

We doen het gewoon

Bestuursverslag 2025

April 2026



Accountants voor de Gezondheidszorg B.V.

**Gewaarmerkt voor
identificatiedoeleinden**

GKJ 04-06-2026



Inhoudsopgave:

	blz
1. Voorwoord	3
2. Profiel van de organisatie	6
2.1 Algemene indentificatiegegevens	6
2.2 Structuur van het concern	7
2.2.1 Besturingsmodel	7
2.2.2 Toelating	8
2.2.3 Medezeggenschapsstructuur	10
2.3 Kerngegevens Kerngegevens	10
2.3.1 Kernactiviteiten en nadere typering	10
2.3.2 Cliënten, capaciteit, productie, personeel en opbrengsten	10
2.3.3 Werkgebieden	11
2.4 Belanghebbenden	12
3. Bestuur, toezicht en medezeggenschap	15
3.1 Bestuur en toezicht	15
3.1.1 Zorgbrede Governance Code	15
3.1.2 Raad van bestuur	18
3.1.3 Raad van toezicht	19
3.3 Cliëntenraad	20
3.4 Ondernemingsraad	20
4. Algemeen beleid, inspanningen en prestaties	20
4.1 Meerjarenbeleid	20
4.2 Algemeen beleid	25
4.2.1 onze visie en dienstverlening	25
4.3 Algemeen kwaliteitsbeleid	27
4.4 Kwaliteitsbeleid t.a.v. cliënten	32
4.4.1 Kwaliteit van zorg	33
4.4.1.1 Kaderregeling	33
4.4.1.2 Tevredenheidsonderzoek	35
4.4.2 Klachten	35
4.4.3 Veiligheid	36
4.5 Kwaliteit t.a.v. medewerkers	37
4.5.1 Personeelsbeleid/ kwaliteit van het werk	37
4.5.2 ziekteverzuim	38
4.5.3 RI en E	38
4.5.4 Scholing	39
5. Actueel beleid en financieel beleid	41
5.1 Samenleving	46
5.2 financieel beleid	46



1 Voorwoord

Voor u ligt het bestuursverslag 2025 van de Stichting Voorzieningen voor Verstandelijk en Meervoudig Gehandicapten Zwolle e.o. (de Stichting)

Naast het bestuur- en kwaliteitsverslag is de Stichting wettelijk verplicht om jaarlijks verantwoording af te leggen over de besteding van de middelen voortkomend uit de Wet langdurige zorg en de Jeugdwet Gemeenten. Deze verantwoording bestaat uit het aanleveren van verantwoordingsgegevens over onderwerpen op het gebied van bestuur, bedrijfsvoering, personeel, financiën en productie (door middel van vragen en tabellen in DigiMV) en het opstellen en aanleveren van een jaarrekening met een controleverklaring.

Het bestuursverslag bestaat uit de volgende onderdelen:

- Profiel van de organisatie
- Bestuur, toezicht en medezeggenschap
- Algemeen beleid
- Actueel beleid
- Financieel beleid

Een bestuursverslag geschreven over een jaar waarin zorgen blijven bestaan binnen de hulpverlening/gehandicaptenzorg over het handhaven van bestaande zorg en kwaliteit. Wisselende kabinetten, veranderende ideeën over besteding van zorggelden en een groot tekort aan goed personeel maakt de vooruitzichten onzeker met terechte zorgen en risico's. Het is aan ons om de zorg nog meer efficiënt, meer kostenbesparend en minder log en ambtelijk in te richten. We blijven beroep doen op een grote realiteitszin en op de daadwerkelijk hulpvraag. We gaan minder snel mee in innovatiegedachten die hier soms aan voorbij lijken te gaan en we zoeken hierin de samenwerking met collega-organisaties om zo te leren van elkaar en misschien gebruik te maken van elkaars diensten en verbeteringen.

Het jaar 2025 kenmerkt zich door een percentage van 7.83 ziekteverzuim. Extra inzet wordt nog steeds gevraagd van onze medewerkers om met name de roosters binnen het wonen en logeren rond te krijgen met als gevolg een grotere belasting. Ook een opvallende toename van meer privé gerelateerde problematiek van onze medewerkers maakt dat het ziekteverzuim hoger blijft dan we hadden verwacht en gehoopt. Gelukkig lukt het nog steeds om te voldoen aan de vraag en aanbod zonder dat er een kwaliteitsverlies merkbaar is, hierbij is de inzet van ZZP'ers niet gewenst maar wel een grote noodzaak voor behoud van onze kwaliteit, ontlasting van vaste medewerkers en meest belangrijk continuïteit van de zorg.



Bij onze Stichting vinden we het welzijn van onze medewerkers essentieel. We geloven dat medewerkers pas echt kunnen floreren als zij zich zowel mentaal, fysiek, maar ook op financieel gebied goed voelen.

Daarom zetten we actief in op ondersteuning bij financiële vraagstukken en bevordering van gezondheid en vitaliteit en hopen wij dat onze medewerkers met al hun vragen bij ons terecht kunnen.

Ook het jaar waarin we met de gemeenten overeenstemming hebben bereikt over een reëel en integraal tarief voor de verschillende producten die wij leveren. We ervaren meer medewerking van de beleidsmedewerkers van de gemeente, meer erkenning voor het probleem en meer waardering en inzicht in onze bijzondere doelgroep. Een eerlijk tarief en goede afspraken over ons aanbod blijft een noodzaak bij het leveren van goede zorg.

Kenmerkend voor de zorg die wij bieden is dat alles (nog steeds) mogelijk is/moet zijn. Wij staan onze cliënten bij in de hulpvraag die zich aandient en wij gaan samen met de cliënt en/of zijn ouders/vertegenwoordigers op pad om dat te bieden wat nodig is bij het zo optimaal mogelijk ontwikkelen van zijn mogelijkheden. Financiën zullen hieraan altijd ondergeschikt zijn en keuzes mogen hierdoor nooit worden bepaald. We moeten achteraf kunnen constateren dat het aanbod van deze intensieve zorg kwalitatief goed en goedkoper kan binnen onze 'kleine' Stichting. Onze overhead is lager en de bereidbaarheid en inzet van werknemers hoog.

Uiteraard realiseren wij ons dat een eerlijk tarief en goede afspraken over het aanbod een noodzaak is voor goede zorg.

We geloven in de efficiënte manier waarop wij onze zorg bieden. Onze uitgangspunten, visie en werkwijze worden vol overtuiging uitgedragen en blijven in onze beleving een absolute meerwaarde houden binnen onze hulpverlening. De kanttekening moet worden gemaakt dat ruimtegebrek en eerdergenoemde personeelstekorten reden kunnen zijn voor het plaatsen op een langere termijn van nieuwe cliënten dan wij zouden willen. Het is daarom van extra belang dat wij blijven proberen het gesprek aan te gaan met iedereen die betrokken is op onze doelgroep, met name het onderwijs en organisatie die zich richten op eenzelfde doelgroep. Samen moeten we staan voor deze brede doelgroep waarbij ontwikkelingsmogelijkheden en leerbaarheid van ieder mens bepalend en voorliggend moet zijn. Een gedeelde, evenredige verantwoordelijkheid en goede samenwerking zal ons allen motiveren juiste keuzes te maken.



Uiteraard proberen wij deze efficiënte manier van werken te waarborgen voor de komende jaren .

Een jaar waarin de inzet aangaande de werkzaamheden van de raad van toezicht en een verandering in de samenwerking tussen de raad van bestuur en de raad van toezicht een goede vorm heeft gekregen in samenwerken en acceptatie.

Wij leven de Governancecode na in ons handelen binnen onze organisatie. Met een veranderende wetgeving en een nog grotere bewustwording binnen de raad van toezicht en de raad van bestuur van taken en verantwoordelijkheden is het naleven van de Governancecode en het opstellen van bijbehorende reglementen en protocollen een belangrijke taak geweest in zowel 2023 als 2024 en voor een groot gedeelte afgerond 2025.

Gedeelde verantwoordelijkheid wordt gevoeld en op een goede manier uitgedragen. De belangrijkste taak blijft dat volledig inzicht wordt gegeven in het handelen van de raad van bestuur aan de raad van toezicht op een goede en meest efficiënte manier, vanuit de dialoog en transparantie zonder afbreuk te doen aan de werkwijze van het bestuur en/of de raad van toezicht te volgen missie en visie.

Lef en creativiteit wordt gevraagd om het 'anders' te doen, wat niet betekent dat regels geschonden/aangepast worden en de governance niet wordt nageleefd. Niet de controle op regels (protocollen en reglementen) moet onze werkwijze bepalen maar de resultaten van onze manier van werken.

Samenwerking met de ondernemingsraad en de cliëntenraad is hiervan een vanzelfsprekend onderdeel.

De van de raad van toezicht zal uit 3 leden blijven bestaan, De raad van bestuur heeft 1 directeur/bestuurder nauw samenwerkend met het MT, haar coördinatoren en orthopedagogen, en het meest belangrijk haar medewerkers.

Het belangrijkste uitgangspunt voor onze Stichting zal moeten blijven dat missie en visie gehandhaafd blijft en van daaruit wordt dagelijks geprobeerd een prettige samenwerking te creëren waarbij transparantie, regelruimte, regelarme, formeel en informeel begrippen zijn waar we nog een goede betekenis aan moeten en gaan geven.

Het verslag is tot stand gekomen door de inbreng van de raad van bestuur (directeur), en de coördinatoren (in gezamenlijkheid zijn zij het MT) samen te voegen.

Uitgangspunten voor de verslaggeving zijn geweest; transparantie, concrete formulering en beschrijving van visie, het gevoerde beleid met de daaruit voortvloeiende diensten en toekomstige beleid.



2 Profiel van de organisatie.

2.1 Algemene identificatiegegevens.

Algemene identificatiegegevens

Naam verslag leggende rechtspersoon	Stichting Voorzieningen Verstandelijk en Meervoudig Gehandicapten Zwolle e.o
Adres	Botlek 54
Postcode	8032 CG
Plaats	Zwolle
Telefoonnummer	038 4537809
Identificatienummer Kamer van Koophandel	41622643
Inschrijfnummer NZa	300 0287
E-mailadres	jaalbrecht@de-kameel.nl
Internetpagina	www.de-kameel.nl

2.2 Structuur van het concern.

Het concern is een Stichting.

Organisatorisch valt onder de Stichting 2 Orthopedagogisch Didactische Dagcentra/expertisecentra, met vele interne en externe activiteiten, verschillende woon- en logeervoorzieningen, ambulante diensten, BSO- en vakantieopvang, zaterdagopvang en een vakantiebungalow.

Bij onze dienstverlening gaan wij uit van de hulpvraag van een cliënt op een zeer breed gebied.

Het beleid wordt bepaald door de behoefte en zorgvraag van de cliënt en zijn ouders/verzorgers. In principe kunnen wij bieden wat door onze cliënten wordt gevraagd. We laten ons niet leiden door te veel regelgeving maar proberen heel direct in te springen op de noodzaak/wens van de cliënt.

Daar waar onze expertise niet voldoende aanwezig is wordt gezorgd dat deze binnen de hulpverlening van de cliënt geboden wordt.

Wij willen voorkomen dat te veel hulpverleners te veel op hun eigen terrein worden ingezet daar waar het ook kan binnen 1 setting en de regie in handen blijft van 1 persoon.



Uiteraard wordt het gesprek, indien mogelijk met de cliënt gevoerd en niet over de cliënt. Binnen onze setting hebben wij veel te maken met de ouders/vertegenwoordigers van onze cliënt.

2.2. 1 Besturingsmodel.

Raad van toezicht

De leden van de raad van toezicht worden benoemd op persoonlijke titel en voorgedragen door andere leden van de raad van toezicht en door de cliëntenraad van de Stichting.

De primaire taak van de raad van toezicht is die van toezichthoudend. Haar taak is voorwaardenscheppend bezig te zijn, zodanig dat de in de statuten verwoorde doelstellingen van de Stichting kunnen worden uitgevoerd.

Houding en werkwijze van de raad van toezicht ligt als vanzelfsprekend in het verlengde van een werkwijze en visie zoals deze wordt gehanteerd binnen de Stichting. Transparantie is hierbij het sleutelwoord.

Het contact tussen de raad van bestuur en de raad van toezicht, moet worden gekenmerkt door directheid, openheid en dialoog.

In de raad van toezicht vergadering wordt door de directeur/raad van bestuur verantwoording afgelegd over het gevoerde en toekomstige beleid; pedagogisch, administratief en financieel.

Er is beleid met betrekking tot de bezoldiging van toezichthouders

Als bijlage is het jaarverslag van de raad van toezicht toegevoegd.

Raad van bestuur (Directeur).

De directeur is gemachtigd de dagelijkse leiding, op alle onderdelen, van de Stichting te voeren. Minimaal 5 keer per jaar legt de directeur verantwoording aan de raad van toezicht en de cliëntenraad (9x per jaar) af over het gevoerde beleid en ontvouwt de plannen voor het toekomstig beleid. In deze besprekingen wordt met name de dialoog gezocht.

De primaire verantwoordelijkheid van de directeur is het pedagogisch, administratief, financieel en personeelsbeleid. Bij de uitvoering van deze taken krijgt de directeur ondersteuning van een orthopedagoog zij vormen gezamenlijk het managementteam (MT). Coördinatoren en orthopedagogen van de verschillende locaties, zijn ook onderdeel van belangrijke informatievoorziening voor het MT. In gezamenlijkheid worden in dit groter geheel beslissingen genomen en beleid uitgezet. Het MT heeft structureel 2-wekelijks overleg over het functioneren van de verschillende locaties en dienstverlening en over het totaalbeleid.



Met het totale team van medewerkers wordt 1x per 6 weken vergaderd over de gang van zaken binnen de Stichting, volgens een vaste agenda (gehanteerd binnen alle overlegvormen van de Stichting) wordt een breed scala aan onderwerpen besproken en daarnaast alles wat ter tafel komt (de algemene vergadering). Iedere ochtend wordt er ruimte geboden voor de dagelijkse invulling van de dag, en kan het team op de hoogte worden gebracht van actuele ontwikkelingen of op handen zijnde ontwikkelingen.

Door de raad van bestuur worden de contacten met derden o.a. andere voorzieningen, gemeenten zorgkantoor en het ministerie onderhouden.

Coördinatoren

De Coördinatoren van de verschillende locaties sturen de groepen aan, samen met de vakgerichte medewerkers zijn zij primair verantwoordelijk voor de uitvoering van het pedagogisch beleid binnen de groepen.

Zij begeleiden de begeleiders(groepsmedewerkers) van de groepen in hun dagelijkse werkzaamheden en in hun individuele ontplooiing. Hiervoor is er 3-maandelijks een bespreking met elk team en indien nodig met individuele medewerkers.

1x per 14 dagen bespreken de coördinatoren hun werkzaamheden met een lid van het MT en de directeur/bestuurder. Op deze manier is er verbinding met alle onderdelen/locaties binnen de stichting en houden we met elkaar overzicht en inzicht over dat wat goed gaat en dat wat een aanpassing behoeft.

De ondernemingsraad

Sinds dit jaar hebben wij een ondernemingsraad. Wij zitten in een fase waarin regelgeving en een overlegvorm nog een vanzelfsprekend onderdeel moet worden van onze samenwerking. We zijn het erover eens dat wij ook binnen dit overleg gaan voor efficiëntie en voortvarendheid. Lef en transparantie zijn ook hier de sleutelwoorden.

Groepsmedewerkers/begeleiders

De groepsmedewerkers geven leiding aan een groep en zijn verantwoordelijk voor de invulling van het individueel activiteitenaanbod ten behoeve van de begeleiding en behandelingen van de optimale ontwikkeling van de cliënt. Het aanbod wordt afgestemd op de persoonlijke doelstellingen van iedere cliënt verwoord in het zorgplan. Zij verzorgen de dagrapportage van iedere cliënt en schrijven het voorbereidende verslag voor de cliënt bespreking. Het contact met de ouders loopt via de groepsmedewerkers/begeleiders. Zij geven aan ouders de dagelijkse relevante informatie door via het Elektronisch Cliënt Dossier (ECD) en zijn voor ouders een eerste aanspreekpunt, zij zijn te allen tijde beschikbaar voor vragen en overleg met de ouders.



Met de vakgerichte medewerkers wordt structureel overlegd op welke wijze hun specifieke activiteiten in het programma kunnen worden ingebouwd, zoals logopedie, fysiotherapie, bewegingsactiviteiten, orthopedagoog en spelbegeleider.

Met regelmaat wordt een clusterbespreking voorbereid met onderwerpen die zij belangrijk vinden, of in opdracht van het MT besproken dienen te worden, vaak betreft dit actuele zaken.

Vakgerichte medewerkers.

Vakgerichte medewerkers zijn de orthopedagoog, logopedist, fysiotherapeut, ergotherapeut bewegingsagoog/therapeut, SMI-therapeut muziektherapeut, massagetherapeut en spelbegeleider/therapeut. Vanuit hun specifieke kennis ondersteunen zij de groepsmedewerkers, ambulante medewerkers en trajectmedewerkers in hun werk en uiteraard de cliënt en zijn ouders en/of vertegenwoordigers.

Voor het jonge kind spelen, met name de orthopedagogen een belangrijke rol o.a. in de vroegtijdige onderkenning van beperkingen bij (zeer) jonge kinderen. Zij maken deel uit van het Integrale vroeghulpteam.

Hun primaire verantwoordelijkheid richt zich vanzelfsprekend op hun vakgebied.

Met hen vindt met regelmaat afstemming plaats met de raad van bestuur en/of MT (1x per 14dagen) hun inbreng is belangrijk voor de handhaving van het bestaande beleid en de vernieuwing hiervan.

Administratie

De stichting heeft een kleine doch zeer efficiënt functionerende administratie, zowel op financieel-als op client administratief gebied. We kunnen ons beroepen op een grote mate van deskundigheid op deze gebieden. Op bepaalde momenten maken wij gebruik van een controller niet in dienst van onze stichting wel op afroep altijd beschikbaar om de juiste richting aan verschillende processen te geven.

Ondersteunende diensten.

Binnen de groep ondersteunende diensten vallen de medewerkers van de keuken, schoonmaak, onderhoud, tuin, vervoersbegeleiding en chauffeurs.

Sommige cliënten worden mede ingeschakeld voor activiteiten voorkomende uit de ondersteunende diensten, met name de keuken, linnenverzorging, onderhoud en tuin.

De coördinatoren begeleiden de ondersteunende diensten, overleg wordt met regelmaat gepland.





2.2.2 Toelating.

De Stichting is een erkende WLZ-voorziening, in het bezit van een Wtza toelating en gemeentevoorziening, Jeugdzorg. Via onderaannemerschap kan begeleiding aan WMO-clënten geboden worden.

2.2.3. Medezeggenschapsstructuur.

De Stichting heeft in 2025 haar ondernemingsraad gerealiseerd.

Voor medezeggenschap van cliënten is er een cliënten/verwantenraad, deze raad bestond op 31 december 2025 uit 5 leden (zie punt 3.3).

2.3. Kerngegevens.

2.3.1 Kernactiviteiten en nadere typering.

Tabel 2.3.1.1.: soorten verleende zorg in termen van WLZ functies, waarvoor de Stichting toestemming heeft:

Persoonlijke verzorging
Begeleiding individueel
Behandeling individueel
Ondersteunende begeleiding
Begeleiding in groepsverband
Behandeling in groepsverband
Verpleging inzet door externe partij
Kortdurend verblijf(logeren) en (deeltijd)verblijf met behandeling





Tabel 2.3.1.2 Soorten doelgroepen

Psychiatrische aandoening
Psychosociale aandoening
Lichamelijke handicap (functiestoornis)
Verstandelijke handicap
Zintuiglijke handicap (functiestoornis)
Somatische aandoening of handicap
Psychogeriatrische aandoening of handicap

Alles gerelateerd aan een verstandelijke handicap.

2.3.2. Cliënten en personeel.

Tabel 2.3.2 Cliënten en personeel

Aantal cliënten	240
Aantal cliënten > 18	71
Aantal cliënten < 18	169
Aantal FTE-personeelsleden in loondienst	145,25
Aantal personeelsleden in loondienst	225
Aantal stagiairs	30
Aantal Fte stagiairs	14,89

2.3.3 werkgebieden

De Stichting biedt zorg en dienstverlening aan mensen met een verstandelijke en/of meervoudige beperking in de provincie Overijssel en brede omgeving.

Wij creëren voor eenieder, binnen en buiten de provinciegrenzen de mogelijkheid van onze diensten en zorgverlening gebruik te maken.

Wij vinden het belangrijk dat door onze cliënten en hun vertegenwoordigers een keuzemogelijkheid gecreëerd wordt waarbij zij in een brede omgeving de zorgaanbieder



kunnen contracteren die bij hen past Wij hopen ook voor de toekomst dat deze mogelijkheid en keuzevrijheid voor de cliënt blijft bestaan.

Uiteraard is het prettig dat de hulpverlening geboden kan worden zo dicht mogelijk bij, en binnen, de thuissituatie. Niet voor iedere hulpvraag is dit mogelijk/ passend. Het is dan belangrijk dat dit wordt onderkend en de cliënt de mogelijkheid geboden wordt binnen een breder gebied de hulpverlening te krijgen die bij hem past, binnen een door hem gekozen visie en werkwijze.

De Stichting is werkzaam in de volgende regio/zorgkantoren:

Overijssel Zorgkantoor Zilveren kruis	
---------------------------------------	--

2.4 Relaties/belanghebbende/stakeholders waar de Stichting mee samenwerkt.

De Stichting onderhoudt verschillende relaties met verschillende partijen/individuen:

Cliënten:

Uiteraard zijn de belangrijkste belanghebbenden onze cliënten, hun ouders/verzorgers. Zij zijn de personen die aangeven hoe onze dienstverlening moet worden ingericht, welke veranderingen op het gebied van onze dienstverlening moeten plaatsvinden en wie wij daarbij moeten betrekken.

Medewerkers:

Andere belangrijke belanghebbenden zijn onze medewerkers. Naast de dagelijkse dialoog die er met hen bestaat tijdens de zorg of op de werkvloer, vindt er gestructureerd en geformaliseerd contact tussen deze partijen en het management plaats. Dit gebeurt met vertegenwoordigers/ouders van onze cliënten binnen de cliëntenraad en met onze medewerkers binnen de medewerkersvergaderingen en ondernemingsraad. Medewerkers worden sterk gestimuleerd voorstellen doen voor veranderingen of aanpassingen, aan hen worden plannen ter advisering en/of goedkeuring voorgelegd.

Cliënten/verwantenraad:

De verwantenraad is samengesteld uit ouder/verzorgers De cliëntenraad mag gevraagd en ongevraagd adviseren en krijgt plannen ter advisering/goedkeuring voorgelegd. Alles binnen een 9-tal geplande bijeenkomsten met het bestuur.



De raad van toezicht:

Houdt integraal toezicht op de realisatie van de doelstellingen, beleid van het bestuur en de algemene zaken. De raad van toezicht bestaat uit mensen met velerlei deskundigheid, zodat zij op verschillende terreinen als klankbord kunnen fungeren. Minstens 4 x per jaar vinden de vergaderingen van de raad van toezicht met de raad van bestuur plaats. Jaarlijks wordt de rol van de raad van toezicht en de raad van bestuur in een gezamenlijke vergadering geëvalueerd en vindt er 1x per jaar een functioneringsgesprek plaats met de raad van bestuur. Minstens 2 x per jaar vindt een gezamenlijke vergadering tussen RvT, de voltallige cliëntenraad en het MT van de Stichting plaats.

Gemeenten:

Sinds de decentralisatie wordt overleg gepleegd met de verschillende gemeenten waar onze cliënten vandaan komen en waarvoor zij verantwoordelijk zijn binnen de WMO en jeugdzorg. Dit overleg is erop gericht de gemeente te informeren over de doelgroep waarvoor zij verantwoordelijk zijn, maar uiteraard ook over de rol die wij tot nu toe hebben vervuld in de begeleiding en behandeling van deze cliënten gericht op de dagcentra en school.

Overleg jeugdwet-clieënten, contacten met de leerplichtambtenaar afgevaardigden scholen, indicaties en vaststellen van tarieven en het aangaan van langdurige overeenkomsten (aانبestedingen)

Het zorgkantoor

Voor onze WLZ cliënten ligt er een lange relatie met het zorgkantoor, Zilveren kruis Zwolle.

Samenwerking onderwijs

Binnen het onderwijs bieden wij ambulante begeleiding en/of BSO en komt de school binnen het ODDC voor een enkele cliënt en er is regelmatig overleg over de juiste plaats voor cliënten /leerlingen die binnen de instelling/school worden aangemeld. Tevens kan de Niloka, of een externe werkplek van onze Stichting een passende dagbestedingsplek zijn voor stagiairs en schoolverlaters van het ZML-onderwijs en zijn de activiteiten binnen het dagcentrum en daarbuiten geschikte werkervaringplekken voor de leerlingen van verschillende scholen voor speciaal onderwijs.



Integrale vroeghulp(IVH):

Een van onze orthopedagogen heeft zitting in de bijeenkomsten van het Integrale vroeghulpteam waarin verschillende hulpverleners vanuit verschillende organisaties en disciplines zitting hebben. Uitgangspunt van dit overleg is een zo vroeg mogelijk signalering van een hulpvraag en de inzet van de juiste mensen. Een zeer belangrijke samenwerking waarvan wij hopen dat deze vorm van hulpverlening een prominent onderdeel zal blijven in de hulpverlening aan het zeer jonge kind en zijn ouders/verzorgers. Een goede samenwerking tussen de verschillende partijen die betrokken zijn is zeer belangrijk. Vertrouwen hebben in elkaars expertise is essentieel voor het ingaan van het juiste hulpverleningstraject voor het betrokken jonge kind.

Ondernemerschap.

Verschillende organisaties, en een enkele gemeente waar geen aanbesteding mee is afgesproken maken gebruik van onze diensten via ondernemerschap.

NZa en WVS:

Op het gebied van wet- en regelgeving gehandicaptenzorg en financiering van de zorg is er contact met het Ministerie van VWS en de Nederlandse Zorgautoriteit.

Andere contacten:

- De VGN
- CAK
- CIZ
- Inspectie voor de gezondheidszorg
- Arbeidsinspectie
- GGD
- UWV
- ARBO
- GAAN, samenwerkingsverband tussen verschillende zorgorganisatie op een zeer breed gebied met als belangrijkste uitgangspunt: hoe houden we de zorg betaalbaar met handhaving van kwaliteit.

Al deze contacten zijn belangrijk voor het optimaal functioneren van alle geledingen binnen onze stichting. Deze contacten zijn goed gewaarborgd dmv overlegstructuren en contracten en worden medebepaald door de vraag van de cliënt en soms medewerker. Onze samenwerking met anderen richt zich voornamelijk op het uitwisselen van informatie en projecten. Een samenwerkingsverband met als doel te fuseren houdt de Stichting heel bewust af.



Er is een bewuste keuze gemaakt voor kleinschaligheid, mn korte lijnen, zowel voor de instelling als in de vorm van hulpverlening die wordt geboden. Wij willen deze manier van werken graag waarborgen omdat wij ervan overtuigd zijn dat dit de meeste garantie geeft voor goede samenwerking tussen cliënten/ouders/verzorgers, de medewerkers en het managementteam.

Er bestaat een kleine overhead, lijnen zijn kort waardoor er een snelle realisatie van aanpassingen en veranderingen kan plaatsvinden. Wij proberen ten aller tijde te voorkomen dat wij een log ambtelijk apparaat worden waar bij de hulpvraag die er ligt wordt achterhaald door te traag handelen.

Uiteraard proberen wij deze efficiënte manier van werken te waarborgen voor de komende jaren, uitgaande van de meest effectieve manier van zorg bieden voor onze cliënten waarbij wij kritisch blijven op de noodzaak van dat wat wordt geboden en dat wat we gaan inzetten.

We willen inzet van overbodige functies voorkomen en maken optimaal gebruik van onze eigen expertise waarbij moeten worden opgemerkt dat wij binnen onze stichting een zeer grote betrokkenheid en inzet vragen van onze medewerkers.

Hun inzet en bereidwillendheid is bepalend voor het functioneren van de voorzieningen de diensten die wij verlenen en de samenwerkingsverbanden die wij zijn aangegaan. Omdat de medewerker op velerlei gebied wordt ingezet en aan hen steeds opnieuw wordt gevraagd een nieuwe uitdaging aan te gaan, vraagt dit van hen een grote mate van creativiteit en tolerantie t.a.v. de werktijden en werkzaamheden. Bereidwillendheid en grote mate van inzet mag ook van het management worden gevraagd t.o.v. de medewerker, de medewerker moet ervaren dat hij wordt gesteund en dat er waardering en begrip is voor hetgeen hij doet en wenst.

Alles is mogelijk indien dit een meerwaarde betekent voor onze cliënt, ook hier hanteren wij ons uitgangspunt dat meer en groter niet altijd beter betekent.

Bovenstaande heeft gemaakt dat wij een gezonde instelling zijn waarbij het budget dat wij tot onze beschikking hebben zoveel mogelijk terugvloeit richting de zorg van onze cliënten.

3 Bestuur, toezicht en bedrijfsvoering.

3.1 Bestuur en toezicht.

3.1.1 Zorgbrede Governance Code.

In Nederland werken meer dan 1 miljoen mensen in de zorgsector. Het leveren van de best mogelijke zorg staat daarbij voor alle zorgprofessionals hoog in het vaandel. Het bestuur en de toezichthouders van een organisatie hebben een belangrijke taak in het bewaken en beter maken van de kwaliteit van zorg.



De wijze van besturen en toezichthouden – ook wel governance genoemd – is door de gezamenlijke brancheorganisaties in de zorg beschreven in de Governancecode Zorg 2022.

Deze code gaat uit van zeven principes op basis waarvan een raad van bestuur en een raad van toezicht hun werk doen. De uitgangspunten van deze governancecode zijn geïmplementeerd binnen onze stichtingsvisie.

De raad van bestuur en raad van toezicht van onze organisatie zorgen dat de zeven principes concreet invulling krijgen binnen onze eigen organisatie. Zo wordt goede zorg gewaarborgd en bouwt onze organisatie aan het maatschappelijk vertrouwen. We hebben de ruimte genomen om dit naar eigen inzicht in te vullen en uit te voeren. De bedoeling van de code is, en naar ons idee het meest belangrijke uitgangspunt, het aangaan van de dialoog.

De 7 principes

1. Principes voor goede zorg

Het eerste principe van de code gaat over goede zorg. Dat is zorg die voldoet aan eigentijdse kwaliteits- en veiligheidseisen en de professionele standaarden. De wensen en behoeften van de cliënt vormen daarbij het vertrekpunt en staan centraal. Goede zorg komt daarbij tot stand in dialoog en samenwerking tussen zorgverleners, cliënten en verwanten. De afspraken die zij samen maken, leggen zij vast in een zorgplan en/of een cliëntdossier.

2. Waarden en normen.

De raad van bestuur en de raad van toezicht hanteren waarden en normen die passen bij de maatschappelijke positie van de zorgorganisatie en meer specifiek bij de visie van de Stichting. Bestuurders en toezichthouders zorgen voor het inrichten en functioneren van goed bestuur en toezicht. Zij doen dat ieder vanuit de eigen rol en voor alle lagen of onderdelen van de zorgorganisatie. Maatregelen worden genomen als er sprake is van onjuiste bezoldiging en/of belangenverstrengeling in welke vorm ook. Ze houden zich daarbij aan de taken en bevoegdheden die in de wet of in de statuten van de Stichting beschreven staan.

Belangrijk is een cultuur te bevorderen waar open en eerlijk kan worden gecommuniceerd en maatregelen worden genomen om veilig en zorgvuldig melding te maken van onjuistheden/onduidelijkheden.

Belangrijk is de aanwezigheid van een vertrouwenspersoon en protocollen die richting geven aan gevoel van veiligheid en dialoog.



3. Invloed belanghebbenden.

De zorgorganisatie schept randvoorwaarden en waarborgen voor een adequate invloed van belanghebbenden. Zij zijn hierin transparant en leggen over het handelen zowel intern als extern verantwoording af.

De raad van bestuur is verantwoordelijk voor de inrichting van medezeggenschap van cliënten, verwanten en medewerkers en de aanwezigheid van een ondernemingsraad.

Duidelijke protocollen en procedures gaan vooraf aan een goede invloed op elkaar.

Zowel de raad van bestuur als de raad van toezicht onderhouden, volgens afspraak en medeweten van elkaar contact met belanghebbenden.

4. Inrichting Governance.

De raad van bestuur en de raad van toezicht zijn verantwoordelijk, ieder vanuit hun eigen rol, vanuit hun wettelijke, statutaire taken en opgestelde protocollen, voor de inrichting van de governance van de organisatie. Dit vanuit een missie en visie van de stichting en passende bij een gehanteerde werkwijze.

5. Goed bestuur.

De raad van bestuur bestuurt de zorgorganisatie gericht op haar maatschappelijke doelstelling.

Zij legt hiervoor verantwoordelijkheid af aan de raad van toezicht.

De raad van bestuur richt zich in de vervulling van haar taak op het belang van de zorgorganisatie, hierbij een afweging maken de tussen de belangen van de cliënten, de publieke en maatschappelijke belangen en de belangen van medewerkers. Zij bepalen de doelstellingen en de langere termijn.

Hierbij in acht nemende de missie en visie van de stichting, dit bepaalt onze richting en met name ons handelen

De raad van bestuur draagt zorg voor goede en interne risicobeheersings- en controlesystemen.

6. Verantwoord toezicht.



De raad van toezicht is verantwoordelijk voor het toezicht op het beleid van de raad van bestuur en de algemene gang van zaken in de organisatie.

Zij doet dit vanuit een toekomstvisie afgestemd op de missie en visie van de stichting en uitgangspunten in gezamenlijkheid overeengekomen.

7. Continue ontwikkeling.

De raad van bestuur en de raad van toezicht ontwikkelen permanent hun professionaliteit en deskundigheid. Hiervoor zijn transparantie en een dialoog sleutelwoorden en inzicht in het functioneren van de organisatie met een sterkontwikkelde en doorleefde visie en missie waarop meerjarenplanning niet altijd logisch is bij de manier waarop de zorg wordt ingevuld en het handelen wordt opgepakt.

In reglementen en statuten is de werkwijze van het Bestuur, de Raad van toezicht cliëntenraad vastgelegd.

Het lidmaatschap van de VGN is een vereiste.

Uitwerking in de praktijk:

3.1.2 Raad van bestuur.

Samenstelling Raad van bestuur

Naam	Bestuursfunctie	Nevenfuncties
J.A. Albrecht	ja	nee

Kerntaken van Raad van bestuur zijn vastgelegd in de functieomschrijving van de directeur. Het betreft o.a. de bestuurstaak, verantwoordelijkheden en verantwoording en besluitvorming binnen de raad. De primaire verantwoordelijkheid van de directeur is het pedagogisch, administratief, financieel en personeelsbeleid.



3.1.3 Raad van toezicht.

Samenstelling raad van toezicht 2025t:

Naam	Aandachtsgebied	Nevenfuncties
Paul Mutsaers	Lid vanaf 07-03-2024	
Henk Jan Messchendorp	Voorzitter vanaf 01-01-2024	
Gerard ter Braake	Lid vanaf 02-06-2024	

De bestuurder/ lid raad van toezicht heeft zich verbonden aan het gebruik en de naleving van de gedragscode van een goed bestuurder.

Het bezoldigingsbeleid voor de raad van toezicht /lid raad van toezicht is gedeeltelijk afgeleid van de adviesregeling.

Naar de mening van de raad van toezicht is geen belangenverstrengeling opgetreden. Binnen de raad van toezicht is de bezoldiging van de Raad van bestuur geen onderwerp van gesprek geweest, deze valt binnen de Wet Normering Topinkomens (WNT, klasse 2))

De raad heeft in het verslagjaar 5 x vergaderd. Met regelmaat wordt de raad van toezicht en de cliëntenraad op de hoogte gebracht van actuele en/of bijzondere gebeurtenissen. Binnen de Raad van toezicht is een afgevaardigde van de cliëntenraad aanwezig geweest bij de vergadering.

Minstens 1x per jaar staat een gezamenlijke vergadering gepland tussen cliëntenraad, raad van bestuur en raad van toezicht.

Conform de afspraak brengt de raad van bestuur binnen de 5 geplande vergaderingen tussen de raad van bestuur en de raad van toezicht, verslag uit over de gang van zaken binnen de Stichting over het gevoerde (financiële) beleid.

Conform de wettelijke verplichting en afspraken is de maatschappelijk verantwoording/het bestuursverslag en jaarrekening tot stand gekomen.



Voorts legt de raad van bestuur de door haar vastgestelde jaarrekening ter goedkeuring voor aan de raad van toezicht en ter inzage aan cliëntenraad en personeelsgeleiding.

Op grond van overleg en de goedkeurende verklaring van de accountant zal de raad van toezicht in haar vergadering van 26 mei 2025 de hierboven genoemde stukken beoordelen.

Alle cliëntdossiers worden ieder jaar doorlopend gecontroleerd en eventuele veranderingen en aanpassingen die nodig zijn worden doorgevoerd.

Zie ook jaarverslag Raad van toezicht.

3.3 Cliëntenraad.

De Stichting heeft een cliëntenraad bestaande uit een afvaardiging van ouders/verzorgers van onze cliënten.

De Cliëntenraad heeft in het verslag jaar 9 x vergaderd.

Binnen het reglement van de cliëntenraad staan verantwoordelijkheden en verplichting duidelijk omschreven. Dit reglement is dit jaar aangepast, evenals het huishoudelijk reglement van de cliëntenraad.

3.4 Ondernemingsraad.

2025 kenmerkt zich door een eerste samenwerking met de nieuw opgezette ondernemingsraad, een jaar waarin we met elkaar afstemmen hoe we op de meest effectieve manier kunnen samenwerken. Met name de manier waarop we elkaar informeren, advies en instemming geven moet in het verlengde zijn van de manier waarop wij in snelheid en efficiëntie willen werken. Een snelle voorgang moet worden geborgd en worden gevoeld in deze samenwerking, met name richting al onze medewerkers.

4. Algemeen beleid, inspanningen en prestaties.

4.1 Meerjarenbeleid

De Stichting heeft ten doel:

Het stichten en exploiteren van voorzieningen/activiteiten in de gemeente Zwolle en omgeving, binnen een zeer brede regio, voor mensen met verstandelijk en/of meervoudig beperking uitgaande van de zorg/hulpvraag van het individu.



Het verblijf van de cliënten; kinderen, pubers, jongeren en (jong) volwassenen zal sociaal vormend gericht zijn en zich vooral concentreren op een optimale persoonlijke en cognitieve ontwikkeling van de cliënt alsmede op een optimaal functioneren in het milieu waaruit de cliënt afkomstig is.

Bij de godsdienstige, maatschappelijk, psychische, pedagogische en andere aandachtgebieden van onze cliënten wordt rekening gehouden met de opvattingen daaromtrent van, indien mogelijk, de cliënt, de ouders, c.q. verzorgers.

Voor de oudere cliënten binnen onze stichting is de doelstelling voornamelijk gericht op het optimaliseren van de zelfstandigheid, zelfredzaamheid, zelfvertrouwen, praktische vaardigheden en de sociaal emotionele ontwikkeling.

Voor het bereiken van doelen zijn didactische lijnen opgesteld, binnen kleine stapjes die uiteraard gelijke tred houden met de ontwikkeling en de zorgvraag van de cliënt, wordt zeer doelgericht gewerkt naar een zo tastbaar mogelijk resultaat.

We zijn een zelfstandige Stichting die flexibel en snel ingaat op ontwikkelingen in de maatschappij en in de gezondheidszorg.

Een bewuste keuze. Er zijn korte transparante en duidelijke lijnen waardoor bureaucratie niet voorkomt. De betrokkenheid van de medewerkers is groot. Door een kleine overhead is het mogelijk de financiën zo volledig mogelijk in te zetten voor inhoudelijke zorg van onze cliënten.

De Stichting heeft haar doelstelling en visie de afgelopen jaren niet gewijzigd, In basis is de Stichting een hulpverleningsvoorziening voor cliënten met een verstandelijk en/of meervoudig beperking.

We zijn een dienstverleningsvoorziening die zijn bestaansrecht ontleent aan het bieden van hulp aan diegene die op onze hulp zijn aangewezen

Onze primaire taak is en blijft in te spelen op individuele behoeften en de mogelijkheden van de cliënt dit gezien tegen de achtergrond van maatschappelijke veranderingen en ontwikkelingen waarbij de cliënt te allen tijde de bepalende factor blijft, afgezet tegen mogelijkheden en beperkingen.

Wij zijn er voor onze cliënten, zij zijn er niet voor ons.



Bij het bepalen van onze visie en werkwijze en van daaruit voortvloeiende speerpunten hebben wij ons nooit gericht op meer en groter maar vooral op een verbetering van bestaande zorg, zowel intern als ambulant. Deze veranderingen/verbeteringen worden, met name bepaald door dat wat de cliënt en zijn vertegenwoordiger heeft aangegeven en worden minder bepaald door een vernieuwingsgedachte, bezuiniging en daaruit voortvloeiend een toereikend budget. Dit is lang de geldende norm binnen de hulpverlening voor velen geweest. Er is te weinig stilgestaan bij het feit of een vernieuwing ook daadwerkelijk een verbetering van de kwaliteit te wege heeft gebracht en of de inzet van de financiële middelen op een goede manier is gebeurd. Op dit moment kan het huidige aanbod door velen niet meer ten uitvoer kan worden gebracht omdat de financiën niet meer toereikend zijn, en de toekomstige financiering nog te onzeker is voor maken van een goed beleid en toekomstplannen. Binnen de zorg krijgen we de rekening van een verkeerd uitgavenpatroon en te weinig efficiënt beleid gepresenteerd en een volgend probleem dient zich hierbij aan; opnieuw staat de cliënt niet centraal maar zijn weer de omstandigheden, in dit geval weer het kostenplaatje, alles bepalend, met zekerheid kan worden gezegd dat dit niet bijdraagt aan een verbetering van de zorg; een verschraling van het aanbod wordt ingezet.

De huidige kwaliteit van de zorg is gebaat bij een verandering en een aantal maatregelen zoals die nu zijn genomen kunnen de zorg ten goede komen, mits dit gebeurt vanuit een doordachte visie en efficiënt beleid.

Een verbetering van de zorg betekent:

- Een goede besteding van het totaalbudget, zoveel mogelijk rechtstreeks laten terugvloeien naar de cliënt zelf (geringe overhead).
- Een zorg/activiteitsaanbod dat voortdurend in beweging is en omdat de hulpvraag van een cliënt verandert.
- Kritisch blijven op mogelijkheden, bepalen wat een meerwaarde heeft voor de cliënt, reële verwachtingspatronen scheppen, dit alles ondergeschikt maken aan de financiële mogelijkheden.
- Visie en werkwijze moet een vanzelfsprekend onderdeel zijn van het personeelsbeleid/opleidingsbeleid.
- Ten aller tijde ingaan op de hulpvraag van de cliënt, de cliënt bepaalt wat er wordt geboden, de cliënt bepaalt welke expertise aanwezig moet zijn om te kunnen voldoen aan zijn vraag.
- Een zeer brede kennis van verschillende methodieken, allen toepasbaar maar niet allen inzetbaar voor een client. De client bepaalt de methodiek(en)



- Het streven van het niet hebben van wachtlijsten, hiermee innovatief weten om te gaan.
Hierbij is een duidelijke vraag naar andere organisaties om hierin een gezamenlijke verantwoordelijkheid te nemen.
- Het niet hanteren van ondergrenzen en het niet afwijzen op mate van de handicap/gedrag, weten waar een verantwoordelijkheid ligt.

Het meest belangrijk voor onze cliënten is dat zij binnen onze Stichting de zorg en begeleiding kunnen krijgen die zij nodig hebben, hebben wij het niet meteen voorhanden zullen wij ervoor zorgen dat dit aanwezig is.

Enkele speerpunten voor het komende jaar/de komende jaren blijven/zijn:

- Het aanbod van onze diensten, onze expertise nog meer profileren. Een rol aan willen nemen van zowel zorgaanbieder als verwijzer. Samenwerking en afstemming zoeken met instanties die eenzelfde doelgroep bedienen, erkennen waar een meerwaarde ligt en elkaar wijzen op verantwoordelijkheden.
- Erkenning vanuit de gemeente voor een inhoudelijk goed beleid, passende bij de inzet van het komende budget. Beleid uitgevoerd vanuit een duidelijk visie, ingegeven door inhoud en niet door omstandigheden. De dialoog over de vanzelfsprekendheid van het bieden van een integraal product moet blijvend worden gevoerd.
- Streven naar een totaalbudget, inclusief tarieven voor paramedici en vakdeskundigen (bij ons vakgerichten genoemd) Heel belangrijk in deze is de samenwerking zoeken met andere zorgaanbieders die voor eenzelfde probleem staan.
- Een goede samenwerking met de raad van toezicht vanuit creatieve denkprocessen en in de lijn van een visie en missie, waar in we ons laten leiden door de vraag van de client, de medewerker en de maatschappij.
- Kritisch blijven op samenwerking met anderen waar financiën een bovenliggende rol spelen en het tarief voor de zorgverlening hoger wordt door een te hoge overhead van de samenwerkende partij.
- Het verder uitbreiden en implementeren van de didactische lijnen en het cyclisch werken (vermeld in ons kwaliteitshandboek en ter inzage op te vragen)
- Blijvende aandacht voor het optimaliseren van het primaire proces



- Goede contacten blijvend onderhouden met verschillende gemeentes, het zorgkantoor en collega-organisaties
- Pleiten voor keuzevrijheid, een keuze mag nooit worden bepaald door een bezuinigingsmaatregel.
- Blijven inspelen op de hulpvraag van onze cliënt, dit houdt ons in beweging en bepaalt het meerjarenbeleid, maar kan bestaande plannen ook doen veranderen door andere inzichten en hulpvraag van onze cliënten. Meerjarenplannen worden daarom niet opgesteld.
- Blijven inspelen op de vraag van onze ouder wordende cliënten om goede en zinvolle dagbesteding, hierin is het contact met de scholen voor speciaal onderwijs t.a.v. hun schoolverlaters erg belangrijk.
- Ontstaan wachtlijsten. Hoe voorkomen wij dit?
- Continue aandacht voor onvrijwillige zorg (zorg en dwang), een proces in beweging.
- Goede samenwerking met onderwijs afgezet tegen veranderende ideeën en de aangekondigde bezuinigingen.
- Ouderparticipatie.
- Personeelstekorten, voorkomen van te veel inzet van ZZP'ers. Ook erkennen dat er een noodzaak tot inzet ligt om de kwaliteit en continuïteit van zorg te handhaven Goed beleid ligt hieraan ten grondslag.
- Veiligheid digitale zorg
- Opleidingsbeleid, meer inzet E-learning
- Blijvend verbeteren van een goed managementsysteem.

Samenwerking met andere instanties wordt met name bepaald door de vraag van onze cliënt (en de financiële mogelijkheden en bereidheid van eenieder)

In het overleg met andere hulpverleners moet de cliënt de bepalende factor zijn en blijven, We blijven ons inzetten voor deze samenwerking. Er ontbreekt op sommige vlakken afstemming, er wordt nog te veel op eilandjes gewerkt. En te veel uitgegaan van eerder gestelde regels/wetgeving die niet altijd een meerwaarde betekenen in een keuze die er gemaakt wordt voor een cliënt. Tav de samenwerking op bestuurlijk niveau zijn wij zeer bereid om mee te denken over projecten en samenwerkingsverbanden die de zorg beter maken. We kunnen elkaar vinden in het uitwisselen van kennis en personeelsleden,





We zijn voorzichtig in de overname van een andere visie en missie die naar ons idee niet het gewenste resultaat hebben. We houden vast aan dat wat we hebben, niet omdat we bang zijn voor verandering maar vanuit een de overtuiging dat niet iedere samenwerking leidt tot de beste zorg voor onze client.

4.2 Algemeen beleid.

Onze visie op de dienstverlening.

De Stichting biedt begeleiding en behandeling van verstandelijk en meervoudig gehandicapte kinderen, jongeren en (jong) volwassenen met een verstandelijke en/of meervoudige beperking.

Wij hanteren voor de hulpverlening een aantal uitgangspunten.

- Toegankelijk voor elke cliënt met een verstandelijk en/of meervoudige beperking.
- Geen ondergrens qua niveau en leeftijd
- Geen bovengrens qua leeftijd
De bovengrens van het niveau wordt bepaald door de bereidheid en verantwoordelijkheidsgevoel van andere instellingen en uiteraard door de meerwaarde die plaatsing binnen een andere instelling heeft en de specifieke expertise die geboden wordt
- Een indeling van de groepen naar globale leeftijd.
- Een heterogene samenstelling van de groepen, geen indeling op ontwikkelingsniveau
- Een methodiek die door de cliënt wordt bepaald.
- Uitgaan van mogelijkheden i.p.v. onmogelijkheden.
- Niet vóór maar mét de cliënten werken.
- Individuele therapie alleen als het niet anders kan.
- Een leeftijdsgerichte benadering
- Normen en waarden zoals gebruikelijk binnen onze samenleving.
- Groepsleiding is de belangrijkste persoon rond de cliënt binnen het dagcentrum.
- Vakgerichte medewerkers in dienst van het werk in de groepen
- Zo kort mogelijke wachttijd als het gaat om plaatsingen en hulpaanbod.

www.de-kameel.nl

Toegankelijkheid.

Elke cliënt die is geïndiceerd wordt geplaatst of er wordt bij een dringende hulpvraag gekeken naar een passend hulpaanbod, binnen de eigen stichting of daarbuiten. De



problematiek rondom een cliënt kan geen aanleiding zijn een plaats te weigeren. Wij hanteren nauwelijks toelatingseisen. Er wordt ten aller tijde serieus omgegaan met een hulpvraag die bij ons neer wordt gelegd. Wij passen ons aan aan de hulpvraag van de cliënt. Het is aan ons, de hulpverlening om antwoorden te vinden op de vraag van de cliënt dit, indien mogelijk, in samenspraak met de cliënt en/of zijn wettelijke vertegenwoordigers. Het komt een enkele keer voor dat een niet voldoende geïndiceerde cliënt toch wordt geplaatst. Voldoende op zo'n moment is de toezegging tot de aanvraag van een indicatie. Omstandigheden bepalen deze plaatsing. Het kan gaan om het jonge kind waarbij een eerste indicatie wordt aangevraagd en de behoefte tot een snelle plaatsing bij kind en ouders groot is, om cliënten die geplaatst zijn op de wachtlijst van een andere instelling, om cliënten die zijn ontslagen uit een andere instelling of onderwijs omdat de indicatie is afgelopen of het betreft moeilijk plaatsbare cliënten (o.a. cluster 4) waarbij voorspeld kan worden dat er een crisis in de thuissituatie zal ontstaan als er geen goede dagbesteding/schoolplaatsing aanwezig is.

Wij voelen ons verantwoordelijk en verplicht tot het opnemen van deze cliënten. Daar waar noodzakelijk wordt het betreffende werkveld ingeschakeld voor specifieke hulpvragen, bijvoorbeeld: onderwijs, voor het bieden van specifieke schoolse vaardigheden. Het personeelsbestand wordt indien nodig aangepast aan de hulpvraag van onze cliënten, Uiteraard beseffen wij ons dat de kosten voor de plaatsing van een cliënt zonder geldige indicatie voor ons zijn.

Jammer genoeg bepaalt ruimtegebrek en personeelstekorten de snelheid van plaatsing van cliënten, De inzet om dit te verbeteren is groot, de opbrengst van deze inspanningen zijn gering.

Uiteraard gaan wij altijd in gesprek met ouders en/of andere instellingen als wij vinden dat een plaatsing elders een grotere meerwaarde zal hebben en gaan we het gesprek aan over het evenredig verdelen van verantwoordelijkheden voor deze cliënten.

Leeftijdsindeling.

De hulpverlening zal voor een omgeving moeten zorgdragen die stimulerend en uitnodigend werkt en waar, naar mogelijkheid, kan worden ingegaan op de wensen van een cliënt. Kinderen en volwassenen hebben, afhankelijk van hun leeftijd, behoefte aan omgang met anderen. Afhankelijk van de leeftijd heeft men interesses, staat men anders tegenover dat wat er in de directe en verdere omgeving gebeurt en er ontstaat, naarmate men ouder wordt, een verandering in behoeftes en interesses. Om aan deze vanzelfsprekende behoefte en interesse tegemoet te komen zullen we de omgeving waarin de cliënt verblijft moeten aanpassen. Vandaar dat we groepen hebben gebaseerd op een globale leeftijdsindeling, ook fysieke omstandigheden kunnen hierbij een rol spelen.





Heterogene groepssamenstelling.

In alle groepen worden cliënten geplaatst van/met verschillende niveaus, verzorgingsbehoefte en gedragsproblemen. Door een heterogene samenstelling kunnen we beter tegemoetkomen aan de vraag van alle cliënten.

Binnen een heterogene groep is niet de handicap bepalend (MCG, gedrag e.d.) voor de omgang met de cliënt maar zijn mogelijkheden.

(Ernstig)meervoudig gehandicapte cliënten worden als vanzelfsprekend meegenomen in de activiteiten in de groep omdat deze als vanzelfsprekend voorhanden zijn.

De cliënt wordt uitgedaagd door zijn groepsgenoten, doet mee, is op zijn minst aanwezig bij alle activiteiten binnen en buiten de groep. Een ervaring –en beleavingswereld wordt hiermee als vanzelfsprekend uitgebreid.

Cliënten met gedragsproblemen krijgen binnen een heterogene samenstelling ander voorbeeldgedrag, ze zien en ervaren vooral dat er op een ander wijze met elkaar wordt omgegaan. De gedragsproblemen zijn niet verdwenen, maar worden wel beter hanteerbaar. De begeleider kan binnen een heterogeen samengestelde groep meer aandacht besteden aan de mogelijkheden van eenieder, beperking worden niet ontkend maar zijn veel minder nadrukkelijke aanwezig.

Voor de cliënt ontstaat met name op een natuurlijke wijze de sociale ontwikkeling. De cliënt helpt bij allerlei activiteiten van zijn groepsgenoten, leren rekening te houden met anderen en ervaart een duidelijke meerwaarde in de rol die hij toebedeeld krijgt.

In de heterogene samenstelling wordt met name groepsgericht activiteiten aangeboden.

Iedere cliënt heeft een eigen handelingen/zorgplan. Binnen de activiteit wordt, zeer doelgericht en gericht op optimale ontwikkeling, de cliënt op zijn niveau aangesproken. Dit dwingt je als leiding alert te blijven op iedere individuele cliënt, op datgene wat nodig is om de ontwikkeling te stimuleren.

Een methodiek die door de cliënt wordt bepaald.

Het hanteren van "de methodiek" vinden wij een ontkenning van de persoon, zijn karakter, zijn persoonlijkheid.

De ontwikkeling op alle terreinen is bij elk persoon anders.

"De methodiek" verlangt dat de persoon zich aanpast aan de methodiek, terwijl de methodiek aangepast moet worden aan de persoon.

De cliënt bepaalt dus welke methodiek gebruikt wordt om zijn ontwikkeling te stimuleren.

In het begeleiden wordt steeds gezocht naar de manier die het beste aanslaat en past bij de cliënt. Uiteraard is er ruime kennis aanwezig van verschillende methodieken en de manier waarop dit kan worden ingezet.



Uitgaan van de mogelijkheden.

Elke jong kind wordt 1x per jaar psychologische getest. (voor oudere kinderen, jongeren en (jong) volwassenen bij hulpvragen) Deze test is belangrijk maar laten wij niet uitsluitend leidend zijn voor onze begeleiding en behandeling en toekomstplanning, een test blijft een momentopname. Meer belangrijk is het functioneren in de dagelijks omgang met anderen en in relatie tot handelen en activiteiten, meer kijkend naar de totaalontwikkeling. Dit is niet altijd te vangen binnen een psychologische test.

Het dagelijks bezig zijn met onze cliënten is de beste graadmeter om zijn ontwikkeling en een vooruitgang te bepalen Sterk gericht op mogelijkheden wordt het handelen van zowel de cliënt als zijn begeleiders bepaald. Een positieve insteek waarbij het zelfbeeld en mate van zelfvertrouwen wordt vergroot wat weer een gunstige invloed heeft op het handelen en de ontwikkeling.

Niet vóór maar mét de cliënten werken.

Er bestaat de neiging om te handelen voor de cliënt. Begrijpelijk want een aantal functies en handelingen beheerst een cliënt beperkt of (nog)niet. Zeker bij onze jongere cliënten zien we dat de zelfredzaamheid (nog) niet of nauwelijks is ontwikkeld. Voor een groot gedeelte is hier hulp bij nodig. Men moet zich er doorlopend van bewust zijn niet te veel en te snel te handelen voor de ander, ongemerkt ontstaat een patroon. De cliënt vindt het vervolgens steeds vanzelfsprekender dat dit gebeurt en laat, mede door zijn begeleiders dit patroon bestaan. Naar mate dit langer duurt is het steeds moeilijker dit patroon te doorbreken. Ongemerkt en ongewild belemmeren we hiermee de ontwikkeling van de zelfredzaamheid en zelfstandigheid. Ook bij onze jongere cliënten zullen we steeds moeten uitgaan van mogelijkheden, van het zelf kunnen.

Individuele therapie als het niet anders kan.

In de groep is er aandacht voor de totale ontwikkeling, hieronder wordt verstaan:

- De inzichtelijke ontwikkeling
- De sociaal-emotionele ontwikkeling
- De zelfstandigheid
- De zelfredzaamheid
- De taal/spraak/communicatieve ontwikkeling
- De motorische ontwikkeling

Therapieën worden niet per definitie individueel aangeboden, vaak beperkt zich een individueel therapiemoment tot een uur per week en vindt de therapie vaak plaats in een voor de cliënt gekunstelde situatie.



Belangrijk is dat een therapie, het aanbieden van specifieke aandachtspunten geïntegreerd wordt binnen het dagelijkse groepsgebeuren en het aangeboden programma, handelingen beklijven op het moment dat zij worden uitgevoerd in een daarvoor vanzelfsprekende situatie, waarbij er naast eigen handelen ook nog het voorbeeld zichtbaar is van een groepsgenoot/ groepsleden.

Belangrijk uitgangspunt is het leren van elkaar.

Daar waar een meerwaarde wordt ervaren van een individueel therapiemoment is dit uiteraard altijd bespreekbaar en zal dit worden ingezet.

De leeftijdsgerichte benadering.

De leeftijdsgerichte benadering is in de loop van de jaren al werkend ontstaan vanuit de constatering dat de oudere cliënten te kort werd gedaan met het toenmalige programma-aanbod vanuit een kindgerichte benadering.

Het kernpunt van de leeftijdsgerichte benadering is uitgaan van de kalenderleeftijd en niet van de mentale leeftijd/functioneren in alle aspecten, zoals:

- Benadering en omgang
- Activiteiten, vrije tijdbesteding.
- Waarden en normen.

Waarden en normen zoals algemeen geaccepteerd.

We ervaren het als vanzelfsprekend dat we in de opvoeding binnen het gezin en in de scholen aandacht besteden aan het ontwikkelen van normen en waarden zoals die in onze samenleving gelden. Minder vanzelfsprekend lijkt dit in het werken met mensen met een beperking. Hier lijken plotseling andere vanzelfsprekendheden te gelden.

De zorg heeft nog steeds de neiging te kiezen voor de onmogelijkheden als uitgangspunt. Er wordt te veel uitgegaan van het mentale niveau van functioneren en de hierbij passende eisen die we stellen. Het ontwikkelen van sociale vaardigheden is vaak een onderdeel waaraan te weinig aandacht wordt geschonken.

Het vervelende gevolg is dat we ongewild bezig zijn de cliënt te beperken.



Voldoende aandacht voor sociale vaardigheden, voor sociale ontwikkeling en verzorging helpt om meer onderdeel van onze samenleving te worden.

Hierbij hoort dat we in zorg, de begeleiding en behandeling dezelfde normen en waarden gebruiken als bij mensen zonder een beperking.

Waarom moeten we onaangepast gedrag accepteren van onze cliënten en niet van hen die zich 'normaal' ontwikkelen? Uitgangspunt is doe zo normaal mogelijk, ga er niet bij voorbaat vanuit dat onze cliënten dit niet kunnen. Uitgaan van dezelfde eisen, waarden en normen is de cliënt serieus nemen en het geven van een eerlijke kans op het ontwikkelen van sociale vaardigheden. Aanpassen pas als al werkend de grenzen duidelijk zijn geworden maar ook dan blijven investeren in de sociale ontwikkeling en verzorging

Sociaal onaangepast gedrag wordt bij kinderen nog te vaak met de mantel der liefde bedekt, soms is het vertederend, krijgt het kind de lachers op zijn hand. Hoe anders wordt het als het kind ouder wordt.

Niet investeren op jonge leeftijd betekent dat het in de toekomst belemmerd wordt in deelname aan de samenleving.

Ad 10. De (groeps)begeleiding.

In de groei naar volwassenheid spelen een aantal personen en situaties een essentiële rol. Het gezin, de ouders, de school, de buurt en verenigingen zijn een onmisbare schakel in de ontwikkeling van een kind.

Binnen onze Stichting en specifiek de groep is de begeleider de belangrijkste schakel. De cliënt is afhankelijk van datgene wat de begeleider te bieden heeft aan veiligheid en vertrouwen als basis voor elke ontwikkeling.

Dit legt een grote verantwoordelijkheid neer bij de begeleiders. Alle anderen werkzaam binnen de Stichting zijn er om dit proces te ondersteunen en ervoor te zorgen dat zij hun werk optimaal kunnen uitvoeren.

Ad 11. Positie Vakgerichte medewerkers binnen de werkwijze van de Stichting.

Binnen de zorg wordt de aanduiding vakgerichte medewerkers niet gebruikt. Vakgerichte medewerkers zijn binnen de zorg beter bekend als de deskundigen. Binnen onze Stichting is bewust voor de aanduiding "vakgerichte medewerker" gekozen.

Hiermee wordt kennis en deskundigheid op een specifiek vakgebied aangeduid:

- Orthopedagogiek,
- Fysiotherapie,
- SI-therapeut
- Logopedie,
- Bewegingsagogiek/therapie
- Muziektherapie



- Speltherapie
- Massagetherapie
- Ergotherapie

Gepleit wordt voor een gelijkwaardigheid binnen het volledige team van mensen die te maken heeft met een cliënt.

Inbreng van eenieder kan even groot zijn. Inbreng en toebedeelde taken zijn niet per definitie afhankelijk van opleiding status en/of positie binnen de instelling.

De inbreng van eenieder wordt gerespecteerd.

Belangrijk is dat beslissingen over de hulpverlening geboden aan een cliënt door eenieder worden gedragen, heel belangrijk is dat de begeleiders hiermee akkoord gaan, door actief te hebben deelgenomen aan de bespreking en beslissingen die hieruit zijn voortgekomen en dat genomen beslissingen en werkwijzen hieruit voortkomende blijken te werken in de praktijk en dat dit zijn vruchten afwerpt ten behoeve van de cliënt, uiteraard met instemming van de cliënt en/of zijn ouder/vertegenwoordiger.

Ad 12. Wachtlijst.

In de opvatting van de Stichting zijn we een dienstverlenende instelling. Wij willen voldoen aan de hulpvraag van een cliënt.

Onze visie is dat een wachtlijst niet het probleem van de hulpvrager mag zijn, het is het probleem van de hulpverlener. Als we stellen dat het, het probleem van de hulpverlener is legt dat direct de verantwoordelijkheid voor een oplossing bij dezelfde hulpverlener neer. Wij hebben dan de taak ervoor te zorgen, met behoud van kwaliteit, dat er een oplossing voor de wachtlijst komt.

Efficiënt werken en plannen, het zo laag mogelijk houden van de overheadkosten zijn maatregelen om ervoor te zorgen dat de financiële middelen worden ingezet waarvoor ze zijn bedoeld.

Wij doen dit en streven er na de wachtlijst zo klein mogelijk te houden door steeds weer te bekijken hoe er, met behoud van kwaliteit, oplossingen gevonden kunnen worden, belangrijk hierin is ook andere instanties te betrekken, Als we allemaal op een evenredige manier hiervoor verantwoordelijkheid nemen, ligt hier al een gedeelte van de oplossing,

Voor het realiseren van deze visie en de hieruit voortkomende werkwijze en beleid is en blijft het gesprek met cliënten/ouders/verzorgers en andere belanghebbende uiterst belangrijk.

Uitgaande van onze eigen kracht, soms met de hulp van anderen proberen we steeds weer te komen tot aanpassingen en veranderingen binnen de geboden zorg, uitgaande van de meerwaarde voor de cliënt.



Onze visie en haar kernwaarden zijn vastgelegd in verschillende documenten en komt met zeer grote regelmaat terug in de verschillende overlegorganen binnen en buiten de Stichting.

Zie: www.de-kameel.nl: ook voor meer informatie over de geboden activiteiten

4.3 Algemeen kwaliteitsbeleid

In 2007 is de procedure gestart voor de certificering, volgens de HKZ-norm (harmonisatie en Kwaliteitsbeoordeling in de zorgsector) is het bestaande kwaliteitsbeleid en systeem van de Stichting getoetst.

De laatste audit (nov 2025) heeft uitgewezen dat het primaire proces (alles direct gerelateerd aan de cliënt) geen verbetering behoeft en er gewerkt wordt vanuit een heel duidelijke visie welke zeer bewust wordt doorvertaald binnen de organisatie. Tot uiting is vooral gekomen dat er zeer doelgericht wordt gewerkt. Dit heeft o.a. te maken met de inzet van didactische leerlijnen, deze lijnen worden toegepast binnen het werken met de cliënt en zorgen er voor dat inzichtelijk wordt gemaakt hoe er wordt gewerkt en met welk doel. Het hoe wat en waarom wordt beschreven binnen het zorgplan.

Individuele dossiers zijn zeer uitgebreid, waarin de verslaglegging rondom de hulpverlening goed is geregeld en duidelijke omschreven, een duidelijk en overzichtelijk zorgplan blijkt een belangrijke leidraad voor de praktische vertaling van de hulpverlening.

Besprekingen en evaluaties van de directe zorg zijn en worden vastgelegd waarbij de mate betrokkenheid van eenieder duidelijk is.

Secundaire processen zijn geformaliseerd en geprofessionaliseerd zodat informatie voor eenieder helder en inzichtelijk is.

Binnen dit proces ligt als aandachtspunt een nog betere beschrijving van werkwijze, de beleidscyclus en de meetbaarheid van doelstellingen. Uiteraard zal dit proces van aanpassen en verbeteren zich de komende jaren blijvend voorzetten, niet uitsluitend vanuit de wens om opnieuw gecertificeerd te worden maar vanuit een duidelijke visie en werkwijze waarbij wij ons ten doel hebben gesteld zo optimaal mogelijk te functioneren ten behoeve van onze cliënten.

De Stichting is gecertificeerd tot december 2026



4.4 Kwaliteitsbeleid ten aanzien van cliënten.

4.4.1 Kwaliteit van zorg.

De individuele vragen en mogelijkheden van de cliënt vormen het uitgangspunt voor het handelen.

Wat vinden wij het meest belangrijk? 😊

Onze prioriteit ligt te allen tijde bij het primaire proces, cliënten zijn het meest belangrijk. Onze cliënten willen wij alle mogelijkheden bieden die er zijn en wij willen voor dat wat wij doen graag verantwoording afleggen. Belangrijk is daarom dat er een nauwe samenwerking bestaat tussen cliënten, begeleiders en ouders/vertegenwoordigers, maar ook met de cliëntenraad en de Raad van toezicht.

We willen transparant zijn, we willen horen wat we goed doen en nog belangrijker wat er verbeterd kan worden. Doorlopend zoeken wij met alle betrokken partijen contact om de zorg die wij bieden te bespreken en verbeteringen in te zetten waar men dat van ons vraagt.

De laatste jaren hebben wij een doorlopende verbetering ingezet in het nog meer inhoudelijk en doelmatig inzichtelijk maken van het (samen)werken (behandeling en begeleiding) met onze cliënten.

De laatste 2 jaar hebben wij opnieuw de criteria bijgesteld waaraan onze verslaglegging moet voldoen, en meer belangrijk; hoe krijgen wij inzichtelijk waar wij mee bezig zijn en hoe kunnen wij dit op een goede manier overbrengen aan onze cliënten, hun ouders/vertegenwoordigers en onze medewerkers.

De **didactische lijnen**, zoals wij de 'handleiding' /dit instrument voor een goed doelgericht en inzichtelijke verslaglegging hebben genoemd zijn bij eenieder bekend en vormen een goede leidraad om tot doelgericht handelen te komen.

Wij zijn erin geslaagd dit op een zeer uitvoerige en beschrijvende manier te doen. Hierin vinden wij het belangrijk dat er binnen het werken met onze cliënten doelen worden gesteld en dat wij inzichtelijk kunnen maken dat er aan deze doelen wordt gewerkt, dat deze doelen worden behaald en/of bijgesteld en dat er een verbetering/verandering heeft plaatsgevonden ten opzichte van een vorige peildatum.

Jaarlijks wordt dit verwerkt in een zeer uitvoerig zorgplan, ontstaan vanuit de dagelijkse doelgerichte rapportage. Dit verslag wordt besproken met eenieder die bij de cliënt betrokken is,



Mn de betrokken ouders/verzorgers/vertegenwoordigers zijn hierin belangrijk N.a.v. deze bespreking wordt een zorgplan opgesteld en weten we voor het komende jaar aan wat voor (nieuwe) doelen gewerkt zal worden en de manier waarop hieraan gewerkt zal worden., onderschreven door een goedkeuring van betrokkenen dmv een handtekening. Binnen de tweemaandelijks cliëntbesprekingen komen de gestelde doelen per individu aan de orde en geven wij richting aan het handelen om zo te komen tot een optimale benadering van mogelijkheden van de cliënt.

Doelen worden gehandhaafd en/of bijgesteld, altijd in overleg met alle betrokkenen Dit zijn uiteraard de begeleiders van een groep als meest deskundig, ouders en daarnaast worden orthopedagoog, logopedist, fysiotherapeut, muziektherapeut, speltherapeut, ergotherapeut en bewegingstherapeut intensief betrokken bij dit proces.

We hebben er bewust voor gekozen dit niet cijfermatig naar voren te brengen maar d.m.v. een beschrijvend verslag systematisch opgesteld waarin duidelijk naar voren komt hoe er is gewerkt, wat er nodig is geweest om te komen tot het huidige resultaat en waar het werken aan het doel enige bijstelling behoeft.

Naast deze verslaglegging vindt er jaarlijks een psychologisch onderzoek plaats van de psycholoog/orthopedagoog. De uitkomst hiervan is niet leidend maar een goede aanvulling op het geheel aan verslagen en complementeert het beeld rondom de cliënt. Dit hele proces heet het **cyclisch werken**; een proces van herhaling en verbetering van het zorg aanbod voor de individuele cliënt

4.4.1.1. Kaderregeling AO/IC.

De kaderregeling AO/IC in zorginstellingen is een wettelijke regeling die zorginstellingen verplicht om een administratieve organisatie en interne controle te hebben. Deze regeling borgt de juistheid, betrouwbaarheid, inzichtelijkheid en toegankelijkheid van de administratie en de interne controle binnen de zorginstelling.

Eind 2006 is het protocol kaderregeling gereedgekomen binnen onze stichting en tot op heden steeds aangepast en geactualiseerd. Meegenomen hierin wordt de vraagstelling en actuele gegevens van de accountant.

Ook in 2025 is op alle onderdelen van het protocol een periodieke controle uitgevoerd.



4.4.1.2 Tevredenheidonderzoek.

Naast velerlei inspanning om te komen tot een goed en verantwoord kwaliteitsbeleid vinden wij het belangrijk van ouders/verzorgers te horen wat zij vinden van het aanbod van de Stichting. Hen wordt gevraagd jaarlijks een enquête in te vullen. Op verschillende onderdelen wordt hun mening gevraagd:

- Eerste contact en aanmelding
- De hulpverleningsfase (komt ieder jaar terug)
 - Veiligheid
 - Tevredenheid/klachten
 - Communicatie
 - Functioneren cliëntsysteem Caren/ONS
- Hulpvraag en samenwerking met begeleiding
- Vragen betrekking hebbend op accommodatie
- Vragen bij vertrek

Dit jaar is het clienttevredenheidsonderzoek aangepast en uitgebreid in vraagstelling, meertaligheid en digitalisering.

Ouders/vertegenwoordigers worden direct betrokken bij en kunnen zich uitlaten over de zorg en begeleiding/behandeling die zij en hun kind geboden krijgt. Gezien de kleinschaligheid van de Stichting is het mogelijk direct in te spelen op vragen en opmerkingen door ouders/vertegenwoordigers en kunnen we meteen veranderingen aanbrengen daar waar nodig en mogelijk. De vragen gesteld aan ouders/vertegenwoordigers gaan niet alleen over de directe zorg aan hun kind maar ook over de randvoorwaarden om te komen tot een optimale begeleiding en behandeling.

4.4.2 Klachten.

De Stichting kent een onafhankelijke klachtencommissie.

De klachtencommissie behandelt klachten van diegene die gebruik maken van de diensten van de Stichting. De taken en bevoegdheden van de commissie worden beschreven in het protocol Klachtenregeling.

In 2025 zijn geen klachten binnengekomen.

De stichting kent 3 vertrouwenspersonen voor zowel cliënten als medewerkers.



4.4.3 Veiligheid.

MIC-melding.

Hoe te handelen bij ongelukken/bijna ongelukken worden beschreven in het protocol veiligheid. Een MIC-formulier wordt na een incident ingevuld door directbetrokkene en geregistreerd door de coördinator, de verantwoordelijke coördinator neemt,

Indien nodig, de juiste beslissingen om betreffende probleem op te lossen, zo nodig verder te analyseren en te bespreken.

BHV.

De bedrijfshulpverlening binnen de Stichting voldoet aan de wettelijke eisen. Binnen de Stichting is 70% van de medewerkers opgeleid tot BHVer. Alle BHVers volgen jaarlijks een herhalingstraining. Deze trainingen worden verzorgd door een daarvoor gecertificeerd bedrijf.

De BHVers hebben gezorgd voor een goed opgesteld calamiteitenplan voor alle locaties. Regelmatig komt men bijeen om dit plan te actualiseren.

Brandveiligheid.

De gebouwen binnen de Stichting voldoen allemaal aan de voorschriften van brandveiligheid. Jaarlijks worden verschillende blusmiddelen gecontroleerd door een erkend bedrijf en is een nieuw brandmeldsysteem geïnstalleerd.

Legionella.

Voor het dagelijks controleren van oa zwembadwater is een extern erkend bedrijf verantwoordelijk.

Hieraan is de maandelijkse legionellacontrole van C-mark Heerenveen en Backer installatiebedrijf toegevoegd,

Ieder jaar wordt het plan van aanpak ten aanzien van de legionellabestrijding bekeken en daar waar nodig verbeterd en aangepast aan de huidige regelgeving.

In 2024 is opnieuw aandacht besteed aan de risicoanalyse, het beheersplan en logboek.

Een nieuwe risicoanalyse en beheersplan wordt opgesteld en taken, afspraken en werkzaamheden hieruit voorkomende worden uitgevoerd. Inmiddels hebben een aantal aanpassingen plaatsgevonden van het leidingensysteem. Uiteraard is ons er alles aangelegen een verontreiniging van het water te voorkomen.

Bijzonderheden t.a.v. de veiligheid hebben zich in het verslagjaar niet voorgedaan.



Automatisering.

We zijn volledig gesitueerd in de private Cloud.

We hebben een vaste ICT-leverancier die al jaren het systeem optimaal en actueel houdt volgens de AVG.

4.5 Kwaliteit ten aanzien van medewerkers.

4.5.1 Personeelsbeleid/kwaliteit van het werk.

- De Stichting wil een goede werkgever zijn voor haar medewerkers. De Stichting doet dat door te investeren in het welzijn voor medewerkers waarin zij hun werkzaamheden goed en veilig kunnen verrichten en waarin zij zichzelf goed kunnen ontwikkelen en zich veilig voelen
- Een goed en gezond arbeidsklimaat, een plezierige werksfeer en goede arbeidsomstandigheden, als ook aandacht en waardering voor de medewerker zijn belangrijke pijlers waarop de Stichting zich richt. Hiermee hopen wij een gewenste en bewuste binding aan te brengen tussen medewerkers en de Stichting.
- Ook voor toekomstige werknemers hopen wij dit beeld over te kunnen brengen zodat ook zij bewust kiezen onderdeel te willen zijn van onze Stichting.
- Op 31 december 2025 telde het personeelsbestand van de Stichting medewerkers 255 (incl stagiairs)
- Naast alle medewerkers met een arbeidsovereenkomst hebben ook een 36tal stagiaires en een enkele vrijwilliger (vanuit een re-integratie project) een belangrijk aandeel aan de Stichting geleverd.
- In 2021 is een medewerkerstevredenheidsonderzoek uitgevoerd. De uitslag was positief. De korte lijnen, transparantie in omgang, en een grote mate van inbreng op allerlei gebied en zelfstandigheid wordt gewaardeerd. Naar aanleiding van dit onderzoek is naar voren gekomen dat medewerkers aandacht willen voor een goede balans tussen privé en werk. In de vorm van een studiedag is hier door de Stichting aandacht aan besteed.

In 2026 zal opnieuw een onderzoek worden uitgevoerd.



4.5.2. Ziekteverzuim.

- Het ziekteverzuim in 2025 ligt gemiddeld op 7,95(exclusief zwangerschap). Sinds Corona is het ziekteverzuim gestegen, mede door enkele long-covid gevallen, minder personeel vraagt meer inzet van de medewerkers wat een hogere werkdruk veroorzaakt. De inzet van ZZP'ers is een tijdelijke oplossing om de werkdruk te verminderen.
- Voor iedere zieke medewerker zetten wij ons volledig in, in samenwerking met de NLG (arbodienst) en de Arboarts, om te komen tot volledig herstel en voorkomen van uitval
- Ten aller tijde vragen wij van ons zelf volledige inspanning om voor onze werknemers het ziekteverzuim zo laag mogelijk te houden.
- Verzuim en re-integratie, goed en structureel overleg met de Arboarts zijn een heel belangrijk onderdeel van het personeelsbeleid van de Stichting.

4.5.3 RI&E.

Fysieke belasting.

- Binnen het ARBO-zorgsysteem hebben de fysiotherapeuten van de Stichting een belangrijke rol bij het voorkomen van te grote fysieke belasting. Zij bieden regelmatig tilhulp-training en zorgen ervoor dat er voldoende hulpmiddelen beschikbaar zijn ter voorkomen van fysieke belasting.
- Binnen het Arbozorgsysteem is regelmatig overleg met de Arboarts ook in deze zeer wenselijk.
Door de inspecteur van de arbeidsinspectie is geconstateerd dat er ter voorkoming van te grote fysieke belasting voldoende middelen aanwezig zijn.
- Vanuit een Ri en E zijn geen noemenswaardige problemen voortgekomen. Het proces ter voorkoming van fysieke belasting blijft uiteraard een doorlopend proces van constatering van en de hieruit ontstane verbeteringen.



Wij hebben een ARBO-plan (onderdeel van VGN-plan) opgesteld ter inzage voor alle betrokkenen van de Stichting. Een belangrijk onderdeel en verplicht onderdeel van dit ARBO-plan is het bieden van een Periodiek Arbeidsgezondheidskundig Onderzoek (PAGO). De basis voor het PAGO volgt uit een risico-inventarisatie & evaluatie (RI& Het PAGO is voor iedere medewerker toegankelijk, er ligt geen verplichting bij de medewerker hier aan deel te nemen

Twee belangrijke aandachtspunten zijn naar voren gekomen; beeldschermwerk en de onregelmatigheid in onze dienstverlening op wonen en logeren. De roosteraars proberen een zo evenwichtig mogelijk rooster te creëren voor iedereen, samen met de coördinatoren. Helaas moeten we erkennen dat we nog steeds weinig nieuwe collega's mogen verwelkomen en op een aantal woningen worden nog ZZP'ers ingezet, waar we natuurlijk erg blij mee zijn omdat zij de teams weer compleet maken en de druk op het rooster doen afnemen. Een situatie die voorlopig nog blijft voortbestaan ondanks de inspanningen van de coördinatoren om nieuwe mensen te werven.

Onderzoek naar gevolgen van beeldschermgebruik wordt ingezet

Agressie en geweld.

- Ook in 2025 is een duidelijk beleid gevoerd t.a.v. dit onderwerp. Passende maatregelen worden genomen om de risico's te beperken.
- Er is een protocol aanwezig en MIC-formulieren worden ingevuld. Voor medewerkers wordt de mogelijkheid geboden aan een training agressie en geweld deel te nemen Structureel vindt overleg over dit onderwerp plaats.
- Na een incident wordt samen met de werknemer bepaald welke maatregelen genomen moeten worden, de ervaring heeft geleerd dat dit per werknemer verschilt. De stappen die t.a.v. agressie en geweld en een aantal verbeterpunten zijn opgenomen in een plan van aanpak
- Met regelmaat wordt een cursus weerbaarheid aangeboden aan werknemers, deze cursus. Herhalingsbijeenkomst worden met regelmaat en op verzoek geboden.

4.5.4 Scholing.

- De Stichting kent een gedegen opleidingsbeleid op maat. Opleiding en scholing worden ieder jaar bepaald door de wens van de medewerker en/of de cliënt en of wensen vanuit de stichting. Belangrijk is expertise te handhaven en te ontwikkelen ten behoeve van onze cliënten. Opleidingen die hierbij aansluiten en een meerwaarde bieden ten gunste van onze cliënten kunnen worden gevolgd.



- We bieden de mogelijkheid tot een SKJ-registratie en de handhaving hiervan. We zijn bezig te bekijken of wij voor deze registratie kunnen aansluiten bij een grote collega-organisatie.
- Naast de wens nog beter tegemoet te kunnen komen aan de wensen van de cliënt is natuurlijk een belangrijk onderdeel van scholing/opleiding de persoonlijke ontwikkeling van onze medewerker.
- Binnen structureel overleg met onze medewerkers is opleiding en scholing een terugkomend onderdeel van de bespreking.
- Naast de mogelijkheid van het individu tot het volgen van een cursus/studie staan per jaar in ieder geval 2 studiedagen gepland, afhankelijk van de vraag en de ontwikkelingen binnen onze Stichting en de samenleving worden de onderwerpen gekozen.
- Binnen de clusterbespreking, die structureel plaatsvinden, wordt thema gericht gepraat over verschillende onderwerpen die betrekking hebben op onze dienstverlening.

Voor een aantal belangrijke aandachtspunten binnen de hulpverlening van onze cliënten hebben wij een aanpassing gedaan binnen onze protocollen en het handelingsplan waarbij nog duidelijker naar voor komt met welke risico's betreffende de cliënt rekening gehouden moet worden en hoe er moet worden gehandeld. Dit in het belang van zowel de cliënt als de medewerker.

- Omgang medicatie
- (Niet) reanimatie beleid
- Epilepsie
- Vrijheidsbeperkende maatregelen
- Gezinssituatie (risico's)
- Seksueel misbruik
- Verpleegkundige handelingen

Informatie t.a.v. van bovenstaande is terug te vinden in ons kwaliteitshandboek, ter inzage voor betrokkenen en belangstellenden.



5. Actueel beleid/risico's en financieel beleid.

In ons streven naar een steeds betere hulpverlening richting onze cliënten worden wij geconfronteerd met een beleid waarbij bezuinigingen aan de orde van de dag zijn.

Een confrontatie met een financieel beleid van de overheid/gemeenten waarbij het steeds moeilijker wordt hulp te bieden en uit te breiden daar waar wij dat nodig achten en in de eerste plaats daar waar het een meerwaarde voor de cliënt betekent.

Indicaties komen niet altijd overeen met de hulpvraag waardoor instanties genoodzaakt zijn hulp te weigeren en het voor ons steeds moeilijker gaat worden deze hulp te bieden/ in te zetten en tevens eenzelfde kwaliteit te waarborgen

Binnen onze Stichting zijn de indicatiestellingen leidend voor plaatsing en hulpverlening. Maar wij willen hiervan afwijken als er maatregelen worden genomen die een verschraving van de zorg betekenen en wij blijven ervoor pleiten dat onze cliënten en in het verlengde daarvan wij, voldoende mogelijkheden krijgen om toekomstige plannen mogelijk te maken.

Wij vragen geen extra investering, wel reële bekostiging voor de individuele cliënt waar deze recht op heeft zodat we kunnen blijven voldoen aan de hulpvraag van eenieder.

Ook wij vinden dat er een bezinning moet komen op het bestedingspatroon binnen de zorg. Ook wij vinden dat er voor bepaalde doelgroepen erg veel geld is uitgegeven en dat bepaalde organisaties veel geld hebben uitgegeven daar waar het veel efficiënter en goedkoper kan. Ook wij vinden dat juist nu bepaalde doelgroepen het nog moeilijker gaan krijgen, waarbij handhaving van het huidige beleid juist een bezuiniging op langere termijn zou kunnen opleveren. Jammer genoeg zijn hierin niet de juiste keuzes gemaakt en moeten we de langere termijn vrezen.

Onze aandacht richt zich op dit moment op een aantal uitdagingen:

1. Wachlijsten
2. Personeel, noodzakelijke inzet ZZP
3. Ruimtegebrek, groot onderhoud gebouwen
4. Veiligheid digitale zorg
5. Implementatie AFAS en ONS



Ad1 wachtlijsten.

De wachtlijst zoals deze nu ontstaat kan alleen maar worden opgelost als wij zelf de grootst mogelijke inspanning verrichten om alle mogelijkheden te benutten die er zijn om meer plekken te creëren. We zijn constant op zoek naar de juiste balans; voldoen aan de vraag van ouders tot plaatsing van het kind (vaak met grote urgentie) en het niet te groot willen laten worden van onze groepen omdat kwaliteit van zorg gewaarborgd moet blijven. We doen hierbij ook graag een beroep op andere organisaties en onderwijs en gaan graag de dialoog aan over een plaatsingsbeleid waarin we ons allemaal evenredig verantwoordelijk moeten gaan voelen.

Ad 2 personeel.

Personeelskrapte, om dit probleem op te lossen is ons er alles aan gelegen eenieder te laten inzien dat wij een goed werkgever (willen) zijn, dat onze Stichting zeer de moeite is om voor te werken. Overleglijnen zijn kort, we proberen zo transparant mogelijk te zijn en geven werknemers de waardering die zij verdienen. Dit betreft met name de inschaling van de salariëring, goede opleidingsmogelijkheden, ruimte om mee te denken in beleid en visie en een hogere KM-vergoeding voor het woon-werkverkeer.

Uiteraard wordt een gedegen beleid gevoerd voor het aannemen van medewerkers die een vast dienstverband aan willen gaan. Helaas moeten we constateren dat dit voor onze woon- en logeervoorzieningen niet voldoende lukt en wij afhankelijk zijn van de inzet van ZZp-ers. Wij moeten een groter beroep doen op de mensen van de dagbesteding, meer inzet van flexwerkers, goede overleg met opleidingen om te komen tot voldoende plaatsingen van stagiairs, BBL-ers. Overleg met collega-aanbieders is van groot belang, we lopen allemaal tegen hetzelfde personeelstekort aan. We kunnen elkaar versterken door in gezamenlijkheid oplossingen te zoeken en dit met elkaar te delen.

Met regelmaat is er overleg tussen verschillende zorgaanbieders voor de voor specifieke inzet en uitwisseling van expertise (oa VG-arts, orthopedagoog-generalist en verpleegkundige en de inzet van digitale zorg).

Ad3 ruimtegebrek, groot onderhoud en uitbreiding gebouwen

Een nieuw gebouw, uitbreiding van de bestaande gebouwen brengt een oplossing voor een aantal uitdagingen waar wij voor staan en heeft de komende jaren een hoge prioriteit. Meer ruimte geeft meer mogelijkheden tot plaatsingen van nieuwe cliënten. Tevens ligt er een zeer grote noodzaak tot het zoeken naar voldoende ruimte voor de huisvesting van de NiloKa. Het huidige gebouw is binnen een aantal jaren afgeschreven.



We kampen al een aantal jaren met ruimtegebrek en een oplopende wachtlijst. Door op een zeer creatieve manier ruimten aan te passen hebben we tot nu toe steeds mogelijkheden gevonden hiervoor een oplossing te vinden. Door de vele aanmeldingen die wij op dit moment krijgen is dit niet meer mogelijk gebleken. En moeten wij constateren dat we cliënten niet meer meteen kunnen plaatsen.

Vooraf een onverwacht grote groep jonge kinderen is aangemeld en vanuit het onderwijs een aantal zij-instromers die met name van de externe activiteiten van onze dagcentra gebruik willen maken.

Minder schoolplaatsingen en meer ouder wordende cliënten maken doorstroom moeilijk en hebben op den duur invloed op de heterogeniteit van onze groepen.

Tevens heeft dit ruimtegebrek ook invloed op de goede werkplek die wij graag willen bieden aan onze medewerkers. Uiteraard blijft dit ook een hoge prioriteit in de zoektocht naar oplossingen.

Voor 2026 staat een opbouw op onze unit op de agenda, dit biedt ons de mogelijkheid tot de inrichting van 2 nieuwe groepen en het vergroten van het aantal werkplekken en gespreksruimtes.

Ad 4 veiligheid digitale zorg

De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (de inspectie) bezocht op 19 november 2024 Stichting Voorzieningen voor Verstandelijk en Meervoudig Gehandicapten Zwolle e.o. .

Het onderwerp van het bezoek was de inzet van informatie- en communicatietechnologie (ICT) in de zorg. Del 'digitale zorg'.

Onder digitale zorg verstaat de inspectie: de inzet van hedendaagse ICT, in het bijzonder internettechnologie, om de gezondheid en gezondheidszorg te ondersteunen of te verbeteren. Voorbeelden hiervan zijn elektronische patiëntendossiers (ECD) en elektronische uitwisseling van gegevens. Maar ook de patiëntgerichte digitale toepassingen zoals patiënten portalen, medische apps, monitoring, inzet van artificial intelligence en inzet van onlinebehandeling of begeleiding. De inspectie is positief over de mogelijkheden die digitale zorg kan bieden. Digitale zorg kan de zorg minder laten afhangen van tijd en plaats. Zo kan digitale zorg bijdragen aan het verlagen van de werkdruk en administratieve lasten in de zorg. Ook kan het de communicatie tussen patiënt (of cliënt/bewoner) en zorgverlener helpen. En die tussen zorgverleners. Dit wordt belangrijker omdat de patiënt vaker te maken krijgt met een netwerk van zorgaanbieders. Tegelijk vindt de inspectie het belangrijk dat de inzet van digitale zorg doordacht gebeurt. Ook bij de inzet van digitale zorg moet de zorgaanbieder de kwaliteit en veiligheid van de zorg bewaken. De nieuwe mogelijkheden



kennen ook risico's. Denk bijvoorbeeld aan cyberaanvallen, de uitval van systemen, fouten ontstaan door systeemupdates of gebruikersfouten. Ook ontwikkelen de wetgeving en normering zich verder. Daarom kijkt de inspectie bij zorgaanbieders naar digitale zorg. Daarbij toetst de inspectie of de zorgaanbieder zorgt voor de goede randvoorwaarden voor digitale zorg. Het doel van het bezoek was om te toetsen of de stichting bij de inzet van informatie- en communicatietechnologie (digitale zorg) zorgt voor de nodige voorwaarden voor goede en veilige zorg, die volgen uit wetten, (veld)normen en richtlijnen op dit gebied. Naar aanleiding van dit bezoek hebben wij een traject ingezet om het hele managementsysteem, waaronder protocollen en regelgeving een goed plek te geven binnen onze informatieverstrekking naar alle medewerkers en betrokkenen.

In juli 2025 zal de inspectie een eerste controle op dit traject uitvoeren,
In mei 2026 zal het geheel gereed moeten zijn.

Ad 5 de overstap van het cliëntregistratiesysteem SDB naar ONS en van RAET naar AFAS

In 2024 is een overstap gemaakt van SDB naar ONS en van RAET naar AFAS. de ervaringen van dit jaar zijn zeer bemoedigend. Beide systemen voldoen aan de eisen die wij hieraan hebben gesteld. We blijven op zoek naar de grenzen van mogelijkheden om zo het optimale uit beide systemen te halen omwille van de beste zorg en communicatie en met zoveel mogelijk behoud van onze eigenheid.

5 Toekomst.

Wij zijn onzeker over de toekomst van de zorg. Deze onzekerheid betreft niet ons eigen handelen en financiële ruimte die wij hebben. Wij staan, zoals al meerdere jaren uitvoerig is beschreven voor wat wij doen en leven in de overtuiging dat wij een grote meerwaarde hebben binnen de zorgverlening waar wij hebben aangetoond heel efficiënt onze mensen en middelen te kunnen inzetten voor hoge kwaliteit van zorg voor onze cliënten. We creëren hierbij een werksfeer waarbij welzijn en mogelijkheden voor zowel de cliënten als onze medewerkers de hoogste prioriteit hebben.

- Bepalend voor ons bestaansrecht is de erkenning en waardering voor hetgeen wij doen van degene die verantwoordelijk is voor de inzet en budgettering van onze diensten.



- Bepalend hierbij zal tevens zijn dat op een goede manier de zorg aan de cliënt wordt toegewezen. De verwijzer zal een grote mate van expertise aan de dag moeten leggen. Onafhankelijkheid is hierin zeer bepalend
- Bepalend zal zijn dat we hopen dat de arbeidsmarkt ten gunste van de zorg zal veranderen, voor nu is dit een grote onzekerheid en bedreiging van goede zorg in het algemeen.
- Bepalend is het hebben voldoende ruimte/ een groter gebouw Dit geeft meer comfort voor medewerkers, het hebben van een fijne werkplek is een vereiste. Het geeft meer ruimte tot plaatsing van nieuwe cliënten en het terugdringen van de wachtlijst.

Met de grote betrokkenheid van medewerkers, meer dan voldoende expertise, een ruim budget en het vertrouwen van onze cliënten en hun ouders/ vertegenwoordigers gaan we met veel vertrouwen in ons eigen kunnen de komende jaren tegemoet. Helaas bepalen invloeden van buitenaf mede hoe wij de komende jaren onze zorg kunnen blijven bieden

Dilemma:

Ons grootste dilemma is dat wij kleinschaligheid prediken en tegelijkertijd aangeven er voor iedere cliënt te willen zijn als dit van ons wordt gevraagd. Dit gaat soms niet samen en genoodzaakt ons meer dan ook na te gaan denken over onze toekomst; over uitbreiding of niet, een duidelijke wachtlijst of niet, een veranderende doelgroep en aannamebeleid.

Het gesprek hierover is gaande, de oplossing lijkt niet zomaar voorhanden.



5.1 Samenleving

De Stichting heeft een heel eigen plek veroverd binnen de samenleving. We vallen op door onze kleinschaligheid en in sommige opzichten eigenzinnige beleid. We staan voor wat we doen en dragen dit uit naar de maatschappij /samenleving waar wij met onze doelgroep onderdeel van zijn. Wij maken de samenleving tot belangrijk en noodzakelijk onderdeel van het leven van onze cliënten.

Binnen ons activiteitenaanbod maken wij als vanzelfsprekend gebruik van deze samenleving en het aanbod van activiteiten dat daar ligt. Andersom wordt de samenleving zoveel mogelijk betrokken bij de activiteiten die binnen de dagcentra en woningen plaatsvinden.

Ook collega-instellingen maken gebruik van de mogelijkheden van onze setting bijvoorbeeld in de vorm van stageplaats voor hun cliënten.

Naast reguliere activiteiten binnen de gemeenschap komen regelmatig scholen met een aantal leerlingen, een bedrijf en jongeren uit de buurt een van onze locaties bezoeken.

Kinderen uit de buurt maken gebruik van het buitenspeelterrein bij het dagcentrum en bij bijzondere festiviteiten worden ouders, familie en vrienden maar ook buurtbewoners uitgenodigd.

5.2 Financieel beleid

Resultaat 2025

Het resultaat van de Stichting over 2025 valt weer positief uit. Ondanks de toename van cliënten met een grote hulpvraag, waarbij we genooddaakt zijn individuele begeleiding te geven, een tekort aan personeel en ziekteverzuim waardoor meer inzet van ZZPers een noodzaak is.

Onze primaire taak blijft het direct inspelen op de individuele behoeften en mogelijkheden van de cliënt. Gezien de maatschappelijke veranderingen en ontwikkelingen waarbij de cliënt de bepalende factor blijft, kan dit, wat ons betreft, niet plaatsvinden vanuit een vastgesteld meerjarenbeleid. Er wordt veelal ingespeeld op veranderingen die in het hier en nu worden aangegeven en die voor onze cliënten van belang zijn.



Accountants voor de Gezondheidszorg B.V.

**Gewaarmerkt voor
identificatiedoeleinden**

GK| 04-06-2026





Uiteraard ondernemen wij actie voor uitdagingen die op ons pad komen; we hopen een goede oplossing te vinden voor het personeelstekort op wonen en logeren, het terugbrengen van de inzet van ZZP'ers, een zoektocht naar geschikte gebouwen, het terugdringen van de wachtlijst en het meest belangrijk optimalisering van onze zorg, met als uitgangspunt het weer direct kunnen voldoen aan een gestelde zorgvraag.

In de onderstaande tabellen zijn verschillende kerngetallen opgenomen die een beeld geven van de financiële positie en prestaties van de Stichting in het verslagjaar en het voorgaand jaar.

Resultaatratio	2025	2024
AWBZ- gefinancierde resultaten		
Resultaat boekjaar	2.313.677	729.305
Totale opbrengst boekjaar	17.879.347	15.080.159
Resultaatratio	0.129	0.048

Liquiditeit	2025	2024
Vlottende activa minus de voorraden (incl. liquide middelen)	6.438.748	3.569.131
Vlottende activa (incl. liquide middelen)	1.242.686	431.437
Totaal kortlopende schulden	2.816.453	2.283.310
Liquiditeit – Quick ratio	2.29	1.56
Liquiditeit – current ratio	0.44	0.19

Solvabiliteit	2025	2024
Totaal Eigen Vermogen	9.943.741	7.630.065
Balanstotaal	13.086.239	10.091.430
Solvabiliteit	0.760	0.756