

2025

# Kwaliteitshandboek



Stichting  
**Groen**  
Hulpverlening

# Inhoudsopgave

<b>HOOFDSTUK 1: ORGANISATIE .....</b>	<b>5</b>
1.1 AFKORTINGEN EN BEGRIPPEN.....	5
1.2 STICHTING GROEN HULPVERLENING .....	5
1.3 MISSIE.....	6
1.4 VISIE .....	6
1.5 KERNWAARDEN.....	6
1.6 DOELSTELLINGEN.....	6
1.7 HULPMIDDELEN .....	7
1.8 METHODIEKEN.....	8
1.8.1 ABB METHODE .....	8
1.8.2 CGW METHODE .....	8
1.9 RAAD VAN TOEZICHT .....	8
1.10 RAAD VAN BESTUUR.....	9
1.11 TEAM LEIDINGGEVENDEN .....	9
1.12 TEAM BELEID EN GEDRAG.....	9
1.13 ORGANIGRAM .....	10
1.14 BEDRIJFSCULTUUR .....	10
<b>HOOFDSTUK 2: MEDEWERKERS .....</b>	<b>11</b>
<b>HOOFDSTUK 3: ZORGAANBOD.....</b>	<b>12</b>
3.1 WOONINITIATIEF TOEZICHTLOCATIE CENTRUM .....	12
3.2 SPECIALISATIE MOEDER & KIND .....	13
3.3 SGH HANTEERT DE JEUGDWET BIJ LEVERING VAN JEUGDHULP .....	13
3.4 AMBULANTE BEGELEIDING: 24-UURS ZORG IN DE NABIJHEID .....	14
3.5 AMBULANTE BEGELEIDING: WMO .....	14
3.6 OVERKOEPELENDE BEGELEIDING TL.....	14
3.7 TRANSPARANTE ZORG.....	14
3.8 WONEN .....	15
3.9 HET ZORGPLAN .....	15
3.10 ZORGINHOUELIJK .....	15
3.11 OVEREENKOMSTEN .....	15
3.12 VRIJWILLIGE ZORG EN BEGELEIDING .....	15
3.13 BEREIKBAARHEID .....	16
3.14 INTAKE.....	16
3.15 CAMERATOEZICHT .....	16
<b>HOOFDSTUK 4: KWALITEIT WAARBORGING OP ORGANISATIE NIVEAU.....</b>	<b>17</b>
4.1 BELEID OP GEBIED VAN SAMENWERKING MET RELEVANTE STAKEHOLDERS.....	17
4.2 BRANCHEVERENIGING KLEINSCHALIGE ZORG.....	18
4.3 WET TOETREDING ZORGAANBIEDERS.....	18
4.4 HKZ CERTIFICERING .....	19
4.5 VISUEEL KWALITEITSMANAGEMENTSYSTEEM .....	19
4.6 VISUELE JAARPLANNER MEETMOMENTEN KMS .....	20
4.7 RISICO-INVENTARISATIE EN EVALUATIE.....	20
4.7.1 INHOUD EN ORGANISATIE RI&E .....	21
4.7.2 RI&E EN CALAMITEITENPLAN .....	21
4.8 PREVENTIEMEDEWERKER .....	21
<b>HOOFDSTUK 5: KWALITEIT WAARBORGING OP MEDEWERKER NIVEAU.....</b>	<b>22</b>
5.1 BEJEGENING EN GEDRAGSCODE MEDEWERKERS .....	22
5.1.1 CRITERIA BEJEGENING .....	22
5.2 OPLEIDINGSPLAN .....	22
5.2.1 DOEL.....	22
5.2.2 METHODEN .....	23
5.2.3 WAARBORGEN KWALITEIT.....	23

5.2.4	TIJDSPLANNING .....	23
5.3	ERKEND LEERBEDRIJF .....	24
5.4	HET OMGAAN MET DILEMMA'S .....	24
5.5	GEDRAGSCODE .....	24
5.5.1	UITGANGSPUNT .....	24
5.5.2	DE REGELS .....	25
5.5.3	TOEZICHT EN NALEVING .....	25
5.5.4	EVALUATIE .....	26
5.6	MELDCODE .....	26
5.6.1	WAARVOOR IS EEN MELDCODE .....	26
5.6.2	HOE WERKT DE MELDCODE .....	26
5.6.3	BEROEPSGEHEIM EN DE MELDCODE .....	26
5.6.4	INFORMATIE OVER DE MELDCODE .....	26
5.7	MELDING INCIDENTEN .....	26
5.7.1	BEGRIPPEN .....	26
5.7.2	CALAMITEITEN .....	27
5.7.3	PROCEDURE .....	27
5.7.4	CALAMITEITEN MELDEN BIJ DE IGJ .....	28
5.7.5	SYSTEMATISCHE MONITORING OP MELDINGEN .....	28
5.8	INTERNE AUDIT .....	28
5.9	PERSONEELSVETEGERENWOORDIGING .....	29
5.10	VERTROUWENSPERSOON .....	29
5.11	DE TAKEN VAN EEN VERTROUWENSPERSOON .....	29
5.12	WERKPROCESSEN .....	30
5.13	PROTOCOLLEN .....	31
5.14	FORMATS .....	32
<b>HOOFDSTUK 6: KWALITEIT WAARBORGING OP CLIËNTNIVEAU .....</b>		<b>33</b>
6.1	KLACHTENPROCEDURE .....	33
6.1.1	INDIENEN KLACHT .....	33
6.1.2	VEREISTEN KLACHT .....	33
6.1.3	BEHANDELING KLACHT .....	33
6.2	CLIËNTTEVREDENHEIDSONDERZOEK .....	34
6.2.1	UITVOERING .....	34
6.2.2	SETTING .....	34
6.2.3	VERWERKING .....	34
6.2.4	CONCLUSIES .....	34
6.2.5	AANBEVELINGEN .....	35
6.2.6	BELEID .....	35
6.3	CLIËNTENRAAD .....	35
6.3.1	PROMOTIE CLIËNTENRAAD .....	35
6.3.2	CLIËNTENRAADOVEREENKOMST .....	35
6.3.3	POSITIE .....	35
6.3.4	INSTELLINGSBESLUIT .....	36
6.3.5	GESCHILLEN .....	36
6.4	ZORGADMINISTRATIESYSTEEM ZILLIZ .....	36
6.5	DOORSTROOM/UITSTROOM ZORGVRAGER .....	36
6.6	CRISISDIENST SGH .....	37
6.7	HUISREGELS EN ONGANGSVORMEN ZORGVRAGERS .....	37
6.7.1	HUISREGELS ALGEMEEN .....	37
6.7.2	GEDRAGSREGELS EN ONGANGSNORMEN ALGEMEEN .....	38
6.7.3	HUISREGELS WOONINITIATIEF TOEZICHTLOCATIE CENTRUM .....	38
<b>HOOFDSTUK 7: INTERNE SWOT ANALYSE .....</b>		<b>39</b>
7.1	INTERNE SWOT ANALYSE .....	39
7.2	ACTIES .....	40
7.3	COMMUNICATIE .....	40
<b>HOOFDSTUK 8: ORGANISATIE OP MICRONIVEAU .....</b>		<b>41</b>

8.1	ZORGAANBOD .....	41
8.2	DOELGROEP .....	41
8.3	INDICATIES .....	41
8.4	LEVERINGSVORM .....	41
8.5	DIAGNOSE .....	41
8.6	LEEFTIJDEN .....	42
8.7	CRITERIA .....	42
8.8	ZORGWONINGEN (OP, ROND OF VERDER VAN DE TOEZICHTLOCATIE AF) .....	42
8.9	CONTRA-INDICATIE .....	43
8.10	AANTAL ZORGVRAGERS .....	43
8.11	MELDCODE HUISELIJK GEWELD EN KINDERMISHANDELING .....	44
8.11.1	SIGNALEN IN KAART BRENGEN/HOUDEN .....	44
8.11.2	BESPREKEN VAN SIGNALEN .....	44
8.11.3	GESPREK VOEREN MET BETROKKENE(N) .....	44
8.11.4	WEGEN VAN DE SIGNALEN VAN HUISELIJK GEWELD OF KINDERMISHANDELING .....	44
8.11.5	HULP ORGANISEREN OF MELDEN .....	44
<b>HOOFDSTUK 9: ORGANISATIE OP MESONIVEAU .....</b>		<b>45</b>
9.1	KETENPARTNERS .....	45
9.2	DEMOGRAFIE .....	45
9.3	RECLAME .....	46
9.4	INDICATIES OP GEMEENTENIVEAU .....	46
9.5	LOCATIES .....	46
<b>HOOFDSTUK 10: ORGANISATIE OP MACRONIVEAU .....</b>		<b>47</b>
10.1	WET- EN REGELGEVING .....	47
10.1.1	WET MAATSCHAPPELIJKE ONDERSTEUNING .....	47
10.1.2	JEUGDWET .....	47
10.1.3	WLZ .....	48
10.1.4	PGB .....	49
10.1.5	WKKGZ .....	49
10.1.6	KWALITEITSKADER JEUGD .....	49
10.1.7	WMCZ .....	49
10.1.8	WTZA .....	50
10.2	ZOR GKANTOOR .....	50
10.3	CIZ .....	50
10.4	CAO GEHANDICAPTENZORG .....	50
10.5	AVG-WETGEVING .....	50
<b>HOOFDSTUK 11: EXTERNE SWOT ANALYSE .....</b>		<b>51</b>
11.1	EXTERNE SWOT ANALYSE .....	51
11.2	ACTIES .....	51
11.3	COMMUNICATIE .....	51
<b>HOOFDSTUK 12: STAKEHOLDERSANALYSE .....</b>		<b>52</b>
12.1	OVERZICHT STAKEHOLDERS .....	52
12.2	SWOT STAKEHOLDERSANALYSE .....	56
12.3	ACTIES .....	56
12.4	COMMUNICATIE .....	56



# 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](http://www.groenhulpverlening.nl) en in het zorgadministratiesysteem ZilliZ. Er is een papieren versie van het kwaliteitshandboek beschikbaar op het hoofdkantoor aan de Kerkdennen en op de 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	POP	=	Persoonlijk ontwikkelingsplan
ABB	=	Affectief Bewuste Benaderingsmethode	PVT	=	Personeelsvertegenwoordiging
AC	=	Algemeen Coördinator	RI&E	=	Risico-Inventarisatie en Evaluatie
AGB	=	Algemeen Gegevens Beheer	RI&E	=	Risico-inventarisatie en evaluatie
AV	=	Algemene Vergadering	ROC	=	Regionaal opleidingscentrum
AVG	=	Algemene Verordening Gegevensbescherming	RvB	=	Raad van Bestuur
BHV	=	Bedrijfs hulpverlening	RvT	=	Raad van toezicht
BM	=	Beleidsmedewerker	SG	=	Specialist Gedrag
BO	=	Backoffice	SGH	=	Stichting Groen Hulpverlening
BVKZ	=	Branchevereniging Kleinschalige Zorg	SKJ	=	Stichting Kwaliteitsregister Jeugd
CGW	=	Competentie Gericht Werken	SMK	=	Specialisatie Moeder & Kind
CIBG	=	Centraal Informatiepunt Beroepen Gezondheidszorg	SVB	=	Sociale Verzekeringsbank
CIG	=	Centrum voor Jeugd en Gezin	SZW	=	Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid
CMK	=	Coördinator Moeder & Kind	TBG	=	Team Beleid & Gedrag
CR	=	Cliëntenraad	TC	=	Toezichtlocatie Centrum
CTN	=	Coördinator Toezicht Nacht	TL	=	Team Leidinggevenden
GGZ	=	Geestelijke Gezondheidszorg	TN	=	Toezicht Nacht
GV	=	Gezinsvoogd	UWV	=	Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekering
GWH	=	Gewaarborgde Hulp	VOG	=	Verklaring Omtrent Gedrag
HKZ	=	Harmonische Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector	VT	=	Veilig Thuis
IB	=	Individuele Begeleidingsmomenten	VWS	=	Volksgezondheid, Welzijn en Sport
IGJ	=	Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd	Wbp	=	Wet bescherming persoonsgegevens
IZ	=	Centrum Indicatiestelling Zorg	WEB	=	Wet educatie en beroepsonderwijs
KHB	=	Kwaliteitshandboek	Wlz	=	Wet langdurige zorg
KMS	=	Kwaliteit Management Systeem	WMCZ	=	Wet Medezeggenschap Cliënten en Zorginstellingen
MDO	=	Multi Disciplinair Overleg	Wmo	=	Wet Maatschappelijke Ondersteuning
MIC	=	Melding Incidenten Cliënten	WSG	=	William Schrikker Groep
MIM	=	Melding Incidenten Medewerkers	Wtza	=	Wet toetreding zorgaanbieders
NVO	=	Nederlandse Vereniging van Pedagogogen en Onderwijskundigen	ZIN	=	Zorg in natura
PGB	=	Persoonsgebonden Budget	ZM	=	Zorgmanager
PM	=	Preventie medewerker			

## 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, 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”.*

SGH zorgt ervoor dat mensen met een verstandelijke en/of psychische beperking persoonlijke zorg en begeleiding op een positieve wijze kunnen ontvangen binnen de organisatie.

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

### 1.4 Visie

De visie van SGH is het in de kracht zetten van de zorgvrager door middel van persoonlijke, professionele en positieve begeleiding. Dit doen we door:

- (Jong)volwassenen met een beperking een zo zelfstandig mogelijk bestaan bieden binnen een veilige en duidelijke context;
- Zorgvragers activiteiten aanbieden die passen bij hun mogelijkheden naar aanleiding van de gestelde doelen in het zorgplan;
- Ontdekken van nieuwe mogelijkheden en vaardigheden;
- Positieve ervaringen opdoen;
- Stimuleren van sociale vaardigheden;
- Het vergroten van zelfredzaamheid, waaronder het bieden van een basis om vanuit te ontwikkelen naar een structuur die passend is bij de (jong) volwassene. Denk hierbij aan; opleiding, dagbesteding of betaald werk.
- Toewerken naar een eigen zelfstandige woning en naar een zo groot mogelijke mate van zelfstandigheid.

### 1.5 Kernwaarden

De kernwaarden van SGH zeggen iets over de organisatie.

Hoe willen we met elkaar omgaan en wie zijn wij?

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

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

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

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

### 1.6 Doelstellingen

In 2025 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 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 2025 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, een SWOT-analyse, een adviesbrief vanuit 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.

### **Doelstelling 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, 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.

### **Doelstelling 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.

### **Doelstelling 3**

Financiële gezondheid voor SGH, een kleine, regionale zorgaanbieder die gefinancierd wordt vanuit persoonsgebonden budget en sterk afhankelijk is van stakeholders en de steeds veranderende wet- en regelgeving.

Gezonde balansverhoudingen voor de SGH is een must. Met name de solvabiliteit moet op orde zijn; hoe goed ben je als organisatie in staat om met je bezittingen je schulden te kunnen afbetalen? SGH neemt als langetermijndoel mee in het jaarplan, dat we een gezonde continuïteitsreserve willen opbouwen in de komende jaren binnen de organisatie. Een reserve die toereikend is om bij tegenslagen toch de activiteiten te kunnen voortzetten. Wat zijn de financiële verplichtingen naar derden toe? Betrekken van de accountant om dit onderwerp beter inzichtelijk te maken. Kwantificeren van je langlopende verplichtingen. Hoogte winstontwikkeling helder krijgen. Duidelijke toekomstplannen zullen bijdragen aan voldoende financiële gezondheid, vandaar dat dit een langetermijndoel is geworden voor de komende periode. Dit doel is ontstaan uit kader 3. Zie het reeds omschreven kader hierboven.

## **1.7 Hulpmiddelen**

- structuurhulpmiddelen, zoals dagplanning, weekplanner, pictogrammen;
- werkboeken van de ABB methode;
- werkboeken van de CGW methode;
- zorgplan;
- zelfredzaamheidsmatrix;
- evaluatieformulieren;
- gebruik maken van algemene gesprekstechnieken;
- gebruik maken van een rapportage systeem;
- kennis van de methodiek Competentie Gericht Werken;
- kennis van de methodiek Affectief Bewuste Benadering;
- doorverwijzen naar gespecialiseerde instellingen en/of behandelaren;
- samenwerken met specialisten en/of behandelaren;
- in kaart brengen en inzetten van het netwerk van de zorgvrager;
- online werkomgeving voor personeel;
- ZilliZ;
- Signaleringsplan, kindcheck;
- risico-inventarisatie;
- incidentenanalyse;



- kwaliteitshandboek SGH;
- intervisie;
- trainingen (in- en extern);
- teamvergaderingen;
- protocollen;
- werkprocessen;
- formats;
- coaching;
- coaching on the job.

## 1.8 Methodieken

SGH maakt gebruik van de volgende methodieken:

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

### 1.8.1 ABB methode

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

### 1.8.2 CGW methode

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

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

## 1.9 Raad van Toezicht

De Raad van Toezicht (RvT) 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

Dhr. R. Booy

Datum aanstelling: 01 september 2023

Mevr. E. Withaar

Datum aanstelling: 01 september 2023

### **1.10 Raad van Bestuur**

De RvB 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 achtneming van de adviezen vanuit het Team Leidinggevend en de cliëntenraad. Tevens wordt er op regelmatige basis, maar in ieder geval eens per kwartaal, *'het bestuursuurtje'* georganiseerd, voor zowel personeelsleden als zorgvragers. Alle personeelsleden, maar ook zorgvragers 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-van der Pols

Functie: voorzitter

Datum aanstelling: 01 januari 2021

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

Functie: secretaris/penningmeester

Datum aanstelling: 01 januari 2021

### **1.11 Team Leidinggevend**

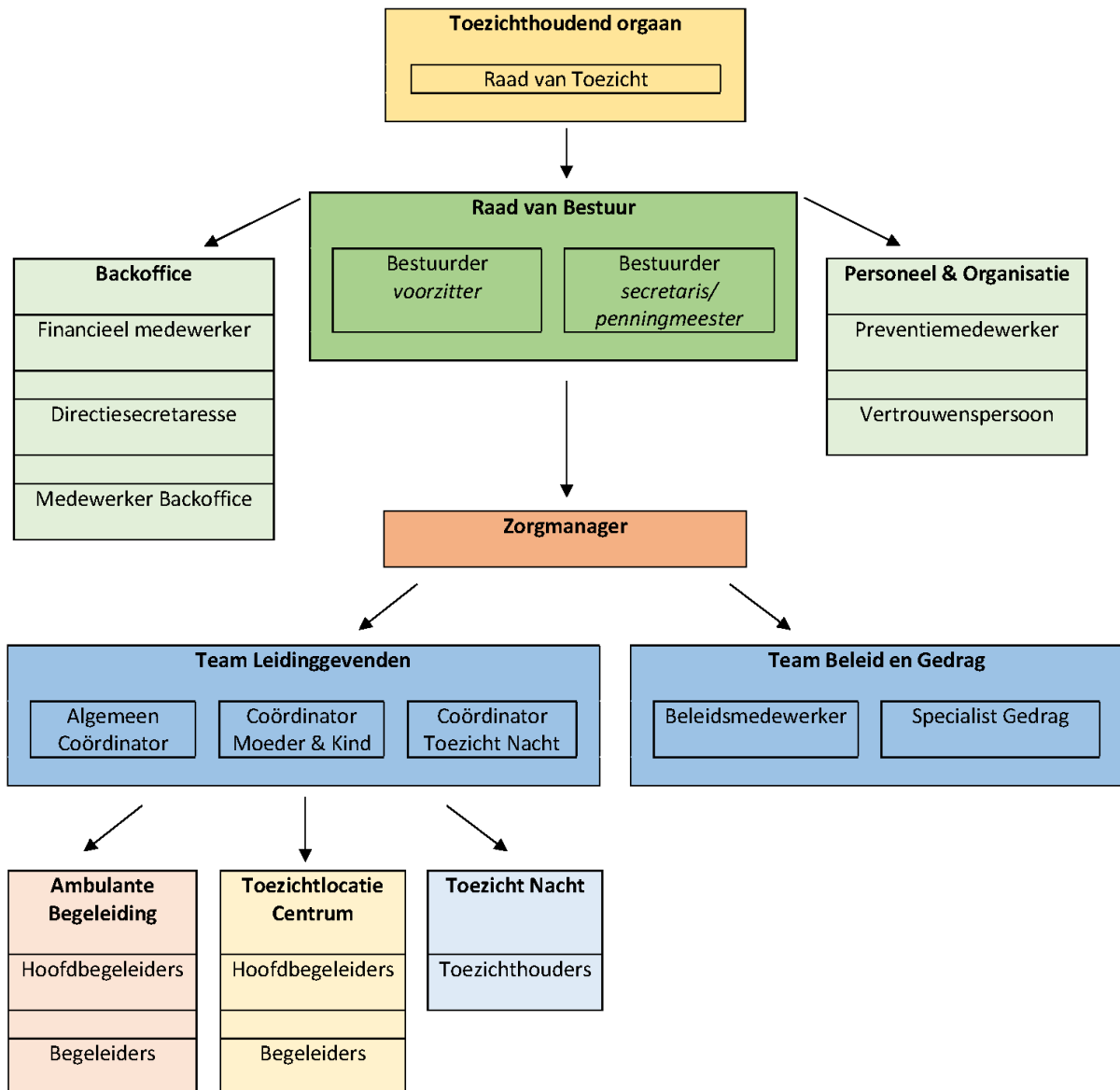
Er is een operationeel Team Leidinggevend: dit team bestaat uit de Coördinator Toezicht Nacht (CTN), de Coördinator Moeder & Kind (CMK) en de Algemeen Coördinator (AC). De coördinatoren zijn het eerste aanspreekpunt binnen deze onderdelen van SGH en zorgen ervoor dat alles op de werkvloer soepel verloopt. 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.

### **1.12 Team Beleid en Gedrag**

Het Team Beleid en Gedrag (TBG) bestaat uit een gedragswetenschapper met SKJ-registratie (Specialist Gedrag) en een beleidsmedewerker (BM). De Specialist Gedrag (SG) biedt zorg binnen de meest complexe casussen en de casussen met een jeugdindicatie, in verband met de SKJ-registratie en de daarbij behorende kennis en ervaring. De SG biedt bovendien extra ondersteuning binnen complexe casussen, coacht collega's en geeft trainingen welke aansluiten op de behoeften van collega's en de organisatie. De BM ondersteunt de ZM 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.

### 1.13 Organigram

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



### 1.14 Bedrijfscultuur

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

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

SGH is een lerende organisatie met een open cultuur; fouten maken is menselijk, maar wat kan ervan geleerd worden om te blijven ontwikkelen en te verbeteren binnen ons vakgebied? Het welzijn van de medewerkers is voor SGH van groot belang, omdat het gevoel van saamhorigheid hiermee versterkt wordt en zij de ruggengraat vormt van ons zorgaanbod. De bedrijfscultuur maken we binnen SGH samen, met aandacht voor de zorg die we leveren maar ook aandacht voor elkaar. Daarmee kan de continuïteit van de zorg en begeleiding en tevens de kwaliteit geborgd worden.

## Hoofdstuk 2: Medewerkers

### Personeelsbestand

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

TL:	Opleidingsniveau:	Functie:	Aantal zorgvragers:	Indicatie:
Medewerker A	WO Orthopedagogiek	Zorgmanager	22	19x Wlz 1x Wmo 2x Jeugdwet
Medewerker B	MBO niveau 4 Persoonlijk Begeleider Specifieke Doelgroepen HBO Social Work i.o.	Algemeen Coördinator	22	19x Wlz 1x Wmo 2x Jeugdwet
Medewerker C	MBO niveau 4 Sociaal Pedagogisch Werker	Coördinator Moeder & Kind	22	19x Wlz 1x Wmo 2x Jeugdwet
Medewerker D	MBO niveau 4	Coördinator Toezicht Nacht	22 i.c.m. Toezichtlocatie	
TBG:	Opleidingsniveau:	Functie:	Aantal zorgvragers:	Indicatie:
Medewerker E	HBO SPH WO Orthopedagogiek	Specialist Gedrag	22	19x Wlz 1x Wmo 2x Jeugdwet
Medewerker F	HBO Maatschappelijk Werk en Dienstverlening	Beleidsmedewerker Begeleider	4 i.c.m. Toezichtlocatie	4x Wlz
Begeleiders:	Opleidingsniveau:	Functie:	Aantal zorgvragers:	Indicatie:
Medewerker G	MBO niveau 4 Maatschappelijke zorg	Leerling Begeleider	0 i.c.m. Toezichtlocatie	
Medewerker H	MBO niveau 4 Sociaal maatschappelijk dienstverlener	Begeleider	1 i.c.m. Toezichtlocatie	1 x Wlz
Medewerker I	MBO niveau 4 Gespecialiseerd pedagogisch medewerker	Begeleider	7 i.c.m. Toezichtlocatie	7x Wlz 1x Wmo 1x Jeugdwet
Medewerker J	HBO Pedagogische wetenschappen	Leerling Begeleider	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	5x Wlz
Toeziethouders:	Opleidingsniveau:	Functie:	Aantal zorgvragers:	Indicatie:
Medewerker M	HBO Sociaal Pedagogische Hulpverlening	Toeziethouder	0 i.c.m. Toezichtlocatie	
Medewerker N	MBO niveau 3	Toeziethouder	0 i.c.m. Toezichtlocatie	
Medewerker O	MBO niveau 4 Sociaal Werker	Toeziethouder	0 i.c.m. Toezichtlocatie	

Peildatum: 01 januari 2025

## Hoofdstuk 3: Zorgaanbod

### 3.1 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'. 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 de Toezichtlocatie. Wanneer een zorgvrager vastloopt in zijn emotie, of in een situatie zit waarin hij geen uitweg ziet, is er op deze manier altijd toezicht aanwezig. De dienstdoende medewerker kan op deze momenten de benodigde lijnen uitzetten, de zorgvrager ondersteunen of zijn verhaal laten doen. Tevens wordt er door de dienstdoende medewerker proactief contact gezocht met de zorgvragers van TC. Dit wordt bewerkstelligd door op verschillende tijden ronden te lopen en zorgvragers gericht uit te nodigen voor een praatje of activiteit op de Toezichtlocatie.

Op de Toezichtlocatie is er op doordeweekse dagen van 08:30 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 de Toezichtlocatie. 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 de Toezichtlocatie etc. Met het inzetten van deze tussendienst wil SGH zich richten op meer nabijheid voor de zorgvrager. 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. Er zijn twee begeleiders aanwezig die zich beiden voor zorgvragers kunnen inzetten. Daarbij zorgt het aanbieden van deze twee diensten ervoor dat begeleiding zich kan richten op 'de zorg op maat bieden.' Zowel in de ongeplande zorg op de Toezichtlocatie als op de geplande zorgmomenten in de appartementen van de zorgvragers wordt er aandacht gegeven aan huishoudelijke ondersteuning, persoonlijke verzorging, emotieregulatie en toezicht begeleiding van vrije tijd.

Op de Toezichtlocaties is er op doordeweekse dagen van 17:00 uur – 22:00 uur een begeleider aanwezig. 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 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. Tijdens alle diensten kunnen er activiteiten ondernomen worden, waarbij de focus ligt op het bieden van een zinvolle invulling van de dag en het vergroten van de zelfstandigheid. De activiteiten worden kenbaar gemaakt in het zorgadministratiesysteem ZilliZ en op de Toezichtlocatie zelf. Daarnaast kunnen er in het weekend geplande en ongeplande individuele begeleidingsmomenten plaats vinden. In het weekend is er wederom van 22:00 uur – 08:30 uur een medewerker (toezichthouder) van Toezicht Nacht aanwezig.

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

Eenmaal per kwartaal wordt er een buurtgesprek georganiseerd op de Toezichtlocatie. Tijdens dit buurtgesprek krijgen zorgvragers de kans om elkaar beter te leren kennen, facilitaire zaken te bespreken etc. Dit buurtgesprek wordt geleid door de AC. Middels buurtgesprekken kan eventuele onrust ondervangen worden, kunnen mededelingen gedaan worden vanuit de organisatie en leren zorgvragers hoe je omgaat met burens.

### **3.2 Specialisatie Moeder & Kind**

Onder TC valt de Specialisatie Moeder & Kind (SMK). 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 NVO en SKJ geregistreerde SG werkt nauw samen in deze Moeder & Kind casuïstiek en coacht de betrokken begeleiding in samenwerking met de CMK. De hoofdbegeleider maakt in samenwerking met de moeder, CMK 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.

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

### **3.3 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. uit de jeugdwet.

Indien afgezien wordt van het opstellen van een familiegroepsplan omvat het uitvoeren van artikel 4.1.1 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 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 kindbeschermsmaatregel 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 kindbeschermsmaatregel 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.

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. Voor een SKJ-registratie moet je bijv. een hbo-opleiding Social Work hebben. Daarnaast moeten medewerkers een geaccrediteerd scholingsprogramma volgen om zich te laten scholen tot jeugd- en gezinsprofessionals vooraleer ze in aanmerking kunnen komen voor een SKJ-registratie". Er zijn manieren om met een mbo-diploma middels een EVC-traject een SKJ-registratie te behalen. In 2025 bekijkt SGH welke mogelijkheden hierin haalbaar zijn en is het streven dat er in 2025 twee medewerkers SKJ geregistreerd zijn. SGH werkt met verschillende organisaties samen, zoals WSG, Leger des Heils, CJG en het consultatiebureau en zoekt in de begeleiding deze partijen actief op.

### **3.4 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 de Toezichtlocatie 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 de Toezichtlocatie, 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](mailto:info@meeveluwe.nl).

### **3.5 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 (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.

### **3.6 Overkoepelende begeleiding TL**

Overkoepelend in de verschillende zorgaanbodmogelijkheden, worden er begeleidingsuren gedraaid door het Team Leidinggevenden. 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 gericht op de kwaliteit van zorg. Daarnaast kan de noodtelefoon 24-uur per dag gebeld worden bij calamiteiten of een acute zorgvraag. Bovendien ondersteunt Team Leidinggevende de begeleiders in iedere casus middels coördinatietaken en coaching.

### **3.7 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.

### **3.8 Wonen**

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

### **3.9 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. ZM ofwel SG neemt hierin de helikopterview en ondertekent het zorgplan. De AC of CMK leest mee en stuurt bij waar nodig. Jaarlijks vindt er een evaluatiegesprek plaats, waarbij het nieuwe zorgplan geëvalueerd en opnieuw vastgesteld wordt. Bij deze evaluatie wordt de mentor 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.

### **3.10 Zorginhoudelijk**

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

### **3.11 Overeenkomsten**

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

### **3.12 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.

### **3.13 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 de Toezichtlocatie benaderd kan/mag worden. De dienstdoende op de Toezichtlocatie 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.

### **3.14 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.

### **3.15 Cameratoezicht**

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

De camera's van de Toezichtlocatie 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 4: Kwaliteit waarborging op organisatieniveau

### 4.1 Beleid op gebied van samenwerking met relevante stakeholders

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

- Accountant
- Arboarts
- Bewindvoerders
- Brandweer
- BVKZ
- CIZ
- CJG
- Cliëntenraad
- Cliëntondersteuners
- Curatoren
- Externe opleiders
- Externe trainers (BHV)
- Gemeente Ermelo
- Gevolmachtigde
- GGD
- GGZ
- HKZ externe auditoren
- Jeugdzorgwerkers
- Leger des Heils
- Medewerkers
- MEE Veluwe
- Meerinzicht
- Mentoren
- Pensioenfonds
- Per Saldo
- Raad van Toezicht
- Salarisadministratiekantoor
- Sociaal wijkteam
- Stagebureaus
- SVB
- Tactus verslavingszorg
- UWV-arbeidsconsulenten
- Veilig Thuis
- Verhuurders
- Verzekeringspartijen
- Verzuimconsulenten
- Wijkagenten
- WSG
- Zorgkantoor
- Zorgvragers

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

Fysieke trainingen van stakeholders worden indien mogelijk, binnen het team van SGH weggezet bij een werknemer met de meest passende functie bij het aangeboden thema. De werknemer kan de verkregen informatie delen met zijn collega's en op deze wijze blijft SGH in zijn geheel actief in contact met zijn stakeholders en de actualiteiten.

## **4.2 Branchevereniging Kleinschalige Zorg**

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

### Citaat BVKZ:

*“Het zorglandschap kan niet zonder kleinschalige zorgaanbieders. De positie van de kleinschalige zorg moet continue bewaakt en besproken worden. Bij elke ontwikkeling stellen wij onszelf de vraag: “Wat betekent dit voor (de toekomst van) de kleinschalige zorgaanbieders?”. Wij brengen de kleinschalige zorg onder de aandacht bij het ministerie van VWS, de gemeenten, zorgkantoren, zorgverzekeraars en andere belangrijke partijen”.*

### Visie BVKZ:

*Persoonlijke zorg en individuele aandacht is voor iedere zorgvrager beschikbaar. Ieder mens is anders en dat zien wij. Iedere zorgvrager heeft een vraag met individuele wensen en behoeften en daar wordt rekening mee gehouden. Kleinschalige zorgaanbieders kijken naar de individuele zorgvrager en stemmen de zorg/ondersteuning hierop af. Daarmee is iedere zorgverlening passend en op maat. Zorgverleners krijgen de ruimte om vanuit de bedoeling en hun vakmanschap de juiste keuzes te maken. BVKZ creëert de ruimte voor kleinschalige zorgaanbieders om op professionele wijze inhoud te geven aan innovatie en ondernemerschap. Bron: [www.bvkz.nl](http://www.bvkz.nl) (2024)*

## **4.3 Wet Toetreding Zorgaanbieders**

*“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”. Bron: [www.toetredingszorgaanbieders.nl](http://www.toetredingszorgaanbieders.nl) (2024)*

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. Als je een startende óf bestaande zorg- of jeugdhulpaanbieder bent, krijg je hiermee te maken.

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

SGH valt onder de Wtza en is vermeld in het landelijk register zorgaanbieders (zorgaanbiedersportaal overheid CIBG). 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.

### AGB-code

Onze AGB-code is: 41521043.

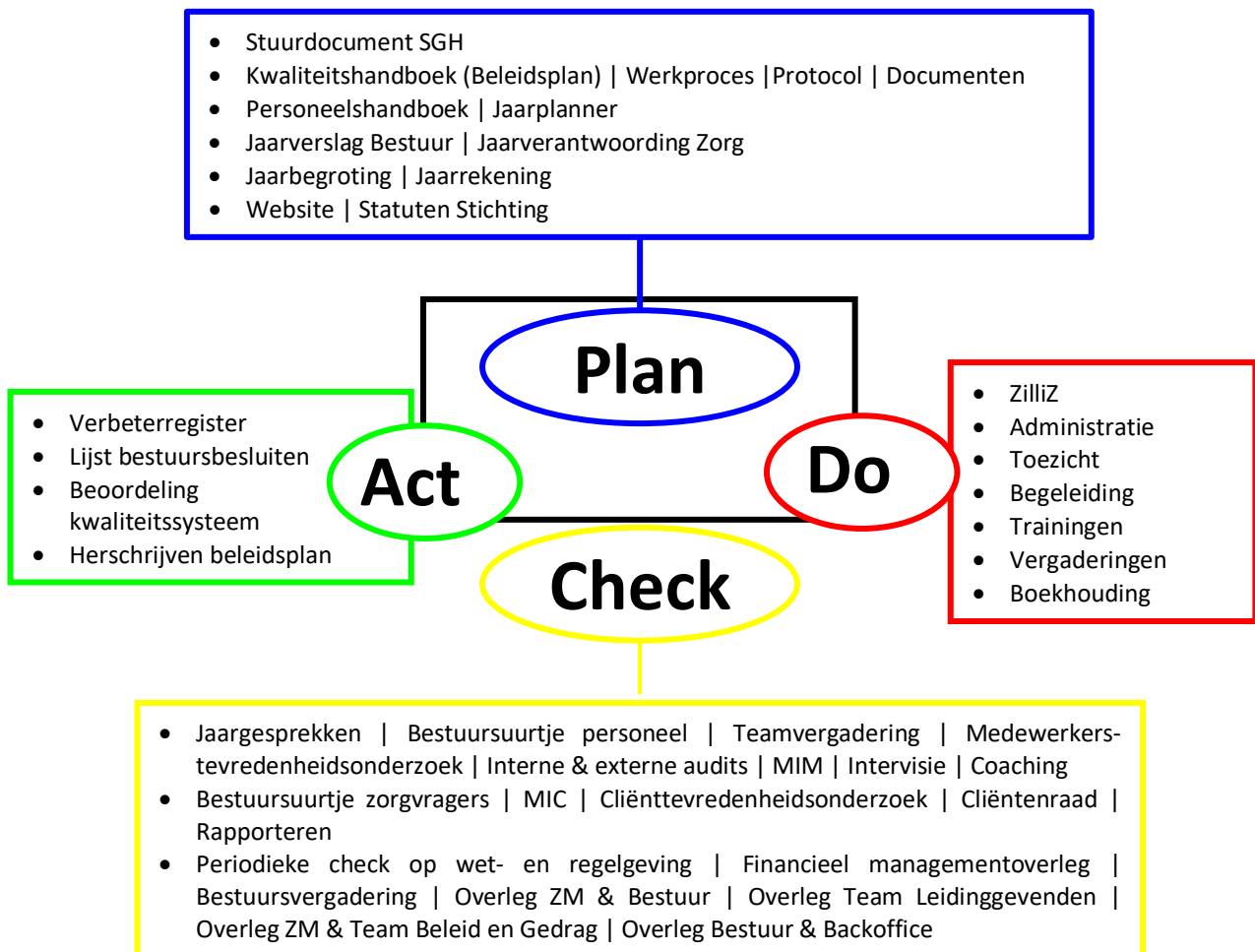
#### 4.4 HKZ certificering

SGH heeft op 6 juli 2023 het keurmerk HKZ-kwaliteitsmanagementsysteem voor Zorg en Welzijn behaald. Het keurmerk van HKZ (Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector) 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 is dit keurmerk geëvalueerd en heeft SGH haar certificering zonder verplichte hervormingen behouden. In Juni 2025 staat het volgende externe assessment op de agenda en in maart 2026 volgt de recertificering HKZ.

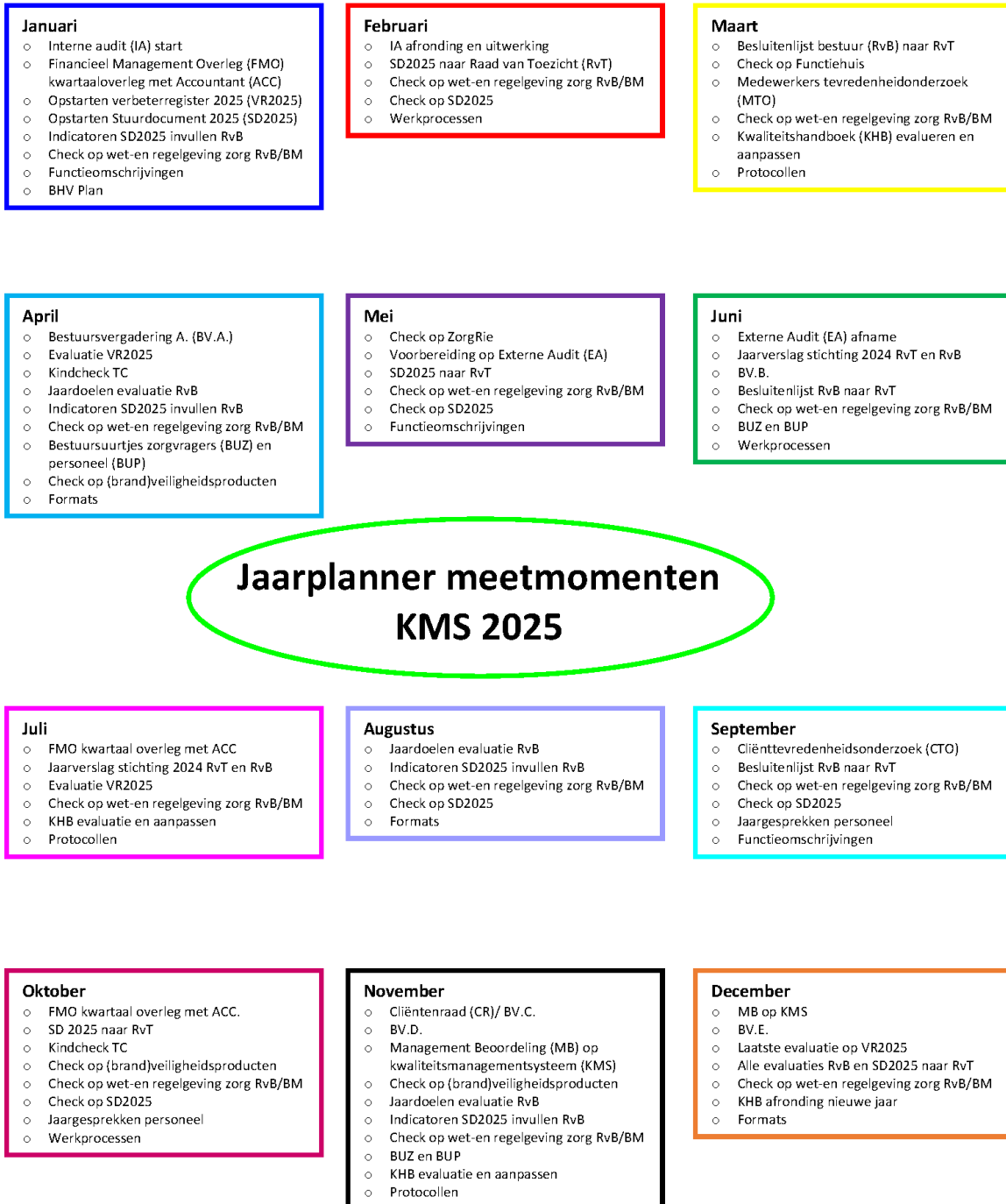
#### 4.5 Visueel kwaliteitsmanagementsysteem

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



## 4.6 Visuele jaarplanner meetmomenten KMS

Om de kwaliteitsstandaard te borgen, vinden er maandelijks meetmomenten van het kwaliteitsmanagementsysteem (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.



## 4.7 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 iedere 3 jaar te inventariseren met een Risico-Inventarisatie en Evaluatie (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. SGH heeft in mei 2024 de laatste RI&E uitgevoerd.

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.

#### **4.7.1 Inhoud en organisatie RI&E**

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

#### **4.7.2 RI&E en Calamiteitenplan**

Binnen SGH wordt de RI&E uitgevoerd met ZorgRIE; het brancheRIE-instrument met een erkenning voor een lichte toetsing. Voor de gehele organisatie geldt een eis voor een actuele RI&E. Concreet houdt dit in dat, als er proces- of organisatieaanpassingen gaan plaatsvinden, er vooraf wordt nagegaan of de bestaande RI&E deze nieuwe situatie afdekt. Zo niet, dan dient de RI&E (deels) hernieuwd te worden. De RI&E voor SGH is op 08 mei 2024 afgenomen.

#### **4.8 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. Zij ondersteunt de RvB bij het uitvoeren van het Arbeidsomstandighedenbeleid en het realiseren van de doelstellingen op alle locaties en bij alle activiteiten binnen haar werkgebied. Zij voert, in opdracht van de RvB, coördinerende en uitvoerende taken op het gebied van arbeidsomstandigheden uit, zoals:

- Coördineren RI&E en opstellen onderdeel Arbo in het jaarplan;
- Incidentenondersteuning;
- Werkplekonderzoek en locatieonderzoek;
- Organiseren BHV-trainingen;
- Opstellen van vlucht- en ontruimingsplannen en het uitvoeren van ontruimingsoefeningen;
- Controleren van blusmiddelen en BHV-tas;
- Onderhouden contacten met de brandweer en hulpdiensten (uitsluitend op preventieve aspecten).
- Teambreed in de praktijk bruikbare en concrete informatie delen en herhalen van BHV gerelateerde zaken, EHBO-handelingen, waar de aanwezige AED's hangen etc.

## Hoofdstuk 5: Kwaliteit waarborging op medewerker niveau

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](http://www.groenhulpverlening.nl).

### 5.1 Bejegening en gedragscode medewerkers

Ten aanzien van de bejegening van de zorgvragers van SGH wordt een interne gedragscode gehanteerd. Elke medewerker van SGH dient de zorgvrager met respect te benaderen. Respect blijkt allereerst uit een professionele houding. Bij een correcte bejegening gaat het echter om méér dan medemenselijkheid. De begeleider wordt tevens geacht beroepsmatig bezig te zijn, dat wil zeggen dat hij ervoor geleerd heeft om met bepaalde problemen en gedragingen om te gaan en 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.

#### 5.1.1 Criteria bejegening

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

### 5.2 Opleidingsplan

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.

#### 5.2.1 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 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.

## 5.2.2 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.
- Medewerkerstevredenheidsonderzoek (MTO): inzicht verkrijgen in de wensen en behoefte van de medewerkers.

## 5.2.3 Waarborgen kwaliteit

Opleidingen en trainingen moeten voldoen aan de volgende minimale kwaliteitseisen:

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

## 5.2.4 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



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

### 5.4 Het omgaan met dilemma's

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

### 5.5 Gedragscode

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

#### 5.5.1 Uitgangspunt

In deze gedragscode komt naar voren wat de belangrijkste uitgangspunten van SGH zijn en welke richtlijnen er gehanteerd worden in de interactie met de zorgvragers en samenwerkende partijen. Uitgangspunt is dat begeleiders zich in de omgang met elkaar, 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.

### **5.5.2 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 (hoofd)begeleiders van SGH:

- Benaderen elkaar op een respectvolle manier en houden rekening met elkaar;
- Hebben respect voor elkaars levensbeschouwing, waarden en normen;
- Respecteren elkaars eigendommen en gaan zorgvuldig om met andermans eigendommen;
- Discrimineren niet in woord of in daad;
- Intimideren niet in woord, gebaar of in de vorm van fysieke uiting;
- Gebruiken geen drugs;
- Roken niet in het bijzijn van zorgvragers;
- Maken geen misbruik van alcohol;
- Dragen geen (steek) wapens bij zich tijdens het werken bij 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 inkijk, geen strapless shirt/jurk;
- Dragen geen hoofddekseels bij de zorgvragers of andere publieke contactmomenten.

### **5.5.3 Toezicht en naleving**

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

Indien er sprake is van 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.

#### 5.5.4 Evaluatie

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

#### 5.6 Meldcode

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

##### 5.6.1 Waarvoor is een meldcode

Wij als professionals hebben een bijzondere verantwoordelijkheid voor de veiligheid van de zorgvragers met wie wij binnen ons werk te maken hebben. Wij zijn degenen die in actie moeten komen als er mogelijk sprake is van (kinder)mishandeling of huiselijk geweld. SGH heeft een protocol meldcode opgesteld, welke uitlegt hoe wij als professionals handelen als wij een vermoeden van mishandeling hebben. Zorgen over een kind hoeven niet op kindermishandeling of huiselijk geweld te duiden. Volgens het Internationaal Verdrag inzake de Rechten van het Kind zal het belang van het kind altijd de eerste overweging moeten zijn wanneer er beslissingen worden genomen die een kind raken. De Meldcode Huiselijk Geweld en Kindermishandeling is één van de instrumenten om mishandelde kinderen eerder in beeld te krijgen en te beschermen tegen (meer) geweld in hun thuissituatie. Het Basismodel Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling biedt professionals een concreet stappenplan om zorgvuldig te handelen wanneer zij vermoeden dat een kind thuis mishandeld, verwaarloosd of seksueel misbruikt wordt. Het doorlopen van het onderdeel kind check in de Meldcode Huiselijk geweld en Kindermishandeling zal door betrokken begeleider in samenwerking met de ZM en CMK uitgezet worden.

##### 5.6.2 Hoe werkt de meldcode

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

##### 5.6.3 Beroepsgeheim en de meldcode

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

##### 5.6.4 Informatie over de meldcode

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

#### 5.7 Melding incidenten

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

##### 5.7.1 Begrippen

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

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

Voorbeelden van incidenten die gemeld moeten worden zijn:

- Valincidenten;
- Agressie incidenten;
- Inname schadelijke stoffen;
- Brandincidenten, verbranding;
- Misbruik, ook vermoeden van misbruik;
- Medicatie 'fouten.'

### 5.7.2 Calamiteiten

Voorbeelden van calamiteiten die gemeld moeten worden zijn:

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

Directe hulp na incident

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

### 5.7.3 Procedure

- Nadat de situatie onder controle is neemt de medewerker eventueel samen met de zorgvrager contact op met de wettelijk vertegenwoordigers van de zorgvrager, wanneer het incident merkbare gevolgen heeft voor de zorgvrager of waarvan aanneembaar is dat die nog merkbare gevolgen voor de zorgvrager kunnen hebben.
- De medewerker neemt contact op met de wettelijk vertegenwoordigers van de veroorzaker van het incident (indien nodig).
- De medewerker meldt het incident zo spoedig mogelijk bij de AC. Hierbij wordt onder meer afgestemd, in overleg met de ZM, of het incident gemeld dient te worden bij de IGJ en/of andere autoriteiten en zo ja, wie de melding zal doen (begeleider of TL).
- De medewerker verzamelt gegevens over de zorgvrager(s) en de situatie en vult het MIC en/of MIM-formulier in Zilliz in; zie 'werkproces Crisisituatie'. 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.

#### 5.7.4 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.

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

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

De calamiteit kan gemeld worden middels de website: <https://mijn.igj.nl/index.html>.

#### 5.7.5 Systematische monitoring op meldingen

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

### 5.8 Interne audit

#### Methode

Vanuit SGH wordt ten minste eenmaal in de 12 maanden een interne audit uitgevoerd. Een interne audit kun je zien als een spreekwoordelijke thermometer die je in een gedeelte van de organisatie steekt, om te kijken wat er goed gaat en wat er minder goed gaat. Hierop kun je als organisatie interne verbeteringen doorvoeren. Dit draagt bij aan een open bedrijfscultuur, waarbij een lerende houding centraal staat. Dit is essentieel voor een zorgaanbieder. Tijdens een interne audit wordt gebruik gemaakt van interviews. Onderwerpen die bij de interne audit wordt ingezet, worden gekozen door de ZM en de BM in overleg met de RvB, naar aanleiding van signalen vanaf de werkvloer of vanuit TL. De gekozen interne audits worden vermeld in het stuurdocument en komen terug op de jaarplanner.

Onderwerpen die aan bod kunnen komen;

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

#### Uitvoering

Om het onderzoek objectief te laten verlopen kunnen de interne audits jaarlijks afgenomen worden door een steeds wisselend personeelslid; dit personeelslid toont zichzelf betrokken en betrouwbaar. Ook sluit het interviewen en de

verwerking hiervan aan bij de capaciteiten en de ambitie van het personeelslid. De ZM zal het personeelslid hierop selecteren en benaderen voor de uitvoering en een eerste verwerking van de interne audits. De BM werkt mee in het opzetten van de interviews en het analyseren en vastleggen van de uiteindelijke resultaten.

#### Setting

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

#### Verwerking

De interviews zijn afhankelijk van het onderwerp van de interne audit anoniem voor RvB en gehele organisatie. De interviewer van de interne audits zal de interviews overdragen aan de ZM, welke ze samen met de BM verder zal verwerken. De interviews zullen verder verwerkt worden middels de SWOT -analyse. Een tijdslijn hiervoor is terug te vinden in de jaarplanner.

#### Acties

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

### **5.9 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.

### **5.10 Vertrouwenspersoon**

Medewerkers kunnen op hun werk geconfronteerd worden met vormen van ongewenst gedrag, zoals pesten, seksuele intimidatie, ongewenste intimiteiten, discriminatie en agressie. Het is prettig als een getroffen medewerker met zijn problemen terecht kan bij een vertrouwenspersoon binnen de organisatie. 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.

### **5.11 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.

## 5.12 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 aanmelding tot start nieuwe zorgvrager
- Werkproces agressie
- Werkproces beveiligde mail via ZilliZ
- Werkproces brand- en rookalarm
- Werkproces checklist oplevering woning
- Werkproces cliënttevredenheidsonderzoek afnemen
- Werkproces controlerende WTC
- Werkproces crisissituatie
- Werkproces dag- en avonddienst
- Werkproces doorschakelen noodlijn TL
- Werkproces evaluatie zorgplan
- Werkproces exit/verhuizing zorgvrager
- Werkproces IB-momenten
- Werkproces instellen mailaccount
- Werkproces intake
- Werkproces intervisie
- Werkproces invullen urenregistratie
- Werkproces inwerken nieuwe collega
- Werkproces inzet diensten rooster en feestdagen
- 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 rapporteren
- Werkproces slaapdienst
- Werkproces sollicitatieprocedure
- Werkproces spoedreparaties zorgwoningen
- Werkproces start nieuwe collega
- Werkproces start nieuwe zorgvrager
- Werkproces stroomschema reiskosten
- Werkproces toezichthouders nacht
- Werkproces tussendienst
- Werkproces tussentijds evaluatiemoment
- Werkproces uitlezen wildcamera
- Werkproces verlof aanvragen
- Werkproces vervanging WTC
- Werkproces verwerken gegevens cliënttevredenheidsonderzoek
- Werkproces voicemail
- Werkproces wat te doen bij prik- snij- spatincidenten
- Werkproces werkbeschrijving Signal
- Werkproces ziekmelding
- Werkproces zorgplan
- Werkproces werkbeschrijving Signal

### 5.13 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 agressie
- 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 inzet PGB
- Protocol kosten huurder - verhuurder
- Protocol meldcode
- Protocol melden van dierenmishandeling
- Protocol noodtelefoon
- Protocol privacyreglement SGH
- Protocol privacyverklaring zorgvragers (AVG)
- Protocol rapporteren
- Protocol richtlijn voor medewerkers om de privacy van zorgvragers te waarborgen
- Protocol social media, mail- en internetgebruik
- Protocol stroomschema zwangerschap - baby
- Protocol suïcideprotocol
- Protocol zwangerschap



## 5.14 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 aftekenlijst toezicht inzetten
- Format agenda cliëntenraad bijeenkomst
- Format beoordeling van de opleiding/training
- Format beoordelingsformulier
- Format brief uit zorg
- Format checklist in dienst stagiaire
- Format checklist nieuwe zorgvrager
- Format cliënttevredenheidsonderzoek
- Format coaching
- Format cirkel van invloed
- Format data-lek register
- Format evaluatie zorgplan
- Format exit gesprek
- Format familiegroepsplan
- Format intake
- Format interne audit
- 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 personaliaformulier medewerkers
- Format personaliaformulier stagiaires
- Format persoonlijk ontwikkelplan
- Format plan van aanpak verhuizing
- Format planning personeel
- Format risicotaxatie
- Format toestemmingsformulier kind
- Format toestemmingsformulier
- Format tussentijds evaluatiemoment
- Format verwerking coaching gesprek
- Format voorwaarden en checklist oplevering woning
- Format zelfredzaamheidmatrix
- Format zorgbeschrijving ambulante begeleiding
- Format zorgbeschrijving toezichtlocatie
- Format zorgbeschrijving
- Format zorgbeschrijving wooninitiatief
- Format zorgplan kind
- Format zorgplan

## Hoofdstuk 6: Kwaliteit waarborging op cliëntniveau

### 6.1 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.

#### 6.1.1 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*

#### 6.1.2 Vereisten klacht

Een klacht kan alleen in behandeling worden genomen als:

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

#### 6.1.3 Behandeling Klacht

Een ingediende klacht zal zo spoedig mogelijk worden behandeld door de 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 zorgmanager (ZM) van Stichting Groen Hulpverlening (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  
Westende 14A  
1601 BJ Enkhuizen*

## **6.2 Cliënttevredenheidsonderzoek**

Binnen SGH wordt er éénmaal in de 12 maanden een cliënttevredenheidsonderzoek (CTO) 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 IGJ. 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 en stickers met QR-codes erop gemaakt en uitgedeeld, om het op deze manier uitnodigend, makkelijk en laagdrempelig te maken voor de zorgvragers. De BM onderneemt actie wanneer er onvoldoende respons is geweest en probeert het invulpercentage te verhogen, door de zorgvragers, via de hoofdbegeleiders, 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 en 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.

### **6.2.1 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.

### **6.2.2 Setting**

De vragenlijst wordt ingevuld in de veilige leefomgeving van de zorgvrager, zodat de zorgvrager zich veilig en vertrouwd voelt tijdens het invullen van het 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.

### **6.2.3 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.

### **6.2.4 Conclusies**

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

Hierin komen de volgende punten naar voren:

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

### 6.2.5 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?

### 6.2.6 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.

## 6.3 Cliëntenraad

Vanuit SGH is er, vanuit de Wet medezeggenschap cliëntenraad 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.

### 6.3.1 Promotie cliëntenraad

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

### 6.3.2 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 4 passende kandidaten, één afgevaardigde per zorgproduct. Maar in ieder geval en tenminste 1 afgevaardigde in de CR per 10 zorgvragers. Daarnaast zijn de AC, 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.

### 6.3.3 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 AC, 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.

### **6.3.4 Instellingsbesluit**

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

### **6.3.5 Geschillen**

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

## **6.4 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 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<sup>e</sup> 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. BO, AC, 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.

## **6.5 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 TC 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.

## 6.6 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 TC 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. Bij twijfel gaat er altijd een medewerker heen. 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.

## 6.7 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 de TC van SGH.

### 6.7.1 Huisregels algemeen

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

### 6.7.2 Gedragsregels en omgangsnormen algemeen

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

### 6.7.3 Huisregels Wooninitiatief Toezichtlocatie Centrum

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

## Hoofdstuk 7: Interne SWOT analyse

### 7.1 Interne SWOT Analyse

Sterktes	Zwaktes
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Er wordt 'zorg op maat' geboden.</li> <li>• Er is een goede samenwerking met ketenpartners in de omgeving.</li> <li>• Uniek concept door individuele begeleiding te combineren met laagdrempelig toezicht met Specialisatie op Moeder &amp; Kind.</li> <li>• Persoonlijke benadering wegens kleinschaligheid; iedereen kent elkaar; je bent geen nummertje.</li> <li>• <i>Out-of-the-box</i> kunnen denken.</li> <li>• Snel kunnen schakelen vanwege korte lijnen.</li> <li>• Levering vanuit PGB maakt dat de administratieve plicht lager ligt en dus meer begeleiding in de praktijk mogelijk maakt, ofwel de spreekwoordelijke; 'handen aan het bed'.</li> <li>• Zorgvragers beoordelen SGH met een 8, zij voelen zich prettig binnen de organisatie.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Communicatie vanuit BO/TL/RvB op voor personeel lastige en of belangrijke onderwerpen, en terugkoppelingen vanuit RvB zijn te kort van stof, dit veroorzaakt stres bij personeel. Voelt als niet serieus genomen worden als personeel.</li> <li>• Grote veranderingen binnen het beleid, doordat wet- en regelgeving veranderd, leveren op de werkvloer voor zorgvragers veel stress op.</li> <li>• De zorgwoningen van SGH zijn vaak niet schoon of opgeruimd.</li> <li>• Jaarplanner is niet duidelijk voor personeel</li> <li>• Niet alle belangrijke zaken worden gerapporteerd in ZilliZ.</li> <li>• Opleidingsplan wordt niet gevolgd, omdat het lastig is als kleine organisatie, langdurige ziekte op te vangen op sleutelposities.</li> </ul>
Mogelijkheden	Bedreigingen
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Er komt een nieuwe jaarplanner die ontwikkeld wordt door de backoffice vanuit de feedback van collegae in 2025.</li> <li>• Er is in 2024 een werkgroep opgezet die samen met de zorgvragers gaan onderzoeken hoe zij de zorgwoningen hygiënisch en schoon krijgen.</li> <li>• Personeel wordt gecoacht door TL om correct te rapporteren; tijdens de algemene vergaderingen wordt standaard de MIC en MIM-registratie besproken en het belang van alle zaken rapporteren.</li> <li>• Verbeterpunten worden duidelijk opgepakt middels het verbeterregister en hierover volgt maandelijks een update vanuit RvB naar betrokkenen.</li> <li>• Feedback wordt met open armen ontvangen door de organisatie binnen de verschillende disciplines; verandering begint bij je openstellen.</li> <li>• In 2025 komt er een haalbaar opleidingsplan, waarin trainingen verdeeld worden onder verschillende disciplines binnen het team.</li> <li>• Er wordt breder vanuit het team met het stuurdocument gewerkt.</li> <li>• Inzet van een duidelijke planning m.b.t. jaarlijkse meetmomenten.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Er verandert, wegens frequente wijzigingen in de wet- en regelgeving, regelmatig iets in de structuur en organisatie van het zorgaanbod.</li> <li>• Begeleiding krijgt te maken met aanbiedingen van concullega's wegens krapte op de arbeidsmarkt, wat maakt dat personeel komt en gaat, lastig om langere tijd met hetzelfde team te draaien.</li> <li>• Financiële draagkracht verminderd door de verhogingen op salarissen en de inflatiedruk, maar het tarief groeit niet zo snel mee. Waardoor er minder ruimte is voor externe trainingen.</li> <li>• Zorgvragers en medewerkers begrijpen niet altijd waarom acties uitgezet worden en kunnen niet altijd meegenomen worden in het denkproces op bestuurlijk niveau.</li> <li>• Kwaliteitsmanagementsysteem wordt niet breed gedragen omdat door langdurige ziekte te veel op iedereen z'n spreekwoordelijk bordje komt te liggen.</li> </ul>



## 7.2 Acties

- Er komt een nieuwe jaarplanner die ontwikkeld wordt door de backoffice vanuit de feedback van collega's in 2024. Dit zal een gecombineerde versie worden van zowel 2023 als die van 2024. SGH hoopt hiermee in 2025 de best mogelijke versie te hebben ontwikkeld, zodat deze jaarplanner ingezet kan worden als een kracht binnen de organisatie.
- Er is in 2024 een werkgroep opgezet die samen met de zorgvragers gaan onderzoeken hoe zij de zorgwoningen hygiënisch en schoon krijgen. Dit zal terugkomen in het verbeterregister en op deze wijze zal dit in kaart worden gebracht en worden gemonitord in 2025.
- Personeel wordt gecoacht door TL om correct te rapporteren. Tijdens de AV wordt standaard de MIC en MIM-registratie besproken en het belang om alle zaken te rapporteren. Coaching op aanvraag en n.a.v. signalen zal hiervoor worden ingezet.
- Verbeterpunten worden duidelijk opgepakt middels het verbeterregister en hierover volgt maandelijks een update vanuit de RvB naar betrokkenen. Aan het eind van ieder jaar komt er een eindevaluatie en een verslag, zodat voor iedereen helder is wat er gebeurd is met de verbeterpunten.
- Feedback wordt met open armen ontvangen door de organisatie en binnen de verschillende disciplines; verandering begint bij je openstellen. Het is belangrijk dat we blijven luisteren naar elkaar, welke rol je ook hebt binnen de organisatie, we hebben elkaar allemaal hard nodig, vanuit deze houding kun je leren en verbeteren. Daarnaast bevordert het onze open bedrijfscultuur.
- In 2025 komt er een haalbaar opleidingsplan, waarin trainingen verdeeld worden onder verschillende disciplines binnen het team. Hiermee hoopt SGH bepaalde onverwachte situaties goed op te kunnen vangen, zodat de trainingen altijd doorgang kunnen vinden. Dit ter bevordering van de professionaliteit van het team.
- Er wordt breder vanuit het team met het stuurdocument gewerkt; desbetreffende worden intern opgeleid. Dit resulteert erin dat er efficiënter gewerkt wordt en dat het stuurdocument een dynamisch groeidocument wordt, wat het KMS ten goede komt.
- Inzet van een duidelijke planning m.b.t. jaarlijkse meetmomenten: door het visualiseren van de jaarlijkse terugkerende meetmomenten, wordt er meer overzicht gecreëerd en kan er beter gecheckt worden of het spreekwoordelijke cirkeltje weer rond is gemaakt.

## 7.3 Communicatie

De verbeterpunten en de acties die hierop volgen, zullen worden meegenomen in het verbeterregister van 2025. Maandelijks zal de RvB toezien en instrueren op het evalueren en integreren van het verbeterregister door TL en team SGH. Uitgezette acties zullen worden vastgelegd in het register en waar nodig zal dit gecommuniceerd worden binnen het team van SGH middels ZilliZ of via de mail. Jaarlijks zal het verbeterregister besproken worden tijdens de CR bijeenkomst waar ook de RvB en RvT onderdeel van uitmaken, zodat voor iedereen helder is welke stappen er binnen de organisatie gezet worden. Tevens wordt het verbeterregister aan het einde van het jaar, in de maand december, besproken en geëvalueerd door ZM en RvB tijdens het wekelijks overleg. Het verbeterregister zal dan naar aanleiding van deze bespreking worden vastgesteld door de ZM voor dat jaar en door de RvB doorgezet worden ter informatie naar de RvT.

## Hoofdstuk 8: Organisatie op microniveau

### 8.1 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:* 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:* Gerichte ondersteuning voor moeders (binnen onze doelgroep) bij onder andere zwangerschap, opvoeding of omgang met kind(eren), dit specialisme is onderdeel van TC.
- *Ambulante begeleiding 24-uurs zorg in de nabijheid:* Voor zorgvragers met een Wlz indicatie 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.

### 8.2 Doelgroep

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

### 8.3 Indicaties

SGH werkt met de volgende indicaties:

- Wlz
- Wmo
- Jeugdbepaling

### 8.4 Leveringsvorm

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

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

- VG03 t/m VG07
- 1GGZ-W t/m 3GGZ-W
- Wmo indicatie; begeleiding individueel (wij bedienen enkel uitstromers)
- Bepaling Jeugdzorg (art. 3.5 Jeugdwet); gespecialiseerde individuele begeleiding
- LG2 indicatie

### 8.5 Diagnose

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

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

Leidend is dat de zorgvragers 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.

Daarnaast hebben zij meestal een beperking in het cognitieve functioneren.

Kenmerkend voor onze zorgvragers is dat zij bijvoorbeeld:

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

De individuele gedragskenmerken geven richting aan de ondersteuning en begeleiding die 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.

## **8.6 Leeftijden**

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

## **8.7 Criteria**

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

- Zorgvragers moeten zelf graag zorg willen ontvangen; gemotiveerd zijn.
- Zorgvragers nemen vrijwillig deel aan onze zorg.
- Zorgvragers vertonen geen extreem persoonlijk gericht agressief gedrag.
- Zorgvragers moeten in staat zijn om gestelde leefregels en gedragscodes binnen de locaties/(zorg)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.

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

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

Zo wordt rekening gehouden met de volgende criteria:

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

## 8.9 Contra-indicatie

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

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

N.a.v. 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.

## 8.10 Aantal zorgvragers

Product	Aantal
Toezichtlocatie Centrum	8
Specialisatie Moeder & Kind	7
Ambulante begeleiding: Wmo	1
Ambulant begeleiding: 24 uren zorg in de nabijheid	6
<b>Totaal</b>	<b>22</b>

Peildatum: 01 januari 2025

## **8.11 Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling**

SGH hanteert een meldcode, waarin stapsgewijs wordt aangegeven hoe er 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.

### **8.11.1 Signalen in kaart brengen/houden**

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

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

### **8.11.2 Bespreken van signalen**

Wanneer er signalen zijn van huiselijk geweld en/of kindermishandeling worden deze direct door de hoofdbegeleider met de zorgvrager besproken om een open en transparante communicatie te kunnen behouden. Deze signalen worden ook gerapporteerd in ZilliZ en meegenomen in het overleg TL om de juiste vervolgstappen te kunnen bepalen. Hierin wordt het werkproces meldcode van huiselijk geweld kindermishandeling opgevolgd, welke te vinden is op het intranet van ZilliZ. Het nalopen van het werkproces meldcode pakt de betrokken begeleider op met betrokken coördinator, betrokken coördinator houdt vervolgens de lijnen kort met de ZM en de RvB.

### **8.11.3 Gesprek voeren met betrokkene(n)**

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

### **8.11.4 Wegen van de signalen van huiselijk geweld of kindermishandeling**

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

### **8.11.5 Hulp organiseren of melden**

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

## Hoofdstuk 9: Organisatie op mesoniveau

### 9.1 Ketenpartners

SGH werkt met verschillende ketenpartners uit de omgeving samen;

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

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

### 9.2 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.

*Bron: Ermelo in feiten en cijfers — Omgevingsvisie Ermelo (dec. 2024)*

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 dan wel studio.

### **9.3 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 de Toezichtlocatie of zorgwoningen. SGH moet het daarom voornamelijk hebben van de kracht van mond tot mondreclame en de aanbevelingen/doorverwijzingen van ketenpartners en derden.

### **9.4 Indicaties op gemeenteniveau**

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

### **9.5 Locaties**

#### Kantoren

Hoofdkantoor: Kerkdennen 58 te Ermelo

Kantoor TC: Stationsstraat te Ermelo

#### Woningen Wooninitiatief Toezichtlocatie Centrum:

6

#### Woningen Toezichtlocatie:

7

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

2

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

## Hoofdstuk 10: Organisatie op macroniveau

### 10.1 Wet- en regelgeving

SGH valt onder de volgende wet- en regelgeving:

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

#### 10.1.1 Wet maatschappelijke ondersteuning

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

Deze taken en verantwoordelijkheden zijn:

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

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

SGH biedt individuele begeleiding op onderstaande gebieden:

- hulp bij de administratie (overzicht krijgen over facturen, overeenkomsten, verzekeringen, enzovoort);
- hulp bij het boodschappen doen;
- hulp met het afhandelen van post;
- emotieregulatie;
- vergroten van de zelfredzaamheid;
- netwerk vergroten ten behoeve van de zelfstandigheid.

Bron: *Wmo (Wet maatschappelijke ondersteuning): wat is het? (zorgwijzer.nl - nov 2023)*

#### 10.1.2 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.



### 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.

*Bron: Jeugdwet | Nederlands Jeugdinstituut (nji.nl – nov 2023)*

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

### Jeugdhulpaanbieders:

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

*Bron: 201405\_factsheet\_kwaliteitseisen\_jeugdhulpaanbieders.pdf (vng.nl – nov 2023)*

### **10.1.3 Wlz**

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

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

- Iemand zichzelf niet meer kan redden in de maatschappij.
- Er sprake is van ernstige verwaarlozing.
- Er sprake is van 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. Bron: *Wlz (Wet langdurige zorg): Betekenis, Indicatie & Aanvragen (zorgwijzer.nl – nov 2023)*

#### 10.1.4 PGB

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

##### Bij een persoonsgebonden budget (PGB):

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

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

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

*Bron: Handreiking Wkkgz voor zzp'ers | Brochure | Rijksoverheid.nl (nov 2023)*

#### 10.1.5 Wkkgz

De overheid wil dat iedereen goede zorg krijgt. Daarom heeft de overheid wettelijk vastgelegd wat goede zorg precies inhoudt. En wat er moet gebeuren als mensen een klacht hebben over de zorg. Dit staat in de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz). *Bron: Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) | Kwaliteit van de zorg | Rijksoverheid.nl (nov. 2023)*

#### 10.1.6 Kwaliteitskader Jeugd

Het Kwaliteitskader Jeugd beschrijft in welke situaties, omstandigheden en/of voor welke werkzaamheden en verantwoordelijkheden een geregistreerde professional moet worden ingezet (of een beroepsbeoefenaar die werkt in combinatie met, of onder verantwoordelijkheid van een geregistreerde professional) én het bakent af in welke gevallen en/of voor welke werkzaamheden een niet-geregistreerde professional kan worden ingezet. Het Kwaliteitskader Jeugd biedt werkgevers een leidraad bij het maken van een afweging bij de werktoedeling. Uiteraard moeten daarbij de taken zo worden toebedeeld dat juist die professional, die beschikt over de noodzakelijke kennis en vaardigheden passend bij de werkzaamheden, wordt ingezet. Deze professional moet zodanig worden ingezet dat deze kan werken met in achtname van zijn professionele standaard. De Inspecties zullen hun toetsingskader ten aanzien van de norm van verantwoorde werktoedeling baseren op het Kwaliteitskader Jeugd. Parallel aan het operationaliseren van de norm van de verantwoorde werktoedeling is er blijvende aandacht nodig voor de ontwikkeling van professionals. *Bron: kwaliteitskader-Jeugd-v2.1.pdf (skjeugd.nl – nov. 2023)*

#### 10.1.7 WMCZ

Sinds 1 juli 2020 geldt de nieuwe Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen 2018 (Wmc 2018). Deze wet regelt de medezeggenschap van cliënten van vrijwel alle zorgaanbieders – van ziekenhuizen, revalidatiecentra, gehandicaptenzorg en geestelijke gezondheidszorg tot verslavingszorg, eerstelijnszorg en ouderenzorg. De wettekst beschrijft onder meer de inrichting van cliëntenraden en het organiseren van inspraak voor cliënten in de langdurige zorg en hun naasten. *Bron: Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen 2018 – Het LSR (nov. 2023)*

### 10.1.8 WTZA

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

*Bron: [www.support.zorgwerk.nl](http://www.support.zorgwerk.nl) (nov. 2023)*

Sinds 2024 werkt SGH met meer dan 10 zorgverleners. Dit heeft ertoe geleid dat er een vergunningsaanvraag gedaan is bij Wtza. Hier is echter nog geen uitsluitel op vanwege lange wachttijd en de verwerkingstijd.

### 10.2 Zorgkantoor

Zorgkantoren zorgen ervoor dat mensen de juiste langdurige zorg krijgen en voeren de regeling persoonsgebonden budget (PGB) uit. Zorgkantoren zorgen ervoor dat iedereen met een indicatie voor de Wet Langdurige zorg (Wlz) de juiste zorg krijgen. Het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) geeft deze indicaties af. De zorgkantoren regelen de zorg voor een verzekerde met een indicatiebesluit voor de regeling voor het persoonsgebonden budget (PGB) uit. Het zorgkantoor werkt vanuit de rijksoverheid. *Bron: [Zorgkantoren | Contact | Rijksoverheid.nl](#) (nov 2023)*

### 10.3 CIZ

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

Het CIZ levert zelf geen zorg. *Bron: [Wat is de Wet langdurige zorg? – CIZ](#) (nov. 2023)*

### 10.4 CAO gehandicaptenzorg

De CAO Gehandicaptenzorg 2021-2024 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. *Bron: [CAO Gehandicaptenzorg 2021-2024 | Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland](#) (vgn.nl – nov. 2023)*

### 10.5 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). *Bron: [Privacywetgeving | Autoriteit Persoonsgegevens](#) (nov. 2023)*

De Jeugdwet, de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en de Wet langdurige zorg (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.

# Hoofdstuk 11: Externe SWOT analyse

## 11.1 Externe SWOT analyse

Sterktes	Zwaktes
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Persoonlijke samenwerking met ketenpartners.</li> <li>• Sterke positie in de markt door unieke concept.</li> <li>• Meerdere huurwoningen vanuit de organisatie; Goede samenwerking met verhuurders.</li> <li>• Snel kunnen inspringen op wensen van externen door kleinschalige karakter van de organisatie.</li> <li>• Samenwerking middels Onderaannemerschap met regionale marktleider.</li> <li>• Groot netwerk.</li> <li>• Wachtlijst</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alleen de mogelijkheid tot PGB indicaties.</li> <li>• Geen eigen woningen van de Stichting.</li> <li>• Aanmeldingen met een ZIN indicatie moeten omgezet worden naar een PGB indicatie, dit kost tijd.</li> <li>• Geen ruim marketingbudget: Afhankelijk van mond tot mond reclame.</li> <li>• Geen financiële ruimte voor externe werving en selectie.</li> <li>• Rookvrije zorg is landelijk verplicht door te voeren in de zorg, dit moet in 2030 geïmplementeerd zijn, dit zal een uitdaging worden voor SGH.</li> </ul>
Mogelijkheden	Bedreigingen
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Samenwerking uitbreiden met meerderen verhuurders.</li> <li>• HKZ externe jaarlijkse audit inzetten.</li> <li>• Breder profileren door bekendheid te creëren op de sociale kaart.</li> <li>• Netwerk versterken door intensiveren deelname lokale bijeenkomsten.</li> <li>• Expertise op complexe doelgroep delen door deelname aan MDO's.</li> <li>• Opzetten LinkedIn pagina voor werving personeel en grotere bekendheid</li> <li>• Inzet op samenwerken met cliëntondersteuners</li> <li>• Deelnemen aan externe trainingen om rookvrije zorg correct te kunnen implementeren.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vertraging bij CIZ, waardoor de aanvraag van een Wlz indicatie langer duurt.</li> <li>• Afhankelijkheid externe partijen bij het uitbetalen van zorg.</li> <li>• Afhankelijkheid van externe huurpartijen.</li> <li>• Door de continue veranderingen binnen de wet- en regelgeving verandert de doelgroep; de zorgvragen intensiveren en worden complexer.</li> <li>• Externe kosten, b.v. op g/w/l wegens hoge inflatie worden steeds hoger.</li> <li>• Door de verlaging van de draagkracht van onze doelgroep wordt de openstaande debiteurenlijst groter.</li> </ul>

## 11.2 Acties

- In 2025 is de mogelijkheid onderzocht om deel te kunnen nemen aan rookvrije zorg activiteiten. In 2030 moet de zorg rookvrij zijn en tot die tijd is er gelegenheid om als organisatie, goed weg te zetten. Om die reden wordt dit een jaardoel voor de komende jaren om deze externe eis succesvol te implementeren.
- Midden 2025 heeft SGH weer een externe audit voor de HKZ-certificering. "Het certificaat van HKZ (Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector) staat voor duurzame kwaliteitsverbetering in zorg en welzijn." Het laat zien dat SGH voldoet aan de eisen die daaraan gesteld worden door klanten, professionals en relevante stakeholders. "Met het HKZ-certificaat zijn de zaken intern goed op orde, staat de klant centraal en wordt voortdurend de zorg- en dienstverlening verbeterd." Verbeterpunten die hieruit voortkomen worden weer opgepakt voor de organisatie.

## 11.3 Communicatie

Zodra er de mogelijkheid is tot het leveren van zorg in ZIN vorm, zal dit gecommuniceerd worden naar stakeholders. Dit zal gecommuniceerd worden via de mail, maar ook via *social media*. Onder *social media* verstaat SGH de website, LinkedIn, maar ook de facebook- pagina. Daarnaast verloopt de communicatie ook middels Zilliz. SGH is voornemens zich in 2025 meer op de kaart te zetten via social media. Het doel is om een actief LinkedIn-account aan te maken, waarmee toekomstige werknemers en zorgvragers kunnen worden bereikt.

## Hoofdstuk 12: Stakeholdersanalyse

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

### 12.1 Overzicht stakeholders

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

Veilig Thuis	Ondersteunen bij vermoedens van huiselijk geweld en kindermishandeling.		Een samenwerkingsverband met ouders en zorgorganisatie om de veiligheid van kinderen te kunnen waarborgen.	Een plan van aanpak vanuit de organisatie hoe om te gaan met de veiligheid van het kind, kind check, veiligheidsplan. SKJ geregistreerd personeel, zorgplan.
Crisisdienst	Ondersteunen bij crisissituaties.		Bieden van directe ondersteuning bij crisissituaties.	Crisissituatie. Er is sprake van een psychische crisis, wanneer iemand in een situatie van ernstige psychische nood verkeert en de omgeving (nog) geen passende ondersteuning heeft weten te bieden.
Wijkagent	Ondersteunen bij het zorgen van een veilige en verantwoorde woonomgeving.		Een veilige wijk zonder overlast.	Houden aan de wet en regelgeving, zorgen voor een veilige (woon) omgeving, handhaven.
Gemeente Ermelo	Het bieden van de juiste ondersteuning aan inwoners van Ermelo.		Verbetering van welzijn van inwoners.	Beschikbaar en deskundig personeel, personeel in bezit van VOG, opleidingsplan, kwaliteitssysteem, uitsluitingscriteria cliënten, Administratie-, declaratie-, meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling, klachtenregeling, cliënt medezeggenschap, zorgplan en zorgdossier, informatie-eisen en goed bestuur.
Bewindvoerders	Financiën van zorgvrager.		Samenwerking met zorgvrager en organisatie.	Communicatie omtrent financiële zaken.
Mentoren	Meedenken in de verantwoordelijkheden van de zorgvrager.		Samenwerking met zorgvrager en organisatie.	Communicatie omtrent zorginhoudelijke zaken.
Curatoren	Beslissingsbevoegdheid over de verantwoordelijkheden van de zorgvrager.		Samenwerking met zorgvrager en organisatie.	Communicatie omtrent alle lopende zaken m.b.t. zorgvrager.
Gewaarborgde hulp	Controleren of de juiste zorg geleverd wordt.		Samenwerking met zorgvrager en organisatie.	Het leveren van zorg zoals omschreven in de zorg Overeenkomst.
Zorgkantoor	Ervoor zorgen dat de juiste Wlz indicatie afgegeven wordt.		Het uitbetalen van de geleverde zorg.	Beschikbaar en deskundig personeel, personeel in bezit van VOG, opleidingsplan, kwaliteitssysteem, uitsluitingscriteria cliënten, Administratie-, declaratie-, meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling, klachtenregeling, cliënt medezeggenschap, zorgplan en zorgdossier, informatie-eisen en goed bestuur.
CIZ	Beoordelen of een Wlz indicatie passend is.		Passende zorg bieden.	Voldoen aan gestelde eisen conform Wlz indicatie.
Medewerkers	Een prettige en veilige werkomgeving.		Een positieve werkomgeving.	Een veilig werkklimaat.
Reclassering	Zorgvragers die in aanraking zijn gekomen met justitie een plek bieden in de maatschappij.		Zorgvragers een plek bieden in de maatschappij.	Zorgvragers komen afspraken met reclassering na.
Jeugdzorg werkers	Veiligheid van het kind bewaken wanneer (V)OTS uitgesproken is door de kinderrechter.		Een samenwerkingsverband met ouders en zorgorganisatie om de veiligheid van kinderen te kunnen waarborgen.	Een plan van aanpak vanuit de organisatie hoe om te gaan met de veiligheid van het kind, kindcheck, veiligheidsplan etc.

Verhuurders	Het verhuren van woningen.		Een goed contact met de organisatie, een aanspreekpunt binnen de organisatie, afspraken hoe te handelen bij calamiteiten e.d.	Onderhoud van de woningen, een net straatbeeld, geen overlast van bewoners, nakomen van afspraken welke omschreven staan in het huurovereenkomst.
Sociaal wijkteam Ermelo	Voor vragen over en hulp en ondersteuning m.b.t. wonen, verzorging, werk & inkomen, sociale contacten, vrije tijd en vervoer.		Bieden van informatie, advies en kortdurende ondersteuning aan alle inwoners van Ermelo vanaf 18 jaar.	Samen met zorgvrager en begeleider hulpvraag in kaart brengen, contact opnemen met het Sociaal Team, binnenlopen bij één van de spreekuren.
MEE Veluwe	Meedoen mogelijk maken op verschillende leefgebieden voor inwoners van Ermelo vanaf 18 jaar.		Bieden van informatie, advies en kortdurende ondersteuning aan alle inwoners van Ermelo vanaf 18 jaar.	Samen met zorgvrager en begeleider hulpvraag in kaart brengen, contact opnemen met MEE Veluwe binnenlopen bij één van de spreekuren.
BVKZ	Voor honderden zorgaanbieders zet BVKZ zich in als belangenbehartiger, ondersteuner en adviseur.		Zij signaleren trends en ontwikkelingen in de branche en bespreken deze aan tafel van het Ministerie van VWS. Daarmee zijn zij de spreekbuis die kleinschalige zorg een gezicht en geluid geven.	Een lidmaatschap bij het BVKZ.
UWV; Jobstap	een landelijke (re-)integratie- en jobcoachorganisatie zonder winstoogmerk.		Ze gaan voor een inclusieve samenleving met voor iedereen gelijke kansen op de arbeidsmarkt.	Motivatie vanuit de zorgvrager, een heldere hulpvraag vanuit de zorgvrager, ondersteuning vanuit de organisatie bij het in kaart brengen van wensen en mogelijkheden van de zorgvrager, ondersteuning van de organisatie bij het nakomen van afspraken.
Klachtenportaal Zorg	Ervaren en onafhankelijke klachtenfunctionarissen, klachtencommissies en een erkende geschillencommissie.		Een persoonlijke aanpak voor zorgverleners en hun cliënten die leidt tot écht opgeloste klachten.	Een helder geformuleerde klacht naam, adres, woonplaats en telefoonnummer en/of e-mailadres van de klager zijn vermeld en, als klager niet de zorgvrager is, welke zorgvrager het betreft; duidelijk is op wie (welke begeleider) of wat de klacht betrekking heeft; duidelijk is welke feiten en omstandigheden aan de klacht ten grondslag liggen en wat de klacht inhoudt; het klaagschrift in het Nederlands gesteld is; de gebeurtenissen die onderwerp zijn van de klacht niet langer geleden zijn dan 3 maanden voor de datum van de klacht.
Per Saldo	Geven advies op gebied van PGB en ondersteunen/ komen op voor je belangen.		Deelname aan cursussen, feedback geven d.m.v. enquêtes.	Een lidmaatschap bij Per Saldo.
Perspectief Arbodienst	Partner op het gebied van preventie, verzuim, arbeidsmobiliteit en duurzame inzetbaarheid.		Duurzame inzetbaarheid, arbeidsmobiliteit en arbodienstverlening.	Communicatie op gebied van preventie, verzuim, arbeidsmobiliteit en duurzame inzetbaarheid.
SBB	SBB is een professionele organisatie in het hart van het middelbaar beroepsonderwijs en het bedrijfsleven.		Voeren taken uit in opdracht van het ministerie van OCW, zoals het erkennen en begeleiden van leerbedrijven, onder andere voor stages en leerbanen.	Erkenning als leerbedrijf, doen van een QuickScan, mbo-opleidingen benoemen die stage kunnen lopen bij SGH, aanvraag online indienen, contact met SBB- adviseur.

VGZ-IZZ	De IZZ Zorgverzekering door VGZ is dé zorgverzekering speciaal voor iedereen die in de zorg werkt. Met aanvullende verzekeringen die afgestemd zijn op het werken in de zorg.		Als belangenbehartiger van mensen in de zorg maakt IZZ namens haar leden afspraken over de premie, inhoud en service van de IZZ Zorgverzekering. Denk hierbij aan soepele declaraties en snelle betalingen in de eigen digitale omgeving.	De VGZ-IZZ is speciaal voor medewerkers in de zorg in het leven geroepen.
PFZW	Pensioenfonds voor de zorg.		Een goed collectief pensioen in een leefbare wereld.	Is voor werknemers, werkgevers en sociale partners binnen de sector zorg & welzijn.
Kiwa Nederland B.V. (HKZ)	Organisaties op een heldere wijze te toetsen op gestelde normen en afsprakenkaders.		Kiwa Nederland B.V. streeft ernaar om een Europese Conformiteit beoordelende instelling te zijn die internationaal erkend wordt om haar expertise en heldere, persoonlijke aanpak. Vanuit de gedachte om als organisatie voortdurend te blijven verbeteren, streeft Kiwa Nederland B.V. er naar haar dienstverlening voor haar klanten altijd te optimaliseren.	Voldoen aan de eisen vanuit de ISO 9001 zorg.
'Nu niet zwanger'	Ondersteunen bij eerlijke gesprekken over kindwens, seksualiteit en anticonceptie.		Samenwerken met de begeleiders van SGH om het gesprek met zorgvragers aan te gaan over de kindwens en daarin ondersteuning bieden.	Een getrainde aandacht functionaris binnen de organisatie die het team informeert en aanstuurt vanuit de methodiek 'nu niet zwanger.'
Curess	Veiligheid van het kind bewaken, onderzoeken opstarten t.a.v. goed genoeg ouderschap en ondersteuning en advies geven omtrent de risico's en krachten binnen een gezinssysteem.		Een samenwerkingsverband met ouders en zorgorganisatie om de veiligheid van kinderen te waarborgen en daarnaast gezamenlijk te werken aan een gezond gezinssysteem.	Een plan van aanpak vanuit de organisatie hoe om te gaan met de veiligheid van het kind, kind check, veiligheidsplan. SKJ geregistreerd personeel en ondersteuning in de fysieke beoordelingsmomenten.
Materra dagbestedingen	Mensen in een kwetsbare situatie een doel van de dag geven middels verschillende dagbesteding locaties.		Bieden van mogelijkheden voor mensen in een kwetsbare situatie in de vorm van dagbestedingen, structuur en creatieve uitingen.	Communicatie en ondersteuning in de aanvraag en financiering van een dagbestedingstraject. Gezamenlijke stimulering van de zorgvrager.
Polikliniek 's Heerenloo	Het bieden van specialistische zorg in onderzoeken en behandelen van mensen met een verstandelijke beperking.		Overlegmomenten met de organisatie en zorgvrager, ondersteuning van SGH bij het implementeren van de behandeling in het dagelijks leven. Gezamenlijke ondersteuning en stimulering bieden bij het nakomen van afspraken.	Een doorverwijzing van de huisarts, motivatie van de zorgvrager m.b.t. aanpakken van verslaving, nakomen van afspraken door de zorgvrager en een samenwerkingsverband met SGH en eventueel mentor, bewind etc. Voor de financieringslijn.
	Grote invloed			
	Gemiddelde invloed			
	Kleine invloed			



## 12.2 SWOT stakeholdersanalyse

Sterktes	Zwaktes
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Er is een groot, regionaal netwerk met meerdere samenwerkingspartners.</li> <li>• Het contact met de stakeholders verloopt goed.</li> <li>• Het belang, de wensen en eisen van stakeholders zijn helder in kaart gebracht op de contextanalyse van het stuurdocument SGH.</li> <li>• Stakeholders zijn goed geïnformeerd over de organisatie middels ZilliZ ofwel website SGH.</li> <li>• Er wordt regelmatig deelgenomen aan netwerkbijeenkomsten door TL.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Er is een grote afhankelijkheid van stakeholders op het gebied van uitbetalingen.</li> <li>• Er is een grote afhankelijkheid van stakeholders op het gebied van het afgeven van (her)indicaties.</li> <li>• Er is een grote afhankelijkheid op het gebied van doorzetten van informatie en documentatie naar zorgkantoor door Pgb beheerder, curator, mentor of bewind.</li> </ul>
Mogelijkheden	Bedreigingen
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Warm contact behouden met PGB beheerder, mentoren, curators en bewindvoerders, zodat communicatie openblijft.</li> <li>• Tijdig inleveren van stukken bij zorgkantoor d.m.v. een goed lopend controlesysteem vanuit de Backoffice van SGH.</li> <li>• Correct gebruik van het PGB Portaal door stakeholders; SGH kan hierop sturen en of tijdig informeren.</li> <li>• Samenwerken met cliëntondersteuners, nieuwe functie binnen zorgland.</li> <li>• Openstaande debiteuren worden eerder aangeschreven.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zorgvragers bezorgen overlast, waardoor het contact met verhuurders verstoord raakt.</li> <li>• Niet alle stakeholders begrijpen het gebruik van het PGB Portaal.</li> <li>• Niet alle stakeholders begrijpen het belang van een efficiënte afhandeling van aangeleverde documentatie.</li> <li>• Betrokken stakeholders kunnen niet altijd voldoende uitleggen welke zorg middels welke randvoorwaarden er geboden wordt.</li> <li>• Debiteuren hebben niet altijd de financiële draagkracht om over te gaan tot betalen.</li> </ul>

## 12.3 Acties

- Het contact met PGB beheerders, mentoren, curators en bewindvoerders verloopt via vaste lijnen, zodat helder is wie welke zaken communiceert. Lijnen worden vastgelegd in werkprocessen en duidelijk bewaakt door directe leidinggevenden. Daarnaast wordt de RvB en de ZM altijd in de cc meegenomen. Bij ziekte en vervanging in de lijnen zal de communicatie opgepakt worden door leidinggevenden. Op deze manier blijft kwaliteit van zorg gewaarborgd en blijven zaken niet onnodig lang liggen. Werkmappen in Dropbox zijn toegankelijk voor leidinggevenden.
- In 2025 wordt de openstaande debiteurenlijst actief benaderd door de backoffice van SGH, zodat niet betalende debiteuren beter worden gemonitord en er eerder overgegaan kan worden tot tijdige en correcte betaling. Elke maand wordt er een openstaande debiteurenlijst opgesteld door de boekhouder en gedeeld met RvB, ZM en BO.

## 12.4 Communicatie

De communicatie met betrekking tot het handhaven op de regels welke omschreven staan in de huurovereenkomst zijn besproken met mentoren, curatoren, bewindvoerders en zorgvragers welke een woning huren via SGH. Ook worden afspraken gecommuniceerd met stakeholders via het zorgadministratiesysteem ZilliZ en via de mail. Alle afspraken en regelgeving binnen SGH interessant voor Stakeholders zijn te vinden in dit kwaliteitshandboek.