

Stichting Nicole's Huiskamer



Kwaliteitshandboek 2019



INHOUDSOPGAVE

Onderwerp:	pagina nr.
Inhoudsopgave	2
Voorwoord	4
1. ALGEMEEN	
1.1 Introductie	5
1.2 Doel	5
1.3 Reikwijdte	5
1.4 Uitsluiting	5
1.5 Referenties	5
2. BELEID EN STRATEGIE	
2.1 Introductie	6
2.2 Missie	6
2.3 Visie	6
2.4 Kwaliteitsbeleid	7
2.5 Kwaliteitsdoelen	7
2.6 Strategie	9
3. ORGANISATIE	
3.1 Inleiding	10
3.2 Structuur van de organisatie	10
3.3 Verantwoordelijkheden en bevoegdheden	10
3.4 Overleg en communicatievormen	12
4. PRIMAIRE EN ONDERSTEUNENDE PROCESSEN	
4.1 Algemeen	13
4.2 Het primaire proces	13
4.3 Besturende processen	13
4.4 Ondersteunende Processen	13
5. KWALITEITSMANAGEMENT	
5.1 Directiebeoordeling	14
5.2 Procesbeheersing	15
5.3 Audits	15
5.4 Continue verbetering	16
5.5 Corrigerende en Preventieve maatregelen	17
5.6 Klachtenmanagement	18
5.7 Beheersing van door cliënt verstrekte gegevens	18
5.8 Beheersing van kwaliteitsregistraties	19
6. DOCUMENTBEHEER	
6.1 Doel	20
6.2 Algemeen	20
6.3 Verantwoordelijkheden	20
6.4 Procedure	20



7.	WERKOMGEVING EN MATERIAAL	
7.1	Doel	22
7.2	Verantwoordelijkheden	22
7.3	Procedure	22
8.	PERSONEEL	
8.1	Doel	23
8.2	Algemeen	23
8.3	Procedures	23
9.	NIEUWE ONTWIKKELINGEN	
9.1	Doel	24
9.2	Procedure	24
	BIJLAGE	
	Bijlage 1: Verklarende woordenlijst	25



VOORWOORD

We leven in een veranderende wereld waarin belanghebbenden steeds meer eisen stellen aan de kwaliteit van zorg- en dienstverlening en de wijze waarop deze tot stand komt. Kwaliteit is hierbij gedefinieerd als voldoen aan de wensen en behoeften van belanghebbenden van de stichting. Belanghebbenden zoals daar onder zijn de jongeren, ouders van jongeren, donateurs, de overheid en medewerkers.

Om kwaliteit te blijven leveren zullen we continu moeten inspelen op die veranderende eisen. Denk hierbij onder andere aan de toekomstige transitie van zorgtaken naar de Gemeenten. Met de invoering van een cliëntgerichte vorm van kwaliteitsmanagement wil Stichting Nicole's Huiskamer (SNH) structureel werken aan kwaliteit.

Kwalitatieve waarden als cliëntgerichtheid en continue verbetering zijn de kernwaarden van onze organisatie. Om werkprocessen te beheersen en om de kwaliteit van SNH op systematische wijze (bij) te sturen is er een kwaliteitsmanagementsysteem ontwikkeld en ingevoerd. Het totale systeem bestaat uit de organisatiestructuur, planning, processen, middelen en documentatie die worden gebruikt om de vastgestelde kwaliteitsdoelen te halen, de zorg- en dienstverlening te verbeteren en te voldoen aan de eisen van alle belanghebbenden van SNH.

Het bestuur van SNH verklaart hierbij te zorgen voor een functionerend kwaliteitsmanagementsysteem en zal daarvoor:

- kwaliteitsbeleid en doelstellingen formuleren in het kwaliteitshandboek dat nu voor u ligt;
- middelen beschikbaar stellen voor het uitvoeren van de processen beschreven in dit kwaliteitshandboek en daarvan afgeleide procedures;
- bewerkstelligen dat het bewustzijn met betrekking tot de kwalitatieve waarden: cliëntgerichtheid en continue verbetering binnen SNH wordt bevorderd.

Het gedocumenteerde (technische) kwaliteitsmanagementsysteem bestaat uit een gedocumenteerd kwaliteitshandboek, gerelateerde procedures, reglementen en kwaliteitsregistraties.

De geleverde zorg- en dienstenkwaliteit zal worden gewaarborgd door enerzijds de interne werkwijze(n) en anderzijds het kwaliteitssysteem intern als ook door een externe partij te laten toetsen tegen de geldende kwaliteitsafspraken.

Ik ben ervan overtuigd dat de hierboven beschreven systematische aanpak zal bijdragen tot een hoge cliënttevredenheid en het bevorderen- dan wel in stand houden, van de kwaliteit van de zorg- en dienstverlening die door SNH wordt geleverd.

Mw. N. van Rooy
Directeur SNH



1. ALGEMEEN

1.1 Inleiding

Bij de ontwikkeling van ons kwaliteitsmanagementsysteem zijn de eisen van de ISO 9001 norm gehanteerd. Omdat aan dit referentiekader wordt voldaan is certificering van het kwaliteitsmanagementsysteem mogelijk.

De toetsing voor het verlenen van een ISO 9001 certificaat is geen momentopname. Als onderdeel van de normeisen zullen er periodiek (jaarlijks) interne en externe toetsingen (audits) plaatsvinden om het certificaat in stand te houden.

Door bij het opzetten van een kwaliteitsmanagementsysteem de werkwijze van de stichting als uitgangspunt te kiezen, krijgt het kwaliteitssysteem vorm vanuit de dagelijkse praktijk en wordt het een herkenbaar en werkbaar systeem voor iedereen binnen de organisatie. Tevens wordt de samenhang tussen de verschillende processen duidelijk en daarmee ook de invloed van medewerkers op hun eigen, maar zeker ook op elkaars werk.

1.2 Doel

Het belangrijkste doel van het kwaliteitsmanagementsysteem is de kwaliteit van de zorg- en dienstverlening continu te verbeteren (met als gevolg de cliënttevredenheid te verhogen) en de interne organisatie te verbeteren.

Het doel van dit kwaliteitshandboek is het beschrijven van de systematische benadering van kwaliteitsmanagement. Inclusief het beleid, doelstellingen en de invulling van de verschillende elementen die garanderen dat SNH opereert volgens de eisen van op ISO 9001 norm, waarbij objectief bewijsmateriaal wordt geleverd dat aantoont dat aan de normeisen wordt voldaan.

1.3 Reikwijdte

Dit kwaliteitshandboek met al haar verwijzingen is van toepassing op alle activiteiten binnen SNH.

1.4 Uitsluitingen

De volgende op ISO 9001 gebaseerde normeisen worden uitgesloten en niet beschreven in het handboek:

- Normeisen met betrekking tot ontwerp en ontwikkeling.
- Normeisen met betrekking tot beheersing van montering(s)- en meetuitrusting.

1.5 Referenties

Documenten die in combinatie met dit kwaliteitshandboek dienen te worden gebruikt, zijn:

- a. ISO 9001:2015; Quality Management systems - Requirements.
- b. SNH Beleidsplan 2019.
- c. SNH procedures, reglementen en instructies.



2. BELEID EN STRATEGIE

2.1 Introductie

Om het proces van kwaliteitsmanagement richting en sturing te geven binnen SNH zijn in dit deel van het kwaliteitshandboek uitgangspunten en organisatiedoelen vastgelegd in kwaliteitsbeleid. Om kwaliteit te meten is het kwaliteitsbeleid geoperationaliseerd naar realiseerbare doelstellingen.

2.2 Missie

- a. SNH houdt zich bezig met opvang, begeleiding en evt. therapeutische ondersteuning van jongeren in de leeftijd van 12 tot 18+ jaar. Het betreft jongeren die in een situatie zitten waardoor het op school en/of thuis even niet werkt. Ze kunnen vaak niet (nog niet of niet meer) bij de reguliere jeugdzorg terecht. Dat kan zijn omdat hier ellenlange wachtlijsten zijn, of omdat er (nog) geen diagnose is of omdat er geen klik is met de hulpverlener of de geboden interventies niet aansluiten bij de behoeften. Het betreft dus jongeren die geregeld net tussen wal en schip (dreigen te) vallen
- b. De zorg- en dienstverlening richting deze jongeren bestaat uit verschillende inhoudelijke werkzaamheden, die op basis van wensen en behoeften van ouders en hun kinderen als maatwerk worden aangeboden. In de praktijk bestaat de geboden zorg- en dienstverlening onder meer uit:
 - Individuele- en ouderbegeleiding en/of groepstherapie (thuissituatie optimaliseren);
 - Het maken van huiswerk, met begeleiding (planning en organisatie);
 - Gezamenlijk (leren) koken, eten en opruimen (gezond/gevarieerd/bewust, je bent wat je eet);
 - Sport, spel, toneel, muziek (inspanning versus ontspanning);
 - Trainingen/cursussen als budgetteren, correspondentie, administratie (kansen vergroten);
 - Vaardigheidstrainingen, ontspanning, ademhaling, assertiviteit, NLP, Art of Living etc.;
 - Voorlichting over de gevolgen van roken, drank en drugs gebruik en de noodzaak van hygiëne;
 - Buddy systeem (verantwoordelijkheid beleven en betrokkenheid met de anderen ervaren);
 - Educatieve dagtripjes, midweek- vakanties (prettig leren, Challengeweek Ardennen);
 - Traumaverwerking en opbouwen van beter zelfbeeld en zelfbewustzijn;
 - Therapeutische interventies waar nodig, door specialist binnen geboden therapie, etc.

2.3 Visie

- a. De langetermijnvisie van SNH is gericht op het continu verbeteren van de hulpverlening aan jongeren, waarbij de inhoud van de zorg/dienst samen met en vanuit het perspectief van de jongere wordt bepaald en geboden. Tevens wil het bestuur de hulpverlening aan jongeren in heel Nederland verbeteren en het SNH initiatief overal waar wenselijk navolging laten vinden.
- b. De uitgangspunten die hierbij van toepassing zijn en die door iedereen binnen de stichting zullen worden gehanteerd, zijn:
 - De toegang tot SNH is laagdrempelig;
 - Het leveren van vraaggerichte zorg- en dienstverlening. Zorg in een optimale mix van wat de cliënt wil en belangrijk vindt en datgene wat de directeur van SNH vanuit haar professionele achtergrond belangrijk vindt, met toepassing van geldende (zorg)wet- en regelgeving;



- Tijdens de zorg- en dienstverlening wordt uitgegaan van de waarden en normen maar ook de talenten van de jongeren zelf en wordt er gewerkt met vooral positieve stimulering;
- Streven naar zoveel mogelijk persoonlijke aandacht en gezelligheid, waarbij jongeren het gevoel kunnen ervaren van ergens (bij iemand) thuis welkom te zijn en altijd een liefdevol, luisterend oor ter beschikking te hebben;
- Het bieden van een veilige haven waar alles bespreekbaar is;
- Er is een duidelijke informatievoorziening naar de jongeren over wat SNH voor hen kan betekenen en welke regels worden gehanteerd;
- Gemaakte afspraken, evaluaties en wijzigingen betreffende de geboden zorg en - dienstverlening worden vastgelegd in een persoonlijk begeleidingsplan (iedere jongere heeft eigen dossier);
- Jongeren of wettelijke vertegenwoordigers van jongeren worden betrokken bij de invulling en evaluaties van de door hun ontvangen zorg-/dienstverlening (begeleidingsplan);
- Klachten van jongeren en ouders worden serieus behandeld, om het cliëntvertrouwen zo snel mogelijk te herstellen. Hiertoe is o.a. een onafhankelijke klachtenfunctionaris aangesteld.

2.4 Kwaliteitsbeleid

- a. Om constante kwaliteit van zorg te leveren en structureel aan kwaliteitsverbetering te werken wordt een cliëntgerichte vorm van kwaliteitsmanagement ingevoerd, waarbij er bekwame vrijwilligers (of medewerkers) worden ingezet en jongeren betrokken zijn bij het verbetermanagement.
- b. Het managen van de kwaliteit van zorg moet ervoor zorgen dat processen bij SNH beheerst verlopen, dat risico's worden vermeden en fouten worden voorkomen, met kwaliteitsverbetering als resultaat.
- c. Als bewijs dat het kwaliteitsmanagementsysteem aan de gehanteerde (norm)eisen voldoet, laat het bestuur het managementsysteem conform deze eisen toetsen en certificeren. Op deze wijze kan mede door een derde onafhankelijke en erkende partij periodiek bevestigd worden dat de organisatie de zaken intern goed op orde heeft, de cliënt centraal stelt, betrouwbare resultaten kan presenteren en voortdurend werkt aan het verbeteren van de zorgverlening.

2.5 Kwaliteitsdoelen

Het kwaliteitsbeleid van SNH is door het bestuur vertaald naar de volgende kwaliteitsdoelen:

- a. Het certificeren en continu onderhouden van het ingevoerde kwaliteitsmanagementsysteem conform de ISO 9001 norm.



Op procesniveau zijn daarvoor de volgende doelstellingen geformuleerd:

- Alle conform de ISO 9001 norm vereiste audits en beoordelingen worden periodiek (jaarlijks) uitgevoerd en gerelateerde acties tijdig afgehandeld en geverifieerd.

b. Het continu leveren van cliëntgerichte zorg- en dienstverlening.

Op procesniveau zijn daarvoor de volgende doelstellingen geformuleerd:

- Het binnen 6 weken, na eerste ondersteuning, samen met cliënt(en/of cliëntvertegenwoordigers) , vastleggen van gemaakte afspraken in een begeleidingsplan;
- Minimaal eenmaal per jaar, samen met jongeren (en/of cliëntvertegenwoordigers), de afspraken in het begeleidingsplan inhoudelijk evalueren;
- Klachten van jongeren en ouders worden zorgvuldig gemanaged, geregistreerd, beantwoord en onderzocht op verbeterpunten om continu te kunnen bijdragen aan het verbeteren van het zorg- en dienst-verleningsproces.

c. Het continu hebben van tevreden jongeren hun vertegenwoordigers en medewerkers.

Op procesniveau zijn daarvoor de volgende doelstellingen geformuleerd:

- Hoe jongeren en vertegenwoordigers denken over de geleverde zorg wordt tijdens een eindevaluatie onderzocht door middel van een tevredenheidsonderzoek;
- In welke mate medewerkers tevreden zijn wordt tijdens functioneringsgesprekken onderzocht.

d. Het continu beheersen van veiligheidsrisico's op cliënt- en medewerker niveau.

Op procesniveau zijn daarvoor de volgende doelstellingen geformuleerd:

- Het binnen 3 weken, na eerste zorgverlening, inventariseren en registreren van de risico's op cliëntniveau en de resultaten jaarlijks actualiseren;
- De Risico inventarisatie en evaluatie (RIE), vereist vanuit de Arbo wetgeving, zal worden uitgevoerd en het plan van aanpak zal jaarlijks worden geëvalueerd;
- Het continu zorgvuldig managen en het reduceren van het aantal klachten;
- Het continu zorgvuldig managen en het reduceren van aantal jaarlijkse (bijna) incidenten.

e. Het continu beschikken over deskundige vrijwilligers of personeel om de aangemelde jongeren adequate zorg en ondersteuning te kunnen bieden.

Op procesniveau zijn daarvoor de volgende doelstellingen geformuleerd:

- Tijdens aanname van vrijwilligers of personeel worden passende functieprofielen gehanteerd;
- Het jaarlijks plannen en uitvoeren van functioneringsgesprekken waarbij tevens gekeken wordt of en zo ja welke deskundigheid bevorderende trainingen noodzakelijk zijn.
- De jaarlijks geplande trainingen t.b.v. deskundigheidsbevordering worden in het geplande jaar gecompleteerd.



2.6 Strategie

- a. De directeur zal erop toezien dat het kwaliteitsbeleid en de geformuleerde doelstellingen bij alle medewerkers binnen de stichting bekend zijn en op de voorgeschreven wijze worden nagestreefd. De directeur is hierbij verantwoordelijk voor:
 1. Het ontwikkelen, invoeren en beheren van het SNH kwaliteitsmanagementsysteem;
 2. Het toezicht houden op het proces van bijhouden en verzamelen van (meet)gegevens binnen de stichting, om het primair proces continu te monitoren, alsmede het analyseren van deze gegevens en de resultaten sorteren op verbeterpunten. Verbeteringen invoeren en het effect van deze maatregelen later verifiëren;
 3. Erop toezien dat de vereiste interne en externe audits, worden uitgevoerd en dat geconstateerde afwijkingen tijdig worden hersteld;
 4. Het uitvoeren van de jaarlijkse directiebeoordeling om de doeltreffendheid van het kwaliteitsmanagementsysteem te controleren en waar mogelijk te verbeteren;
 5. Het ieder jaar plannen en (laten) afnemen van een tevredenheidsonderzoek;
 6. Het 2 jaarlijks uitvoeren van een waarderingsonderzoek bij ketenpartners;
 7. Het voeren van een klachtenmanagementsysteem;
 8. Het jaarlijks verifiëren en wanneer nodig actualiseren van de kwaliteitsdoelstellingen.
- b. Om te bepalen in hoeverre de geformuleerde doelen zijn gehaald worden er in de kwaliteitsrapportage verschillende kwaliteitsindicatoren (meetpunten) gebruikt en worden resultaten met betrekking tot de vastgestelde doelstellingen periodiek geregistreerd en geëvalueerd. Meer informatie over het proces van meten en rapporteren en de gebruikte indicatoren zijn terug te vinden in procedure 01; Kwaliteitsrapportage.



3. ORGANISATIE

3.1 Inleiding

Deze sectie geeft een overzicht van de structuur van SNH en geeft de verantwoordelijkheden en bevoegdheden weer met betrekking tot de verschillende aspecten van kwaliteitsmanagement.

3.2 Structuur van de organisatie

Stichting Nicole's Huiskamer is een ANBI stichting (Algemeen Nut Beogende Instelling) welke geheel is ontstaan op basis van particuliere donaties en Stichting Treu Bleu (STB). Sinds 2018 is de zorg van Stichting Nicole's Huiskamer aangekocht middels de aanbesteding.

Het bestuur is het hoogste orgaan. De bestuursvoorzitter is tevens de directeur en is verantwoordelijk voor de dagelijkse leiding van de stichting. Het bestuur wordt o.a. ondersteund door de Raad van Advies bestaande uit leden van STB. SNH werkt veelal met ZZP'ers, vrijwilligers en waar mogelijk stagiaires.

3.3 Verantwoordelijkheden en bevoegdheden

- a. Taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden van medewerkers zijn beschreven in de functiebeschrijvingen die als hardkopie, ondertekend door directie en medewerkers, aanwezig zijn in het archief van de stichting.
- b. Hieronder volgt een korte weergave van de verantwoordelijkheden en bevoegdheden van verschillende functionarissen met betrekking tot kwaliteit binnen SNH:
 1. De directeur is verantwoordelijk voor het behalen van de overall kwaliteit van de geleverde zorg en diensten. Als zodanig voert de directeur de volgende functies uit:
 - Eindverantwoordelijk zijn m.b.t. het functioneren van alle medewerkers;
 - Aansturen van medewerkers;
 - Het geldig verklaren van functiebeschrijvingen;
 - Het geldig verklaren van het kwaliteitshandboek en gerelateerde procedures, reglementen, en eigen ontwikkelde formulieren;
 - Monitoren en verifiëren van het kwaliteitsmanagementsysteem;
 - Het beschikbaar stellen van middelen om kwaliteit te beheersen en te borgen volgens de eisen van de gehanteerde norm;
 - Kwaliteitsdata identificeren als ook de wijze waarop de gegevens worden verzameld;
 - Het invoeren van herstel- en verbetermaatregelen.



2. De directeur treedt tevens op als kwaliteitsmanager en is daarmee verantwoordelijk voor het coördineren van de ontwikkeling, onderhoud en continue verbetering van het kwaliteitsmanagementsysteem. Zij zal binnen dit kader onder meer:
 - Zorgen dat iedereen werkzaam binnen de organisatie bekend is met het vastgelegde kwaliteitsbeleid en procesgang; te zorgen dat men werkt volgens vastgestelde procedures; procedures aanwezig en beschikbaar zijn op de werkplek en het stimuleren van de betrokkenheid van medewerkers wanneer het gaat om kwaliteitsverbetering;
 - Een intern auditprogramma ontwikkelen en tot uitvoering brengen;
 - De uitvoering van externe audits coördineren;
 - Tijdig zorg dragen voor het invoeren van herstel- en verbetermaatregelen als gevolg van de ontvangen auditresultaten;
 - Periodiek rapporteren over de resultaten van de organisatie en het managementsysteem;
 - Klachten analyseren en correctieve/preventieve maatregelen voorstellen/invoeren;
 - Als aanspreekpunt fungeren op het gebied van kwaliteit;
 - Erop toe zien dat dit kwaliteitshandboek en gerelateerde procedures elke 2 jaar worden herzien.
3. De door de directeur aangewezen documentbeheerder is verantwoordelijk voor het beheren van alle documentatie conform de eisen beschreven in hoofdstuk 6 van dit handboek. Alle binnen de stichting ingevoerde procedures die afgeleid zijn van hetgeen in het kwaliteitshandboek is beschreven zullen worden benoemd in een aparte moederlijst documentatie. Deze lijst wordt beheerd door de documentbeheerder.
4. Medewerkers van SNH worden aangemoedigd problemen (afwijkingen) te identificeren, te evalueren en verbeteringen voor te stellen tijdens de periodieke overlegvormen of schriftelijk in te dienen bij de directie van SNH. Medewerkers blijven verantwoordelijk voor hun eigen kwaliteit van werk.



3.4 Overleg- en communicatievormen

Naast de dagelijkse communicatie tussen de directeur en medewerkers zijn er ook structurele overleg- en communicatievormen vastgesteld met als doel de effectiviteit en efficiency van bedrijfsvoering te optimaliseren en de motivatie en betrokkenheid van medewerkers in stand te houden.

a. Voor interne overlegvormen zie tabel 1a:

Tabel 1a: Stichting Nicole's Huiskamer overleg- en communicatievormen

Overleg	Doel	Deelnemers	Frequentie	Registratie
Bestuur overleg	Bespreking beleidszaken	De 3 bestuursleden	1 x per 3-6 maanden	Notulen
Werkoverleg Afstemming HK dag	Bespreken signalering, werkzaamheden (ook zorginhoudelijk)	Directie en medewerkers	wekelijks	Notulen indien van toepassing
Directie-beoordeling	Beoordelen van het KM-systeem	Directeur en kwaliteits-medewerker	1 x per jaar	Beoordelingsverslag
Functionerings gesprekken	Het bespreken van het functioneren	Directeur met alle medewerkers	1 x per jaar	Functionerings-gespreksverslag

b. Voor structureel vastgestelde bijeenkomsten met externe instanties zie tabel 1b:

Tabel 1b: Stichting Nicole's Huiskamer overleg- en communicatievormen

Overleg	Doel	Deelnemers	Frequentie	Registratie
Overleg met bestuur	Voortgang bespreking	Bestuur	1x per jaar	Notulen
Overleg Jaarlijkse Verantwoording	Jaarlijks verantwoorden van uitgaven	Bestuur, Accountant, Raad van Advies (STB)	1 x per jaar	Notulen
Overleg met gemeenten	Budget garantie bespreking	Bestuur, gemeenten, onafh. accountant	1x per jaar	Jaarverantwoording
Jaarlijkse Verantwoording	Jaarlijks verantwoorden	Bestuur en Inkoopteam	4 x per jaar	Management-rapportages



4. PRIMAIRE EN ONDERSTEUNENDE PROCESSEN

4.1 Algemeen

In deze sectie wordt het primaire proces van SNH beschreven. Bij SNH onderscheiden we de volgende processen:

- het primaire proces; (Intake, Uitvoering en Evaluatie/Nazorg);
- sturende processen (betrekking hebbend op organisatie- en personeelsbeleid) en
- ondersteunende processen (betreffende documentbeheer, fysieke omgeving en materiaal en inkoop). Ieder proces heeft een relatie met of invloed op de andere processen (zie par. 4.3).

4.2 Het primaire proces

- a. Het primaire proces van SNH bestaat uit: de intake (gesprek), de uitvoering (begeleiding) en de evaluatie (van geleverde zorg- en dienstverlening). Na de evaluatie worden er, wanneer van toepassing, wijzigingen of verbeteringen in de uitvoering doorgevoerd.
- b. Alle acties binnen het primaire proces handelen vanuit het perspectief van de cliënt. Zijn talenten, wensen en behoeften zijn de basis voor de uitvoering van het gehele primaire proces van SNH. In procedure nr. 04; Begeleiding is het begeleidingsproces stapsgewijs beschreven zodat de verantwoordelijke functionaris (begeleider etc.) kan bepalen of het proces naar wens verloopt en overgegaan kan worden naar de volgende stap in het proces. De functionaris kan ingrijpen wanneer dat niet het geval is. Op deze manier wordt het primaire proces bewaakt.

4.3 Besturende processen

Activiteiten waarin wordt vastgesteld welke doelen zijn geformuleerd en hoe deze moeten worden bereikt, staan beschreven in hoofdstuk 2.

4.4 Ondersteunende processen

- a. De volgende ondersteunende processen die van invloed zijn op het primaire proces zijn gedocumenteerd in de volgende secties; 5 t/m 9 van dit kwaliteitshandboek:
 - Kwaliteitsmanagement (Sectie 5)
 - Documentbeheer (Sectie 6)
 - Fysieke omgeving en materiaal (Sectie 7)
 - Personeel (Sectie 8)
 - Nieuwe ontwikkelingen (Sectie 9)
- b. Andere gedocumenteerde procedures, reglementen en werkinstructies die van toepassing zijn binnen SNH, zijn terug te vinden in een moederlijst van kwaliteitsdocumentatie. De gegevens op deze lijst zullen worden beheerd, en bekend gemaakt bij iedereen binnen de organisatie, door de documentbeheerder. Verwijzingen naar richtlijnen vanuit de wet- en regelgeving die van toepassing zijn binnen de organisatie, zijn terug te vinden in betreffende gedocumenteerde procedures, reglementen en werkinstructies van de stichting.



5. KWALITEITSMANAGEMENT

In dit hoofdstuk komen de volgende onderdelen van het kwaliteitsmanagement aan de orde: de directiebeoordeling, procesbeheersing, audits, continue verbetering, correctieve en preventieve maatregelen, klachtenmanagement, beheersing van door cliënt verstrekte gegevens en de beheersing van kwaliteitsregistraties.

5.1 DIRECTIEBEOORDELING

a. Doel

Om de efficiency en nauwkeurigheid van het kwaliteitsmanagementsysteem te beoordelen en het inventariseren van verbeterpunten zal de directeur eventueel samen met de kwaliteitsmedewerker jaarlijks een evaluatie overleg houden waarin alle belangrijke resultaten betreffende de geschiktheid en doeltreffendheid van het kwaliteitsmanagementsysteem worden besproken.

b. Procedure

Voor dit overleg zal de directie de volgende informatie (laten)verzamelen van het afgelopen jaar:

- De prestaties van de organisatie (afgeleid van de kwaliteitsdoelstellingen);
- Resultaten van interne en externe audits;
- Feedback van jongeren (binnengekomen klachten, voorstellen etc.);
- Feedback van medewerkers (resultaten functioneringsgesprekken, tevredenheidonderzoek);
- Resultaten cliënttevredenheidsonderzoek;
- Genomen correctieve en/of preventieve maatregelen;
- Resultaten vorige directiebeoordeling;
- Belangrijke veranderingen op het gebied van wet- en regelgeving die van invloed zijn of in de toekomst zullen zijn op de organisatie.

Tijdens dit overleg zullen de (meet)resultaten worden vergeleken met het beleid en geformuleerde doelstellingen. De directie zal op basis van deze resultaten het kwaliteitsmanagementsysteem en zijn processen beoordelen en bijstellen waar nodig.

Het overleg en de acties die hieruit voortvloeien, zullen worden gedocumenteerd in een jaarlijks verslag (directiebeoordeling) en worden gearchiveerd. Tevens zal de uitvoering van de vastgestelde acties worden bewaakt door de directie.



5.2 PROCESBEHEERSING

a. Doel

Het doel van procesbeheersing is te kunnen garanderen dat processen verlopen zoals dat binnen SNH afgesproken en beschreven is. De basis voor procesbewaking is vastgelegd in dit kwaliteitshandboek.

b. Procedure

1. Het bewaken of processen worden uitgevoerd zoals afgesproken, gebeurt allereerst door processen vast te leggen in procesbeschrijvingen (procedures etc.) waarbij de processtappen als meetpunten worden gebruikt door de verantwoordelijke functionaris. Dit om te bepalen of het proces goed verloopt of hij/zij moet ingrijpen (wijzigingen moet toepassen) of dat hij/zij door kan gaan naar de volgende processtap.
2. Daarnaast worden periodiek overlegvormen (regelkringen) georganiseerd waarin de voortgang van zorg- en dienstverlening wordt besproken.
3. Bovendien zijn de volgende controlemechanismen ingevoerd:
 - Criteria voor bekwaamheid van het personeel zijn vastgelegd in functiebeschrijvingen;
 - De directeur (en leidinggevendenden) zullen dagelijks monitoren of processen worden uitgevoerd in overeenstemming met het gedocumenteerde kwaliteitssysteem (kwaliteitshandboek, procedures, reglementen, werkinstructies etc.);
 - De kwaliteit van de gehanteerde procedures wordt systematisch bewaakt tijdens geplande interne en externe audits en een tweejaarlijkse evaluatie van de inhoud van procedures door de directeur.

5.3 AUDITS

a. Doel

Audits worden uitgevoerd om te verifiëren of alle activiteiten conform de eisen worden uitgevoerd en om na te gaan of het kwaliteitsmanagementsysteem doeltreffend is geïmplementeerd.

b. Procedure

1. Een intern auditprogramma zal worden ontwikkeld en onderhouden door de directeur en worden beschreven in procedure 02; Audits.
2. Audits zullen worden uitgevoerd door:
 - Iemand die niet verantwoordelijk is voor het proces dat wordt geauditeerd. De directie vertegenwoordiger zal zorgen dat periodiek interne audits volgens de norm eis en planning worden uitgevoerd.
 - Certificerende Instelling (derde onafhankelijke partij), als onderdeel van het certificatietraject conform de gehanteerde norm.
3. Eens per jaar zullen de resultaten van alle audits (intern en extern) en gerelateerde acties worden meegenomen tijdens de directiebeoordeling.



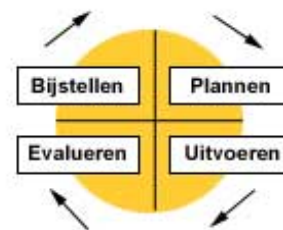
5.4 CONTINUE VERBETERING

a. Algemeen

Om de kwaliteit van de zorg-/dienstverlening van SNH continu te verbeteren zal de geleverde kwaliteit worden gemeten. Binnen SNH wordt dit gedaan door het bijhouden van de prestaties van de organisatie en anderzijds door jongeren periodiek te vragen naar hun mening over de geleverde kwaliteit. Deze resultaten kunnen samen met ontvangen klachten van invloed zijn op een aanpassing van het beleid, doelstellingen en werkwijzen. Op deze manier wordt ook de doeltreffendheid van het kwaliteitsmanagementsysteem continu verbeterd.

b. Procedure

1. Kwaliteit is een cyclisch proces. In kwaliteitstermen is deze cyclus beter bekend als de kwaliteitscyclus of PDCA cirkel (Plan-Do-Check-Act) van Deming. Continue verbetering wordt binnen SNH onder meer gerealiseerd door het inrichten van regelkringen (verbetercirkels).



Figuur 2; De PDCA cirkel van Deming

2. De regelkringen worden binnen SNH als volgt ingericht:

- Tijdens de uitvoering van het primaire proces:
Het beschreven primaire proces is gekoppeld aan het PDCA principe. Het is de verantwoordelijkheid van diegene die het primaire proces start en uitvoert dit te bewaken met behulp van de afronding (meetpunten) van de verschillende processtappen.
- In vastgestelde overlegvormen:
Waar meetresultaten worden besproken en maatregelen worden genomen om processen efficiënter en effectiever te laten verlopen.

Tijdens overleg is het tevens mogelijk voor iedereen om verbetervoorstellen te doen. De voorstellen worden besproken, gedocumenteerd en opgenomen in de actiepuntenlijst. Wanneer geselecteerde verbeteringen worden doorgevoerd wordt het effect van de verandering tijdens een volgend overleg opnieuw getoetst. Verbetervoorstellen kunnen tussentijds schriftelijk worden ingediend bij de directie. Zij zullen deze in het eerstvolgend werkoverleg inbrengen.

- Periodiek afnemen van een tevredenheidsonderzoek:
Jongeren en medewerkers worden periodiek gevraagd naar hun mening over SNH. Na het analyseren van de resultaten wordt er door de directie geïnventariseerd naar verbeterpunten. Verbeterpunten worden besproken tijdens het werkoverleg en realiseerbare verbeteringen worden, wanneer goedgekeurd door de directie, doorgevoerd. Tijdens een nieuw onderzoek wordt het effect van de aangebrachte verbeteringen gemeten (i.e. jongeren vragen naar hoe zij gerealiseerde verbeteringen hebben ervaren).



- **Ontvangen klachten:**

Klachten worden geanalyseerd door de klachtenfunctionaris en daarna door de directeur geïnventariseerd naar verbeter-mogelijkheden om zo kwaliteitsrisico's te verminderen.

3. Verslaglegging van tekortkomingen en gerelateerde verbeteringen zal worden gedaan in de vergaderverslagen waarin de voorgestelde verbeteringen worden behandeld. Ook de besluiten betreffende acties die worden uitgezet worden geregistreerd. Op deze manier vindt er bewaking van acties plaats door middel van toepassing van de regelkring (overlegvorm) en kan later tijdens een overleg het effect van de verbetering worden geanalyseerd en besproken.

5.5 CORRIGERENDE EN PREVENTIEVE MAATREGELEN

a. Doel

Deze sectie beschrijft de procedure die wordt gehanteerd voor het corrigeren en voorkomen van zaken die niet overeenstemmen met de gestelde eisen (afwijkingen).

Het is gebaseerd op tekortkomingen in de zorg- en dienstverlening die voortkomen uit klachten van jongeren en afwijkingen geconstateerd na verificatie van meetresultaten van prestaties, audits en cliënttevredenheidsonderzoeken.

b. Algemene procedure

1. Onder afwijkingen wordt verstaan: (bijna) fouten, (bijna) incidenten, zorg- en dienstverlening die niet conform SNH kwaliteitseisen wordt geleverd, klachten, ongewenst gedrag en calamiteiten.
2. Afwijkingen dienen altijd door medewerkers van SNH, wanneer mogelijk, meteen worden opgelost en geregistreerd. Specifieke instructies betreffende het melden, registreren en beheersen van de verschillende type afwijkingen zijn door SNH beschreven in aparte procedures. Zie hiervoor de moederlijst van procedures.
3. Door het jaar wordt door de door directie aangewezen medewerker kwaliteitsdata verzameld en besproken met de directie (zie procedure 01: Kwaliteitsrapportage).

c. Procedure correctieve maatregelen

1. Geconstateerde tekortkomingen zullen, waar mogelijk, meteen worden opgelost zodat ze niet meer voorkomen. Alle rapportages van tekortkomingen (inclusief klachten van jongeren) zullen onderwerp zijn van een gedocumenteerde correctieve maatregel. Eventueel worden tekortkomingen en genomen maatregelen gedocumenteerd in notulen van de vergadering waarin deze worden behandeld.
2. Een schriftelijk antwoord zal worden verstuurd op alle officieel ontvangen klachten naar de indiener van de klacht met daarin de correctieve maatregelen en wat gedaan zal worden om soortgelijke klachten te voorkomen.



d. Procedure preventieve maatregelen

1. Preventieve maatregelen zijn maatregelen om te voorkomen dat er potentiële problemen zich gaan voordoen. Kansen voor preventieve acties zijn herkend als gevolg van een tekortkoming in eenzelfde gebied (proces) van het kwaliteitssysteem.
2. De directie is verantwoordelijk om:
 - Fouten die herhaaldelijk gebeuren te (laten) onderzoeken en de oorzaak op te sporen en te identificeren. Om dezelfde fouten te voorkomen zal de oorzaak worden weggenomen.
 - Tijdens de analyse van meetresultaten en klachten, te verifiëren of een geconstateerde tekortkoming ook elders in het systeem kan voorkomen en preventieve maatregelen nemen wanneer nodig.
3. Het effect van preventieve maatregelen zal door de directie worden geverifieerd tijdens de periodieke overlegvormen en jaarlijkse directiebeoordeling.

5.6 KLACHTENMANAGEMENT

a. Algemeen

Het is voor SNH belangrijk om de afhandeling van klachten goed te managen, maar ook om te leren van de ingediende klachten en elke klacht op een rechtvaardige wijze af te handelen. De afhandeling van klachten is beschreven in de SNH klachtenprocedure.

b. Doel

Het doel is om binnen SNH risico's te beperken door de afhandeling van klachten goed te managen.

c. Procedure

1. Iedere cliënt wordt tijdens de eerste gesprekken bekend gemaakt met de klachtenprocedure van SNH. Hoe een cliënt een klacht kan indienen staat beschreven in een hand-out klachtenprocedure van de organisatie die wordt overhandigd aan cliënt (cliëntvertegenwoordiger).
2. Ontvangen klachten worden geregistreerd.
3. De registraties van klachten worden bewaakt door de directie. De directie is verantwoordelijk er op toe te zien dat een klacht correct wordt afgehandeld conform het geldende klachtenreglement.

5.7 BEHEERSING VAN DOOR DE CLIËNT VERSTREKTE GEGEVENS

a. Doel

Het beschrijven van de eisen voor het identificeren en beschermen van de door de cliënt verstrekte persoonlijke gegevens aan SNH (Privacybescherming).



b. Procedure

1. Bescherming van cliëntgegevens gebeurt met inachtneming van de Wet Bescherming Persoonsgegevens (Wbp). Het SNH privacyreglement is hiervan afgeleid en beschrijft de regels die van toepassing zijn binnen de organisatie.
2. Om de naspeurbaarheid van de dossiers te bewerkstelligen zijn de jongerendossiers gekenmerkt zodat gegevens van een cliënt gemakkelijk kunnen worden teruggevonden.
3. Tijdens de audits van een onafhankelijke partij zal tijdens de audit, wanneer er geen schriftelijke toestemming is van cliënt (cliëntvertegenwoordiger), alleen gebruik worden gemaakt van geanonimiseerde gegevens wanneer de auditor daarvoor vraagt.

5.8 BEHEERSING VAN KWALITEITSREGISTRATIES

a. Doel

Het vaststellen en bijhouden van kwaliteitsregistraties om het bewijs te leveren dat voldaan wordt aan de gehanteerde normen van het kwaliteitsmanagementsysteem.

b. Procedure

1. In onderstaande tabel identificatie van documenten, door wie, in welke vorm en hoe lang bewaard

Tabel 3; Matrix kwaliteitsregistraties

Document	Bewaard door	In welke vorm	Waar	Hoe lang
Begeleidingsplannen, evaluatieverslagen	Administratie	Hardkopie en digitaal	Kantoor Stichting Nicole's Huiskamer	15 jaar
Vergaderverslagen	Administratie	Hardkopie en digitaal		3 jaar
Resultaten audits	Administratie	Hardkopie en digitaal		3 jaar
Resultaten tevredenheidsonderzoeken	Administratie	Hardkopie en digitaal		3 jaar
Klachtbrieven/ -register	Administratie	Hardkopie en digitaal		3 jaar
Kwaliteitsrapportages (meetresultaten)	Administratie	Hardkopie en digitaal		3 jaar
Jaarlijkse waarderingsonderzoeken ketenpartners	Administratie	Hardkopie en digitaal		3 jaar
Jaarlijkse Leveranciersbeoordelingen	Administratie	Hardkopie		3 jaar
Kwalificaties personeel, functiebeschrijvingen en registratie functionerings- en exitgesprekken.	Administratie	Hardkopie		> 3jaar

2. De directie als ook de administratie zal er op toe zien dat alle registraties/verslagleggingen compleet, leesbaar en gedateerd zijn voor archivering.
3. Alle registraties zullen worden bewaard voor de periode als aangegeven in tabel 3. Na de genoemde periode worden de documenten in overleg met de directie verplaatst naar een andere opslaglocatie of wanneer niet meer nodig, vernietigd.



6. DOCUMENTBEHEER

6.1 Doel

Het beschrijven van de eisen voor het opstellen van procesbeschrijvingen (procedures).

6.2 Algemeen

- a. Met het vastleggen van afspraken in verklaringen en procedures etc. en het beheer van deze documenten krijgt het kwaliteitssysteem handen en voeten. Naast het kwaliteitshandboek zijn alleen de kritische en de door de gehanteerde norm vereiste processen beschreven in procedures. Dit om de bureaucratie te beperken.

6.3 Verantwoordelijkheden

- a. De directeur is verantwoordelijk voor:
 - de controle of de inhoud van officieel uitgegeven documenten niet in strijd is met datgene wat is verwoord in dit kwaliteitshandboek;
 - door ondertekening het document te valideren en autoriseren voor gebruik binnen de stichting;
- b. De documentbeheerder is verantwoordelijk voor het beheer van alle documenten van het gedocumenteerde kwaliteitssysteem;
- c. Medewerkers van SNH zullen zich conformeren aan de werkwijzen en afspraken die beschreven staan of worden gerefereerd in het gedocumenteerde technische kwaliteitssysteem (het kwaliteitshandboek en daarvan afgeleide procedures, reglementen en formulieren) van de stichting.

6.4 Procedure

- a. Nadat de directie een inventarisatie heeft gedaan van de kritische processen die nodig zijn voor het kwaliteitssysteem is er door de documentbeheerder een moederlijst opgemaakt die alle officiële beschrijvingen weergeeft. Tevens zijn hierop de eigen ontwikkelde formulieren genoemd die intern door medewerkers worden gebruikt.
- b. De vastgestelde documentcontrole is van toepassing op de identificatie, distributie, archivering en wijzigingen van alle onderdelen van het gedocumenteerde kwaliteitssysteem van SNH.

1. SNH formulieren moeten:

- voorzien zijn van versienummer en/of datum uitgifte. Alle formulieren worden beheerd door de documentbeheerder.



2. SNH procedures zullen:

- worden geïdentificeerd met een volgnummer startende met nummer 01 (volgnummer wordt afgegeven door de documentbeheerder);
 - worden voorzien van een korte titel betreffende het proces dat beschreven wordt;
 - worden voorzien met de versienummer en/of datum uitgifte (ander versienummer en/of datum uitgifte bij een gewijzigde beschrijving);
 - worden eventueel voorzien van informatie betreffende de procedure die eventueel hiermee is komen te vervallen;
 - vrij zijn van pen- en inkt aantekeningen;
 - worden voorzien van een handtekeningblok (ruimte) voor de directeur van SNH;
 - het doel, de verantwoordelijkheden en instructies omschrijven om het beoogde resultaat te halen;
 - worden gearhiveerd (originele ondertekende hardkopie) door de documentbeheerder;
 - worden gedistribueerd (digitaal en/of kopieën van origineel) aan alle medewerkers door de documentbeheerder;
 - worden teruggevorderd of uit betreffende elektronische map verwijderd door de documentbeheerder wanneer ze niet meer geldig zijn.
- c. Alle procedures en instructies zullen moeten worden voorgelegd aan de directeur. De directeur zal beoordelen of de inhoud van de documentatie overeenstemt met het geformuleerde beleid, doelstellingen en afspraken in dit kwaliteitshandboek. De directeur zal de documenten autoriseren voor gebruik door middel van het plaatsen van een handtekening.
- d. Een moederlijst van alle goedgekeurde procedures, reglementen, protocollen en formulieren zal worden ontwikkeld en onderhouden door de documentbeheerder. De lijst zal worden gedateerd en beschikbaar gesteld of gedistribueerd (hardkopie en digitaal) aan alle medewerkers.
- e. Alle originele ondertekende verklaringen, documenten, reglementen en protocollen zijn als hardkopie aanwezig in het kantoor van de documentbeheerder.
- f. Veranderingen aan onderdelen van het gedocumenteerde kwaliteitssysteem worden voorgesteld aan de directeur ter verificatie. Bij uitgifte van een verandering is de documentbeheerder verantwoordelijk voor de inname en vernietiging van alle documenten die niet meer geldig zijn als gevolg van de nieuwe uitgave en het actualiseren van de documenten in de elektronische werkomgeving.



7. WERKOMGEVING EN MATERIAAL

7.1 Doel

Het bepalen en ter beschikking stellen en onderhouden van de benodigde werkomgeving en materiaal ten einde doelmatige en goede zorg te kunnen verlenen.

7.2 Verantwoordelijkheden

Het bestuur bepaalt wat nodig is voor een juiste uitvoering van de zorg- en dienstverlening door SNH.

7.3 Procedure

- a. De noodzaak voor (extra) medewerkers; huisvesting en bijhorende voorzieningen, hulpmiddelen en materialen, onderhoud en andere infrastructurele zaken als procesuitrusting (hardware en software) en ondersteunende diensten; voorraad en opslag van bepaalde middelen, is en wordt in samenspraak met het bestuur, de Accountant en de Raad van Advies bepaald tijdens het jaarlijkse overleg.
- b. Het bestuur stelt, na goedkeuring budget, de benodigde werkomgeving en materiaal beschikbaar en ziet er op toe dat deze worden onderhouden en waar vereist periodiek worden gekeurd.
- c. Met betrekking tot de eisen voor hygiëne en veiligheid voor jongeren en medewerkers heeft de directeur een hygiëncode en ontruimingsinstructies ontwikkeld en ingevoerd.
- d. Voorzieningen en middelen die conform de Nederlandse wetgeving onderhevig zijn aan periodiek onderhoud en/of technische keuringen worden, wanneer aanwezig, weergegeven op een aparte controlelijst. De directeur ziet erop toe dat de verplichte onderhoudsbeurten/keuringen tijdig worden uitgevoerd zoals aangegeven op de controlelijst (wanneer van toepassing).



8. PERSONEEL

8.1 Doel

Het hebben van bekwame medewerkers.

8.2 Algemeen

- a. De taken met betrekking beheer medewerkers bij SNH zijn vastgelegd in een aparte procedure; Personeelsmanagement.
- b. Medewerkers die werkzaamheden uitvoeren die van invloed zijn op de zorg- en dienstenkwaliteit van SNH moet bekwam zijn, dit kan door passende opleiding, training, vaardigheden en ervaringsdeskundigheid.
- c. De vereiste vakbekwaamheid, taken en verantwoordelijkheden van iedere medewerker van SNH zijn vastgelegd in functiebeschrijvingen.
- d. SNH werkt alleen met ZZP'ers, vrijwilligers en stagiaires, allen moeten een recente VOG overleggen.
- e. Personeelsmanagement bij SNH vindt plaats met in achtneming van:
 - het Burgerlijk Wetboek
 - Arbo-wet
 - de Wet BIG (Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg) is van toepassing voor de bevoegde beroepsbeoefenaars die worden ingezet door SNH. BIG geeft regels voor de kwaliteit van de zorgverlening door beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg (wanneer beroepsbeoefenaars een BIG-registratie hebben geeft dit aan jongeren de waarborg dat zij te maken hebben met een bevoegde beroepsbeoefenaar).

8.3 Procedures

- a. Iedere medewerker zal bij aanname duidelijk uitgelegd krijgen wat van hem/haar wordt verwacht.
- b. Van iedere medewerker zal een dossier worden gemaakt waarin naast persoonsgegevens, minimaal ook een lijst van gevolgde opleidingen en trainingen staat geregistreerd.
- c. Er zullen periodiek functioneringsgesprekken plaatsvinden. De datum dat het heeft plaatsgevonden en datgene wat er is afgesproken tijdens dit gesprek wordt schriftelijk vastgelegd.
- d. Tijdens het gesprek zullen de volgende zaken minimaal aanbod komen:
 - Het functioneren van de medewerker ;
 - Tevredenheid van de werknemer betreffende zijn/haar functie en de manier waarop hij/zij bejegend wordt binnen de stichting;
 - Eventuele benodigde training in de toekomst.
- e. Het recente beleid, strategie en doelstellingen evenals meetresultaten van interne audits, klachten en systeembeoordelingen worden door de directie gebruikt om te evalueren of bestaande vaardigheden en kwalificaties van medewerkers overeenstemmen met de steeds veranderende wensen en behoeften van belanghebbenden van SNH.



9. NIEUWE ONTWIKKELINGEN

9.1 Doel

Up-to-date blijven als het gaat om de voor SNH van toepassing zijnde wetgeving. Met name als het gaat om de werkzaamheden die worden uitgevoerd.

9.2 Procedure

- a. Periodiek zal er door het bestuur onderzocht worden of er veranderingen hebben plaatsgevonden in de wet- en regelgeving die van invloed zijn op de uitvoering van primaire en ondersteunende processen binnen de stichting. De documentbeheerder zal een lijst bijhouden met de wet en regelgeving die van toepassing is op de werkzaamheden van de stichting.
- b. Er zal ook periodiek overlegd worden met externe instanties/personen die (wanneer nodig) kunnen voorzien in bijscholing, bijvoorbeeld op het gebied van wet- en regelgeving in de zorg en nieuwe inzichten/ ontwikkelingen op het gebied van kwaliteitsmanagement.
- c. Tijdens bovengenoemd overleg worden actuele zaken die van toepassing kunnen zijn op de werkzaamheden van SNH besproken en vastgelegd. Tijdens een volgend intern werkoverleg zal er besproken worden in hoeverre ontvangen informatie leidt tot aanpassingen binnen de stichting.
- d. Vanuit bovengenoemde overlegvormen zal het bestuur van SNH, wanneer nodig, het dienstenaanbod, het beleid, strategie en doelstellingen, en de werkwijze van de stichting wijzigen/actualiseren om in te spelen op veranderde omstandigheden.
- e. Voorgenomen wijzigingen zullen door de directeur met de medewerkers worden besproken en ingevoerd.



VERKLARENDE WOORDENLIJST

Afwijking

Het niet voldoen aan een eis (norm).

Audit

Kwaliteitsevaluatie: een systematisch en onafhankelijk onderzoek om te bepalen of kwaliteitsactiviteiten en de resultaten hiervan overeenkomen met vastgelegde regelingen en of deze laatste doeltreffend ten uitvoer zijn gebracht, alsmede geschikt zijn voor het bereiken van de doelstellingen.

Auditor

Degene die de audit uitvoert.

Bestuur

Het driekoppige bestuur van SNH welke verantwoordelijk is om SNH op het hoogste niveau te besturen. De bestuursvoorzitter is tevens de directeur van de stichting.

Borgen

Het zodanig eigen maken van veranderingen dat deze geheel zijn ingebed en verankerd in de organisatie.

Certificatie

Activiteiten op grond waarvan een onafhankelijke instantie kenbaar maakt dat er een gerechtvaardigd vertrouwen bestaat in het feit dat een duidelijk omschreven onderwerp van certificatie in overeenstemming is met een bepaalde norm- of eisen stellend document.

Cliënt/Jongere

De cliënt/jongere is de afnemer van de zorg- en dienstverlening van de stichting. Met de cliënt kan ook worden bedoeld de wettelijke vertegenwoordiger van de jongere.

Conformiteit

Het voldoen aan een eis (norm).

Continu verbeteren

Zich herhalende activiteit om het vermogen om aan eisen te voldoen te vergroten. Het proces van het vaststellen van doelstellingen en het vinden van kansen voor verbetering is een continu proces dat gebruik maakt van auditbevindingen en auditconclusies, analyse van gegevens, systeembeoordelingen of andere middelen. Het leidt in het algemeen tot corrigerende of preventieve maatregelen.

Correctie

Maatregel om een waargenomen afwijking weg te nemen.

Corrigerende maatregel

Maatregel om de oorzaak van een waargenomen afwijking of andere ongewenste situatie weg te nemen. Corrigerende maatregelen worden getroffen om herhaling te voorkomen. Preventieve maatregelen worden getroffen om te voorkomen dat zich iets voordoet.

Directie

Met de directie wordt binnen SNH de directeur (ofwel bestuursvoorzitter) Mw. N. S. M. van Rooy bedoeld.



Directievertegenwoordiger

De directievertegenwoordiger op het gebied van kwaliteit is door de directie aangewezen en heeft conform een op de ISO 9001-gebaseerde norm binnen het kwaliteitsmanagementsysteem bepaalde verantwoordelijkheden en bevoegdheden. Bij SNH is er geen aparte directievertegenwoordiger en treedt de directeur op als directievertegenwoordiger in het kader van de ISO 9001 gedachte.

Doeltreffendheid

De mate waarin geplande activiteiten worden gerealiseerd en geplande resultaten worden behaald.

Doelmatigheid

De verhouding tussen de behaalde resultaten en de gebruikte middelen.

Effectief

Doeltreffend, het beoogde resultaat wordt bereikt.

Efficiënt

Doelmatig, de middelen worden optimaal ingezet.

Eis

Behoeft of verwachting die kenbaar gemaakt, vanzelfsprekend of dwingend voorgeschreven is. 'Vanzelfsprekend' betekent dat het gebruikelijk of de normale gang van zaken is voor de stichting, haar jongeren en andere belanghebbenden dat het in overweging nemen van de behoefte of verwachting stilzwijgend wordt verondersteld. Een gespecificeerde eis is een eis die kenbaar gemaakt is in bijvoorbeeld een document.

Feedback

Terugkoppeling van informatie over de output van een proces. Op basis van de informatie kan actie worden ondernomen ter correctie van de output en/of verbetering dan wel beheersing van het proces. Het geheel van meting van de output, vergelijking van de meting met een normwaarde en corrigerende actie is een feedbackloop of terugkoppeling. De indicator is een instrument voor feedback.

Implementatie

Het testen, introduceren en in gebruik nemen van een nieuw systeem, werkwijze of apparatuur.

Indicator

Een instrument om een tevoren bepaald onderdeel of de prestatie van een proces te meten en het verloop hiervan te kunnen volgen. Het gaat om een meetbaar fenomeen dat een signalerende functie heeft met betrekking tot de kwaliteit van zorg/dienstverlening en de kwaliteit van de organisatie hiervan. Te denken valt aan doorlooptijden, tevredenheid van medewerkers en jongeren, aantal klachten, wachtlijsten en wachttijden, gebruik protocollen etc.

Ketenpartner

Die organisatie waarmee wordt samengewerkt om de zorg- en dienstverlening rondom individuele jongeren op elkaar af te stemmen en hiaten te voorkomen. Per partner wordt bepaald wie het meest geschikt is om een bepaalde taak uit te voeren.



Kwaliteit

Voldoen aan de verwachtingen van belanghebbenden van SNH.

Kwaliteitsbeleid

Algemene bedoelingen en richting van SNH met betrekking tot kwaliteit zoals formeel door de directeur kenbaar gemaakt.

Kwaliteitsbeheersing

Het aspect van kwaliteitsmanagement gericht op het voldoen aan kwaliteitseisen.

Kwaliteitsbewaking

De permanente activiteiten die enerzijds gericht zijn op het toezien of een bepaald kwaliteitsniveau gehaald wordt en behouden blijft en anderzijds op het corrigeren van de eventuele afwijkingen van dat niveau.

Kwaliteitsborging

Aspect van kwaliteitsmanagement gericht op het geven van vertrouwen dat aan kwaliteitseisen zal worden voldaan.

Kwaliteitsdoelstelling

Datgene wat wordt beoogd of waarnaar wordt gestreefd met betrekking tot kwaliteit.

Kwaliteitsplanning

Het aspect van kwaliteitsmanagement gericht op het bepalen van kwaliteitsdoelstellingen en het specificeren van de noodzakelijke operationele processen en daarmee samenhangende middelen om te voldoen aan de kwaliteitsdoelstellingen.

Kwaliteitsmanagementsysteem

Managementsysteem voor het sturen en beheersen van een organisatie met betrekking tot kwaliteit.

Kwaliteitsverbetering

Het aspect van kwaliteitsmanagement gericht op het vergroten van het vermogen om te voldoen aan de kwaliteitseisen.

Missie

Een globale omschrijving van wat de organisatie beoogt te doen, de reden van bestaan en de waarden die ten grondslag liggen aan haar bestaan.

Norm

Toestand of manier van handelen die als doel wordt beschouwd en waarnaar een categorie van personen zich kan of moet richten, toestand die voor een categorie van zaken vereist is.

Preventieve maatregel

Maatregel genomen om de oorzaak van een mogelijke toekomstige afwijking of andere mogelijke ongewenste situatie weg te nemen. Preventieve maatregelen worden getroffen om te voorkomen dat zich iets voordoet, terwijl corrigerende maatregelen genomen worden om herhaling te voorkomen.



Procedure

Gespecificeerde wijze van het uitvoeren van een activiteit of een proces. Procedures kunnen al dan niet gedocumenteerd zijn. Wanneer een procedure gedocumenteerd wordt, dan wordt vaak de term 'schriftelijke procedure' of gedocumenteerde procedure' gebruikt.

Proces

Geheel van samenhangende of beïnvloedende activiteiten dat input omzet in output. Een proces waarbij de conformiteit van het resulterende product niet eenvoudig of economisch kan worden geverifieerd wordt vaak een 'speciaal proces' genoemd.

Procesverantwoordelijke (proceseigenaar)

Degene die de plicht heeft rekenschap te geven over het resultaat van een omschreven proces.

Product

Resultaat van een proces. Een dienst wordt als product gedefinieerd.

Protocol

Schriftelijke afspraken die betrekking hebben op het beroepsmatig handelen en welke door de belanghebbenden in gemeenschappelijk overleg zijn opgesteld en aanvaard.

Strategische doelstelling

Een nadere concretisering van de visie, waarin staat aangegeven wat een organisatie wil bereiken. Deze visie wordt vastgelegd in succesbepalende factoren en daaraan gerelateerde prestatie-indicatoren en vervolgens uitgewerkt in te realiseren (strategische) doelen die specifiek, meetbaar, acceptabel, realistisch en tijdgebonden zijn (SMART-doelen).

Toetsen

Het vaststellen of de resultaten van een onderzoek voldoen aan de vooraf vastgelegde eisen.

Verantwoorde zorg

In de Kwaliteitswet Zorginstellingen wordt onder verantwoorde zorg verstaan: zorg van goed niveau die in ieder geval doeltreffend, doelmatig en cliëntgericht wordt verleend en die afgestemd is op de reële behoefte van de cliënt. De wet schrijft geen gedetailleerde normen voor. Aanbieders, verzekeraars en patiënten/-consumenten worden geacht onderling te overleggen over de inhoud van de normen.

Visie

In een visie staat beschreven hoe de organisatie in een voorliggende periode gestalte denkt te geven aan haar missie.

Vraaggerichte zorg

Vraaggerichte zorg is het streven naar een optimale mix van rekening houden met wat de zorgvrager wil en belangrijk vindt en datgene wat de hulpverlener vanuit zijn professionele achtergrond belangrijk vindt. Deze mix komt idealiter tot stand in een proces van open communicatie en onderhandeling. Vraaggerichte zorg moet zowel voldoen aan kwaliteitscriteria van jongeren als aan die van professionals.