherapeut of een diëtiste inschakelen. De huisarts van de cliënt is eindverantwoordelijk voor de medische zorg. Cliënten kunnen hun eigen huisarts houden als zij bij Zorgvilla Decor komen wonen. Zorgvilla Decor werkt samen met meerdere huisartsen.

Ontwikkelingen

De bestuurder heeft Zorgvilla Decor in 2004 opgezet. In 2018 is (op loopafstand) een tweede villa geopend waardoor de capaciteit van 6 naar 16 cliënten is gegroeid. De wens van de bestuurder is om in de toekomst een derde locatie, in dezelfde straat, te openen.

2 Conclusie en vervolgacties

Volgt in het vastgestelde rapport

3 Resultaten Zorgvilla Decor

Hieronder staan de oordelen per norm en een toelichting daarop. Het oordeel geeft aan in welke mate de betreffende norm is gerealiseerd.

De inspectie beoordeelt de normen op een vierpuntschaal. De kleuren van de vierpuntschaal hebben de volgende betekenis.

Donkergroen: Zorgvilla Decor voldoet aan de norm.

De inspectie constateert op deze norm alleen positieve punten. Lichtgroen: Zorgvilla Decor voldoet grotendeels aan de norm.

De inspectie constateert op deze norm veelal positieve punten. De instelling is goed op weg; verbetering is mogelijk.

Geel: Zorgvilla Decor voldoet grotendeels niet aan de norm.

De inspectie constateert op deze norm overwegend negatieve punten.

Rood: Zorgvilla Decor voldoet niet aan de norm.

De inspectie constateert op deze norm nauwelijks tot geen positieve punten.

Blauw: De norm is niet getoetst

3.1 Persoonsgerichte zorg

Norm 1.2

Zorgverleners kennen de cliënt zijn wensen en behoeften.

Volgens de inspectie voldoet Zorgvilla Decor grotendeels aan deze norm.

Uit observaties en gesprekken komt naar voren dat zorgverleners de zorgbehoefte, mogelijkheden en beperkingen van de cliënten goed kennen. De inspectie hoort dat zorgverleners veel kennis hebben van de cliënten. Ze weten van iedere cliënt precies wat de zorgbehoefte is en wat de beperkingen zijn. Zo ziet de inspectie dat een zorgverlener de rollator aanreikt bij een cliënt. De cliënt kan hierdoor zelfstandig opstaan en zich door de villa bewegen.

Zorgverleners weten wat de voorkeuren van de cliënten zijn. Gesprekspartners vertellen bij opname de wensen en voorkeuren van de cliënten te bespreken met de cliënt en de familie. Ook is de levensgeschiedenis opgenomen in het zorgdossier. Zo hoort de inspectie een gesprekje over een bezoek van de dochter van een cliënt dat die ochtend heeft plaatsgevonden. De zorgverlener is op de hoogte van de naam van de dochter en vraagt naar het bezoek.

Daarentegen zijn de voorkeuren van de cliënt niet altijd het uitgangspunt voor het leveren van zorg. Zo is de visie van de bestuurder dat de slaapkamer is om te slapen. Cliënten verblijven overdag in de huiskamer en hebben niet de mogelijkheid zich terug te trekken op de slaapkamer. Een enkele cliënt verblijft wel op de slaapkamer. Bij deze cliënt staat de deur open en de camera aan. Het is voor de inspectie onduidelijk of de open deur en de camera naar wens van de cliënt zijn.

Opmerking 4.

Deze conclusie van de inspectie is fundamenteel onjuist en geeft daardoor een volkomen verkeerd signaal af. Zoals vermeld ook bij opmerking 3 wordt het wel of niet gebruik

maken van de slaapkamer overdag, en het wel of niet voortdurend verblijven op de slaapkamer volledig bepaald door de wens van de bewoner. Dat C&D ZV naar hun visie op zorg en samenleven dit niet stimuleren is echt wat anders.

Daarnaast ziet de inspectie een cliënt die houdt van orde en regelmaat. Tijdens de maaltijd komt een fysiotherapeut voor therapie voor deze cliënt. De cliënt geeft meerdere malen aan het niet fijn te vinden om tijdens het eten therapie te krijgen. De cliënt eet eerst de hoofdmaaltijd, gaat daarna naar therapie en eet vervolgens zijn toetje. Uit navraag komt naar voren dat de cliënt al meerdere keren therapie moet volgen tijdens de maaltijd. Iedere keer geeft de cliënt aan het niet fijn te vinden.

Opmerking 5. [REDACTED]

Naar onze mening is het vermelden van het bovenstaande een sterke vertekening van de werkelijkheid. Er wordt vanuit de organisatie juist zeer bewust naar zowel bezoek als wel naar behandelaars sterk aangedrongen de momenten van de maaltijden niet te verstoren. In het contact met familie wordt tevens aangeboden de mogelijkheid voor hen die van veraf komen de maaltijd mee te kunnen vieren als men dit van te voren aangeeft. Dit gebeurt overigens ook nog wel spontaan.

Norm 1.3

Cliënten voeren, binnen hun mogelijkheden, zelf regie over leven en welbevinden.

Volgens de inspectie voldoet Zorgvilla Decor grotendeels niet aan deze norm

Zorgvilla Decor beperkt cliënten in hun vrijheid zonder hierover afwegingen te maken. Cliënten verblijven vrijwillig bij Zorgvilla Decor. Toch richt Zorgvilla Decor correspondentie aan de contactpersoon in plaats van aan de cliënt. Ook evalueren zorgverleners de zorg met de contactpersoon. Bij deze bespreking is de cliënt niet aanwezig.

Opmerking 6. [REDACTED]

Deze conclusie wordt echt door ons met grote verbazing gelezen. De inspecteur kan naar mijn mening toch met weinig moeite vaststellen dat zoals uit alles blijkt de doelgroep van de bewoners, alsook de huidige populatie van bewoners helaas allemaal mensen zijn met, wisselend van lichte tot ernstige, vormen van dementie. Tot op heden hebben wij de familie van deze bewoners nooit verplicht een officiële verklaring van wilsonbekwaamheid aan te vragen bij de huisarts of geriater.

Wij hebben onder de druk van o.a. dit rapport besloten dit in de toekomst wel te doen. Ook zullen wij ten aanzien van de huidige bewoners binnen afzienbare tijd dit alsnog regelen met de uitleg dat de inspectie deze eis stelt.

*Persoonlijk wil ik hier aan toevoegen het een trieste zaak te vinden dat dit aandachtsgebied op deze wijze door de inspectie wordt gehanteerd. Uiteraard klinkt het geweldig om in het kwaliteits kader deze norm de invulling te geven die het krijgt. Mijns inziens wordt hiermee het enorme verdriet en triestheid dat deze mensen juist **niet** meer zelf in staat zijn te bepalen hoe en wat er nodig is voor hun eigen veiligheid te kort gedaan. Ik ben het helemaal eens met iedereen dat in het zorgdossier duidelijk terug te vinden moet zijn met wie de genomen maatregelen besproken zijn. Tevens hebben wij inmiddels in onze overeenkomst een verklaring opgenomen waarmee men instemt met het gebruik van een camera als extra toezicht met name in de nacht.*

Het feit dat de correspondentie via de contactpersoon verloopt en de evaluatie met deze contactpersoon plaatsvindt zonder de bewoner is om de bewoner niet naast de grote moeite die er al is vanwege de vorderende dementie ook nog eens te belasten met zaken die hem of haar nog meer verwarren.

Het mag duidelijk zijn dat zo er bewoners zijn die nog wel ten volle de beleving hebben van de vrijwilligheid voor het wonen in Zorgvilla Decor, deze bewoners ook zelf de

gesprekspartner zijn voor C&D ZV. Dit laatste is in de afgelopen jaren alleen voorgekomen bij mensen die zelfstandig en vrijwillig tijdelijk bij ons hebben gelogeerd vanwege tijdelijke afhankelijkheid en onvermogen in hun zelfstandigheid.

Daarnaast heeft Zorgvilla Decor in iedere slaapkamer en bij de uitgangen camera's opgehangen voor cameratoezicht. Gesprekspartners geven aan dit voor de veiligheid van de cliënt te doen. Dit cameratoezicht staat 24 uur per dag aan. Ook staan er bewegingssensoren bij het bed, de deur of op de gang. Gesprekspartners vertellen dat de nachtdienst een slaapdienst is. Als een sensor een signaal geeft, kijkt de nachtdienst op het scherm waar opnames van alle camera's op te zien zijn. Noch het cameratoezicht, noch de bewegingssensoren, ziet de inspectie terug in het zorgdossier. Het is niet duidelijk of de cliënt toestemming heeft gegeven voor de inzet van het cameratoezicht of de bewegingssensoren.

Opmerking 7.

Zie hiervoor ook voorgaande opmerkingen.

Tegelijkertijd heeft Zorgvilla oog voor het eigen regie van de cliënten tijdens het dagelijks leven. De inspectie ziet dat een cliënt in de keuken helpt met de vaat. Tijdens de maaltijd ziet de inspectie dat het eten in schalen is geschept. Deze schalen staan op tafel. Cliënten kunnen vanuit de schaal zelf het eten op hun bord scheppen. De inspectie ziet dat cliënten elkaar hiermee helpen. Ook kunnen cliënten vrij rondlopen. Cliënten kunnen ongehinderd naar buiten.

Norm 1.4

Cliënten ervaren nabijheid, geborgenheid, vertrouwen en begrip. Zij worden met respect behandeld.

Volgens de inspectie **voldoet Zorgvilla Decor** aan deze norm.

Uit gesprekken en observaties komt naar voren dat zorgverleners respect hebben voor de normen en waarden van de cliënt. De inspectie ziet dat een zorgverlener na de maaltijd een moment stilte vraagt voor degene die hier behoefte aan hebben. De inspectie ziet dat een aantal cliënten hier gebruik van maken.

Daarnaast hoort de inspectie dat zorgverleners cliënten op verschillende manieren aanspreken. Uit navraag blijkt dat dit op wens en aangeven van de cliënt is. Dit ligt vast in het cliëntendossier.

Uit gesprekken en observaties blijkt dat zorgverleners cliënten op een persoonlijke en respectvolle manier aandacht geven. Zorgverleners hebben voor iedere cliënt aandacht. Zo ziet de inspectie dat zorgverleners regelmatig een cliënt aanraken of op ooghoogte gaan zitten bij de cliënt. Ook bij de cliënt die op de kamer verblijft, loopt een zorgverlener naar binnen voor een praatje. Ook hoort de inspectie dat zorgverleners cliënten complimenten geven.

3.2 Deskundige zorgverlener

Norm 2.1

Zorgverleners maken hun professionele afwegingen over de benodigde zorg en ondersteuning op basis van gesignaleerde risico's, wensen, behoeften, mogelijkheden en beperkingen van de cliënt.

Volgens de inspectie voldoet Zorgvilla Decor grotendeels niet aan deze norm.

Bij de inzet van vrijheidsbeperkende maatregelen (VBM) vindt geen navolgbare afweging en evaluatie plaats. Zo zet Zorgvilla Decor bedrekken in bij enkele cliënten. Dit is niet vastgelegd in het zorgdossier. Het is voor de inspectie niet navolgbaar wanneer zorgverleners bedrekken inzetten. De inzet van bedrekken, of andere VBM's, gaat niet in samenspraak met arts. Zorgverleners evalueren de inzet van VBM niet. Hierdoor is het voor de inspectie onduidelijk of de inzet van VBM nog wenselijk is.

Uit gesprekken en dossierinzage komt naar voren dat zorgverleners de wensen, behoeften, mogelijkheden en beperkingen van de cliënt nauwelijks vastleggen in het zorgdossier. Daarnaast ontbreekt in de zorgdossiers informatie over de wilsbekwaamheid van de cliënten. Uit de gesprekken komt naar voren dat de zorgverleners voorbij blijken te gaan aan de wensen en de behoeften van de cliënten zelf. De inspectie ziet dat het zorgplan algemene doelen bevat die niet cliënt specifiek zijn. Ook ziet de inspectie de risico-inventarisatie niet terug in het dossier. Zorgverleners zeggen geen risico inschatting te maken.

Opmerking 8.

C&D ZV heeft besloten tot en werkt hard aan de invoering van een elektronisch dossier waarin genoemde zaken als hierboven zo duidelijk en helder mogelijk zullen worden genoteerd. Ik kan er niet omheen grote moeite te hebben met de in mijn ogen wel erg gemakkelijk gehanteerde conclusie dat C&D ZV voorbij blijkt te gaan aan de wensen en behoeften van de cliënten zelf. Hier zou ik graag zien dat de inspectie in haar rapport genuanceerder is, daar namelijk deze uitgangspunten met name en uitdrukkelijk de basis vormen voor de Zorgverlening.

C&D ZV doet er alles aan om via alle mogelijke wegen van anamnese, hetero-anamnese door familie en informatie van de voorgaande zorgverleners, huisarts en andere betrokken behandelaars zo volledig mogelijk de eigenheid van de bewoner in kaart te brengen en te gebruiken als basis uitgangspunt voor de te verlenen zorg en begeleiding.

Zoals ook in de indicatiestelling van de bewoners door het CIZ is te lezen, hebben wij te maken met mensen die, voor hen helaas, hun eigen vertrouwde omgeving hebben moeten verlaten omdat deze omgeving niet meer eigen en vertrouwd is. Een omgeving waar de risico's en gevaren zo groot zijn geworden dat het niet meer verantwoord is daar de benodigde zorg en begeleiding te ontvangen.

Mijns inziens vermeldt de inspectie in dit rapport erg vaak en ongenueanceerd de visie van de organisatie op een wijze alsof C&D ZV vooral zelf bepaalt welke zorg en begeleiding er gegeven moet worden en op welke wijze zonder deze aft e stemmen op de individuele wensen en behoeften van de bewoner.

Tegelijkertijd hoort de inspectie in gesprekken met zorgverleners dat zij wel professionele afwegingen maken. Zo hoort de inspectie over een cliënt die veelvuldig dwaalgedrag laat zien. Voor deze cliënt heeft Zorgvilla Decor een overplaatsing aangevraagd. In de tussenliggende periode volgen zorgverleners de cliënt naar buiten als zij dwaalgedrag vertoont.

Norm 2.2

Zorgverleners werken methodisch. Zij leggen dit hele proces inzichtelijk vast in het cliëntdossier.

Volgens de inspectie **voldoet Zorgvilla Decor niet** aan deze norm.

Zorgvilla Decor maakt gebruik van een papieren zorgdossier met daarin overdracht gegevens van de vorige zorgaanbieder, een zorgplan, een rapportageblad, een beleidsblad en een rapportageblad van behandelaren. De inspectie ziet dat de locatie geen actuele zorgplannen heeft, waarin de doelen en acties helder zijn vastgelegd. Zo ziet de inspectie dat zorgverleners alleen bij opname een zorgplan opstellen. Een cliënt die sinds 2016 in zorg is, heeft een zorgplan uit 2016. Volgens zorgverleners is de zorgvraag van deze cliënt wel veranderd tijdens het verblijf in zorgvilla Decor. Dit is niet vertaald naar aanpassingen in het zorgplan. Ook kan de zorgaanbieder niet aantonen dat de cliënt instemt met het zorgplan.

Uit gesprekken en dossierinzage komt dat er in wisselende mate samenhang is in het cliëntdossier. Zo ziet de inspectie in de overdracht van de vorige zorgaanbieder dat de cliënt bekend is met slikproblematiek. In het zorgplan komt deze slikproblematiek niet terug. De cliënt heeft in juni 2019 een tussentijdse ziekenhuisopname gehad. Bij ontslag benadrukt het ziekenhuis het belang van gepureerd eten voor deze cliënt in verband met slikproblematiek. In het beleidsblad staat eind juni 2019 de afspraak dat het eten voor de cliënt gepureerd moet worden. Tijdens de maaltijd ziet de inspectie dat het eten voor de cliënt niet is gepureerd. Uit navraag komt naar voren dat het eten niet meer gepureerd hoeft te worden. Dit staat echter nergens vastgelegd. De zorgverlener vertelt dat dit een keer tijdens een overdracht van dienst is gezegd. Ook staan metingen van gewicht, bloeddruk en observaties niet consequent in het zorgdossier vermeld.

Opmerking 9.

Zie hiervoor ook de eerdere opmerkingen over het invoeren van een elektronisch Zorgdossier. C&D ZV meent en hoopt met het invoeren hiervan een voor derden en du sook voor de inspectie duidelijker en overzichtelijker zorgplan te kunnen aanbieden en hanteren.

Norm 2.5

De zorgaanbieder zorgt dat er voldoende deskundige zorgverleners beschikbaar zijn, afgestemd op de aanwezige cliënten en actuele zorgvragen.

Volgens de inspectie **voldoet Zorgvilla Decor grotendeels niet** aan deze norm.

Zorgvilla Decor zorgt nauwelijks voor een passend aanbod aan scholingen. Zorgvilla Decor heeft geen scholingsbeleid, scholingsplan of scholingsoverzicht. Ook biedt Zorgvilla Decor geen scholing aan. Als zorgverleners een opleiding willen volgen, dan kan dit wel volgens de bestuurder. Ook houdt Zorgvilla Decor niet de bevoegd en bekwaamheden van zorgverleners bij. Zorgvilla Decor ziet dit als de verantwoordelijkheid van de zorgverleners zelf.

Opmerking 10.

Met grote verbazing lees ik hier de in mijn ogen wonderlijke één op één conclusie tussen het niet aanwezig zijn van een scholingsbeleid en het wel of niet inzetten van gekwalificeerd personeel.

Alle medewerkers die in dienst zijn bij C&D ZV hebben hun vereiste opleidingen gedaan en komen als gekwalificeerde beroepsbeoefenaars in dienst bij ons. Tevens heeft C&D ZV de officiële erkenningen om toekomstige beroepsbeoefenaren een volwaardige stageplek aan te bieden om hun benodigde opleiding te kunnen voltooien.

De genoemde eigenverantwoordelijkheid slaat op het onderhouden en eventueel uitbreiden van deskundigheid van de in dienst zijnde medewerkers.

Conceptrapport van het inspectiebezoek aan Cor&Debby Zorgverlening, Zorgvilla Decor in Ede op 11 juli 2019

De inspectie ziet dat de doelgroep cliënten bij Zorgvilla Decor gevarieerd is. Het enige exclusie criterium van de zorgaanbieder is de behoefte van de cliënt aan een gesloten woonomgeving. Volgens de bestuurder kan in principe iedere cliënt bij Zorgvilla Decor wonen. De visie hierbij is dat door aandacht en aanwezigheid van zorgverleners cliënten geen ongewenst gedrag meer laten zien.

Om deze visie kracht bij te zetten, heeft Zorgvilla Decor voldoende zorgverleners voor het leveren van de zorg. Ook hebben zij een overeenkomst met een naburige zorgaanbieder voor het uitvoeren van voorbehouden handelingen. Als er een cliënt komt met een voorbehouden handeling, die lang niet is uitgevoerd door zorgverleners, komt een verpleegkundige van de andere organisatie om deze handeling voor te doen. Daarna nemen zorgverleners van Zorgvilla Decor de handeling zelf over.

Uit de gesprekken komt naar voren dat tijdens de nacht er in elke villa een slaapwacht aanwezig is. Als vanwege de zorgvragen van de cliënten dit nodig is, wordt deze dienst omgezet in een waaknacht.

3.3 Sturen op kwaliteit en veiligheid

Norm 3.2

De zorgaanbieder bewaakt, beheerst en verbetert systematisch de kwaliteit en veiligheid van de zorg.

19-08-2019

Volgens de inspectie **voldoet Zorgvilla Decor niet** aan deze norm.

De inspectie ziet dat Zorgvilla Decor niet werkt met een terugkerend patroon van planning, uitvoering, controle en bijstelling van werkzaamheden. Van gesprekspartners hoort de inspectie dat Zorgvilla Decor geen kwaliteitsplan of kwaliteitsverslag heeft. De bestuurder geeft aan niet met doelen te werken om de kwaliteit van zorg te verbeteren. Daarnaast heeft Zorgvilla Decor geen kwaliteitsinformatie die zij gebruikt om de kwaliteit van zorg te verbeteren. Zo vertellen gesprekspartners bijna geen meldingen van incidenten (MIC) en fouten te hebben. Hierdoor analyseren zij deze incidenten en fouten niet. Volgens gesprekspartners is het laatste incident met medicatie een aantal jaar geleden. In de toedienlijsten ziet de inspectie dat

medicatie niet is afgetekend of is geweigerd. Hiervoor is geen MIC ingevuld. Ook zouden dit jaar twee incidenten met vallen zijn geweest. Toch komt de inspectie in meerdere rapportages in zorgdossiers tegen dat cliënten de afgelopen maanden gevallen zijn. Het is voor de inspectie onduidelijk of hier een MIC van is ingevuld. Ook onderzoekt de zorgaanbieder deze incidenten niet.

Zorgvilla Decor doet geen interne of externe audits om de kwaliteit van zorg in kaart te brengen. De zorgaanbieder heeft geen interne toezichthouder om te sparren over de kwaliteit van zorg.

Opmerking 11.

Zeer apart dat door de opmerking van gesprekspartners, dat er bijna geen meldingen (MIC) en fouten zijn te melden, de inspectie de conclusie meent te kunnen maken dat: "Hierdoor analyseren zij deze incidenten en fouten niet". Om de onduidelijkheid van het wel of niet aanwezig zijn van gemaakte MIC's weg te nemen hebben wij inmiddels een speciale map aangebracht waarin deze bewaard worden. Ook zal nog extra duidelijk het bespreken, analyseren en opstellen van verbeteringen om e.e.a. te voorkomen in de toekomst als vast besprekingspunt worden opgenomen in de agenda van de inmiddels nog duidelijker geplande besprekingen.

Norm 3.3

De zorgaanbieder schept voorwaarden voor een cultuur gericht op leren en verbeteren.

Volgens de inspectie **voldoet Zorgvilla Decor grotendeels niet** aan deze norm.

De aansturing van Zorgvilla Decor gebeurt door vijf personen die familie van elkaar zijn. Het is voor de inspectie onduidelijk hoe het management voldoende inspraak, samenspraak en tegenspraak regelt.

De bestuurder heeft op bestuursniveau geen ondersteuning, omdat Zorgvilla Decor niet deelneemt aan leernetwerken. De bestuurder vertelt wel eens (telefonisch) contact te hebben met andere zorgaanbieders in de regio. Dit vindt echter niet structureel plaats. Zowel de bestuurders als de managers als de zorgverleners gaan niet naar bijeenkomsten of congressen om kennis op te doen. Zorgvilla Decor is niet aangesloten bij een branchevereniging. Tijdens het bezoek komt naar voren dat het management niet op de hoogte is van het Kwaliteitskader verpleging en verzorging. Het is voor de inspectie onduidelijk hoe Zorgvilla Decor op de hoogte blijft van ontwikkelingen in het vakgebied.

De inspectie ziet dat zorgverleners de tijd en de ruimte krijgen om te reflecteren op de zorg die zij bieden. Eén keer per halfjaar vindt er werkoverleg plaats. In meerdere notulen van werkoverleggen leest de inspectie dat het team de aandachtspunten van alle cliënten bespreekt. Zo staat in de notulen dat de zorgverleners met elkaar bespreken hoe een maaltijd bij een cliënt moet worden aangeboden.

Opmerking 12.

Het mag mijns inziens duidelijk zijn dat hier het spanningsveld tussen de reeds jaren bestaande en gecontroleerde veelal grote intramurale instellingen en de kleine door particulier initiatief ontstane Kleinschalige woonvormen te vinden is. Zonder hier in vage beoordelingen te vervallen meen ik toch een paar opmerkingen hierover te kunnen maken. Het mag welhaast geen geheim zijn dat er in onze samenleving in de laatste jaren een helaas toenemend negatief beeld is ontstaan over de bestaande en gecontroleerde grote intramurale verpleeginstellingen. Het ontstaan van de inmiddels vele particuliere initiatieven is dan ook niet aan te duiden als, in volledige tevredenheid met het algemene aanbod van zorg en verpleging, aardig particulier initiatief. Ook zijn deze initiatieven niet te duiden als de meest aantrekkelijke vorm van ondernemen om zo snel mogelijk heel veel geld te verdienen. Deze initiatieven zijn mijns inziens veelmeer een reactie op het voorgaande door toegewijde zorgverleners. Geenszins wil ik beweren dat vanwege de bekende algemeen bestaande afkeer en afschik ooit in het verpleeghuis te belanden alle controle en kritische benadering achterwege moet blijven. Maar om nu te menen dat het opgestelde Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg waar de begrippen "leren", "verbeteren", "kwaliteit", "etc" die ons ondernemersjargon in de laatste halve eeuw rijk is geworden, ruimhartig en veelvuldig worden rondgestrooid ook de garantie geeft voor echte goede, persoonsgerichte zorg en ondersteuning, is mijns inziens meer wens dan werkelijkheid.

3.4

Medicatieveiligheid

Norm 4.3

Zorgverleners beschikken over een actueel medicatieoverzicht en actuele toedienlijst van de apotheek.

Volgens de inspectie **voldoet Zorgvilla Decor grotendeels niet** aan deze norm.

Zorgverleners beschikken voor elke cliënt die medicatie gebruikt over een actueel medicatieoverzicht en een actuele toedienlijst van de apotheek. De apotheek maakt en levert de medicatieoverzichten en de toedienlijsten van cliënten die medicatie gebruiken. Toch ziet de inspectie dat zorgverleners zelf de toedienlijsten aanpassen. Zo ziet de inspectie dat bij 'zo nodig' medicatie een doseringsschema is geschreven.

Opmerking 13.

Deze conclusie van de inspectie is geheel onterecht. Er wordt nooit zonder overleg met huisarts of andere behandelaar iets veranderd aan het voorschrift en toediening van de medicatie. Ook nu wordt in het papieren dossier op het tabblad de voorschriften, conclusies etc van externe diensten bijgehouden. Deze veranderingen of aanpassingen worden vervolgens in het dossier verwerkt en geactualiseerd. In het in de toekomst gebruikte EZD zal dit nog duidelijk terug te vinden zijn.

Norm 4.8

De zorgverlener parafeert de toegediende of aangereikte medicatie per medicijn en toedientijd op de toedienlijst.

Volgens de inspectie **voldoet Zorgvilla Decor niet** aan deze norm.

De zorgverlener parafeert de toegediende of aangereikte medicatie niet per medicijn en per toedientijdstip op de toedienlijst. De inspectie ziet meerdere keren op de toedienlijst dat medicatie niet is afgetekend. Zorgverleners zeggen niet altijd medicatie af te tekenen. In de notulen van een werkoverleg leest de inspectie dat aftekenen van medicatie niet hoeft, het is alleen handig voor de volgende dienst. Tijdens het bezoek ziet de inspectie dat een zorgverlener medicatie aftekent voordat deze medicatie is gegeven.

Ook vindt dubbele controle niet bekwaam plaats. Een zorgverlener vertelt hierover vaak alleen in een villa te staan met een ondersteunende dienst die geen medicatie mag delen. Hierdoor voert de zorgverlener de dubbele controle niet uit. Het is de zorgverlener onbekend hoe de dubbele controle plaats hoort te vinden en waarvoor deze controle dient.

Opmerking 14.

Ook deze conclusie is niet terecht. Er wordt op de aftekenlijst die wij van de apotheek ontvangen per medicijn, per doseermoment afgetekend. Dat de inspectie in haar controle heeft gezien dat er een aantal keren niet is afgetekend is te betreuren en wij zullen dan ook in elke bespreking en overdracht hierop nog scherper toezien. Ook hebben wij inmiddels afgesproken een patroon van controlemomenten door onze zorgmanager in te voeren om in de toekomst het niet aftekenen te voorkomen. Bij constatering van niet aftekenen is het de gewoonte en afspraak direct contact op te nemen met de op dat moment verantwoordelijke verzorgende om dit vergeten feit te corrigeren. Tevens zal door ons het dubbel controleren worden toegepast volgens de geldende algemene richtlijnen hiervoor.

Bijlage 1 Overzicht wet- en regelgeving, veldnormen, circulaires en rapporten

Wetgeving:

- Wet langdurige zorg (Wlz).
- Wet kwaliteit klachten en geschillen zorg (Wkkgz).
- Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG).
- Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO): Wijzigingswet Burgerlijk Wetboek.
- Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen (WMCZ).
- Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet Bopz).
- Zorgverzekeringswet (Zvw)
- Besluit langdurige zorg.
- Uitvoeringsbesluit Wkkgz.
- Besluit klachtenbehandeling Bopz.
- Besluit rechtspositieregelen Bopz.
- Besluit middelen en maatregelen Bopz.
- Besluit patiëntendossier Bopz.
- Besluit vaststelling van de minimumeisen voor de (verplichte) meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling.

Veldnormen:

- Kwaliteitskader verpleeghuiszorg, 2017.
- Toetsingskader IGJ, 2017.
- Governancecode zorg, 2017.
- Kader Toezicht op goed bestuur, 2016.
- Convenant preventie seksueel misbruik, VGN, Chronisch Zieken en Gehandicaptenraad, MEE Ned., Landelijk Steunpunt Cliëntenraden, CNV Publieke Zaak, Nu91, ABVA/KABO FNV, F.B.Z., 2007.
- Handreiking werkvoorraad geneesmiddelen, Actiz, GGZ Nederland, VGN, 2010.
- Handreiking seksualiteit en seksueel misbruik, VGN, Kennisplein gehandicaptenzorg, 2011.
- Landelijke instructie voor Toediening Gereedmaken van medicatie in verpleeg- en verzorgingshuizen, V&VN, 2008.
- Beroepscode van Verpleegkundigen en Verzorgenden, januari 2015.
- Richtlijn Overdracht van medicatiegegevens in de keten, ActiZ, GGZ Ned., IGZ, KNMG, KNMP, LEVV, LHV, NFU, NHG, NICTIZ, NPCF, NVVA, NVZ, NVZA, Orde, V&VN, VWS,ZN, FNT, NMT en VGN, 2008.
- Risicovolle medicatie in verband met dubbele controle, KNMG, 2013.

Circulaires en rapporten:

- Bulletin 'Het mag niet, het mag nooit: seksuele intimidatie door hulpverleners in de gezondheidszorg', IGZ, augustus 2004.
- Cultuuromslag terugdringen vrijheidsbeperking bij kwetsbare groepen in langdurige zorg volop gaande, duidelijke ambities voor 2011 nodig, IGZ, december 2010.
- De dagelijkse bezetting en kwaliteit van zorg in instellingen voor langdurige zorg, Nivel, 2012.
- Extra inspanning noodzakelijk voor terugdringen vrijheidsbeperking in langdurige zorg, IGZ, 2012.
- Medicatieveiligheid flink verbeterd in herbeoordeelde instellingen langdurige zorg en zorg thuis, IGZ, 2011.

Bijlage 2 Beoordeelde documenten

De inspectie heeft de met * gemarkeerde documenten opgenomen in haar archief.
De overige documenten vernietigt de inspectie na vaststelling van het rapport.

- Overzicht van zorgprofielen cliënten van de bezochte locaties;
- Overzicht dienstroosters zorgverleners en op de bezochte locaties;
- Notulen van twee werkoverleggen.

Van: [REDACTED]
Aan: [REDACTED]
Onderwerp: tbv WOB-verzoek Huize Décor
Datum: maandag 23 december 2019 11:27:31
Bijlagen: [image003.jpg](#)
[Conceptrapport Zorgvilla Decor 11-07-2019_becommantarieerd \[REDACTED\].docx](#)

Van: Cor&Debby Zorgverlening

Verzonden: dinsdag 20 augustus 2019 12:39

Aan: _Dienstpostbus IGJ Utrecht

CC: _Dienstpostbus IGJ afdeling V&V team RT

Onderwerp: kenmerk: [REDACTED] ter attentie van [REDACTED]

Hierbij stuur ik u het aan ons gestuurde concept rapport voorzien van opmerkingen mijnerzijds retour.

De door mij gemaakte opmerkingen staan op de plaats in het rapport waarop de opmerking van toepassing is in een andere tekststijl en kleur.

In afwachting van uw reactie verblijf ik,

Met vriendelijke groet namens Cor&Debby Zorgverlening,

[REDACTED]
logozorgvilladecortwitter



Amsterdamseweg 60

6712 GK EDE GLD.

Tel. 0318-645186

Fax 0318-640156

E-mail: info@zorgvilladecor.nl



Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd
*Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport*

Conceptrapport van het inspectiebezoek
aan Cor&Debby Zorgverlening,
Zorgvilla Decor in Ede
op 11 juli 2019

Utrecht, juli 2019

V2014217

Inhoud

1	Inleiding 3
1.1	Aanleiding bezoek 3
1.2	Doel en werkwijze 3
1.3	Beschrijving Zorgvilla Decor 3
2	Conclusie en vervolgacties 5
3	Resultaten Zorgvilla Decor 6
3.1	Persoonsgerichte zorg 6
3.2	Deskundige zorgverlener 8
3.3	Sturen op kwaliteit en veiligheid 9
3.4	Medicatieveiligheid 10
Bijlage 1	Overzicht wet- en regelgeving, veldnormen, circulaires en rapporten 12
Bijlage 2	Beoordeelde documenten 13

1 Inleiding

De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd sprak op 11 juli 2019 met de bestuurder van Cor&Debby Zorgverlening, bekend onder Kamer van Koophandel nummer 61170682. Aansluitend bracht de inspectie een bezoek aan de locatie van Cor&Debby Zorgverlening genaamd Zorgvilla Decor in Ede. In het rapport zal de inspectie omwille van de leesbaarheid schrijven over Zorgvilla Decor.

1.1 Aanleiding bezoek

De inspectie bezoekt alle zorgaanbieders die intramurale ouderenzorg leveren op grond van de Wet langdurige zorg (Wlz) en de Zorgverzekeringswet (Zvw).

1.2 Doel en werkwijze

Het inspectiebezoek bestaat uit een gesprek met de raad van bestuur. Dit gesprek gaat over de besturing van de organisatie. Daarna bezoekt de inspectie één locatie. Waar de inspectie naar kijkt, ligt vast in een toetsingskader. Bij de gesprekken, de rondleiding, de observaties en de eventuele documenten die zij inzien, letten de inspecteurs op een aantal normen uit de thema's: persoonsgerichte zorg, deskundige zorgverlener, sturen op kwaliteit en veiligheid en medicatieveiligheid. De inspectie toetst of de zorgaanbieder de zorg geeft zoals is voorgeschreven in wetten, professionele standaarden, veldnormen en in het veld vastgestelde kwaliteitskaders. Zij beoordeelt daarnaast de samenhang tussen de informatie uit het gesprek met de raad van bestuur en de bevindingen uit het locatiebezoek.

Op basis van de bevindingen tijdens dit inspectiebezoek, bepaalt de inspectie of er vervolgtoezicht nodig is en in welke vorm.

1.3 Beschrijving Zorgvilla Decor

Zorgvilla Decor

Zorgvilla Decor heeft, in tegenstelling tot wat in de KvK en op hun eigen website staat, twee locaties in Ede. Zorgvilla Decor bestaat uit twee villa's aan dezelfde straat in Ede, namelijk nummer 60 en nummer 68. De inspectie bezocht beide villa's. Het management bestaat uit twee bestuurders. Zorgvilla Decor biedt wonen en zorg gescheiden aan. Cliënten sluiten een overeenkomst tot wonen, huisvesting en service af met Cor&Debby Zorgverlening. Zorgvilla Decor heeft geen WTZi-toelating. Zorgvilla Decor heeft geen aanmerking in het kader van de Wet bijzondere opnemingen psychiatrische ziekenhuizen (Bopz). Alle cliënten hebben een persoonsgebonden budget (PGB).

Cliënten

In Zorgvilla Decor kunnen cliënten wonen met uiteenlopende zorgvragen. In Zorgvilla Decor kunnen op nummer 60 maximaal 6 cliënten wonen. Op nummer 68 kunnen 10 cliënten wonen. Ten tijde van het bezoek verblijven 15 cliënten in Zorgvilla Decor met zorgprofielen (VV) van VV4 of VV5. Volgens de bestuurder hebben ten tijde van het inspectiebezoek de meeste cliënten een dementerend ziektebeeld. Slechts een enkele cliënt heeft alleen een somatische zorgvraag. Op de website van Zorgvilla Decor staat dat zij cliënten aannemen tot en met VV10. Cliënten kunnen in beide villa's gebruik maken van een gemeenschappelijke huiskamer. In de huiskamer heeft iedere cliënt een eigen stoel of bank met een tafeltje waarop persoonlijke spullen staan. Daarnaast heeft iedere cliënt een eigen slaapkamer met een wastafel. Volgens de visie van de bestuurders verblijven

cliënten alleen tijdens de nacht op de slaapkamer. De cliënten in iedere villa delen twee badkamers met elkaar.

Zorgverleners

In totaal zijn er 20 zorgverleners beschikbaar voor de zorg. Dit zijn 10 verzorgende-IG niveau 3, 1 leerling verzorgende-IG, 2 verpleegkundige niveau 4, 2 leerling verpleegkundige niveau 4, 4 helpenden, 1 leerling maatschappelijke zorg. De twee bestuurders, respectievelijk verpleegkundige niveau 5 en ziekenverzorgende niveau 4, wonen bij de zorgvilla en vormen de 24-uurs achterwacht. Beide springen zij in bij de zorgverlening. Zorgvilla Decor heeft geen openstaande vacatures.

De twee bestuurders sturen Zorgvilla Decor aan. Daarnaast zijn er drie managers betrokken met ieder een eigen portefeuille voor zorg, facilitaire zaken en administratie. Twee managers hebben de opleiding tot verzorgende-IG afgerond, de derde manager is met de opleiding tot verzorgende-IG bezig. De bestuurders en de managers zijn familie van elkaar.

Op Zorgvilla Decor zijn verschillende disciplines betrokken bij de behandeling, waaronder een huisarts met specialisatie tot specialist ouderengeneeskunde (SO). Deze huisarts kan in consult als SO worden gevraagd. De huisarts kan een fysiotherapeut of een diëtiste inschakelen. De huisarts van de cliënt is eindverantwoordelijk voor de medische zorg. Cliënten kunnen hun eigen huisarts houden als zij bij Zorgvilla Decor komen wonen. Zorgvilla Decor werkt samen met meerdere huisartsen.

Ontwikkelingen

De bestuurder heeft Zorgvilla Decor in 2004 opgezet. In 2018 is (op loopafstand) een tweede villa geopend waardoor de capaciteit van 6 naar 16 cliënten is gegroeid. De wens van de bestuurder is om in de toekomst een derde locatie, in dezelfde straat, te openen.

2 Conclusie en vervolgacties

Volgt in het vastgestelde rapport

3 Resultaten Zorgvilla Decor

Hieronder staan de oordelen per norm en een toelichting daarop. Het oordeel geeft aan in welke mate de betreffende norm is gerealiseerd.

De inspectie beoordeelt de normen op een vierpuntschaal. De kleuren van de vierpuntschaal hebben de volgende betekenis.

Donkergroen:	Zorgvilla Decor voldoet aan de norm. De inspectie constateert op deze norm alleen positieve punten.
Lichtgroen:	Zorgvilla Decor voldoet grotendeels aan de norm. De inspectie constateert op deze norm veelal positieve punten. De instelling is goed op weg; verbetering is mogelijk.
Geel:	Zorgvilla Decor voldoet grotendeels niet aan de norm. De inspectie constateert op deze norm overwegend negatieve punten.
Rood:	Zorgvilla Decor voldoet niet aan de norm. De inspectie constateert op deze norm nauwelijks tot geen positieve punten.
Blauw:	De norm is niet getoetst

3.1 Persoonsgerichte zorg

Norm 1.2

Zorgverleners kennen de cliënt zijn wensen en behoeften.

Volgens de inspectie **voldoet Zorgvilla Decor grotendeels** aan deze norm.

Uit observaties en gesprekken komt naar voren dat zorgverleners de zorgbehoefte, mogelijkheden en beperkingen van de cliënten goed kennen. De inspectie hoort dat zorgverleners veel kennis hebben van de cliënten. Ze weten van iedere cliënt precies wat de zorgbehoefte is en wat de beperkingen zijn. Zo ziet de inspectie dat een zorgverlener de rollator aanreikt bij een cliënt. De cliënt kan hierdoor zelfstandig opstaan en zich door de villa bewegen.

Zorgverleners weten wat de voorkeuren van de cliënten zijn. Gesprekspartners vertellen bij opname de wensen en voorkeuren van de cliënten te bespreken met de cliënt en de familie. Ook is de levensgeschiedenis opgenomen in het zorgdossier. Zo hoort de inspectie een gesprekje over een bezoek van de dochter van een cliënt dat die ochtend heeft plaatsgevonden. De zorgverlener is op de hoogte van de naam van de dochter en vraagt naar het bezoek.

Daarentegen zijn de voorkeuren van de cliënt niet altijd het uitgangspunt voor het leveren van zorg. Zo is de visie van de bestuurder dat de slaapkamer is om te slapen. Cliënten verblijven overdag in de huiskamer en hebben niet de mogelijkheid zich terug te trekken op de slaapkamer. Een enkele cliënt verblijft wel op de slaapkamer. Bij deze cliënt staat de deur open en de camera aan. Het is voor de inspectie onduidelijk of de open deur en de camera naar wens van de cliënt zijn. Daarnaast ziet de inspectie een cliënt die houdt van orde en regelmaat. Tijdens de maaltijd komt een fysiotherapeut voor therapie voor deze cliënt. De cliënt geeft meerdere malen aan het niet fijn te vinden om tijdens het eten therapie te krijgen. De cliënt eet eerst de hoofdmaaltijd, gaat daarna naar therapie en eet vervolgens zijn toetje. Uit navraag komt naar voren dat de cliënt al meerdere keren therapie

moet volgen tijdens de maaltijd. Iedere keer geeft de cliënt aan het niet fijn te vinden.

Norm 1.3

Cliënten voeren, binnen hun mogelijkheden, zelf regie over leven en welbevinden.

Volgens de inspectie **voldoet Zorgvilla Decor grotendeels niet** aan deze norm

Zorgvilla Decor beperkt cliënten in hun vrijheid zonder hierover afwegingen te maken. Cliënten verblijven vrijwillig bij Zorgvilla Decor. Toch richt Zorgvilla Decor correspondentie aan de contactpersoon in plaats van aan de cliënt. Ook evalueren zorgverleners de zorg met de contactpersoon. Bij deze bespreking is de cliënt niet aanwezig.

Daarnaast heeft Zorgvilla Decor in iedere slaapkamer en bij de uitgangen camera's opgehangen voor cameratoezicht. Gesprekspartners geven aan dit voor de veiligheid van de cliënt te doen. Dit cameratoezicht staat 24 uur per dag aan. Ook staan er bewegingssensoren bij het bed, de deur of op de gang. Gesprekspartners vertellen dat de nachtdienst een slaapdienst is. Als een sensor een signaal geeft, kijkt de nachtdienst op het scherm waar opnames van alle camera's op te zien zijn. Noch het cameratoezicht, noch de bewegingssensoren, ziet de inspectie terug in het zorgdossier. Het is niet duidelijk of de cliënt toestemming heeft gegeven voor de inzet van het cameratoezicht of de bewegingssensoren.

Tegelijkertijd heeft Zorgvilla oog voor het eigen regie van de cliënten tijdens het dagelijks leven. De inspectie ziet dat een cliënt in de keuken helpt met de vaat. Tijdens de maaltijd ziet de inspectie dat het eten in schalen is geschept. Deze schalen staan op tafel. Cliënten kunnen vanuit de schaal zelf het eten op hun bord scheppen. De inspectie ziet dat cliënten elkaar hiermee helpen.

Ook kunnen cliënten vrij rondlopen. Cliënten kunnen ongehinderd naar buiten.

Norm 1.4

Cliënten ervaren nabijheid, geborgenheid, vertrouwen en begrip. Zij worden met respect behandeld.

Volgens de inspectie **voldoet Zorgvilla Decor** aan deze norm.

Uit gesprekken en observaties komt naar voren dat zorgverleners respect hebben voor de normen en waarden van de cliënt. De inspectie ziet dat een zorgverlener na de maaltijd een moment stilte vraagt voor degene die hier behoefte aan hebben. De inspectie ziet dat een aantal cliënten hier gebruik van maken.

Daarnaast hoort de inspectie dat zorgverleners cliënten op verschillende manieren aanspreken. Uit navraag blijkt dat dit op wens en aangeven van de cliënt is. Dit ligt vast in het cliëntendossier.

Uit gesprekken en observaties blijkt dat zorgverleners cliënten op een persoonlijke en respectvolle manier aandacht geven. Zorgverleners hebben voor iedere cliënt aandacht. Zo ziet de inspectie dat zorgverleners regelmatig een cliënt aanraken of op ooghoogte gaan zitten bij de cliënt. Ook bij de cliënt die op de kamer verblijft, loopt een zorgverlener naar binnen voor een praatje. Ook hoort de inspectie dat zorgverleners cliënten complimenten geven.

3.2

Deskundige zorgverlener**Norm 2.1**

Zorgverleners maken hun professionele afwegingen over de benodigde zorg en ondersteuning op basis van gesignaleerde risico's, wensen, behoeften, mogelijkheden en beperkingen van de cliënt.

Volgens de inspectie **voldoet Zorgvilla Decor grotendeels niet** aan deze norm.

Bij de inzet van vrijheidsbeperkende maatregelen (VBM) vindt geen navolgbare afweging en evaluatie plaats. Zo zet Zorgvilla Decor bedrekken in bij enkele cliënten. Dit is niet vastgelegd in het zorgdossier. Het is voor de inspectie niet navolgbaar wanneer zorgverleners bedrekken inzetten. De inzet van bedrekken, of andere VBM's, gaat niet in samenspraak met arts. Zorgverleners evalueren de inzet van VBM niet. Hierdoor is het voor de inspectie onduidelijk of de inzet van VBM nog wenselijk is.

Uit gesprekken en dossierinzage komt naar voren dat zorgverleners de wensen, behoeften, mogelijkheden en beperkingen van de cliënt nauwelijks vastleggen in het zorgdossier. Daarnaast ontbreekt in de zorgdossiers informatie over de wilsbekwaamheid van de cliënten. Uit de gesprekken komt naar voren dat de zorgverleners voorbij blijken te gaan aan de wensen en de behoeften van de cliënten zelf. De inspectie ziet dat het zorgplan algemene doelen bevat die niet cliënt specifiek zijn. Ook ziet de inspectie de risico-inventarisatie niet terug in het dossier. Zorgverleners zeggen geen risico inschatting te maken.

Tegelijkertijd hoort de inspectie in gesprekken met zorgverleners dat zij wel professionele afwegingen maken. Zo hoort de inspectie over een cliënt die veelvuldig dwaalgedrag laat zien. Voor deze cliënt heeft Zorgvilla Decor een overplaatsing aangevraagd. In de tussenliggende periode volgen zorgverleners de cliënt naar buiten als zij dwaalgedrag vertoont.

Norm 2.2

Zorgverleners werken methodisch. Zij leggen dit hele proces inzichtelijk vast in het cliëntdossier.

Volgens de inspectie **voldoet Zorgvilla Decor niet** aan deze norm.

Zorgvilla Decor maakt gebruik van een papieren zorgdossier met daarin overdracht gegevens van de vorige zorgaanbieder, een zorgplan, een rapportageblad, een beleidsblad en een rapportageblad van behandelaren.

De inspectie ziet dat de locatie geen actuele zorgplannen heeft, waarin de doelen en acties helder zijn vastgelegd. Zo ziet de inspectie dat zorgverleners alleen bij opname een zorgplan opstellen. Een cliënt die sinds 2016 in zorg is, heeft een zorgplan uit 2016. Volgens zorgverleners is de zorgvraag van deze cliënt wel veranderd tijdens het verblijf in zorgvilla Decor. Dit is niet vertaald naar aanpassingen in het zorgplan. Ook kan de zorgaanbieder niet aantonen dat de cliënt instemt met het zorgplan.

Uit gesprekken en dossierinzage komt dat er in wisselende mate samenhang is in het cliëntdossier. Zo ziet de inspectie in de overdracht van de vorige zorgaanbieder dat de cliënt bekend is met slikproblematiek. In het zorgplan komt deze slikproblematiek niet terug. De cliënt heeft in juni 2019 een tussentijdse ziekenhuisopname gehad. Bij ontslag benadrukt het ziekenhuis het belang van gepureerd eten voor deze cliënt in verband met slikproblematiek. In het beleidsblad

staat eind juni 2019 de afspraak dat het eten voor de cliënt gepureerd moet worden. Tijdens de maaltijd ziet de inspectie dat het eten voor de cliënt niet is gepureerd. Uit navraag komt naar voren dat het eten niet meer gepureerd hoeft te worden. Dit staat echter nergens vastgelegd. De zorgverlener vertelt dat dit een keer tijdens een overdracht van dienst is gezegd. Ook staan metingen van gewicht, bloeddruk en observaties niet consequent in het zorgdossier vermeld.

Norm 2.5

De zorgaanbieder zorgt dat er voldoende deskundige zorgverleners beschikbaar zijn, afgestemd op de aanwezige cliënten en actuele zorgvragen.

Volgens de inspectie **voldoet Zorgvilla Decor grotendeels niet** aan deze norm.

Zorgvilla Decor zorgt nauwelijks voor een passend aanbod aan scholingen. Zorgvilla Decor heeft geen scholingsbeleid, scholingsplan of scholingsoverzicht. Ook biedt Zorgvilla Decor geen scholing aan. Als zorgverleners een opleiding willen volgen, dan kan dit wel volgens de bestuurder. Ook houdt Zorgvilla Decor niet de bevoegd en bekwaamheden van zorgverleners bij. Zorgvilla Decor ziet dit als de verantwoordelijkheid van de zorgverleners zelf.

De inspectie ziet dat de doelgroep cliënten bij Zorgvilla Decor gevarieerd is. Het enige exclusie criterium van de zorgaanbieder is de behoefte van de cliënt aan een gesloten woonomgeving. Volgens de bestuurder kan in principe iedere cliënt bij Zorgvilla Decor wonen. De visie hierbij is dat door aandacht en aanwezigheid van zorgverleners cliënten geen ongewenst gedrag meer laten zien.

Om deze visie kracht bij te zetten, heeft Zorgvilla Decor voldoende zorgverleners voor het leveren van de zorg. Ook hebben zij een overeenkomst met een naburige zorgaanbieder voor het uitvoeren van voorbehouden handelingen. Als er een cliënt komt met een voorbehouden handeling, die lang niet is uitgevoerd door zorgverleners, komt een verpleegkundige van de andere organisatie om deze handeling voor te doen. Daarna nemen zorgverleners van Zorgvilla Decor de handeling zelf over.

Uit de gesprekken komt naar voren dat tijdens de nacht er in elke villa een slaapwacht aanwezig is. Als vanwege de zorgvragen van de cliënten dit nodig is, wordt deze dienst omgezet in een waaknacht.

3.3

Sturen op kwaliteit en veiligheid

Norm 3.2

De zorgaanbieder bewaakt, beheerst en verbetert systematisch de kwaliteit en veiligheid van de zorg.

Volgens de inspectie **voldoet Zorgvilla Decor niet** aan deze norm.

De inspectie ziet dat Zorgvilla Decor niet werkt met een terugkerend patroon van planning, uitvoering, controle en bijstelling van werkzaamheden. Van gesprekspartners hoort de inspectie dat Zorgvilla Decor geen kwaliteitsplan of kwaliteitsverslag heeft. De bestuurder geeft aan niet met doelen te werken om de kwaliteit van zorg te verbeteren.

Daarnaast heeft Zorgvilla Decor geen kwaliteitsinformatie die zij gebruikt om de kwaliteit van zorg te verbeteren. Zo vertellen gesprekspartners bijna geen meldingen van incidenten (MIC) en fouten te hebben. Hierdoor analyseren zij deze incidenten en fouten niet. Volgens gesprekspartners is het laatste incident met medicatie een aantal jaar geleden. In de toedienlijsten ziet de inspectie dat

medicatie niet is afgetekend of is geweigerd. Hiervoor is geen MIC ingevuld. Ook zouden dit jaar twee incidenten met vallen zijn geweest. Toch komt de inspectie in meerdere rapportages in zorgdossiers tegen dat cliënten de afgelopen maanden gevallen zijn. Het is voor de inspectie onduidelijk of hier een MIC van is ingevuld. Ook onderzoekt de zorgaanbieder deze incidenten niet. Zorgvilla Decor doet geen interne of externe audits om de kwaliteit van zorg in kaart te brengen. De zorgaanbieder heeft geen interne toezichthouder om te sparren over de kwaliteit van zorg.

Norm 3.3

De zorgaanbieder schept voorwaarden voor een cultuur gericht op leren en verbeteren.

Volgens de inspectie **voldoet Zorgvilla Decor grotendeels niet** aan deze norm.

De aansturing van Zorgvilla Decor gebeurt door vijf personen die familie van elkaar zijn. Het is voor de inspectie onduidelijk hoe het management voldoende inspraak, samenspraak en tegenspraak regelt.

De bestuurder heeft op bestuursniveau geen ondersteuning, omdat Zorgvilla Decor niet deelneemt aan leernetwerken. De bestuurder vertelt wel eens (telefonisch) contact te hebben met andere zorgaanbieders in de regio. Dit vindt echter niet structureel plaats. Zowel de bestuurders als de managers als de zorgverleners gaan niet naar bijeenkomsten of congressen om kennis op te doen. Zorgvilla Decor is niet aangesloten bij een branchevereniging.

Tijdens het bezoek komt naar voren dat het management niet op de hoogte is van het Kwaliteitskader verpleging en verzorging. Het is voor de inspectie onduidelijk hoe Zorgvilla Decor op de hoogte blijft van ontwikkelingen in het vakgebied.

De inspectie ziet dat zorgverleners de tijd en de ruimte krijgen om te reflecteren op de zorg die zij bieden. Eén keer per halfjaar vindt er werkoverleg plaats. In meerdere notulen van werkoverleggen leest de inspectie dat het team de aandachtspunten van alle cliënten bespreekt. Zo staat in de notulen dat de zorgverleners met elkaar bespreken hoe een maaltijd bij een cliënt moet worden aangeboden.

3.4

Medicatieveiligheid

Norm 4.3

Zorgverleners beschikken over een actueel medicatieoverzicht en actuele toedienlijst van de apotheek.

Volgens de inspectie **voldoet Zorgvilla Decor grotendeels niet** aan deze norm.

Zorgverleners beschikken voor elke cliënt die medicatie gebruikt over een actueel medicatieoverzicht en een actuele toedienlijst van de apotheek. De apotheek maakt en levert de medicatieoverzichten en de toedienlijsten van cliënten die medicatie gebruiken. Toch ziet de inspectie dat zorgverleners zelf de toedienlijsten aanpassen. Zo ziet de inspectie dat bij 'zo nodig' medicatie een doseringsschema is geschreven.

Norm 4.8

De zorgverlener parafeert de toegediende of aangereikte medicatie per medicijn en toedientijd op de toedienlijst.

Volgens de inspectie **volft Zorgvilla Decor niet** aan deze norm.

De zorgverlener parafeert de toegediende of aangereikte medicatie niet per medicijn en per toedientijdstip op de toedienlijst. De inspectie ziet meerdere keren op de toedienlijst dat medicatie niet is afgetekend. Zorgverleners zeggen niet altijd medicatie af te tekenen. In de notulen van een werkoverleg leest de inspectie dat aftekenen van medicatie niet hoeft, het is alleen handig voor de volgende dienst. Tijdens het bezoek ziet de inspectie dat een zorgverlener medicatie aftekent voordat deze medicatie is gegeven.

Ook vindt dubbele controle niet bekwaam plaats. Een zorgverlener vertelt hierover vaak alleen in een villa te staan met een ondersteunende dienst die geen medicatie mag delen. Hierdoor voert de zorgverlener de dubbele controle niet uit. Het is de zorgverlener onbekend hoe de dubbele controle plaats hoort te vinden en waarvoor deze controle dient.

Bijlage 1 Overzicht wet- en regelgeving, veldnormen, circulaire en rapporten

Wetgeving:

- Wet langdurige zorg (Wlz).
- Wet kwaliteit klachten en geschillen zorg (Wkkgz).
- Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG).
- Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO): Wijzigingswet Burgerlijk Wetboek.
- Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen (WMCZ).
- Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet Bopz).
- Zorgverzekeringswet (Zvw)
- Besluit langdurige zorg.
- Uitvoeringsbesluit Wkkgz.
- Besluit klachtenbehandeling Bopz.
- Besluit rechtspositieregelen Bopz.
- Besluit middelen en maatregelen Bopz.
- Besluit patiëntendossier Bopz.
- Besluit vaststelling van de minimumeisen voor de (verplichte) meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling.

Veldnormen:

- Kwaliteitskader verpleeghuiszorg, 2017.
- Toetsingskader IGJ, 2017.
- Governancecode zorg, 2017.
- Kader Toezicht op goed bestuur, 2016.
- Convenant preventie seksueel misbruik, VGN, Chronisch Zieken en Gehandicaptenraad, MEE Ned., Landelijk Steunpunt Cliëntenraden, CNV Publieke Zaak, Nu91, ABVA/KABO FNV, F.B.Z., 2007.
- Handreiking werkvoorraad geneesmiddelen, Actiz, GGZ Nederland, VGN, 2010.
- Handreiking seksualiteit en seksueel misbruik, VGN, Kennisplein gehandicaptenzorg, 2011.
- Landelijke instructie voor Toediening Gereedmaken van medicatie in verpleeg- en verzorgingshuizen, V&VN, 2008.
- Beroepscode van Verpleegkundigen en Verzorgenden, januari 2015.
- Richtlijn Overdracht van medicatiegegevens in de keten, ActiZ, GGZ Ned., IGZ, KNMG, KNMP, LEVV, LHV, NFU, NHG, NICTIZ, NPCF, NVVA, NVZ, NVZA, Orde, V&VN, VWS,ZN, FNT, NMT en VGN, 2008.
- Risicovolle medicatie in verband met dubbele controle, KNMG, 2013.

Circulaire en rapporten:

- Bulletin 'Het mag niet, het mag nooit: seksuele intimidatie door hulpverleners in de gezondheidszorg', IGZ, augustus 2004.
- Cultuuromslag terugdringen vrijheidsbeperking bij kwetsbare groepen in langdurige zorg volop gaande, duidelijke ambities voor 2011 nodig, IGZ, december 2010.
- De dagelijkse bezetting en kwaliteit van zorg in instellingen voor langdurige zorg, Nivel, 2012.
- Extra inspanning noodzakelijk voor terugdringen vrijheidsbeperking in langdurige zorg, IGZ, 2012.
- Medicatieveiligheid flink verbeterd in herbeoordeelde instellingen langdurige zorg en zorg thuis, IGZ, 2011.

Bijlage 2 Beoordeelde documenten

De inspectie heeft de met * gemarkeerde documenten opgenomen in haar archief.
De overige documenten vernietigt de inspectie na vaststelling van het rapport.

- Overzicht van zorgprofielen cliënten van de bezochte locaties;
- Overzicht dienstroosters zorgverleners en op de bezochte locaties;
- Notulen van twee werkoverleggen.

Van: [REDACTED]
Aan: [REDACTED]
Onderwerp: tbv WOB-verzoek Huize Decor
Datum: maandag 23 december 2019 11:28:08
Bijlagen: [image003.jpg](#)

Van: Cor&Debby Zorgverlening

Verzonden: woensdag 21 augustus 2019 13:08

Aan: _Dienstpostbus IGJ Utrecht

CC: _Dienstpostbus IGJ afdeling V&V team RT

Onderwerp: FW: kenmerk: [REDACTED] ter attentie van [REDACTED] nabericht

Geachte [REDACTED]

Hierbij stuur ik u toch nog even dit nabericht ten aanzien van uw bezoek en concept rapport. E.e.a. nog eens scherp nakijkend etc ontkom ik er niet aan u te delen hoe ik überhaupt aankijk tegen de inschaling van ons initiatief.

In de afgelopen 15 jaar van ons bestaan zijn wij voortdurend aangelopen tegen het feit dat de typering van ons initiatief vooral heel lastig en moeilijk blijkt te zijn.

Eenzijds kunnen onze bewoners nergens aanspraak op maken voor wat betreft de wooncomponent, zoals huurtoeslag of iets dergelijks.

De bewoners beschikken immers niet over een eigen zelfstandige huishouding.

Anderzijds worden wij zoals ook door de inspectie getypeerd als een vorm van geclusterd wonen.

Zoals ik reeds in mijn 1^e opmerking in het conceptrapport heb aangegeven is er dus ook nog de contradictie tussen de "vrijheid" van de cliënt

die kiest voor een verzilvering van diens indicatie in de vorm van een PGB. Hiermee dus zelf verantwoordelijk en bepalend welke zorg hij of zij wil inkopen,

maar toch wordt geschaard onder de intramurale ouderenzorg op grond van de WLZ.

Daarom stuur ik u hierbij een copie van de begrippen die openbaar te raadplegen is van ACTIZ.

Deze lijst raadplegende vraag ik mij nog sterker af waarom de inspectie ons initiatief niet verbind aan het kwaliteitskader Wijkverpleging ipv het kwaliteitskader Verpleeghuiszorg.

Het laatste kader geeft ons zoals u zult begrijpen aanmerkelijk meer moeite om ons daarin te herkennen en te verbinden dan het kwaliteitskader welk bedoeld en ontwikkeld is voor de totaalzorg in de eigen woonomgeving.

Hierbij ten overvloede nogmaals opgemerkt dat er bij ons en geen sprake is van intramurale ouderenzorg, ook niet van geclusterd wonen,

ook niet van Verpleeghuiszorg buiten de muren van het verpleeghuis maar van thuiszorg in weliswaar een door de bewoners gekozen andere vorm van wonen, namelijk groepswonen.

Ook al hebben de bewoners een indicatie die hen het recht en de mogelijkheid biedt zich te laten opnemen in de multidisciplinaire omgeving van het verpleeghuis,

kiezen zij voor deze andere vorm van wonen en maken daarbij gebruik van alle beschikbare eerstelijnszorg met als medische coordinator hun eigen huisarts i.p.v. de verpleeghuisarts.

Ik zie ook hierop graag uw reactie tegemoet.

<https://www.kcwz.nl/begrippenlijst>

Met vriendelijke groet namens Cor&Debby Zorgverlening,

[REDACTED]
logozorgvilladecortwitter



Amsterdamseweg 60
6712 GK EDE GLD.
Tel. 0318-645186
Fax 0318-640156
E-mail: info@zorgvilladecor.nl

Van: [REDACTED]
Aan: [REDACTED]
Onderwerp: tbv WOB-verzoek Huize Decor
Datum: maandag 23 december 2019 11:28:57
Bijlagen: [REDACTED] [Openbaarmakingsbesluit Zorgvilla Decor 11-07-2019.pdf](#)
[REDACTED] [Aanbiedbrief bij vastgesteld rapport Zorgvilla Decor 11-07-2019.pdf](#)
[REDACTED] [Vastgesteld rapport Zorgvilla Decor 11-07-2019.pdf](#)

Van: _Dienstpostbus IGJ afdeling V&V team RT

Verzonden: vrijdag 13 september 2019 07:36

Aan: info@zorgvilladecor.nl

Onderwerp: [REDACTED] vastgesteld rapport Zorgvilla Decor 11-07-2019

Geachte raad van bestuur,

Hierbij ontvangt u het vastgestelde rapport en de begeleidende brief van het inspectiebezoek aan Cor&Debby Zorgverlening, Zorgvilla Decor in Ede.

Ook treft u als bijlage aan het besluit tot openbaarmaken van het vastgestelde rapport.

Het rapport en de brieven worden u alleen per e-mail toegestuurd.

Graag ontvang ik een ontvangstbevestiging van deze e-mail met bijlagen.

Met vriendelijke groet,

[REDACTED]
Medewerker Toezicht IGJ

.....
Afdeling Verpleging & Verzorging
Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Stadsplateau 1 | 3521 AZ | Utrecht
Postbus 2518 | 6401 DA | Heerlen

.....
T 088-1205000

[REDACTED]
<https://www.igj.nl>

Twitter: @IGJnl

.....
Bekijk het verhaal van IGJ: **Gezond vertrouwen**
.....



Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd
Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 2518 6401 DA Heerlen

Zorgvilla DECOR
T.a.v. Raad van bestuur
Amsterdamseweg 60
6712 GK EDE

Stadsplateau 1
3521 AZ Utrecht
Postbus 2518
6401 DA Heerlen
T 088 120 5000
www.igj.nl

Inlichtingen bij

[redacted]@igj.nl

Ons kenmerk

[redacted]

Uw brief

21 augustus 2019

Datum 13 september 2019
Betreft Vastgesteld rapport

Geachte bestuurder,

Op 11 juli 2019 bracht de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd een inspectiebezoek aan Cor&Debby Zorgverlening, Zorgvilla Decor in Ede. Het bezoek is gebracht door [redacted] en ondergetekende.

Naar aanleiding van het bezoek ontving u een conceptrapportage met het verzoek aan u om te reageren op eventuele feitelijke onjuistheden. De inspectie ontving in goede orde uw reactie op het conceptrapport op 21 augustus 2019 en de bijlagen. Uw reactie is verwerkt en hiermee is het inspectierapport vastgesteld.

Uw reactie heeft geleid tot een aantal tekstuele aanpassingen in het rapport. Uw reactie leidde niet tot aanpassing van de oordelen van de inspectie op de betreffende normen.

Hieronder gaat de inspectie in op uw reactie:

- De inspectie merkt op dat het kwaliteitskader verpleeghuiszorg niet alleen van toepassing is op grote intramurale instellingen maar ook op kleine particuliere initiatieven en alle mogelijke vormen hier tussenin. Het toetsingskader van de inspectie, gebaseerd op het kwaliteitskader, geeft hierdoor ruimte aan de context van een organisatie.
- Opmerking 1, Aanleiding bezoek 1.1: uw opmerking over het oordelen van de inspectie op basis van het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg heeft geleid tot een toevoeging in het rapport onder beschrijving Zorgvilla Decor 1.3;
- Opmerking 2, Beschrijving Zorgvilla Decor 1.3: uw reactie heeft geleid tot tekstuele wijzigingen in de beschrijving met betrekking tot de KvK en de website;
- Opmerking 3, Beschrijving Zorgvilla Decor 1.3: de visie van de bestuurder over het verblijf in de huiskamer en de slaapkamer heeft de inspectie uit het rapport gehaald naar aanleiding van uw nuancering in uw reactie;
- Opmerking 4, Norm 1.2: uw reactie heeft geleid tot een tekstuele nuancering, het inspectieoordeel is echter niet gewijzigd;
- Opmerking 5, Norm 1.2: uw reactie betreft geen feitelijke onjuistheid. De tekst is ongewijzigd;
- Opmerking 6, Norm 1.3: in uw reactie geeft u aan de wilsonbekwaamheid van cliënten te gaan regelen. Ook heeft u het cameratoezicht opgenomen in de overeenkomst waarmee de cliënt instemt met het cameratoezicht. Deze maatregelen zijn niet conform de toekomstige Wet Zorg en Dwang. Hierin is

het van belang dat een cliënt volledig over het eigen leven beslist tot het moment de cliënt dit niet meer kan in bepaalde zaken. Dit dient navolgbaar te zijn vastgelegd in samenspraak met een arts. De constatering van de inspectie dat er bij Zorgvilla Decor over de cliënt gepraat wordt, in plaats van met de cliënt, op basis van een algemene aanname dat het de cliënt zou verwarren, is de reden dat Zorgvilla Decor grotendeels niet voldoet aan de norm 1.3.

Toch heeft de inspectie enkele tekstuele aanpassingen gedaan ter verduidelijking. Het inspectieoordeel is echter niet gewijzigd;

- Opmerking 7, Norm 1.3: u verwijst naar opmerking 6. De inspectie is hierboven ingegaan op uw opmerking 6;
- Opmerking 8, Norm 2.1: de inspectie neemt uw reactie met de overgang naar een elektronisch cliëntendossier ter kennisgeving aan. U schrijft via diverse wegen cliëntinformatie te verzamelen om de cliënt in kaart te brengen. Deze informatie is echter niet vastgelegd in het cliëntendossier waardoor het voor de inspectie niet inzichtelijk is of en zo ja welke afwegingen de zorgverleners maken en hoe deze zich verhouden tot de wensen van de cliënt. De inspectie heeft enkele tekstuele aanpassingen gedaan ter verduidelijking. Het inspectieoordeel is echter niet gewijzigd;
- Opmerking 9, Norm 2.2: de inspectie neemt uw reactie met de overgang naar een elektronisch cliëntendossier ter kennisgeving aan. De tekst of het inspectieoordeel is ongewijzigd;
- Opmerking 10, Norm 2.5: in uw reactie schrijft u het verwonderlijk te vinden dat geen scholingsbeleid samenhangt met het wel of niet inzetten van gekwalificeerd personeel. Uw reactie betreft geen feitelijke onjuistheid. De tekst is ongewijzigd;
- Opmerking 11, Norm 3.2: in uw reactie schrijft u het zeer apart te vinden dat de inspectie de conclusie trekt dat Zorgvilla Decor meldingen niet analyseert. Ook geeft u aan dat er een speciale map met MIC-formulieren is gekomen om onduidelijkheden weg te nemen en wordt het bespreken van de MIC op de agenda gezet. De inspectie neemt uw verbeteringen ter kennisgeving aan, maar baseert zich op de constatering op 11 juli 2019. De tekst of het inspectieoordeel is ongewijzigd;
- Opmerking 12, Norm 3.3: u geeft uw visie op het kwaliteitskader en grote intramurale instellingen in het licht van de ontwikkelingen in de afgelopen jaren. De inspectie neemt uw visie ter kennisgeving aan. Uw reactie betreft echter geen feitelijke onjuistheid. De tekst en het inspectieoordeel is ongewijzigd;
- Opmerking 13, Norm 4.3: Uw reactie komt niet overeen met de bevindingen die de inspectie deed op 11 juli 2019. Uw reactie leidt daarom niet tot wijzigingen in de tekst of het inspectieoordeel.
- Opmerking 14, Norm 4.8: In uw reactie schrijft u een wijziging van werkafspraken naar aanleiding van het inspectierapport. Deze wijzigingen neemt de inspectie ter kennisgeving aan, maar baseert zich op de constatering op 11 juli 2019. De tekst of het inspectieoordeel is ongewijzigd.

Datum

13 september 2019

Kenmerk



De inspectie heeft in dit vastgestelde rapport hoofdstuk 2, conclusie en vervolgacties, geformuleerd. Het inspectiebezoek van 11 juli 2019 wordt met deze brief afgesloten.

In de brief bij het conceptrapport heeft u kunnen lezen dat de inspectie dit rapport openbaar maakt via haar website www.igj.nl. Bij openbaarmaking neemt de inspectie de wettelijke normen in acht, zoals gesteld in de Gezondheidswet, de Jeugdwet en de AVG. Dit betekent bijvoorbeeld dat de

inspectie in haar rapporten geen tot een persoon herleidbare gegevens opneemt en geen bijzondere persoonsgegevens zoals medische gegevens van uw patiënten of cliënten.

Meer informatie over actieve openbaarmaking van documenten door de inspectie kunt u vinden op onze website (www.igj.nl/onderwerpen).

Ik verwacht u hiermee voldoende te hebben geïnformeerd.

Hoogachtend,



senior inspecteur

Datum
13 september 2019

Kenmerk





Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd
Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 2518 6401DA Heerlen

Zorgvilla DECOR
T.a.v. Raad van bestuur
Amsterdamseweg 60
6712 GK EDE

Stadsplateau 1
3521AZ Utrecht
Postbus 2518
6401DA Heerlen
T 088 120 5000
www.igj.nl

Inlichtingen bij

ri.utrecht@igj.nl

Ons kenmerk

[Redacted]

Uw brief

21 augustus 2019

Datum 13 september 2019
Betreft besluit tot openbaarmaking

Betreft:

Geachte raad van bestuur,

De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (hierna: de inspectie) heeft onlangs aan u het rapport van het risicotoezicht (hierna: het toezichtrapport) met het kenmerk [Redacted] toegestuurd. Bijgesloten bij deze brief ontvangt u de publicatieversie van het rapport.

Op grond van artikel 44, eerste lid, van de Gezondheidswet in samenhang gelezen met artikel 3.1 van onderdeel II van de bijlage bij het Besluit openbaarmaking toezicht- en uitvoeringsgegevens Gezondheidswet en Jeugdwet is de inspectie verplicht om de in de wet aangewezen informatie openbaar te maken. Deze verplichting tot openbaarmaking geldt ook voor de uitkomsten van het risicotoezicht (RT) en thematisch toezicht (TT) op de naleving van de voorgeschreven regelgeving.

In uw geval gebeurt dit door de publicatieversie van het toezichtsrapport openbaar maken. Deze informatie wordt op de website van de inspectie (www.igj.nl) geplaatst en blijft daar voor een periode van 5 jaar voor iedereen toegankelijk. Daarbij worden de wettelijke normen in acht genomen.

Reactiemogelijkheid

U mag een schriftelijke reactie geven op de openbaar te maken informatie. Indien u van deze mogelijkheid gebruik maakt, wordt uw reactie op de website van de inspectie geplaatst.

Uw reactie moet aan de volgende eisen voldoen:

- Maximaal 200 woorden;
- Geen aanstootgevend taalgebruik;
- Geen reclame voor bedrijven of producten;
- Geen (bijzondere) persoonsgegevens over andere personen of gegevens van andere bedrijven (derden);
- Geen strafrechtelijke gegevens.

Indien uw reactie niet aan de eisen voldoet, zal de inspectie woorden of delen van uw reactie weglakken. Gelakte woorden tellen wel mee voor het maximale aantal van 200 woorden.

Datum
13 september 2019

Kenmerk
[REDACTED]
[REDACTED]

U kunt uw reactie tot uiterlijk 6 weken na dagtekening van dit besluit indienen. Een reactie die te laat is ingediend zal niet worden gepubliceerd. Indien u wenst dat de inspectie uw schriftelijke reactie tegelijk met bijgevoegd toezichtrapport op de website plaatst, dan ontvang ik deze reactie tot uiterlijk 2 weken na dagtekening van dit besluit. Dit betekent dat ik op 27 september 2019 vóór 17.00 uur uw reactie moet hebben ontvangen.

De inspectie ontvangt uw reactie bij voorkeur per e-mail. U kunt uw reactie sturen naar het volgende e-mailadres: meldpunt@igj.nl. Indien u niet kunt of wilt e-mailen, kunt u uw reactie ook versturen per post naar:

Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Postbus 2518
6401 DA Heerlen

Vermeld bij uw reactie het volgende nummer [REDACTED]. Zonder dit nummer kunnen wij uw reactie mogelijk niet of niet tijdig plaatsen.

Bent u het niet eens met openbaarmaking?

Wilt u niet dat het toezichtsrapport openbaar wordt gemaakt, moet u twee dingen doen. Allereerst is het nodig om bezwaar te maken tegen dit besluit bij het Ministerie van VWS (zie hieronder voor een toelichting). Daarnaast is het nodig om een verzoek te doen bij de rechter om bijgevoegd toezichtsrapport niet te publiceren. Zo'n verzoek wordt een verzoek om voorlopige voorziening genoemd (zie hieronder voor een toelichting). De inspectie ontvangt graag een afschrift van dit verzoek om een voorlopige voorziening (meldpunt@igj.nl). Om u hiervoor de tijd te geven zal de inspectie niet eerder dan 27 september 2019 om 17.00 uur op haar website plaatsen. Vermeld bij uw bericht het volgende nummer [REDACTED].

Ik ga ervan uit u met het bovenstaande voldoende te hebben geïnformeerd. Indien u een toelichting op dit besluit wenst dan kunt u contact opnemen met [REDACTED] onder 088-1205000 via meldpunt@igj.nl. Vermeld bij uw bericht het volgende nummer [REDACTED].

De Minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,



[REDACTED]
senior inspecteur

Toelichting bezwaar

Heeft u vragen over deze beslissing of bent u het er niet mee eens? Kijk dan op <http://www.rijksoverheid.nl/ministeries/vws/bezwaarschriften-vws>. Daar wordt uitgelegd wat u kunt doen als u het niet eens bent met de beslissing en misschien bezwaar wilt maken. Er staan voorbeelden waarmee u de kans op een succesvol bezwaar kunt inschatten.

Datum
13 september 2019

Kenmerk
[REDACTED]

Wilt u een bezwaarschrift sturen, dan moet dit binnen zes weken na de datum die bovenaan deze brief staat. Let op: doe dit op tijd, anders kan uw bezwaar niet worden behandeld.

Het bezwaarschrift e-mailt u naar: WJZ.bezwaarenberoep@minvws.nl, bij voorkeur met een ingescande handtekening. Indien u het bezwaarschrift per e-mail indient zonder ondertekening, bestaat de mogelijkheid dat u op een later moment verzocht wordt om bewijs te leveren dat u bevoegd bent tot het indienen van het bezwaar.

Indien u niet kunt of wilt e-mailen, kunt u uw bezwaarschrift ook versturen per post naar:

de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
t.a.v. Directie Wetgeving en Juridische Zaken,
Postbus 20350,
2500 EJ Den Haag.

U kunt uw bezwaarschrift ook faxen naar: (070) 340 59 84.

Noem in het bezwaarschrift:

- uw naam en adres
- de datum
- het kenmerk van deze brief (deze gegevens vindt u in de rechterkantlijn)
- geef aan waarom u het niet eens bent met de beslissing

Vergeet niet om uw bezwaarschrift te ondertekenen en van een datum te voorzien. Wilt u zo vriendelijk zijn om een kopie van deze brief mee te sturen met het bezwaarschrift?

Toelichting voorlopige voorziening

Het indienen van een bezwaarschrift heft de werking van dit besluit niet op. Als u een bezwaarschrift heeft ingediend, dan kunt u daarnaast ook een voorlopige voorziening aanvragen waarmee mogelijk de werking van dit besluit tot openbaarmaking, kan worden opgeschort.

Indien dit, gelet op de betrokken belangen, onverwijlde spoed vereist dan kunt u de voorzieningenrechter van de sector bestuursrecht van de desbetreffende rechtbank verzoeken een voorlopige voorziening te treffen.

Voor het actuele adres verwijs ik naar de volgende website:

<https://www.rechtspraak.nl/Organisatie-en-contact/Rechtsgebieden/Bestuursrecht/Procedures/Paginas/Voorlopig-voorziening.aspx>

Bij het verzoek om een voorlopige voorziening wordt griffierecht geheven.