

2023

Kwaliteitshandboek



Deskundige en persoonsgerichte 24-uurs zorg en individuele begeleiding aan jongvolwassenen met een verstandelijke en/of psychiatrische beperking

31-1-2023

Inhoudsopgave

HOOFDSTUK 1: ORGANISATIE	4
1.1 AFKORTINGEN EN BEGRIPPEN.....	4
1.2 STICHTING GROEN HULPVERLENING.....	4
1.3 MISSIE	5
1.4 VISIE.....	5
1.5 KERNWAARDEN	5
1.6 DOELSTELLINGEN	5
1.7 HULPMIDDELEN	7
1.8 METHODIEKEN	7
1.8.1 ABB METHODE	7
1.8.2 CGW METHODE	7
1.9 RAAD VAN TOEZICHT	8
1.10 RAAD VAN BESTUUR	8
1.11 TEAM LEIDINGGEVENDEN.....	8
1.12 ZORGINHOUDELIJKE ONDERSTEUNING.....	8
1.13 ORGANOGRAM	9
ORGANOGRAM SGH	9
1.14 BEDRIJFSULTUUR	10
HOOFDSTUK 2: MEDEWERKERS	11
HOOFDSTUK 3: ZORGAANBOD	12
3.1 TOEZICHTLOCATIE CENTRUM	12
3.2 SPECIALISATIE MOEDER & KIND.....	13
3.3 AMBULANTE BEGELEIDING: 24-UURS ZORG IN DE NABIJHEID	13
3.4 AMBULANTE BEGELEIDING: WMO.....	13
HOOFDSTUK 4: KWALITEIT WAARBORGING OP ORGANISATIE NIVEAU	16
4.1 BELEID OP GEBIED VAN SAMENWERKING MET RELEVANTE STAKEHOLDERS	16
4.2 BRANCHEVERENIGING KLEINSCHALIGE ZORG.....	16
4.3 WET TOETREDING ZORGAANBIEDERS	17
4.4 RISICO INVENTARISATIE EN EVALUATIE (RI&E).....	17
4.4.1 INHOUD EN ORGANISATIE RI&E	17
4.4.2 RI&E EN CALAMITEITENPLAN	18
4.5 PREVENTIEMEDEWERKER	18
HOOFDSTUK 5: KWALITEIT WAARBORGING OP MEDEWERKER NIVEAU.....	19
5.1 BEJEGENING EN GEDRAGSCODE MEDEWERKERS	19
5.1.1 CRITERIA BEJEGENING	19
5.2 OPLEIDINGSPLAN	19
5.2.1 DOEL	19
5.2.2 METHODEN.....	20
5.2.3 WAARBORGEN KWALITEIT	20
5.2.4 TIJDSPLANNING.....	20
5.3 ERKEND LEERBEDRIJF.....	20
5.4 HET OMGAAN MET DILEMMA'S	21
5.5 GEDRAGSCODE	21
5.5.1 UITGANGSPUNT	21
5.5.2 DE REGELS	22
5.5.3 TOEZICHT EN NALEVING	22
5.5.4 EVALUATIE	22
5.6 MELDCODE	23
5.6.1 WAARVOOR IS EEN MELDCODE.....	23
5.6.2 HOE WERKT DE MELDCODE.....	23
5.6.3 BEROEPSGEHEIM EN DE MELDCODE	23
5.6.4 INFORMATIE OVER DE MELDCODE	23

5.7	MELDING INCIDENTEN.....	23
5.7.1	BEGRIPPEN.....	23
5.7.2	CALAMITEITEN.....	24
5.7.3	PROCEDURE.....	24
5.7.4	CALAMITEITEN MELDEN BIJ DE IGJ.....	24
5.7.5	SYSTEMATISCHE MONITORING OP MELDINGEN.....	25
5.8	INTERNE AUDIT.....	25
5.9	WERKPROCESSEN.....	26
5.10	PROTOCOLLEN.....	27
5.11	FORMATS.....	28
HOOFDSTUK 6: KWALITEIT WAARBORGING OP CLIËNTNIVEAU		29
6.1	KLACHTENPROCEDURE.....	29
6.1.1	INDIENEN KLACHT.....	29
6.1.2	VEREISTEN KLACHT.....	29
6.1.3	BEHANDELING KLACHT.....	29
6.2	VERTROUWENSPERSOON.....	30
6.2.1	DE TAKEN VAN EEN VERTROUWENSPERSOON.....	30
6.3	CLIËNTTEVREDENHEIDSONDERZOEK.....	30
6.3.1	UITVOERING.....	30
6.3.2	SETTING.....	30
6.3.3	VERWERKING.....	31
6.3.4	CONCLUSIES.....	31
6.3.5	AANBEVELINGEN.....	31
6.3.6	BELEID.....	31
6.4	CLIËNTENRAAD.....	31
6.4.1	PROMOTIE CLIËNTENRAAD.....	31
6.4.2	CLIËNTENRAAD.....	32
6.4.3	POSITIE.....	32
6.4.4	INSTELLINGSBESLUIT.....	32
6.4.5	GESCHILLEN.....	32
6.5	ZORGADMINISTRATIESYSTEEM.....	32
6.6	DOORSTROOM/UITSTROOM ZORGVRAGER.....	33
6.7	CRISIDIENST STICHTING GROEN HULPVERLENING.....	33
6.8	HUISREGELS EN OMGANGSVORMEN ZORGVRAGERS.....	33
6.8.1	HUISREGELS ALGEMEEN.....	33
6.8.2	GEDRAGSREGELS EN OMGANGSNORMEN ALGEMEEN.....	34
6.8.3	HUISREGELS TOEZICHTLOCATIE CENTRUM.....	34
HOOFDSTUK 7: INTERNE SWOT ANALYSE STICHTING GROEN HULPVERLENING		35
7.1	INTERNE SWOT ANALYSE.....	35
7.2	ACTIES.....	36
7.3	COMMUNICATIE.....	36
HOOFDSTUK 8: ORGANISATIE OP MICRO NIVEAU.....		37
8.1	ZORGAANBOD.....	37
8.2	DOELGROEP.....	37
8.3	INDICATIES.....	37
8.4	LEVERINGSVORM.....	37
8.5	DIAGNOSE.....	37
8.6	LEEF TIJDEN.....	38
8.7	CRITERIA.....	38
8.8	ZORGWONINGEN (OP, ROND OF VERDER VAN DE TOEZICHTLOCATIE AF).....	38
8.9	CONTRA-INDICATIE.....	39
8.10	AANTAL ZORGVRAGERS.....	39
8.11	MELDCODE HUISELIJK GEWELD EN KINDERMISHANDELING.....	40
8.11.1	SIGNALEN IN KAART BRENGEN/HOUDEN.....	40
8.11.2	BESPREKEN VAN SIGNALEN.....	40

8.11.3	GESPREK VOEREN MET BETROKKENE(N).....	40
8.11.4	WEGEN VAN DE SIGNALLEN VAN HUISELIJK GEWELD OF KINDERMISHANDELING	40
8.11.5	HULP ORGANISEREN OF MELDEN.....	40
HOOFDSTUK 9:	ORGANISATIE OP MESO NIVEAU	41
9.1	KETENPARTNERS	41
9.2	DEMOGRAFIE	41
9.3	RECLAME.....	41
9.4	INDICATIES OP GEMEENTE NIVEAU	42
9.5	LOCATIES	42
HOOFDSTUK 10:	ORGANISATIE OP MACRO NIVEAU.....	43
10.1	WET EN REGELGEVING.....	43
10.1.1	WET MAATSCHAPPELIJKE ONDERSTEUNING	43
10.1.2	JEUGDWET	43
10.1.3	WLZ.....	44
10.1.4	PGB	44
10.1.5	WKKGZ.....	45
10.1.6	KWALITEITSKADER JEUGD.....	45
10.1.7	WMCZ	45
10.1.8	WTZA	45
10.2	ZORGKANTOOR	46
10.3	CIZ.....	46
HOOFDSTUK 11:	EXTERNE SWOT ANALYSE STICHTING GROEN HULPVERLENING	47
11.1	EXTERNE SWOT ANALYSE.....	47
11.2	ACTIES	47
11.3	COMMUNICATIE.....	47
HOOFDSTUK 12:	STAKEHOLDERSANALYSE	48
12.1	OVERZICHT STAKEHOLDERS.....	48
12.2	SWOT STAKEHOLDERS ANALYSE.....	52
12.3	ACTIES	52
12.4	COMMUNICATIE.....	52

Hoofdstuk 1: Organisatie

Voor de eenduidige leesbaarheid van het kwaliteitshandboek wordt in dit document enkel gesproken in de hij-vorm; hiermee wordt ook de vrouwelijk vorm/LGBTQIA+ bedoeld.

Stichting Groen Hulpverlening maakt gebruik van een online, dynamisch kwaliteitshandboek, welke te vinden is op de website www.groenhulpverlening.nl en in het online zorgsysteem ZilliZ. Er is een papieren versie van het kwaliteitshandboek beschikbaar op het hoofdkantoor aan de Kerkdennen en op de Toezichtlocatie. De papieren versie wordt jaarlijks vernieuwd, maar kan in de tussentijd informatie bevatten die niet overeenkomt met tussentijdse wijzigingen binnen de Stichting. De online versie is altijd up-to-date.

1.1 Afkortingen en begrippen

TC	= Toezichtlocatie Centrum
SMK	= Specialisatie Moeder & Kind
AB	= Ambulante Begeleiding
IB	= Individuele Begeleidingsmomenten
ZM	= Zorgmanager
AC	= Algemeen Coördinator
GW	= Gedragwetenschapper (Orthopedagoog)
TN	= Toezicht Nacht
CTN	= Coördinator Toezicht Nacht
TL	= Team Leidinggevend
RvT	= Raad van Toezicht
RvB	= Raad van Bestuur
CR	= Cliëntenraad
KHB	= Kwaliteitshandboek
BVKZ	= Branchevereniging Kleinschalige Zorg
Wlz	= Wet Langdurige Zorg
Wmo	= Wet Maatschappelijke Ondersteuning
WMCZ	= Wet Medezeggenschap Cliënten en Zorginstellingen
ABB	= Affectief Bewuste Benaderingsmethode
CGW	= Competentie Gericht Werken
NVO	= Nederlandse Vereniging van Pedagogogen en Onderwijskundigen
SKJ	= Stichting Kwaliteitsregister Jeugd
AVG	= Algemene Verordening Gegevensbescherming
MIC	= Melding Incidenten Cliënten
MIM	= Melding Incidenten Medewerkers
IGJ	= Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd
VT	= Veilig Thuis
Wbp	= Wet bescherming persoonsgegevens
SZW	= Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid
SGH	= Stichting Groen Hulpverlening
RI&E	= Risico Inventarisatie en Evaluatie

1.2 Stichting Groen Hulpverlening

Groen Hulpverlening is in 2014 opgericht door Emmelieke Dorst en Tanja Tirion en geboren uit de dringende vraag naar transparante zorg met een sterk persoonlijk karakter. Emmelieke en Tanja geloven in persoonlijke, betrouwbare en kleinschalige zorg, waarbij het snel kunnen schakelen met oog voor kwaliteit, hoog in het vaandel staan. Gezien de maatschappelijke rol als organisatie, is in 2020 de rechtsvorm van Groen Hulpverlening opnieuw bekeken. Aangezien Groen Hulpverlening met gemeenschapsgelden werkt en geen winstbejag nastreeft, is er voor gekozen om de rechtsvorm van Groen Hulpverlening om te laten zetten van een vennootschap onder firma (V.O.F.) naar een Stichting. Vanaf 1 januari 2021 zijn alle activiteiten van Groen Hulpverlening V.O.F. ondergebracht bij Stichting Groen Hulpverlening. De statuten van Stichting Groen Hulpverlening liggen ten grondslag aan de organisatie van Stichting Groen Hulpverlening.

1.3 Missie

Stichting Groen Hulpverlening zorgt ervoor dat mensen met een verstandelijke en/of psychische beperking persoonlijke zorg en begeleiding op een positieve wijze kunnen ontvangen binnen de Stichting. Deze zorg, met sterk persoonlijk karakter, wordt vanuit een veilige (woon)setting geboden. De zorgvragers voelen zich snel thuis binnen de Stichting door middel van een passend pakket aan zorg en/of ondersteuning. De beschikbare middelen worden efficiënt ingezet. Zorgvragers zijn tevreden, voelen zich gehoord en kunnen zoveel mogelijk hun leven leiden zoals zij dat willen. Stichting Groen Hulpverlening speelt snel en flexibel in op vragen van zorgvragers en zoekt daarbij altijd samen met de zorgvrager en zijn netwerk, naar passende oplossingen die het beste aansluiten. Zorgvragers voelen zich gewaardeerd om wie ze zijn.

“Jij mag er zijn. Je mag zijn wie je bent. Met een doel in je leven. Met reden tot bestaan”.

1.4 Visie

- (Jong)volwassenen met een beperking een zo zelfstandig mogelijk bestaan bieden binnen een veilige en duidelijke context;
- Zorgvragers activiteiten aanbieden die passen bij hun mogelijkheden naar aanleiding van de gestelde doelen in het zorgplan;
- Ontdekken van nieuwe mogelijkheden en vaardigheden;
- Positieve ervaringen opdoen;
- Stimuleren van sociale vaardigheden;
- Het vergroten van zelfredzaamheid, waaronder het bieden van een basis om vanuit te kunnen ontwikkelen naar vast en liefst ook betaald werk. Stichting Groen Hulpverlening vindt daarnaast het volgen van een opleiding belangrijk. Hierin wordt wanneer haalbaar, zoveel mogelijk gestimuleerd;
- Toewerken naar een eigen woning en naar een zo groot mogelijke zelfstandigheid.

1.5 Kernwaarden

De kernwaarden van Stichting Groen Hulpverlening zeggen iets over de organisatie. Hoe willen we met elkaar omgaan en wie zijn wij?

Betrokken : We weten wat onze zorgvrager wil en kan en sluiten hierbij aan.

Betrouwbaar : We doen wat we zeggen en zeggen wat we doen.

Aanspreekbaar : We zijn aanspreekbaar op ons handelen en gedrag. We praten met elkaar en niet over elkaar.

Authentiek : We zijn een open en transparante organisatie met een geheel eigen karakter.

1.6 Doelstellingen

Komt voort uit de evaluatie van het verbeterregister 2021-2022:

De zorgvragers van de specialisatie Moeder & Kind voelen zich welkom op de Toezichtlocatie TC. Er is, wegens wijzigingen in de wet- en regelgeving, e.e.a. veranderd in de structuur van de Toezichtlocatie. De dagdienst is omgezet naar een bureaudienst. Bij de bureaudienst kunnen zorgvragers terecht met hun hulpvraag, maar ze kunnen niet meer de hele dag aanwezig zijn op de Toezichtlocatie. Dit is wettelijk voor zorgvragers en met name voor de moeders met kinderen, die graag langskwamen om met elkaar te praten over opvoedingskwesties. Dit punt zal meegaan naar 2023, omdat, in verband met de nieuwe manier van werken, geëvalueerd moet worden of dit aansluit op de behoeftes van de moeders met kinderen. De bureaudienst zal zorgvragers actief uitnodigen op de Toezichtlocatie en zal, wanneer zorgvragers langskomen, deze welkom heten. Dit punt zal geëvalueerd worden tijdens de tussentijdse evaluatie en tijdens het clienttevredenheidsonderzoek van 2023.

Begeleiding heeft voldoende (levens)ervaring om zorgvragers te kunnen ondersteunen bij hun hulpvragen. Er is in 2022 ingezet op collega's met meer (levens)ervaring. De diversiteit in collega's is vergroot en er is een ervaringsdeskundige aangenomen om collega's bij dit onderdeel te kunnen ondersteunen. Dit punt wordt meegenomen naar 2023, om te monitoren of dit voldoende is om het punt in 2023 af te kunnen sluiten. Dit punt zal geëvalueerd worden tijdens de tussentijdse evaluatie en tijdens het clienttevredenheidsonderzoek van 2023, zodat er een beter evenwicht is tussen begeleiding met ervaring en begeleiding in opleiding.

Zorgvragers hebben inzichtelijk welke gebreken in de zorgwoning onder de (ver)huurder vallen. In 2022 is er een flinke slag gemaakt in het onderhoud van de zorgwoningen. Er is een nieuwe facilitair medewerker aangenomen. Er is een werkproces omtrent huisvesting opgezet. Het punt wordt maandelijks tijdens de teamvergadering besproken. Er is een collega verantwoordelijk voor facilitaire zaken en het contact met verhuurders loopt goed. Dit punt wordt meegenomen naar 2023 om de voortgang te kunnen blijven meten. Dit punt zal geëvalueerd worden tijdens de tussentijdse evaluatie, de individuele begeleidingsmomenten, contactmomenten met de algemeen coördinator en tijdens het clienttevredenheidsonderzoek van 2023.

Zorgvragers hebben voldoende informatie over de cliëntenraad(bijeenkomst), klachtenprocedure en de vertrouwenspersoon. Deze informatie wordt besproken tijdens de start zorg, bij het tekenen van de toestemmingsverklaring en bij de tussentijdse evaluatie, maar vraagt om herhaling. Om de voortgang van dit punt te kunnen meten, wordt het meegenomen naar 2023. Door middel van herhaling hopen wij, dat het voor zorgvragers duidelijk is waar belangrijke informatie te vinden is en dat dit punt in 2023 afgesloten kan worden.

Werknemers zijn voldoende getraind om te werken met de 'zwaardere WLZ doelgroep'. Er zijn trainingen opgezet door de gedragswetenschapper, maar ook uitbesteed aan externe organisaties, zoals Veilig Thuis en FASS-D. Daarnaast heeft iedere medewerker tenminste maandelijkse coaching en is er een scholingsplan. Om te monitoren hoe dit punt verloopt wordt het meegenomen naar 2023. Alle trainingsmomenten zijn terug te vinden op de jaarplanner van 2023.

Hulpverlening heeft niet helder welke uren wel en niet geschreven mogen worden voor individuele begeleidingsmomenten en ongeplande zorgmomenten. Dit punt is uitgeschreven in een werkproces en meerdere keren tijdens de teamvergadering en tijdens coachingsmomenten besproken. Gezien de nieuwe manier van werken blijft dit punt relevant en wordt het dus meegenomen naar het verbeterregister van 2023.

Zorgvragers ervaren dat de acties die begeleiding uitzet duidelijk zijn in combinatie met de lopende hulpvraag. Er is een heldere onderbouwing over het hoe en waarom; deze is terug te vinden in Zilliz. Tijdens de coaching momenten wordt besproken welke acties uitgezet zijn tijdens de individuele begeleidingsmomenten. Er wordt een coachingsverslag geschreven en in het dossier van de desbetreffende begeleider geüpload. Daarnaast wordt dit punt besproken tijdens intervisiemomenten en tijdens de tussentijdse evaluatie met de zorgvrager. Om de voortgang van dit punt te kunnen monitoren is het meegenomen in het verbeterregister van 2023.

Door de wachttijden bij het CIZ gaat er veel tijd overheen om ZIN indicaties om te zetten naar PGB indicaties, deze periode had anders al ingezet kunnen worden voor het leveren van zorg. In het jaar 2023 is de mogelijkheid onderzocht om met ZIN indicaties te werken in combinatie met/in plaats van PGB indicaties, zodat aanvragen met een ZIN indicatie niet omgezet hoeven te worden naar een PGB indicatie. De gedragswetenschapper gaat de mogelijkheden onderzoeken en er zal in overleg met RvB en RvT gekeken worden of dit binnen de Stichting haalbaar is.

1.7 Hulpmiddelen

- structuurhulpmiddelen, zoals dagstructuur, weekplanner, pictogrammen;
- werkboeken van de ABB methode;
- werkboeken van de CGW methode;
- zorgplan;
- zelfredzaamheidsmatrix;
- evaluatieformulieren;
- gebruik maken van algemene gesprekstechnieken;
- gebruik maken van een rapportage systeem;
- kennis van de methodiek Competentie Gericht Werken;
- kennis van de methodiek Affectief Bewuste Benadering;
- gebruik maken van correcte inzet protocollen;
- doorverwijzen naar gespecialiseerde instellingen en/of behandelaren;
- samenwerken met specialisten en/of behandelaren;
- in kaart brengen en inzetten van het netwerk van de zorgvrager;
- online werkomgeving voor personeel;
- ZilliZ;
- Signaleringsplan, kind check;
- risico-inventarisatie;
- incidentenanalyse;
- kwaliteitshandboek Stichting Groen Hulpverlening, welke dynamisch is;
- intervisie;
- trainingen;
- teamvergaderingen;
- protocollen;
- werkprocessen.

1.8 Methodieken

Stichting Groen Hulpverlening maakt gebruik van de volgende methodieken:

- *ABB Methode (affectief bewuste benadering)*
- *CGW Methode (competentie gericht werken)*

1.8.1 ABB methode

Bij deze methodiek staat de begeleiding naast de zorgvrager, door zich te verdiepen in het cognitieve en emotionele niveau van de zorgvrager. Middels deze methodiek kan Stichting Groen Hulpverlening persoonlijke zorg garanderen. Gericht op de mogelijkheden, behoeften, motivatie en wensen van de zorgvrager. Deze methode wordt ingezet bij mensen met een verstandelijke beperking, maar ook bij autisme verwante stoornissen wordt deze begeleidingsmethode als succesvol ervaren.

1.8.2 CGW methode

Tijdens de individuele begeleidingsmomenten wordt gekeken wat de zorgvrager al kan. Begeleiding sluit hierop aan door te complimenteren en de zorgvrager in zijn kracht te zetten. Doordat het zelfvertrouwen groeit, groeit ook de motivatie om nieuwe dingen uit te proberen. De zorgvrager blijft zich ontwikkelen binnen de domeinen, waardoor middels de doelen uit het zorgplan gewerkt kan worden richting het vergroten van de zelfredzaamheid.

Beide methodieken worden besproken tijdens de inwerkperiode van het personeel. Daarnaast is hierover informatie te vinden binnen de online werkomgeving en worden er jaarlijks personeelstrainingen ingezet m.b.t. deze methodieken.

1.9 Raad van Toezicht

De Raad van Toezicht toetst of de Raad van Bestuur bij zijn beleidsvorming en de uitvoering van zijn taken oog houdt op het belang van de organisatie van de Stichting en op de belangen van de Belanghebbenden. De Raad van Toezicht houdt er bij de vervulling van zijn taak rekening mee dat de Stichting een maatschappelijke functie dient.

De Raad van Toezicht van Stichting Groen Hulpverlening is als volgt ingevuld:

Dhr. J.B. Wiebenga

Datum aanstelling: 01 september 2022

Mevr. A.G. Huisman-Kleijer

Datum aanstelling: 01 januari 2021

1.10 Raad van Bestuur

De Raad van Bestuur is belast met het besturen van de Stichting en verantwoordelijk voor alle statutair aan hem toegekende taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden, voor alle daden van Bestuur, beheer en beschikking voor zover deze niet krachtens de wet of de statuten zijn voorbehouden aan de Raad van Toezicht. De Raad van Bestuur heeft wekelijks overleg met de zorgmanager en neemt bestuurlijke besluiten met in achtneming van de adviezen vanuit het Team Leidinggevenden. Tevens wordt er op regelmatige basis, maar in ieder geval eens per kwartaal, 'het bestuursuurtje' georganiseerd, waarin alle personeelsleden op informele wijze de mogelijkheid krijgen direct te kunnen overleggen met de Raad van Bestuur. Dit om de interne interactie, laagdrempelig maar effectief binnen de Stichting te stimuleren. Verbeterpunten worden in overleg met de zorgmanager meegenomen in het verbeterregister.

De Raad van Bestuur van Stichting Groen Hulpverlening is als volgt ingevuld:

Mevr. E.A.C. Dorst-van der Pols

Functie: voorzitter

Datum aanstelling: 01 januari 2021

Mevr. T.E.M. Tirion-van den Berg

Functie: secretaris/penningmeester

Datum aanstelling: 01 januari 2021

1.11 Team Leidinggevenden

Er is een operationeel Team Leidinggevenden: dit team bestaat uit de Zorgmanager, de Coördinator Toezicht Nacht en de Algemeen Coördinator. De coördinatoren zijn het eerste aanspreekpunt binnen deze onderdelen van Stichting Groen Hulpverlening en zorgen ervoor dat alles soepel verloopt. De ZM draagt zorg voor alle overstijgende zaken binnen het TL; hiermee is de ZM het eerste aanspreekpunt binnen de organisatie voor overstijgende zaken. De gedragswetenschapper sluit tevens aan bij de wekelijkse overleggen van het TL en zal coachend en waar nodig (zorginhoudelijk) sturend aanwezig zijn. De GW is hiermee een essentieel onderdeel van het TL. De ZM heeft wekelijks overleg met bestuur; hierin worden alle lopende zaken besproken vanuit het TL.

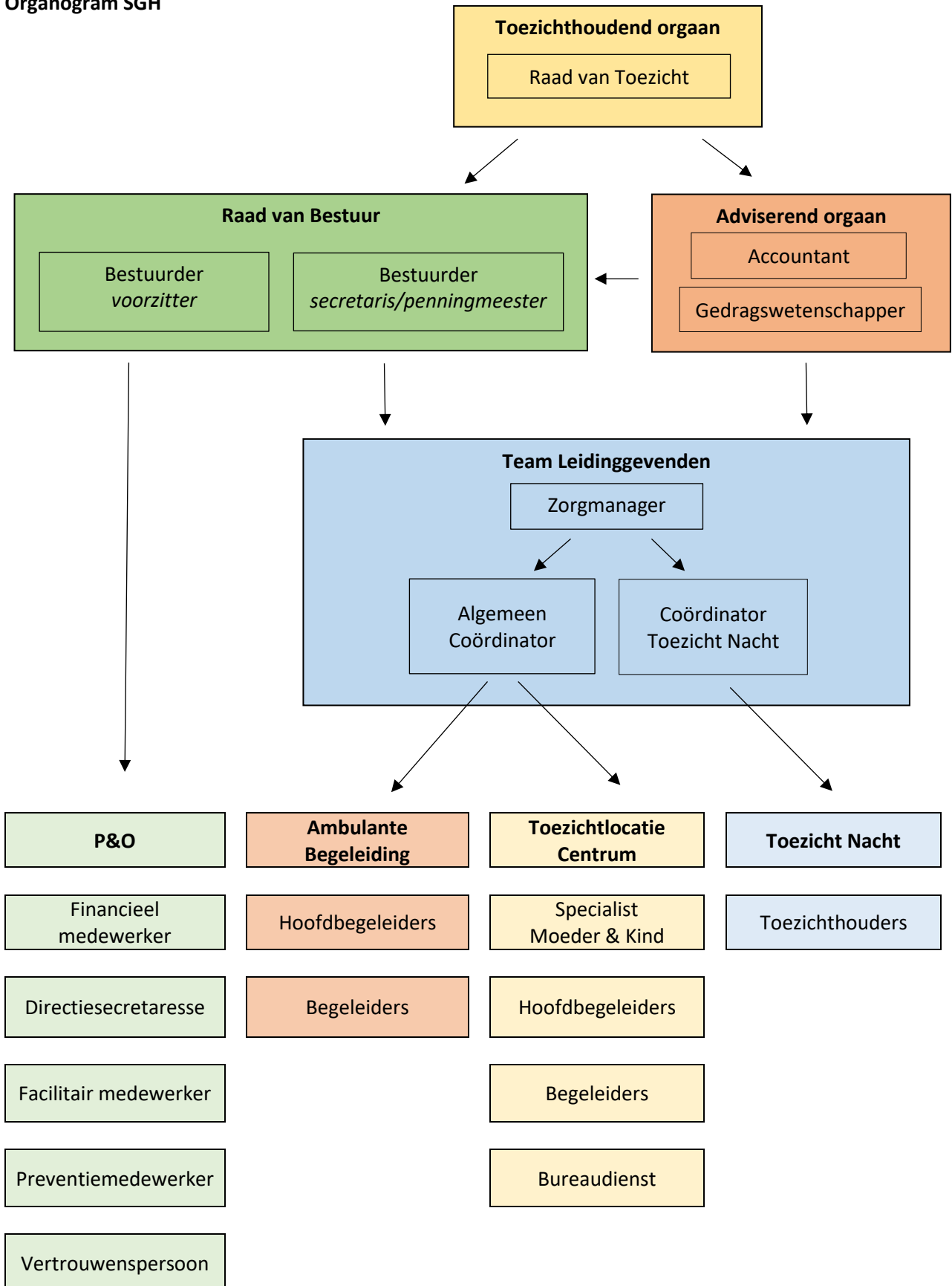
1.12 Zorginhoudelijke ondersteuning

Hoofdbegeleiders en begeleiders dragen zorg voor de ondersteuning en begeleiding van de zorgvragers; zij krijgen hierbij zorginhoudelijke ondersteuning en advies van de GW en het TL. Bij de Specialisatie Moeder & Kind streeft de Stichting ernaar een specialist op het gebied van jeugd en gezin betrokken te hebben; gespecialiseerd en geschoold binnen het domein jeugd en gezin. De specialist van SMK wordt gecoacht door de GW en gestuurd door de AC. Binnen de Specialisatie Moeder & Kind biedt de stichting betrokken begeleiders de mogelijkheid hun SKJ registratie te behalen.

1.13 Organogram

Om voor een ieder helder in kaart te brengen hoe Stichting Groen Hulpverlening is opgebouwd wordt gebruik gemaakt van een organogram.

Organogram SGH



1.14 Bedrijfscultuur

Stichting Groen Hulpverlening is een kleinere zorgorganisatie welke gevestigd is in Ermelo. Er is plek voor maximaal 25 zorgvragers. De kleinschaligheid van de organisatie is een bewuste keuze, omdat dit beter aansluit bij de hulpvraag van de doelgroep, namelijk een persoonlijke benadering, transparantie en een eenduidig beleid vanuit de verschillende lagen van de organisatie om het gevoel van veiligheid van de doelgroep te kunnen waarborgen.

Binnen SGH wordt er 'zorg op maat' geleverd, wat betekent dat de organisatie constant in beweging blijft. Door middel van "*out-of-the-box*" denken en een goede samenwerking met ketenpartners, kan SGH zorg leveren die passend is bij de zorgvrager. Hiermee wordt de visie van de Stichting in het oog gehouden, namelijk; iedereen mag zichzelf zijn.

SGH is een lerende organisatie met een open cultuur; fouten maken is menselijk, maar wat kan ervan geleerd worden om beter te worden binnen ons vakgebied? Het welzijn van de medewerkers is voor SGH van groot belang, omdat het gevoel van saamhorigheid hiermee versterkt wordt en daarmee ook continuïteit van de zorg en begeleiding, maar ook de kwaliteit.

Hoofdstuk 2: Medewerkers

Personeelsbestand

Voor werknemers en stagiaires geldt een minimaal opleidingsniveau MBO niveau 3 (sociaal agogisch vakgebied). Van alle functies binnen Stichting Groen Hulpverlening zijn functieomschrijvingen terug te vinden in ZilliZ.

Medewerker:	Opleidingsniveau:	Functie:	Aantal zorgvragers:	Indicatie:
Medewerker A	WO Orthopedagogiek	Gedragswetenschapper/orthopedagoog	24	15x Wlz 4x Wmo 5x Jeugdwet
Medewerker B	HBO Sociaal Pedagogische Hulpverlening	Zorgmanager	24	15x Wlz 4x Wmo 5x Jeugdwet
Medewerker C	MBO niveau 4 Persoonlijk Begeleider Specifieke Doelgroepen	Coördinator AB	24	15x Wlz 4x Wmo 5x Jeugdwet
Medewerker D	MBO niveau 4 Sociaal Cultureel Werk	Begeleider	8 i.c.m. Toezichtlocatie	3x Wlz 1x Wmo 4x Jeugdwet
Medewerker E	MBO niveau 4 Persoonlijk begeleider specifieke doelgroepen	Begeleider	3 i.c.m. Toezichtlocatie	3x Wlz
Medewerker F	MBO niveau 4 Persoonlijk Begeleider Specifieke Doelgroepen i.o.	Assistent Begeleider	3 i.c.m. Toezichtlocatie	3x Wlz
Medewerker G	MBO niveau 4 Maatschappelijk Zorg i.o.	Assistent Begeleider	2 i.c.m. Toezichtlocatie	7x Wlz
Medewerker H	MBO niveau 4 Sociaal maatschappelijk dienstverlening	Begeleider	0 i.c.m. Toezichtlocatie	
Medewerker I	MBO niveau 3 Maatschappelijke Zorg VIG	Begeleider	6	4x Wlz 2x Jeugdwet
Medewerker J	HBO Maatschappelijk Werk en Dienstverlening	Begeleider	3 i.c.m. Toezichtlocatie	3x Wlz
Medewerker K	MBO niveau 4 Sociaal maatschappelijk dienstverlening	Begeleider	8	6x Wlz 2x Wmo
Medewerker L	MBO niveau 4 Persoonlijk Begeleider Specifieke Doelgroepen i.o.	Assistent Begeleider	2 i.c.m. Toezichtlocatie	2x Wlz

Peildatum: 31 januari 2023

Hoofdstuk 3: Zorgaanbod

3.1 Toezichtlocatie Centrum

Stichting Groen Hulpverlening heeft meerdere zorgproducten, waaronder het bieden van begeleiding binnen een 24-uurs Toezichtlocatie. Deze Toezichtlocatie is in het centrum te vinden en draagt daarom de naam: 'Toezichtlocatie Centrum'. Deze locatie is ingericht als woonkamer om zodoende de zorgvrager laagdrempelig uit te nodigen geregeld binnen te komen. Zorgvragers die dit product inkopen, hebben hun eigen appartement waar ze individuele begeleiding ontvangen, maar hebben behoefte aan geplande en ongeplande zorgmomenten en moeten 24-uur per dag kunnen terugvallen op begeleiding. Deze zorgvragers vinden het in het algemeen lastig zorg te aanvaarden, trekken zich terug wanneer zij problemen hebben en hebben hierdoor (laagdrempelige) contactmomenten nodig.

Zorgvragers kunnen 24 uur per dag en 7 dagen in de week gebruik maken van de noodtelefoon en/of langskomen op de Toezichtlocatie. Wanneer een zorgvrager vastloopt in zijn emotie, of in een situatie zit waarin hij geen uitweg ziet, is er op deze manier altijd toezicht aanwezig. De dienstdoende medewerker kan op deze momenten de benodigde lijnen uitzetten, de zorgvrager ondersteunen of zijn verhaal laten doen. Tevens wordt er door de dienstdoende medewerker proactief contact gezocht met de zorgvragers van TC. Dit wordt bewerkstelligd door op verschillende tijden rond te lopen en zorgvragers gericht uit te nodigen voor een praatje of activiteit op de Toezichtlocatie.

Op de Toezichtlocatie is er op doordeweekse dagen van 08:30 – 17:30 uur een medewerker bureaudienst aanwezig. De medewerker bureaudienst heeft binnen de Stichting de rol van toezichthouder. Wanneer een zorgvrager direct nabijheid of een luisterend oor nodig heeft, bijv. ter ondersteuning van emotieregulatie, dan kan de aanwezige bureaudienst dit bieden. De bureaudienst zal, indien nodig, contact leggen met één van de vaste begeleiders, zodat deze de situatie of zorgvraag tijdens het volgende begeleidingsmoment kan oppakken. Wanneer de hulpvraag niet kan wachten tot het volgende begeleidingsmoment, wordt de aanwezige begeleider direct ingeschakeld. Er zal naar de zorgvrager benoemd worden wat er uitgezet is, zodat het voor de zorgvrager duidelijk is wat hij kan verwachten. Dit wordt ook door de bureaudienst gerapporteerd in ZilliZ.

Op de Toezichtlocaties is er op doordeweekse dagen van 17:00 – 22:00 uur een begeleider aanwezig. Vanaf 22:00 – 08:30 uur is er een medewerker (toezichthouder) van Toezicht Nacht aanwezig, om ervoor te zorgen dat de nachten rustig verlopen. Daarnaast zijn er overdag en 's avonds begeleiders aan het werk, die geplande en ongeplande individuele begeleidingsmomenten inzetten met de zorgvragers.

In het weekend is er altijd een begeleider aanwezig van 08:30 – 22:00 uur. Tijdens alle diensten kunnen er activiteiten ondernomen worden, waarbij de focus ligt op het bieden van een zinvolle invulling van de dag en het vergroten van de zelfstandigheid. De activiteiten worden kenbaar gemaakt in het online zorgsysteem ZilliZ en op de Toezichtlocatie zelf. Daarnaast kunnen er in het weekend geplande en ongeplande individuele begeleidingsmomenten plaats vinden. In het weekend is er wederom van 22:00 – 08:30 uur een medewerker (toezichthouder) van Team Nacht aanwezig.

Verdeeld over de week krijgen de zorgvragers dus meerdere keren IB van de vaste begeleiding. Tijdens deze IB wordt er gewerkt aan de doelen zoals omschreven in het zorgplan. De doelen zijn gericht op het ondersteunen van de zorgvrager bij het aanbrengen van structuur en behouden van structuur in regie over het persoonlijk leven. Begeleiding maakt hierbij gebruik van de ABB- en CGW methodiek om de zelfredzaamheid te bevorderen. Daarnaast is er IB bij de alledaagse taken, zoals het huishouden, bereiden of verzorgen van eten en om de zorgvrager te begeleiden bij de persoonlijke verzorging indien nodig. Dit ter voorkoming van vervuiling en verwaarlozing van de zorgvrager en zijn omgeving.

3.2 Specialisatie Moeder & Kind

Onder TC valt de Specialisatie Moeder & Kind. Deze specialisatie is opgezet vanuit de behoefte van moeders om gerichte ondersteuning te krijgen tijdens de zwangerschap en/of bij de opvoeding. Het betrokken personeel is specifiek op deze behoefte afgestemd middels bijscholingen en het volgen van specifieke trainingen binnen het domein jeugd en gezin. De NVO geregistreerde orthopedagoog (WO) wordt nauw betrokken in deze Moeder & Kind casuïstiek en coacht de betrokken begeleiding. De hoofdbegeleider maakt in samenwerking met de moeder, TL en de GW een passend zorgplan, toegespitst op de behoeftes van moeder met kind. Tijdens de IB wordt tevens gekeken naar de behoeftes en de ontwikkeling van het kind. Ook wordt er gekeken hoe moeder hierop kan inspelen en wat moeder nodig heeft om aan de behoeftes van haar kind te kunnen voldoen. Om kwalitatieve zorg voor moeder en kind te kunnen waarborgen, bijvoorbeeld wanneer er behoefte is aan extra expertise op dit vlak, wordt er samengewerkt met externe partijen, zoals CJG, WSG en Veilig Thuis.

Zoals wettelijk verplicht hanteert SGH de meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling. Aangezien SGH met een doelgroep werkt die binnen de risicogroep valt, wordt de kind-check gehanteerd, zoals is omschreven in stap 1 van de meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling. Deze is toegevoegd in het zorgplan en wordt daarmee jaarlijks herhaald. Alle protocollen zijn terug te vinden in Zilliz.

Ook voor de SMK geldt dat er elke 24 uur per dag en 7 dagen in de week ondersteuning aanwezig is op en om de Toezichtlocatie en dat er gebruik kan worden gemaakt van de noodtelefoon bij calamiteiten of een acute zorgvraag.

3.3 Ambulante Begeleiding: 24-uurs zorg in de nabijheid

Vanuit de woning van de zorgvrager wordt individuele begeleiding ingezet. Dit zorgproduct sluit aan bij een zorgvrager die geplande zorgmomenten nodig heeft, maar minder behoefte heeft aan ongeplande zorg en hierdoor buiten de Toezichtlocatie Centrum kan wonen. Per zorgvrager zijn er vaak twee begeleiders betrokken. De hoofdbegeleider zet de meeste geïndiceerde begeleidingsuren in. Tijdens deze IB wordt gewerkt aan het opbouwen van een vertrouwensband, het opstellen van het zorgplan, het vergroten van de zelfredzaamheid door te werken aan de gestelde doelen vanuit het zorgplan. De hoofdbegeleider is voor de zorgvrager ook het eerste aanspreekpunt binnen de Stichting. Daarnaast is er een vaste begeleider die de zorgvrager IB biedt bij praktische zaken, zoals de voorbereidingen voor het boodschappen doen of samen de leefomgeving schoonhouden.

De zorgvrager kan naast de afgesproken IB dagelijks gebruik maken van de Toezichtlocatie, bij hulpvragen die niet kunnen wachten tot het volgende begeleidingsmoment. Overkoepelend worden er begeleidingsuren gedraaid door het Team Leidinggevend. Dit is een klein aantal uren, die ingezet worden bij calamiteiten, gesprekken die nodig zijn om ondersteuning en hulp te bieden bij ingewikkelde post of advies te geven bij administratie. Daarnaast kan de noodtelefoon 24-uur per dag gebeld worden bij calamiteiten of een acute zorgvraag.

Stichting Groen Hulpverlening biedt geen PGB beheer of financieel beheer. Dit kan, wanneer dit niet zelfstandig door de zorgvrager beheerd kan worden, door een onafhankelijke, externe partij gedaan worden. Er kan hierbij gedacht worden aan budgetbeheer, een familielid, een gewaarborgde hulp of bewindvoerder. Als inwoner van de regio Noord-Veluwe, kan er ook gratis om ondersteuning gevraagd worden bij de organisatie MEE Veluwe. Hiervoor kan telefonisch contact opgenomen worden via 055-5269200 of door een email te sturen naar info@meeveluwe.nl.

3.4 Ambulante Begeleiding: WMO

Wanneer IB met toezicht of nabijheid niet meer nodig is en de zorgvrager dermate is gegroeid in zelfstandigheid, kan het zorgproduct Ambulante Begeleiding Wmo (deze Wmo indicatie wordt afgegeven via de betrokken gemeente) een goede tussenstap zijn naar volledige zelfstandigheid. Op afspraak komt een vaste begeleider het aantal geïndiceerde uren per week langs voor individuele begeleiding. Deze zorgvragers zijn inmiddels zo zelfstandig dat zij geen beroep doen op de noodtelefoon. Zij kunnen omgaan met de uitgestelde aandacht en kunnen wachten met hun zorgvraag tot het volgende moment van geplande IB.

3.5 Transparante zorg

Dit betekent dat SGH in goed overleg met de zorgvrager (en indien van toepassing met zijn GWH/mentor), een zorgovereenkomst opstelt met duidelijke zorgafspraken. Zorgvragers weten waar ze recht op hebben wanneer ze kiezen om de zorg bij SGH in te kopen. Ze worden op de hoogte gesteld van de hoeveelheid begeleidingsuren die ze kunnen verwachten en hoe dit in verhouding staat met de indicatie en PGB-toekenning. Tevens worden ze geïnformeerd waar ze terecht kunnen in geval van ziekte of vakantie van een vaste begeleider. Daarnaast heeft de zorgvrager via het zorgadministratiesysteem ZilliZ inzage in zijn eigen dossier en rapportages. SGH hanteert in 2023 een tarief voor individuele begeleiding van 72,27 euro per uur. Tarieven vanuit de WMO zijn wisselend per indicatie en per gemeente. SGH betreft haar zorgvragers persoonlijk bij de evaluaties en bij het opstellen van hun persoonlijk gestelde zorgplan, ook wanneer deze wegens veranderingen tussentijds aangepast dient te worden. SGH ondersteunt de zorgvragers om de verantwoording van de geleverde zorg zelf te bewaren in een map thuis, zodat ze het op ieder gewenst moment nog eens goed kunnen doorlezen.

3.6 Wonen

De zorgvragers van SGH krijgen de mogelijkheid om begeleid zelfstandig te wonen in een woning van Stichting Groen Hulpverlening. Dit is overigens geen verplichting. Wanneer zij hier gebruik van willen maken, betalen zij huur (rekening houdend met de draagkracht van de zorgvrager) aan SGH. De huurkosten en huurvoorwaarden worden vastgelegd in een huurovereenkomst. Doordat deze woningen gehuurd worden van SGH, zal de zorgvrager zich moeten conformeren aan de gestelde woon- en gedragsregels binnen deze woningen. Huurkosten kunnen niet vanuit PGB betaald of gedeclareerd worden. Uiteraard is het ook mogelijk dat zorgvragers een eigen woning bewonen, die zij zelf direct huren van de verhuurder of woningbouwvereniging, dit is afhankelijk van de zorgvragen die er op dat moment zijn. Bij de start van de zorg ondersteunt SGH de zorgvrager bij het zich inschrijven bij een woningbouwvereniging naar keuze en wordt het wekelijks reageren op woningen meegenomen in de wekelijkse begeleiding, om op deze manier de kansen op de toch al krappe woningmarkt in de toekomst te vergroten.

3.7 Het zorgplan

Het zorgplan is gericht op haalbare, overzichtelijke en met de zorgvrager opgestelde doelen conform de eisen vanuit het Zorgkantoor. Dit plan geeft de zorg en individuele begeleiding richting en structuur. Hierdoor worden de resultaten van de geleverde zorg vastgelegd en op een juiste manier verantwoord. Binnen zes weken na de startdatum van de zorg, wordt het zorgplan door de hoofdbegeleider in overleg met de zorgvrager geschreven. Zowel de ZM als de GW schrijven mee aan het zorgplan en ondertekenen het zorgplan. De AC leest mee en stuurt bij waar nodig. Jaarlijks vindt er een evaluatiegesprek plaats, waarbij het nieuwe zorgplan geëvalueerd en opnieuw vastgesteld wordt. Zoals eerder benoemd kunnen plotselinge veranderingen eraan bijdragen dat het zorgplan eerder moet worden herzien middels een tussentijdse evaluatie. Na 12 maanden in zorg wordt er een cliënttevredenheidsonderzoek afgenomen bij de desbetreffende zorgvrager. Wanneer de zorgvrager stopt bij Stichting Groen Hulpverlening, volgt er een exitgesprek. Tijdens dit gesprek wordt een eindevaluatieformulier ingevuld, krijgt de zorgvrager een digitaal kopie van zijn zorgdossier mee en wordt voor ontvangst getekend.

3.8 Zorginhoudelijk

Naast dat er gewerkt wordt aan de persoonlijk gestelde doelen, bestaan de IB uit het plannen en structureren van de dag of week. De zorgvrager krijgt hulp bij het plannen van activiteiten zoals huiswerk, vrije tijd, bezoek aan het ziekenhuis of tandarts. Soms wordt er wel begeleiding geboden bij bezoeken aan het ziekenhuis, tandarts of instanties om te voorkomen dat de zorgvrager weigert te gaan of wegloopt. In deze situaties wordt er toezicht geboden. Ook krijgen onze zorgvragers begeleiding bij de algemene dagelijkse levensverrichtingen, in het bijzonder bij het boodschappen doen. Uit ervaring is gebleken dat de zorgvragers het lastig vinden om verstandige beslissingen te nemen aangaande voeding; er wordt eerder gekozen voor een pakje sigaretten of een blikje energiedrank, dan voor een appel of een boterham. Om te voorkomen dat de zorgvrager stelselmatig te weinig (gezonde) voeding krijgt, wordt er bij het boodschappen doen in sommige situaties toezicht gehouden. Ook verlenen wij begeleiding bij het regelen van randvoorwaarden op het gebied van wonen, onderwijs, werk en inkomen. Dit doen wij vaak in samenspraak met de daarvoor bevoegde instanties. Alle begeleiding die geboden wordt komt voort uit de gedachte dat iedereen de kans moet krijgen om een zo zelfstandig mogelijk bestaan te kunnen leiden.

3.9 Overeenkomsten

Bij de start van de zorg worden er meestal vier overeenkomsten ondertekend; het toestemmingsformulier de zorgovereenkomst, de zorgbeschrijving en de huurovereenkomst (indien van toepassing). Tijdens het oriënterende gesprek en de intake is al aan de zorgvrager uitgelegd hoe SGH te werk gaat, welke zorg en begeleiding SGH biedt en wat de zorgvrager kan en mag verwachten. Bij het ondertekenen van de overeenkomsten wordt dit nogmaals uitgelegd. Vanaf de start van de zorg wordt het zorgdossier van de zorgvrager opgebouwd. Dit is te allen tijde ter inzage beschikbaar voor de zorgvrager in het online zorgsysteem Zilliz.

3.10 Vrijwillige zorg en begeleiding

Wat bij SGH hoog in het vaandel staat is dat er door de zorgvrager vrijwillig en bewust gekozen wordt om de zorg en begeleiding bij SGH in te kopen. Wanneer de zorgvrager van mening is dat een andere zorgplek beter aansluit of een andere vorm van begeleiding wenselijk is, zal SGH (in overleg met betrokken partijen, zoals mentor/bewind/GWH) er alles aan doen om dit vervolg te bewerkstelligen. SGH verleent hierin haar volledige medewerking om voor de zorgvrager de overstap zo soepel mogelijk te laten verlopen. Andersom is de zorgvrager zich ervan bewust dat wanneer hij zich niet kan conformeren aan de gestelde woon- en gedragsregels of wanneer hij zich niet begeleidbaar wil of kan opstellen, SGH adviseert tot of aandringt op een andere vorm van zorg of begeleiding. Stichting Groen Hulpverlening wil graag zien dat een zorgvrager floreert bij haar zorgaanbod en niet stagneert in zijn ontwikkeling of zelfs verslechterd. Het belang van de zorgvrager staat altijd voorop.

3.11 Bereikbaarheid

Stichting Groen Hulpverlening is 24 uur per dag en 7 dagen in de week bereikbaar voor zorgvragers middels een noodlijn die gebeld kan worden in geval van nood of een acute zorgvraag. De zorgvrager zal in geval van nood telefonisch van advies worden voorzien. Wanneer noodzakelijk, kan er binnen een half uur een medewerker ter plaatse zijn.

3.12 Intake

SGH kijkt intern uitgebreid naar nieuwe aanmeldingen. Kan de potentiële zorgvrager binnen ons concept floreren? Om dit te beoordelen heeft SGH een intake ontwikkeld, waarbij onderzocht wordt of de zorgvraag aansluit bij het aanbod en/of de zorgvrager past binnen de doelgroep van SGH. Contra-indicaties kunnen zijn; (zware) verslaving (wanneer deze problematiek voorliggend is), het niet zelfstandig in kunnen nemen ofwel beheren van medicatie en suïcidaal gedrag (wanneer deze problematiek voorliggend is). De volledige intake bestaat uit een oriënterend gesprek, een korte intake (gesprek en aanleveren van documenten), dossieranalyse en onderzoek (door TL met GW). Dit proces duurt in beginsel 6 weken. Mocht er langer nodig zijn voor een weloverwogen besluit, kan de termijn met 4 weken verlengd worden. Hier wordt de aangemelde zorgvrager schriftelijk van op de hoogte gesteld. Wanneer de zorgvrager aangenomen wordt, wordt hij geplaatst op de wachtlijst tot er een passende woning beschikbaar is.

3.13 Cameratoezicht

Op de Toezichtlocatie is gekozen voor het gebruik van cameratoezicht om de veiligheid van personeel en zorgvragers te kunnen waarborgen. De grondslag voor dit cameratoezicht is artikel 8, sub f, Wbp: *“de gegevensverwerking is noodzakelijk voor de behartiging van het gerechtvaardigde belang van de organisatie”*. Op voorhand zijn zorgvragers en begeleiding geïnformeerd over de inzet en redenen van cameratoezicht. Op deze manier heeft Stichting Groen Hulpverlening er voor gezorgd dat de gegevensverwerking transparant verloopt.

De camera's van de Toezichtlocatie zijn gericht op de algemene ruimtes en de buitenruimtes. Het geluid van de camera's staat uitgeschakeld. Dit om de privacy van zowel zorgvragers als medewerkers te kunnen waarborgen.

Hoofdstuk 4: Kwaliteit waarborging op organisatieniveau

4.1 Beleid op gebied van samenwerking met relevante stakeholders

Stichting Groen Hulpverlening werkt met verschillende stakeholders samen. De actieve stakeholders van SGH zijn momenteel:

- zorgvragers
- cliëntenraad
- medewerkers
- bewindvoerders
- curatoren
- gewaarborgde hulp
- mentoren
- jeugdzorgwerkers
- verhuurders
- zorgkantoor
- CIZ
- gemeente Ermelo
- Leger des Heils
- WSG
- Meerinzicht
- UWV arbeidsconsulenten
- Raad van Toezicht
- pensioenfondsen
- MEE Veluwe
- sociaal wijkteam
- wijkagenten
- brandweer
- GGZ
- verzuimconsulenten
- Per Saldo
- BVKZ
- salarisadministratiekantoor
- accountant
- Veilig Thuis

SGH hanteert vaste lijnen omtrent de communicatie met stakeholders, zodat de verschillende verantwoordelijkheden binnen de organisatie helder zijn. SGH werkt op basis van een open communicatie. Middels rapportages worden er bijzonderheden en afspraken geregistreerd en aan het zorgplan gewerkt. Deze worden in samenspraak met zorgvragers geschreven en waar nodig gecommuniceerd naar derden. Stakeholders worden bij lopende zaken betrokken, welke relevant zijn voor de functie en rol binnen de samenwerking. Ook hierin wordt een open communicatie gehanteerd met alle betrokken partijen. SGH vindt het belangrijk dat haar stakeholders een stem hebben binnen haar organisatie, zodat ze meedenken, meebeslissen en meedoen. Grote veranderingen worden teruggekoppeld naar stakeholders middels het verzenden van informatieve e-mails; berichtgeving op *social media* en het *up-to-date* houden van onze website: www.groenhulpverlening.nl. SGH onderzoekt verschillende maandelijkse nieuwsbrieven van stakeholders en reageert actief op landelijke beleidsveranderingen op het gebied van zorg en PGB. Op deze manier kan SGH de kennis en kunde van actieve stakeholders optimaal benutten.

4.2 Branchevereniging Kleinschalige Zorg

Vanaf 2021 zijn wij als Stichting Groen Hulpverlening op de hoogte van de informatievoorziening vanuit de Branchevereniging Kleinschalige Zorg. BVKZ zet zich al jaren in voor honderden zorgaanbieders als adviseur, ondersteuner en belangenbehartiger. Zij signaleren trends en ontwikkelingen in de branche en bespreken deze aan tafel van het ministerie van VWS. Daarmee zijn zij de spreekbuis die de kleinschalige zorg een gezicht en geluid geven. Door actief de informatie te verzamelen vanuit de BVKZ heeft SGH als kleinschalige organisatie de mogelijkheid om op de hoogte te zijn en te blijven van relevante en veranderende wet- en regelgeving; het kunnen volgen van trainingen; het kunnen inwinnen van betrouwbare informatie etc.

Citaat BVKZ:

"De zorgsector is continue in beweging en de ontwikkelingen volgen elkaar in rap tempo op. De enige constante in de zorg is verandering. De roep naar kleinschaligheid in de zorg klinkt luid vanuit de samenleving. Onze leden geven hier uit volle overtuiging invulling aan. Daarmee spelen zij een onmisbare rol in het dagelijks leven van velen. Zij brengen de dynamiek die nodig is om de zorg de komende jaren in de gewenste richting te laten ontwikkelen. Desondanks zijn zij veelal minder zichtbaar bij inkopende partijen zoals zorgkantoren, zorgverzekeraars en gemeenten. Wij maken ons hard voor het creëren van een toekomst met volop kansen voor gedreven zorgondernemers waarbij: de kleinschalige zorgaanbieder zich kan focussen op het verlenen van goede zorg en niet in de weg wordt gezeten door administratieve ballast, ingewikkelde beleid-, wet- en regelgeving en zorgen over de toekomst".

BVKZ: Zorg voor de toekomst en toekomst voor de zorg

4.3 Wet Toetreding Zorgaanbieders

Stichting Groen Hulpverlening valt onder het landelijk register zorgaanbieders (zorgaanbiedersportaal overheid CIBG). Wij komen niet in aanmerking voor de Wtza, doordat wij met niet meer dan 10 zorgverleners werken. Meerdere keren per jaar wordt er een check uitgevoerd door de RvB of de stichting niet boven dit aantal zorgverleners uitkomt, dit wordt gerapporteerd in de jaarlijkse lijst met bestuurlijke besluiten. Wanneer er wel boven dit aantal zorgverleners wordt geteld, zal er direct overgegaan worden tot actie.

AGB-code

Onze AGB-code is: 41521043.

4.4 Risico Inventarisatie en Evaluatie (RI&E)

Om de arbeidsomstandigheden op een locatie te kunnen verbeteren is het belangrijk om te weten waar de verbeterpunten liggen. Door deze iedere 3 jaar te inventariseren met een RI&E, kunnen gerichte keuzes worden gemaakt waar als eerste aandacht aan besteed moet worden. Een goede en actuele RI&E vormt hiermee de basis van het Arbeidsomstandighedenbeleid.

De RI&E bestaat uit drie delen:

- inventariseren van de gevaren en benodigde risicobeperkende maatregelen;
- evalueren van de risico's die aan de gevaren verbonden zijn;
- vaststellen van de te nemen maatregelen in een plan van aanpak.

Het plan van aanpak is geen eindresultaat, maar een startpunt voor het beperken en beheersen van de arbeidsrisico's.

Het bestaat ten minste uit:

- de maatregelen die zullen worden genomen om gevaren weg te nemen of de kans op schade aan de veiligheid en gezondheid te beperken;
- de termijn waarbinnen deze maatregelen zullen worden genomen.

Criteria die bepalend zijn voor het opnemen van een maatregel in het plan van aanpak, kunnen zijn:

- de grootte van het risico voor schade aan de veiligheid en gezondheid;
- het te verwachten effect van de maatregel (kosten-batenverhouding);
- het aantal medewerkers dat baat zal hebben bij de voorgenomen maatregel;
- de uitvoerbaarheid van en het draagvlak voor de maatregel.

4.4.1 Inhoud en organisatie RI&E

Elk organisatieonderdeel moet altijd beschikken over een actuele RI&E. Bij gelijkblijvende (arbeids-) omstandigheden is eenmaal in de drie jaar inventariseren voldoende. Bij tussentijdse wijzigingen van bijvoorbeeld de huisvesting of de activiteiten moet in ieder geval voor dat deel de RI&E opnieuw uitgevoerd worden. Het plan van aanpak wordt jaarlijks geactualiseerd. De preventiemedewerker ondersteunt de Raad van Bestuur bij het uitvoeren van de RI&E. Zij regisseert de uitvoering van de RI&E. De preventiemedewerker legt het plan van aanpak ter goedkeuring voor aan de RvB.

4.4.2 RI&E en Calamiteitenplan

Binnen Stichting Groen Hulpverlening wordt de RI&E uitgevoerd met ZorgRie; het brancheRIE-instrument met een erkenning voor een lichte toetsing. Voor de gehele organisatie geldt een eis voor een actuele RI&E. Concreet houdt dit in dat, als er proces- of organisatieaanpassingen gaan plaatsvinden, er vooraf wordt nagegaan of de bestaande RI&E deze nieuwe situatie afdekt. Zo niet, dan dient de RI&E (deels) hernieuwd te worden. De hernieuwde RI&E voor Stichting Groen Hulpverlening is 17 juni 2021 afgenomen.

4.5 Preventiemedewerker

Voor het bewaken van het RI&E proces en de voortgang van het plan van aanpak, almede om in te spelen op veranderingen in de wet- en regelgeving, dan wel bij wijzigingen in de organisatie, is een preventiemedewerker aangesteld. De preventiemedewerker is actief betrokken bij de invulling van het arbobeleid en voorziet de organisatie periodiek van een terugkoppeling. De preventiemedewerker fungeert hierbij tevens als ondersteunend adviseur van de Raad van Bestuur en voor de wijze waarop invulling aan het arbobeleid wordt gegeven.

De preventiemedewerker signaleert en adviseert over arbeidsrisico's. Zij ondersteunt de Raad van Bestuur bij het uitvoeren van het Arbeidsomstandighedenbeleid en het realiseren van de doelstellingen op alle locaties en bij alle activiteiten binnen haar werkgebied. Zij voert, in opdracht van de Raad van Bestuur, coördinerende en uitvoerende taken op het gebied van arbeidsomstandigheden uit, zoals:

- coördineren RI&E en opstellen onderdeel Arbo in het jaarplan;
- incidentenondersteuning;
- werkplekonderzoek en locatieonderzoek;
- organiseren BHV-trainingen;
- opstellen van vlucht- en ontruimingsplannen en het uitvoeren van ontruimingsoefeningen;
- onderhouden contacten met de brandweer en hulpdiensten (uitsluitend op preventieve aspecten).

Hoofdstuk 5: Kwaliteit waarborging op medewerker niveau

Bij de aanvang van het dienstverband wordt het personeelshandboek en het kwaliteitshandboek van Stichting Groen Hulpverlening besproken welke tevens online te vinden is in het zorgsysteem Zilliz en op onze website www.groenhulpverlening.nl.

5.1 Bejegening en gedragscode medewerkers

Ten aanzien van de bejegening van de zorgvragers van SGH wordt een interne gedragscode gehanteerd. Elke medewerker van SGH dient de zorgvrager met respect te benaderen. Respect blijkt allereerst uit een professionele houding. Bij een correcte bejegening gaat het echter om méér dan medemenselijkheid. De begeleider wordt tevens geacht beroepsmatig bezig te zijn, dat wil zeggen dat hij ervoor geleerd heeft om met bepaalde problemen en gedragingen om te gaan en vakbekwaam is. Behalve kennis en vaardigheden bezit de begeleider ook een professionele instelling. Dit leidt in de eerste plaats tot het proberen een zo volledig mogelijk beeld te verkrijgen van de problemen, behoeften en de specifieke uitdagingen van de zorgvrager. De begeleider neemt de tijd en toont begrip en aandacht en blijft zoeken naar alle stukjes van de puzzel. De begeleider luistert goed naar de zorgvrager en let op de signalen die deze uitzendt. Luisteren, ook naar wat niet wordt gezegd, kenmerkt een goede (hoofd)begeleider.

5.1.1 Criteria bejegening

- De begeleiders van SGH stimuleren de zorgvragers om gebruik te maken van hun eigen mogelijkheden.
- De begeleiders van SGH stellen de zorgvragers in staat hun eigen inbreng en eigen opvattingen naar voren te brengen.
- De begeleiders en medewerkers van SGH respecteren de privacy van de zorgvragers.
- De begeleiders en medewerkers van SGH respecteren de levensbeschouwing en/of culturele achtergrond van de zorgvragers.
- De begeleiders van SGH hebben respect, waardigheid en autonomie centraal staan in de begeleiding.
- De begeleiders en medewerkers van SGH realiseren zich dat de zorgvragers en hun systeem de begeleiders en medewerkers van SGH vertrouwen schenken en dat dit vertrouwen niet beschaamd mag worden.
- De begeleiders en medewerkers houden zich aan de algemeen geldende regels en komen de gemaakte afspraken na; je zegt wat je doet en doet wat je zegt.

5.2 Opleidingsplan

Stichting Groen Hulpverlening hecht veel waarde aan de persoonlijke groei en ontwikkeling van de betrokken begeleiders en medewerkers door middel van gedegen trainingen, workshops en opleidingen.

Belangrijke speerpunten hierbij zijn:

- Stichting Groen Hulpverlening is een jonge groeiende en kleinschalige organisatie;
- persoonlijke ontwikkeling van de begeleiders;
- concurrentie (we willen ons graag onderscheiden).

5.2.1 Doel

Stichting Groen Hulpverlening wil haar werknemers graag blijven inspireren, motiveren en stimuleren in de persoonlijke groei en ontwikkeling. Daarnaast wil SGH innoverend zijn en een stap voor blijven op de concurrentie en zich als organisatie profileren in de zorgbranche. Daarom stimuleert SGH de werknemers zoveel mogelijk om hun kennis en vaardigheden te ontwikkelen, zodat zij optimaal en breed inzetbaar zijn binnen de organisatie. In het ideale geval sluiten de wensen van de werknemer en van de organisatie op elkaar aan, om het leerrendement zo groot mogelijk te laten zijn.

Drie opleidingsdoelen vormen daarom de speerpunten:

- versterken intercollegiaal contact;
- communicatie met de zorgvragers;
- expertise binnen het vakgebied, aansluitend bij de doelgroep.

5.2.2 Methoden

Om de opleidingsdoelen te realiseren, hanteert Stichting Groen Hulpverlening de volgende methoden:

- Inwerkprogramma: inwerkprogramma nieuwe medewerker door TL.
- Coaching: de ZM geeft directe feedback aan werknemers over doelen die zij stellen in hun functioneringsgesprek. De ZM hanteert daarbij een coachende stijl, waarbij werknemers zelf hun doelen leren te realiseren. Dit is feitelijk een vorm van alledaags en continue leren.
- Intervisie: Om de transfer van kennis en ervaring te vergroten, voeren begeleiders intervisiegesprekken aan de hand van concrete casussen uit de praktijk van alledag. Vier keer per jaar wordt er een intervisie bijeenkomst georganiseerd, waar elke begeleider aan deelneemt. Het doel is samen leren, met en van elkaar. De GW is hierbij betrokken.
- Training 'on the job': werknemers worden begeleid door het TL inclusief de GW bij het verwerven van praktische vaardigheden en kennis.
- *In-company* training: maatwerktrajecten door interne en/of externe opleiders die in huis worden gegeven voor specifieke opleidingsvragen.
- Cursus, opleiding of training buiten de deur: voor de ontwikkeling van competenties en als ondersteuning van hoogwaardige en ontwikkelingsgerichte beroepsvaardigheden.

5.2.3 Waarborgen kwaliteit

Opleidingen en trainingen moeten voldoen aan de volgende minimale kwaliteitseisen:

- De opleidingen moeten goed aansluiten bij de opleidingsvraag.
- Er moet samenhang zijn tussen de opleidingsvraag enerzijds en de doelen anderzijds. De opleidingsactiviteiten moeten qua niveau en werkvormen goed passen bij de werkervaring en het niveau van de doelgroep.
- Het effect van de opleidingen moet voor deelnemers, collega's en het TL waarneembaar zijn. Dit gebeurt door het inzetten van coachingsmomenten, het opstellen van een POP en het schrijven van een samenvatting naar aanleiding van ieder coachingsmoment.

De evaluatie van de opleidingen en cursussen wordt als volgt uitgevoerd:

- Er vindt elk kwartaal een evaluatie plaats met deelnemers op basis van de kwaliteitseisen.
- Er vindt maandelijks een evaluatie plaats met het TL.
- Er vindt achteraf een evaluatie plaats met uitvoerders van opleidingen.

Na het volgen van een scholing of cursus wordt een certificaat uitgereikt door SGH of de externe opleider.

5.2.4 Tijdsplanning

Wat	Beschrijving	Op jaarbasis
Inwerkprogramma	Inwerkprogramma nieuwe medewerker	éénmalig
Coaching	Coaching	tenminste maandelijks
Intervisie	Intervisiegesprekken	4 x
Training on the job	Verwerven praktische vaardigheden en kennis	op aanvraag
In-company training	Maatwerktraject door interne of externe opleiders	1x
Cursus/training	Methodieken, BHV, etc.	5x
Teamvergadering	Vergadering met alle vaste medewerkers	11 x
Functioneringsgesprek	Functioneringsgesprek personeel	1 x
Beoordelingsgesprek	Beoordelingsgesprek personeel	1 x
Teambuilding	Teambuilding personeel	1 x

5.3 Erkend leerbedrijf

Stichting Groen Hulpverlening is een erkend leerbedrijf volgende de wet WEB (Wet educatie en beroepsonderwijs). Deze wet uit 1996 regelt de bundeling van verschillende vormen van beroepsonderwijs en volwasseneneducatie in 44 regionale opleidingscentra (ROC).

Stichting Groen Hulpverlening heeft een erkenning voor de volgende opleiding(en):

- begeleider maatschappelijke zorg (MBO 4);
- gespecialiseerd pedagogisch medewerker (MBO 4);
- persoonlijk begeleider maatschappelijke zorg (MBO 4);
- sociaal werker (MBO 4).

SGH werkt samen met de SBB om studenten optimaal te kunnen begeleiden in het proces naar een professional binnen de zorg. Om dit proces te waarborgen wordt gewerkt volgens de richtlijnen van de SBB. Aangezien er binnen SGH met persoonlijke informatie wordt gewerkt, waarborgt SGH de privacy van zorgvragers door middel van de volgende stappen:

- Stagiaires mogen geen mail/telefonisch contact hebben met derden omtrent zorgvragers.
- Stagiaires mogen mails opstellen, maar deze worden gecontroleerd en ondertekend door de dienstdoende begeleiding.
- Er wordt kritisch gekeken welke informatie gedeeld wordt met stagiaires. Er is een apart account in ZilliZ voor stagiaires waarin enkel rapportages ingelezen kunnen worden.
- Wanneer er voor een opdracht zorginhoudelijke informatie nodig is, wordt dit eerst met de desbetreffende zorgvrager overlegd.

Taken stagiaires:

- Groepsactiviteiten organiseren.
- Contact onderhouden met zorgvragers binnen de TC.
- Ondersteunen van zorgvragers bij praktische hulpvragen.
- Dagrapportage maken (deze wordt nagekeken door de dienstdoende begeleider).
- Bijdrage leveren aan het uitvoeren en opstellen van het persoonlijk plan.
- Leerproces samen met je werkbegeleider en collega's vormgeven.
- Het maken van schoolopdrachten.
- Uitvoeren van huishoudelijke taken.
- Passende activiteiten bedenken.

5.4 Het omgaan met dilemma's

De begeleider heeft een adviserende en ondersteunde rol. De begeleider laat zich in het contact met de zorgvrager leiden door de algemeen geldende gedragsregels, zoals die gelden voor onze doelgroep. De begeleider accepteert geen agressieve gedragingen van de zorgvrager en neemt zelf geen initiatief tot agressie jegens de zorgvrager in zowel woord als gebaar. De begeleider accepteert geen seksuele gedragingen van de zorgvrager en neemt zelf geen initiatief tot seksuele gedragingen jegens de zorgvrager in zowel woord als gebaar. De begeleider accepteert geen discriminerende gedragingen van de zorgvrager en neemt zelf geen initiatief tot discriminerend gedrag jegens de zorgvrager in zowel woord als gebaar.

5.5 Gedragscode

In de gedragscode van SGH staan de normen en waarden beschreven die binnen de organisatie gehanteerd worden. In het personeelshandboek staan de gedragsregels waaraan alle werknemers zich dienen te houden. Het personeelshandboek staat in het ZilliZ.

5.5.1 Uitgangspunt

In deze gedragscode komt naar voren wat de belangrijkste uitgangspunten van SGH zijn en welke richtlijnen er gehanteerd worden in de interactie met de zorgvragers en samenwerkende partijen. Uitgangspunt is dat begeleiders zich in de omgang met elkaar, zorgvragers en naar samenwerkingspartners gedragen zoals men van professionals mag verwachten. Daarnaast staat in de gedragscode beschreven welke acties SGH onderneemt om deze gedragscode te handhaven.

Doel

- het bestrijden en voorkomen van agressie, racisme, discriminatie en seksuele intimidatie op de werkvloer;
- het beschermen van de (toekomstige) zorgvragers;
- het beschermen van werknemers;
- de goede naam van onze organisatie bewaken en bewaren.

Voor wie?

De gedragscode is bedoeld voor alle betrokkenen binnen SGH: begeleiders, stagiaires, vrijwilligers, zorgvragers, TL, ondersteunend personeel, RvB, RvT, medewerkers TN en BD en samenwerkende partners.

5.5.2 De regels

Deze regels gelden voor alle personeelsleden, stagiaires en vrijwilligers van SGH naar collegae, zorgvragers en samenwerkingspartners toe. Ongewenst gedrag moet direct gemeld worden bij de ZM. Deze stelt dan een onderzoek in om het ongewenste gedrag in de toekomst te voorkomen. Dit onderzoek zal gedaan worden middels de incidentenanalyse van PRISMA. Verbeterpunten en acties zullen worden meegenomen in het verbeterregister.

Interne regels

SGH tolereert geen enkele vorm van agressie, geweld en bedreiging zowel verbaal als non-verbaal (waaronder schelden, schoppen, spugen, treiteren of elke andere vorm van agressief gedrag).

De (hoofd)begeleiders van SGH:

- benaderen elkaar op een respectvolle manier en houden rekening met elkaar;
- hebben respect voor elkaars levensbeschouwing, waarden en normen;
- respecteren elkaars eigendommen en gaan zorgvuldig om met andermans eigendommen;
- discrimineren niet in woord of in daad;
- intimideren niet in woord, gebaar of in de vorm van fysieke uiting;
- gebruiken geen drugs;
- roken niet in het bijzijn van zorgvragers;
- maken geen misbruik van alcohol;
- dragen geen (steek) wapens bij zich tijdens het werken bij Stichting Groen Hulpverlening.

Kledingvoorschrift

Alle medewerkers van SGH zijn het visitekaartje van de organisatie en hebben in die hoedanigheid ook de verplichting om zich representatief te kleden. Daarnaast hebben de medewerkers van SGH een voorbeeldfunctie naar hun zorgvragers toe.

De medewerkers van Stichting Groen Hulpverlening:

- dragen geen aanstootgevende kleding, dus bedekte bovenbenen, geen inkijk, geen strapless shirt/jurk;
- dragen geen hoofddeksels bij de zorgvragers of andere publieke contactmomenten.

5.5.3 Toezicht en naleving

- De medewerker van SGH accepteert elke zorgvrager ongeacht zijn afkomst, godsdienst of individuele normen en waarden.
- De medewerker van SGH laat zich in het contact met de zorgvrager leiden door de algemeen geldende gedragsregels zoals die gelden voor onze doelgroep.
- De medewerker van SGH accepteert geen agressieve gedragingen van de zorgvrager en neemt zelf geen initiatief tot agressie jegens de zorgvrager in zowel woord als gebaar.
- De medewerker van SGH geen seksuele gedragingen van de zorgvrager en neemt zelf geen initiatief tot seksuele gedragingen jegens de zorgvrager in zowel woord als gebaar.
- De medewerker van SGH accepteert geen discriminerende gedragingen van de zorgvrager en neemt zelf geen initiatief tot discriminerend gedrag jegens de zorgvrager.

Indien er sprake is van het niet naleven van de gedragscode of bij een wettelijke overtreding dient dit gemeld te worden bij de ZM. Er zal onderzoek gedaan worden middels de incidentenanalyse van PRISMA. Verbeterpunten en acties zullen worden meegenomen in het verbeterregister.

5.5.4 Evaluatie

De gedragscode is een dynamisch document, waarbij door openheid en overleg de kans wordt geboden om de geldende normen en waarden aan te passen of te verduidelijken. Om dit te bewerkstelligen wordt de gedragscode één keer per jaar tijdens een teamvergadering van SGH inhoudelijk besproken en ook tijdens de evaluatie van het KHB.

5.6 Meldcode

Wij als professionals hebben een bijzondere verantwoordelijkheid voor de veiligheid van de zorgvragers met wie wij in ons werk te maken hebben. Wij zijn degenen die in actie moeten komen als er mogelijk sprake is van (kinder)mishandeling of huiselijk geweld. SGH heeft een protocol meldcode opgesteld welke uitlegt hoe wij als professionals handelen als wij een vermoeden van mishandeling hebben. Zorgen over een kind hoeven niet op kindermishandeling of huiselijk geweld te duiden. Ze kunnen ook te maken hebben met de opvoeding.

5.6.1 Waarvoor is een meldcode

Als professional binnen SGH waarborgen wij de veiligheid van onze zorgvragers en hun omgeving. Zijn er vermoedens van huiselijk geweld of kindermishandeling, fysiek geweld, maar ook vermoedens van psychisch of seksueel geweld en vermoedens van verwaarlozing, dan doorloopt de begeleider in samenwerking met de ZM de stappen van de meldcode.

5.6.2 Hoe werkt de meldcode

Iedere organisatie is wettelijk verplicht om de 5 stappen in haar meldcode op te nemen. SGH houdt zich aan de professionele norm, melding te doen bij Veilig Thuis als er vermoedens zijn van acute en structurele onveiligheid.

5.6.3 Beroepsgeheim en de meldcode

Bij het vervallen van artikel 53 lid 3 van de Wet op de Jeugdzorg treedt binnen SGH de wet meldcode in werking. Hierin staat omschreven dat de professional een meldrecht heeft. Dit houdt in dat professionals met een beroepsgeheim (vermoedens van) huiselijk geweld mogen melden bij VT. Ook zonder toestemming van de betrokkenen.

5.6.4 Informatie over de meldcode

Via de website van rijksoverheid staat informatie over de meldcode uitgebreid omschreven. Geeft dit onvoldoende antwoord op een vraag, dan kan de rijksoverheid gebeld worden voor meer informatie op het nummer 1400. Het telefoonnummer van VT is 0800-2000. Ook kan er voor meer informatie contact opgenomen worden met de directe leidinggevende.

5.7 Melding incidenten

SGH is een lerende organisatie met een open cultuur en wil door het vastleggen van incidenten niet alleen voldoen aan de wettelijke verplichtingen, maar door het bespreken van de incidentmeldingen, lering trekken uit de dingen die (bijna) fout zijn gegaan om zo herhaling te voorkomen en de zorg en/of de werksituatie te verbeteren. Een incident is dan te omschrijven als een al dan niet beoogde of onverwachte gebeurtenis, die heeft geleid, had kunnen leiden of zou kunnen leiden tot schade bij de zorgvrager. Het registreren van incidenten heeft als doel de kwaliteit van zorg te verbeteren, niet om fouten te achterhalen.

5.7.1 Begrippen

Fouten: het handelen, of nalaten van handelen, waardoor schade ontstaat aan of voor de zorgvrager.

Ongelukken: een van buiten de zorgvrager of zorgprofessional komende gebeurtenis, waarbij schade aan een zorgvrager ontstaat en geen sprake is van een fout.

Bijna-ongeluk: een ongeluk dat door ongepland ingrijpen of toevallige gebeurtenis wordt voorkomen, en geen schade aan de zorgvrager veroorzaakt.

Incident: verzamelbegrip voor fouten, ongelukken en bijna-ongelukken.

Calamiteit: een bedoelde of onbedoelde gebeurtenis bij een medische-, verpleegkundige- of verzorgende handeling, of bij de toepassing van medische hulpmiddelen, apparatuur of geneesmiddelen, gedurende het transport, diagnostiek, behandeling of verzorging van een zorgvrager, die tot ernstig schadelijke gevolgen voor de zorgvrager leidt.

Voorbeelden van incidenten die gemeld moeten worden zijn:

- valincidenten;
- agressie incidenten;
- inname schadelijke stoffen;
- brandincidenten, verbranding;
- misbruik, ook vermoeden van misbruik.

5.7.2 Calamiteiten

Voorbeelden van calamiteiten die gemeld moeten worden zijn:

- overlijden van zorgvrager ten gevolge van een gebeurtenis;
- oplopen van ernstig lichamelijk en/of geestelijk letsel ten gevolge van een gebeurtenis;
- opname in het ziekenhuis en/of gebruik SEH ten gevolge van een gebeurtenis;
- oplopen van blijvende schade aan de gezondheid, of redelijk vermoeden daarvan, ten gevolge van een gebeurtenis.

Directe hulp na incident

De medewerker verleent direct hulp; bij (vermoeden op) letsel wordt de arts/hulpdienst ingeschakeld. Samen met de zorgvrager (en/of familie/wettelijk vertegenwoordigers) worden de vervolgacties afgesproken. Het TL wordt betrokken voor eventueel overleg tijdens incident. Het incident wordt genoteerd in de maandelijkse rapportage evenals de vervolgacties die (multidisciplinair) worden besproken met en door de ZM. Indien mogelijk worden maatregelen getroffen om herhaling van het incident te voorkomen en de gevolgen van het incident zoveel mogelijk te beperken.

5.7.3 Procedure

- Nadat de situatie onder controle is neemt de medewerker eventueel samen met de zorgvrager contact op met de wettelijk vertegenwoordigers van de zorgvrager, wanneer het incident merkbare gevolgen heeft voor de zorgvrager of waarvan aanneembaar is dat die nog merkbare gevolgen voor de zorgvrager kunnen hebben.
- De medewerker neemt contact op met de wettelijk vertegenwoordigers (mentor/curator) van de veroorzaker van het incident (indien nodig).
- De medewerker meldt het incident zo spoedig mogelijk bij de AC. Hierbij wordt onder meer afgestemd, in overleg met de ZM, of het incident gemeld dient te worden bij de IGJ en/of andere autoriteiten en zo ja, wie de melding zal doen (begeleider of TL).
- De medewerker verzamelt gegevens over de zorgvrager(s) en de situatie en vult het MIC en/of MIM formulier in Zilliz in; zie 'werkproces Crisissituatie'. De gebeurtenis wordt omschreven samen met de ondernomen acties en het eventuele letsel.
- Er wordt een 'heads up' gegeven via de mail naar de info mail (RvB) en TL.
- Naar aanleiding van het incident wordt in overleg met het TL besloten de veroorzakende zorgvrager al dan niet een officiële schriftelijke waarschuwing te geven.
- De MIC wordt in Zilliz opgenomen in het incidentenoverzicht.
- De MIC wordt opgenomen in het verbeterregister
- Het incident wordt geplaatst onder 1 van de volgende categorieën geplaatst;
 - (vermoedens) misbruik;
 - agressie incident;
 - brand incidenten, verbranding;
 - inname schadelijke stoffen;
 - valincident.

5.7.4 Calamiteiten melden bij de IGJ

Een calamiteit is een ernstige misser met blijvende schade voor de zorgvrager. Als nog niet duidelijk is of er sprake is van een calamiteit, dan is er 6 weken de gelegenheid, vanaf de constatering van een incident, om te onderzoeken of een gebeurtenis een calamiteit is. Als gedurende dit onderzoek blijkt dat het gaat om een calamiteit, dan moet dit binnen 3 werkdagen na vaststelling daarvan gemeld worden aan de IGJ. Wanneer er na 6 weken nog twijfel is of de gebeurtenis een calamiteit was, dan moet er alsnog een melding gedaan worden bij de Inspectie.

Onderstaande calamiteiten dienen direct (binnen 3 werkdagen) gemeld te worden bij de Inspectie (bron: CIBG):

- Ernstige gebeurtenissen waarbij de zorgvrager is overleden of een ernstig schadelijk gevolg heeft ondervonden;
- Gebeurtenissen waarbij er sprake is van geweld richting een zorgvrager door een zorgverlener of een ander die in uw opdracht werkt, of wanneer er sprake is van geweld tussen zorgvragers onderling;
- Wanneer een overeenkomst met één van de voor u werkzame zorgverleners niet wordt voortzet wegens ernstig tekortschieten in het functioneren als zorgverlener. Het maakt daarbij niet uit wat de aard van de overeenkomst was, bijvoorbeeld een arbeidsovereenkomst, een samenwerkingsovereenkomst of een opdracht.

De calamiteit kan gemeld worden middels de website: <http://www.igz.nl/melden/>.

5.7.5 Systematische monitoring op meldingen

De melding wordt in ZilliZ verwerkt in een MIC of MIM. Binnen 3 werkdagen wordt de MIC/MIM in behandeling genomen door de RvB en de ZM. Indien noodzakelijk wordt de RvT meegenomen in de communicatie. Er worden intern acties op uitgezet, welke worden verwerkt in het verbeterregister. Deze acties worden besproken met de melder en de betrokkenen.

5.8 Interne audit

Methode

Vanuit Stichting Groen Hulpverlening wordt eenmaal in de 12 maanden een interne audit uitgevoerd. Tijdens de interne audit wordt gebruik gemaakt van interviews. De volgende onderwerpen komen aan bod;

- Hoe wordt het melden van klachten en signalen ervaren?
- Hoe wordt de beroepscode en gedragscode van de organisatie in het werkveld gehanteerd?
- Hoe wordt er gehouden aan de geldende afspraken en richtlijnen?
- Hoe wordt, indien wordt afgeweken van de geldende afspraken en richtlijnen, omdat de situatie van de zorgvrager hierom vraagt, de handeling onderbouwd?
- Hoe wordt de professionele ruimte benut voor de verschillende rollen binnen de organisatie?
- Hoe wordt gemonitord dat personeel bekwaam en bevoegd is voor de taken die ze uitvoeren?
- Hoe gaan medewerkers evenwichtig om met de wensen van de zorgvrager?
- Hoe gaan medewerkers evenwichtig om met professionele standaarden?
- Hoe gaan medewerkers evenwichtig om met opvattingen en kosten van de zorg?
- Hoe wordt de tevredenheid over het werk ervaren?
- Hoe wordt de samenwerking binnen het team ervaren?
- Hoe wordt het werkklimaat ervaren?
- Hoe wordt de veiligheidscultuur ervaren?
- Hoe wordt de fysieke veiligheid ervaren?

Uitvoering

Om het onderzoek objectief te laten verlopen kunnen de interne audits jaarlijks afgenomen worden door een steeds wisselend personeelslid; dit personeelslid toont zichzelf betrokken en betrouwbaar, ook sluit het interviewen en de verwerking hiervan aan bij de capaciteiten en de ambitie van het personeelslid. De ZM zal het personeelslid hierop selecteren en benaderen voor de uitvoering en een eerste verwerking van de interne audits.

Setting

Het interview zal met alle medewerkers digitaal ingezet worden, zodat zowel de interviewer als betrokken personeelslid vanuit een rustige en zelfgekozen, vertrouwde setting de verdieping in kan gaan.

Verwerking

De interviews zijn in verband met de privacy anoniem. De interviewer van de interne audits zal de interviews overdragen aan de ZM, welke ze verder zal verwerken. De interviews zullen verder verwerkt worden middels de SWOT -analyse. Een tijdslijn hiervoor is terug te vinden in de jaarplanner.

Acties

Naar aanleiding van de SWOT- analyse zullen er acties naar voren komen. Deze zullen besproken worden met het bestuur en TL en verwerkt worden in het verbeterregister.

5.9 Werkprocessen

SGH maakt gebruik van werkprocessen. Door het gebruik van werkprocessen krijgt iedere medewerker hetzelfde beeld van het totaal en de daarbij behorende taken en verantwoordelijkheden. Doordat medewerkers dezelfde lijn volgen in werkwijze en de zorg die geboden wordt, biedt dit duidelijkheid en transparantie bij zowel zorgvragers, externe partijen als collega's. De werkprocessen zijn verwerkt in het online zorgadministratie systeem ZilliZ.

Binnen SGH maken wij gebruik van de volgende werkprocessen:

- werkproces (vroeg) signaleringsplan
- werkproces agressie
- werkproces afnemen cliënttevredenheidsonderzoek
- werkproces brand- en rookalarm
- werkproces controlerende TC
- werkproces crisissituatie
- werkproces evaluatie zorgplan
- werkproces exit/verhuizing zorgvrager
- werkproces IB momenten
- werkproces intake
- werkproces Intervisie
- werkproces inwerken nieuwe collega
- werkproces klachtenprocedure
- werkproces meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling
- werkproces melding facilitaire gebreken omtrent zorgwoningen
- werkproces MIC/MIM
- werkproces observeren en signaleren
- werkproces overdracht vakantie medewerkers
- werkproces spoedreparaties zorgwoningen
- werkproces start nieuwe collega
- werkproces start nieuwe zorgvrager
- werkproces stroomschema reiskosten
- werkproces Toezichthouders Nacht
- werkproces tussentijds evaluatiemoment
- werkproces verlof aanvragen
- werkproces vervanging Toezichtlocatie Centrum
- werkproces verwerken van de gegevens van het cliënttevredenheidsonderzoek
- werkproces voicemail
- werkproces ziekmelding
- werkproces zorgplan

5.10 Protocollen

Protocollen helpen bij het evalueren van zorgprocessen, waardoor SGH het bieden van eenduidige en kwalitatieve zorg kan bewaken. Tijdens iedere teamvergadering wordt een protocol behandeld. Eventuele wijzigingen zullen direct worden doorgevoerd in ZilliZ en het online KHB. De protocollen zijn verwerkt in het online zorgadministratie systeem ZilliZ.

Binnen SGH maken wij gebruik van de volgende protocollen:

- agressieprotocol
- agressieprotocol – begeleiders
- agressieprotocol – zorgvragers
- protocol alcoholmisbruik
- protocol beeldbellen
- protocol bezoek
- protocol crisiszorg
- protocol drugsgebruik
- protocol geboorte kind
- protocol invullen urendeclaratie
- protocol inzet PGB
- protocol kosten huurder/verhuurder
- protocol meldcode
- protocol melden van dierenmishandeling
- protocol noodtelefoon
- protocol PDF document versleutelen
- protocol privacyreglement SGH
- protocol privacyverklaring zorgvragers (AVG)
- protocol rapporteren
- protocol richtlijn voor medewerkers om de privacy van zorgvragers te waarborgen
- protocol *social media*, mail- en internetgebruik
- protocol stappenplan agressie
- protocol werkbeschrijving Signal
- protocol word document versleutelen
- protocol zwangerschap

5.11 Formats

Binnen SGH werken we met vaste formats, welke zijn verwerkt in het online zorgadministratie systeem ZilliZ. Op deze manier wordt een eenduidige manier van documenteren gehanteerd. De formats worden regelmatig tijdens overleg TL geëvalueerd en waar nodig aangepast in ZilliZ.

De formats die we hanteren binnen Stichting Groen Hulpverlening zijn:

- format (vroeg) signaleringsplan
- format actielijst
- format activiteitenkalender
- format agenda cliëntenraad bijeenkomst
- format beoordelingsgesprek
- format beoordeling van de opleiding/training
- format brief uit zorg
- format checklist nieuwe zorgvrager
- format cliënttevredenheidsonderzoek AB-Wmo
- format cliënttevredenheidsonderzoek TC
- format cliënttevredenheidsonderzoek SMK
- format cliënttevredenheidsonderzoek AB-zorg in de nabijheid
- format evaluatie zorgplan
- format exit gesprek
- format functioneringsgesprek
- format interne audit
- format intake
- format lid cliëntenraad
- format meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling
- format melding facilitaire gebreken
- format MIC
- format MIM
- format notulen cliëntenraad bijeenkomst
- format oriëntatie doelen
- format opleveringsrapport
- format personalia formulier medewerkers
- format POP
- format personalia formulier stagiaires
- format personalia
- format planning personeel
- format plan van aanpak verhuizing
- format risicotaxatie
- format teamvergadering
- format tussentijds evaluatie moment
- format Toestemmingsformulier
- format zorgplan
- format zorgplan kind

Hoofdstuk 6: Kwaliteit waarborging op cliëtniveau

6.1 Klachtenprocedure

Stichting Groen Hulpverlening heeft het leveren van professionele, kwalitatieve en betrouwbare zorg hoog in het vaandel staan. Wanneer de zorgvrager ergens niet tevreden over is, hoort SGH het daarom graag. Wanneer de zorgvrager een klacht heeft kan hij deze bespreken met zijn (hoofd)begeleider en betrokken coördinator. Mocht dit onvoldoende blijken, dan kan de zorgmanager ingeschakeld worden om mee te denken over een passende oplossing. Mocht de zorgvrager overwegen om een formele klacht in te dienen, dan volgt hieronder de procedure voor het indienen van een klacht:

6.1.1 Indienen klacht

Een klacht kan worden ingediend door:

- de zorgvrager;
- de wettelijk vertegenwoordiger van de zorgvrager;
- de zaakwaarnemer van de zorgvrager die zijn zaken niet zelf kan behartigen;
- een nabestaande (naast staande) van de zorgvrager indien deze is overleden.

Indien de klager niet de zorgvrager is en zijn hoedanigheid niet aanstonds duidelijk is, is de klachtenfunctionaris bevoegd de klager te verzoeken zijn bevoegdheid aan te tonen.

De klacht dient gestuurd te worden naar:

*Stichting Groen Hulpverlening
T.a.v. Klachtenbehandeling
Kerkdennen 58
3851 BB Ermelo*

6.1.2 Vereisten klacht

Een klacht kan alleen in behandeling worden genomen als:

- naam, adres, woonplaats en telefoonnummer en/of e-mailadres van de klager zijn vermeld en, als klager niet de zorgvrager is, welke zorgvrager het betreft;
- duidelijk is op wie (welke begeleider) of wat de klacht betrekking heeft;
- duidelijk is welke feiten en omstandigheden aan de klacht ten grondslag liggen en wat de klacht inhoudt;
- het klaagschrift in het Nederlands gesteld is;
- de gebeurtenissen die onderwerp zijn van de klacht niet langer geleden zijn dan 3 maanden voor de datum van de klacht.

6.1.3 Behandeling Klacht

Een ingediende klacht zal zo spoedig mogelijk worden behandeld door de begeleider. Deze tracht de klacht telefonisch of schriftelijk in overleg met de zorgvrager op te lossen. De uitkomst dient door de begeleider schriftelijk te worden medegedeeld, een kopie hiervan zal aan de ZM worden aangeboden. Als de begeleider en de zorgvrager gezamenlijk niet tot een goede oplossing komen, zal de begeleider de klacht ter behandeling overdragen aan de AC. Deze coördinator stelt in overleg en samenwerking met de ZM een onderzoek in, formuleert de klacht zo nodig nader, hoort de zorgvrager en tracht de klacht alsnog door bemiddeling op te lossen. Ook deze uitkomst zal schriftelijk aan de zorgvrager worden medegedeeld. Dit is terug te vinden in het protocol 'behandeling klacht'.

Indien de zorgvrager de uitkomst niet ziet als een oplossing, dan heeft deze de mogelijkheid de klacht voor te leggen aan Klachtenportaal Zorg.

De klacht dient gestuurd te worden naar:

*Klachtenportaal Zorg
Westende 14A
1601 BJ Enkhuisen*

6.2 Vertrouwenspersoon

Iedereen heeft recht op een veilige omgeving en daarom is het sinds eind 2020 verplicht dat alle ondernemingen in Nederland een vertrouwenspersoon hebben. Binnen SGH heeft de GW deze taak op zich genomen.

6.2.1 De taken van een vertrouwenspersoon

- Verzorgt de eerste opvang van werknemers die zijn lastiggevallen en die hulp en advies nodig hebben.
- Bekijkt of een oplossing in de informele sfeer mogelijk is.
- Informeert het slachtoffer over andere mogelijkheden, zoals klachtenprocedures.
- Geeft begeleiding als de werknemer de zaak aan de orde wil stellen bij een klachtencommissie of leidinggevende.
- Verwijst naar andere hulpverlenende instanties, bijvoorbeeld een mediator.
- Geeft voorlichting over de aanpak van ongewenst gedrag.
- Adviseert en ondersteunt team leidinggevend en bestuur bij het voorkomen van ongewenst gedrag.
- Registreert gevallen van ongewenst gedrag middels een MIM in ZilliZ.

6.3 Cliënttevredenheidsonderzoek

Binnen Stichting Groen Hulpverlening wordt er eenmaal in de 12 maanden een cliënttevredenheidsonderzoek uitgevoerd. Dit om de kwaliteit van zorg te kunnen waarborgen en te kunnen voldoen aan de wensen van zorgvragers. Daarnaast is het een landelijke wettelijke verplichting vanuit het IJG.

Binnen SGH zijn er 4 zorgproducten: De Toezichtlocatie Centrum, Specialisatie Moeder & Kind, Ambulante begeleiding -24-uurs zorg in de nabijheid en Ambulante begeleiding - Wmo. Voor ieder zorgproduct is een aparte vragenlijst beschikbaar gemaakt, afgestemd op de behoeften en eisen vanuit het zorgproduct.

Om inzicht te krijgen over de tevredenheid van de zorgvragers zijn de vragen verdeeld over verschillende onderwerpen.

Deze onderwerpen zijn:

- begeleiding
- wonen
- zorg en hulp in de huishouding
- zorg en hulp in de opvoeding (Specialisatie Moeder & Kind)
- zorgplan
- inspraak en klachten
- welzijn

Bij ieder onderwerp krijgt de zorgvrager de mogelijkheid om een vragenlijst in te vullen en een score te geven van 1-10 (waarbij 1 de laagste en 10 de hoogste score betreft) en aanvullend feedback te noteren.

6.3.1 Uitvoering

Voorafgaand aan de uitvoering van het onderzoek zal de hoofdbegeleider aan de zorgvrager uitleggen wat er van hem/haar verwacht wordt. De zorgvrager zal zelf het cliënttevredenheidsonderzoek invullen. Indien nodig met ondersteuning van begeleiding. De vragenlijst wordt anoniem en vertrouwelijk verwerkt. Ook worden gegevens niet met anderen gedeeld. Deelname aan dit onderzoek is geheel vrijwillig. Het wel of niet meedoen aan dit onderzoek heeft géén gevolgen voor de zorg. De meeste vragen hebben betrekking op het afgelopen jaar. Het kan zijn dat de huidige begeleiding korter dan een jaar duurt. De zorgvrager kan dan de vragen beantwoorden voor deze periode.

6.3.2 Setting

De vragenlijst wordt ingevuld in de veilige leefomgeving van de zorgvrager, zodat de zorgvrager zich veilig en vertrouwd voelt tijdens het invullen van het cliënttevredenheidsonderzoek. De hoofdbegeleider kan de zorgvrager desgewenst ondersteunen bij het invullen van de vragenlijst, omdat hij een vertrouwensband heeft opgebouwd en Stichting Groen Hulpverlening het belangrijk vindt om laagdrempelig te werk te gaan.

6.3.3 Verwerking

De ingevulde vragenlijsten zullen door de hoofdbegeleider naar de algemeen coördinator gestuurd worden, die de lijnen uitzet met zorgmanager voor het verwerken van de gegevens.

In de verwerking van de gegevens zullen de volgende punten aan bod komen:

- Waarom is dit onderzoek uitgevoerd?
- Wat was de respons van het onderzoek?
- Welke punten komen per onderwerp naar voren?
- De punten zullen helder en overzichtelijk verwerkt worden per zorgproduct, zodat duidelijk weerspiegeld wordt wat de uitkomsten zijn van het cliënttevredenheidsonderzoek. Waar nodig zal feedback binnen de context worden geplaatst om realistisch te kunnen verwerken.
- Naar aanleiding van de verwerking van de gegevens wordt per zorgproduct een rapportage met aanbevelingen geschreven.

6.3.4 Conclusies

Naar aanleiding van de verwerking van de gegevens wordt een conclusie geschreven door of in opdracht van de ZM.

Hierin komen de volgende punten naar voren:

- Welke acties gaat SGH uitvoeren?
- Wie gaat dit doen?
- Wanneer is het klaar?
- Wat is er veranderd wanneer het afgerond is?

6.3.5 Aanbevelingen

Naar aanleiding van de verwerking van de gegevens wordt per zorgproduct een interne aanbeveling gedaan door de ZM aan bestuur.

Hierin komen de volgende punten naar voren:

- Waar kan SGH trots op zijn?
- Welke punten hebben minder gescoord?
- Hoe kunnen deze punten verbeterd worden?
- Welke punten hebben prioriteit?

6.3.6 Beleid

Aangezien SGH het belangrijk vindt dat zorgvragers gehoord worden, zal de feedback, voortgekomen uit het cliënttevredenheidsonderzoek, indien mogelijk en getoetst op praktische haalbaarheid, toegepast worden binnen de organisatie. Om er voor te zorgen dat de acties die worden ondernomen naar aanleiding van het onderzoek ook effect hebben, zal ieder jaar opnieuw het cliënttevredenheidsonderzoek worden afgenomen. Dit om de kwaliteit van de zorg te kunnen waarborgen en waar nodig te verbeteren. Daarnaast zullen de actiepunten en aanbevelingen besproken worden tijdens de bijeenkomst van de cliëntenraad om de transparantie te kunnen waarborgen. Ook zullen deze aangekaarte punten opgenomen worden in het verbeterregister.

6.4 Cliëntenraad

Vanuit SGH is er, vanuit de Wet medezeggenschap cliëntenraad zorginstellingen (WMCZ), een cliëntenraad opgezet. SGH is geboren uit de dringende vraag naar eerlijke en transparante zorg. SGH gelooft in persoonlijke en kleinschalige zorg. Daarom is het van belang dat zorgvragers meegenomen worden in het proces rondom de ontwikkeling van SGH. Wij vinden het vanuit SGH belangrijk dat de zorgvrager zich gehoord voelt en dat advies meegenomen wordt in beslissingen.

6.4.1 Promotie cliëntenraad

Vanuit TL zal er gekeken worden naar zorgvragers die passend zijn binnen de CR. De keuze zal gebaseerd zijn op interesse vanuit de zorgvrager, representatie voor de doelgroep en de mogelijkheid om de gemeenschappelijke belangen van de zorgvragers te behartigen.

6.4.2 Cliëntenraad

Vanuit SGH wordt er met de betrokken zorgvragers het document 'cliëntenraad' getekend. Hierin staat helder omschreven wat de verwachtingen zijn vanuit beide partijen. In het document 'cliëntenraad' wordt benoemd wat de duur is van de overeenkomst, wat de werkafspraken zijn, welke bevoegdheden de CR heeft en hoe er wordt omgegaan met geschillen.

Omdat SGH het belangrijk vindt dat elk zorgproduct wordt gerepresenteerd streven zij ernaar om mits haalbaar, binnen de verschillende takken te zoeken naar 4 passende kandidaten, één afgevaardigde per zorgproduct. Maar in ieder geval en tenminste 1 afgevaardigde in de CR per 10 zorgvragers. Daarnaast is de AC, GW, ZM aanwezig en tenminste 1 afgevaardigde van de RvB en tenminste éénmaal per jaar 1 afgevaardigde van de RvT. Dit staat omschreven in de jaarplanner. Dit geeft de mogelijkheid om bij de overleggen een zo helder en breed mogelijk perspectief te kunnen vormen en besluiten te kunnen nemen berust op verschillende visies. Het lidmaatschap van de CR zal, bij positief functioneren, geldig zijn voor de duur van 3 jaar. Wanneer een zorgvrager eerder bij SGH uit zorg gaat of doorstroomt naar een ander zorgproduct zal, in overleg met de zorgvrager, de overeenkomst beëindigd worden en gekeken worden naar een nieuwe kandidaat voor de functie binnen de CR.

6.4.3 Positie

Tweemaal per jaar komt de CR bij elkaar. Eenmaal per jaar wordt het KHB besproken, geëvalueerd en herzien waar nodig. De zorgvragers, betrokken bij de CR, zullen met ondersteuning van de gekoppelde begeleiding het KHB en de daarbij behorende dynamische beleidsstukken, vooraf doornemen. De CR verzameld tevens vragen en opmerkingen van zorgvragers. Alle punten die hieruit voortkomen zullen meegenomen worden in de jaarlijkse evaluatie waar ook de AC, GW, ZM en RvB bij aanwezig zullen zijn. Bij de andere CR bijeenkomst worden de actiepunten besproken die voortgekomen zijn uit het cliënttevredenheidsonderzoek. Deze zullen ook verwerkt worden in het verbeterregister.

6.4.4 Instellingsbesluit

De CR heeft een adviserende rol. Advies van de CR wordt meegenomen in besluitvorming, maar is niet altijd bepalend voor de besluitvorming.

6.4.5 Geschillen

De leden van de CR brengen de AC direct op de hoogte indien er een conflictsituatie ontstaan is binnen de CR of tussen de CR en de achterban. Vanuit TL zal een oplossing voor het conflict aangedragen worden in samenspraak met de CR. Indien deze interventie niet tot een goede oplossing van het conflict leidt, zal de RvB geïnformeerd worden en het bemiddelingstraject op zich nemen. De RvB wint advies in bij de RvT. De uiteindelijke uitspraken van de RvB zijn bindend voor alle betrokken partijen.

6.5 Zorgadministratiesysteem

Vanuit SGH wordt gewerkt met een online zorgadministratiesysteem, namelijk ZilliZ. ZilliZ is een volwaardig zorgadministratie systeem speciaal ontwikkeld voor de kleinschalige zorg. In ZilliZ kan je rapporteren, tijdschrijven, afspraken inplannen, berichten sturen, dossiers vormen etc. SGH waarborgt zijn transparantie door middel van een open communicatie. Daarom kunnen zorgvragers, bewind en mentoren meelesen in een afgeschermd stuk door middel van een eigen inlog, zodat de privacy gewaarborgd blijft zoals omschreven in de AVG wet.

Tijdens de IB wordt er gerapporteerd op de doelen vanuit het zorgplan in ZilliZ. Dit wordt samen met de zorgvrager gedaan, zodat helder is waar aan gewerkt wordt. Samen met de zorgvrager wordt dit aan het eind van de IB ingevoerd. In de rapportage wordt er gesproken vanuit de 2^e persoon, zodat de rapportage persoonlijk is voor zorgvragers om te lezen. Belangrijke afspraken worden genoteerd, zodat in geval van ziekte of vervanging van personeel, deze makkelijk terug te vinden zijn.

Iedere medewerker binnen Stichting Groen Hulpverlening heeft een ZilliZ account, zodat er met zowel interne als externe partijen (met een ZilliZ account) gecommuniceerd kan worden. Dit gebeurt middels rapportages (intern en extern), door het meelesen van zorginhoudelijke informatie en het sturen van berichten. Begeleiders hebben beperkte mogelijkheden binnen ZilliZ intranet, zoals het schrijven van rapportages, berichten sturen, inzien van zorginhoudelijke informatie van gekoppelde zorgvragers en het inzien van werkprocessen, notulen en protocollen. Externe partijen, zoals zorgvragers en gewaarborgde hulp hebben beperkte mogelijkheden binnen ZilliZ extranet. Binnen extranet kunnen algemene berichten geplaatst worden, rapportages van de desbetreffende zorgvrager lezen/reageren en zorginhoudelijke informatie van de desbetreffende zorgvrager inzien. Medewerkers P&O, RvB en ZM hebben binnen ZilliZ de mogelijkheid om alle facetten te beheren en bekijken. De RvT heeft ook de mogelijkheid mee te kijken in ZilliZ.

6.6 Doorstroom/uitstroom zorgvrager

Stichting Groen Hulpverlening vindt het belangrijk om zorg op maat te leveren. Dit betekent dat er met regelmaat geëvalueerd wordt of de zorg die geleverd wordt nog passend is bij de zorgvraag. Dit wordt samen met de zorgvrager gedaan, maar ook met het netwerk rondom de zorgvrager. Welke signalen zijn er, welke problematiek is voorliggend, wat is de hulpvraag etc. Dit wordt in kaart gebracht door middel van een halfjaarlijkse tussentijdse evaluatie met de betrokken coördinator, het jaarlijks opstellen van een zorgplan, het jaarlijks evalueren van het zorgplan en het invullen van een (vroeg) signaleringsplan. Daarnaast observeert en signaleert hulpverlening tijdens de individuele begeleidingsmomenten. Deze observaties en signaleringen worden verwerkt in het online rapportage systeem in ZilliZ. Wanneer naar voren komt dat een zorgvrager niet meer passend is bij het product dat geleverd wordt, wordt eerst gekeken waarom het niet meer passend is. Kan een zorgvrager van de Toezichtlocatie bijvoorbeeld doorstromen naar een Ambulant zorgproduct? Of is bijv. alcoholproblematiek voorliggend en moet er gekeken worden naar een andere organisatie gericht op alcoholproblematiek. Uiteraard zal SGH deze beslissing nooit alleen nemen, maar in goed overleg met de zorgvrager en het betrokken netwerk, zoals bewind, mentor, curator, ouders etc. Mocht een zorgvrager uitstromen, dan zal er een exitgesprek plaatsvinden met de AC om de geboden zorg te evalueren. Wanneer een zorgvrager doorstroomt naar een andere organisatie zal er een warme overdracht plaatsvinden. Informatie wordt alleen verstrekt met goedkeuring van de zorgvrager in verband met de privacywetgeving. Tevens zal het zorgdossier digitaal en beveiligd verstrekt worden aan de zorgvrager tijdens de exit procedure.

6.7 Crisisdienst Stichting Groen Hulpverlening

Stichting Groen Hulpverlening is 24 uur per dag en 7 dagen in de week te bereiken op een noodnummer. Dit nummer wordt alleen aan de zorgvragers van SGH verstrekt die op de Toezichtlocatie wonen of die gebruik maken van het zorgproduct Ambulante Begeleiding met 24-uur zorg in de nabijheid. Het staat op de planning van de zorgvragers en het nummer wordt bij de start verstrekt en door zorgvragers in hun telefoon gezet. Wanneer er calamiteiten zijn of crisissituaties waar zorgvragers niet zelfstandig uit kunnen komen en wat niet kan wachten tot het volgende IB, mogen de zorgvragers dit nummer bellen. In het protocol Noodtelefoon staat omschreven hoe de medewerker dient te handelen. De medewerker die de noodtelefoon bij zich heeft, schat de situatie in en kijkt of het van belang is dat er een crisisdienst wordt gedraaid. Vaak is het mogelijk om de situatie telefonisch op te lossen of een filmpje te laten maken van de situatie (bijvoorbeeld bij lekkage), zodat deze beter kan worden ingeschat. Bij twijfel gaat er een medewerker heen.

6.8 Huisregels en omgangsvormen zorgvragers

Waar mensen samen leven en wonen zijn regels nodig. Regels geven richting aan en zorgen voor veiligheid en overzicht. De huisregels van Stichting Groen Hulpverlening zijn de 'gangbare' regels gebaseerd op de maatschappelijke normen en waarden en gelden voor de zorgwoningen en TC van SGH.

6.8.1 Huisregels algemeen

- Er wordt voorzichtig en met respect omgegaan met de woonomgeving.
- Als er schade wordt gemaakt aan de gehuurde woning van SGH of aan de spullen in de woning, wordt dit gemeld bij de hoofdbegeleider. De zorgvrager zal op eigen kosten de toegebrachte schade moeten herstellen.
- Het afval wordt gescheiden, ook het oud papier.
- Het huishouden wordt onder begeleiding en op wekelijkse basis met de zorgvragers opgepakt.
- Aanpassingen aan een zorgwoning worden eerst overlegd met de hoofdbegeleider; deze pakt het op met de AC en na beoordeling kan de aanpassing wel of niet plaatsvinden.
- De planning met betrekking tot de taken in het huishouden worden nageleefd door zorgvragers en gecheckt door de hoofdbegeleider.
- Zorgvragers ruimen hun eigen spullen aan het einde van de dag op.
- Zorgvragers veroorzaken geen overlast door hun bewoning aan burens, medebewoners of omgeving.
- Zorgvragers gebruiken beperkt alcohol en distribueren deze niet in gehuurde woningen van SGH.
- Zorgvragers gebruiken geen drugs en distribueren deze niet in gehuurde woningen van SGH.
- Zorgvragers mogen gasten ontvangen of logees binnen de woningen, mits dit geen overlast veroorzaakt bij medebewoners en/of omwonenden. Dit gaat altijd in overleg met de begeleiders.
- Zorgvragers mogen muziek luisteren, mits zij rekening houden met medebewoners en/ of omwonende. Door de week moet het na 22:00 uur stil zijn, in het weekend na 23:00 uur. Muziek mag na deze tijden aan staan, mits anderen het niet kunnen horen.

6.8.2 Gedragsregels en omgangsnormen algemeen

- Ieder wordt geaccepteerd zoals hij is.
- We laten elkaar uitpraten en luisteren naar elkaar.
- We lopen niet onbedekt in de woning en de Toezichtlocatie of omgeving rond.
- Intimiteiten zijn in de zorgwoning toegestaan, mits er geen sprake is van het creëren van onveilige situaties voor de zorgvrager of zijn omgeving
- We gaan respectvol met elkaar om; dit betekent dat we niet schelden, dreigen of gerichte agressie naar elkaar of naar de medewerkers toe uiten.
- Bij herhaaldelijke signalering van grensoverschrijdend gedrag, behoudt SGH zich het recht voor om de zorg en dus ook de 24-uurs opvang te beëindigen.
- We respecteren elkaars persoonlijke grenzen.
- Ieder respecteert de privacy van de ander, dit betekent ook dat er zonder toestemming geen spullen van elkaar wordt gepakt.
- Zorgvragers zijn te gast in de woningen en op de Toezichtlocatie; dit betekent dat men zuinig met de spullen om gaat en geen spullen vernielt, of gaat gebruiken voor een ander doeleinde dan waarvoor ze bestemd zijn.

6.8.3 Huisregels Toezichtlocatie Centrum

- Er wordt voorzichtig en met respect omgegaan met de woonomgeving.
- Als er schade wordt gemaakt aan de Toezichtlocatie of aan spullen in of van de Toezichtlocatie, wordt dit gemeld bij de hoofdbegeleider. Wanneer er schade is gemaakt zal de zorgvrager zelf de schade moeten herstellen.
- Afval wordt gescheiden, ook het oud papier.
- Het huishouden wordt op wekelijkse basis onder begeleiding met de zorgvragers opgepakt.
- Aanpassingen aan een gehuurde zorgwoning van SGH worden eerst overlegd met hoofdbegeleider; deze pakt het op met de AC en na akkoord kan de aanpassing wel of niet plaatsvinden.
- De planning met betrekking tot de taken in het huishouden worden nageleefd door zorgvragers en gecheckt door hoofdbegeleider.
- Zorgvragers ruimen hun eigen spullen aan het einde van de dag op.
- Zorgvragers veroorzaken geen overlast door de bewoning voor burens, medebewoners of omgeving.
- Zorgvragers die in beperkte mate softdrugs nuttigen zullen dit niet distribueren in of om gehuurde woningen van SGH en bezorgen de omgeving geen overlast.
- Zorgvragers die in beperkte mate alcohol nuttigen, distribueren deze niet in woningen van Stichting Groen Hulpverlening en bezorgen de omgeving geen overlast.
- Zorgvragers gebruiken geen hard drugs en/of distribueren deze niet in woningen van Stichting Groen Hulpverlening.
- Tussen 16:30 en 17:00 uur vindt er op TC een overdrachtsmoment plaats. In verband met de privacy is TC op dit moment gesloten voor aanloop maar wel open voor urgente situaties.
- Zorgvragers mogen gasten ontvangen of logees binnen de gehuurde woningen, mits dit geen overlast veroorzaakt bij medebewoners en/of omwonenden. Dit gaat altijd in overleg met begeleiders.
- Zorgvragers mogen muziek luisteren, mits zij rekening houden met medebewoners en/of omwonende. Door de week moet het na 22:00 uur stil zijn, in het weekend na 23:00 uur. Muziek mag na deze tijden aan staan, mits anderen het niet kunnen horen.
- Elke zorgvrager mag maximaal 1 fiets in de steeg hebben staan. Fietsen van bezoek/logees moeten buiten de steeg.
- Roken mag in de steeg naast TC. Voor het pand van TC is het niet toegestaan om te roken.
- De gangen aansluitend op de woningen en het looppad op het dakterras moeten vrij van spullen zijn in verband met brandveiligheid.
- Het is zorgvragers niet toegestaan om huisdieren in de woning te houden.
- Het is zorgvragers niet toegestaan om bezoek met huisdieren te ontvangen.
- SGH kan niet verantwoordelijk gesteld worden voor het ruilen, lenen etc. van spullen/gelden etc.

Hoofdstuk 7: Interne SWOT analyse Stichting Groen Hulpverlening

7.1 Interne SWOT Analyse

Sterktes	Zwaktes
<ul style="list-style-type: none"> • Er wordt 'zorg op maat' geboden. • Er is een goede samenwerking met ketenpartners in de omgeving. • Uniek concept door individuele begeleiding te combineren met laagdrempelig toezicht met Specialisatie Moeder & Kind. • Persoonlijke benadering wegens kleinschaligheid; iedereen kent elkaar; je bent geen nummertje. • <i>Out-of-the-box</i> kunnen denken. • Snel kunnen schakelen vanwege korte lijnen. • Levering vanuit PGB maakt dat de administratieve plicht lager ligt en dus meer begeleiding in de praktijk mogelijk maakt, ofwel de spreekwoordelijke; 'handen aan het bed'. 	<ul style="list-style-type: none"> • Zorgvragers SMK voelen zich niet altijd welkom op de Toezichtlocatie. • Zorgvragers hebben niet altijd het vertrouwen in de kennis en kunde van begeleiding door een gebrek aan (levens) ervaring. • Zorgvragers hebben te weinig informatie over cliëntenraadbijeenkomst, klachtenprocedure en de vertrouwenspersoon. • Werknemers zijn onvoldoende getraind om te werken met de 'zwaardere' WLZ doelgroep waar we naartoe gaan. • Zorgvragers geven aan dat er soms impulsieve acties worden genomen door begeleiding wanneer er een hulpvraag ligt, zonder een goede onderbouwing over het waarom.
Mogelijkheden	Bedreigingen
<ul style="list-style-type: none"> • Er is in november 2022 een bureaudienst ingezet welke zorgvragers welkom heet, laagdrempelige, uitnodigende contactmomenten biedt en kan doorverwijzen naar betrokken begeleider • Er is in 2022 ingezet op collega's met meer (levens) ervaring. De diversiteit in collega's is vergroot en er is een ervaringsdeskundige aangenomen om collega's bij dit onderdeel te kunnen ondersteunen. • Tijdens de start zorg, tekenen van de toestemmingsverklaring en de tussentijdse evaluatie wordt alle interne informatie besproken, maar vraagt om herhaling. Om de voortgang van dit punt te kunnen meten wordt het meegenomen naar 2023. • Er zijn trainingen opgezet door de gedragswetenschapper, maar ook uitbesteed aan externe organisaties, zoals veilig thuis en FASS-D. Daarnaast heeft iedere medewerker tenminste maandelijks coaching en is er een scholingsplan. Om te monitoren hoe dit punt verloopt wordt het meegenomen naar 2023. • Tijdens coaching wordt besproken welke acties uitgezet zijn tijdens IB momenten. Er wordt een coachingsverslag van de coachingsmomenten geschreven en in het dossier van de betreffende begeleider geüpload. Daarnaast wordt dit punt tijdens de tussentijdse evaluatie meegenomen. Om de voortgang te kunnen monitoren wordt dit punt meegenomen in het verbeterregister van 2023. 	<ul style="list-style-type: none"> • Er verandert, wegens frequente wijzigingen in de wet- en regelgeving, regelmatig iets in de structuur en organisatie van het zorgaanbod. • Begeleiding krijgt te maken met aanbiedingen van concullega's wegens krapte op de arbeidsmarkt, wat maakt dat personeel komt en gaat, lastig om langere tijd met hetzelfde team te draaien. • Zorgvragers weten niet altijd hun weg binnen SGH en zijn niet voldoende op de hoogte waar ze terecht kunnen met vragen, klachten e.d. • Door beter opgeleid en getraind personeel, wordt de kans op incidenten verkleind en wordt de kwaliteit van geleverde zorg vergroot. Dit punt is in ontwikkeling en dus nog niet volledig gewaarborgd. • Zorgvragers begrijpen niet altijd waarom acties uitgezet worden en worden nog niet altijd meegenomen in het denkproces van hulpverlening.

7.2 Acties

- De zorgvragers van de Specialisatie Moeder & Kind voelen zich welkom op de Toezichtlocatie. Er is, wegens wijzigingen in de wet- en regelgeving, één en ander veranderd in de structuur van de Toezichtlocatie. De dagdienst, die normaliter door de begeleiding werd gedraaid, wordt nu door de bureaudienst ingezet. Hierdoor kan de begeleider IB inzetten en kan de bureaudienst nu het eerste contact met de zorgvrager verzorgen en desgewenst de hulpvraag bij de desbetreffende betrokken begeleider wegzetten. Zo kan de Toezichtlocatie toch 24 uur per dag open blijven, maar is er niet meer de hele dag een begeleider aanwezig die enkel de dagdienst aan het draaien is; de begeleider komt nu veel meer bij de zorgvrager thuis. Dit is wettelijk voor zorgvragers en met name voor de moeders met kinderen die graag langskwamen om met elkaar te praten over opvoedingskwesaties. Dit punt zal meegaan naar 2023, omdat in verband met de nieuwe manier van werken geëvalueerd moet worden of dit aansluit op de behoeftes van de moeders met kinderen. De bureaudienst zal zorgvragers actief uitnodigen op de Toezichtlocatie en zal, wanneer zorgvragers langskomen, deze welkom heten. Met verandering is er vaak ook ontevredenheid; er moet gewend worden aan de nieuwe manier van werken. Dit punt zal geëvalueerd worden tijdens de tussentijdse evaluatie en tijdens het cliënttevredenheidsonderzoek van 2023.
- Begeleiding heeft voldoende (levens) ervaring om zorgvragers te kunnen ondersteunen bij hun hulpvragen. Er is in 2022 ingezet op collega's met meer (levens) ervaring. De diversiteit in collega's is vergroot en er is een ervaringsdeskundige aangenomen om collega's bij dit onderdeel te kunnen ondersteunen. Dit punt wordt meegenomen naar 2023, om te monitoren of dit voldoende is om het punt in 2023 af te kunnen sluiten. Dit punt zal geëvalueerd worden tijdens de tussentijdse evaluatie en tijdens het cliënt tevredenheidsonderzoek van 2023, zodat er een beter evenwicht is tussen begeleiding met ervaring en begeleiding met minder ervaring.
- Zorgvragers hebben voldoende informatie over de cliëntenraadbijeenkomst, klachtenprocedure en de vertrouwenspersoon. Tijdens de start zorg, tekenen van de toestemmingsverklaring en de tussentijdse evaluatie wordt deze informatie besproken, maar vraagt om herhaling, daarom wordt dit jaarlijks tijdens de verschillende tekenmomenten herhaald. Om de voortgang van dit punt te kunnen meten wordt het meegenomen naar 2023. Door middel van herhaling hoopt SGH dat dit punt in 2023 afgesloten kan worden en zorgvragers helder hebben waar belangrijke informatie te vinden is.
- Werknemers zijn voldoende getraind om te werken met de 'zwaardere WLZ doelgroep'. Er zijn trainingen opgezet door de gedragswetenschapper, maar ook uitbesteed aan externe organisaties, zoals veilig thuis en FASS-D. Daarnaast heeft iedere medewerker tenminste maandelijkse coaching en is er een scholingsplan. Om te monitoren hoe dit punt verloopt wordt het meegenomen naar 2023. Alle trainingsmomenten zijn terug te vinden op de jaarplanner van 2023.
- Zorgvragers ervaren dat de acties die begeleiding uitzet duidelijk zijn in combinatie met de lopende hulpvraag. Er is een heldere onderbouwing over het hoe en waarom, deze is terug te vinden in ZilliZ. Tijdens de coachingsmomenten wordt besproken welke acties uitgezet zijn tijdens de individuele begeleidingsmomenten. Er wordt een coachingsverslag geschreven en in het dossier van de desbetreffende begeleider geüpload. Daarnaast wordt dit punt besproken tijdens intervisiemomenten en tijdens de tussentijdse evaluatie met de zorgvrager. Om de voortgang van dit punt te kunnen monitoren is het meegenomen in het verbeterregister van 2023.

7.3 Communicatie

De verbeterpunten en de acties die hierop volgen, zullen meegenomen worden in het verbeterregister 2023. Maandelijks zal tijdens het overleg TL het verbeterregister besproken worden, uitgezette acties genoteerd en zal dit gecommuniceerd worden binnen het team van SGH middels ZilliZ. Jaarlijks zal het verbeterregister besproken worden tijdens de CR bijeenkomst waar ook de RvB en RvT onderdeel van uitmaken, zodat voor iedereen helder is welke stappen er binnen de organisatie gezet worden. Tevens wordt het verbeterregister aan het einde van het jaar, in de maand december, besproken met ZM en bestuur tijdens het wekelijks overleg. Het verbeterregister zal dan naar aanleiding van deze bespreking worden vastgesteld door de ZM voor dat jaar en door de RvB doorgezet worden ter informatie naar de RvT.

Hoofdstuk 8: Organisatie op micro niveau

8.1 Zorgaanbod

Stichting Groen Hulpverlening biedt deskundige en persoonsgerichte individuele begeleiding met 24-uurs zorg aan (jong) volwassenen die door hun (verstandelijke en/of psychiatrische) beperking moeite hebben om zelfstandig deel te nemen aan de maatschappij.

Dit is onderverdeeld in 4 zorgproducten:

- Toezichtlocatie Centrum: Toezichtlocatie/steunpunt waarbij 24-uurs toezicht en begeleiding geboden wordt.
- Specialisatie Moeder & Kind: gerichte ondersteuning voor moeders (binnen onze doelgroep) bij onder andere zwangerschap, opvoeding of omgang met kind(eren), dit specialisme is onderdeel van TC.
- Ambulante begeleiding: 24-uurs zorg in de nabijheid voor zorgvragers met een Wlz indicatie.
- Ambulante begeleiding: Wmo voor zorgvragers met een indicatie voor individuele begeleiding van de gemeente.

8.2 Doelgroep

SGH biedt enkel IB of IB met 24-uurs zorg in de nabijheid of 24-uurs toezicht aan (jong)volwassenen die door een Autisme Spectrum Stoornis, een aandachts- en concentratiestoornis, hechtingsproblematiek en/of door een cognitieve beperking, moeite hebben om zelfstandig deel te nemen aan de maatschappij. De grootste groep zorgvragers binnen SGH heeft een voorliggende beperking op cognitief niveau.

8.3 Indicaties

SGH werkt met de volgende indicaties:

- Wlz
- Wmo
- Jeugdbepaling

8.4 Leveringsvorm

Vanuit SGH wordt vooralsnog uitsluitend met de leveringsvorm Persoonsgebonden budget gewerkt.

Wij kunnen en mogen werken met de volgende indicaties in PGB leveringsvorm:

- VG03 t/m VG07 (maximaal 1 zorgvrager met VG07)
- 1GGZ-1W en 2GGZ-W
- WMO indicatie; begeleiding individueel
- Bepaling Jeugdzorg (art. 3.5 Jeugdwet); gespecialiseerde individuele begeleiding
- LG2 indicatie

8.5 Diagnose

De zorgvragers van SGH zijn (jong)volwassenen met één of meerdere van onderstaande beperkingen:

- een (licht)verstandelijke beperking (IQ 50>89);
- een Autisme Spectrum Stoornis;
- een aandachts- en concentratiestoornis zoals AD(H)D;
- een psychiatrische aandoening (met uitzondering van risicovolgedrag naar zichzelf en de omgeving, automutilatie en suïcidale neigingen);
- hechtingsproblematiek, zoals een reactieve hechtingsstoornis.

Leidend is dat de zorgvragers onder andere een beperking hebben in het adaptief functioneren. Dit omvat alledaagse en praktische vaardigheden die een rol spelen bij het onafhankelijk en zelfstandig functioneren in de maatschappij zoals:

- sociale communicatie;
- motorische vaardigheden;
- zelfredzaamheidsvaardigheden;
- arbeidsvaardigheden;
- vrijetijdsvaardigheden.

Daarnaast hebben zij meestal een beperking in het cognitieve functioneren.

Kenmerkend voor onze zorgvragers is dat zij bijvoorbeeld:

- moeite hebben met het inschatten van sociale interacties;
- moeite hebben met het verwerken van informatie;
- moeite hebben met het begrijpen van non-verbale communicatie;
- sociale codes ontberen;
- een beperkte ik-ontwikkeling hebben;
- beperkt zicht hebben op de belevingswereld van de ander;
- beperkt zicht hebben op de wisselwerking tussen zichzelf en de ander;
- een beperkt reflectieniveau hebben;
- een beperkte verbale expressie hebben;
- beperkt logisch redeneren;
- een beperkte impulscontrole hebben;
- onvoldoende tijdsbesef hebben;
- moeilijk leren uit voorgaande ervaringen (meta-cognitieve vaardigheden);
- moeite hebben met plannen en organiseren;
- aandachts- en of concentratieproblemen hebben en moeite hebben bij het aanbrengen van samenhang.

De individuele gedragskenmerken geven richting aan de ondersteuning en begeleiding die wij bieden. Alleen door goed te kijken en te luisteren waar de vaardigheidstekorten liggen en op welke gebieden ondersteuning gewenst is, kan ondersteuning op maat worden geboden. Dit alles altijd in samenwerking met de zorgvrager zelf. SGH gaat uit van het vermogen van de zorgvrager om zelf de zorgbehoefte te kunnen benoemen en gaat uit van de expertise van SGH om deze zorgbehoefte om te zetten in zorgdoelen als onderdeel van een daadkrachtig en persoonlijk zorgplan.

8.6 Leeftijden

SGH biedt opvang en begeleiding aan (jong)volwassenen van 18 jaar tot 30 jaar. Onder de 18 jaar en boven de 30 jaar is een contra indicatie, maar in overleg met betrokken behandelaren kan hiervan worden afgeweken. Binnen specialisatie Moeder & Kind kunnen, in samenwerking met Jeugdzorg en onder zorgvraag afhankelijke voorwaarden, kinderen geplaatst worden.

8.7 Criteria

Om deel te kunnen nemen aan de zorg van SGH, worden de volgende criteria gehanteerd:

- Zorgvragers moeten zelf graag zorg willen ontvangen; gemotiveerd zijn.
- Zorgvragers nemen vrijwillig deel aan onze zorg.
- Zorgvragers vertonen geen extreem persoonlijk gericht agressief gedrag.
- Zorgvragers moeten in staat zijn om gestelde leefregels en gedragscodes binnen de wooninitiatieven na te kunnen leven.
- Zorgvragers vertonen geen risicovol gedrag naar zichzelf en/of de omgeving.
- Zorgvragers vertonen geen automutilatie en suïcidale neigingen.
- Zorgvragers hebben geen primair aanwezige verslavingsproblematiek.
- Zorgvragers kunnen zelf hun medicatie beheren en innemen/toedienen, indien van toepassing.
- Zorgvragers hebben geen ernstige lichamelijke beperking ofwel visuele beperking.

8.8 Zorgwoningen (op, rond of verder van de Toezichtlocatie af)

Om te zorgen dat elke zorgvrager zoveel mogelijk tot zijn recht kan komen, stelt SGH de gegroepeerde zorgwoningen op of rond de Toezichtlocatie met grote zorg samen.

Zo wordt rekening gehouden met de volgende criteria:

- De gegroepeerde zorgwoningen liggen in een woonwijk nabij faciliteiten;
- Er wordt bij een zorgwoning of op TC niet verwezen naar SGH om zo de privacy van de zorgvragers te waarborgen;
- Er wordt gekeken naar de samenstelling van zorgvragers om te beoordelen of iemand passend is binnen de gegroepeerde zorgwoningen op of rond TC.

8.9 Contra-indicatie

SGH wil graag iedere zorgvrager een veilige plek garanderen en deskundige individuele begeleiding bieden. In sommige gevallen is het niet mogelijk om geboden zorg te continueren of zorg aan te bieden, omdat:

- het gedrag van de zorgvrager niet (meer) passend is bij de doelstellingen van SGH;
- er onvoldoende middelen zijn om met bepaald gedrag om te gaan;
- de beperkingen dusdanig zijn dat een andere vorm van begeleiding passender is.

N.a.v. een kennismakingsgesprek en intake wordt bepaald of iemand passend is binnen SGH. Dit wordt gedaan in overleg met de RvB en TL, zij worden geadviseerd door de GW die het dossieronderzoek verzorgt. Wanneer iemand bij ons in zorg is, zijn er regelmatig evaluatiemomenten om te bepalen of iemand nog passend is binnen SGH.

Dit wordt onder andere gedaan door:

- tussentijdse evaluatie momenten;
- het opstellen van een zorgplan;
- het evalueren van het zorgplan;
- het opstellen van een signaleringsplan;
- regelmatig overleg met betrokken instanties/partijen;
- cliënttevredenheidsonderzoek .

De contra-indicaties voor plaatsing bij SGH zijn:

- beperkte mobiliteit (rolstoel gebonden);
- verpleegtechnische zorg en/of volledig zorgbehoevend;
- ernstig meervoudige beperkingen;
- medicatie niet zelfstandig kunnen innemen of toedienen;
- jongvolwassenen met een IQ lager dan 50;
- ernstige alcohol- en/of drugsverslaving, of handel/distributie;
- gedragsproblematiek gepaard gaande met niet gemotiveerd zijn voor het ontvangen van zorg;
- niet in staat om vrijwillig, zonder gebruik van fysieke middelen, door de begeleiders gegeven opdrachten uit te voeren;
- risicovol gedrag naar zichzelf en de omgeving;
- automutilatie en suïcidale neigingen;
- leeftijd onder de 18 jaar en boven de 30 jaar; in overleg met betrokken behandelaren kan hiervan afgeweken worden;
- noodzaak aan 'vrijheidsbeperkende maatregelen'.

De organisatie voert geen 'vrijheidsbeperkende maatregelen' uit en verzorgt geen verstrekking of beheer van medicatie. Mocht dit wel wenselijk zijn voor een zorgvrager kan deze niet geplaatst worden bij SGH.

8.10 Aantal zorgvragers

Product	Aantal
Toezichtlocatie Centrum	6
Specialisatie Moeder & Kind	10
Ambulante begeleiding: Wmo	4
Ambulant begeleiding: 24 uren zorg in de nabijheid	7
Totaal	22

Peildatum: 31 januari 2023

8.11 Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling

8.11.1 Signalen in kaart brengen/houden

Er wordt binnen SGH gewerkt vanuit een zorgplan, gericht op de mogelijkheden en behoeftes van de zorgvrager. Door middel van een dossieranalyse (door GW) en het invullen van het zorgplan, worden eventuele signalen in kaart gebracht. Bij de start van een zorgvrager wordt een signaleringsplan opgesteld, zodat begeleiding helder heeft waar de aandachtspunten liggen. Het signaleringsplan wordt tenminste ieder jaar besproken en waar nodig aangepast. De kind-check wordt standaard ingevuld bij de start van de zorg en tijdens het jaarlijks invullen van het zorgplan.

Alle zorgvragers van SGH ontvangen IB, zowel gepland als ongepland. Tijdens deze IB wordt door begeleiding geobserveerd en gesignaleerd. Alle contactmomenten met zorgvragers worden gerapporteerd in ZilliZ. Ook wanneer er (zorgelijke) signalen zijn worden deze gerapporteerd in het online zorgsysteem. Doordat zorgvragers kunnen meelesen in de rapportages is helder wat de zorgen zijn, deze worden ook besproken tijdens IB.

8.11.2. Bespreken van signalen

Wanneer er signalen zijn van huiselijk geweld en/of kindermishandeling worden deze direct door de hoofdbegeleider met de zorgvrager besproken om een open en transparante communicatie te kunnen behouden. Deze signalen worden ook gerapporteerd in het online zorgsysteem ZilliZ en meegenomen in het overleg TL om de juiste vervolgstappen te kunnen bepalen. Hierin wordt het werkproces meldcode van huiselijk geweld kindermishandeling opgevolgd welke te vinden is in ZilliZ, intranet.

8.11.3 Gesprek voeren met betrokkene(n)

Wanneer er zorgen/ signalen zijn zal de AC het gesprek voeren met betrokkene(n) en de vervolgstappen toelichten. Er zal met betrokkene(n) besproken worden hoe het actieplan uitgevoerd zal worden en welke verwachtingen er zijn. Het actieplan zal ieder IB door de hoofdbegeleider besproken worden met de zorgvrager.

8.11.4 Wegen van de signalen van huiselijk geweld of kindermishandeling

Door het verzamelen van rapportages, de observatie van de GW en het advies van VT wordt door de ZM in overleg met bestuur een besluit genomen of de signalen wijzen op mogelijk huiselijk geweld of kindermishandeling.

8.11.5 Hulp organiseren of melden

Bij signalen van huiselijk geweld of kindermishandeling wordt binnen de organisatie gekeken welke mogelijkheden er zijn om gedragsverandering te kunnen bepalen. Dit door middel van een signaleringsplan, observeren, signaleren, rapporteren, samenwerking met externe partijen, opstellen van een actieplan, opstellen van een persoonlijk zorgplan en contact met het systeem. Wanneer dit onvoldoende blijkt wordt er een melding gedaan bij VT. De melding wordt gedaan door de ZM, de betrokkene(n) wordt vooraf geïnformeerd.

Hoofdstuk 9: Organisatie op meso niveau

9.1 Ketenpartners

Stichting Groen Hulpverlening werkt met verschillende ketenpartners uit de omgeving samen;

- Tactus
- Leger des Heils
- William Schikker Groep
- CJG
- GGZ
- Ermelose Psychologenpraktijk (EPPGGZ)
- Meerinzicht
- GGD CU
- GGD CT
- Regiecentrum Harderwijk
- Veilig Thuis
- Crisisdienst
- Wijkagent
- Brandweer Ermelo
- Gemeente Ermelo
- Sociaal wijkteam Ermelo
- BVKZ (branchevereniging)
- UWV; Jobstap
- Veiligheidshuis
- Klachtenportaal zorg
- CIZ
- Zorgkantoor
- Per Saldo
- Perspectief Arbodienst
- SBB
- VGZ-IZZ
- PFZW
- Kiwa Nederland B.V. (HKZ)
- Bureau Jeugdzorg
- MEE Veluwe
- COT (Crisis Ondersteuning Team)

Daarnaast werkt SGH samen met betrokken bewindvoerders, mentoren en curators. Dit brengt SGH in de gelegenheid haar netwerk te vergoten en als organisatie haar kennis uit te breiden.

9.2 Demografie

Binnen de gemeente Ermelo is er een grote groep zorgbehoefigen binnen onze doelgroep. Volgens het CBS is er in Ermelo een toename van 30,95% Wlz cliënten. Dit ligt hoger dan het landelijk gemiddelde en laat zien dat Ermelo een zorggemeente is met als leider op de markt 's Heeren Loo, JP van den Bent, GGZ Centraal, Philadelphia, Careander en AHMN. Stichting Groen Hulpverlening profileert zich door zijn kleinschaligheid, persoonsgerichte aanpak en zorg op maat. Daarnaast biedt Stichting Groen Hulpverlening aan deze doelgroep de unieke combinatie van persoonsgerichte, individuele begeleiding met 24-uurs zorg in de nabijheid of toezicht bij het kunnen leiden van een zo zelfstandig mogelijk leven in een zelfstandig of eigen appartement of studio.

9.3 Reclame

Doordat Stichting Groen Hulpverlening het van belang vindt de privacy van zorgvragers te waarborgen, wordt er niet gewerkt met logo's of andere vormen van reclame-uitingen in en om de Toezichtlocatie of zorgwoningen. Stichting Groen Hulpverlening moet het daarom voornamelijk hebben van de kracht van mond tot mond reclame en de aanbevelingen/doorverwijzingen van ketenpartners en derden.

9.4 Indicaties op gemeente niveau

Door het kleinschalige karakter van Stichting Groen Hulpverlening is er voor gekozen om ons enkel te richten op de bediening van Wlz indicaties. Wel werken wij met een indicatie vanuit jeugdzorg in verband met de specialisatie binnen de Toezichtlocatie; Moeder & Kind. Tevens kunnen wij voor zorgvragers die uit willen stromen richting nog meer zelfstandigheid, tijdelijk begeleiding blijven bieden op basis van een Wmo indicatie.

9.5 Locaties

Kantoren

Hoofdkantoor: Kerkdennen 58 te Ermelo

Kantoor TC: SS44B

Woningen Toezichtlocatie:

10

Woningen Ambulante Begeleiding met 24-uurs zorg in de nabijheid:

5

In verband met de privacy van onze zorgvrager delen wij geen adressen of afkortingen.

Hoofdstuk 10: Organisatie op macro niveau

10.1 Wet en regelgeving

Stichting Groen Hulpverlening valt onder de volgende wet- en regelgeving:

- Wmo
- Jeugdwet
- Wlz
- PGB
- WKKGZ
- Kwaliteitskader Jeugd
- WMCZ
- WTZA
- Zorgkantoor
- CIZ
- Sector Gehandicaptenzorg

10.1.1 Wet maatschappelijke ondersteuning

Gemeenten zijn volgens de Wmo verplicht om kwetsbare en hulpbehoevende groepen te compenseren door het aanbieden van voorzieningen en ondersteuning, bijvoorbeeld huishoudelijke hulp of aanpassing van de woning. Voor de uitvoering van de Wmo hebben gemeenten een aantal taken en verantwoordelijkheden.

Deze taken en verantwoordelijkheden zijn:

- Leefbaarheid en sociale samenhang bevorderen;
- Mantelzorgers en vrijwilligers ondersteunen;
- Het bevorderen van mensen met een beperking of psychisch probleem om deel te nemen aan de samenleving;
- Maatschappelijke opvang aanbieden;
- Openbare geestelijke gezondheidszorg bevorderen;
- Informatie, advies en cliëntondersteuning geven;
- Verslavingsbeleid bevorderen;
- Jeugdigen met problemen preventief ondersteunen.

De aanvraag voor de Wmo loopt in de gemeente Ermelo via Meerinzicht. Middels een Wmo-melding op de website wordt de aanvraag in behandeling genomen door de klantmanager van Meerinzicht. Er zal een gesprek volgen om te kijken op welk gebied ondersteuning nodig is.

SGH biedt individuele begeleiding op onderstaande gebieden:

- hulp bij de administratie (overzicht krijgen over facturen, overeenkomsten, verzekeringen, enzovoort);
- hulp bij het boodschappen doen;
- hulp met het afhandelen van post.

Bron: *Wmo (Wet maatschappelijke ondersteuning): wat is het? (zorgwijzer.nl)*

10.1.2 Jeugdwet

Voortaan moeten de gemeenten zorgen voor de zorg- en hulpverlening aan jongeren. De gemeenten moeten dit goed combineren met de nieuwe Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en de Participatiewet. Als kinderen jonger zijn dan 18 jaar, krijgen zij hulp en ondersteuning vanuit de Jeugdwet en niet vanuit de Wmo en de Participatiewet. Onder de nieuwe Jeugdwet vallen bijna alle kinderen van 0 tot 18 jaar. Dit zijn kinderen die tijdelijk of langer ondersteuning nodig hebben bij het opgroeien. Dit kunnen ook kinderen zijn met een (licht) verstandelijke beperking. Kinderen met (zeer) ernstige verstandelijke of meervoudige beperkingen, krijgen zorg en ondersteuning vanuit de Wet langdurige zorg (Wlz). Kinderen hebben vaak meerdere vormen van ondersteuning nodig.

De Jeugdwet regelt:

- begeleiding;
- kortdurend verblijf (logeren);
- verblijf in een instelling;
- persoonlijke verzorging;
- verpleging;
- behandeling.

Bron: Jeugdwet 2015: eenvoudige uitleg – Zo zorg ik

In de Jeugdwet is vastgelegd dat jeugdhulpaanbieders aan de volgende kwaliteitseisen moeten voldoen.

Jeugdhulpaanbieders:

- hebben de verplichting om verantwoorde hulp te bieden;
- moeten zich zo organiseren en voorzien van kwalitatief en kwantitatief personeel, dat verantwoorde hulp kan worden geboden (norm van de verantwoorde werktoedeling);
- moeten werken met een familiegroepsplan, hulpverleningsplan of plan van aanpak;
- dienen een kwaliteitssysteem te hebben;
- moeten werken met medewerkers die beschikken over een VOG;
- dienen een verplichte meldcode te hebben voor huiselijk geweld en kindermishandeling.

Bron: 201405_factsheet_kwaliteitseisen_jeugdhulpaanbieders.pdf (vng.nl)

10.1.3 WLZ

Iemand kan zorg vanuit de Wlz aanvragen als er 24 uur per dag zorg in de nabijheid nodig is om ernstig nadeel te voorkomen. Hier is bijvoorbeeld sprake van bij een ernstige lichamelijke of verstandelijke beperking.

Concreet gezien komt iemand in aanmerking voor zorg uit de Wlz als:

- Iemand zichzelf niet meer kan redden in de maatschappij;
- Er sprake is van ernstige verwaarlozing;
- Er sprake is van lichamelijke letsel door een ziekte, aandoening of beperking;
- De ontwikkeling van iemand ernstig wordt geschaad, al dan niet onder invloed van een ander;
- De veiligheid van iemand ernstig wordt bedreigd;
- De bovenstaande punten gelden ook als het risico er op groot is, bijvoorbeeld als het risico op verwaarlozing groot is.

Kortom, iemand komt in aanmerking voor Wlz-zorg als hij zelf niet meer in staat is om in de gaten te houden (en in te schatten) of er zorg nodig is en deze zorg op adequate en tijdige wijze in te schakelen.

Bron: Wlz (Wet langdurige zorg): Betekenis, Indicatie & Aanvragen (zorgwijzer.nl)

10.1.4 PGB

Een persoonsgebonden budget (pgb) is een bedrag waarmee iemand zelf zorg of ondersteuning inkoop. Iemand die een pgb krijgt, bepaalt zelf welke zorgverleners zorg of ondersteuning geven, waar en wanneer.

Bij een persoonsgebonden budget (pgb):

- regel je zelf je zorg;
- huur je met dat budget je eigen zorgverleners in;
- bepaal je zelf waar, wanneer en hoe je geholpen wordt;
- koop je zelf voorzieningen in zoals een rolstoel;
- kies je voor eigen regie.

De eisen voor een zorginstelling om te mogen werken met PGB zijn;

- Er is een kwaliteitssysteem.
- Er is een klachtenregeling.
- De organisatie leert van incidenten.
- Er is een Verklaring Omtrent het Gedrag voor iedere zorgmedewerker.
- Er is 'vergewisplicht'.
- Signalen van huiselijk geweld en kindermishandeling worden gemeld aan Veilig Thuis.
- Er is keuze-informatie voor de cliënt.

Bron: Handreiking Wkkgz voor zzp'ers | Brochure | Rijksoverheid.nl

10.1.5 WKKGZ

De overheid wil dat iedereen goede zorg krijgt. Daarom heeft de overheid wettelijk vastgelegd wat goede zorg precies inhoudt. En wat er moet gebeuren als mensen een klacht hebben over de zorg. Dit staat in de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz).

Bron: Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) | Kwaliteit van de zorg | Rijksoverheid.nl

10.1.6 Kwaliteitskader Jeugd

Het Kwaliteitskader Jeugd beschrijft in welke situaties, omstandigheden en/of voor welke werkzaamheden en verantwoordelijkheden een geregistreerde professional moet worden ingezet (of een beroepsbeoefenaar die werkt in combinatie met, of onder verantwoordelijkheid van een geregistreerde professional) én het bakent af in welke gevallen en/of voor welke werkzaamheden een niet-geregistreerde professional kan worden ingezet. Het Kwaliteitskader Jeugd biedt werkgevers een leidraad bij het maken van een afweging bij de werktoedeling. Uiteraard moeten daarbij de taken zo worden toebedeeld dat juist die professional, die beschikt over de noodzakelijke kennis en vaardigheden passend bij de werkzaamheden, wordt ingezet. Deze professional moet zodanig worden ingezet dat deze kan werken met in achtneming van zijn professionele standaard. De Inspecties zullen hun toetsingskader ten aanzien van de norm van verantwoorde werktoedeling baseren op het Kwaliteitskader Jeugd. Parallel aan het operationaliseren van de norm van de verantwoorde werktoedeling is er blijvende aandacht nodig voor de ontwikkeling van professionals.

Bron: kwaliteitskader-Jeugd-v2.1.pdf (skjeugd.nl)

10.1.7 WMCZ

Sinds 1 juli 2020 geldt de nieuwe Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen 2018 (Wmcz 2018). Deze wet regelt de medezeggenschap van cliënten van vrijwel alle zorgaanbieders – van ziekenhuizen, revalidatiecentra, gehandicaptenzorg en geestelijke gezondheidszorg tot verslavingszorg, eerstelijnszorg en ouderenzorg. De wettekst beschrijft onder meer de inrichting van cliëntenraden en het organiseren van inspraak voor cliënten in de langdurige zorg en hun naasten.

Bron: Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen 2018 – Het LSR

10.1.8 WTZA

Stichting Groen Hulpverlening valt niet onder de WTZA, maar staat wel geregistreerd in het register voor zorgaanbieders vanuit het Landelijk Register Zorgaanbieders (LRZa) Het LRZa is het openbaar register waarin alle zorgaanbieders geregistreerd staan. De wettelijke basis van het LRZa is artikel 12 van het Wkkgz. Het doel van de LRZa is om duidelijk te maken wie, waar, welke zorg verleent en met welke bevoegdheid.

Bron: www.support.zorgwerk.nl

10.2 Zorgkantoor

Zorgkantoren zorgen ervoor dat mensen de juiste langdurige zorg krijgen en voeren de regeling persoonsgebonden budget (pgb) uit. Zorgkantoren zorgen ervoor dat iedereen met een indicatie voor de Wet Langdurige zorg (Wlz) de juiste zorg krijgen. Het Centrum indicatiestelling zorg (CIZ) geeft deze indicaties af. De zorgkantoren regelen de zorg voor een verzekerde met een indicatiebesluit voor de regeling voor het persoonsgebonden budget (pgb) uit. Het zorgkantoor werkt vanuit de rijksoverheid.

Bron: Zorgkantoren | Contact | Rijksoverheid.nl

10.3 CIZ

Het Centrum Indicatiestelling Zorg is een onafhankelijke uitvoeringsinstantie van het ministerie van VWS die beoordeelt of iemand in aanmerking komt voor zorg uit de Wet langdurige zorg en dus de indicatie kan stellen. Het CIZ levert zelf geen zorg.

Bron: Wat is de Wet langdurige zorg? – CIZ

Hoofdstuk 11: Externe SWOT analyse Stichting Groen Hulpverlening

11.1 Externe SWOT analyse

Sterktes	Zwaktes
<ul style="list-style-type: none">• Persoonlijke samenwerking met ketenpartners.• Sterke positie in de markt door unieke concept.• Meerdere huurwoningen vanuit de organisatie; goede samenwerking met verhuurders.• Snel kunnen inspringen op wensen van externen door kleinschalige karakter van de organisatie.	<ul style="list-style-type: none">• Afhankelijk van mond tot mond reclame.• Alleen de mogelijkheid tot PGB indicaties.• Geen eigen woningen van de Stichting.• Wachtlijst.• Aanmeldingen met een ZIN indicatie moeten omgezet worden naar een PGB indicatie, dit kost tijd.
Mogelijkheden	Bedreigingen
<ul style="list-style-type: none">• Ook met ZIN indicaties werken.• HKZ certificering.• Breder profileren door bekendheid te creëren op de sociale kaart.• Netwerk verbreden door intensiveren deelname lokale bijeenkomsten.	<ul style="list-style-type: none">• Vertraging bij CIZ, waardoor de aanvraag van een Wlz indicatie langer duurt.• Afhankelijkheid externe partijen bij het uitbetalen van zorg.• Afhankelijkheid van externe huurpartijen.• Door de continue veranderingen binnen de wet en regelgeving verandert de doelgroep; de zorgvragen intensiveren en worden complexer.

11.2 Acties

- In 2023 is de mogelijkheid onderzocht om met ZIN indicaties te werken in combinatie met/in plaats van PGB indicaties, zodat aanvragen met een ZIN indicatie niet omgezet hoeven te worden naar een PGB indicatie. Door de wachttijden bij het CIZ gaat hier veel tijd ZIN indicaties om te zetten naar PGB indicaties, deze periode had anders al ingezet kunnen worden voor het leveren van zorg. De GW gaat de mogelijkheden onderzoeken en er zal in overleg met RvB en RvT gekeken worden of dit binnen de Stichting haalbaar is. Dit punt zal daarom meegenomen naar 2023.
- Eind 2023 is SGH HKZ gecertificeerd. "Het certificaat van HKZ (Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector) staat voor duurzame kwaliteitsverbetering in zorg en welzijn." Het laat zien dat SGH voldoet aan de eisen die daaraan gesteld worden door klanten, professionals en relevante stakeholders. "Met het HKZ-certificaat zijn de zaken intern goed op orde, staat de klant centraal en wordt voortdurend de zorg- en dienstverlening verbeterd."

11.3 Communicatie

Zodra er de mogelijkheid is tot het leveren van zorg in ZIN vorm, zal dit gecommuniceerd worden naar stakeholders. Dit zal gecommuniceerd worden via de mail, maar ook via *social media*. Onder *social media* verstaat SGH de website, maar ook de facebook- pagina. Daarnaast verloopt de communicatie ook middels ZilliZ, het online zorgadministratiesysteem.

Hoofdstuk 12: Stakeholdersanalyse

Een stakeholder is iemand die een belang heeft bij het functioneren van de organisatie. Het zijn de partijen/ mensen die in meer of mindere mate invloed uitoefenen op of worden beïnvloed door het functioneren van SGH. Middels de stakeholdersanalyse brengt SGH in kaart welke belangen onze stakeholders hebben in de samenwerking met onze organisatie. Wat de invloed is van de stakeholders op SGH. Of er wensen zijn vanuit de stakeholder en wat de stakeholder verwacht van ons als organisatie.

12.1 Overzicht stakeholders

Stakeholders	Belang van stakeholder	Invloed	Wensen van stakeholder	Eisen van stakeholder
Zorgvragers	Het ontvangen van 'zorg op maat' d.m.v. transparante en duidelijke zorg.		Zelfstandigheid en zelfredzaamheid vergroten.	Meegenomen worden in beslissingen rondom de invulling van de zorg, zoals opstellen van doelen, zorgplan, contact met derden, etc.
Tactus	Leveren van zorg m.b.t. verslavingsproblematiek.		Het beperken van verslavingen, inzicht geven bij zorgvrager over verslaving, behandeling bieden voor verslaving. Ondersteuning vanuit SGH bij het implementeren van de behandeling in het dagelijks leven, Ondersteuning van SGH bij het nakomen van afspraken.	Een doorverwijzing van de huisarts, motivatie van zorgvrager m.b.t. het aanpakken van de verslaving, nakomen van afspraken door de zorgvrager, samenwerkingsverband met SGH.
Leger des Heils	Veiligheid van het kind bewaken wanneer (V)OTS uitgesproken is door de kinderrechter.		Een samenwerkingsverband met ouders en zorgorganisatie om de veiligheid van kinderen te kunnen waarborgen.	Een plan van aanpak vanuit de organisatie hoe om te gaan met de veiligheid van het kind, kind check, veiligheidsplan. SKJ geregistreerd personeel.
William Schikker Groep	Veiligheid van het kind bewaken wanneer (V)OTS uitgesproken is door de kinderrechter.		Een samenwerkingsverband met ouders en zorgorganisatie om de veiligheid van kinderen te kunnen waarborgen.	Een plan van aanpak vanuit de organisatie hoe om te gaan met de veiligheid van het kind, kind check, veiligheidsplan . SKJ geregistreerd personeel.
CJG	Meekijken in de zorg van moeder met thuiswonende kinderen.		Een samenwerking met de organisatie en zorgvragers, regelmatige evaluatie gesprekken met moeder en begeleiding, zorgplan.	Een plan van aanpak vanuit de organisatie hoe om te gaan met de veiligheid van het kind, kind check, veiligheidsplan. SKJ geregistreerd personeel, zorgplan.
GGZ	Behandeling bieden bij zorgvragers met psychische problematiek.		Overlegmomenten met de organisatie en zorgvrager, ondersteuning van SGH bij het implementeren van de behandeling in het dagelijks leven, Ondersteuning van SGH bij het nakomen van afspraken.	Een doorverwijzing van de huisarts, motivatie van zorgvrager m.b.t. aanpakken van de verslaving, nakomen van afspraken door de zorgvrager, samenwerkingsverband met SGH.
Psychologen praktijk Ermelo	Behandeling bieden bij zorgvragers met psychische problematiek.		Overlegmomenten met de organisatie en zorgvrager, ondersteuning van SGH bij het implementeren van de behandeling in het dagelijks leven, Ondersteuning van SGH bij het nakomen van afspraken.	Een doorverwijzing van de huisarts, motivatie van zorgvrager m.b.t. aanpakken van de verslaving, nakomen van afspraken door de zorgvrager, samenwerkingsverband met SGH.

Meerinzicht	Bieden van een passende volwassenen zorg binnen de gemeente Ermelo.		Samenwerking met de organisatie om de juiste zorg te kunnen bieden aan zorgvragers, regelmatige contactmomenten met zorgvrager en begeleiding.	Hulpvraag vanuit de zorgvrager, ingevuld contactformulier via de website Uw situatie Meerinzicht, Contact met klantmanager.
Veilig Thuis	Ondersteunen bij vermoedens van huiselijk geweld en kindermishandeling.		Een samenwerkingsverband met ouders en zorgorganisatie om de veiligheid van kinderen te kunnen waarborgen.	Een plan van aanpak vanuit de organisatie hoe om te gaan met de veiligheid van het kind, kind check, veiligheidsplan. SKJ geregistreerd personeel, zorgplan.
Crisisdienst	Ondersteunen bij crisissituaties.		Bieden van directe ondersteuning bij crisissituaties.	Crisissituatie. Er is sprake van een psychische crisis, wanneer iemand in een situatie van ernstige psychische nood verkeert en de omgeving (nog) geen passende ondersteuning heeft weten te bieden.
Wijkagent	Ondersteunen bij het zorgen van een veilige en verantwoorde woonomgeving.		Een veilige wijk zonder overlast.	Houden aan de wet en regelgeving, zorgen voor een veilige (woon) omgeving, handhaven.
Gemeente Ermelo	Het bieden van de juiste ondersteuning aan inwoners van Ermelo.		Verbetering van welzijn van inwoners.	Beschikbaar en deskundig personeel, personeel in bezit van VOG, opleidingsplan, kwaliteitssysteem, uitsluitingscriteria cliënten, Administratie-, declaratie-, meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling, klachtenregeling, cliënt medezeggenschap, zorgplan en zorgdossier, informatie-eisen en goed bestuur.
Bewindvoerders	Financiën van zorgvrager.		Samenwerking met zorgvrager en organisatie.	Communicatie omtrent financiële zaken.
Mentoren	Meedenken in de verantwoordelijkheden van de zorgvrager.		Samenwerking met zorgvrager en organisatie.	Communicatie omtrent zorginhoudelijke zaken.
Curators	Beslissingsbevoegdheid over de verantwoordelijkheden van de zorgvrager.		Samenwerking met zorgvrager en organisatie.	Communicatie omtrent alle lopende zaken m.b.t. zorgvrager.
Gewaarborgde hulp	Controleren of de juiste zorg geleverd wordt.		Samenwerking met zorgvrager en organisatie.	Het leveren van zorg zoals omschreven in de zorg Overeenkomst.
Zorgkantoor	Ervoor zorgen dat de juiste Wlz indicatie afgegeven wordt.		Het uitbetalen van de geleverde zorg.	Beschikbaar en deskundig personeel, personeel in bezit van VOG, opleidingsplan, kwaliteitssysteem, uitsluitingscriteria cliënten, Administratie-, declaratie-, meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling, klachtenregeling, cliënt medezeggenschap, zorgplan en zorgdossier, informatie-eisen en goed bestuur.
CIZ	Beoordelen of een Wlz indicatie passend is.		Passende zorg bieden.	Voldoen aan gestelde eisen conform Wlz indicatie.

Medewerkers	Een prettige en veilige werkomgeving.		Een positieve werkomgeving.	Een veilig werkklimaat.
Reclassering	Zorgvragers die in aanraking zijn gekomen met justitie een plek bieden in de maatschappij.		Zorgvragers een plek bieden in de maatschappij.	Zorgvragers komen afspraken met reclassering na.
Jeugdzorg werkers	Veiligheid van het kind bewaken wanneer (V)OTS uitgesproken is door de kinderrechter.		Een samenwerkingsverband met ouders en zorgorganisatie om de veiligheid van kinderen te kunnen waarborgen.	Een plan van aanpak vanuit de organisatie hoe om te gaan met de veiligheid van het kind, kindcheck, veiligheidsplan etc.
Level	Veiligheid van het kind bewaken wanneer (een kind uit huis geplaatst is door de kinderrechter.		Een samenwerking met de organisatie en zorgvragers.	Een plan van aanpak vanuit de organisatie hoe om te gaan met de veiligheid van het kind, kindcheck, veiligheidsplan etc.
Verhuurders	Het verhuren van woningen.		Een goed contact met de organisatie, een aanspreekpunt binnen de organisatie, afspraken hoe te handelen bij calamiteiten e.d.	Onderhoud van de woningen, een net straatbeeld, geen overlast van bewoners, nakomen van afspraken welke omschreven staan in het huurovereenkomst.
Sociaal wijkteam Ermelo	Voor vragen over en hulp en ondersteuning m.b.t. wonen, verzorging, werk & inkomen, sociale contacten, vrije tijd en vervoer.		Bieden van informatie, advies en kortdurende ondersteuning aan alle inwoners van Ermelo vanaf 18 jaar.	Samen met zorgvrager en begeleider hulpvraag in kaart brengen, contact opnemen met het Sociaal Team, binnenlopen bij één van de gesprekken.
MEE Veluwe	Meedoen mogelijk maken op verschillende leefgebieden voor inwoners van Ermelo vanaf 18 jaar.		Bieden van informatie, advies en kortdurende ondersteuning aan alle inwoners van Ermelo vanaf 18 jaar.	Samen met zorgvrager en begeleider hulpvraag in kaart brengen, contact opnemen met MEE Veluwe binnenlopen bij één van de gesprekken.
BVKZ	Voor honderden zorgaanbieders zet BVKZ zich in als belangenbehartiger, ondersteuner en adviseur.		Zij signaleren trends en ontwikkelingen in de branche en bespreken deze aan tafel van het Ministerie van VWS. Daarmee zijn zij de spreekbuis die kleinschalige zorg een gezicht en geluid geven.	Een lidmaatschap bij het BVKZ.
UWV; Jobstap	een landelijke (re-)integratie- en jobcoachorganisatie zonder winstoogmerk.		Ze gaan voor een inclusieve samenleving met voor iedereen gelijke kansen op de arbeidsmarkt.	Motivatie vanuit de zorgvrager, een heldere hulpvraag vanuit de zorgvrager, ondersteuning vanuit de organisatie bij het in kaart brengen van wensen en mogelijkheden van de zorgvrager, ondersteuning van de organisatie bij het nakomen van afspraken.
Klachtenportaal Zorg	Ervaren en onafhankelijke klachtenfunctionarissen, klachtencommissies en een erkende geschillencommissie.		Een persoonlijke aanpak voor zorgverleners en hun cliënten die leidt tot écht opgeloste klachten.	Een helder geformuleerde klacht naam, adres, woonplaats en telefoonnummer en/of e-mailadres van de klager zijn vermeld en, als klager niet de zorgvrager is, welke zorgvrager het betreft; duidelijk is op wie (welke begeleider) of wat de klacht betrekking heeft;

				duidelijk is welke feiten en omstandigheden aan de klacht ten grondslag liggen en wat de klacht inhoudt; het klaagschrift in het Nederlands gesteld is; de gebeurtenissen die onderwerp zijn van de klacht niet langer geleden zijn dan 3 maanden voor de datum van de klacht.
Per Saldo	Geven advies op gebied van PGB en ondersteunen/ komen op voor je belangen.		Deelname aan cursussen, feedback geven d.m.v. enquêtes.	Een lidmaatschap bij Per Saldo.
Perspectief Arbodienst	Partner op het gebied van preventie, verzuim, arbeidsmobiliteit en duurzame inzetbaarheid.		Duurzame inzetbaarheid, arbeidsmobiliteit en arbodienstverlening.	Communicatie op gebied van preventie, verzuim, arbeidsmobiliteit en duurzame inzetbaarheid.
SBB	SBB is een professionele organisatie in het hart van het middelbaar beroepsonderwijs en het bedrijfsleven.		Voeren taken uit in opdracht van het ministerie van OCW, zoals het erkennen en begeleiden van leerbedrijven, onder andere voor stages en leerbanen.	Erkenning als leerbedrijf, doen van een QuickScan, mbo- opleidingen benoemen die stage kunnen lopen bij SGH, aanvraag online indienen, contact met SBB-adviseur.
VGZ-IZZ	De IZZ Zorgverzekering door VGZ is dé zorgverzekering speciaal voor iedereen die in de zorg werkt. Met aanvullende verzekeringen die afgestemd zijn op het werken in de zorg.		Als belangenbehartiger van mensen in de zorg maakt IZZ namens haar leden afspraken over de premie, inhoud en service van de IZZ Zorgverzekering. Denk hierbij aan soepele declaraties en snelle betalingen in de eigen digitale omgeving.	De VGZ-IZZ is speciaal voor medewerkers in de zorg in het leven geroepen.
PFZW	Pensioenfonds voor de zorg.		Een goed collectief pensioen in een leefbare wereld.	Is voor werknemers, werkgevers en sociale partners binnen de sector zorg & welzijn.
Kiwa Nederland B.V. (HKZ)	Organisaties op een heldere wijze te toetsen op gestelde normen en afsprakenkaders.		Kiwa Nederland B.V. streeft er naar om een Europese Conformiteit beoordelende instelling te zijn die internationaal erkend wordt om haar expertise en heldere, persoonlijke aanpak. Vanuit de gedachte om als organisatie voortdurend te blijven verbeteren, streeft Kiwa Nederland B.V. er naar haar dienstverlening voor haar klanten altijd te optimaliseren.	Voldoen aan de eisen vanuit de ISO 9001 zorg.
	Grote invloed			
	Gemiddelde invloed			
	Kleine invloed			

12.2 SWOT stakeholders analyse

Sterktes	Zwaktes
<ul style="list-style-type: none"> • Er is een netwerk met meerdere samenwerkingspartners. • Het contact met de stakeholders verloopt goed. • Het belang, de wensen en eisen van stakeholders zijn helder in kaart gebracht. • Stakeholders zijn goed geïnformeerd over de stichting middels ZilliZ ofwel internetsite. 	<ul style="list-style-type: none"> • Er is een grote afhankelijkheid van stakeholders op het gebied van uitbetalingen. • Er is een grote afhankelijkheid van stakeholders op het gebied van het afgeven van (her)indicaties. • Er is een grote afhankelijkheid op het gebied van doorzetten van informatie naar zorgkantoor door gewaarborgde hulp, curator, mentor en bewind.
Mogelijkheden	Bedreigingen
<ul style="list-style-type: none"> • Warm contact behouden met gewaarborgde hulp, mentoren, curators en bewindvoerders, zodat communicatie open blijft. • Tijdig inleveren van stukken bij zorgkantoor d.m.v. een goed lopend controlesysteem. • Correct gebruik van het PGB Portaal door stakeholders. 	<ul style="list-style-type: none"> • Zorgvragers bezorgen overlast, waardoor het contact met verhuurders verstoord raakt. • Niet alle stakeholders begrijpen het gebruik van het PGB Portaal.

12.3 Acties

- Het contact met gewaarborgde hulp, mentoren, curators en bewindvoerders verloopt via vaste lijnen, zodat duidelijk is wie welke zaken communiceert. Daarnaast wordt de RvB en de ZM altijd in de cc meegenomen. Bij ziekte en dergelijke zal de communicatie opgepakt worden door eerder genoemden. Op deze manier blijft kwaliteit van zorg gewaarborgd en blijven zaken niet liggen.
- In 2023 worden stukken tijdig ingeleverd bij het zorgkantoor door middel van een goed lopend controlesysteem. Er zijn duidelijke lijnen binnen de organisatie wie, welke taak/verantwoordelijkheid heeft. De direct leidinggevende ziet er op toe dat deze lijnen nageleefd worden. Door een duidelijk systeem binnen de organisatie te hanteren is duidelijk waar de verantwoording ligt en wie de betreffende taak oppakt.

12.4 Communicatie

De communicatie met betrekking tot het handhaven op de regels welke omschreven staan in het huurovereenkomst zijn besproken met mentoren, curatoren, bewindvoerders en zorgvragers welke een woning huren via SGH. Ook worden afspraken gecommuniceerd via ons online zorgsysteem ZilliZ en via de mail.