

Jaarverslag & Jaarplan Pih Zorggroep 2025–2026

Datum directiebeoordeling: 21 oktober 2025

Periode: verslagjaar 2025, jaarplan 2026

Aanwezig: MFH Scheerder

0. Managementsamenvatting

In 2025 heeft Pih Zorggroep belangrijke stappen gezet in het verder professionaliseren van het kwaliteitssysteem en het verbreden van het zorgaanbod. De succesvolle implementatie van Scienta en de organisatiebrede overgang naar het ECD HCI hebben geleid tot uniformere werkprocessen en betere stuurinformatie. De hercertificatie VKS (16-10-2025) bevestigt dat de basis op orde is. De opening van Hoenderloo Safehouse Plus aan de Kampheuvellaan 34 versterkt de ketenzorg voor cliënten met gedrags- en verslavingsproblematiek.

De cliëntenuitstroom stabiliseerde; tot 1-10-2025 bedroeg het totaal 77 bewoners, waarvan 27% ongepland – een daling van 4 procentpunt t.o.v. 2024. De belangrijkste risico's liggen op het gebied van personele inzetbaarheid, afhankelijkheid van externe partijen en huisvestingslasten. Tegelijkertijd zijn er duidelijke kansen: groei in jeugd- en GGZ-diensten en verdere positionering binnen PIH Zorggroep.

Voor 2026 richten we ons op drie hoofdambities: (1) verdere reductie van ongeplande uitstroom en verhoging van behandelcontinuïteit, (2) duurzame inzetbaarheid en instroom van personeel, en (3) digitale volwassenheid (Scienta/HCI) en datagedreven verbeteren binnen de PDCA.

1. Jaarverslag 2025

1.1 Hoogtepunten 2025

- **Implementatie Scienta** succesvol afgerond; trainingen voor alle medewerkers.
- **Overgang naar ECD HCI** per 1 juni 2025; eenduidige dossiervoering en betere rapportages.
- **Hercertificatie VKS** behaald op 16 oktober 2025; bevestiging van kwaliteit en veilige zorg.
- **Opening Hoenderloo Safehouse Plus (Kampheuvellaan 34)**; versterking ketenaanpak in samenwerking met NuGGZ.
- **Omzetting rechtspersoon naar BV**; versterkt continuïteit en slagkracht binnen PIH Zorggroep.

1.2 Evaluatie van acties uit vorige directiebeoordelingen

Bronnen: HCI, Tactiplan, Loket, Scienta

Evaluatie werking systeem: 01-02-2026

Evaluatieresultaten: 01-03-2026

- **Interne audits NuGGZ & PIH:** twee audits uitgevoerd; verbeterpunten geregistreerd en opgevolgd in verbeterregister.
- **Implementatie Scienta:** adoptie geborgd; effectiviteit wordt in Q1 2026 gemeten o.b.v. gebruiksstatistieken en procestoezicht.
- **In- en uitstroom:** t/m 01-10-2025 totaal 77 uitstroom; 27% ongepland (-4 pp vs. 2024). Oorzaken: gedrag, medicatie, middelengebruik. Monitoring loopt komende 3 jaar.
- **Safehouse Plus:** specifieke benadering voor bewoners met complexe problematiek; verwacht effect op verlaging ongeplande uitstroom.
- **Omzetting naar BV:** past bij strategische koers; versnelt implementatiekracht en samenwerking binnen PIH.

1.3 Externe en interne context

1.3.1 Wet- en regelgeving

- **VKS hercertificatie** behaald (16-10-2025).

1.3.2 Normen

- **ISO-amendement klimaatverandering (23-02-2024):** geen directe impact op continuïteit; monitoring blijft onderdeel van managementcyclus.

1.3.3 SWOT (samenvatting)

- **Sterktes:** gekwalificeerd personeel (MBO3+), WO-personeel NuGGZ, multidisciplinair, ISO-kwaliteit, hoge cliënttevredenheid, sterke samenwerkingen (JW, WMO, ZVW, klinieken), naamsbekendheid.
- **Zwaktes:** hoge personeelskosten, hoge huurprijzen, hoog ziekteverzuim.
- **Kansen:** 'Jeugd in herstel' (gestart 17-09-2025), uitbreiding NuGGZ (SGGZ/BGGZ), groei Pret in Herstel & Safehouse Plus.
- **Bedreigingen:** concurrentie, politieke en financiële onzekerheid, afhankelijkheid indicaties/verzekeraars.

1.3.4 Kwaliteitssysteem

- Invoering begin 2025; trainingen in Scienta; implementatie verloopt volgens plan.
- **Acties 2025:** implementatie ECD HCI (afronding 01-06-2025), werving personeel, inzetten op WMO-aanbestedingen, doorlopende scholing Scienta/HCI.

1.4 Kwaliteitsprestaties 2025

1.4.1 Beleid & cultuur

Bronnen: intern beleidsonderzoek, MIC, uitstroomevaluaties.

Toelichting: intern onderzoek gestart op 22-12-2023; leidde tot Master Businessplan 2024. Evaluatie gepland 08-01-2026; opvolging acties loopt.

1.4.2 Afwijkingen & corrigerende maatregelen

Bron: Functiehuis.

Stand: geïmplementeerd in kwaliteitshandboek; kleine aanpassingen doorgevoerd.

Evaluatie: 27-10-2025 (AT).

Acties: vastgelegd in verbeterregister en geïmplementeerd waar nodig.

1.4.3 Monitoring & procesmeting

Bron: Audit 31-03-2025.

Stand: major afwijkingen t.a.v. functiehuis zijn verholpen.

Evaluatie: 31-03-2025.

Acties: bijstellingen afgerond; verdere evaluatie niet nodig.

1.4.4 Externe audits

- **VKS (16-10-2025):** geen bijzonderheden.
- **ISO 9001:2015 (28&29-10-2025):** volgt (planning/afronding door kwaliteitsdienst).
- **Audit 02-2025:** minor afwijkingen in functiehuis; ISO-herziening in 2025 met afronding aanpassingen (maart 2025).

1.4.5 Tevredenheid cliënten, medewerkers & stakeholders

Bronnen: CTO, MTO, STO 2025.

Metten: via AT; evaluatie klanttevredenheid in december 2025 (AT).

Acties: n.v.t. (wachten op evaluatie-uitkomsten).

1.4.6 Leveranciersprestaties

Bron: Inkoopbeleid (O.01).

Leverancier	Beoordelingsfocus	Actie
HCI	Werking ECD-systeem	Continueren; optimalisaties doorvoeren
Team trainingen	Trainingen t.b.v. ECD	Implementatie voortzetten

1.4.7 RI&E en Arbo

Toetsing via ADEXPERT: november 2025.

Evaluatie werking: RI&E gemonitord via AT; uitvoering door locatiemanager/MT.

Evaluatieresultaten: december 2025.

Acties: n.v.t. (wachten op evaluatie).

1.5 Deskundigheid & professioneel handelen

Bronnen: HBO, MBO, WO, NCOI, Elsden.

Stand: opleidingsbeleid geactualiseerd; nieuwe documenten toegevoegd in Scienta.

Evaluatie personeelsbeleid: 27-10-2025.

Acties: scholing up-to-date houden; focus op verslavingszorg, trauma, communicatie en dossiervoering.

1.6 Geschiktheid van middelen

Bronnen: UC-controles, inventarisbeheer, ICT- en facilitaire rapportages.

Stand: middelen adequaat; geen significante afwijkingen.

Resultaat: geen directe verbeteracties vereist; blijvende monitoring en verkenning van technologie die zorgkwaliteit kan verhogen (hardwarevervanging, digitale communicatie, veiligheid).

1.7 Doeltreffendheid maatregelen risico's & mogelijkheden

Bronnen: Functiehuis, metingen, ECD, MIC, RI&E.

Stand: na ISO-audit consultaties met advies-team en medewerkers; maatregelen aangescherpt en geïmplementeerd.

Evaluatie: gepland april 2025 (terugblik uitgevoerd in 2025); structurele borging in 2026 via kwartaalrapportages.

Acties: doorontwikkeling risicoregister; betere interne communicatie bij meldingen; integratie in PDCA.

2. KPI-overzicht 2025 (bestuurlijke samenvatting)

Thema	KPI	2024	2025 (t/m 01-10)	Doel 2026
Uitstroom	% ongepland van totaal	31%	27%	≤ 25%
Audits	Aantal major/minor afwijkingen (intern)	n.b.	major: 0*	0
Tevredenheid cliënt	Gemiddelde score (CTO)	n.b.	n.t.b. (dec)	≥ 8,0
Medewerker	MTO-score / verzuim%	n.b.	n.b.	trend dalend
Scholing	% medewerkers met plan up-to-date	n.b.	n.b.	≥ 95%
Veiligheid	RI&E-verbeterpunten opgevolgd	n.b.	n.t.b. (dec)	100%

*Major-afwijkingen m.b.t. functiehuis (31-03-2025) zijn hersteld.

Toelichting: waar 2024/2025-waarden ontbreken, worden in Q1 2026 de registraties uit HCI/Scienta en AT geüniformeerd tot een vaste KPI-set met jaarlijkse nulmeting.

3. Jaarplan 2026

3.1 Strategische doelen 2026 (SMART)

1. **Continuïteit van zorg:** verlaag ongeplande uitstroom naar $\leq 25\%$ van totale uitstroom per 31-12-2026 door keteninterventies (Safehouse Plus, NuGGZ) en geïndividualiseerde zorgplannen.
2. **Duurzame inzetbaarheid:** reduceer ziekteverzuim (basis n.b.) met **minimaal 1 procentpunt** en verhoog MTO-score op 'werkdruk & steun' met **+0,3 punt** in 2026.
3. **Digitale volwassenheid:**
 - a) **100%** van de teams werkt conform HCI-dossierafspraken (compliance-checklist) per **Q3 2026**.
 - b) **95%** van medewerkers heeft een actueel scholingsplan in Scientia per **Q4 2026**.
4. **Veiligheid & arbo:** alle RI&E-maatregelen uit toetsing **nov–dec 2025** aantoonbaar opgevolgd per **Q2 2026**.
5. **Contractering & betaalbaarheid:** vergroot aandeel WMO-aanbestedingen in de omzetmix (baseline n.b.) met **+10%** per **Q4 2026**; verlaag structurele inhuurkosten t.o.v. 2025.

3.2 Sleutelinitiatieven 2026

- **Ketenprogramma Ongeplande Uitstroom ↓**
 - Multidisciplinair casusoverleg; risicoscreening bij instroom; verslavings- en gedragstrajecten (NuGGZ); familieparticipatie.
 - Dashboard 'doorstroom & uitstroom' in HCI; maandelijkse PDCA-review.
- **Werkdruk & inzetbaarheid**
 - Roosteroptimalisatie (Tactiplan); preventieve arbocurven; coaching leidinggevenden; vitaliteitsprogramma.
- **Datagedreven verbeteren**
 - KPI-standaardisatie in Scientia; audit- en MIC-trendanalyse; kwartaalrapportages MT.
- **Scholing & bekwaamheid**
 - Jaarlijks scholingsplan per team; ECD-vaardigheden; interventies gedrag/verslaving; (bij)scholing trauma-sensitief werken.
- **Veiligheid & RI&E**
 - Plan van aanpak ADEXPERT-punten; BHV/brandveiligheid; incidentlessen delen in AT.
- **Contractering & kostenbeheersing**
 - Proactieve deelname WMO-tenders; scenario's huurkosten; plan inhuurreductie.

3.3 Actie- en implementatieplan 2026

Nr	Initiatief	Activiteit (kern)	KPI/resultaat	Verantwoordelijke	Deadline	Status
1	Uitstroom ↓	Risicoscreening bij instroom + MDO-structuur	≤ 25% ongeplande uitstroom	Zorgmanager / NuGGZ	Q4	Open
2	Uitstroom ↓	Familieparticipatie & nazorgprotocol	100% casussen met nazorgplan	Kwaliteitsmanager	Q3	Open
3	Digitale volwassenheid	HCI-compliance-checks per team	100% teams compliant	ICT-coördinator	Q3	Open
4	Deskundigheid	Scholingsplan up-to-date	≥ 95% actueel	HR / Opleiden	Q4	Open
5	Veiligheid	RI&E-maatregelen gerealiseerd	100% opgeleverd	Facilitair/Arbo	Q2	Open
6	Inzetbaarheid	Verzuimreductieprogramma	-1 pp verzuim	HR / MT	Q4	Open
7	Contractering	WMO-aanbestedingen	+10% aandeel omzet	Directie / Contractmgr	Q4	Open
8	Kostenbeheersing	Inhuur terugdringen	< doel 2025	Financiën / HR	Q4	Open

RAG-monitoring: Status wordt per kwartaal voorzien van R (risico), A (aandacht), G (op koers) in de kwartaalrapportage aan directie en RvT.

3.4 Governance, monitoring & PDCA

- **Maand:** AT-overleggen per locatie/team; opvolging MIC, KPI's, acties.
- **Kwartaal:** MT-kwaliteitsrapportage (KPI's, audits, RI&E, scholing, uitstroom).
- **Halfjaar:** interne audits; update risicoregister; voortgang jaarplan.
- **Jaar:** directiebeoordeling, actualisatie beleid en jaarplan.
- **Documentborging:** alle proces- en beleidsupdates in Scientia; dossiervoering in HCI conform afspraken.

4. Risicoanalyse 2026 (top-5)

#	Risico	Omschrijving	Beheersmaatregel	Indicator
1	Personele inzetbaarheid	Ziekteverzuim en krapte beïnvloeden continuïteit	Vitaliteitsprogramma, roosteroptimalisatie, strategische werving	Verzuim%, inhuurkosten
2	Ongeplande uitstroom	Complexe casuïstiek leidt tot voortijdige uitstroom	Ketenaanpak, nazorg, familieparticipatie	% ongepland, recidive
3	Afhankelijkheid externe partijen	Klinieken/verzekeraars/gemeenten	Contractmanagement, verbreding WMO	Aantal contracten, omzetmix
4	Digitale adoptie	Onvolledige naleving HCl/Scienta	Training, compliance-checks, coaching	Auditbevindingen, compliance%
5	Huisvestingslasten	Hoge huurprijzen drukken resultaat	Scenario's, heronderhandeling, benutting bezetting	Huur/omzet-ratio

5. Conclusie

Pih Zorggroep heeft in 2025 een solide kwaliteitsbasis neergezet en het zorgaanbod versterkt. Met het jaarplan 2026 worden duidelijke, meetbare stappen gezet richting lagere ongeplande uitstroom, hogere inzetbaarheid van medewerkers en verdere digitale volwassenheid. De PDCA-cyclus blijft de ruggengraat van de besturing en borgt continue verbetering.

6. Bijlagen

- **A. Jaarverslag Raad van Commissarissen**
- **B. Jaarverslag Cliëntenraad**
- **C. Jaarverslag Vertrouwenspersoon Plus**

Jaarverslag 2025 - Raad van Commissarissen Nu GGZ en P.i.H.

Inleiding

In 2025 heeft de Raad van Toezicht (RvT) drie keer vergaderd, waarbij alle leden en de bestuurder steeds aanwezig waren. Gedurende het jaar hebben de bestuurder en de voorzitter van de RvT drie keer een informeel bilateraal overleg gevoerd .

Leden van de Raad van Toezicht

- Dhr. M. L. Odufré

Geboren: 9 augustus 1956

Lid sinds: 2021 , voorzitter

Hoofdfunctie: Zelfstandig trainer en adviseur Verslavingszorg.

Gespecialiseerd in behandel-, verander- en managementmethodieken.

- Mevr. S.C.D. Klokman

Geboren: 25 februari 1961

Lid sinds: december 2023

Hoofdfunctie: Zelfstandig consultant/trainer en beleidsmaker.

Gespecialiseerd op het gebied van (jeugd)hulpverlening bij organisaties en gemeenten.

- Dhr. H. Kennedy

Geboren: 3 februari 1965

Lid sinds: december 2023

Hoofdfunctie: Senior Beleidsadviseur ProRail.

Gespecialiseerd op het gebied van incidentenbestrijding, veiligheid en ontwikkeling.

Samenstelling van de Raad van Toezicht/Commissarissen

De raad bestaat uit drie leden, elk met hun eigen expertise en aandachtsgebied

- Dhr. Kennedy: Ervaring in financiën, aanbestedingen, management, en interne beheersing.
- Mevr. Klokman: 40 jaar ervaring in de (jeugd)zorg, expertise in veranderprocessen binnen organisaties en gemeenten.
- Dhr. Odufré: Een lange carrière in de zorg, zowel uitvoerend als bestuurlijk.

Onafhankelijkheid

Alle leden van de RvT zijn onafhankelijk. In 2025 zijn er geen (mogelijk) belangenverstrengeling voorgevallen, wat regelmatig intern besproken wordt.

Bezoldiging

De bezoldiging van de leden van de RvC is gebaseerd op de Wet normering bezoldiging topfunctionarissen in de publieke en semipublieke sector. In 2025 bedroeg de bezoldiging:

- Bezoldiging voorzitter: € 7.500
- Bezoldiging leden: € 6.250

Werkwijze

De RvC houdt toezicht op het beleid van het bestuur en biedt zowel gevraagd als ongevraagd advies over lopende zaken. Tijdens de vergaderingen worden actuele kwesties van zowel Nu GGZ, Pret in Herstel als ontwikkeling van Jeugd in Herstel besproken. In het verslagjaar heeft de raad drie bijeenkomsten gehouden, waarbij de bestuurder steevast aanwezig was.

De bestuurder en de voorzitter van RvC hebben geregeld contact en desgewenst een bilateraal overleg. De voorzitter koppelt deze overleggen terug aan de leden.

De vergaderingen verlopen volgens een gestructureerde agenda, de notulen worden beurtelings door de leden verzorgd.

Onderwerpen van bespreking die structureel geagendeerd zijn geweest:

- Notulen en actiepunten van voorgaande bijeenkomsten.

- Stand van zaken per locatie op het gebied van :

Personeel, bezetting, financiën, en lopende plannen.

Er waren geen grote problemen waarbij de RvC om advies werd gevraagd,

er waren geen specifieke vragen aan de bestuurder.

De ontwikkelingen en uitbreidingen laten zien dat positieve energie en dynamiek de boventoon voert en resultaat oplevert.

Toekomst en Conclusie

De RvC werd steeds nauw betrokken bij de ontwikkeling van de overgang naar de BV per 2026. De raad heeft vertrouwen in de plannen van het bestuur en kijkt uit naar een verdere positieve ontwikkeling van de organisatie.

Tot slot: De RvC draagt bij aan de verbetering van de zorg voor herstellende verslaafden.

Met een optimistische blik gaat de RvC vol vertrouwen verder in 2026.

Jaaroverzicht Cliëntenraad 2025

Op **25 januari 2025** is de cliëntenraad (CR) bijeen gekomen om terug te kijken op 2024 en de aanpak voor 2025 te bepalen. Al snel werd duidelijk dat individuele huiskamergesprekken meer waardevolle informatie opleveren dan groepspresentaties. In een kleinschalige setting, zonder begeleiding, voelen cliënten zich vrijer om open te delen wat hen bezighoudt – zowel verbeterpunten als positieve ervaringen.

Overleg met directie

Op **27 januari** vond een overleg plaats met Maurice, waarin de CR haar werkwijze voor 2025 heeft toegelicht. Ook is de terugblik op de locatie Hoenderloo besproken. De uitkomsten waren overwegend positief. Cliënten waarden de ruime opzet, de voorzieningen, de natuurlijke omgeving, evenals de individuele begeleiding en groepssessies.

Tijdens dit overleg zijn ook de plannen voor 2025 besproken. Een belangrijke ontwikkeling is de start van **Jeugd in Herstel (JiH)**, gericht op jongeren van 16 tot 21 jaar, gevestigd aan de Emmakade. Daarnaast is een uitbreiding in Hoenderloo aangekondigd met een nieuwe locatie voor 72 cliënten. Hiermee verstevigt Pret in Herstel haar positie als grootste safehouse van Nederland, met als doel zoveel mogelijk mensen te ondersteunen in hun herstel.

Locatiebezoeken

Maart – Laan van Meerdervoort

De CR bezocht samen met Tamara, Jurriaan en Roelof de locatie aan de Laan van Meerdervoort. Tijdens een huiskamergesprek op de vaste eetavond ontstond een open en positieve sfeer. Cliënten waren zeer tevreden over de individuele begeleiding. Aandachtspunten betroffen het verplichte vrijwilligerswerk en de ervaren intensiteit van het programma. In het overleg van 14 april gaf Maurice aan bewust te kiezen voor een gevuld ochtendprogramma met ruimte in de middag voor eigen invulling en stappenwerk.

Juli – Delft

Tijdens het bezoek aan Delft kwamen positieve punten naar voren over de individuele begeleiding, het werken met een sponsor en de algemene waardering (8 à 9). Verbeterpunten betroffen enkele praktische zaken, zoals het ontbreken van recreatieve voorzieningen (dartbord/tafeltennistafel), meldingen van muizen en klein onderhoud (lekkende gootsteen, verlichting toilet). Deze signalen zijn doorgegeven.

Oktober – Jeugd in Herstel (JiH)

Op 27 oktober bezochten Jurriaan en Roelof de nieuwe JiH-locatie. Tijdens het huiskamergesprek hebben cliënten feedback gegeven over begeleiding, programma, voorzieningen en zakgeld. Er was begrip voor het feit dat de locatie nieuw is en nog in ontwikkeling.

November – Hoenderloo

Op 17 november bracht Tamara een bezoek aan Hoenderloo. De geluiden hier waren ook overwegend positief, over locatie, het programma en de sfeer. Enkele praktische aandachtspunten rondom huishoudelijke apparatuur zijn benoemd.

Terugkoppeling en opvolging

Op 24 november vond een overleg plaats met Maurice (met Tamara online aanwezig). Ten aanzien van JiH bleek dat vrijwel alle eerder genoemde punten inmiddels waren opgepakt, waaronder een compacter programma, invoering van zakgeld en uitbreiding van sportmogelijkheden. De cliëntenraad waardeert de snelle opvolging van deze signalen.

Jubileum en afsluiting

In september vierde Pret in Herstel haar 15-jarig jubileum op een feestelijke locatie aan het strand. Het was waardevol om in een informele sfeer medewerkers, cliënten en oud-clieënten te ontmoeten en om te horen hoe zij hun herstel hebben voortgezet.

Op **18 december** sloot de cliëntenraad het jaar af met een gezamenlijk diner, waarbij in ontspannen sfeer is teruggeblikt op een positief en constructief jaar.

Conclusie

2025 kenmerkt zich door groei, ontwikkeling en een open samenwerking tussen cliëntenraad en directie. De cliëntenraad kijkt terug op een jaar waarin signalen serieus zijn genomen en verbeteringen zichtbaar zijn doorgevoerd, met als gezamenlijk doel: optimale ondersteuning van cliënten in hun herstel.