



Continu beter

Kwaliteitshandboek Hospice Veerhuis

9 mei 2023

Continu beter

Kwaliteitshandboek Hospice Veerhuis

9 mei 2023

Copyright

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door print-outs, kopieën, of op welke andere manier dan ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van Hospice Veerhuis.

Inhoudsopgave

1. Inleiding	4
1.1 Missie en visie	4
1.2 Kwaliteitsvisie van Hospice Veerhuis.....	5
1.3 Waar staat het Veerhuis voor?	5
1.4 Missie en Visie VPTZ Nederland.....	5
1.5 Onze kernwaarden.....	6
1.6 Opbouw kwaliteitssysteem	6
1.7 Website het Veerhuis en zijn drive.....	6
1.8 Lidmaatschappen en status.....	6
2. Bestuur en organisatie	7
2.1 De organisatie van het hospice.....	7
2.2 Werving, selectie, aanstelling en inwerken.....	8
2.3 Het bestuur	8
2.4 De functies en verantwoordelijkheden.....	8
2.5 Kader Goed Bestuur.....	8
2.6 De statuten en huishoudelijk reglement.....	8
2.7 Sturing en kwaliteit.....	8
2.8 Overleg	9
2.9 Communicatie.....	9
2.10 Vertrouwenspersoon	9
3. Kwaliteit	10
3.1 Organisatie van kwaliteit	10
3.2 Scope kwaliteitssysteem.....	11
3.3 Continue Verbeteren	11
3.4 Kwaliteitsthema's en verbeterplannen	11
3.5 Documenten	11
3.6 Documenten 2023-2024.....	11
4. Risico's	12
4.1 Risico's.....	12
4.2 De risicoanalyse	12
4.3 Risico-inventarisatie en -evaluatie (RI&E)	12
5. Beleid	13
5.1 Beleidscyclus	13
5.2 Beleid en jaarplannen.....	13
5.3 Input voor beleid en jaarplannen.....	14
5.4 Doelen, doelstellingen en resultaten.....	14
5.5 Evaluaties.....	14
5.6 Verantwoording en verslaglegging	14
6. Processen	15
6.1 De kritische processen	15
6.3 Intake	16
6.4 Opstellen en uitvoeren Zorgplan	16
6.5 Overdracht.....	17
6.6 Afsluiten zorg en verblijf.....	17
6.7 Evalueren intern en extern	18
7. De zorg van Hospice Veerhuis	20
7.1 Zorgprotocollen	21
7.2 Overlijden (zie paragraaf 6.6).....	21
8. Medewerkers	22
8.1 Functie-omschrijvingen en schalen.....	22
8.2 Arbeidsovereenkomst.....	23
8.3 Het personeelsdossier	23
8.4 Werving en selectie	23
8.5 Gedragscode	23
8.6 Leren en professionaliseren	23
8.7 Onderdelen leren en professionaliseren	24
8.8 Beoordelen en ontwikkeling.....	25
8.9 Exitgesprekken.....	25
8.10 Uitdiensttreding	25
9. Vrijwilligers	26
9.1 Onze vrijwilligers	26
9.2 Wat is vrijwilligersbeleid?	26
9.3 Werving en selectie	27
9.4 Leren en professionaliseren	28
9.5 Het Practi-Veerboek.....	29
9.6 Beoordelen en Ontwikkeling.....	29
9.7 Beëindiging vrijwilligersovereenkomst	30
9.8 Exitgesprek.....	30
9.9 Gedragscode/Intentieverklaring	30
10. Financiën en administratie	31
10.1 Begroting en investeringsplan	31
10.2 Inkomsten	32
10.3 Uitgaven.....	32
10.4 Jaarrekening, verantwoording en toezicht.....	33
10.5 Inkoop	33
10.6 Contractbeheer.....	33
10.8 Administratiesysteem Orino.....	33
11. Huisvesting	34
11.1 Veiligheid.....	35
11.2 Hygiëne	35
11.3 RI&E in Bijna-thuis-huizen (BTH's)	35
12. Samenwerking en onderzoek	36
12.1 Samenwerkingsbeleid.....	37
12.2 Deelname aan Het Lerend Netwerk VPTZ.....	37
12.3 Samenwerking in netwerken Palliatieve Zorg	37
12.4 Onderzoek.....	37
13. Privacy	38
13.1 Privacybeleid	38
13.2 AVG.....	38
13.3 Bewustwording privacy.....	39
13.4 Privacyreglementen.....	39
13.5 Register voor gegevensverwerking.....	40
13.6 Beveiliging	40
13.7 Meldingen en incidenten.....	40
14. Documentbeheer	41
14.1 Documentbeheer	41
14.2 Lay-Out	41
14.3 Beheer en archivering.....	41
15. Resultaten	42
15.1 Evaluaties.....	42
15.2 Klachten.....	43
15.3 Risico's.....	43
15.4 Resultaten	43



HOOFDSTUK 1

Inleiding

1.1 Missie en visie

Het Veerhuis biedt terminaal zieken en hun directe naasten een omgeving waarin zij zoveel mogelijk op hun eigen manier waardig kunnen leven en uiteindelijk sterven. Het algemene doel van deze palliatieve zorg is het bereiken van de hoogst mogelijk kwaliteit van leven en sterven voor de bewoner. Doel daarbij is een omgeving te bieden die heel dicht een thuissituatie benadert.

Om dit te realiseren biedt het Veerhuis een gastvrij huis waar mensen, die om enige reden niet thuis kunnen of willen blijven, in hun laatste levensfase kunnen wonen en alle benodigde zorg en begeleiding kunnen ontvangen. Het Veerhuis biedt onderdak aan ieder mens, ongeacht inkomen, huidskleur, godsdienst of levensbeschouwing.

1.2 Kwaliteitsvisie van Hospice Veerhuis

Met een continue aandacht voor kwaliteit richt Hospice Veerhuis zich op een verdere professionalisering van zijn dienstverlening. Dit doet het omdat de 'buitenwereld' steeds verandert en het daarin voorop wil gaan en zich wil verbeteren en aanpassen waar nodig en gewenst. Bij het continue verbeteren sluit het Veerhuis zich aan bij het beleid dat door zijn koepelorganisatie, de VPTZ, in samenspraak met de leden, ontwikkeld wordt, zoals de lidmaatschapseisen en het kwaliteitskompas. Daarnaast voldoet het hospice aan de ANBI-regels en de WBTR, zonder daarbij zijn eigen missie en kernwaarden uit het oog te verliezen. Het wil dat doen door nog meer 'de blik van buiten naar binnen te laten komen' en nog meer de afstemming met zijn (externe) omgeving te zoeken. Dit op een manier dat de organisatie ook anderen (buitenstaanders) kan uitleggen waarom ze doet wat ze doet en ook meer openstaat voor nieuwe ontwikkelingen in de palliatieve zorg.

Het Veerhuis zoekt steeds een manier waarbij het aan de buitenwereld kan aantonen en verantwoorden waar het mee bezig is. Het hospice benadrukt daarmee nadrukkelijk de intentie van VPTZ om met 'tellen en vertellen' zich te verantwoorden voor wat het Veerhuis doet en 'hoe dat uitpakt'.

Het jaarplan 2023 is in een toegankelijker jasje gestoken en is een uitwerking van hetgeen in dit meerjarenplan is opgesteld. Hospice Veerhuis doet dit jaarlijks. Zo zal in 2023-2024 het accent liggen op de kwaliteit van het werk en de dienstverlening. In de volgende jaren zal weer een ander kwaliteitsaccent gekozen worden, bijvoorbeeld 'inspiratie van buiten bevorderen'. Op deze manier blijft Hospice Veerhuis continue bezig met het verbeteren van zijn kwaliteit.

De kwaliteitsvisie van het Veerhuis richt zich op:

- kwaliteit van zorg: het hospice biedt een hoge kwaliteit van zorg in alle opzichten. Het biedt huishoudelijke zorg, dagelijkse persoonlijke verzorging, eten en drinken, begeleiding en spirituele aandacht. De kwaliteit van medische en verpleegkundige zorg moet voldoen aan de professionele maatstaven
- huiselijkheid: het Veerhuis is in staat om een ruimte en sfeer te creëren waarin bewoners en hun bezoekers zich daadwerkelijk vrij en thuis voelen
- persoonlijke, liefdevolle aandacht: voor bewoners, voor bezoekers en voor elkaar
- ruimte voor individuele invulling: we doen zoveel mogelijk om de wensen van onze bewoners te vervullen
- creatief: 'iets is pas onmogelijk als het niet mogelijk is'.

1.3 Waar staat het Veerhuis voor?

Zie paragrafen 1.1 en 1.2

1.4 Missie en Visie VPTZ Nederland

Het Veerhuis onderschrijft in zijn beleid en uitvoering de missie en visie van VPTZ Nederland en conformeert zich daaraan.

Missie

In de laatste levensfase is de zorg vaak intensief. Naast de zorg van mantelzorgers en de professionele zorg kan er behoefte zijn aan extra ondersteuning: praktische hulp, aandacht, een luisterend oor. VPTZ-vrijwilligers bieden die ondersteuning zodat deze levensfase zo goed mogelijk doorleefd kan worden, thuis, in het hospice of in een instelling.

Visie

Hospice Veerhuis streeft naar palliatieve terminale zorg in een optimaal samenspel van mantelzorg, vrijwillige en beroepsmatige zorg. De ondersteunende rol van de VPTZ-vrijwilligers is daarbij onderscheidend, gelijkwaardig, beschikbaar en bekend. De leden zetten zich met goed opgeleide, deskundige en compassievolle vrijwilligers in voor palliatieve terminale zorg, waarbij de wensen en behoeften van de cliënt en diens naasten centraal staan. Daarmee geven zij vorm aan 'Er zijn'.

(Bron: VPTZ/kwaliteitskompas)

1.5 Onze kernwaarden

Het Veerhuis hanteert de volgende kernwaarden:

- Laagdrempeligheid: het hospice is er voor iedereen.
- De bewoner staat centraal: het hospice geeft bewoners de ruimte te leven en sterven op de eigen manier.
- Een informeel karakter: korte lijnen tussen bewoners en professionals.
- Respect voor leven én sterven: het hospice onthoudt zich van oordelen over hoe iemand leeft of heeft geleefd; hoe iemand wil sterven of sterft.

1.6 Opbouw kwaliteitssysteem

In dit handboek is het volgende op hoofdlijnen beschreven. Bij elk onderwerp en subonderwerp wordt verwezen naar het document (zie Bijlage 1), waarin het onderwerp uitvoering wordt beschreven en toegelicht.

Het kwaliteitssysteem is als volgt opgebouwd en vastgelegd:

- Inleiding (H1)
- Bestuur en Organisatie (H2)
- Kwaliteit (H3)
- Kansen Risico's (H4)
- Beleid (H5)
- Processen (H6)
- Onze Zorg (H7)
- Medewerkers (H8)
- Vrijwilligers (H9)
- Financiën en administratie (H10)
- Huisvesting (H11)
- Samenwerking en onderzoek (H12)
- Privacy (H13)
- Documentenbeheer (H14)
- Resultaten (H15)

1.7 Website het Veerhuis en zijn drive

Meer en meer worden de doelen, diensten, werkwijzen en resultaten van Hospice Veerhuis beschreven op zijn website (www.hospiceveerhuis.nl). Deze website zal in toenemende mate beschrijven hoe het hospice invulling geeft aan de eisen en normen waaraan het zich committeert.

In de nieuwsberichten, sociale media, artikelen en andere actualiteiten op de website van het Veerhuis kunt u lezen hoe het hospice met zijn organisatie en dienstverlening inspeelt op maatschappelijke veranderingen, behoeften van klanten van zijn bewoners, medewerkers, vrijwilligers en andere stakeholders.

1.8 Lidmaatschappen en status

Hospice Veerhuis is lid, maakt deel uit van en voldoet aan de richtlijnen van:

- VPTZ Nederland
 - Hospice Veerhuis is sinds 2007 lid van Vrijwilligers Palliatieve Terminale Zorg Nederland. Het Veerhuis voldoet aan de lidmaatschapscriteria zoals gesteld in Reglement Lidmaatschapscriteria VPTZ – concept april 2022 (bron: website VPTZ NL).
- ANBI
 - Hospice Veerhuis heeft sinds 2007 de ANBI-status (algemeen nut beogende instellingen).
 - Het Veerhuis voldoet aan alle voorwaarden zoals gesteld door de Belastingdienst ([http://belastingdienst.nl>home>bijzondere regelingen>goede doelen> algemeen nut beogende instellingen > voorwaarden](http://belastingdienst.nl>home>bijzondere%20regelingen>goede%20doelen>algemeen%20nut%20beogende%20instellingen%20%20voorwaarden))
- WBTR
 - Het bestuur handelt volgens het principe van een 'one-tier-board' zoals benoemd in de WBTR (Wet Bestuur en Toezicht Rechtspersonen).
 - De regels voor het bestuur van een stichting zijn vastgelegd in de WBTR, die op 1 juli 2021 in werking is getreden.
- Netwerk Palliatieve Zorg Amsterdam/Diemen
 - Hospice Veerhuis onderschrijft en handelt conform de maatschappelijke opdracht 2022. Het netwerk palliatieve zorg Amsterdam en Diemen bestaat uit veel verschillende organisaties die zich inzetten voor het verlenen van kwalitatief goede palliatieve zorg aan de inwoners in de regio. Het Veerhuis vindt dat de inwoners mogen rekenen op optimale palliatieve zorg en ondersteuning waarbij hij/zij regiehouder is van zijn/haar eigen proces en op verzoek hierin wordt ondersteund.

(Bron: *Maatschappelijke opdracht. (Website NPZ Amsterdam-Diemen)*)



HOOFDSTUK 2

Bestuur en organisatie

2.1 De organisatie van het hospice

Stichting Hospice Veerhuis wordt bestuurd door een bestuur van vijf leden. Dit bestuur bestaat uit een:

- voorzitter
- secretaris
- penningmeester
- bestuurslid (leden) met specifieke aandachtsgebieden.

Het bestuur handelt volgens het principe van een 'one-tier-board' zoals benoemd in de WBTR. Nieuwe bestuursleden worden beoordeeld op basis van kennis, vaardigheden, affiniteit met werken met vrijwilligers en een passend lokaal en/of regionaal netwerk. Naast de basisfuncties hebben de bestuursleden een aantal verschillende portefeuilles. De dagelijkse leiding van het hospice is in handen van twee coördinatoren. Zij sturen de vrijwilligers en medewerkers aan.

2.2 Werving, selectie, aanstelling en inwerken

Het Veerhuis zet diverse wervingskanalen (persoonlijk, schriftelijk, digitaal) in om nieuwe bestuursleden te werven. Dit gebeurt in veelal in eigen netwerken van bestuurders en vrijwilligers. Bij aanmelding van kandidaat bestuurders vinden er gesprekken plaats met de zittende bestuursleden. Vervolgens vinden er gesprekken plaats met de coördinatoren, die hun advies kunnen uitbrengen aan het bestuur.

De potentiële bestuursleden worden door de voorzitter van het bestuur mondeling op de hoogte gebracht van de beslissing van het bestuur.

Na aanstelling in een bestuursvergadering, wordt een inwerken en begeleidingsprogramma voor het nieuwe bestuurslid op maat samengesteld en vastgesteld.

2.3 Het bestuur

De statuten kennen de volgende inhoudsopgave:

1. Naam en zetel.
2. Doel.
3. Bestuur.
4. Tegenstrijdige belangen.
5. Beloning.
6. Aansprakelijkheid.
7. Taken, bevoegdheden en vertegenwoordiging.
8. Financiën en volmachten.
9. Vergaderen en besluitvorming.
10. Verantwoording en toezicht.
11. Transparantie.
12. Reglementen.
13. Statutenwijziging.
14. Ontbinding en vereffening.
15. De statuten worden periodiek geëvalueerd op basis van ontwikkeling en wettelijke bepalingen en richtlijnen en indien noodzakelijk gewijzigd.

2.4 De functies en verantwoordelijkheden

Hospice Veerhuis heeft de volgende functies en verantwoordelijkheden vastgelegd in functieomschrijvingen:

- Bestuursleden (voorzitter, secretaris, penningmeester en algemeen bestuurslid).
- Coördinator.
- Administratief medewerker.
- Vrijwilliger (profielschets).

Deze functieomschrijvingen volgen de richtlijnen van de VPTZ (Kwaliteitskompas/Bestuurlijke verantwoordelijkheden) en worden periodiek geëvalueerd en aangepast.

2.5 Kader Goed Bestuur

Het bestuur volgt het door de VPTZ opgesteld Kader Goed Bestuur 2013 (afgeleid van de opgestelde Good Governance Code voor de Zorg) en de Wet Bestuur en Toezicht Rechtspersonen (WBTR).

(Bron: *checklist Kader Goed Bestuur 2013 Locatie VPTZ/kwaliteitskompas/Kader Goed Bestuur*)

2.6 De statuten en huishoudelijk reglement

Het hospice kent statuten (20-12-2221) en geen huishoudelijk reglement.

2.7 Sturing en kwaliteit

In de realisatie van het beleid is de besturing van het hospice een belangrijke randvoorwaarde. Bij de besturing van het hospice past de sturing op de missie van en op gemeenschappelijke kernwaarden. In de besturing van het Veerhuis is de sturing op samenwerking cruciaal. Voor een eenduidige sturing op de samenwerking binnen het hospice dient duidelijk te zijn waar zijn kwaliteiten, verantwoordelijkheid en taken liggen. Het Veerhuis stuurt op:

- resultaten
- individuele bijdragen en prestaties
- kwalitatieve én kwantitatieve criteria
- samenwerking.

2.8 Overleg

Het Veerhuis kent een passende overlegstructuur. Het hospice kent de volgende vaste overleggen:

- Bestuurlijk overleg.
- Bestuur en Coördinatie.
- Coördinatie en vrijwilligers.
- Coördinatie en verpleegkundigen.
- Coördinatie en huisartsen.
- Netwerk overleggen.

Zowel tussen als binnen de hiërarchische niveaus vindt periodiek en structureel overleg plaats. De agenda voor de overlevormen kent tal van vaste onderwerpen. De onderwerpen hebben betrekking op beleid en sturing, uitvoering, resultaten en verbetering. De notulen van deze overleggen worden vastgelegd op de drive in diverse mappen. Daarnaast wordt er, afhankelijk van onderwerp en noodzaak, projectmatig, incidenteel en spontaan overleg gevoerd.

2.9 Communicatie

Het Veerhuis communiceert met bewoners, medewerkers, vrijwilligers en andere (externe) belanghebbenden over onder meer actuele thema's, producten en dienstverlening via de volgende kanalen:

- Website: www.hospiceveerhuis.nl
- Folders
- Nieuwsbrief (jaarlijks)
- Vederwaardigheden (intern)

Het beheer van de website, folders en Vederwaardigheden valt onder de verantwoordelijkheid van de coördinatoren. De inhoud van website en folders wordt periodiek geëvalueerd en eventueel geactualiseerd. Nieuwsbrieven worden digitaal gearchiveerd. De jaarlijkse nieuwsbrief wordt opgesteld door coördinatoren, vrijwilligers en bestuur. De verantwoordelijkheid van de totstandkoming van de nieuwsbrief ligt bij de coördinatoren.

Communicatie met externen (media) over incidenten of kritische onderwerpen vindt plaats na overleg met het bestuur. Hierbij wordt vastgesteld wie woordvoerder is en hoe en wat er gecommuniceerd wordt. Het veerhuis kent een klachtenregeling. Deze is opgesteld op basis van het Kwaliteitskompas VPTZ en wordt jaarlijks door de coördinatoren geëvalueerd.

Bij de coördinatoren komen de klachten binnen en zij handelen deze af. Eventueel wordt in overleg met het bestuur een oplossing en corrigerende maatregel bepaald. Bij blijvende verschillen tussen partijen kan het Veerhuis besluiten om de VPTZ in te schakelen.

VPTZ Nederland beschikt over een onafhankelijke landelijke Klachten- en geschillencommissie. Deze commissie behandelt klachten bij VPTZ-lidorganisaties: van cliënten (en hun naasten) en van (vrijwillige) medewerkers. Daarnaast behandelt de commissie ook geschillen tussen VPTZ-lidorganisaties of geschillen tussen VPTZ-lidorganisaties en VPTZ Nederland.

2.10 Vertrouwenspersoon

Het Veerhuis kent een vertrouwenspersoon, aangewezen door het bestuur. Deze vertrouwenspersoon is een aan het Veerhuis gerelateerde huisarts. Een vertrouwenspersoon is een persoon aan wie men vertrouwelijke zaken kwijt kan. Vaak heeft dit betrekking op persoonlijke problemen, pesterijen, discriminatie of seksuele intimidatie.

De taken van een vertrouwenspersoon bestaan onder andere uit:

- het verzorgen van de eerste opvang van vrijwilligers en medewerkers die zijn lastiggevallen en die hulp en advies nodig hebben
- het nagaan of een oplossing in de informele sfeer mogelijk is
- het informeren van de vrijwilliger of medewerker informeren andere oplossingsmogelijkheden, zoals klachtenprocedures
- het desgewenst begeleiden, als de vrijwilliger of de medewerker de zaak aan de orde wil stellen bij een klachtencommissie of het bestuur van de organisatie
- het adviseren en ondersteunen van leidinggevendenden bij het voorkomen van ongewenst gedrag
- het registreren van gevallen van ongewenst gedrag.

Geheimhoudingsplicht

De vertrouwenspersoon heeft een geheimhoudingsplicht. Deze plicht zorgt ervoor dat de personen die met bepaalde problemen kampen de vertrouwenspersoon ook daadwerkelijk vertrouwen. Dat betekent dat alleen met uitdrukkelijke toestemming van de hulpvrager informatie aan anderen gegeven wordt. Er is één uitzondering: wanneer er sprake is van strafbare feiten heeft ook de vertrouwenspersoon de wettelijke verplichting deze bij de politie te melden.



HOOFDSTUK 3

Kwaliteit

3.1 Organisatie van kwaliteit

Het bestuur van het Veerhuis kent en neemt de verantwoordelijkheid voor de betrokkenheid bij en de implementatie, borging en verbetering van het kwaliteitssysteem in al zijn facetten. Op basis van het kwaliteitssysteem bewerkstelligt het bestuur dat de begrippen 'kwaliteit' en 'professionaliteit' vaste waarden zijn in de dialoog over de uitoefening van taken door medewerkers en vrijwilligers. Bestuursleden kunnen, net als iedere individuele medewerker en vrijwilliger, worden aangesproken over het niet voldoen aan de kwaliteitseisen.

Het Veerhuis heeft één van de bestuursleden aangewezen als portefeuillehouder Kwaliteit. Dit bestuurslid heeft de bestuursverantwoordelijkheid voor de uitvoering van het kwaliteitsbeleid.

3.2 Scope kwaliteitssysteem

Onder de reikwijdte van het systeem van het Veerhuis vallen:

- de missie en kernwaarden
- de uitgangspunten en doelen uit het meerjarenbeleid
- de kwaliteitsvisie (zie paragraaf 1.1. Missie en visie)
- de eisen van de Kwaliteitskompas VPTZ
- de wensen van bewoners, vrijwilligers, medewerkers en andere belanghebbenden
- de eisen om te voldoen aan de ANBI-status
- de eisen vanuit de WBTR.

De scope van het kwaliteitssysteem wordt jaarlijks door het bestuur geëvalueerd op basis van onder meer de resultaten, ontwikkelingen, innovaties, actuele thema's, onderzoeken, en worden zo nodig aangepast.

3.3 Continue Verbeteren

Met een continue aandacht voor kwaliteit richt het Veerhuis zich op een verdere professionalisering van zijn dienstverlening. Dit doet het hospice omdat de 'buitenwereld' steeds verandert en het daarin voorop willen gaan en zich wil verbeteren en aanpassen daar waar nodig en gewenst (zie ook paragraaf 1.1. Missie en visie).

Hospice Veerhuis geeft het continue verbeteren vorm en inhoud door:

- het evalueren van bewoners, naasten en nabestaanden
- het evalueren van medewerkers en vrijwilligers
- het evalueren van verpleegkundigen en huisartsen
- het evalueren van de toezichthoudende apotheek
- het uitvoeren van een kans- en risicoanalyse, RI&E
- het opleiden en trainen van medewerkers en vrijwilligers
- intervisie en mentorschap
- het organiseren van netwerkbijeenkomsten (regionaal en landelijk)
- het organiseren van themabijeenkomsten
- het organiseren van bijeenkomsten Lerend Netwerk (uitwisseling met collega-hospices)
- het inplannen van werkbijeenkomsten met casuïstiek
- het inplannen van overige interne overleggen

3.4 Kwaliteitsthema's en verbeterplannen

De resultaten en bevindingen van de genoemde activiteiten in de vorige paragraaf worden geanalyseerd en worden daar waar nodig omgezet in verbeterplannen en eventuele aanpassingen van het kwaliteitssysteem.

3.5 Documenten

Het Veerhuis heeft een aantal beheersmaatregelen opgesteld op het gebied van documentbeheer. Alle relevante documenten met betrekking tot het kwaliteitssysteem van het Veerhuis zijn in dit handboek in Bijlage 1 opgenomen. Het beheer van deze documenten houdt onder meer het volgende in:

- De documenten zijn voorzien van een versienummer.
- De documenten zijn digitaal beschikbaar en het is terug te vinden waar ze zijn opgeslagen.
- De documenten worden periodiek geëvalueerd en geactualiseerd.
- Er zijn autorisaties voor toegang en wijziging.
- De wijze van het archiveren van de documenten uniform is.

3.6 Documenten 2023-2024

In bijlage 1 is een overzicht opgenomen van alle relevante documenten benoemd in dit handboek met vermelding van titel, hoofdstuk in het kwaliteitshandboek, versienummer, beheerder/eigenaar, digitale locatie en revisiedatum.

HOOFDSTUK 4

Risico's

4.1 Risico's

Het inventariseren van de risico's voor de dienstverlening van Hospice Veerhuis en de continuïteit ervan richt zich op de hiervoor relevante aspecten in de bedrijfsvoering (bestuur en leiding, medewerkers, vrijwilligers, middelen, zorgprocessen) en geeft vervolgens richting aan het treffen en onderhouden van een samenhangend pakket aan maatregelen om de kwaliteitsaspecten te garanderen.

4.2 De risicoanalyse

Stichting Hospice Veerhuis voert jaarlijks zelf een risicoanalyse uit. De uitkomsten van deze analyse worden gebruikt als input voor beleid en de te nemen maatregelen. De risicoanalyse is bedoeld als instrument om te bepalen of de risico's voldoende door beheersmaatregelen worden afgedekt. De risicoanalyse wordt periodiek uitgevoerd door coördinatoren en bestuur. De bedoeling van een risicoanalyse is dat er na de analyse wordt vastgesteld op welke wijze de risico's beheerst kunnen worden, of teruggebracht tot een aanvaardbaar niveau.

Op basis van een risicoanalyse kan worden afgewogen óf en zo ja, welke beheersmaatregelen getroffen worden om risico's te verminderen. Daarnaast kunnen huidige werkwijze en processen worden aangepast en/of verbeterd om deze risico's te beperken.

Risico top 5 2023:

- Stijgende kosten/inflatie/energiekosten.
- Tekort middelen (hoog).
- Tekort vrijwilligers (laag).
- Inzet deskundig personeel thuiszorg door personeelstekort (hoog).
- Te weinig opnames (hoog).

Op basis van deze risicoanalyse zijn in het (meerjaren) beleidsplan (2022-2024)) beheersmaatregelen benoemd om deze risico's te beperken. Voorts staan deze onderwerpen periodiek op de agenda van de bestuursvergaderingen.

4.3 Risico-inventarisatie en -evaluatie (RI&E)

- RI&E Algemeen
 - In de Risico-Inventarisatie en -Evaluatie (RI&E) legt Hospice Veerhuis vijfjaarlijks vast aan welke risicofactoren werknemers en vrijwilligers worden blootgesteld bij hun werkzaamheden voor het hospice. De RI&E is voor het hospice een wettelijke verplichting. (Organisatie met vrijwilligers en meer dan veertig uur per week betaalde werknemers: RI&E is verplicht en ook de toetsing is verplicht).
- Bijna-thuis-huizen (BTH's) en de RI&E
 - Voor BTH's is een RI&E-instrument ontwikkeld in samenwerking met KMO Solutions. KMO is technisch en inhoudelijk beheerder van de ZorgRIE. De ZorgRIE is de erkende brancheRIE voor bijvoorbeeld ziekenhuizen en thuiszorg. Kleine (zorg)instellingen met minder dan 25 betaalde medewerkers kunnen middels een eendaagse workshop bij KMO hun RI&E uitvoeren. Voor BTH's is een specifieke vragenlijst ontwikkeld.
 - De RI&E voor de eigen organisatie wordt periodiek opgesteld tijdens een eendaagse workshop die gevolgd wordt via KMO Solutions. Na het volgen van de workshop, is voldaan aan de wettelijke verplichting.



HOOFDSTUK 5

Beleid

5.1 Beleidscyclus

Het beleidsproces van het Veerhuis is het proces van voorbereiding, opstelling en besluitvorming, uitvoering en evaluatie van beleid. Bij de vorming van zijn meerjarenbeleid en jaarplannen gaat het hospice uit van zijn missie en kernwaarden. Het bestuur is verantwoordelijk en houdt toezicht op de uitvoering van ons beleidsproces.

5.2 Beleid en jaarplannen

Beleid (meerjaren)

Het beleid van het hospice wordt jaarlijks door het bestuur in overleg met de coördinatoren herijkt en vastgelegd in (meer)jarenplannen.

Onderwerpen meerjaren 2022-2024:

- Terugblik en toekomst.
- Missie, kernwaarden en kernkwaliteiten.
- Ontwikkelingen.
- Doelen en ambities

Onderwerpen jaarplan 2023:

- Kwaliteit van zorg.
- Opnamebeleid.
- Communicatie.
- Het huis en de tuin.
- Het rooster/planning.
- Financiën (inkomsten en uitgaven).
- Personeel en vrijwilligers.

Het jaarlijkse beleidsplan wordt gepubliceerd op de website van het hospice: www.hospiceveerhuis.nl.

Begroting

Naast het jaarplan wordt elk jaar een begroting opgesteld.

Deze begroting wordt gemaakt door de penningmeester en vastgesteld door het bestuur.

5.3 Input voor beleid en jaarplannen

De gegevens en informatie die van belang zijn voor het formuleren van beleidsuitgangspunten, beleid en jaarplannen komen onder meer voort uit:

- maandelijks en periodieke evaluaties en rapportages
- risicoanalyses (onder andere RI&E)
- wettelijke en maatschappelijke ontwikkelingen
- onderzoek (VPTZ).
- overleg met bestuur, coördinatie en vrijwilligers
- bewonersevaluaties
- evaluaties met vrijwilligers.

5.4 Doelen, doelstellingen en resultaten

Het hospice vertaalt zijn beleid naar indicatoren. Het hospice monitort voortgang en resultaten aan de hand van prestatie-indicatoren. In het volgende overzicht zijn de belangrijkste prestatie-indicatoren opgenomen, die worden gemonitord en/of waar inspanningen op worden verricht:

- Inkomsten (eigen bijdrage, subsidies, vergoedingen).
- Donaties.
- Kosten.
- Bezetting, aantal opnames.
- Bewonerstevredenheid.
- Inzet vrijwilligers.

5.5 Evaluaties

Zie paragraaf 6.7: Evalueren intern en extern.

5.6 Verantwoording en verslaglegging

Jaarverslag

Door het hospice wordt jaarlijks een jaarverslag opgesteld. Dit jaarverslag bevat een beschrijving van de uitgevoerde taken en activiteiten, het aantal bewoners, interne en externe ontwikkelingen en de financiële verantwoording. Bij de samenstelling van het jaarverslag volgt het Veerhuis de richtlijnen Kwaliteitskompas VPTZ.

Het jaarverslag wordt door de coördinatoren opgesteld en vastgesteld door het bestuur en gepubliceerd op de website www.hospiceveerhuis.nl.

Jaarrekening

Onderdeel van het jaarverslag is de jaarrekening. Deze wordt door de externe accountant opgesteld. De penningmeester licht de jaarrekening toe in het bestuur en legt hiervoor verantwoording af. Het hospice kent een kascommissie die jaarlijks de financiële administratie en jaarrekening controleert.



HOOFDSTUK 6

Processen

6.1 De kritische processen

Het veerhuis gaat in zijn kwaliteitssysteem uit van de volgende kritische processen:

- Opname en intake.
- Opstellen en uitvoeren zorgplan.
- Overdracht.
- Afsluiten zorg en verblijf.
- Evalueren intern en extern.

6.2 Opname

Aanmelding en wachtlijst

Aanmeldingen worden eerst gescreend op levensverwachting, haalbaarheid, zorgvraag en urgentie alvorens ze op de wachtlijst worden geplaatst. Zo nodig vindt er overleg plaats met de desbetreffende mantelzorger, huisarts, ziekenhuis en/of wijkverpleging. Aanmeldingen worden beoordeeld op urgentie, niet op volgorde van aanmelding. Ook wordt de zorgzwaarte en de actuele situatie in huis beoordeeld. Geaccepteerde aanmeldingen worden geplaatst op de wachtlijst. Aanmeldingen en overleg hierover worden uitgevoerd door de coördinatoren. De plaatsing op en het beheer van de wachtlijst valt onder de verantwoordelijkheid van de coördinatoren.

6.3 Intake

De intake wordt gedaan indien er zicht op plaatsing is. Het intakegesprek geeft ruimte voor meer diepgang (in verband met bijvoorbeeld de sociale context, twijfels bij de levensverwachting, complexiteit van zorg). In het gesprek met de toekomstige bewoner en diens naasten komen onder meer het volgende aan de orde:

- Inventarisatie zorgvraag en reden opname.
- Het beleid, dienstverlening en werkwijze van het hospice.
- De (specifieke) eisen, verwachtingen en wensen van de potentiële bewoner.
- De levensverwachting en euthanasiewens.
- De maximale verblijfsduur.
- De gang van zaken wanneer de verwachting is dat de gast de termijn van drie maanden verblijf (aanzienlijk) zal overschrijden.
- De eigen bijdrage.
- De wijkverpleging.
- Etc.

De bevindingen en resultaten van het gesprek en de gemaakte afspraken worden vastgelegd in een individueel zorgoverzicht (op naam). De coördinatoren dragen zorg voor de uitvoering van de intake en de opstelling van het zorgoverzicht. De bewoner en naasten hebben op verzoek inzicht in het zorgoverzicht.

Voor de zorgverleners en vrijwilligers is het overzicht van afspraken een middel om de continuïteit van zorg te bevorderen en de betrokkenheid van de bewoner en diens naasten in het zorgproces te vergroten.

Het opnamebeleid en het opnameproces worden jaarlijks geëvalueerd en indien nodig bijgesteld.

6.4 Opstellen en uitvoeren Zorgplan

Elke bewoner in de palliatieve fase heeft een dynamisch individueel zorgplan dat zo nodig wordt bijgesteld gedurende het ziekteproces. Het individueel zorgplan is het middel om de bewoner, diens naasten, zorgverleners en vrijwilligers op één lijn te houden en de gemaakte afspraken eenduidig en toegankelijk beschikbaar te hebben.

Het zorgplan bestaat uit twee delen: één voor de professionele zorg en één voor de informele zorg.

Het *professionele deel van het zorgplan* wordt opgesteld door een extern verpleegkundige. Dit gedeelte van het zorgplan is toegankelijk voor verpleegkundigen, de coördinatoren, de huisarts en de bewoner en zijn/haar familie. De verpleegkundige is verantwoordelijk voor het beheer van dit gedeelte van het zorgplan. Het plan is standaard opgebouwd conform de vier dimensies: psychosociaal, omgeving, fysiologisch en gezondheid-gerelateerd gedrag (Het Omaha systeem). Deze dimensies hebben onder meer aandacht voor het fysieke, psychische, sociale en het spirituele welzijn van de bewoner. Het zorgplan wordt door de verpleegkundige ingevuld in het digitale ONS-Systeem. De coördinatoren hebben toegang tot dit ONS-systeem/zorgplan door middel van een digitale inlogcode. Zij hebben uitsluitend lees- en rapportagerechten.

Het *informele gedeelte van het zorgplan* (het zorgoverzicht) wordt opgesteld door de coördinatoren en dagelijks bijgewerkt. Dit plan omvat de zorgvraag, geschiedenis, evaluaties en actuele aandachtspunten. Tot dit informele gedeelte van het zorgplan (het zorgoverzicht) hebben de vrijwilligers toegang. De informele zorgplannen worden dagelijks bijgewerkt en digitaal opgeslagen (Orino) en digitaal gearhiveerd na overlijden of vertrek.



Uitgangspunten in het proces van gezamenlijke planvorming en proactieve zorgplanning:

- De verpleegkundige is beheerder van het professionele gedeelte van het zorgplan en de coördinatoren van het informele zorgplan
- De coördinatoren zijn het aanspreekpunt voor de bewoner en verantwoordelijk voor coördinatie en continuïteit van de zorgverlening.
- Het beleid van de huisarts wordt genoteerd in het zorgplan. Daarnaast heeft de huisarts een eigen informatiesysteem, waardoor onder andere ook het beleid naar andere, dienstdoende, huisartsen overgedragen kan worden.
- In de context van proactieve zorgplanning worden afspraken vastgelegd over: het omgaan met wensen en behoeften ten aanzien van de zorg, de levensbeschouwing en culturele achtergrond, (niet)-behandelafspraken, ziekenhuisopnames, gewenste plaats van zorg en sterven, wie in de stervensfase aanwezig is, crisissituaties, wilsverklaringen, wettelijke vertegenwoordiging, levenseindebeslissingen en nazorg.
- Op de vier dimensies worden de waarden, wensen en behoeften van de bewoner vastgelegd en gekoppeld aan nog te behalen doelen.
- Op de vier dimensies worden actuele en te verwachten problemen, te nemen acties en geplande evaluatiemomenten vastgelegd en door de bewoner geaccordeerd.
- Er is plaats ingeruimd voor de sociale en praktische gevolgen van het ziek zijn en het naderend sterven.
- Er wordt vastgelegd wat de bewoner zelf wil uitvoeren, wat door zijn naasten uitgevoerd wordt en wat door zorgverleners of vrijwilligers uitgevoerd wordt.
- Er wordt vastgelegd voor welke naasten, zorgverleners, huisartsen en vrijwilligers het zorgplan toegankelijk is. Het zorgplan is bij voorkeur elektronisch voor alle betrokkenen beschikbaar. Zo niet, dan is een papieren exemplaar aanwezig bij de bewoner.

6.5 Overdracht

Het uitwisselen van bewonersgegevens bestaat uit grofweg drie stappen: vastleggen (Orino en ONS-systeem), overdragen aan collega's en het eventueel delen met de patiënt. De overdracht moet de continuïteit en de kwaliteit van de zorg waarborgen door dié informatie door te geven die nodig is om het zorgproces na overdracht voort te zetten. Om dit proces goed te laten verlopen, is het belangrijk dat de gegevens voor iedereen te begrijpen en te gebruiken zijn. De spelregels over de wijze van overdracht bevinden zich in het Practi-Veerboek en in het privacyreglement. De wijze van overdracht komt aan de orde tijdens het inwerkprogramma.

6.6 Afsluiten zorg en verblijf

In principe kan een bewoner drie maanden in het hospice verblijven.

6.6.1 Uitplaatsing

Voor opname in een hospice geldt een verwachte levensduur van maximaal drie maanden. In principe wordt de overeenkomst aangegaan voor een verblijf van maximaal drie maanden. De levensverwachting van de bewoner wordt per vier weken besproken door coördinatoren, verpleegkundige en huisarts. De bevindingen worden vastgelegd in het zorgoverzicht (onderdeel van het zorgplan).

Indien blijkt dat er sprake is van een stabilisatie of zelfs verbetering, waardoor de levensverwachting wordt bijgesteld, vindt een overleg plaats tussen de betrokkene, diens naasten en de coördinatoren. Hierin wordt afgesproken welke stappen worden ondernomen voor een eventuele uitplaatsing.

Bij uitplaatsing wordt door de coördinator een ontslagplan opgesteld, waarin planning, soort zorg, overdracht zorgplan, het informeren van de betrokkenen, medicatie en hulpmiddelen worden geregeld.

Indien er binnen aanvaardbare termijn wel uitzicht op overlijden is, naar inschatting van de huisarts en de coördinator, vindt hierover een gesprek plaats met de bewoner en diens naasten. In overleg kan besloten worden tot een verlenging van het verblijf (in principe tot maximaal drie maanden). Dit wordt vastgelegd in het zorgoverzicht.

6.6.2 Afsluiten verblijf bij overlijden

Wanneer een bewoner is overleden vinden de volgende handelingen plaats:

- Informeren (familie, huisarts, vrijwilligers, coördinatie, verpleegkundigen).
- Registraties (zorgplan, Orino).
- Laatste zorghandelingen.
- Schouwen door huisarts.
- Inschakelen uitvaartondernemer.
- Afstemming familie (bezoek, laatste zorg, uitgeleide).
- Facilitaire zaken.
- Financiële afhandeling.
- Etc.

Voorgaande handelingen zijn vastgelegd in het protocol 'Protocol na overlijden'. Dit protocol wordt jaarlijks geëvalueerd door coördinatoren en vrijwilligers. Dit protocol maakt onderdeel uit van het Practi-Veerboek (versie 3- 18-07-2022).

6.7 Evalueren intern en extern

Het Veerhuis evalueert zijn besturing, bedrijfsvoering en dienstverlening op vele aspecten. Deze evaluaties vinden zowel intern (bestuur, medewerkers en vrijwilligers) als met de bewoners, familie en andere externe belanghebbenden plaats. Deze evaluaties vinden periodiek plaats.

De resultaten van de evaluaties worden door bestuur en coördinatoren geanalyseerd en dienen als input voor het beleid en eventuele verbeteringen. Het Veerhuis kent de volgende evaluaties:

- Bewoners, naasten en nabestaanden
 - Evaluatie tijdens het verblijf (vierwkelijks). Deze evaluatie wordt uitgevoerd met bewoner en naasten. In deze evaluatie wordt aandacht besteed aan de volgende punten: inhoud van de zorg, de dienstverlening, de indicatie, de te verwachte verblijfsduur, etc. Deze evaluatie wordt uitgevoerd door de coördinatoren en de resultaten worden vastgelegd in het zorgoverzicht.
- Verpleegkundigen (professionele zorg)
 - Evaluatie van de samenwerking met verpleegkundigen. De samenwerking met de verpleegkundigen en/of de thuiszorgorganisatie (EVEAN) vindt tweemaal per jaar plaats. De evaluatie wordt geïnitieerd en uitgevoerd door de coördinatoren. In deze evaluatie wordt aandacht besteed aan onder meer de volgende punten: geleverde kwaliteit zorg, afstemming en samenwerking, casuïstiek. De resultaten worden vastgelegd in notulen en worden beschikbaar gesteld. Deze notulen worden digitaal opgeslagen.
- Evaluatie van de samenwerking met de huisarts.
 - De huisartsgeneeskundige zorg van de bewoner wordt geleverd door de eigen huisarts. Kan de huisarts, deze zorg niet leveren, bijvoorbeeld omdat de praktijk te ver weg is, dan zijn er in de buurt enkele huisartsen, die deze zorg overnemen. De evaluatie van de samenwerking met deze huisartsen vindt eenmaal per jaar plaats. De evaluatie wordt geïnitieerd en uitgevoerd door de coördinatoren. In deze evaluatie wordt aandacht besteed aan de volgende punten: casuïstiek, afstemming en samenwerking, medicatie en actuele ontwikkelingen in de palliatieve zorg. De resultaten worden vastgelegd in notulen en worden beschikbaar gesteld. Deze notulen worden digitaal opgeslagen.
- Evaluatie met naasten en familie na overlijden/verblijf. (Instrument: Feedback Naasten – VPTZ). Deze evaluatie wordt uitgevoerd bij nabestaanden door middel van een digitale vragenlijst (Evaluatie Nabestaanden VPTZ). In deze evaluatie wordt aandacht besteed aan de volgende punten: ingeschatte ervaringen overledene en ervaringen nabestaanden op het gebied van zorg, dienstverlening, respect, zingeving, afstemming en communicatie en huisvesting, etc. De link naar de digitale vragenlijst (Feedback Naasten – VPTZ) wordt na verblijf middels een brief doorgestuurd door de coördinatoren naar de nabestaanden. Na invulling wordt de vragenlijst (link) verwerkt door de VPTZ en worden de bevindingen en resultaten door de VPTZ gedeeld met het Veerhuis.
- De resultaten van deze feedback worden periodiek besproken door het bestuur en de coördinatoren en worden (eventueel) omgezet in verbeterpunten. De resultaten van de vragenlijsten blijven beschikbaar op het dashboard van het instrument Feedback Naasten van de VPTZ. De resultaten, getoond in het dashboard, geven tevens een vergelijk van de scores ten opzichte van het landelijke gemiddelde.

- Evaluatie met apotheker.
 - De evaluatie van de samenwerking met en het toezicht door de toezichthoudend apotheker vindt eenmaal per jaar plaats. De evaluatie wordt geïnitieerd en uitgevoerd door de apotheker. Deze evaluatie vindt plaats op basis van het protocol 'Medicatieveiligheid' en dan wordt onder meer aandacht besteed aan de volgende punten: knelpunten en incidenten (MIC), afstemming en samenwerking en gebruik en beheer medicatie. De resultaten worden vastgelegd door de apotheker in de notulen en worden beschikbaar gesteld. Deze notulen worden digitaal opgeslagen.

- Evaluatie van Vrijwilligers
 - Het functioneren van de vrijwilligers wordt jaarlijks geëvalueerd. Deze evaluatie vindt plaats door middel van individuele gesprekken en/of door middel van een digitale enquête (VPTZ: vragenlijst vrijwilligers, 'Inventarisatie vrijwilligers ervaringen VIVRE').
 - Deze evaluaties wordt gepland en uitgevoerd door de coördinatoren. In de evaluatie wordt aandacht besteed aan een aantal indicatoren, zoals introductie, ontwikkeling, werkomstandigheden en waardering. De link naar de digitale vragenlijst ('Inventarisatie vrijwilligers ervaringen VIVRE') wordt doorgestuurd door de coördinatoren. Na invulling wordt de vragenlijst verwerkt door de VPTZ en worden de (anonieme) bevindingen en resultaten door de VPTZ gedeeld met het Veerhuis. De resultaten van de vragenlijsten worden digitaal opgeslagen. De verslaglegging van de individuele gesprekken worden digitaal opgeslagen in het persoonlijke vrijwilligersdossier van de vrijwilliger.

- Evaluatie met medewerkers.
 - Het functioneren van de medewerker wordt jaarlijks geëvalueerd. Deze evaluatie vindt plaats door middel van een functioneringsgesprek. Deze evaluaties wordt gepland en uitgevoerd door de coördinatoren en het bestuur. Dit functioneringsgesprek vindt plaats aan de hand van het formulier: 'Evaluatiegesprek medewerker' met onder meer de volgende onderwerpen: 'functioneren', 'leidinggeven', 'ontwikkeling', 'werkomstandigheden' en 'waardering'. De verslaglegging van de individuele gesprekken worden digitaal opgeslagen in het persoonlijke medewerkersdossier. De resultaten van deze feedback worden periodiek besproken door het bestuur en de coördinatoren en worden (eventueel) omgezet in verbeterpunten.

- Evaluatie bestuur en bestuursleden.
 - Het bestuur evalueert jaarlijks het functioneren van de individuele bestuursleden en het functioneren van het bestuur als collectief. Afspraken en bevindingen worden vastgelegd.
 - De resultaten van de hiervoor vermelde evaluaties worden jaarlijks door het bestuur en de coördinatoren geanalyseerd en worden (eventueel) omgezet in verbeterpunten en beleidspunten.



Top
Rolverdeling flexibel
- kapitein
- volger
- assistent

Top
Leren van verpleging (door meer tijd)

Top
VPL
Vraagbaken =

Tops
• zonnefles + stem
• Comm. gaat goed (nuchterlijk)
• grote betrokkenheid

?

1. Top
vloeibare hiërarchie

3 Tops
- veel meer rust

2 Tops
Vraagbaak/
deskundigheid

Top
Fantastisch team (vaste)
verpleegkundigen

Top
• Contact & openheid vd VPK
• Het vaste VPK-team
• Geen hiërarchie (platte organisatie)

Verpleeg Tops
kundigen
leren ons veel
en ik denk dat
graag te doen

Tops
Verpleegkundig
staan erg open
voor dragen,
samenwerking
~~...~~



HOOFDSTUK 7

De zorg van Hospice Veerhuis

Het hospice werkt conform de hiernavolgende protocollen. Deze protocollen zijn vastgelegd, worden regelmatig geëvalueerd, aangepast aan landelijke regelingen en verbeterd.

7.1 Zorgprotocollen

De zorgprotocollen binnen het Veerhuis worden uitgevoerd door verpleegkundigen, coördinatoren en vrijwilligers. De verpleegkundigen in het Veerhuis zijn in dienst van de thuiszorgorganisatie Eveen.

Eveen is een landelijk erkende VVT-aanbieder, die HKZ gecertificeerd is en voldoet aan de AO/IC richtlijnen betreffende verantwoorde zorg. Eveen biedt zorg binnen de bandbreedte van de geldende indicaties aanspraak wijkverpleging (Zorgverzekeringswet) en heeft verpleegkundigen in dienst die palliatieve zorg kunnen en mogen verlenen.

De zorgprotocollen, die alleen mogen worden uitgevoerd door verpleegkundigen, zijn vastgelegd op de website: www.vilansprotocollen.nl.

Daarnaast kent het hospice zorghandelingen die ook door vrijwilligers mogen worden uitgevoerd. Bij indiensttreding volgt voor een vrijwilligers een stevig inwerktraject. Dit bestaat uit een basis-training van twee dagen, begeleiding van een mentor, verplichte medicatietraining, praktische vaardigheden, verplichte intervisie, het bijwonen van themabijeenkomsten en werkbesprekingen.

De zorgprotocollen die uitgevoerd mogen worden door een daartoe getrainde vrijwilliger zijn vastgelegd in het Practi-Veerboek. Deze protocollen betreffen onder meer:

- hygiëne en veiligheid (onder andere algemeen, dagelijks, voeding, legionella, MRSA-bacterie, prikaccidenten, mondverzorging)
- medicatieveiligheid (onder andere beleid aangaande risicovolle handelingen, aanreiken medicatie)
- euthanasie en sedatie.

Medische beslissingen, waaronder euthanasie en sedatie De medische zorg wordt geleverd door de huisarts.

Wanneer de laatste fase van het leven aanbreekt, dienen zich vaak veel vragen en onzekerheden aan. Die vragen kunnen gaan over het leven, maar ook over het levenseinde. Natuurlijk zullen tijdens de opname in het hospice de persoonlijke wensen rond behandeling en levenseinde regelmatig worden besproken. Het belangrijkste doel van Hospice Veerhuis is om goede palliatieve zorg te bieden. Hierin staat niet meer de genezing, maar de kwaliteit van het leven en het verlichten van het lijden voorop. Het team van het Veerhuis zet zich met volle overtuiging in om de kwaliteit in de laatste levensfase voor alle betrokkenen zo hoog mogelijk te maken.

Uiteindelijk bepaalt ieder mens voor zichzelf wat kwaliteit van leven is. Soms kan het lijden, ondanks alle goede zorgen, ondragelijk zijn of als ondragelijk ervaren worden. Euthanasie kan dan in het verlengde liggen van goede palliatieve zorg.

Bij Hospice Veerhuis is om die reden euthanasie binnen de voorwaarden van wet- en regelgeving niet uitgesloten. Hieraan gaat wel altijd een traject van intensieve gesprekken en een beoordeling van een tweede onafhankelijke arts vooraf. Daarom is het niet mogelijk om kort na opname tot euthanasie over te gaan. Euthanasie kan dan ook niet de reden zijn voor opname in het hospice.

Palliatieve sedatie

De arts kan besluiten, in overleg met de bewoner, om palliatieve sedatie te starten, dat wil zeggen dat de bewoner in slaap wordt gebracht. Dit kan alleen als het lijden van de bewoner niet goed te bestrijden is en als verwacht wordt dat het overlijden binnen twee weken zal plaats vinden.

De uit te voeren handelingen staan beschreven in de richtlijn 'Euthanasie en sedatierichtlijn'.

7.2 Overlijden (zie paragraaf 6.6)

Complementaire zorg en dienstverlening

Complementaire zorg is aanvullende zorg, die gegeven wordt naast de reguliere zorg die een bewoner krijgt tijdens het verblijf. Complementaire zorg gaat uit van een holistische benadering, waarbij de zorg de lichamelijke, emotionele, mentale, spirituele en sociale behoeften omvat. De extra zorg van het Veerhuis is van lichamelijke, energetische of spirituele aard. Het hospice heeft hiervoor afspraken gemaakt met specialisten en hulpverleners met affiniteit en ervaring met de palliatieve zorg.

Het Veerhuis kent onder meer de volgende aanvullende dienstverlening:

- Osteopathie.
- Haptotherapie.
- Bedside Singers.
- Geestelijke verzorging.
- Wensambulace.
- Stichting Vaarwens.
- Dienstverlening aan naasten (verblijf en maaltijden).
- Aanvullende lichamelijke verzorging (kapper, pedicure, etc.).

In de brochure 'Complementaire zorg en dienstverlening' zijn deze zorg- en dienstverlening en de bijbehorende vergoedingen beschreven.



HOOFDSTUK 8

Medewerkers

8.1 Functie-omschrijvingen en schalen

Het Veerhuis kent voor zijn medewerkers de volgende functie-omschrijvingen:

- Coördinator (eindverantwoordelijk).
- Coördinator.
- Coördinator (waarnemend).
- Financieel-administratief medewerker.
- Schoonmaker.

Voor elk van deze functies is een heldere, beknopte omschrijving opgesteld, waarin de belangrijkste TVB's (taken, competenties, verantwoordelijkheden en bevoegdheden) zijn opgenomen. Deze dient als leidraad voor de selectie van medewerkers, maar ook voor beoordeling en ontwikkeling. De functie-omschrijvingen worden periodiek geëvalueerd door coördinatoren en bestuur en eventueel bijgesteld.

8.2 Arbeidsovereenkomst

Hospice Veerhuis sluit met zijn medewerkers een arbeidsovereenkomst af voor bepaalde of onbepaalde tijd. In deze overeenkomst zijn de arbeidsvoorwaarden (dienstverband, arbeidsplaats, duur overeenkomst, arbeidsduur, salaris, vakantietoeslag, vakantiedagen, ziekte, verzekeringen, geheimhouding, geschillen, toepasselijk recht) opgenomen.

Als zelfstandige VPTZ-organisatie vallen de medewerkers van het Veerhuis in principe onder de cao VVT (Verpleeg-, Verzorgingshuizen en Thuiszorg). Bij de inschaling van de functie van coördinator wordt gebruik gemaakt van het FWG (Functie Waarderingsstelsel Gezondheidszorg). Dat is gekoppeld aan de salarisschalen in de cao. Valt een medewerker niet onder de bovengenoemde cao dan worden afspraken in de arbeidsovereenkomst zelf bepaald en vastgelegd. Voor de inhoud en werking van een arbeidsovereenkomst hanteert het Veerhuis de richtlijnen van de VPTZ en de cao VVT.

Medewerkers van de hospice zijn aangesloten bij het Pensioenfonds Zorg en Welzijn (PFZW).

8.3 Het personeelsdossier

Voor iedere medewerker met een dienstverband/arbeidsovereenkomst is een personeelsdossier aangelegd. Deze dossiers zijn digitaal en alleen toegankelijk voor coördinatoren en bestuur.

Bij indiensttreding zal een personeelsdossier worden aangemaakt voor een nieuwe medewerker. Het personeelsdossier bevat de volgende informatie:

- Persoonlijke gegevens.
- Diploma's.
- BIG-registratie
- Arbeidsovereenkomst.
- Documenten met betrekking tot de beoordeling, evaluatie en ontwikkeling.

Het beleid bij uitdiensttreding is dat conform de geldende wetgeving het dossier bewaard blijft, of delen ervan.

<http://www.tuux.nl/personeelsdossier/bewaartermijn/>

8.4 Werving en selectie

Werving en selectie kan bij het Veerhuis op diverse manieren plaatsvinden. Als belangrijkste wervingskanalen gelden de website, het uitgebreide netwerk en de sociale media.

Voor de werving van personeel geldt het volgende:

- Vaststelling van de identiteit aan de hand van een geldig identiteitsbewijs.
- Vaststelling van de echtheid van diploma's. De werknemer dient hiertoe bij DUO een digitaal uittreksel op te vragen en te overleggen.
- Vaststelling BIG-registratie (indien van toepassing).

Bij indiensttreding wordt de medewerker op de hoogte gesteld van zijn/haar verplichtingen en taken rondom geheimhouding en informatiebeveiliging.

8.5 Gedragscode

De gedragscodes van het Veerhuis omvatten spelregels voor medewerkers en vrijwilligers en zijn vastgelegd in het Practi-Veerboek.

Deze spelregels geven aan hoe om te gaan met bewoners, familie, anderen en de medewerker of vrijwilliger zelf. Tijdens de inwerkperiode komen deze regels aan de orde en maken deel uit van het inwerkprogramma.

Deze regels worden periodiek geëvalueerd door coördinatoren en bestuur.

8.6 Leren en professionaliseren

Leren en professionaliseren zijn belangrijke pijlers in de visie op kwaliteit van het Veerhuis. Deze zorgen ervoor dat het bestuur, de medewerkers en de vrijwilligers goed zijn toegerust om hun werk te doen en zijn daarmee belangrijk voor het werken aan kwaliteit.

Er zijn verschillende manieren waarop de pijlers leren en professionaliseren vorm krijgen en geborgd worden. Het leren heeft een gestructureerd, systematisch karakter en/of is gebaseerd op basis van beoordelingen en evaluaties.

De volgende uitgangspunten worden hierbij gehanteerd:

- De functieprofielen van bestuurders en medewerkers vormen de basis om te bepalen welke kennis en vaardigheden nodig zijn om goed te kunnen functioneren in de betreffende rol.
- Bestuurders en medewerkers zijn bekend met de eisen en wensen die gesteld worden aan de kennis en de vaardigheden, zodat de inwerk- en scholingsactiviteiten en de werkzaamheden kunnen worden afgestemd. Er wordt gestimuleerd dat medewerkers zelf hun ontwikkelvragen formuleren.
- Er zijn periodieke (beoordelings)gesprekken met de medewerkers waarin de ontwikkelvragen aan de orde komen.
- Leren en professionaliseren wordt volop gestimuleerd; het hospice biedt mogelijkheden aan medewerkers om hun kennis en vaardigheden te ontwikkelen. Het hospice legt professionaliseringsonderwerpen jaarlijks vast in zijn (meerjaren)beleidsplan.

8.7 Onderdelen leren en professionaliseren

8.7.1 BIG (Beroepen in de individuele gezondheidszorg)

De coördinatoren van het hospice zijn ingeschreven in het BIG-register voor verpleegkundigen. Het BIG-register is een wettelijk, online en openbaar register. Alleen wie in het BIG-register staat, mag een *beschermde beroepstitel* (verpleegkundige) voeren. Dit betekent dat hij of zij de voorbehouden handelingen die bij het beroep horen, zelfstandig mag uitvoeren.

De coördinatoren zijn verantwoordelijk voor de geldigheid van de registratie. In het personeelsdossier zijn de data van registratie en herregistratie opgenomen.

8.7.2 Bekwaam en bevoegd

Coördinatoren binnen het hospice zijn bevoegd en bekwaam voor een aantal handelingen.

De term ‘bevoegd’ houdt in dat de vereiste opleiding voor het uitvoeren van de zorg en de daarbij behorende handelingen zijn gevolgd. De term ‘bekwaam’ houdt in dat een coördinator de handelingen beheerst. Het gaat dus om de juiste vaardigheden om de handeling correct uit te voeren. Daarnaast is het belangrijk dat de handeling regelmatig wordt uitgevoerd en dat er inzicht is in de effecten van de handeling.

Het hospice hanteert een richtlijn met betrekking tot het bevoegd en bekwaam handelen. In deze richtlijn is het volgende opgenomen.

- Een overzicht van de handelingen.
- De termijn van Bevoegd en Bekwaam
- De toetsing
- Opleidingen en trainingen om bevoegd en bekwaam te blijven.,

De coördinatoren zijn verantwoordelijk voor de geldigheid voor bevoegd en bekwaam handelen. In het personeelsdossier zijn de data van evaluatie en gevolgde trainingen opgenomen.

8.7.3 VPTZ-trainingen

De VPTZ verzorgt trainingen voor bestuurders en coördinatoren om de kwaliteit van kennis en kunde te ontwikkelen. De VPTZ biedt hiervoor een uitgebreid programma aan in de vorm van modules. (Zie: VPTZ kwaliteitskompas 2023 Modules C-00 t/m C-12).

In overleg met het bestuur wordt jaarlijks besloten welke modules door bestuursleden en/of coördinatoren gevolgd worden.

8.7.4 Casuïstiek besprekingen

‘Casuïstiek bespreken’ is een instrument dat gebruikt wordt bij kwaliteit bevorderende activiteiten binnen de gezondheidszorg. Het instrument is vooral gericht op het verbeteren van het methodisch handelen van vrijwilligers en medewerkers. De bespreking vindt plaats aan de hand van casuïstiek die representatief is voor het verrichten van zorg en handelingen binnen het hospice.

De doelstelling van casuïstiekbesprekingen kan per bijeenkomst verschillen. Er kan onderscheid gemaakt worden tussen de volgende subdoelen:

- Het uitwisselen van inzichten.
- Het benoemen van individuele leerpunten.
- Het vertalen van leerpunten naar verbeteringen in het handelen.

8.7.5 Bijeenkomsten Netwerk Palliatieve Zorg

Het hospice is aangesloten bij het Netwerk Palliatieve Zorg Amsterdam en Diemen Dit Netwerk zet zich in voor kwalitatief goede palliatieve zorg aan inwoners in de regio. In netwerkbijeenkomsten wordt gericht gewerkt aan korte opdrachten, kennisuitwisseling en uitwisseling best practices.

De coördinatoren nemen periodiek deel aan deze bijeenkomsten.

8.7.6 Congressen en vakliteratuur

Bestuursleden en medewerkers worden in staat gesteld om congressen op het gebied van palliatieve zorg en hospices te volgen. Deelname wordt in overleg geregeld.

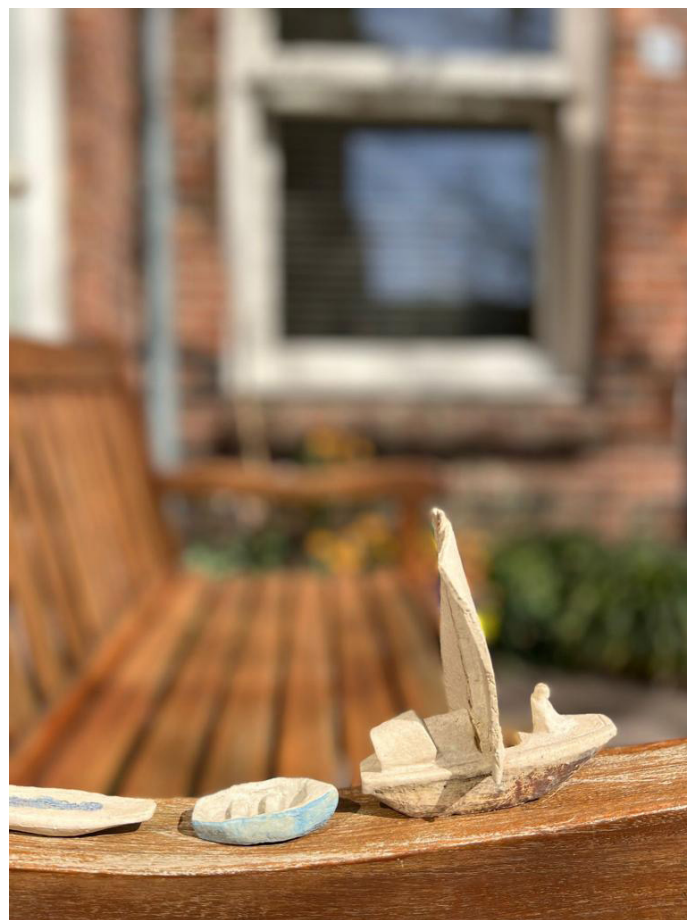
Het hospice kent een bibliotheek met vakliteratuur. Daarnaast stelt het hospice vakliteratuur ter beschikking aan het bestuur, de medewerkers en de vrijwilligers.

8.8 Beoordelen en ontwikkeling

Het functioneren van de medewerker wordt jaarlijks geëvalueerd. Deze evaluatie vindt plaats door middel van een functioneringsgesprek. Deze evaluatie wordt gepland en uitgevoerd door de coördinatoren en het bestuur. Dit functioneringsgesprek vindt plaats aan de hand van het formulier: 'Evaluatiegesprek medewerker' met onder meer de volgende onderwerpen functioneren, leidinggeven, ontwikkeling, werkomstandigheden en waardering. De verslaglegging van de individuele gesprekken worden digitaal opgeslagen in het persoonlijke medewerkersdossier. De resultaten van deze feedback worden periodiek besproken door het bestuur en de coördinatoren en worden (eventueel) omgezet in verbeterpunten.

De evaluatie van het bestuur en de bestuursleden gaat als volgt: het bestuur evalueert jaarlijks het functioneren van individuele bestuursleden en het functioneren van het bestuur als collectief. Afspraken en bevindingen worden vastgelegd.

De resultaten van de hiervoor beschreven evaluaties worden jaarlijks door het bestuur en de coördinatoren geanalyseerd en worden (eventueel) omgezet in verbeterpunten en beleidspunten.



8.9 Exitgesprekken

Medewerkers en vrijwilligers die het hospice verlaten, worden gevraagd een exitformulier in te vullen. Dit ingevulde formulier wordt als interviewleidraad gebruikt bij het exitgesprek met het bestuur. De bevindingen worden vastgelegd en gearhiveerd in het personeelsdossier van de betreffende medewerker en/of vrijwilliger.

8.10 Uitdiensttreding

Het hospice kent een uitdiensttredingsprocedure, waarin bij beëindiging van het dienstverband geregeld is dat de toegangsrechten en het gebruik van informatie verwerkende faciliteiten ingetrokken en beëindigd worden. Met de ondertekening van de uitdienstbrief wordt verklaard dat kennis is genomen van alle verantwoordelijkheden en verplichtingen die van kracht blijven na beëindiging van het dienstverband.



HOOFDSTUK 9

Vrijwilligers

9.1 Onze vrijwilligers

Hospice Veerhuis wordt gedragen door beroepskrachten en vrijwilligers. De vrijwilligers zijn zeer betrokken bij het hospice en de palliatieve zorg en zijn van grote waarde voor het ondersteunen van de zorg voor de bewoners. De medewerkers vallen onder een duidelijk omschreven personeelsbeleid. Een helder vrijwilligersbeleid is echter net zo belangrijk.

Voor het werven, opleiden, ontwikkelen en ondersteunen van vrijwilligers volgen wij de richtlijnen van de vereniging Vrijwillige Palliatieve Terminale Zorg Nederland (VPTZ) en het naleven van wet- en regelgeving

9.2 Wat is vrijwilligersbeleid?

Het vrijwilligersbeleid is het geheel aan voorwaarden dat nodig is om vrijwilligers met hun kwaliteiten binnen het Veerhuis tot hun recht te laten komen op een zodanige manier dat de kernwaarden worden geborgd en de doelstellingen van het hospice worden gerealiseerd. Het vrijwilligersbeleid is opgesteld door bestuur en coördinatoren, wordt jaarlijks geëvalueerd en indien nodig bijgesteld.

9.2.1 Waarom vrijwilligersbeleid?

Het vrijwilligersbeleid is van belang om duidelijkheid te geven aan zowel bestuur, medewerkers als vrijwilligers over hoe met vrijwilligers wordt gewerkt binnen de palliatieve zorg. Een goed vrijwilligersbeleid geeft inzicht in wat medewerkers en vrijwilligers voor elkaar kunnen betekenen. Tevens dient het als stimulans voor vrijwilligers en daarmee ter optimalisering van hun inzet om onze doelen te realiseren.

9.3 Werving en selectie

9.3.1 Welke vrijwilligersfuncties kent het hospice

Hospice Veerhuis kent diverse soorten vrijwilligers:

- Bestuursleden.
- Vrijwilligers met specifieke functies (zorgen, koken, tuinieren, klussen).

9.3.2 Aanmelding/werving

De vraag naar vrijwilligers in de palliatieve terminale zorg neemt toe. Het vinden en binden van deskundige vrijwilligers is cruciaal voor de kwaliteit van het werk in het hospice. Zonder het binnenhalen van vrijwilligers kan het hospice zijn taken en activiteiten niet volledig uitvoeren. Het Veerhuis kiest ervoor om vrijwilligers zoveel mogelijk in te zetten binnen vaststaande, beschreven functies. Incidenteel kan het voorkomen dat een vrijwilliger een nieuwe nog nader te bepalen functie krijgt.

9.3.3 Functiebeschrijvingen en profielschetsen

Hospice Veerhuis heeft voor al zijn huidige vrijwilligersfuncties een profiel opgesteld. Deze profielen zijn te vinden in het Practi-Veerboek.

De vrijwilliger mag geen medische of verpleegkundige handelingen verrichten, zelfs niet als zij/hij een verpleegkundige achtergrond heeft. Ook wordt er van alle vrijwilligers integriteit verwacht. Om deze reden wordt er altijd een VOG-verklaring gevraagd.

9.3.4 Werving en selectie en benoeming van vrijwilligers

Bij de werving en selectie van vrijwilligers gaat het erom de juiste persoon op de juiste plaats te krijgen. Hierbij dienen de kwaliteiten van de vrijwilliger zoveel mogelijk te worden afgestemd op de kernwaarden van het hospice, de eisen van de betreffende functie en op de motivatie van de vrijwilliger.

Werving en selectie is een continu proces, ook wanneer er op een bepaald moment geen nieuwe vrijwilligers nodig zijn. Werving is een taak voor iedereen die zich actief inzet voor het Veerhuis en in het bijzonder voor het bestuur en de coördinatoren.

Passieve werving

Het is van groot belang om continu alert te zijn op potentiële vrijwilligers. Het effect van de persoonlijke benadering door een van de huidige vrijwilligers, medewerkers of bestuursleden van het hospice is niet te evenaren met een actieve werving. Via de website kunnen geïnteresseerden een aanmeldingsformulier vinden. Middels dit formulier, per e-mail in te dienen, kunnen potentiële vrijwilligers zich aanmelden. Vervolgens kunnen deze personen worden benaderd om vrijwilliger te worden.

Op de website zijn tevens vacatures voor vrijwilligers zichtbaar. Vrijwilligers kunnen zich per e-mail aanmelden.

Actieve werving

Indien een bepaalde functie vacant is en er binnen het bestaande netwerk geen geschikte kandidaat voorhanden lijkt, wordt een actieve werving opgestart. Afhankelijk van de functie is dit in ieder geval een bericht op onze website, op Facebook en in de nieuwsbrief.

WachtlIJst

Het hospice hanteert een wachtlIJst voor aanmelding als vrijwilliger. Deze wachtlIJst wordt beheerd door de coördinatoren. Potentiële vrijwilligers die op de wachtlIJst staan, kunnen informeren naar de stand van zaken of worden door de coördinatoren op de hoogte gehouden.

9.3.5 Selectie en benoeming

Het bestuur van het hospice werft en selecteert zelf potentiële bestuurders. De feitelijke benoeming van bestuurders is voorbehouden aan het bestuur. Deze procedure is beschreven in de statuten. De selectie en benoeming van andere vrijwilligers wordt gedaan door de coördinatoren. De volgende stappen worden in het selectieproces gevolgd:

- Intakegesprek.
- Rondleiding.
- Selectiegesprek en bespreking voorwaarden.
- Meelopen (3x) (zie Practi-Veerboek).
- Aanstelling en/of benoeming.

Het hospice behoudt zich altijd het recht voor om een vrijwilliger te weigeren als deze naar zijn oordeel niet geschikt is voor de betreffende functie.

9.3.6 Vrijwilligersovereenkomst

Met iedere vrijwilliger die zich inzet voor het hospice, wordt een schriftelijke vrijwilligersovereenkomst gesloten. Deze overeenkomst geeft duidelijkheid voor zowel de vrijwilliger als het hospice. In deze overeenkomst worden de wederzijdse verwachtingen opgeschreven, waarop teruggevallen kan worden bij evaluaties en geschillen. Tevens geeft het een houvast voor de periodieke voortgangsgesprekken (met evaluatie).

Daarnaast dienen alle vrijwilligers de gedragscode te ondertekenen. Elke vrijwilliger dient bij aanstelling een Verklaring Omtrent Gedrag op te vragen en ter beschikking te stellen (zie hoofdstuk 13 Privacy).

9.3.7 Vrijwilligersvoorwaarden

Elke vrijwilliger wordt bij aanstelling op de hoogte gebracht van:

- de voorwaarden
- het kwaliteitshandboek
- de gedragscode
- het Practi-Veerboek.

De voornoemde documenten zijn inzichtelijk via intranet. De vrijwilliger wordt hierop geattendeerd en neemt hier kennis van.

9.3.8 Registratie vrijwilliger

Elke vrijwilliger wordt bij aanstelling opgenomen in het vrijwilligerssysteem. De registratie bevat persoonsgegevens, de functiebenaming, de dataperiode, de naam van de mentor, opleidingsgegevens en de datum van de VOG. De registratie en het beheer van het bestand vallen onder de verantwoordelijkheid van de coördinator.

9.3.9 Toegang systemen

Bij indiensttreding krijgt de vrijwilliger per e-mail toegangscodes voor de ORINO-roosterapp en voor het zelfstudieplatform van de Vrijwillige Palliatieve Terminale Zorg Nederland (VPTZ).

9.4 Leren en professionaliseren

Hospice Veerhuis en de vrijwilliger zelf zijn verantwoordelijk voor de ontwikkeling en het actueel houden van de kennis en kunde van de vrijwilliger. Landelijk en regionaal worden er hiervoor trainingen en cursussen aangeboden. Aan het leren en professionaliseren wordt inhoud gegeven door de volgende elementen:

Mentor

Coördinatie en begeleiding van vrijwilligers is van belang om vrijwilligers goed te ondersteunen, gemotiveerd te houden en kwaliteit en resultaat te bewaken. Elke vrijwilliger kent een mentor (ervaren vrijwilliger). Deze mentor draagt zorg voor het actief, tijdig en volledig verstrekken van informatie om de vrijwilliger te helpen. Daarnaast zorgen coördinatoren via een persoonsgerichte benadering om de individuele drijfveren van zijn/haar vrijwilliger(s) te kennen en inzet en werk daarop af te stemmen.

Het Inwerkprogramma

Na aanstelling of functiewijziging volgt een vrijwilliger verplicht een introductieprogramma (zie Practi-Veerboek-Veerboek programma). De invulling hiervan is afhankelijk van de vrijwilligersfunctie en opgenomen in een opgesteld profielschets.

Het introprogramma

Dit introductieprogramma bestaat uit meerdere onderdelen, die op elkaar zijn afgestemd. Het is een combinatie van zelfstudie, training en inwerken. Verplichte onderdelen van het introductieprogramma zijn de introductietraining, een inwerkperiode en evaluatie. Daarnaast maakt Hospice Veerhuis afspraken over het blijvend ontwikkelen van zijn vrijwilligers. De introductietraining wordt afgerond door het volgen van:

- de landelijke introductietraining 'Introductietraining VPTZ – online zelfstudie' van de VPTZ Academie
- de introductietraining, uitgevoerd door het Veerhuis zelf.



Inwerkperiode

Samen met de nieuwe vrijwilliger wordt bepaald wat er nodig is in de inwerkperiode. De nieuwe vrijwilliger loopt minimaal één jaar mee met een ervaren (inwerk)vrijwilliger, om zo ervaring op te doen. Daarbij wordt gezorgd voor voldoende evaluatiemomenten. De inwerkperiode wordt na een jaar afgerond met een eindevaluatie.

Evaluatie

Het introductieprogramma wordt afgerond met een evaluatiegesprek tussen vrijwilliger, mentor en coördinator. De bevindingen worden vastgelegd en opgeslagen.

Blijvend ontwikkelen

De vrijwilliger blijft zich ontwikkelen, ook na het volgen van de introductietraining. Er wordt voldoende tijd en ruimte gegeven om te leren en te ontwikkelen. Jaarlijks wordt in het evaluatiegesprek eventuele ontwikkelingsdoelen vastgelegd.

Het Veerhuis zet de volgende instrumenten in om de ontwikkeling inhoud te geven:

In-huis trainingen

Als belangrijke grondhouding wordt leerbaarheid van de vrijwilliger verwacht. Het geven en ontvangen van feedback is een belangrijk onderdeel van het werken in het Veerhuis. Door elkaar scherp te houden, wil het hospice zorgen voor een transparante en zorgvuldige omgeving, met aandacht voor de omgang met bewoners, hun naasten, collega-medewerkers en de sfeer van het Veerhuis.

De volgende professionaliseringsinstrumenten worden ingezet:

- Basistraining.
- Vaardighedencarrousel.
- Werkbesprekingen.
- Intervisiebijeenkomsten.
- Casuïstiekbesprekingen.

Trainingen VPTZ

De VPTZ Academie biedt een breed scala aan trainingen voor vrijwilligers, coördinatoren en bestuurders in de palliatieve terminale zorg. Deze trainingen leveren een belangrijke bijdrage aan bewustwording, kennisontwikkeling en het vergroten van het handelingsrepertoire. Daarnaast zijn de trainingen een belangrijke plek om ervaringen uit te wisselen en geïnspireerd te raken. Het Veerhuis biedt zijn vrijwilligers de gelegenheid om deze trainingen te volgen.

9.5 Het Practi-Veerboek

Ervaren zorgvrijwilligers kennen het Veerhuis op hun duimpje. Echter, voor nieuwe zorgvrijwilligers is het soms zoeken naar iets of naar het antwoord op de vraag: 'Hoe moet dat nou?'

In het Practi-Veerboek worden protocollen, handleidingen, richtlijnen, werkwijzen en wetenswaardigheden bij elkaar gebracht. Alle relevante documenten zijn samengevoegd in één boek zodat de consistentie beter bewaakt kan worden en het onderhoud gemakkelijker wordt. Hospice Veerhuis publiceert de informatie voor nieuwe vrijwilligers ('Inwerken nieuwe vrijwilligers') en voor bewoners ('Informatieboekje') ook in aparte documenten, die tegelijkertijd met dit Practi-Veerboek worden geactualiseerd.

Bij sommige onderdelen zijn hyperlinks naar instructie filmpjes of websites geplaatst zodat de online-gebruiker die meer informatie wil, verder in de materie kan duiken. De coördinatoren zijn verantwoordelijk voor het beheer van het Practi-Veerboek

9.6 Beoordelen en Ontwikkeling

9.6.1 Persoonlijk beoordeling en ontwikkeling

Na aanstelling en introductie van een vrijwilliger, vindt jaarlijks, en vaker indien wenselijk, een evaluatiegesprek plaats tussen de coördinator en de vrijwilliger. De vrijwilliger wordt tijdig in de gelegenheid gesteld om punten aan te dragen en voor te bereiden. Dit evaluatiegesprek dient tevens om de gemaakte afspraken in de vrijwilligersovereenkomst te evalueren. Hierna kan indien nodig bijstelling plaatsvinden en wordt samen gekeken wat voor de toekomst nodig is. De bevindingen uit de evaluatie en de gemaakte afspraken over verdere ontwikkeling worden vastgelegd in het vrijwilligers-systeem.



9.7 Beëindiging vrijwilligersovereenkomst

Een vrijwilliger kan stoppen, omdat hij/zij daartoe zelf initiatief neemt. Anderzijds is het mogelijk dat het Veerhuis de vrijwilliger niet langer in wil zetten voor de organisatie.

Initiatief vrijwilliger

Vrijwilligers kunnen zelf besluiten te stoppen. Voor het Veerhuis is het belangrijk om te achterhalen wat de reden is om te stoppen en om te bekijken of de vrijwilliger mogelijk voor een andere functie ingezet kan worden. Vrijwilligers die zelf besluiten te stoppen met vrijwilligerswerk, zijn namelijk weer potentiële toekomstige vrijwilligers en tevens de ambassadeurs van het Veerhuis.

Beëindiging door het Veerhuis

Het kan ook voorkomen dat het Veerhuis van mening is dat de samenwerking met een bepaalde vrijwilliger niet wordt verlengd. Dit kan zijn vanwege het herstructureren van functies, onvoldoende presteren, maximale statutaire zittingstermijn (bestuursleden), zwaarwegende redenen of andere afspraken die zijn vastgelegd in de vrijwilligersovereenkomst.

9.8 Exitgesprek

Bij beëindiging van de vrijwilligersperiode vindt er een exitgesprek plaats met de coördinator. De bevindingen van het exitgesprek worden vastgelegd in een exitformulier. De coördinator analyseert de bevindingen uit de exitgesprekken en neemt de geanonimiseerde resultaten mee aan het gezamenlijke overleg tussen bestuur en coördinatoren. Dit geldt als input voor eventuele nieuwe beleidsmaatregelen.

9.9 Gedragscode/Intentieverklaring

De gedragscodes van het Veerhuis omvatten spelregels voor vrijwilligers en zijn vastgelegd in het Practi-Veerboek. Deze spelregels geven aan hoe om te gaan met bewoners, familie, anderen en de medewerker of vrijwilliger zelf. Tijdens de inwerkperiode komen deze regels aan de orde en maken deel uit van het inwerkprogramma. Deze regels worden perioden geëvalueerd door coördinatoren en bestuur.



HOOFDSTUK 10

Financiën en administratie

10.1 Begroting en investeringsplan

Het Veerhuis stelt jaarlijks een (exploitatie)begroting en een investeringsplan op. De begroting is een overzicht van de te verwachten inkomsten en uitgaven. De begroting wordt door de penningmeester opgesteld en ter vaststelling aan het bestuur voorgelegd. Het bestuur draagt er zorg voor dat het vermogen van de stichting zodanig is dat de continuïteit van de stichting voor minimaal twee jaar gewaarborgd is.

De stichting kent een investeringsplan. In dat plan zijn onder meer opgenomen: de besluitvorming, het toezicht op de uitgaven en de wijze van verantwoording van de uitgaven. Dit investeringsplan maakt onderdeel uit van de begroting van de stichting.

10.2 Inkomsten

Het inkomen/vermogen van de stichting wordt gevormd door:

- een eigen bijdrage
- subsidies
- fondsenwerving en donaties
- giften en legaten
- vergoedingen voor door de stichting verrichte prestaties
- overige.

Stichting Hospice Veerhuis is verplicht zijn financiële middelen steeds zodanig te besteden dat slechts een verantwoord percentage daarvan wordt aangewend ter dekking van de kosten van zijn eigen organisatie, terwijl die kosten en de kosten van werving van gelden in redelijke verhouding dienen te staan tot de bestedingen ten behoeve van de doelstelling van de stichting.

10.2.1 Eigen bijdrage

De zorgverzekeraar vergoedt de medische en verpleegkundige zorg die onze artsen en verpleegkundigen bieden. Hospice Veerhuis vraagt een eigen bijdrage per dag voor verblijfskosten. Vaak wordt dit door de zorgverzekeraar vergoed.

10.2.2 Subsidiering terminale zorg palliatieve zorg VWS

De subsidieregeling Palliatieve terminale zorg en geestelijke verzorging thuis richt zich onder meer op de inzet van vrijwilligers en netwerken voor palliatieve zorg. Een van de doelen van de regeling is om:

- meer vrijwilligers aan de slag te laten gaan in de palliatieve terminale zorg in hospices, bijna-thuis-huizen en bij mensen thuis.

Stichting Hospice voldoet aan de voorwaarden voor subsidieverlening voor 2023. Op deze subsidie is de volgende wet- en regelgeving van toepassing:

- De Kaderwet VWS-subsidies.
- De Regeling palliatieve terminale zorg en geestelijke verzorging.

In dit verband wordt gedurende het hele jaar geregistreerd aan hoeveel mensen palliatieve zorg is verleend. Deze registratie vindt plaats in Orino en valt onder de verantwoordelijkheid van de coördinatoren.

(Bron: brief VWS 7 okt. 2022 Subsidievaststelling 2023
Regeling palliatieve terminale zorg en geestelijke verzorging
(vrijwillige palliatieve terminale zorg)

10.2.3 Fondsenwerving en donaties

Fondsen vallen uiteen in goede-doelen-fondsen (charitatieve instellingen) en vermogensfondsen. Al deze fondsen hebben hun eigen (maatschappelijke) doelstelling. Als VPTZ-instelling met ANBI-status valt het Veerhuis binnen de doelstelling van vele goede-doelen- of vermogensfondsen.

Donaties zijn giften, al dan niet in natura, waar geen tegenprestatie tegenover staat. Vaak gaat het om particulieren, maar ook bedrijven en instanties die doneren

Stichting het Veerhuis stelt elk jaar een fondsenwervingsplan op waarin onder meer doelen, acties, instrumenten zijn opgenomen ten aanzien van fondsenwerving en donaties.

Een van de bestuursleden is verantwoordelijk voor het opstellen, uitvoeren en evalueren van dit plan.

10.2.4 Giften en legaten

Het Veerhuis is voor een gezonde financiële huishouding mede afhankelijk van giften. Via een donatieformulier kunnen particulieren en bedrijven eenmalig of periodiek een bedrag te schenken.

Erfenissen en legaten worden alleen beneficiair aanvaard. (Zie www.erfwijzer.nl). Voor het Veerhuis met de ANBI status, zijn schenkingen en erfenissen belastingvrij.

10.2.5 Wmo (Wet maatschappelijke ondersteuning)

Het hospice kan voor de vergoeding van zorg een contract afsluiten met de gemeenten waarin hun patiënten wonen. Gemeenten hebben beleidsvrijheid om de uitvoering via verordeningen zelf vorm te geven. Hierdoor verschilt de uitvoering van de Wmo per gemeente. Hospice Veerhuis heeft een contract afgesloten met de gemeente Amsterdam.

10.3 Uitgaven

De uitgaven in de begroting worden opgesteld aan de hand van de volgende hoofdposten: personeelskosten, kosten vrijwilligers, huisvestingskosten, kosten administratie, huishoudingskosten en algemeen. Een overzicht van inkomsten en uitgaven worden maandelijks opgesteld door de administrateur en voorgelegd aan en besproken door bestuur en coördinatoren.

10.4 Jaarrekening, verantwoording en toezicht

Het bestuur legt jaarlijks verantwoording af door middel van jaarverslag en jaarrekening. De jaarrekening wordt onder verantwoordelijkheid van de penningmeester – binnen vijf maanden na einde boekjaar - opgesteld en ter vaststelling voorgelegd aan het bestuur. De stichting kent een kascommissie voor het financieel toezicht.

10.5 Inkoop

Bij uitgaven boven vijfduizend euro (€ 5.000,-) worden er minimaal twee offertes aangevraagd bij verschillende leveranciers. Het bestuur bespreekt de offertes tenzij er sprake is van een gereede kandidaat en legt de besluitvorming over de keuze vast in de notulen.

10.6 Contractbeheer

Het Veerhuis heeft met diverse partijen overeenkomsten afgesloten. In het overzicht 'contracten' zijn deze overeenkomsten opgenomen met vermelding van duur en looptijd en verwijzing naar voorwaarden. Deze contracten worden beheerd door de coördinatoren.

10.7 Procuratie en mandaatregeling

Er is een procuratie- en een mandaatregeling voor het aangaan van verplichtingen. (Een procuratie- en mandaatregeling bevat heldere kaders waarbinnen bestuur en medewerkers de toegekende bevoegdheden op de juiste wijze kunnen uitoefenen en dit betekent dat de aangewezen personen de schriftelijke volmacht hebben tot het aangaan van externe contractuele verplichtingen).

10.8 Administratiesysteem Orino

Het hospice maakt gebruik van het managementsysteem Orino. Dit systeem is modulair opgebouwd en kent onder meer de volgende onderdelen: bewonersregistratie, facturatie, roostering en planning, gegevensbeheer medewerkers en vrijwilligers. Met behulp van dit systeem worden rapportages voor verschillende doeleinden en/of belanghebbenden opgesteld.

De coördinatoren verschaffen vrijwilligers en medewerkers een toegangscode tot Orino. Daarmee krijgen ze toegang tot de onderdelen in het platform die voor hen van belang zijn. Het platform is een afgeschermd systeem. De beveiliging en het inloggen gebeurt volgens de huidige AVG-normen. Het Orino systeem wordt beheerd door Feka.



HOOFDSTUK 11

Huisvesting

Het huisvestingsbeleid richt zich met name op veiligheid en hygiëne.

11.1 Veiligheid

11.1.1 Brandbeveiliging

Op diverse plaatsen zijn kleine blusmiddelen aangebracht. De blusmiddelen staan aangegeven op het ontruimingsplan en worden eens per jaar onderhouden door het bedrijf dat de middelen geplaatst heeft. Op diverse plaatsen zijn rookmelders aangebracht.

De alarminstallatie wordt één keer per jaar onderhouden door een erkend installatiebedrijf. De alarminstallatie is gecertificeerd op niveau 3.

11.1.2 BHV plan

Het hospice beschikt over een actueel BHV-plan en een BHV-organisatie. Het BHV-plan is opgenomen in het Practi-Veerboek.

Voor de uitvoering van de BHV-taken wordt een jaarlijks oefenen trainingsschema opgesteld en uitgevoerd.

Het BHV-plan wordt door de coördinatoren beheerd en actueel gehouden. /zij zijn ook verantwoordelijk voor de organisatie en uitvoering van plan en training.

11.1.3 Stroomuitval

Kritische apparatuur bij stroomuitval zijn de zuurstof-concentrator, de medicatiekoelkast en morfine- en dornicum-pompen. Voor deze apparatuur bestaan passende maatregelen in geval van stroomuitval.

11.2 Hygiëne

Hygiënisch werken is van groot belang om infecties te voorkomen. Elke infectie die het Veerhuis hierdoor weet te voorkomen, betekent een verhoging van kwaliteit van zorg aan onze bewoners.

Het hospice kent en hanteert de volgende protocollen:

- Protocol Dagelijkse Hygiëne.
- Schoonmaakprotocol (inclusief legionellaprotocol).
- Protocol hygiëne na overliden.
- Protocol MRSA.
- Protocol Prikaccidenten.
- Protocol COVID-19.

Deze protocollen worden beheerd, geëvalueerd en actueel gehouden door de coördinatoren.

11.3 RI&E in Bijna-thuis-huizen (BTH's)

Beide onderwerpen, hygiëne en veiligheid, komen aan de orde in de Risico-Inventarisatie en -Evaluatie (zie ook paragraaf 4.3). In de Risico-Inventarisatie en -Evaluatie (RI&E) legt Hospice Veerhuis driejaarlijks vast welke risico's het werken bij het hospice oplevert voor bewoners, werknemers en vrijwilligers.

Op basis van het RI&E worden de maatregelen van het Veerhuis op het gebied van veiligheid en hygiëne in relatie met de huisvesting geëvalueerd. Op basis van deze evaluatie worden de maatregelen aangepast en verbeterd.



HOOFDSTUK 12

Samenwerking en onderzoek

Als de belangrijkste pijlers in de visie van het hospice op kwaliteit komen leren en ontwikkelen terug. Leren en ontwikkelen zorgen ervoor dat medewerkers en vrijwilligers goed zijn toegerust om hun werk te doen en is daarmee belangrijk voor het werken aan kwaliteit. Dit staat in de paragrafen 'Onderdelen leren en professionaliseren' (paragraaf 8.7) en 'Leren en professionaliseren' (paragraaf 9.4) beschreven. In deze paragrafen wordt geschetst hoe het hospice individueel en als organisatie intern vormgeeft aan leren en professionaliseren.

Het hospice volgt hiermee de aanbevelingen en richtlijnen van het Kwaliteitskompas VPTZ.

12.1 Samenwerkingsbeleid

Het hospice ondersteunt samenwerking op het gebied van de palliatieve zorg in Nederland en in het bijzonder in de regio Amsterdam. Binnen zijn kaders en mogelijkheden participeert het hospice actief aan deze samenwerkingen.

Het Veerhuis wil inhoud aan leren en professionaliseren geven door als organisatie een bijdrage te leveren aan het werkveld van de palliatieve zorg en door samen met andere hospices samen te werken aan verbetering van de kwaliteit.

12.2 Deelname aan Het Lerend Netwerk VPTZ

De Lerende Netwerken worden landelijk georganiseerd en bestaat uit acht VPTZ-organisaties. Het Lerend Netwerk werkt op basis van bijeenkomsten én collegiale ontmoetingen (Hospices).

12.3 Samenwerking in netwerken Palliatieve Zorg

Palliatieve zorg wordt steeds vaker in netwerkverband georganiseerd. Dit betekent dat er steeds meer wordt samengewerkt tussen de verschillende zorgaanbieders binnen de netwerken om de palliatieve zorg goed en conform het kwaliteitskader palliatieve zorg te kunnen leveren.

Daar waar passend binnen zijn organisatorische kaders levert het hospice een bijdrage aan deze samenwerkingsvormen.

12.3.1 PaTz-team

In Amsterdam hebben huisartsen en wijkverpleegkundigen de handen ineengeslagen om de zorg voor mensen in de laatste levensfase in de thuissituatie te verbeteren. Zij werken samen in een PaTz-team.

PaTz is de afkorting voor Palliatieve Thuiszorg en is een methodiek om de kwaliteit, samenwerking en overdracht rond de palliatieve zorg thuis te verbeteren. De groep komt periodiek bij elkaar om patiënten in de palliatieve fase in kaart te brengen, te bespreken en op te nemen in een palliatief zorgregister. Samen stellen ze een zorgplan op waarbij de wensen van de patiënt en zijn omgeving centraal staan. Op de website www.patz.nu staan alle informatie over PaTz.

12.3.2 Netwerk Palliatieve Zorg Amsterdam/Diemen

Hospice Veerhuis onderschrijft en handelt conform de maatschappelijke opdracht 2022. Het netwerk palliatieve zorg Amsterdam en Diemen bestaat uit veel verschillende organisaties die zich inzetten voor kwalitatief goede palliatieve zorg aan inwoners in de regio. Het Veerhuis vindt dat inwoners mogen rekenen op optimale palliatieve zorg en ondersteuning waarbij hij/zij regiehouder is van zijn/haar eigen proces en op verzoek hierin wordt ondersteund.

12.4 Onderzoek

Hospice Veerhuis verleent zijn medewerking aan onderzoeken en registraties in de palliatieve sector. Het hospice verstrekt gegevens over zijn zorg en dienstverlening ten behoeve van trendanalyses, benchmarks, CBS-statistieken en wetenschappelijk onderzoek.

HOOFDSTUK 13

Privacy

De bescherming van gegevens en privacy wordt bewerkstelligd overeenkomstig relevante wetgeving, voorschriften en indien van toepassing contractuele bepalingen.

13.1 Privacybeleid

Hospice Veerhuis neemt de bescherming van privacy zeer serieus. Het hospice behandelt persoonsgegevens daarom vertrouwelijk en met de grootst mogelijke zorg. Zijn privacybeleid is van toepassing op alle persoonsgegevens die worden verzameld en gebruikt door het hospice. Het betreft hier gegevens van bewoners, vrijwilligers en medewerkers.

Het hospice gebruikt deze gegevens alleen met toestemming of indien het Veerhuis deze gegevens wettelijk nodig heeft. Indien en wanneer het hospice deze gegevens op enige andere wijze verwerkt, vereist dit (expliciete) toestemming.

Bij opname in het hospice worden bewoner en familieleden geïnformeerd over het privacybeleid van het hospice. Het privacybeleid staat vermeld in dit handboek dat op de website van het hospice toegankelijk en inzichtelijk is.

In het beleid van het Veerhuis en bij de uitwerkingen van dit beleid in maatregelen worden de richtlijnen van de VPTZ gevolgd.

13.2 AVG

Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG)
 Hospice Veerhuis heeft maatregelen ingevoerd om te voldoen aan de Algemene verordening gegevensbescherming (AVG). Daarbij zorgt het hospice voor de realisatie van een basispositie. Dit betekent dat het hospice in control is.

Zeer veel organisaties gebruiken persoonsgegevens en wisselen deze uit. De belangrijkste regels voor de omgang met persoonsgegevens in Nederland zijn vastgelegd in de Algemene verordening gegevensbescherming (AVG). De AVG gaat over het rechtmatig omgaan met persoonsgegevens. De belangrijkste bepalingen uit de AVG zijn als volgt samen te vatten:

- Persoonsgegevens mogen alleen worden verwerkt in overeenstemming met de wet. Voor de betrokkene (dat is degene van wie de persoonsgegevens verwerkt worden) moet het behoorlijk en transparant zijn hoe en waarom de persoonsgegevens verwerkt worden.
- Persoonsgegevens mogen alleen verzameld worden met een gerechtvaardigd doel. Dat doel moet welbepaald zijn en vooraf uitdrukkelijk zijn omschreven. Het doel waarvoor een organisatie de persoonsgegevens gaat verwerken moet verenigbaar zijn met het doel waarmee de persoonsgegevens zijn verzameld.
- Verwerkt een organisatie of persoon persoonsgegevens? Dan moet de persoon van wie de persoonsgegevens worden verwerkt in ieder geval op de hoogte zijn van de identiteit van de organisatie of persoon die deze persoonsgegevens verwerkt (de zogeheten verwerkingsverantwoordelijke) en van het doel van de gegevensverwerking.
- Als organisaties persoonsgegevens verwerken, dan moeten ze daarbij als uitgangspunt hanteren 'zo min mogelijk'. Dat houdt onder andere in dat de verwerking van de gegevens moet passen bij het doel waarvoor ze worden verwerkt.
- De verwerkingsverantwoordelijke moet ervoor zorgen dat de gegevens juist zijn en zo nodig worden geactualiseerd.
- De gegevensverwerking moet op een passende manier worden beveiligd. Voor bijzondere gegevens, zoals over ras, gezondheid en geloofsovertuiging, gelden extra strenge regels.
- Hospice Veerhuis heeft maatregelen ingevoerd om te voldoen deze bepalingen uit de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG).

13.3 Bewustwording privacy

Kennis en bewustzijn

Voldoen aan de AVG is niet alleen een kwestie van technische en organisatorische maatregelen, maar ook van kennis en bewustzijn. Daarom is een awareness- en informatietraject onderdeel van ons inwerk- en opleidingsprogramma.

13.4 Privacyreglementen

Het hospice kent zowel een privacyreglement voor bewoners en andere externen als ook voor medewerkers en vrijwilligers, waarin wordt uitgelegd wat er gebeurt met de persoonsgegevens die verwerkt worden. Ook wordt in deze reglementen uitgelegd wat de rechten van cliënten, naasten en andere betrokkenen zijn en de rechten van medewerkers en vrijwilligers. Het privacyreglement voor bewoners en externen is gepubliceerd op de website.

Navolgend worden de bewaartermijnen voor gegevens die door VPTZ-organisaties worden verwerkt weergegeven:

- Personele gegevens (twee/vijf/zeven jaar).
- Gegevens van vrijwilligers.

Uitgangspunt in het hospice is dat gegevens van vrijwilligers niet langer bewaard worden dan nodig. In principe betekent dit dat direct na het beëindigen van het vrijwilligerswerk de gegevens vernietigd kunnen worden.

Het Veerhuis spreekt met de vrijwilligers af (vastgelegd in de vrijwilligersovereenkomst) of naam en adresgegevens bewaard blijven voor bijvoorbeeld het zenden van nieuwsbrieven en het kunnen uitnodigen voor reünies en andere bijeenkomsten. Voor de vrijwilligers die een vergoeding krijgen, worden de gegevens zeven jaar bewaard. Er zijn gegevens van vrijwilligers die niet vastgelegd mogen worden. Dit zijn het BSN en een kopie van het legitimatiebewijs.

Gegevens van bewoners

De wettelijke bewaartermijn van medische dossiers is vijftien jaar. Evena beheert en bewaart de verpleegkundige dossiers. Huisartsen bewaren de gegevens van hun patiënten twintig jaar.

Gegevens van bewoners worden ook, maar beperkter, vastgelegd in het informele gedeelte van het zorgplan (het zorgoverzicht). Dit zorgoverzicht wordt opgesteld door de coördinatoren en dagelijks bijgewerkt. Dit plan omvat de persoonsgegevens van de bewoner, de zorgvraag, geschiedenis, evaluaties en actuele aandachtspunten. Tot dit informele gedeelte van het zorgplan (het zorgoverzicht) hebben de vrijwilligers toegang.

Voor VPTZ-organisaties is het bewaren van bewonersgegevens verplicht voor de verantwoording van de subsidie van het ministerie van VWS, van de gemeente en mogelijk fondsen.

Voor de subsidie van het ministerie van VWS geldt het volgende: de ontvanger van een instellingssubsidie voor palliatieve terminale zorg voert een zodanig ingerichte administratie, dat daaruit te allen tijde het aantal personen waaraan palliatieve terminale zorg is verleend, kan worden nagegaan. Een cliëntregistratie waaruit de volledige naam, woonplaats en geboortedatum van de cliënt blijkt is voldoende. Voor de bewaartermijn wordt een periode van vijf jaar aangeraden. In het digitale bewonersdossier zijn onder meer de persoonsgegevens, het zorgoverzicht en de facturatiegegevens opgeslagen.

Tevens is er een overzicht (register) van alle bewonersdossiers. Dit overzicht is toegankelijk voor en wordt bijgehouden door de coördinatoren.

Bij privacy gaat het niet alleen om de registratie van gegevens. Van even groot belang is het spreken over de bewoners. Artsen en verpleegkundigen hebben een beroepsgeheim. Maar ook is het verboden voor vrijwilligers om over bewoners te praten buiten de setting van het Veerhuis. Dit geldt ook bij het gebruik van sociale media.

13.5 Register voor gegevensverwerking

Het hospice heeft een register voor gegevensverwerking. In dit register is opgenomen om welke gegevens het handelt, wie bevoegd zijn tot toegang en verwerking en met welke organisaties verwerkingsovereenkomsten zijn afgesloten. In dit register is het volgende opgenomen.

- Welke persoonsgegevens worden verzameld en verwerkt (bewoners, vrijwilligers en medewerkers).
- Wie bevoegd en verantwoordelijk zijn voor het verzamelen en verwerken van gegevens.
- Waar (systemen en applicaties) de gegevens digitaal worden opgeslagen en gearcheveerd.
- Waar eventuele gegevens fysiek worden opgeslagen en gearcheveerd (foto's, rouwkaarten, herdenkingsboek).
- Verwerkers in opdracht van het hospice en of er een verwerkingsovereenkomst overeenkomst is afgesloten.
- Aan wie gegevens eventueel verstrekt mogen worden.
- Bewaartermijnen.

13.6 Beveiliging

Het hospice heeft alle technische en organisatorische maatregelen genomen die passend zijn om de geregistreerde persoonsgegevens te beveiligen.

Technische maatregelen die genomen zijn:

- Beveiliging van de kantoorinfrastructuur (systemen en applicaties) is door middel van beveiligingssoftware geregeld en wordt onderhouden door de softwareleverancier van het Veerhuis.
- Encryptie bij het transporteren/versturen van persoonsgegevens naar artsen, ziekenhuizen, thuisorganisatie (zorgmail).

Organisatorische maatregelen:

- Beperking in toegang van de gegevens.
- Toegang tot applicaties alleen via een gebruikersnaam en wachtwoord.
- De papierendossiers staan achter slot en grendel, de beveiliging ervan is beschreven door de organisatie.

13.7 Meldingen en incidenten

Het hospice heeft een procedure datalekken opgesteld, dat bekend is bij alle personen binnen het Veerhuis die persoonsgegevens verwerken of inzage hebben in persoonsgegevens.

HOOFDSTUK 14

Documentbeheer

Hospice Veerhuis heeft een aantal beheersmaatregelen opgesteld op het gebied van documentbeheer. Alle documenten waarnaar verwezen wordt in dit handboek en documenten die relevant zijn voor de bedrijfsvoering van het Veerhuis staan vermeld in bijlage 1 van dit handboek.

14.1 Documentbeheer

Documentbeheer is vastgelegd in dit handboek. Het Veerhuis onderkent diverse typen van documenten.

Er is een documentenoverzicht opgesteld met vermelding van titel, status, versienummer, auteur en eigenaar en/of beheerder. Ter facilitering hiervan is de mappenstructuur van de fileserver met de bijbehorende rechten ingevuld.

14.2 Lay-Out

Hospice Veerhuis hanteert voor de opmaak/lay-out van zijn documenten een standaardindeling en sjablonen.

14.3 Beheer en archivering

Dagelijks worden van onze digitale bestanden back-ups gemaakt. Het niet-digitale archief wordt intern bewaard in afgesloten ruimten.



HOOFDSTUK 15

Resultaten

15.1 Evaluaties

Het Veerhuis evalueert zijn besturing, bedrijfsvoering en dienstverlening op vele aspecten. Deze evaluaties vinden zowel intern (bestuur, medewerkers en vrijwilligers) als met de bewoners, familie en andere externe belanghebbenden plaats. Deze evaluaties vinden periodiek plaats. De resultaten van de evaluaties worden door bestuur en coördinatoren geanalyseerd en dienen als input voor beleid en verbeteringen.

Het Veerhuis kent de volgende evaluaties (zie paragraaf 6.7):

- Bewoners, naasten en nabestaanden.
- Verpleegkundigen, huisartsen en apotheker (professionele zorg).
- Vrijwilligers, medewerkers en bestuur.

15.2 Klachten

Hospice Veerhuis neemt de mening van zijn bewoners, vrijwilligers, medewerkers, zorgprofessionals en andere betrokkenen serieus. Klachten komen binnen bij onze coördinatoren, worden geregistreerd en worden na overleg behandeld door bestuur en verantwoordelijke coördinatoren.

In overleg wordt besproken hoe de klacht zal worden opgelost. De coördinatoren bespreken de klacht en het corrigerende voorstel met de betrokkenen en zorgen ervoor dat de klacht naar behoren wordt afgehandeld.

Het hospice kent een klachtenregeling. Deze wordt beheerd door de coördinatoren en wordt periodiek geëvalueerd.

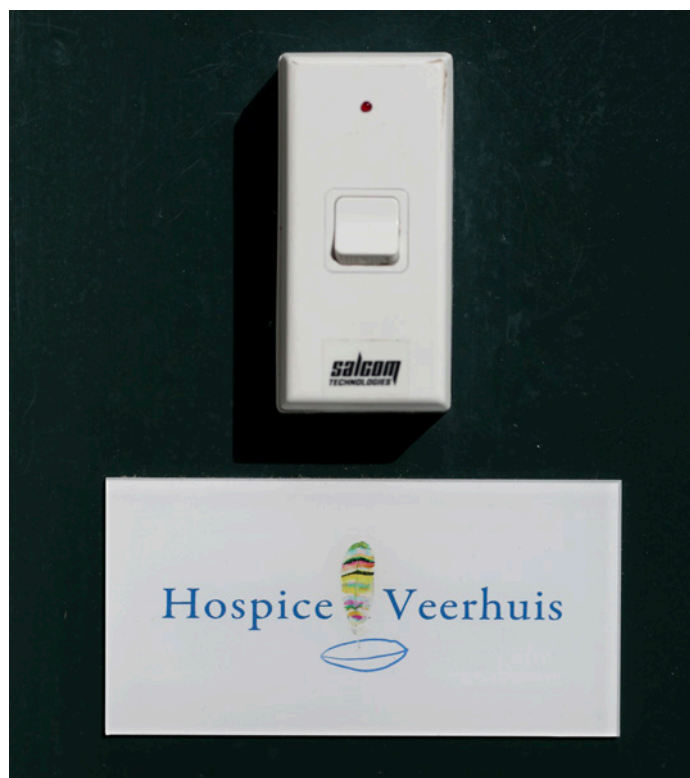


15.4 Resultaten

Het Veerhuis monitort zijn financiële resultaten aan de hand van een maandelijks overzicht.

Het hospice monitort voortgang en resultaten aan de hand van prestatie-indicatoren. In het volgende overzicht zijn de belangrijkste prestatie-indicatoren opgenomen, die worden gemonitord en/of waar inspanningen op worden verricht:

- Bezetting, aantal opnames.
- Inkomsten (eigen bijdrage, subsidies, vergoedingen).
- Uitgaven en kosten.
- Donaties en giften.
- Tevredenheid nabestaanden.
- Medewerkerstevredenheid.
- Tevredenheid vrijwilligers.
- In ons jaarverslag wordt hierover gerapporteerd.



15.3 Risico's

Hospice Veerhuis voert periodiek een risicoanalyse uit. Hij inventariseert risico's die van invloed zijn op de kwaliteit van de dienstverlening. Deze risico's worden beoordeeld en zo nodig worden de nodige maatregelen genomen. (Zie hoofdstuk 4)

De resultaten van risicoanalyses worden meegenomen in de ontwikkeling van onze beleidsplannen en verbeterplannen.