

2026

Kwaliteitshandboek



Inhoudsopgave

HOOFDSTUK 1:	ORGANISATIE	3
1.1	AFKORTINGEN EN BEGRIPPEN	3
1.2	STICHTING GROEN HULPVERLENING	3
1.3	MISSIE	4
1.4	VISIE	4
1.5	KERNWAARDEN	4
1.6	DOELSTELLINGEN	4
1.7	METHODIEKEN	5
1.8	RAAD VAN TOEZICHT	6
1.9	RAAD VAN BESTUUR	7
1.10	TEAM LEIDINGGEVENDEN	7
1.11	TEAM BELEID EN GEDRAG	7
1.12	BEDRIJFSCULTUUR	7
1.13	ORGANIGRAM	8
HOOFDSTUK 2:	ZORGAANBOD	9
2.1	WOONINITIATIEF TOEZICHTLOCATIE CENTRUM	9
2.2	SPECIALISATIE MOEDER & KIND	9
2.3	SGH HANTEERT DE JEUGDWET BIJ LEVERING VAN JEUGDHULP	10
2.4	AMBULANTE BEGELEIDING: 24-UURS ZORG IN DE NABIJHEID	10
2.5	AMBULANTE BEGELEIDING: WMO	10
2.6	TRANSPARANTE ZORG	11
2.7	WONEN	11
2.8	HET ZORGPLAN	11
2.9	ZORGINHOUDELIJK	11
2.10	OVEREENKOMSTEN	11
2.11	VRIJWILLIGE ZORG EN BEGELEIDING	12
2.12	BEREIKBAARHEID	12
2.13	INTAKE	12
2.14	CAMERATOEZICHT	12
HOOFDSTUK 3:	KWALITEITSBORING OP ORGANISATIELEVEL	13
3.1	STAKEHOLDERS	13
3.2	WET- EN REGELGEVING	13
3.3	WET TOETREDING ZORGAANBIEDERS	17
3.4	HKZ CERTIFICERING	17
3.5	INTERNE AUDIT	17
3.6	RISICO-INVENTARISATIE EN EVALUATIE	18
3.7	PREVENTIEMEDEWERKER	18
3.8	FINANCIEEL MANAGEMENT OVERLEG	18
3.9	RECLAME	19
3.10	DEMOGRAFIE	19
3.11	VISUEEL KWALITEITSMANAGEMENTSYSTEEM	19
3.12	VISUELE JAARPLANNER MEETMOMENTEN KMS	19
3.13	DUURZAAMHEID	21
HOOFDSTUK 4:	KWALITEITSBORING OP MEDEWERKER NIVEAU	23
4.1	PERSONEELSBESTAND	23
4.2	PERSONEELSVERTEGENWOORDIGING	23
4.3	OPLEIDINGSPLAN	24
4.4	ERKEND LEERBEDRIJF	25
4.5	GEDRAGSCODE MEDEWERKERS BINNEN DE ORGANISATIE	25
4.6	BEJEGENING EN GEDRAGSCODE MEDEWERKERS TEN OPZICHT VAN ZORGVRAAGERS	26
4.7	VERTROUWENSPERSOON	27
4.8	MELDING INCIDENTEN	27
4.9	WERKPROCESSEN	29

4.10	PROTOCOLLEN	30
4.11	FORMATS.....	31
HOOFDSTUK 5: KWALITEITSBORGING OP CLIËNTNIVEAU.....		32
5.1	ZORGAANBOD.....	32
5.2	DOELGROEP	32
5.3	DIAGNOSE	32
5.4	INDICATIES	33
5.5	CONTRA-INDICATIE	33
5.6	LEVERINGSVORM.....	33
5.7	LEEFTIJDEN.....	33
5.8	CRITERIA.....	34
5.9	CRISISDIENST SGH	34
5.10	ZORGADMINISTRATIESYSTEEM ZILLIZ.....	34
5.11	DOORSTROOM/UITSTROOM ZORGVRAGER	34
5.12	ZORGWONINGEN (OP, ROND OF VERDER VAN WOONINITIATIEF TOEZICHTLOCATIE AF)	35
5.13	CLIËNTENRAAD	35
5.14	CLIËNTTEVREDENHEIDSONDERZOEK.....	35
5.15	KETENPARTNERS	37
5.16	HUISREGELS EN OMGANGSVORMEN ZORGVRAGERS	37
5.17	KLACHTENPROCEDURE.....	38
HOOFDSTUK 6: ANALYSES		40
6.1	INTERNE SWOT ANALYSE	40
6.2	EXTERNE SWOT ANALYSE.....	40
6.3	STAKEHOLDERSANALYSE 2026.....	40
6.4	VASTGESTELD RISICO-OVERZICHT 2026	41
6.5	CONCLUSIE.....	41
HOOFDSTUK 7: BRONVERMELDINGEN		42

Hoofdstuk 1: Organisatie

Voor de eenduidige leesbaarheid van het kwaliteitshandboek wordt in dit document enkel gesproken in de hij-vorm; hiermee wordt ook de vrouwelijke 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 zorgadministratiesysteem ZilliZ. Er is een papieren versie van het kwaliteitshandboek beschikbaar op het hoofdkantoor en op het Wooninitiatief Toezichtlocatie Centrum. De papieren versie wordt jaarlijks vernieuwd, maar kan in de tussentijd informatie bevatten die niet overeenkomt met tussentijdse wijzigingen binnen de organisatie. De onlineversie is altijd up-to-date en daarom leidend.

1.1 Afkortingen en begrippen

AB	=	Ambulante Begeleiding	PGB	=	Persoonsgebonden Budget
ABB	=	Affectief Bewuste Benaderingsmethode	PM	=	Preventie medewerker
AGB	=	Algemeen Gegevens Beheer	POP	=	Persoonlijk ontwikkelingsplan
AV	=	Algemene Vergadering	PTSS	=	Posttraumatisch Stresstoornis
AVG	=	Algemene Verordening Gegevensbescherming	PVT	=	Personeelsvertegenwoordiging
BHV	=	Bedrijfsbepaling	RI&E	=	Risico-inventarisatie en evaluatie
BM	=	Beleidsmedewerker	ROC	=	Regionaal opleidingscentrum
BO	=	Backoffice	RvB	=	Raad van Bestuur
BVKZ	=	Branchevereniging Kleinschalige Zorg	RvT	=	Raad van toezicht
CA	=	Coördinator Ambulant	SG	=	Specialist Gedrag
CGW	=	Competentie Gericht Werken	SGH	=	Stichting Groen Hulpverlening
CIBG	=	Centraal Informatiepunt Beroepen Gezondheidszorg	SKJ	=	Stichting Kwaliteitsregister Jeugd
CJG	=	Centrum voor Jeugd en Gezin	SMK	=	Specialisatie Moeder & Kind
CR	=	Cliëntenraad	SVB	=	Sociale Verzekeringsbank
CTC	=	Coördinator Toezichtlocatie Centrum	SZW	=	Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid
CTN	=	Coördinator Toezicht Nacht	TBG	=	Team Beleid & Gedrag
CTO	=	Cliënt tevredenheidsonderzoek	TL	=	Team Leidinggevend
FMO	=	Financieel Management Overleg	TN	=	Toezicht Nacht
GGZ	=	Geestelijke Gezondheidszorg	UWV	=	Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekering
GV	=	Gezinsvoogd	VGN	=	Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland
GWH	=	Gewaarborgde Hulp	VOG	=	Verklaring Omtrent Gedrag
HKZ	=	Harmonische Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector	VT	=	Veilig Thuis
IA	=	Interne Audit	VWS	=	Volksgezondheid, Welzijn en Sport
IB	=	Individuele Begeleidingsmomenten	Wbp	=	Wet bescherming persoonsgegevens
ICE	=	In Case of Emergency	WEB	=	Wet educatie en beroepsonderwijs
IGJ	=	Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd	Wkkgz	=	Wet kwaliteit klachten en geschillen zorg
IZ	=	Centrum Indicatiestelling Zorg	Wlz	=	Wet langdurige zorg
KHB	=	Kwaliteitshandboek	Wmcz	=	Wet Medezeggenschap Cliënten en Zorginstellingen
KMS	=	Kwaliteit Management Systeem	Wmo	=	Wet Maatschappelijke Ondersteuning
MDO	=	Multi Disciplinair Overleg	WSG	=	William Schrikker Groep
MIC	=	Melding Incidenten Cliënten	WTC	=	Wooninitiatief Toezichtlocatie Centrum
MIM	=	Melding Incidenten Medewerkers	Wtza	=	Wet toetreding zorgaanbieders
MTO	=	Medewerkers Tevredenheidsonderzoek	ZIN	=	Zorg in natura
NVO	=	Nederlandse Vereniging van Pedagogogen en Onderwijskundigen	ZM	=	Zorgmanager

1.2 Stichting Groen Hulpverlening

Stichting Groen Hulpverlening (SGH) is vanaf 1 januari 2021 operatief. Het is opgericht vanuit een idee en zorgconcept bedacht door Emmelieke Dorst en Tanja Tirion en geboren uit de dringende vraag naar transparante zorg met een sterk persoonlijk karakter. SGH gelooft in persoonlijke, betrouwbare en kleinschalige zorg, waarbij het snel kunnen schakelen met behoud van kwaliteit, hoog in het vaandel staat. Gezien de maatschappelijke rol als organisatie, is gekozen voor de rechtsvorm van een stichting. Bovendien werkt SGH met gemeenschapsgelden en pretendeert geen winstbejag na te streven, wat deze rechtsvorm onderbouwd. De statuten van SGH liggen ten grondslag aan de organisatie van SGH. Vanuit deze statuten wordt er gewerkt aan een goed functionerende overlegstructuur en een kwaliteitsmanagementsysteem (KMS), welke tevens duidelijk vertaald wordt naar de werkvloer, ten bate van een zo betrouwbaar mogelijke levering van zorg en begeleiding. Het kwaliteitsmanagementsysteem wordt jaarlijks geëvalueerd, beoordeeld en waar nodig aangepast door de Raad van Bestuur (RvB) en de betrokken zorgmanager (ZM). Dit geheel staat onder intern toezicht van de driekoppige Raad van Toezicht (RvT) van SGH.

1.3 Missie

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

Stichting Groen Hulpverlening biedt persoonlijke en professionele begeleiding aan mensen met een verstandelijke of psychische beperking. Onze kern is een flexibele en menselijke aanpak, waarbij we door goed te luisteren en mee te bewegen precies die ondersteuning bieden die nodig is. Samen met de zorgvrager en diens netwerk creëren we een vertrouwde basis waarin iedereen de regie over zijn eigen leven behoudt en zich gewaardeerd voelt om wie hij is.

1.4 Visie

Onze visie is om zorgvragers volledig in hun kracht te zetten door middel van persoonlijke en positieve begeleiding. Wij geloven dat groei altijd mogelijk is. Binnen een veilige en duidelijke context dagen we (jong)volwassenen uit om nieuwe vaardigheden te ontdekken en hun zelfredzaamheid te vergroten. Of het nu gaat om sociale vaardigheden, dagbesteding of werk: wij vormen de basis van waaruit zij kunnen toewerken naar een zo zelfstandig mogelijk leven.

1.5 Kernwaarden

De kernwaarden van SGH zeggen iets over de organisatie.

Hoe willen we met elkaar omgaan en wie zijn wij?

<u>Betrokken</u>	: We weten wat onze zorgvrager wil en kan en sluiten hierbij aan.
<u>Betrouwbaar</u>	: We doen wat we zeggen en zeggen wat we doen.
<u>Aanspreekbaar</u>	: We zijn aanspreekbaar op ons handelen en gedrag. We praten met elkaar en niet over elkaar.
<u>Authentiek</u>	: We zijn een open en transparante organisatie met een geheel eigen karakter.

1.6 Doelstellingen

In 2026 zal SGH met een nieuw jaarplan gaan werken. Dit jaarplan zal worden opgenomen in het stuurdocument van SGH. De langetermijndoelen die hierin worden vastgelegd, zullen per kwartaal worden geëvalueerd op voortgang en efficiëntie. De verantwoordelijkheid hierin ligt bij de RvB. Er kunnen naar aanleiding van de subdoelen binnen deze langetermijndoelen verbetermaatregelen worden ingezet; soms zal dit middels het verbeterregister in kaart worden gebracht. Er zullen drie langetermijndoelen worden uitgewerkt en aan het einde van 2026 zal beoordeeld worden of deze doelen zijn behaald of dat ze worden meegenomen naar het volgende jaar.

Kaders

Vanuit de volgende kaders zijn de langetermijndoelen opgesteld:

1. Vanuit de wet- en regelgeving: vanuit de overkoepelende normen; deze worden nauwlettend gevolgd vanuit de organisatie en maandelijks bekeken op actualiteiten voor SGH.
2. Vanuit de verschillende interne en/of externe meetmomenten: Bijvoorbeeld vanuit een CTO (cliënttevredenheidsonderzoek), een SWOT-analyse, een adviesbrief vanuit Beleidsmedewerker (BM) naar RvB of vanuit de managementbeoordeling etc.
3. Vanuit de bestuursvergaderingen: deze worden meerdere keren per jaar ingezet met verschillende onderwerpen en doelen die besproken worden. Bijvoorbeeld de bestuursvergadering met de RvB en de accountant of met de RvB en de RvT.

Strategisch jaardoel 1

Het breed gedragen thema Inclusie binnen de zorgsector gehandicaptenzorg zo efficiënt mogelijk implementeren binnen SGH.

Inclusie gaat over het meedoen en erbij horen van mensen ongeacht hun beperking, situatie of achtergrond. Vaak hoor je ook de term inclusieve of gevarieerde samenleving; een samenleving waarin niemand obstakels ervaart om naar vermogen en behoefte en op zijn eigen manier mee te kunnen doen en zich erkend en geaccepteerd voelt. Op welke manier nemen we het gehele team mee binnen dit onderwerp? De kern van de Visie 2030, de gedeelde visie en ambitie van de leden van de VGN (Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland), is dat Nederland zich voor 2030 ontwikkelt tot een samenleving waarin iedereen – ongeacht beperking – gewoon kan meedoen en een betekenisvol leven kan leiden. Hoe verschillend de invulling daarvan per persoon ook kan zijn. Wie in het verlengde van de Visie 2030 wil werken aan inclusie, heeft kennis nodig. Dit lange termijn doel is ontstaan vanuit het kader 2. Zie het reeds omschreven kader hierboven.

Strategisch jaardoel 2

Rookvrij 2030 op een positieve wijze en stapsgewijs implementeren binnen de uitvoering en het beleid van SGH.

In het Nationaal Preventieakkoord is afgesproken dat de zorg in 2030 volledig rookvrij is. Wat betekent dat nu in de praktijk en wat kun je als kleinschalige zorgaanbieder doen om dit te realiseren? Moet SGH medewerkers verplichten om te stoppen met roken? Hoe maakt SGH weerstand bespreekbaar in het team bij de rokers die niet willen stoppen of bij de niet-rokers die het 'oneerlijk' vinden als rokers meer pauzes nemen? Hoe gaan we om met jeugdigen, die wel van hun ouders mogen roken, maar niet op ons terrein? Er zijn veel vragen, soms is er weerstand, soms is er simpelweg niet genoeg tijd om hier mee aan de slag te gaan, omdat er in de organisatie op dat moment andere zaken spelen die de aandacht nodig hebben. Dan lijkt 2030 nog ver weg. Juist als er knelpunten zijn of worden verwacht, helpt een goede voorbereiding en het zetten van de eerste stappen om Rookvrije Zorg in 2030 te realiseren. Daarom vindt SGH het juist belangrijk om nu alvast te beginnen met het zetten van transitiestappen richting het preventieakkoord. Dit langetermijndoel is om die reden ontstaan en vanuit het kader 1. Zie het reeds omschreven kader hierboven.

Strategisch jaardoel 3

Versterking informatiebeveiliging en compliance (NEN7510) binnen SGH.

Een thema dat sterk naar voren komt vanuit de managementbeoordeling en de verschillende evaluaties en analyses over het jaar 2025 is informatiebeveiliging en compliance (NEN7510). Aangezien dit zowel operationeel als strategisch impact heeft en direct raakt aan de borging van kwaliteit en vertrouwen bij stakeholders, is ervoor gekozen hier een strategisch jaardoel op te formuleren. NEN 7510 is dé norm die zorginstellingen verplicht om informatiebeveiliging systematisch en aantoonbaar te organiseren, zodat (medische) gegevens veilig blijven en de continuïteit van zorg gewaarborgd is. Ook binnen de externe audit vanuit de HKZ (Harmonische Kwaliteitsbeoordeling in de zorgsector) in 2025 is hier een advies naar voren gekomen voor de organisatie. In 2026 borgt SGH een structureel en aantoonbaar niveau van informatiebeveiliging conform NEN7510, zodat de organisatie voldoet aan landelijke normen, risico's rond privacy en dataveiligheid worden geminimaliseerd en het vertrouwen van zorgvragers, medewerkers en externe stakeholders wordt versterkt. Dit lange termijn doel is ontstaan vanuit het kader 3. Zie het reeds omschreven kader hierboven.

Tot slot

Met het jaarplan 2026 geeft Stichting Groen Hulpverlening niet alleen richting aan haar strategische doelen, maar borgt zij ook een HKZ-proof werkwijze. Door de implementatie van inclusie, het rookvrij maken van de zorg en het versterken van informatiebeveiliging en compliance (NEN7510), wordt structureel gewerkt aan continue verbetering en kwaliteitsborging volgens de eisen van de HKZ-certificering. De gekozen doelen zijn verankerd in actuele wet- en regelgeving, interne en externe evaluaties, en bestuurlijke kaders en worden gedurende het jaar systematisch geëvalueerd en bijgesteld. Hiermee toont SGH aan dat zij voldoet aan de landelijke kwaliteitsnormen en dat zij een transparante, veilige en lerende organisatie is, waarin het vertrouwen van zorgvragers, medewerkers en externe partners centraal staat. Zo bouwt SGH aan een toekomstbestendige organisatie die aantoonbaar voldoet aan de eisen van de HKZ en klaar is voor de uitdagingen van morgen.

1.7 Methodieken

SGH maakt gebruik van de volgende methodieken:

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

Waar de ABB-methode zich sterk richt op de *emotionele veiligheid* en de relatie, richt CGW zich meer op het aanleren van *praktische en sociale vaardigheden* om sterker in de maatschappij te staan. Vaak worden ze gecombineerd: eerst veiligheid (ABB), dan leren (CGW).

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.

ABB methode

De ABB-methode staat voor de Affectief Bewuste Benadering. Het is een methodiek in de gehandicaptenzorg die gericht is op het methodisch begeleiden van mensen met een verstandelijke beperking of zwakbegaafdheid. De kern van de methode is dat de begeleider zich bewust wordt van zowel het cognitieve als het emotionele niveau van de zorgvrager en dit spiegelt aan het eigen functioneren. De methode helpt begeleiders om minder 'handelingsverlegen' te zijn. Door inzicht te krijgen in het emotionele ontwikkelingsniveau van een zorgvrager, kan de begeleider de ondersteuning beter afstemmen, wat vaak leidt tot een afname van probleemgedrag en een groter gevoel van veiligheid bij de zorgvrager.

Belangrijkste uitgangspunten:

- **Emotionele Expressie:** De kernwaarde is *Expressed Emotion*. De begeleider leert bewust om te gaan met de eigen emoties en die van de zorgvrager om de interactie te verbeteren.
- **Vertrouwensrelatie:** Er wordt eerst gebouwd aan een veilige relatie en emotionele beschikbaarheid voordat er aan specifieke doelen wordt gewerkt.
- **Gelijkwaardigheid:** De benadering stimuleert de eigen regie van de zorgvrager door naast de zorgvrager te gaan staan in plaats van erboven.
- **Zelfreflectie:** Begeleiders reflecteren op hun eigen handelen, vooral in situaties van onmacht of hoge emotionele spanning.

CGW methode

De CGW-methode staat voor Competentiegericht Werken. Dit is een veelgebruikte methodiek in de gehandicaptenzorg, jeugdzorg en bij de begeleiding van mensen met een afstand tot de arbeidsmarkt. De kern van de methode is: niet focussen op wat de zorgvrager *niet* kan (beperkingen), maar op wat de cliënt wel kan (competenties) om dagelijkse taken succesvol uit te voeren. De methode CGW helpt om cliënten een gevoel van eigenwaarde en controle te geven. In plaats van 'zorgen voor', verschuift de rol naar 'coachen van'.

De 3 pijlers van de CGW-methode:**1. Competenties versterken:**

Een competentie is de combinatie van vaardigheden, kennis en houding die iemand nodig heeft om een taak te volbrengen (bijvoorbeeld zelfstandig koken of een conflict oplossen). De begeleider helpt de zorgvrager om deze vaardigheden aan te leren of te verbeteren.

2. De Balans tussen Draagkracht en Draaglast:

CGW kijkt naar het evenwicht tussen de eisen van de omgeving en de mogelijkheden van de zorgvrager:

- **Draaglast:** De taken en problemen waar de zorgvrager mee te maken krijgt.
- **Draagkracht:** De vaardigheden en steun die de zorgvrager heeft.

Als de draaglast te hoog is, leert de zorgvrager vaardigheden aan (competenties) om de draagkracht te vergroten, of wordt de omgeving aangepast.

3. De Ontwikkelingstaken

De methode gaat ervan uit dat elk mens in elke levensfase bepaalde taken moet volbrengen (zoals vriendschappen onderhouden of voor zichzelf zorgen). De begeleiding ondersteunt de zorgvrager specifiek bij de taken die op dat moment belangrijk zijn voor hun zelfstandigheid.

1.8 Raad van Toezicht

De Raad van Toezicht is verantwoordelijk voor alle statutair aan hem toegekende taken en heeft tot taak integraal toezicht te houden op het beleid van de RvB, op de kwaliteit en veiligheid van de zorg, en op de algemene gang van zaken in de Stichting en de daarmee verbonden zorgorganisatie. De RvT vervult de werkgeversfunctie respectievelijk een klankbordfunctie voor de RvB en staat de RvB met raad en advies ter zijde. Bij de vervulling van hun taak richten de RvT en zijn individuele leden zich naar het belang van de Stichting en de daarmee verbonden zorgorganisatie, waaronder het te behartigen maatschappelijk belang en het belang van de betrokken belanghebbenden. De RvT toetst of de RvB bij zijn beleidsvorming en de uitvoering van zijn bestuurstaken een zorgvuldige en evenwichtige afweging heeft gemaakt van de belangen van allen die bij de Stichting en de daarmee verbonden zorgorganisatie betrokken zijn.

De RvT van SGH is als volgt ingevuld:

Mevr. A.G. Kleijer

Datum aanstelling: 01 januari 2021

Herbenoemd: 01 januari 2025

Dhr. R. Booy

Datum aanstelling: 01 september 2023

Mevr. A. Dicke

Datum aanstelling: 01 juli 2025

1.9 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 RvT. De RvB heeft wekelijks overleg met de ZM en neemt bestuurlijke besluiten met in achtname van de adviezen vanuit het Team Leidinggevend (TL) en de cliëntenraad (CR). Tevens wordt er op regelmatige basis, ieder half jaar, *'het bestuursuurtje'* georganiseerd, voor personeelsleden. Alle personeelsleden krijgen zo op informele wijze de mogelijkheid direct te kunnen overleggen met de RvB. Dit om de interne interactie laagdrempelig, maar effectief binnen de Stichting te stimuleren. Verbeterpunten die hieruit voortkomen worden in overleg met de ZM meegenomen in het verbeterregister.

De RvB van SGH is als volgt ingevuld:

Mevr. E.A.C. Dorst

Functie: voorzitter

Datum aanstelling: 01 januari 2021

Mevr. T.E.M. Tirion

Functie: secretaris/penningmeester

Datum aanstelling: 01 januari 2021

1.10 Team Leidinggevend

Er is een operationeel Team Leidinggevend: Dit team bestaat uit de Coördinator Toezicht Nacht (CTN), de Coördinator Toezichtlocatie Centrum (CTC) en de Coördinator Ambulant (CA). De coördinatoren zijn het eerste aanspreekpunt binnen deze onderdelen van SGH en zorgen ervoor dat alles op de werkvloer soepel verloopt. De ZM stuurt TL aan en draagt zorg voor alle overstijgende zaken binnen TL; hiermee is de ZM het eerste aanspreekpunt binnen de organisatie voor overstijgende zaken. De ZM heeft wekelijks overleg met RvB; hierin worden alle lopende zaken besproken vanuit het TL.

Overkoepelend in de verschillende zorgaanbodmogelijkheden, worden er begeleidingsuren gedraaid door TL. Dit is een klein aantal uren, die ingezet worden bij calamiteiten, gesprekken die nodig zijn om ondersteuning en hulp te bieden, denkend aan een interventie of MDO's (Multi Disciplinair Overleg) gericht op de kwaliteit van zorg. Daarnaast kan de noodtelefoon 24-uur per dag gebeld worden bij calamiteiten of een acute zorgvraag. Bovendien ondersteunt TL de begeleiders in iedere casus middels coördinatietaken en coaching.

1.11 Team Beleid en Gedrag

Het Team Beleid en Gedrag (TBG) bestaat uit een gedragswetenschapper met SKJ-registratie (Specialist Gedrag) en een BM. De Specialist Gedrag (SG) is de vakinhoudelijke autoriteit op het gebied van gedrag en pedagogiek. De SG richt zich op alle zorgvragers, met een specifieke focus op complexe casussen en de Specialisatie Moeder & Kind (SMK). De SG waarborgt dat de hulpverlening voldoet aan de hoogste professionele standaarden en wettelijke kaders voor jeugd- en gezinsbegeleiding en werkt conform de beroepscode voor de jeugd- en gezinsprofessional. De SG coacht collega's en geeft trainingen welke aansluiten op de behoeften van collega's en de organisatie. De BM ondersteunt de ZM en de RvB bij het onderzoeken van knelpunten, schrijven van beleid en is medeverantwoordelijk voor het implementeren hiervan. Daarnaast ondersteunt de BM bij het monitoren en optimaliseren van de verschillende processen binnen de organisatie. Tevens heeft de BM een adviserende rol richting de RvB, TL en de ZM. Het gehele TBG wordt net zoals TL direct aangestuurd door de ZM.

1.12 Bedrijfscultuur

Binnen SGH wordt grote waarde gehecht aan een bedrijfscultuur die de kwaliteit van zorgverlening versterkt. Deze cultuur is verankerd in een persoonlijke benadering, transparantie, professionele integriteit en een eenduidig beleid. SGH stimuleert actief een werkomgeving waarin medewerkers zich veilig, gewaardeerd en betrokken voelen.

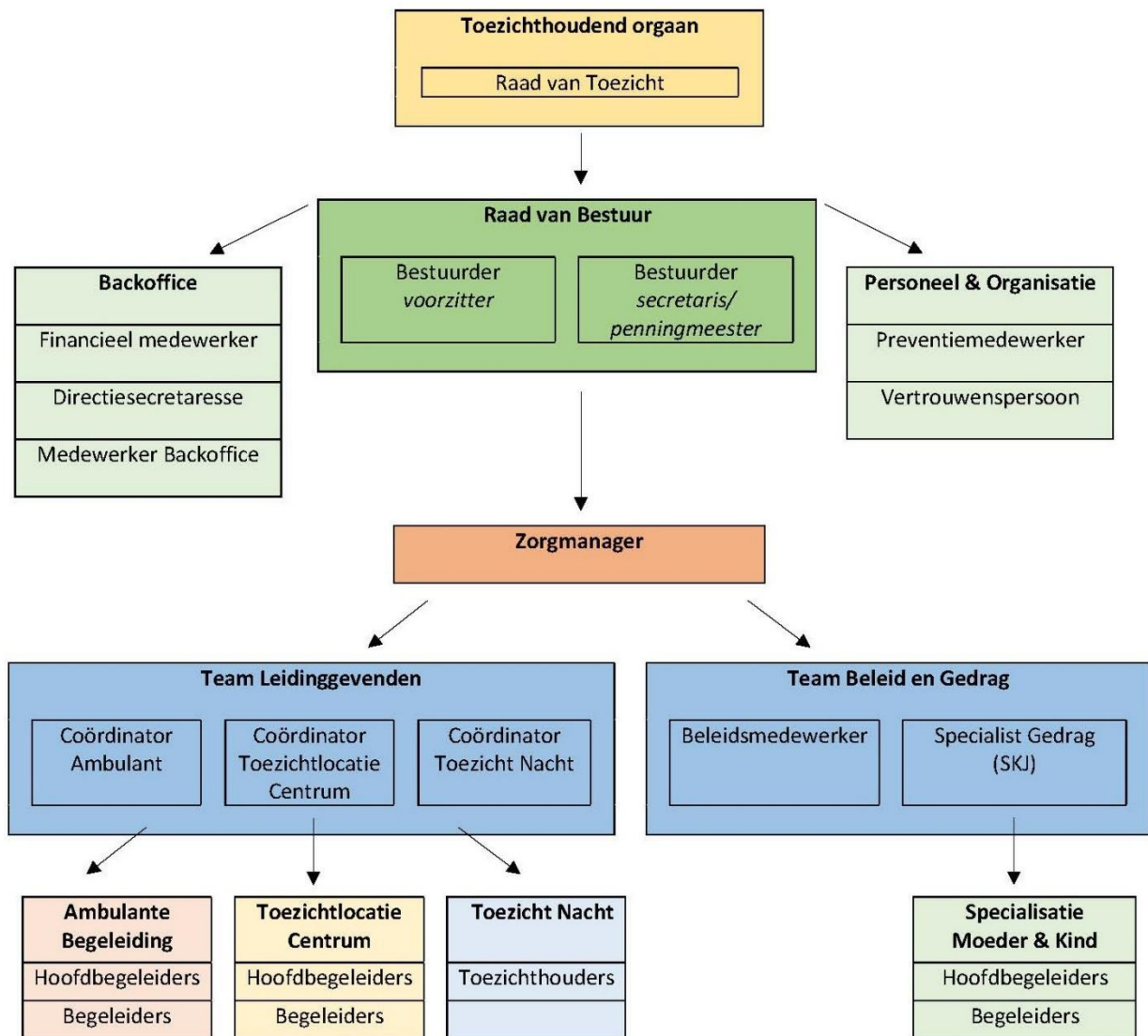
Om deze cultuur te borgen en continu te verbeteren, investeert SGH structureel in de deskundigheid en het welzijn van haar medewerkers. Dit gebeurt onder meer via periodieke scholing, intervisie, teamreflectie en coachingstrajecten, gericht op zowel vakinhoudelijke als persoonlijke ontwikkeling. Deze initiatieven sluiten aan bij de eisen van de HKZ-norm, waaronder het bevorderen van bekwaamheid, betrokkenheid en het lerend vermogen van medewerkers.

Open communicatie, constructieve feedback en het delen van successen en leerpunten worden actief gestimuleerd. SGH hanteert een cultuur waarin fouten bespreekbaar zijn en worden gezien als kansen voor verbetering. Dit draagt bij aan een veilige werkomgeving en versterkt het kwaliteitsbewustzijn binnen de organisatie.

De onderlinge verbondenheid en het gemeenschapsgevoel binnen SGH vormen een fundament voor het leveren van verantwoorde zorg. Medewerkers voelen zich mede-eigenaar van het zorgproces en zijn gemotiveerd om bij te dragen aan de continuïteit, veiligheid en kwaliteit van zorg aan mensen met een beperking. Deze cultuur sluit aan bij de HKZ-principes van cliëntgerichtheid, procesbeheersing en continue verbetering.

1.13 Organigram

Om voor eenieder helder in kaart te brengen hoe SGH is opgebouwd wordt gebruik gemaakt van een organigram.



Hoofdstuk 2: Zorgaanbod

2.1 Wooninitiatief Toezichtlocatie Centrum

SGH 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: 'Wooninitiatief Toezichtlocatie Centrum' (WTC). 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.

Alle zorgvragers van SGH kunnen 24 uur per dag en 7 dagen in de week gebruik maken van de noodtelefoon en/of langskomen op WTC. 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 WTC. Dit wordt bewerkstelligd door op verschillende tijden rond te lopen en zorgvragers gericht uit te nodigen voor een praatje of activiteit op WTC.

Op WTC is er op doordeweekse dagen van 08:30 uur tot 16:30 uur een dagdienst aanwezig. De rol van dagdienst wordt vervuld door een begeleider. Wanneer een zorgvrager direct nabijheid of een luisterend oor nodig heeft, bijv. ter ondersteuning van emotieregulatie, dan kan de aanwezige dagdienst dit bieden. Naast de dagdienst wordt er op elke doordeweekse dag ook een tussendienst ingevuld door een begeleider. De tussendienst is van 15:00 uur tot 17:00 uur aanwezig op WTC. De tussendienst heeft als functie om actief contact te zoeken met zorgvragers en de dagdienst te ondersteunen in de taken die bij de dienst horen. Denk hierbij aan actief controle rondes lopen en zorgvragers laagdrempelig benaderen, een zorgvrager in huis ondersteunen, een activiteit organiseren op WTC, etc. Met het inzetten van deze tussendienst wil SGH zich richten op meer nabijheid voor de zorgvrager en zorg op maat bieden. Door deze twee diensten naast elkaar te laten lopen heeft de zorgvrager een grotere mogelijkheid en meer ruimte om zijn hulpvraag neer te leggen bij de aanwezige begeleiding. Zowel in de geplande als ongeplande zorgmomenten op WTC wordt er aandacht gegeven aan huishoudelijke ondersteuning, persoonlijke verzorging, emotie- en gedragsregulatie en toezicht begeleiding van vrije tijd.

Op WTC is er op doordeweekse dagen van 17:00 uur – 22:00 uur een begeleider aanwezig voor de avonddienst. Vanaf 22:00 uur – 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 ambulant 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 uur – 22:00 uur en is er wederom van 22:00 uur – 08:30 uur een medewerker (toezichthouder) van Toezicht Nacht aanwezig.

Verdeeld over de week krijgen de zorgvragers dus meerdere keren IB (Individuele Begeleiding) 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.

Eenmaal per kwartaal wordt er een gesprek (Groen verbindt) tussen zorgvragers georganiseerd op WTC. Tijdens dit gesprek krijgen zorgvragers de kans om elkaar beter te leren kennen en zaken met elkaar te bespreken etc. Dit gesprek wordt geleid door de CTC. Middels de 'Groen verbindt' gesprekken kan eventuele onrust ondervangen worden, kunnen mededelingen gedaan worden vanuit de organisatie en leren zorgvragers hoe je omgaat met burens.

2.2 Specialisatie Moeder & Kind

Onder WTC valt de Specialisatie Moeder & Kind. Deze specialisatie is opgezet vanuit de behoefte van zorgvragers die moeder zijn of binnenkort worden, 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 SKJ geregistreerde SG werkt nauw samen in deze Moeder & Kind casuïstiek en coacht de betrokken begeleiding in samenwerking met de betrokken coördinator. De hoofdbegeleider maakt in samenwerking met de moeder, betrokken coördinator en SG 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. SGH richt zich op de ondersteuning in het opvoeden, maar neemt geen taken over. Betrokken begeleiders zijn op de hoogte van de verantwoordelijkheden die ze als professional met zich mee dragen en de daar bijhorende regels van de meldcode. 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 (VT).

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

2.3 SGH hanteert de jeugdwet bij levering van jeugdhulp

Indien er sprake is van vroege signalering van opgroei- en opvoedingsproblemen, psychische problemen en stoornissen biedt SGH als eerste de mogelijkheid om, binnen een redelijke termijn, een familiegroepsplan op te stellen. Slechts indien de ouders aan SGH te kennen hebben gegeven dat zij geen gebruik wensen te maken van de in de eerste zin bedoelde mogelijkheid, concrete bedreigingen in de ontwikkeling van het kind hiertoe aanleiding geven of de belangen van het kind anderszins geschaad worden, kan SGH hiervan afzien. Conform 4.1.2. van de jeugdwet.

Indien afgezien wordt van het opstellen van een familiegroepsplan omvat het uitvoeren van artikel 4.1.1 van de jeugdwet, het werken op basis van een plan waarover is overlegd met de jeugdige en de ouders en dat is afgestemd op de behoeften van de jeugdige. Indien sprake is van pleegzorg vindt over het plan tevens overleg met de betrokken pleegouder plaats. Het plan wordt op schrift gezet en is terug te vinden in ZilliZ. Het plan wordt vastgesteld uiterlijk binnen zes weken nadat is komen vast te staan dat afgezien wordt van het opstellen van een familiegroepsplan.

De medewerkers van SGH zijn in het bezit van een Verklaring Omtrent Gedrag (VOG) zoals bedoeld in artikel 28 van de Wet justitiële en strafvorderlijke gegevens van personen die in hun opdracht beroepsmatig of niet incidenteel als vrijwilliger in contact kunnen komen met jeugdigen of ouders aan wie de jeugdhulpaanbieder jeugdhulp verleent of aan wie een kinderschermingsmaatregel of jeugdreclassering is opgelegd. SGH hanteert een meldcode, waarin stapsgewijs wordt aangegeven hoe wordt omgegaan met signalen van huiselijk geweld of kindermishandeling. De meldcode is zodanig ingericht dat zij er redelijkerwijs aan bijdraagt dat zo snel en adequaat mogelijk hulp kan worden geboden. SGH bevordert de kennis en het gebruik van die meldcode onder de begeleiders middels trainingen. De meldcode is terug te vinden op het Intranet evenals het werkproces meldcode.

SGH voldoet aan de ingevolge de jeugdwet met het toezicht belaste ambtenaren onverwijld melding van iedere calamiteit die bij de verlening van jeugdhulp of bij de uitvoering van een kinderschermingsmaatregel of jeugdreclassering heeft plaatsgevonden, en geweld bij de verlening van jeugdhulp. SGH verstrekt bij en naar aanleiding van een melding als bedoeld in het eerste lid aan de ingevolge deze wet met toezicht belaste ambtenaren de gegevens, daaronder begrepen persoonsgegevens, gegevens over gezondheid, andere bijzondere categorieën van persoonsgegevens en persoonsgegevens van strafrechtelijke aard, die voor het onderzoeken van de melding noodzakelijk zijn. Dit conform artikel 4.1.8 van de jeugdwet.

SGH heeft een klachtenprocedure conform wet- en regelgeving. Deze is terug te vinden in het kwaliteitshandboek en op de website. Bij de intake en bij de start wordt de mogelijkheid om hier gebruik van te maken benoemd evenals tijdens de tussentijdse evaluaties.

SGH biedt professionele en deskundige hulp, aangepast op de behoeften van de zorgvragers. Om hieraan te kunnen voldoen in het van belang dat hulpverlening de juiste kennis en kunde heeft om dit te kunnen bieden. Als specialisatie biedt SGH extra ondersteuning aan ouders en kinderen met (complexe) problematiek. Om die reden heeft SGH in het beleid het volgende opgenomen: " Vanuit de jeugdwet is het een vereiste dat medewerkers die werken binnen een gezin met risico's, Multi problematiek, incidenten etc. SKJ geregistreerd zijn.

2.4 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 WTC 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 organisatie. 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 WTC, bij hulpvragen die niet kunnen wachten tot het volgende begeleidingsmoment.

SGH 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 gevolmachtigde, een familielid of een 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 055-52 69 200 of door een email te sturen naar info@meeveluwe.nl.

2.5 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 (Wet maatschappelijke ondersteuning) (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. SGH werkt alleen met een Wmo indicatie bij een zorgvrager die wil uitstromen.

2.6 Transparante zorg

Dit betekent dat SGH in goed overleg met de zorgvrager, 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 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. Het toestemmingsformulier, welke zorgvragers bij de start van zorg ondertekenen, geeft weer hoe en op welke wijze SGH te werk gaat. Dit formulier wordt jaarlijks opnieuw bij de zorgvrager onder de aandacht gebracht en door de zorgvrager ondertekent.

2.7 Wonen

De zorgvragers van SGH krijgen de mogelijkheid om begeleid zelfstandig te wonen in een zorgwoning van SGH. Dit is overigens geen verplichting. Wanneer zij hier gebruik van willen maken, betalen zij een bewoningsvergoeding aan SGH. De bewoningsvergoeding en -voorwaarden worden vastgelegd in een bewoningsovereenkomst. Doordat de zorgvrager de zorgwoningen van SGH mag bewonen, zal de zorgvrager zich moeten conformeren aan de gestelde woon- en gedragsregels binnen deze zorgwoningen. Bewoningsvergoedingen kunnen niet vanuit PGB (Persoons Gebonden Budget) 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.

2.8 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 zorgvrager, hoofdbegeleider als de SG schrijven mee aan het zorgplan. SG neemt hierin de helicopterview en ondertekent het zorgplan. De betrokken coördinator leest mee en stuurt bij waar nodig. Na 6 maanden vindt er een tussentijdse evaluatie plaats met zorgvrager en/of wettelijk vertegenwoordiger. Tijdens deze tussentijdse evaluatie kunnen doelen worden afgesloten of bijgesteld worden. Jaarlijks vindt er een evaluatiegesprek plaats, waarbij het nieuwe zorgplan geëvalueerd en opnieuw vastgesteld wordt. Bij deze evaluatie wordt de wettelijk vertegenwoordiger en indien gewenst andere betrokken partijen vanuit het netwerk van de zorgvrager betrokken. Zoals eerder benoemd kunnen plotselinge veranderingen eraan bijdragen dat het zorgplan eerder moet worden herzien middels een tussentijdse evaluatie.

2.9 Zorginhoudelijk

Naast dat er gewerkt wordt aan de persoonlijk gestelde doelen, bestaan de IB's 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 de zorgvragers begeleiding bij de algemene dagelijkse levensverrichtingen, in het bijzonder bij het boodschappen doen. Uit ervaring blijkt dat sommige zorgvragers ondersteuning nodig hebben bij het maken van verantwoorde keuzes rondom voeding. Om te waarborgen dat de zorgvrager voldoende gezonde voeding krijgt, kan in bepaalde situaties tijdens het boodschappen doen toezicht worden 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. De begeleiding richt zich tijdens een IB op huishoudelijke ondersteuning, persoonlijke verzorging, emotieregulatie en toezicht begeleiding van vrije tijd. Aspecten die voortkomen uit de vergoedingenlijst PGB.

2.10 Overeenkomsten

Bij de start van de zorg worden er tenminste drie overeenkomsten ondertekend: het toestemmingsformulier de zorgovereenkomst, de zorgbeschrijving en de bewoningsovereenkomst (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 zorgadministratiesysteem ZilliZ. Het opgestelde zorgplan, signaleringsplan en de latere evaluaties worden ook ter ondertekening in ZilliZ geplaatst. Het ondertekenen hiervan is geen wettelijke verplichting, maar omdat SGH transparante zorg hoog in het vaandel heeft staan wordt de zorgvrager gevraagd ook deze documenten te ondertekenen. Met deze ondertekening kan worden aangetoond dat de zorgvrager op de hoogte is van de uiteengezette zorg en mee is genomen in het gehele proces.

2.11 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, cliëntondersteuner of bewind) 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. SGH 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.

2.12 Bereikbaarheid

SGH 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 twintig minuten een medewerker ter plaatse zijn. Bij de start van de zorg wordt de zorgvrager ingelicht over wanneer hij/zij de noodtelefoon moet bellen en krijgt de zorgvrager de juiste telefoonnummers aangereikt. Van belang is dat de zorgvrager correct wordt ingelicht wanneer hij/zij de noodtelefoon moet bellen en wanneer de dienstdoende op WTC benaderd kan/mag worden. De dienstdoende op WTC draagt tijdens een dienst ook te allen tijde een telefoon waar de zorgvragers contact op kunnen zoeken voor een hulpvraag, zowel urgent als niet. Deze telefoon wordt vanaf 08:30 uur in de ochtend tot 22:00 uur in de avond bemand, de noodlijn is 24 uur per dag en 7 dagen in de week bereikbaar.

2.13 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, wanneer een zorgvrager lichamelijke zowel verpleegtechnische verzorging nodig heeft en suïcidaal gedrag (wanneer deze problematiek voorliggend is). Een aanmelding kan gedaan worden via het aanmeldingsformulier op de website. De toegevoegde documenten worden geanalyseerd door de SG of door de ZM. Dit proces zal maximaal 6 weken duren. 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 aanmelding passend lijkt binnen het concept van SGH wordt overgegaan tot een kennismaking. Hier zal de ZM bij aanwezig zijn en een afgevaardigde van TL. Tijdens de kennismaking zal besproken worden wat de exacte hulpvraag is van de aanmelder en of SGH hierbij kan aansluiten. Ook zullen de huis- en leefregels besproken worden en de werkwijze van SGH. Tijdens de kennismaking zal ook het verdere verloop besproken worden. Aanmeldingen worden na de dossieranalyse (analyse wordt opgepakt door de SG i.s.m. de ZM) en de kennismaking met ZM voorgelegd aan de RVB; na akkoord kan er geplaatst worden. Mocht de aanmelding niet passend blijken, dan zal de ZM een terugkoppeling verzorgen aan de aanmelder met de onderbouwing waarom de aanmelding wordt afgewezen. De reden van afwijzing wordt opgenomen in het stuurdocument en beveiligd verzonden naar de aanmeldende partij. Het dossier en de documenten m.b.t. de afgewezen aanmelding zullen direct vernietigd worden.

2.14 Cameratoezicht

Op WTC 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 SGH ervoor gezorgd dat de gegevensverwerking transparant verloopt. Zorgvragers geven een blijk van akkoord, doordat ze bij start van de zorg het toestemmingsformulier ondertekenen waarin het cameratoezicht wordt toegelicht. Wanneer zorgvragers vragen hebben over het aanwezige cameratoezicht kan begeleiding ze verwijzen naar het protocol camerabewaking waarin uitgebreid wordt stil gestaan bij het doel, de wijze van informatieverstrekking, rechten, privacy en inzage. Dit protocol is terug te vinden in het zorgadministratiesysteem Zilliz.

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

Hoofdstuk 3: Kwaliteitsborging op organisatieniveau

3.1 Stakeholders

Een stakeholder (belanghebbende) is een partij die belang heeft bij of invloed heeft op het functioneren van de zorginstelling, maar die niet direct betrokken is bij de uitvoering van de zorg aan de individuele cliënt. De relatie is vaak strategisch, financieel of controlerend. Zij bepalen de kaders, de financiering of het toezicht, maar zij bemoeien zich niet met de dagelijkse uitvoering van het zorgplan.

Wat doet een stakeholder voor de zorginstelling?

Financiering:

Zij maken de zorg financieel mogelijk door middel van inkoopcontracten of budgettoekenning (bijv. het Zorgkantoor of de Gemeente Ermelo).

Kwaliteitsbewaking:

Zij controleren of de instelling voldoet aan de wet- en regelgeving en kwaliteitsnormen (bijv. Kiwa/HKZ of de GGD).

Kaders stellen:

Zij bepalen de regels waar de instelling zich aan moet houden op het gebied van veiligheid, personeelsbeleid of huisvesting (bijv. de Brandweer, de Arbodienst of het PFZW).

Belangenbehartiging:

Zij adviseren de instelling of vertegenwoordigen de belangen van een specifieke groep (bijv. de Cliëntenraad (CR), de branchevereniging BVKZ of Per Saldo).

Toezicht:

Zij bewaken de continuïteit en integriteit van de organisatie (bijv. de Raad van Toezicht of de accountant).

SGH hanteert vaste lijnen omtrent de communicatie met stakeholders, zodat de verschillende verantwoordelijkheden binnen de organisatie helder zijn. SGH werkt op basis van open communicatie. SGH vindt het belangrijk dat haar stakeholders een stem hebben binnen haar organisatie, zodat ze meedenken, meebeslissen en meedoen. 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.

SGH werkt met verschillende stakeholders samen, zoals de accountant, CR, Gemeentes, Arbodienst, RvT, Administratiekantoor, Zorgkantoor, SVB, VGZ, Verzekeringsmaatschappijen, PFZW, verhuurder, Per Saldo, Kiwa Nederland BV, HKZ externe auditoren, externe opleiders, Klachtenportaal Zorg, SBB.

3.2 Wet- en regelgeving

SGH valt onder diverse wet- en regelgevingen, welke onderstaand uiteengezet zijn:

Persoonsgebonden Budget

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 (*Persoonsgebonden Budget (PGB)*, z.d.).

Bij een 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 VOG voor iedere zorgmedewerker.
- Er is 'vergewisplicht'.
- Signalen van huiselijk geweld en kindermishandeling worden gemeld aan VT.
- Er is keuze-informatie voor de cliënt.

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 (*Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo)*, z.d.).

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.

Jeugdwet

De Jeugdwet vervangt de Wet op de jeugdzorg, die tot 2015 geldig was, en de verschillende andere onderdelen van de jeugdzorg die onder de Zorgverzekeringswet en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten vielen. Ook de jeugdbescherming en jeugdreclassering maken onderdeel uit van de wet (*Jeugdhulp Bij Gemeenten*, z.d.; *Kwaliteit Jeugdhulp*, z.d.).

Uitgangspunten

De jeugdzorg is overgeheveld naar de gemeenten die zich in hun beleid moeten richten op:

- het versterken van het probleemoplossend vermogen van kinderen en jongeren, hun ouders en sociale omgeving;
- het bevorderen van de opvoedcapaciteiten van ouders en de sociale omgeving;
- preventie en vroegsignalering;
- het tijdig bieden van de juiste hulp op maat;
- effectieve en efficiënte samenwerking rond gezinnen.

De Jeugdwet regelt:

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

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.

Wet langdurige zorg

Iemand kan zorg vanuit de Wlz (Wet langdurige zorg) 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 lichamelijk 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 (*Wet Langdurige Zorg (Wlz)*, z.d.).

Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (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 (*Wet Kwaliteit, Klachten en Geschillen Zorg (Wkkgz)*, z.d.).

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). Daarnaast bakt het Kwaliteitskader Jeugd 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 (Nederlands Jeugdinstituut (NJI) & Movisie, 2016).

Governancecode

Goed bestuur en toezicht zijn belangrijke voorwaarden voor goede zorg. Met de Governancecode Zorg volgen zorgorganisaties 7 principes die breed gedragen zijn in de hele sector. De code is een instrument om de governance zo in te richten dat die bijdraagt aan het waarborgen van goede zorg, aan het realiseren van de maatschappelijke doelstelling van zorgorganisaties en het maatschappelijk vertrouwen (Governancecode Zorg, 2023).

De 7 principes zijn:

1. goede zorg;
2. waarden en normen;
3. invloed belanghebbenden;
4. inrichting governance;
5. goed bestuur;
6. verantwoord toezicht;
7. continue ontwikkeling.

Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling

De meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling helpt professionals met het signaleren en handelen bij (vermoedens van) huiselijk geweld of kindermishandeling. Hieronder vallen ook psychisch of seksueel geweld en verwaarlozing.

Hoe werkt de meldcode?

De meldcode is bedoeld voor (vermoedens van) fysiek, psychisch of seksueel geweld en verwaarlozing. De 5 stappen in de meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling helpen professionals vanaf het moment van signaleren tot aan het besluit over het wel of niet doen van een melding bij VT.

De 5 stappen zijn:

1. In kaart brengen van signalen met behulp van de signalenkaart. De kindcheck is onderdeel van deze stap en is bedoeld voor professionals om kindermishandeling door volwassen cliënten vroegtijdig te herkennen.
2. Overleggen met een collega of indien nodig met VT: het advies- en meldpunt voor huiselijk geweld en kindermishandeling.
3. In gesprek gaan met de betrokkene(n) om zorgen te bespreken.
4. Afweging maken van de ernst van de situatie. Bij twijfel kan altijd contact worden opgenomen met VT.
5. Een beslissing nemen. Het afwegingskader in de meldcode helpt de professional bij het nemen van een beslissing. Voor veel beroepsgroepen is ook een specifiek afwegingskader beschikbaar die zij kunnen gebruiken.

Professionals nemen beslissing

De professionals nemen in stap 5 van de meldcode op basis van 2 vragen een beslissing:

- Is hulp verlenen of organiseren (ook) mogelijk?
 - Hulp verlenen is mogelijk als:
 - de professional in staat is om passende hulp te bieden of te organiseren;
 - de betrokkenen meewerken aan de geboden of georganiseerde hulp;
 - de hulp leidt tot blijvende veiligheid.
- Is melden bij Veilig Thuis noodzakelijk?
 - Professionals maken een melding bij VT als er sprake is van acute of structurele onveiligheid. Of als hulp verlenen op basis van één van de bovenstaande punten niet mogelijk is.
 - De professional legt alle doorlopen stappen vast in een cliëntdossier, patiëntdossier, leerling dossier of een ander registratiesysteem (*Meldcode Huiselijk Geweld en Kindermishandeling, z.d.*).

CAO gehandicaptenzorg

De CAO Gehandicaptenzorg 2025-2026 is de wet die de rechten en plichten van werkgevers en werknemers in het gehandicaptenzorgsysteem bevat. De CAO bevat onder andere bepalingen over de arbeidsovereenkomst, de functiewaardering, de salariering, de vergoedingen, de vakantie, de sociaal beleid, de medezeggenschap en de faciliteiten (CAO Gehandicaptenzorg & Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland, 2025).

Medewerkers van SGH worden geadviseerd de CAO gehandicaptenzorg app op hun telefoon te installeren, zodat ze direct en makkelijk toegang hebben tot de CAO. Daarnaast is de zorgmanager het directe aanspreekpunt wat betreft CAO gerelateerde vragen.

Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen (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 (*Medezeggenschap Cliënten in de Zorg*, z.d.).

AVG-wetgeving

De belangrijkste regels voor de omgang met persoonsgegevens in Nederland zijn vastgelegd in de Algemene verordening gegevensbescherming (AVG). Op 25 mei 2018 is de AVG van toepassing geworden in de Europese Unie (EU). Dat betekent dat er sinds die datum dezelfde privacywetgeving geldt in de hele EU. Op een aantal punten laat de AVG ruimte voor nationale keuzes. In Nederland zijn die uitgewerkt in de Uitvoeringswet AVG (UAVG) (*AVG Algemeen*, 2024).

De Jeugdwet, de Wmo en de Wlz bevatten eigen regelingen over patiënten en patiëntengegevens. Hierin staat meer specifiek omschreven hoe en wanneer medische gegevens en gevoelige persoonsgegevens mogen worden uitgewisseld tussen de zorgaanbieder, zorgkantoor, zorgverzekeraar en de gemeente. Dit heeft betrekking op mondelinge en schriftelijke uitwisseling, maar ook op elektronische verwerking van patiëntgegevens zoals bedoeld in de nieuwe privacywet. Het uiteindelijke doel is een gewaarborgde privacy in de zorg. In de zorg is er vaak sprake van bijzondere patiëntgegevens, zoals medische gegevens of een geneeskundige behandelingsovereenkomst. Hiervoor gelden strengere eisen die ook gelden voor individuele werkers in de zorg zoals:

- Een zorgverlener mag niet meer persoons- of patiëntgegevens verwerken dan noodzakelijk voor het doel van de verwerking.
- Een zorgverlener zonder behandelrelatie met een patiënt mag geen toegang hebben tot het dossier van deze patiënt.

Wet arbeidsmarkt in balans

Sinds 1 januari 2020 zijn de regels rond arbeidscontracten en ontslag veranderd. Dit is geregeld in de Wet arbeidsmarkt in balans (WAB). Dit is relevant voor werkgevers en werknemers. Zo betalen werkgevers sinds 1 januari een lagere WW-premie voor werknemers met een vast contract. Payrollwerknemers krijgen een betere rechtspositie en arbeidsvoorwaarden en oproepkrachten krijgen meer zekerheid op werk en inkomen.

Doel

Werknemers met een vast contract hebben vaak betere arbeidsvoorwaarden en meer rechten dan flexibele werknemers. De regering wil deze kloof tussen vaste contracten en flexibele contracten kleiner maken. Daarom hebben oproepkrachten en payrollwerknemers meer zekerheid gekregen. Ook is het voor werkgevers nu aantrekkelijker om een vast contract aan te bieden.

NEN 7510

De NEN 7510 is de norm voor informatiebeveiliging in de zorg. Er staat in hoe organisaties in de zorg hun informatiebeveiliging moeten inrichten. De kern van de NEN 7510 gaat over het managementsysteem voor informatiebeveiliging. Dit heet ook wel een 'information security management system' of ISMS. Verder beschrijft de norm een serie beheersmaatregelen. Hiermee kunnen organisaties hun risico's wegnemen of kleiner maken.

Werken volgens de NEN 7510 betekent dat het information security management system (ISMS) goed werkt. De organisatie kan dan laten zien dat de kwaliteitscyclus voor informatiebeveiliging werkt. Daarvoor is het niet genoeg dat er een beleid en beheersmaatregelen zijn. De organisatie moet ook controleren of ze werken zoals bedoeld. Als het nodig is moet de organisatie verbeteringen uitvoeren. De NEN 7510 zegt dat de organisatie de informatiebeveiliging regelmatig onafhankelijk moet laten beoordelen (*Vragen Over NEN 7510*, z.d.).

Kernpunten

- Doel: Waarborgen van de vertrouwelijkheid, integriteit en beschikbaarheid van patiëntinformatie (VIB).
- ISMS: Het opzetten van een managementsysteem voor informatiebeveiliging (ISMS).
- Maatregelen: Een set beheersmaatregelen om risico's te verkleinen.
- Toepassingsgebied: Alle vormen van persoonlijke gezondheidsinformatie, binnen en tussen zorgorganisaties.

Arbowetgeving

Arbowetgeving (Arbeidsomstandighedenwet) is de Nederlandse wet die werkgevers verplicht te zorgen voor een veilige en gezonde werkomgeving, zodat werknemers geen ziekte of ongeval oplopen door hun werk. Het is een kaderwet, uitgewerkt in het Arbobesluit en de Arboregeling, en stelt algemene regels, zoals het voeren van een Risico-inventarisatie & -evaluatie (RI&E), het benoemen van een preventiemedewerker en het aanstellen van een bedrijfsarts. Zowel werkgevers als werknemers hebben verplichtingen om samen te werken aan goede arbeidsomstandigheden.

3.3 Wet Toetreding Zorgaanbieders

Op 1 januari 2022 is de Wet toetreding zorgaanbieders (Wtza) in werking getreden; de Wtza draagt bij aan transparantie, kwaliteit en verantwoording in de zorgsector. Sinds 2024 werkt SGH met meer dan 10 zorgverleners. Dit heeft ertoe geleid dat er een vergunningsaanvraag gedaan is bij Wtza. De vergunning is op 10 januari 2025 verleend.

“Door te voldoen aan de eisen van de Wtza laat een zorgaanbieder zien in te staan voor goede zorg en transparant te zijn naar alle betrokkenen. Daarbij zijn ze verantwoordelijk voor goed bestuur. De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) zien hierop toe. Zo versterken we samen het vertrouwen van alle betrokkenen in de kwaliteit van de zorg die zij leveren en in de manier waarop zij met collectief geld omgaan” (Toetreding Zorgaanbieders, z.d.).

De Wtza heeft drie onderdelen waar je als organisatie mee te maken kunt krijgen, afhankelijk of je zorgaanbieder of jeugdhulpaanbieder bent, nl.:

- meldplicht
- vergunningsplicht
- intern toezicht

AGB-code

Onze AGB-code is: 41521043.

3.4 HKZ certificering

SGH heeft op 6 juli 2023 het keurmerk HKZ-kwaliteitsmanagementsysteem voor Zorg en Welzijn behaald. Het keurmerk van Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector (HKZ) staat voor duurzame kwaliteitsverbetering in Zorg en Welzijn: onafhankelijk en betrouwbaar. Met het HKZ-keurmerk laat SGH zien serieus werk te maken van kwaliteit van zorg en dat SGH voldoet aan de eisen die daaraan verbonden zijn. Een organisatie met het HKZ-keurmerk heeft intern de zaken goed op orde, stelt de zorgvrager centraal en werkt voortdurend aan het verbeteren van de zorg- en dienstverlening. Het HKZ-kwaliteitskeurmerk is terug te vinden op de website van SGH. In maart 2024 en in juni 2025 is dit keurmerk geëvalueerd en heeft SGH haar certificering zonder verplichte hervormingen behouden. In april 2026 volgt de hercertificering HKZ.

3.5 Interne audit

Doel

De interne auditplanning is opgezet om systematisch alle HKZ-normen binnen een driejaarlijkse cyclus te toetsen. Hiermee wordt geborgd dat de organisatie continu voldoet aan de kwaliteitsnormen en dat verbeterpunten tijdig worden gesignaleerd.

Auditmatrix (3-jaarscyclus)

Jaar	Thema / Proces	Gekoppelde HKZ-normen	Opmerkingen
2025	Waarden & veiligheidscultuur	Norm 3.1, 3.2	Focus op veiligheidscultuur en waarden; reeds gekoppeld dit jaar
2026	Cliëntgericht werken & zorgplan	Norm 2.1, 2.2, 2.3	Toetsing op cliëntparticipatie, zorgplan en evaluatie
2027	Organisatie & beleid	Norm 1.1, 1.2, 1.3	Governance, PDCA-cyclus, beleidsvoering

Werkwijze

<u>Planning:</u>	Wordt opgenomen in het stuurdocument onder tabblad <i>interne audit</i> .
<u>Koppeling aan norm:</u>	Elke audit wordt expliciet gekoppeld aan één of meerdere HKZ-normen.
<u>Cross-verwijzing:</u>	Bevindingen worden vastgelegd met verwijzing naar de betreffende norm.
<u>Cyclisch toetsen:</u>	Binnen drie jaar zijn alle normen minimaal één keer ge-audit.
<u>Documentatie:</u>	Per audit worden bevindingen, verbeterpunten en opvolging vastgelegd in het auditverslag. Verbeterpunten worden opgenomen in het verbeterregister.

Verbeterpunten

- Jaarlijks evalueren of de planning nog aansluit bij actuele risico's en prioriteiten, tijdens de MB (Management Beoordeling).
- Mogelijkheid om thema's te combineren zodat meerdere normen in één audit worden aangetikt.
- Visuele weergave (auditmatrix) gebruiken bij externe audits om transparantie te tonen.

Conclusie

Met deze interne auditplanning wordt geborgd dat SGH systematisch en aantoonbaar voldoet aan de HKZ-normen. De driejaarlijkse cyclus zorgt voor volledigheid en een duidelijke structuur in de kwaliteitsborging.

3.6 Risico-Inventarisatie en Evaluatie

Om de arbeidsomstandigheden op een locatie te kunnen verbeteren is het belangrijk om te weten waar de verbeterpunten liggen. Door deze 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. 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 (PM) ondersteunt de RvB bij het uitvoeren van de RI&E. De PM regisseert de uitvoering van de RI&E en legt het plan van aanpak ter goedkeuring voor aan de RvB. De RI&E voor SGH is op 08 mei 2024 afgenomen.

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 tenminste 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.

3.7 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 PM aangesteld. De PM is actief betrokken bij de invulling van het arbobeleid en voorziet de organisatie periodiek van een terugkoppeling. De PM fungeert hierbij tevens als ondersteunend adviseur van de RvB en voor de wijze waarop invulling aan het arbobeleid wordt gegeven.

De PM signaleert en adviseert over arbeidsrisico's en is verantwoordelijk voor de praktische uitvoering van het arbobeleid. De PM ondersteunt de RvB bij het uitvoeren van het Arbeidsomstandighedenbeleid en het realiseren van de doelstellingen op alle locaties en bij alle activiteiten binnen zijn werkgebied. De PM voert, in opdracht van de RvB, uitvoerende taken op het gebied van arbeidsomstandigheden uit, zoals uitvoeren RI&E en arbobeleid, organiseren BHV (bedrijfs hulpverlening)- trainingen, opstellen van vlucht- en ontruimingsplannen en het uitvoeren van ontruimingsoefeningen, controleren van blusmiddelen en BHV-tas

3.8 Financieel Management Overleg

Het Financieel Management Overleg (FMO) heeft als doel de financiële continuïteit en doelmatigheid van SGH te waarborgen, in lijn met de kwaliteitsnormen van de HKZ Gehandicaptenzorg. Binnen dit overleg worden besluitvorming, planning, monitoring en risicobeheersing op financieel gebied systematisch vormgegeven.

Het FMO draagt bij aan het realiseren van de strategische en operationele doelstellingen van SGH door:

- het gezamenlijk bespreken en coördineren van financiële aangelegenheden;
- het analyseren van financiële prestaties en afwijkingen;
- het nemen van onderbouwde besluiten ter bevordering van de financiële gezondheid;
- het signaleren en beheersen van financiële risico's die van invloed kunnen zijn op de kwaliteit van zorg.

Het overleg vindt achtmaal per jaar plaats tussen de RvB en de ZM, met optionele deelname van de Financieel Medewerker (FM). Elk kwartaal sluit tevens de externe accountant aan om de betrouwbaarheid van de financiële verslaglegging te waarborgen en onafhankelijke toetsing te faciliteren.

De uitkomsten van het FMO worden structureel teruggekoppeld in bestuurlijke vergaderingen met de RvT en TL. Waar nodig worden op basis van deze bevindingen corrigerende of verbetermaatregelen genomen, conform het principe van continue verbetering zoals vereist binnen het HKZ-kader.

Deze werkwijze draagt bij aan transparantie, interne controle en het versterken van het kwaliteitsmanagementsysteem van SGH, met als uiteindelijk doel het leveren van verantwoorde en toekomstbestendige zorg aan mensen met een beperking.

3.9 Reclame

Doordat SGH 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 WTC of zorgwoningen. SGH moet het daarom voornamelijk hebben van de kracht van mond tot mondreclame en de aanbevelingen/doorverwijzingen van ketenpartners en derden.

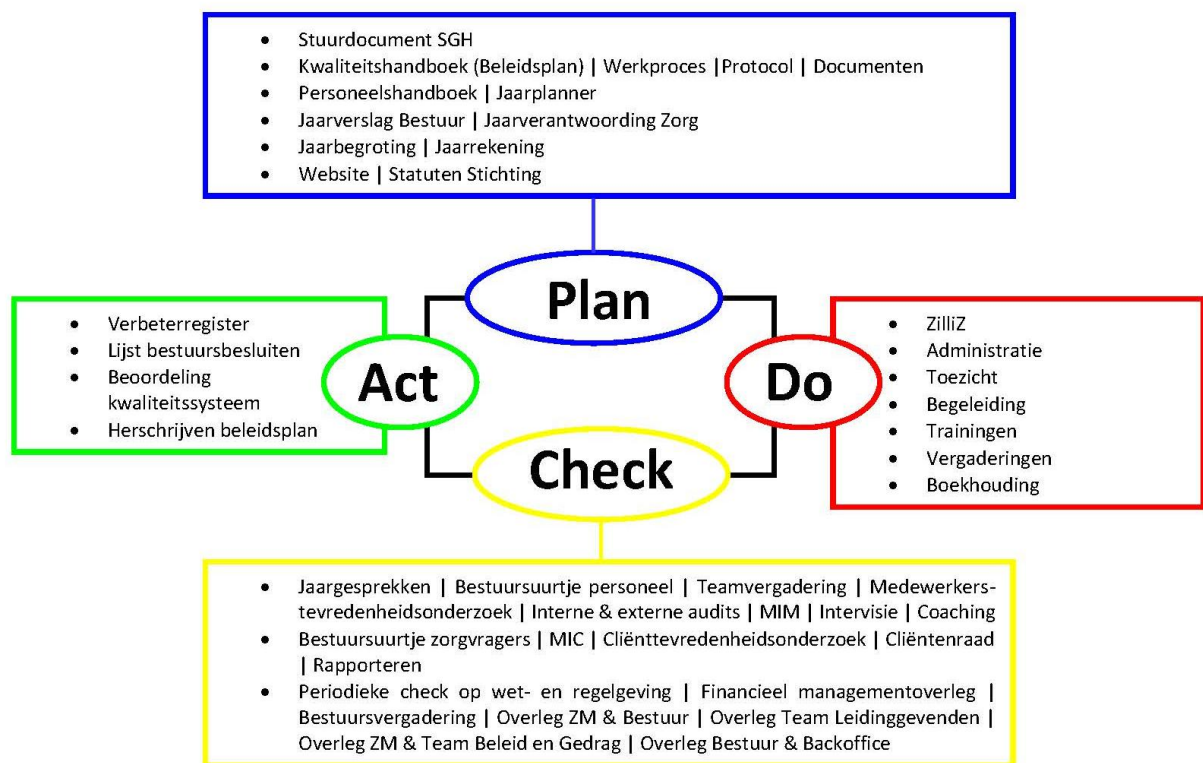
3.10 Demografie

De gemeente Ermelo kent met 4,5% een hoog aandeel inwoners in de zogenaamde institutionele huishoudens. Dit is ruim twee keer zo veel als gemiddeld in de regio en drie keer zo veel als gemiddeld in Nederland (*Ermelo in Feiten en Cijfers*, 2022).

Een grote rol hierin spelen grote zorgorganisaties zoals 's Heeren Loo, JP van den Bent, GGZ Centraal, Philadelphia, Careander en AHMN. SGH profileert zich juist door zijn kleinschaligheid, persoonsgerichte aanpak en zorg op maat. Daarnaast biedt SGH aan deze doelgroep de unieke combinatie van persoonsgerichte, individuele begeleiding met 24-uurs zorg in de nabijheid of toezicht op de locatie bij het kunnen leiden van een zo zelfstandig mogelijk leven in een zelfstandig of eigen appartement, studio of woning.

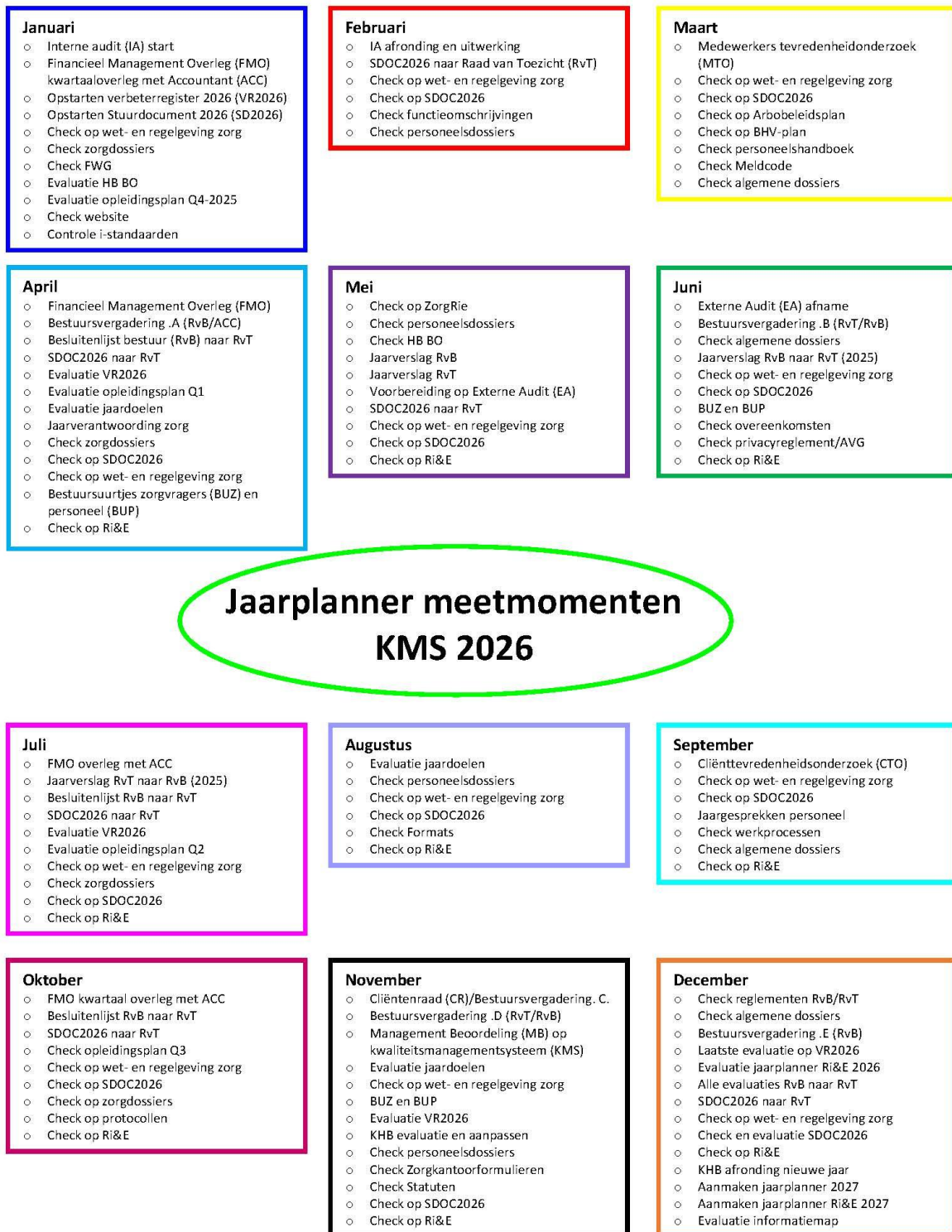
3.11 Visueel kwaliteitsmanagementsysteem

Het visueel kwaliteitsmanagementsysteem (KMS) geeft weer op welke wijze en met welke tools SGH werkt aan het hooghouden van haar kwaliteitsstandaard.



3.12 Visuele jaarplanner meetmomenten KMS

Om de kwaliteitsstandaard te borgen, vinden er maandelijks meetmomenten van het KMS plaats. Door maandelijks meetmomenten in te zetten, wordt het checken van de kwaliteitsnorm (evenredig) verdeeld over het jaar en kan er indien nodig tijdig worden bijgestuurd. De visuele jaarplanner geeft een duidelijk overzicht van de verdeling van meetmomenten van het KMS.



3.13 Duurzaamheid

SGH is zich bewust van de impact van haar bedrijfsvoering op mens, milieu en maatschappij. Duurzaamheid is verankerd in de bedrijfscultuur en vormt een integraal onderdeel van het kwaliteitsbeleid. SGH streeft naar een positieve bijdrage aan ecologische, sociale en economische duurzaamheid, in lijn met de HKZ-normen.

Beleid en doelstellingen

SGH formuleert jaarlijks concrete duurzaamheidsdoelstellingen en evalueert deze periodiek. De voortgang wordt gemonitord en besproken in het bestuursoverleg. Medewerkers en zorgvragers worden actief betrokken bij het verduurzamen van de organisatie.

Afvalbeheer

- SGH scheidt afvalstromen conform lokale regelgeving en streeft naar reductie van restafval.
- Er wordt actief gestuurd op papierloos werken door digitalisering van dossiers, communicatie en rapportages.

Energieverbruik

- SGH investeert in energiezuinige apparatuur en verlichting (zoals LED).
- Energieverbruik wordt gemonitord en waar mogelijk teruggedrongen.
- Zorgwoningen worden geleidelijk verduurzaamd, bijvoorbeeld via isolatie of groene energie.

Mobiliteit

- SGH stimuleert medewerkers om te fietsen, carpoolen of gebruik te maken van openbaar vervoer.
- Dienstreizen worden waar mogelijk vervangen door digitale overlegvormen.

Inkoop en werkomgeving

- SGH kiest bewust voor refurbished apparatuur en circulaire producten.
- Bij vervanging van interieur wordt gekozen voor tweedehands of duurzaam geproduceerde artikelen.
- Overbodige aankopen worden vermeden en hergebruik wordt gestimuleerd.

Sociale duurzaamheid

- SGH bevordert een inclusieve werkomgeving met aandacht voor diversiteit, gelijkwaardigheid en welzijn.
- Medewerkers krijgen ruimte voor persoonlijke ontwikkeling en duurzame inzetbaarheid.
- Zorgvragers worden betrokken bij activiteiten die bijdragen aan hun maatschappelijke participatie.

Communicatie en bewustwording

- SGH informeert medewerkers en zorgvragers actief over duurzaamheidsinitiatieven.
- Er worden regelmatig bewustwordingsacties georganiseerd, bijvoorbeeld rondom afvalscheiding of energiebesparing.
- SGH betreft daarnaast actief externe betrokkenen, zoals familieleden, mentoren en bewindvoerders, bij haar duurzaamheidsinitiatieven. Waar passend wordt informatie periodiek gedeeld, bijvoorbeeld via een nieuwsbrief voor zorgvragers en hun netwerk. Dit bevordert betrokkenheid, transparantie en samenwerking binnen het bredere netwerk rondom onze zorgvragers en kan bijdragen aan het gezamenlijk realiseren van duurzaamheidsdoelstellingen.

Duurzame kerstpakketten en relatiegeschenken

SGH zorgt ervoor dat kerstpakketten duurzaam zijn en een positieve impact hebben op de maatschappij. Dit betekent dat de pakketten sociaal worden ingepakt, CO2-neutraal worden geleverd en bestaan uit duurzame of circulaire producten. Daarnaast bevatten de kerstpakketten biologische, zero-waste en eerlijke inhoud.

Tree-Nation

Tree-Nation is een online platform dat burgers en bedrijven helpt bij het planten van bomen en het compenseren van hun CO2-uitstoot, met als doel de wereld te herbebossen, klimaatverandering tegen te gaan en de biodiversiteit te beschermen door middel van geverifieerde herbebossingsprojecten. Tree-Nation maakt het eenvoudig om bomen te planten, bieden abonnementen om je voetafdruk te compenseren en werken samen met bedrijven om duurzaamheid te bevorderen, waarbij ze lokale gemeenschappen ondersteunen en banen creëren. SGH heeft voor haar 10-jarig bestaan 500 medicinale bomen, nl. de 'Markhamia lutea' laten planten in Tanzania. Hierdoor steunt SGH niet alleen onze prachtige aarde, maar gaan we ook de strijd aan tegen armoede in Tanzania.

Tree Planting Certificate

Powered by Tree-Nation

Stichting Groen Hulpverlening viert haar 10-jarig bestaan
en dit willen we niet onopgemerkt voorbij laten gaan!
1 juni 2014 - 1 juni 2024



Elke boom staat voor een geholpen zorgvrager ofwel betrokken personeelslid in de afgelopen 10 jaar!!!



500 tree(s) planted



5000 Kg of CO2 offset

Met het planten van deze 500 medicinale bomen in Tanzania

Tree(s) planted for:

Tree(s) planted thanks to:



Stichting Groen Hulpverlening

Willen we jou enorm bedanken voor je inzet, samenwerking en het delen van ons grote, groene hart!

Visit the tree(s) on the Tree-Nation page:

<https://tree-nation.com/collect/6661bc5a48842>

Species: Markhamia lutea

Markhamia lutea is a fast-growing evergreen small tree; it can grow from 10 to 15 meters tall, although some trees have been reported to reach 40 meters tall; the bole can reach up to 70 cm in diameter...



Hierdoor ondersteunen we niet alleen onze prachtige aarde maar

Tree(s) planted in Project Plant to Stop Poverty, Tanzania

The Plant to Stop Poverty project uses an incorporated approach to advise and help peasantry communities in rural areas to practice agroforestry to fight against prevailing poverty and climate change...



Gaan we ook de strijd aan tegen armoede in Tanzania.

Met die gedachte delen we ons groene hart nog meer dan dat we afgelopen 10 jaar al deden!

Certificate information:

Neovee Solutions S.L. (Tree-Nation)
Registration n° ES-B64201965
C. Alaba 100
08018 Barcelona
Spain



Namens de gehele stichting: Tanja en Emmelieke

Hoofdstuk 4: Kwaliteitsborging op medewerker niveau

4.1 Personeelsbestand

Voor werknemers en stagiaires geldt een minimaal opleidingsniveau MBO niveau 4 (sociaal agogisch vakgebied).

Van alle functies binnen SGH zijn functieomschrijvingen terug te vinden in ZilliZ.

TL:	Opleidingsniveau:	Functie:	Aantal zorgvragers:	Indicatie:
Medewerker A	HBO Social Work AD	Zorgmanager	21	20x Wlz 1x Jeugdwet
Medewerker B	HBO Maatschappelijk Werk en Dienstverlening	Coördinator	21	20x Wlz 1x Jeugdwet
Medewerker C	HBO Social Work	Coördinator	21	20x Wlz 1x Jeugdwet
Medewerker D	MBO niveau 4	Coördinator	0 i.c.m. Toezichtlocatie	
TBG:	Opleidingsniveau:	Functie:	Aantal zorgvragers:	Indicatie:
Medewerker E	HBO SPH WO Orthopedagogiek	Specialist Gedrag	21	20x Wlz 1x Jeugdwet
Medewerker F	HBO Social Work	Beleidsmedewerker	21	20x Wlz 1x Jeugdwet
Begeleiders:	Opleidingsniveau:	Functie:	Aantal zorgvragers:	Indicatie:
Medewerker G	MBO niveau 4 i.o. Maatschappelijke zorg	Leerling Begeleider	0 i.c.m. Toezichtlocatie	
Medewerker H	MBO niveau 4 Sociaal maatschappelijk dienstverlener	Begeleider	1 i.c.m. Toezichtlocatie	2 x Wlz 1x Jeugdwet
Medewerker J	HBO Pedagogische wetenschappen	Toeziethouder	0 i.c.m. Toezichtlocatie	
Medewerker K	MBO niveau 4 Persoonlijk Begeleider Specifieke Doelgroepen i.o.	Begeleider	3 i.c.m. Toezichtlocatie	3x Wlz
Medewerker L	MBO niveau 4 Maatschappelijke Zorg	Begeleider	5 i.c.m. Toezichtlocatie	4x Wlz
Medewerker M	MBO niveau 4 Persoonlijk Begeleider Specifieke Doelgroepen	Begeleider	5 i.c.m. Toezichtlocatie	7x Wlz
Medewerker N	HBO Culturele en maatschappelijke vorming	Begeleider	5 i.c.m. Toezichtlocatie	6x Wlz
Toeziethouders:	Opleidingsniveau:	Functie:	Aantal zorgvragers:	Indicatie:
Medewerker O	HBO Sociaal Pedagogische Hulpverlening	Toeziethouder	0 i.c.m. Toezichtlocatie	
Medewerker P	MBO niveau 4 Sociaal Werker	Toeziethouder	0 i.c.m. Toezichtlocatie	

Peildatum: 16 februari 2026

Bij de aanvang van het dienstverband wordt het personeelshandboek en het kwaliteitshandboek van SGH besproken, welke tevens online te vinden zijn in het zorgadministratiesysteem ZilliZ. Het kwaliteitshandboek is tevens te vinden op de website www.groenhulpverlening.nl.

4.2 Personeelsvertegenwoordiging

Wanneer een bedrijf tussen de 10 en 50 medewerkers in dienst heeft kan er gekozen worden om een personeelsvertegenwoordiging (PVT) in te stellen. Dit is overigens geen verplichting vanuit de CAO-Gehandicaptenzorg. Een PVT bespreekt met de RvB de ontwikkelingen omtrent de organisatie, het personeelsbeleid, het werk en de arbeidsomstandigheden etc. SGH voldoet aan de eisen van de WOR wat betreft een PVT door de maandelijks teamvergaderingen en het meerdere keren per jaar organiseren van een 'bestuursuurtje'.

Medewerkers van SGH kunnen tijdens een coaching moment of tijdens 'het bestuursuurtje' aangeven behoefte te hebben aan een PVT. Deze informatie zal besproken worden tijdens TL, zodat onderzocht kan worden hoe dit vorm gegeven kan worden binnen SGH. Een PVT bestaat uit tenminste 3 medewerkers. Deze leden worden gekozen door de RvB i.s.m. TL en de medewerkers, middels een geheime schriftelijke stemming.

4.3 Opleidingsplan

SGH hecht veel waarde aan de persoonlijke groei en ontwikkeling van de betrokken begeleiders en medewerkers door middel van gedegen trainingen, workshops, seminars en opleidingen. Om dit te realiseren is een opleidingsplan samengesteld, welke weergeeft wat de doelen van SGH zijn op het gebied van opleiding en hoe en op welke wijze SGH de kennis en vaardigheden van haar medewerkers wil verbeteren om deze doelen te behalen.

Belangrijke speerpunten hierbij zijn:

- SGH is een jonge groeiende en kleinschalige organisatie;
- inzicht in competenties van de medewerkers;
- persoonlijke ontwikkeling van de medewerkers;
- concurrentie (SGH wil zich graag onderscheiden);
- boeien en binden.

Doel

SGH wil haar werknemers graag blijven inspireren, motiveren en stimuleren in de persoonlijke groei en ontwikkeling. Daarnaast wil SGH innoverend zijn en een stap voorblijven 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. De doelen worden niet alleen in het opleidingsplan meegenomen, maar ook in de jaarplanner en in het beleid- en stuurdocument, zodat de ontwikkelingen op dit gebied gemonitord en waar nodig aangepast kunnen worden.

Drie opleidingsdoelen vormen daarom de speerpunten:

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

Methoden

Om de opleidingsdoelen te realiseren, hanteert SGH de volgende methoden:

- Inwerkprogramma: inwerkprogramma nieuwe medewerker door TL.
- Jaargesprek: middels een beoordelingsformulier (door direct leidinggevende/coach, door een collega en door de medewerker zelf) worden de competenties, de (ontwikkelings) doelen en het functioneren van de medewerker in kaart gebracht.
- Coaching: TL geeft directe feedback aan werknemers over doelen die zij stellen in hun jaargesprek. TL hanteert daarbij een coachende stijl, waarbij werknemers zelf hun doelen leren te realiseren. Dit is feitelijk een vorm van alledaags en continue leren. De ZM coacht de coördinatoren van TL.
- 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 ZM en de SG zijn hierbij betrokken.
- Training 'on the job': werknemers worden begeleid door TL inclusief de ZM 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.
- Medewerkers Tevredenheidsonderzoek (MTO): inzicht verkrijgen in de wensen en behoefte van de medewerkers.

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 coaching momenten, het opstellen van een POP (Persoonlijk Ontwikkelingsplan) en het schrijven van een samenvatting naar aanleiding van ieder coaching moment.
- De opleiding moet een wettelijk erkende (beroeps)opleiding door het Ministerie van OCW zijn.

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. Daarnaast wordt per medewerker bijgehouden welke cursus/training zij gevolgd hebben.

Tijdsplanning

Wat	Beschrijving	Op jaarbasis
Inwerkprogramma	Inwerkprogramma nieuwe medewerker	Éénmalig
Coaching	Coaching	Op aanvraag
Intervisie	Intervisiegesprekken	4 x
Training-on-the-job	Verwerven praktische vaardigheden en kennis	Op aanvraag
In-company training	Maatwerktraject door interne of externe opleiders	4x
Cursus/opleiding/training (extern)	Ontwikkeling competenties personeel	Op aanvraag
Teamvergadering	Vergadering met alle medewerkers en eventuele stagiaires	11 x
Jaargesprek	Jaargesprek personeel	1 x
Teambuilding	Teambuilding personeel	1 x

4.4 Erkend leerbedrijf

SGH is een erkend leerbedrijf volgende de wet WEB (Wet educatie en beroepsonderwijs).

SGH 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);
- HBO Social Work (HBO).

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.
- 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 WTC.
- 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.
- Uitvoeren van huishoudelijke taken.
- Passende activiteiten bedenken.
- Dienst draaien onder toezicht van dienstdoende begeleider.

SGH heeft als doel om stagiaires op te leiden naar zelfstandige begeleiders. Uiteraard onder supervisie van vaste medewerkers en ervaren leerwerkbegeleiders. SGH biedt de stagiaires mogelijkheden in de vorm van taken, casuïstiek en supervisie momenten, waarin ze zichzelf kunnen uitdagen en ontwikkelen. SGH streeft ernaar om in samenwerking met de stagiaire aan het einde van de stageperiode een zelfstandige, volwaardige en authentieke professional af te leveren.

4.5 Gedragscode medewerkers binnen de organisatie

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 Zilliz.

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, met 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 en samenwerkende partners.

De regels

Deze regels gelden voor alle personeelsleden, stagiaires en vrijwilligers van SGH naar collegae, zorgvragers en samenwerkingspartners toe.

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 medewerkers 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 SGH.

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 SGH:

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

4.6 Bejegening en gedragscode medewerkers ten opzichte van zorgvragers

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 bewust vakbekwaam handelt. 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 hij uitzendt. Luisteren, ook naar wat niet wordt gezegd, kenmerkt een goede (hoofd)begeleider.

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.

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 ongewenst gedrag, het niet naleven van de gedragscode of bij een wettelijke overtreding dient dit direct gemeld te 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.

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 door de RvB.

4.7 Vertrouwenspersoon

Binnen SGH staat een sociaal veilige werkomgeving centraal. De Vertrouwenspersoon fungeert als een veilig en laagdrempelig aanspreekpunt voor medewerkers die geconfronteerd worden met ongewenste omgangsvormen (zoals pesten, agressie, (seksuele) intimidatie of discriminatie) of integriteitskwetsies. De vertrouwenspersoon biedt een luisterend oor en ondersteunt bij het zoeken naar oplossingen. SGH heeft gekozen voor een interne vertrouwenspersoon. In de eerste plaats is een interne vertrouwenspersoon bekend met de organisatie en de werkwijze. Daarnaast hoopt SGH op deze manier de laagdrempeligheid te behouden. De huidige vertrouwenspersoon bekleedt een ondersteunende functie binnen SGH en is tevens geschoold in het verlenen van psychosociale counseling. Bij de start van een nieuwe medewerker wordt benoemd wie de vertrouwenspersoon is, tevens wordt de persoon benoemd tijdens de algemene teamvergadering. Daarnaast is dit ook terug te vinden in het intranet van Zilliz.

De taken van een vertrouwenspersoon

De taken van een vertrouwenspersoon bestaan onder andere uit:

- Het verzorgen van eerste opvang van medewerkers die zijn lastiggevallen en die hulp en advies nodig hebben.
- Het nagaan of een oplossing in de informele sfeer mogelijk is.
- Het slachtoffer informeren over andere oplossingsmogelijkheden, zoals klachtenprocedures.
- Het desgewenst begeleiden, als de werknemer de zaak aan de orde wil stellen bij een klachtencommissie of leidinggevende.
- Het doorverwijzen naar andere hulpverlenende instanties, bijvoorbeeld een mediator.
- Het geven van voorlichting over de aanpak van ongewenst gedrag.
- Het adviseren en ondersteunen van TL en RvB bij het voorkomen van ongewenst gedrag.
- Het registreren van gevallen van ongewenst gedrag middels een MIM in Zilliz.

De vertrouwenspersoon heeft een geheimhoudingsplicht en gaat altijd vertrouwelijk om met de informatie van medewerkers.

4.8 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. Meldingen worden geregistreerd in het stuurdocument SGH.

Begrippen

<u>Fouten:</u>	Het handelen, of nalaten van handelen, waardoor schade ontstaat aan of voor de zorgvrager.
<u>Ongelukken:</u>	Een van buiten de zorgvrager of zorgprofessional komende gebeurtenis, waarbij schade aan een zorgvrager ontstaat en geen sprake is van een fout.
<u>Bijna-ongeluk:</u>	Een ongeluk dat door ongepland ingrijpen of toevallige gebeurtenis wordt voorkomen, en geen schade aan de zorgvrager veroorzaakt.
<u>Incident:</u>	Verzamelbegrip voor fouten, ongelukken en bijna-ongelukken.
<u>Calamiteit:</u>	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;
- medicatie 'fouten.'

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 spoed eisende hulp (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.

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 van de veroorzaker van het incident (indien nodig).
- De medewerker meldt het incident zo spoedig mogelijk bij de SG. 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 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.
- Het gehele team wordt op de hoogte gebracht van de situatie, te regelen zaken worden overgedragen aan de dienstdoende en het team wordt hierin door TL gecoacht in signaleren, handelen en waar nog nodig de-escaleren op de werkvloer.
- De MIC of MIM wordt door de ZM opgenomen in het stuurdocument SGH; tabblad registratie meldingen.
- Het incident wordt geplaatst onder 1 van de volgende categorieën geplaatst;
 - (vermoedens) misbruik;
 - agressie incident;
 - brand incidenten, verbranding;
 - inname schadelijke stoffen;
 - valincident.

Calamiteiten melden bij de IGJ

Een calamiteit is een ernstige misser met blijvende schade voor de zorgvrager. Indien 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 (*Melden en Aanvragen Voor Professionals*, z.d.).

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

- 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: <https://mijn.igj.nl/index.html>

4.9 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 staan op het intranet in ZilliZ. Ten minste eens per jaar worden de werkprocessen gecontroleerd en indien nodig herzien door personeelsleden, BM, TL, ZM en/of RvB.

Binnen SGH wordt gebruik gemaakt van de volgende werkprocessen:

- Handboek facilitair
- Werkproces (vroeg) signaleringsplan
- Werkproces 2-stapsverificatie ZilliZ
- Werkproces aanmelding tot start nieuwe zorgvrager
- Werkproces agressie
- Werkproces begeleiding stagiaires
- Werkproces beveiligde mail via ZilliZ
- Werkproces brand- en rookalarm
- Werkproces checklist oplevering woning
- Werkproces cliënttevredenheidsonderzoek afnemen
- Werkproces crisissituatie
- Werkproces dag- en avonddienst
- Werkproces doorschakelen noodlijn TL
- Werkproces evaluatie zorgplan
- Werkproces exit/verhuizing zorgvrager
- Werkproces hoe te handelen bij vergiftiging
- Werkproces IB-momenten
- Werkproces instellen mailaccount
- Werkproces intervisie
- Werkproces invullen POP & coaching verslag
- Werkproces invullen toestemmingsformulier
- Werkproces invullen urenregistratie
- Werkproces inzet diensten rooster en feestdagen
- Werkproces jaargesprek
- Werkproces klachtenprocedure
- Werkproces meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling
- Werkproces melding facilitaire gebreken omtrent zorgwoning
- Werkproces MIC/MIM
- Werkproces observeren en signaleren
- Werkproces overdracht vakantie medewerkers
- Werkproces rapportage dicteren
- Werkproces rapportages inzet IB
- Werkproces rapporteren - tijdschrijven medewerker in ZilliZ
- Werkproces rapporteren PGB-Vergoedingenlijst
- Werkproces slaapdienst
- Werkproces sollicitatieprocedure
- Werkproces spoedreparaties zorgwoningen
- Werkproces stappenplan alcoholmisbruik
- Werkproces start nieuwe zorgvrager
- Werkproces stroomschema reiskosten
- Werkproces toezicht verlenen – controlerende WTC
- Werkproces tussendienst
- Werkproces tussentijds evaluatiemoment
- Werkproces verlof aanvragen
- Werkproces vervanging WTC
- Werkproces verwerken gegevens cliënttevredenheidsonderzoek
- Werkproces voicemail
- Werkproces wat te doen bij prik- snij- spatincidenten
- Werkproces werkbeschrijving Signal
- Werkproces wie mee te nemen in de mail vanuit WTC
- Werkproces ziek- herstelmelding
- Werkproces zorgplan

4.10 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 zorgadministratiesysteem ZilliZ. Ten minste eens per jaar worden de protocollen gecontroleerd en indien nodig herzien door de BM i.s.m. de ZM en RvB.

Binnen SGH wordt gebruik gemaakt van de volgende protocollen:

- Protocol agressieprotocol – begeleiders
- Protocol agressieprotocol – zorgvragers
- Protocol alcoholmisbruik
- Protocol begeleiden via moderne media
- Protocol behandeling klacht
- Protocol beveiligd mailen via ZilliZ
- Protocol bezoek
- Protocol camerabewaking
- Protocol crisiszorg
- Protocol data-lek
- Protocol drugsmisbruik
- Protocol geboorte kind
- Protocol gebruik AI
- Protocol geen contact met zorgvrager of vermoeden van overlijden
- Protocol inzet PGB
- Protocol kosten huurder - verhuurder
- Protocol meldcode
- Protocol melden van dierenmishandeling
- Protocol noodtelefoon
- Protocol rapporteren
- Protocol richtlijn voor medewerkers om de privacy van zorgvragers te waarborgen
- Protocol social media, mail- en internetgebruik
- Protocol stroomschema zwangerschap - baby
- Protocol suicideprotocol
- Protocol zwangerschap

4.11 Formats

Binnen SGH werken we met vaste formats, welke zijn verwerkt in het zorgadministratiesysteem 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 SGH zijn:

- Format (vroeg) signaleringsplan
- Format aanmeldformulier
- Format agenda bijeenkomst cliëntenraad
- Format beoordelingsformulier
- Format beoordeling van de opleiding - training
- Format checklist in dienst
- Format checklist in dienst stagiair
- Format checklist in zorg BO
- Format checklist in zorg HB
- Format checklist interne verhuizing
- Format checklist inwerken nieuwe collega
- Format checklist stagiaire uit dienst
- Format checklist uit dienst
- Format checklist uit zorg
- Format cliënttevredenheidsonderzoek
- Format cirkel van invloed
- Format coaching
- Format evaluatie zorgplan
- Format exit gesprek
- Format familiegroepsplan
- Format intake
- Format inzet dagelijks individuele begeleiding en toezicht aftekenlijst
- Format jaargesprek
- Format kindcheck
- Format lay-out agenda algemene vergadering
- Format lay-out notulen algemene vergadering
- Format meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling
- Format melding facilitaire gebreken
- Format MIC
- Format MIM
- Format netwerkcirkel
- Format notulen cliëntenraad bijeenkomst
- Format oriëntatie doelen
- Format overeenkomst cliëntenraad
- Format overdracht WTC
- Format personaliaformulier medewerkers
- Format personaliaformulier stagiaires
- Format persoonlijk ontwikkelplan
- Format plan van aanpak verhuizing
- Format POP
- Format risicotaxatie
- Format toestemmingsformulier
- Format toestemmingsformulier inzage ZilliZ
- Format toestemmingsformulier kind
- Format tussentijds evaluatiemoment
- Format verwerking coaching gesprek
- Format voorwaarden en checklist oplevering woning
- Format zelfredzaamheidmatrix
- Format zorgbeschrijving ambulante begeleiding
- Format zorgbeschrijving toezichtlocatie
- Format zorgbeschrijving wooninitiatief
- Format zorgplan
- Format zorgplan kind

Hoofdstuk 5: Kwaliteitsborging op cliëntniveau

5.1 Zorgaanbod

SGH biedt deskundige en persoonsgerichte individuele begeleiding met 24-uurs zorg in de nabijheid, 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:

- *Wooninitiatief Toezichtlocatie Centrum (WTC):* Toezichtlocatie/steunpunt waarbij 24-uur toezicht op de locatie en zorg in de nabijheid plus individuele begeleiding geboden wordt. Voor zorgvragers met een Wlz indicatie.
- *Specialisatie Moeder & Kind (SMK):* Gerichte ondersteuning voor moeders (binnen onze doelgroep) bij onder andere zwangerschap, opvoeding of omgang met kind(eren), dit specialisme is onderdeel van WTC.
- *Ambulante begeleiding 24-uurs zorg in de nabijheid:* Voor zorgvragers met een Wlz indicatie die buiten de toezichtlocatie in een zorgwoning of in een zelfstandige woning wonen.
- *Ambulante begeleiding:* Individuele begeleiding voor zorgvragers met een Wmo indicatie. Dit zijn zorgvragers die vanuit onze andere zorgproducten zijn doorgestroomd. Zij bewonen een zelfstandige woning en willen met dit product groeien richting uitstroom. Tijdens dit proces wordt de zorgvrager individueel ondersteund.

5.2 Doelgroep

SGH biedt enkel individuele begeleiding (IB) of IB met 24-uurs zorg in de nabijheid of 24-uurs toezicht op de locatie aan (jong)volwassenen die door o.a. 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.

5.3 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;
- persoonlijkheidsstoornis, zoals borderline;
- een psychiatrische aandoening, zoals PTSS en bipolaire stoornis (met uitzondering van risicovolgedrag naar zichzelf en de omgeving, automutilatie en suïcidale neigingen);
- hechtingsproblematiek, zoals een reactieve hechtingsstoornis.

Leidend is dat de zorgvragers o.a. 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.

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 SGH biedt. 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 dan wel in samenwerking met de plaaster en gaat uit van de expertise van SGH om deze zorgbehoefte om te zetten in zorgdoelen als onderdeel van een daadkrachtig en persoonlijk zorgplan.

5.4 Indicaties

SGH werkt met de volgende indicaties:

- Wlz
- Wmo
- Jeugdbepaling

Indicaties op gemeenteniveau

Door het kleinschalige karakter van SGH is ervoor gekozen om ons enkel te richten op de bediening van Wlz indicaties. Wel werkt SGH met een indicatie vanuit jeugdzorg in verband met de specialisatie binnen WTC en de SMK. Tevens kan SGH voor zorgvragers die willen uitstromen richting nog meer zelfstandigheid, tijdelijk begeleiding blijven bieden op basis van een Wmo indicatie.

5.5 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. dossieranalyse en een oriënterend gesprek wordt bepaald of iemand passend is binnen SGH. Dit wordt gedaan in overleg met de RvB en TL, zij worden geadviseerd door de ZM en de SG die het dossieronderzoek verzorgen. Wanneer iemand bij SGH in zorg is, zijn er regelmatig evaluatiemomenten om te bepalen of iemand nog steeds 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;
- regelmatig en steekproefsgewijs meelesen van rapportages in Zilliz door TL, ZM en SG;
- 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, dan kan deze niet geplaatst worden bij SGH.

5.6 Leveringsvorm

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

SGH kan en mag werken met de volgende indicaties in PGB leveringsvorm:

- VG03 t/m VG07
- 2GGZ-W t/m 4GGZ-W
- Wmo indicatie; begeleiding individueel (enkel uitstromers)
- Bepaling Jeugdzorg (art. 3.5 Jeugdwet); gespecialiseerde individuele begeleiding
- LG2 indicatie

5.7 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 SMK kunnen, in samenwerking met Jeugdzorg en onder zorgvraag afhankelijke voorwaarden, kinderen geplaatst worden.

5.8 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 locaties/woningen na te kunnen leven;
- zorgvragers vertonen geen, structureel 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;
- zorgvragers hebben geen ondersteuning nodig bij enige vorm van verpleegkundige handelingen.

5.9 Crisisdienst SGH

SGH 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 WTC wonen of die gebruik maken van het zorgproduct: Ambulante Begeleiding met 24-uur zorg in de nabijheid. Het noodnummer staat op de planning van de zorgvragers en 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 (bijv. bij lekkage), zodat deze beter kan worden ingeschat. De medewerker heeft de mogelijkheid om ondersteuning van TL in te roepen. Er is 24 uur per dag een medewerker van TL telefonisch te bereiken via de noodtelefoon voor begeleiders.

5.10 Zorgadministratiesysteem ZilliZ

Vanuit SGH wordt gewerkt met een online zorgadministratiesysteem, namelijk ZilliZ. ZilliZ is een volwaardig zorgadministratiesysteem speciaal ontwikkeld voor de kleinschalige zorg. In ZilliZ kan je rapporteren, tijdschrijven, afspraken inplannen, berichten sturen, beveiligd mailen en dossiers vormen etc. SGH waarborgt zijn transparantie door middel van een open communicatie. Daarom kunnen zorgvragers en indien van toepassing hun wettelijk vertegenwoordigers, meelesen in een afgeschermd stuk door middel van een eigen inlog, zodat de privacy gewaarborgd blijft zoals omschreven in de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG) wet.

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

Iedere medewerker binnen SGH heeft een ZilliZ account, zodat er met zowel interne als externe partijen met een ZilliZ account (beveiligd) 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 wettelijk vertegenwoordigers, 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. Backoffice (BO), TL, BM, SG, ZM en RvB hebben binnen ZilliZ de mogelijkheid om alle facetten te beheren en bekijken. De RvT heeft ook de mogelijkheid mee te kijken in ZilliZ.

5.11 Doorstroom/uitstroom zorgvrager

SGH 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 observeren en signaleren de begeleiders tijdens de individuele begeleidingsmomenten. Deze observaties en signaleringen worden verwerkt 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 WTC bijvoorbeeld doorstromen naar een ambulante 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 ouders, wettelijk vertegenwoordigers etc. Mocht een zorgvrager uitstromen, dan zal er een exitgesprek plaatsvinden met de betreffende coördinator 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.

5.12 Zorgwoningen (op, rond of verder van Wooninitiatief Toezichtlocatie af)

Om te zorgen dat elke zorgvrager zoveel mogelijk tot zijn recht kan komen, stelt SGH de gegroepeerde zorgwoningen op of rond WTC 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 WTC 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 WTC.

5.13 Cliëntenraad

Vanuit SGH is er, vanuit de Wet medezeggenschap CR zorginstellingen (Wmcz), een cliëntenraad opgezet. SGH is geboren uit de dringende vraag naar transparante zorg en begeleiding. SGH gelooft in persoonlijke en kleinschalige zorg. Daarom is het van belang dat zorgvragers meegenomen worden in het proces rondom de ontwikkeling van SGH. SGH vindt het belangrijk dat de zorgvrager zich gehoord voelt en dat advies meegenomen wordt in beslissingen. De CR van SGH bestaat (gezien het aantal zorgvragers SGH bediend) uit ten minste drie zorgvragers.

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.

Cliëntenraadovereenkomst

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 3 passende kandidaten, één afgevaardigde per zorgproduct. Maar in ieder geval en tenminste 1 afgevaardigde in de CR per 10 zorgvragers. Daarnaast zijn de CTC, BM en 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.

Instellingsbesluit

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

Positie

Ten minste één keer per jaar maar preferabel 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 CTC, BM, ZM en RvB bij aanwezig zullen zijn. Bij de andere CR bijeenkomst worden de actiepunten besproken die voortgekomen zijn uit het CTO. Deze zullen ook verwerkt worden in het verbeterregister. Naar aanleiding van elke cliëntenraadvergadering worden er notulen opgesteld, inclusief actiepunten, welke gedeeld worden met zowel de cliëntenraadsleden als met de ZM, BM, TL en de RvB.

Geschillen

De leden van de CR brengen de CTC 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.

5.14 Cliënttevredenheidsonderzoek

Binnen SGH wordt er éénmaal in de 12 maanden een cliënttevredenheidsonderzoek uitgevoerd. Dit om de kwaliteit te kunnen waarborgen en te kunnen (blijven) voldoen aan de wensen van de zorgvragers. Daarnaast is het ook een wettelijke verplichting vanuit de IGI. Het CTO wordt online uitgevoerd. De link voor de vragenlijst wordt in ZilliZ gezet, zodat de zorgvragers deze zelfstandig kunnen invullen. Er worden daarnaast directe links via app verstuurd om het op deze manier uitnodigend, makkelijk en laagdrempelig te maken. De BM onderneemt actie wanneer er onvoldoende respons is geweest en probeert het invulpercentage te verhogen, door de zorgvragers, opnieuw te vragen deel te nemen aan het CTO. Naar aanleiding van de resultaten wordt een rapport geschreven, zodat helder is welke knelpunten naar voren komen. Deze knelpunten worden

meegenomen in het verbeterregister en besproken tijdens de cliëntenraadbijeenkomst, zodat er passende acties ingezet én ontwikkelingen gemonitord kunnen worden. SGH streeft naar een invulpercentage van in ieder geval 70%; daaronder vindt de stichting niet acceptabel, de uitslag is dan niet meer valide te noemen.

Uitvoering

Voorafgaand aan de uitvoering van het onderzoek zal de hoofdbegeleider aan de zorgvrager uitleggen wat er van hem verwacht wordt. De zorgvrager zal zelf het CTO 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.

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 CTO. De hoofdbegeleider kan de zorgvrager desgewenst ondersteunen bij het invullen van de vragenlijst, omdat hij een vertrouwensband heeft opgebouwd en SGH het belangrijk vindt om laagdrempelig te werk te gaan.

Verwerking

De ingevulde vragenlijsten zullen binnenkomen online, de BM kan vervolgens samen met de ZM de lijnen uitzetten 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?
- Wat is het algemene rapportcijfer voor SGH?

De punten zullen helder en overzichtelijk verwerkt worden per zorgproduct, zodat duidelijk weerspiegeld wordt wat de uitkomsten zijn van het CTO. 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 rapport met aanbevelingen geschreven.

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?

Aanbevelingen

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

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?

Beleid

Aangezien SGH het belangrijk vindt dat zorgvragers gehoord worden, zal de feedback, voortgekomen uit het CTO, indien mogelijk en getoetst op praktische haalbaarheid, toegepast worden binnen de organisatie. Om ervoor te zorgen dat de acties die worden ondernomen naar aanleiding van het onderzoek ook effect hebben, zal ieder jaar opnieuw het CTO 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. Het verbeterregister wordt jaarlijks geëvalueerd tijdens de managementbeoordeling.

5.15 Ketenpartners

Een ketenpartner is een partij die onderdeel is van het zorgproces van de zorgvrager. Zij vormen een schakel in de reis die een zorgvrager aflegt (de zorgketen). In de gehandicaptenzorg spreken we van een "keten" omdat de zorg voor een zorgvrager vaak over meerdere organisaties verspreid is. SGH werkt met verschillende ketenpartners uit de omgeving samen, zoals GGZ, Bureau Jeugdzorg, mentoren, cliëntondersteuners, MEE Veluwe, CJG, Veilig Thuis, COT (Crisis Ondersteuning Team), Tactus etc.

Wat doet een ketenpartner voor SGH?

Gezamenlijke behandeling:

Zij voeren een specifiek deel van het behandel- of ondersteuningsplan uit waar SGH zelf de expertise of middelen niet voor heeft (bijv. Tactus voor verslavingsproblematiek).

Informatie-uitwisseling:

Zij nemen deel aan Multidisciplinaire Overleggen (MDO's) om de zorg op elkaar af te stemmen.

Crisisinterventie:

Zij staan klaar wanneer de reguliere zorg niet meer volstaat (bijv. de Crisisdienst of het COT).

Wettelijke kaders bieden:

Zij regelen de randvoorwaarden waarbinnen de zorg mag plaatsvinden (bijv. het CIZ voor de indicatie of de William Schikker Groep voor de voogdij).

Warme overdracht:

Zij zorgen dat een cliënt soepel instroomt of doorstroomt naar een andere vorm van hulpverlening.

5.16 Huisregels en omgangsvormen zorgvragers

Waar mensen samenleven en wonen zijn regels nodig. Regels geven richting aan en zorgen voor veiligheid en overzicht. De huisregels van SGH zijn de 'gangbare' regels gebaseerd op de maatschappelijke normen en waarden en gelden voor de zorgwoningen en WTC van SGH.

Huisregels algemeen

- Er wordt voorzichtig en met respect omgegaan met de woonomgeving.
- Als er schade wordt gemaakt aan de zorgwoning van SGH of aan de spullen in de zorgwoning, 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 de in de zorgwoning van SGH worden eerst overlegd met de hoofdbegeleider; deze pakt het op met de Coördinator Toezichtlocatie Centrum (CTC) 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 de zorgwoningen van SGH.
- Zorgvragers gebruiken geen drugs en distribueren deze niet in de zorgwoningen van SGH.
- Zorgvragers mogen gasten ontvangen of logees binnen de zorgwoningen, mits dit geen overlast veroorzaakt bij medebewoners en/of omwonenden. Dit gaat altijd in overleg met de begeleiders.
- Binnen een zorgwoning zijn er geen logees van onder de 18 jaar toegestaan.
- Zorgvragers mogen muziek luisteren, mits zij rekening houden met medebewoners en/ of omwonenden. Door de weeks 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.
- Zorgvragers mogen niet op het (platte) dak zonder vooraf schriftelijke toestemming van de CTC of zorgmanager (ZM).
- Zorgvragers zijn aanwezig bij elke Groen Vergadering, zodat ze op de hoogte zijn van de meest recente ontwikkelingen en kunnen meedenken hoe ze de leefomgeving zo prettig mogelijk kunnen houden.
- Het contact met burens verloopt op een respectvolle manier.
- Zorgvragers houden rekening met de burens bij het maken van (leef) geluiden.
- Op de gang en trap wordt door bewoners zachtjes gepraat en gelopen om overlast te beperken.
- Zorgvragers houden zich aan de afspraken welke omschreven staan op het toestemmingsformulier en de huis- en leefregels van SGH.

Gedragregels en omgangsnormen algemeen

- Ieder wordt geaccepteerd zoals hij is.
- We laten elkaar uitpraten en luisteren naar elkaar.
- We lopen niet onbedekt in het WTC of de 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 zorgwoningen en op het WTC, dit betekent dat men zuinig met de spullen omgaat en geen spullen vernielt, of gaat gebruiken voor een ander doeleinde dan waarvoor ze bestemd zijn.

Huisregels Wooninitiatief Toezichtlocatie Centrum

- Je kunt bij het WTC altijd terecht met je hulpvraag en je bent welkom tijdens de bezoekenmomenten. Wanneer een hulpverlener aangeeft dat je het WTC moet verlaten, volg je deze instructie direct op en verlaat je het WTC, ongeacht de reden.
- Er wordt voorzichtig en met respect omgegaan met de woonomgeving.
- Als er schade wordt gemaakt aan het WTC of aan spullen in of van het WTC / zorgwoning, dan 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 in gebruik genomen zorgwoning van SGH worden eerst overlegd met hoofdbegeleider; deze pakt het op met de Coördinator Toezichtlocatie Centrum (CTC) 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 de zorgwoningen van SGH en bezorgen de omgeving geen overlast.
- Zorgvragers die in beperkte mate alcohol nuttigen, distribueren deze niet in de zorgwoningen van SGH en bezorgen de omgeving geen overlast.
- Zorgvragers gebruiken geen harddrugs en/of distribueren deze niet in de zorgwoningen van SGH
- Tussen 16:30 en 17:00 uur vindt er op WTC een overdrachtsmoment plaats. In verband met de privacy is WTC op dit moment gesloten voor aanloop maar wel open voor urgente situaties.
- Zorgvragers mogen gasten ontvangen of logees binnen de zorgwoningen, 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.
- 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 WTC. Voor het pand van WTC is het niet toegestaan om te roken.
- De gangen aansluitend op de zorgwoningen en het looppad op het dakterras moeten vrij van spullen zijn i.v.m. brandveiligheid.
- Het is zorgvragers niet toegestaan om huisdieren in de zorgwoning 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.

5.17 Klachtenprocedure

SGH 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 ZM 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.

Indienen klacht

Een klacht kan worden ingediend door:

- de zorgvrager;
- de wettelijk vertegenwoordiger/gevolmachtigde 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*

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.

Behandeling Klacht

Een ingediende klacht zal zo spoedig mogelijk worden behandeld door de hoofdbegeleider. 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 van SGH worden aangeboden. Indien de begeleider en de zorgvrager gezamenlijk niet tot een goede oplossing komen, zal de begeleider de klacht ter behandeling overdragen aan de betreffende coördinator. De 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.

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
Westeinde 14A
1601 BJ Enkhuizen*

Hoofdstuk 6: Analyses

Naar aanleiding van de bestuurlijke reflectie op het jaar 2025 is de interne en externe SWOT-analyse voor 2026 opgesteld. Ook is de stakeholdersanalyse opnieuw uitgevoerd. Op basis van deze analyses zijn de risico's voor de stichting binnen de verschillende categorieën vastgesteld voor het jaar 2026. Deze analyses dienen ter interne en externe verantwoording. De HKZ-richtlijnen zijn hierin meegenomen.

De bestuurlijke reflectie wordt ingezet middels de management beoordeling en de verschillende, uitgebreide evaluaties op het KMS, zoals van het verbeterregister, de managementbeoordeling en de strategische jaardoelen. Deze verslaglegging en de analyse hierop wordt intern gedeeld en tevens opgenomen in het stuurdocument van 2026, alsmede in dit kwaliteitshandboek 2026 en in het jaarverslag 2025 van de RvB. Deze analyses dienen ter afsluiting van het jaar 2025 en het vooruitblikken op het jaar 2026. Zwakten en bedreigingen, maatregelen en acties worden indien noodzakelijk tevens meegenomen in het Verbeterregister 2026, waar de verbeterpunten voor de organisatie in worden omschreven en gevolgd, wat de leer en verbetercultuur binnen de stichting borgt.

6.1 Interne SWOT analyse

Sterktes (intern)	Zwaktes (intern)
- KMS goed ingebed en geborgd in stuurdocument en audits. - Financiële gezondheid behaald (solvabiliteit, reserve). - Kleine regionale schaal → korte lijnen, persoonlijke zorg. - Inclusie geïmplementeerd in beleid en visie. - Transparante evaluatiecultuur (verbeterregister, MB).	- SKJ-registraties en betrokkenheid bij casuïstiek. - Beperkte kennis NEN7510 en informatiebeveiliging. - Rapportages niet altijd conform PGB-vereisten. - Dag invulling sluit niet altijd aan bij wensen zorgvragers.

6.2 Externe SWOT analyse

Kansen (extern)	Bedreigingen (extern)
- Visie 2030 gehandicaptenzorg: inclusie en participatie. - Nationaal Preventieakkoord Rookvrij 2030. - Samenwerking met stakeholders (RvT, cliëntenraad, accountant). - Aandacht voor gezonde leefstijl en preventie. - Digitalisering en e-health → procesverbetering.	- Afhankelijkheid van PGB-financiering en veranderende regelgeving. - Weerstand tegen rookvrij beleid bij medewerkers/zorgvragers. - Doorstroomproblemen woningen door inschrijvingsissues. - Onvoldoende PGB-kennis bij zorgvragers. - Personeelstekorten en risico op reputatieschade.

6.3 Stakeholdersanalyse 2026

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.

Stakeholder	Belang	Invloed	Rol/Relatie
Zorgvragers (VG3-VG7, GGZ2-GGZ4)	Hoog	Hoog	Centrale doelgroep, tevredenheid bepalend voor kwaliteit en continuïteit.
Cliëntenraad (CR)	Hoog	Middel	Advies en feedback op beleid en kwaliteit.
Medewerkers/hulpverleners	Hoog	Hoog	Uitvoering zorg, betrokken bij verbeterpunten en implementatie rookvrij/inclusie.
Raad van Bestuur (RvB)	Hoog	Hoog	Strategische sturing, evaluatie en besluitvorming.
Raad van Toezicht (RvT)	Middel	Hoog	Controle en toezicht op beleid en financiën.
Accountant	Middel	Hoog	Financiële gezondheid, solvabiliteit en jaarrekening.
Gemeenten/Zorgkantoren	Hoog	Hoog	Toewijzing en controle PGB-financiering.
Specialisten/adviseurs	Middel	Middel	Inhoudelijke adviezen en kwaliteitsborging.
Ouders/familie	Hoog	Middel	Betrokken bij leefstijl, rookvrij beleid en daginvulling.
Woningbouwverenigingen	Middel	Middel	Cruciaal voor doorstroom naar reguliere woningen.
Maatschappelijke partners (VGN, preventieakkoord)	Middel	Middel	Bieden kaders en landelijke visie (inclusie, rookvrij 2030).

6.4 Vastgesteld risico-overzicht 2026

Categorie	Risico	Impact	Kans	Maatregel/actie
Strategisch	Implementatie rookvrij beleid → weerstand en naleving	Hoog	Middel	Stapsgewijze invoering, teamdialoog, preventieplan.
Strategisch	Inclusie/daginvulling onvoldoende aansluiting	Hoog	Middel	Persoonlijke dagprogramma's, participatieprojecten.
Strategisch	Afhankelijkheid PGB	Hoog	Hoog	Diversificatie inkomsten, nauwe samenwerking zorgkantoren.
Operationeel	SKJ-registraties behouden	Middel	Middel	Actief werven en registreren, scholingstraject.
Operationeel	Rapportages niet conform PGB	Hoog	Middel	Training rapportage, interne audits.
Operationeel	MIC/MIM meldingen niet actueel	Middel	Middel	Update formulieren, monitoring incidentenregistratie.
Operationeel	Functieomschrijvingen verouderd	Middel	Middel	Actualisatie HR-documenten.
Operationeel	Beperkte feedbackcultuur	Middel	Hoog	Feedbacktraining, vaste evaluatiemomenten.
Financieel	Afhankelijkheid stakeholders (accountant, gemeenten)	Hoog	Middel	Transparante rapportage, diversificatie.
Financieel	Onvoldoende zicht langlopende verplichtingen	Hoog	Middel	Jaarlijkse financiële audit en prognose.
Financieel	Doorstroomproblemen woningen	Hoog	Middel	Intensieve samenwerking woningbouwverenigingen.
Compliance/Veiligheid	Gebrekkige kennis NEN7510	Hoog	Middel	Scholing en awareness IT-beveiliging.
Compliance/Veiligheid	Onvoldoende PGB-kennis zorgvragers	Middel	Hoog	Voorlichtingsmateriaal, cliëntbijeenkomsten.
Compliance/Veiligheid	Hygiëne/leefstijlbegeleiding onvoldoende structureel	Middel	Middel	Structureel leefstijlprogramma, coaching zorgvragers.

6.5 Conclusie

Op basis van de bestuurlijke reflectie over 2025 en de uitgevoerde interne en externe analyses, is de stichting goed in staat gebleken om haar sterke punten te borgen, zoals een solide kwaliteitsmanagementsysteem, financiële gezondheid en een transparante evaluatiecultuur. Tegelijkertijd zijn er duidelijke aandachtspunten, waaronder beperkte kennis van informatiebeveiliging (NEN7510), SKJ-registraties behouden en verouderde functieomschrijvingen.

Extern liggen er kansen in de landelijke beweging richting inclusie en preventie, en in samenwerking met stakeholders. Tegelijkertijd vormen afhankelijkheid van PGB-financiering, veranderende regelgeving, personeelstekorten en doorstroomproblemen bij woningen belangrijke bedreigingen.

De risicoanalyse voor 2026 laat zien dat de grootste uitdagingen liggen op het gebied van strategische implementatie (zoals het rookvrij beleid en inclusie), operationele borging (zoals rapportages en feedbackcultuur), financiële afhankelijkheden en compliance (o.a. kennis van regelgeving en hygiëne). Voor elk risico zijn concrete maatregelen en acties geformuleerd, zoals training, actualisatie van documenten, en versterking van samenwerking met partners. Deze zijn terug te lezen in het verbeterregister van 2026.

De stichting toont hiermee aan dat zij risico's systematisch in kaart brengt, verantwoordt en opvolgt. Door structureel te werken aan verbeteringen en te anticiperen op externe ontwikkelingen, wordt de continuïteit en kwaliteit van zorg voor de doelgroep geborgd. De leer- en verbetercultuur binnen de organisatie vormt daarbij een belangrijke basis voor verdere professionalisering en toekomstbestendigheid.

Hoofdstuk 7: Bronvermeldingen

Bronvermeldingen

AVG algemeen. (2024, 24 december). Autoriteit Persoonsgegevens. Geraadpleegd op 19 februari 2026, van <https://www.autoriteitpersoonsgegevens.nl/themas/basis-avg/avg-algemeen>

CAO Gehandicaptenzorg & Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland. (2025). *CAO Gehandicaptenzorg 2025-2026*.

Ermelo in feiten en cijfers. (2022, 26 januari). Omgevingsvisie Ermelo. Geraadpleegd op 19 februari 2026, van <https://www.omgevingsvisieermelo.nl/ermelo-in-feiten-en-cijfers>

Governancecode Zorg. (2023). In *Rijksoverheid*. Brancheorganisaties Zorg. Geraadpleegd op 19 februari 2026, van <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2023/06/01/governancecode-zorg>

Jeugdhulp bij gemeenten. (z.d.). Rijksoverheid. Geraadpleegd op 19 februari 2026, van <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/jeugdhulp/jeugdhulp-bij-gemeenten>

Kwaliteit jeugdhulp. (z.d.). Rijksoverheid. Geraadpleegd op 19 februari 2026, van <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/jeugdhulp/kwaliteit-jeugdhulp>

Medezeggenschap cliënten in de zorg. (z.d.). Rijksoverheid. Geraadpleegd op 19 februari 2026, van <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/rechten-van-patient-en-privacy/medezeggenschap-clienten-in-de-zorg>

Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling. (z.d.). Rijksoverheid. Geraadpleegd op 19 februari 2026, van <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/huiselijk-geweld/meldcode>

Melden en aanvragen voor professionals. (z.d.). Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd. Geraadpleegd op 19 februari 2026, van <https://www.igi.nl/onderwerpen/klachten-en-melden/melden-bij-de-inspectie>

Nederlands Jeugdinstituut (NJI) & Movisie. (2016). Kwaliteitskader jeugd. In *Kwaliteitskader Jeugd*. <https://www.present24x7.nu/Portals/0/Documenten/kwaliteitskader-Jeugd-v2.1.pdf>

Persoonsgebonden budget (PGB). (z.d.). Rijksoverheid. Geraadpleegd op 19 februari 2026, van <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/persoonsgebonden-budget-pgb>

Toetreding zorgaanbieders. (z.d.). Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Geraadpleegd op 19 februari 2026, van <https://www.toetredingzorgaanbieders.nl/>

Vragen over NEN 7510. (z.d.). Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd. Geraadpleegd op 19 februari 2026, van <https://www.igi.nl/vraag-en-antwoord/vragen-over-nen-7510>

Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz). (z.d.). Rijksoverheid. Geraadpleegd op 19 februari 2026, van <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/kwaliteit-van-de-zorg/wet-kwaliteit-klachten-en-geschillen-zorg>

Wet langdurige zorg (Wlz). (z.d.). Rijksoverheid. Geraadpleegd op 19 februari 2026, van <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/verpleeghuizen-en-zorginstellingen/wet-langdurige-zorg-wlz>

Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). (z.d.). Rijksoverheid. Geraadpleegd op 19 februari 2026, van <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorg-en-ondersteuning-thuis/wmo-2015>