Noord- en Oost-Gelderland

EEN GEZOND HOUVAST

Onderzoeksrapport

Ambulante Hulpverlening Midden Nederland (locatie Middelste Wei)

Toezichthouder:	GGD Noord- en Oost-Gelderland
In opdracht van:	Centrumgemeente Harderwijk
Datum toezichtbezoek:	20 augustus 2024
Status:	Definitieve versie
Datum vaststelling onderzoeksrapport:	11 september 2024

Inhoudsopgave

1. Inleiding 3
2. Gegevens 4
3. Werkwijze 6
4. Gebruikte bronnen 7
5. Conclusie 8
6. Advies en toelichting 9
7. Bevindingen 10
7.1 Algemeen beeld 10
7.2 Bevindingen kwaliteit 11
8. Toetsingskader volledig 19

1. Inleiding

De Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo 2015) schrijft voor dat gemeenten verantwoordelijk zijn voor de kwaliteit van voorzieningen[1]. Het college van B&W van Centrumgemeente Harderwijk (hierna aangeduid als Centrumgemeente) heeft de Directeur Publieke Gezondheid van GGD Noord- en Oost-Gelderland (hierna aangeduid als GGD NOG of als toezichthouder) als toezichthoudend ambtenaar aangewezen. GGD NOG is daarmee belast met het houden van toezicht op de naleving van het bepaalde bij of krachtens de Wmo 2015; met andere woorden GGD NOG is toezichthouder op de kwaliteit van de voorziening[2].

Opzet onderzoek

In opdracht van de Centrumgemeente ligt de scope van het toezicht in 2024 op de aanbieders van Beschermd Wonen (BW). Er worden aanbieders uit de regio bezocht die door middel van subsidiefinanciering en/of op basis van een verstrekte indicatie Wmo het product BW leveren. Het gaat om proactieve thematische (verkorte) onderzoeken[3] gericht op de kwaliteit van aanbieders BW in de Centrumgemeente.
Voor het thematisch onderzoek heeft de toezichthouder een selectie gemaakt uit het toetsingskader (zie hoofdstuk 8). In die zin zou je kunnen stellen dat het een verkort kwaliteitsonderzoek betreft. De onderzoeken worden uitgevoerd door toezichthouder GGD NOG (hierna aangeduid als de toezichthouder). De inspecties geven de toezichthouder inzicht in de kwaliteit van de voorziening en het product zoals dat binnen het BW wordt geboden.
Het geplande toezicht vindt altijd aangekondigd plaats. Met het toezichtsonderzoek wil de Centrumgemeente ervoor zorgen dat de burgers met een indicatie Wmo BW ervan uit kunnen gaan dat de te onderzoeken aanbieders BW daadwerkelijk voldoen aan de gestelde landelijke- en regionale kwaliteitseisen en daarmee kwalitatief goede zorg bieden[4].

Doel rapport

Het onderzoeksrapport is opgesteld naar aanleiding van het onderzoek naar de kwaliteit van de voorziening, dat door de toezichthouder is uitgevoerd. Het doel van dit onderzoeksrapport is:

- Beschrijven in hoeverre de kwaliteit van de voorziening gewaarborgd is;
- Informeren van de aanbieder over de kwaliteit van de voorziening;
- Adviseren van de aanbieder over kwaliteitsverbeteringen;
- Informeren van de gemeente over de kwaliteit van de voorziening;
- Adviseren van de gemeente over opvolging en handhaving.

Leeswijzer

- In hoofdstuk 2 worden feitelijke gegevens van de aanbieder weergegeven;
- In hoofdstuk 3 wordt ingegaan op de werkwijze van het onderzoek;
- In hoofdstuk 4 staan de gebruikte bronnen vermeld;
- In hoofdstuk 5 staat de conclusie van het toezicht;
- In hoofdstuk 6 staat het advies naar aanleiding van het onderzoek;
- In hoofdstuk 7 wordt per kwaliteitseis omschreven wat de bevindingen zijn;
- In hoofdstuk 8 is het toetsingskader opgenomen.

---

[1] wetten.nl - Regeling - Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 - BWBR0035362 (overheid.nl)
[2] wetten.nl - Regeling - Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 - BWBR0035362 (overheid.nl)
[3] Flyer Productenoverzicht Toezicht Wmo GGD NOG 2024.pdf
[4] Gemeente Harderwijk-Subsidievoorwaarden en subsidieverplichtingen Beschermd Wonen en Maatschappelijke Opvang *(Reg. nummer: 02430000149886 / 02430000507591)*

2. Gegevens

Gegevens van de aanbieder

Naam aanbieder	: Ambulante Hulpverlening Midden Nederland
Locatie / Team / Afdeling	: Locatie Middelste Wei
Adres aanbieder	: Middelste Wei 13
Kamer van Koophandel nummer	: 53118375
Contactpersoon	: Lindy Brinkman
Telefoonnummer	: 085-0492717
E-mailadres	: l.brinkman@ambulantehulpverlening.nl
Website aanbieder	: www.ambulantehulpverlening.nl
Kwaliteitssysteem (bv HKZ/ISO)	: 9001 : 2015
Soort ondersteuning	: Beschermd Wonen
Doelgroep	: Licht Verstandelijk Beperkt
Financiering	: WMO en WLZ

Algemene informatie van de aanbieder

De organisatie

Ambulante Hulpverlening Midden Nederland is in 2010 opgericht. Wij ondersteunen mensen met een licht verstandelijke beperking (LVB), psychische kwetsbaarheid of verslavingsproblematiek op de Veluwe en in Flevoland. Onze ruim 100 medewerkers doen dit op locatie bij cliënten of vanuit ons kantoor. Samen gáán we ervoor, zodat zij een volwaardige plek krijgen in de samenleving. [5]

Visie

Wij staan voor een gelijkwaardige wereld waarin jij mag zijn wie je bent en de ondersteuning krijgt die je nodig hebt.

Samen. Durven. Doen.

Missie

Samen

Wij zijn er voor mensen. Wij staan voor gelijkwaardigheid. Je kunt op ons vertrouwen en we zijn transparant over onze aanpak. Wat iemand zelf wil of aangeeft, staat voorop in de begeleiding. Wij luisteren goed en zijn toegewijd. Samen stellen we doelen. Samen proberen we die te bereiken.

Ketenpartners in de regio Noord-Veluwe en Flevoland zijn onmisbaar. Wij geloven in de kracht van verbinding. Samen zoeken we naar verbetering en verdieping. Daarom staan we open voor ideeën en alternatieven.

Wij zijn trots op onze medewerkers en hebben oog voor hun talenten. Die benoemen we en zetten we in. We doen ons werk met zelfvertrouwen, maar zijn zelfkritisch en eerlijk over wat er beter kan.

[5] Over ons - Ambulante Hulpverlening

Durven
Wij tonen lef en zijn oplossingsgericht. Waar nodig, nemen wij risico's en regie. Wij denken in mogelijkheden en vallen op door ons doorzettingsvermogen. Wij geven mensen de juiste ondersteuning. Geen situatie is hetzelfde, daarom durven wij ook buiten de kaders te denken.
Wij staan bekend als doortastende professionals. Wij zetten die stap extra. De lat ligt hoog. Daarom krijgen nieuwe collega's volop begeleiding om te groeien in het werk. Wij zetten onze kennis en ervaring in op het gebied van lichte verstandelijke beperking, psychiatrische problematiek of verslavingsproblematiek. Het is ons doel om die zo veel mogelijk te delen.

Doen
Wij houden van korte lijntjes. Binnen onze platte organisatie is iedereen aanspreekbaar. Geen poespas. Met elkaar werken we aan hetzelfde doel. Wij zijn doeners. Creatief, flexibel en positief. Ja, er ligt veel op ons bordje, maar wij werken ook hard. Dat houden we vol, omdat er genoeg ruimte is voor plezier.
Wij zijn oprecht trots op onze organisatie. We zijn graag het beste jongetje van de klas. Dat willen we zo houden, maar is niet vanzelfsprekend. De zorg staat nooit stil. Wij blijven dus alert en verbeteren continu de kwaliteit van onze dienstverlening. Samen houden wij de zorg toegankelijk en betaalbaar. Alles in het belang van de mensen die wij mogen ondersteunen.[6]

[6] Missie en visie - Ambulante Hulpverlening

3. Werkwijze

Planning

Datum toezichtbezoek	: 20 augustus 2024
Datum concept onderzoeksrapport	: 28 augustus 2024
Reactie op concept onderzoeksrapport	: niet van toepassing
Datum definitief onderzoeksrapport	: 11 september 2024

Waarop is het toezicht gebaseerd?

Het onderzoek naar de kwaliteit van de geleverde zorg is getoetst aan de hand van de kwaliteitseisen zoals benoemd in hoofdstuk 3 van de Wmo 2015[7].
Het uitgangspunt voor de uitwerking van het kader is het VNG model dat is gemaakt en het werkdocument model toetsingskader vanuit de GGD GHOR[8].

Werkwijze

Ambulante Hulpverlening Midden Nederland (hierna: AHMN) is door de toezichthouder benaderd om een afspraak te maken voor het onderzoek. Voorafgaand het toezichtbezoek zijn er kwaliteitsdocumenten opgevraagd.

De toezichthouder heeft de aanbieder op locatie 20 augustus 2024 bezocht. De toezichthouder heeft gesproken met de teamleider, twee medewerkers en twee cliënten. De toezichthouder heeft inzage gehad in het registratiesysteem en heeft personeelsdossiers ingezien. Er zijn bij twee cliënten bij de aanbieder de zorgplannen, rapportages en de evaluaties ingezien door de toezichthouder.

[7] Wmo 2015
[8] Werkdocument model toetsingskader kwaliteitstoezicht Wmo

4. Gebruikte bronnen

Om tot een gefundeerd oordeel te komen zijn verschillende informatiebronnen gebruikt. Door de informatie uit deze bronnen te vergelijken en te wegen heeft de toezichthouder beoordeeld of de geboden zorg voldoet aan de getoetste normen uit de wet- en regelgeving, (beroeps)normen, richtlijnen en standaarden. Het onderzoek en de bevindingen zijn gebaseerd op de volgende bronnen:

4.1 Documenten

- Persoonlijk plan, ontvangen d.d. 25-7-2024
- Signaleringsplan, ontvangen d.d. 25-7-2024
- Auditrapport HKZ, ontvangen d.d. 25-7-2024
- Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling 4.0, ontvangen d.d. 25-7-2024
- Regeling incident meldingen 4.0, ontvangen d.d. 25-7-2024
- Regeling alleen werken 2.0, ontvangen d.d. 25-7-2024
- Opleidingsbeleid 1.0, ontvangen d.d. 25-7-2024
- Overzicht medewerkers, ontvangen d.d. 25-7-2024
- Plan van aanpak Zuiderzeepad, ontvangen d.d. 25-7-2024
- Overzicht cliënten, ontvangen d.d. 25-7-2024
- Kwaliteitsbeeld 2023 1.0, ontvangen d.d. 25-7-2024
- Jaarplan afdeling zorg 2023/2024, ontvangen d.d. 20-8-2024
- Handleiding persoonlijk plan, ontvangen d.d. 20-8-2024

4.2 Contactmomenten

- een bezoek gebracht bij aanbieder op de locatie Middelste Wei, d.d. 20-8-2024
- een gesprek gevoerd met de teamleider
- twee begeleiders gesproken
- twee cliënten gesproken

4.3 Overig

- raadplegen van de website van de aanbieder
- 2 cliëntdossiers ingezien
- 3 personeelsdossiers ingezien

5. Conclusie

Voor het uitvoeren van het thematisch onderzoek is onderstaand toetsingskader gebruikt. De toezichthouder hanteert als uitgangspunt dat aanbieder moeten voldoen aan de gestelde wettelijke (kwaliteits)eisen die voor het onderzoek zijn geselecteerd evenals aan de recente beleidsregels en kwaliteitseisen Beschermd Wonen en Maatschappelijk Opvang Centrumgemeente Harderwijk[9].

Op basis van het onderzoek betreffende Ambulante Hulpverlening Midden Nederland, komt het toezicht tot de volgende bevinding**:**

1	**De voorziening is doelmatig, doeltreffend en cliëntgericht**	
1.1	Zorgplan	
1.2	Passende zorg	
1.3	Sociaal Netwerk	
1.4	Rapportage	
1.5	Evalueren	

2	**De voorziening is veilig**	
2.1	Fysieke en sociale veiligheid	
2.2	Meldcode huiselijk geweld	
2.3	Calamiteiten en incidenten	

4	**De voorziening wordt verstrekt in overeenstemming met de op de organisatie en beroepskracht rustende verantwoordelijkheid o.b.v. de professionele standaard**	
4.1	Vakbekwaamheid personeel	
4.2	Aanwezigheid Verklaring omtrent het Gedrag	
4.3	Scholing en interne afstemming	
4.5	Gecertificeerd kwaliteitsborgingssysteem	

	Er wordt volledig voldaan aan de gestelde kwaliteitseis
	Er wordt deels voldaan aan de kwaliteitseis
	Er wordt niet voldaan aan de gestelde kwaliteitseis

[9] Gemeente Harderwijk-Subsidievoorwaarden en subsidieverplichtingen Beschermd Wonen en Maatschappelijke Opvang *(Reg. nummer: 02430000149886 / 02430000507591)*

6. Advies en toelichting

Op basis van de bevindingen concludeert de toezichthouder dat de aanbieder voldoet aan de getoetste voorwaarden.

Kanttekening vanuit de toezichthouder
De toezichthouder heeft geconstateerd dat er in het toetsingskader van het conceptrapport een feitelijke onjuistheid staat. Bij punt 4.2 dient volgens ons kader de aanbieder te voldoen aan een VOG eis waarin de geldigheid niet ouder dan 3 maanden voor indiensttreding of 4 jaar na aanvang hiervan. Echter hanteert de toezichthouder ook de recente beleidsregels en kwaliteitseisen Beschermd Wonen en Maatschappelijke Opvang vanuit Centrumgemeente Harderwijk. In de kwaliteitseisen wordt aangehouden dat een VOG niet ouder mag zijn dan 3 jaar voor indiensttreding.
Ondanks de feitelijke onjuistheid in het conceptrapport, verandert er niets aan de bevindingen en het resultaat van punt 4.2 in het definitieve rapport. De aanbieder voldoet aan de gestelde eis.

Reactie op conceptrapport

Op 28 augustus 2024 is het conceptrapport verstuurd naar de aanbieder. De aanbieder is in de gelegenheid gesteld om het rapport te controleren op feitelijke onjuistheden en een inhoudelijke reactie te geven op het rapport. De aanbieder heeft niet gebruik gemaakt van deze gelegenheid. De inhoudelijke reactie van de aanbieder is als bijlage toegevoegd.

7. Bevindingen

7.1 Algemeen beeld

Dit onderzoek richt zich op de Beschermd Wonen locatie Middelste Wei van de organisatie Ambulante Hulp Midden Nederland in centrumgemeente Harderwijk. De Centrale Toegang van de GGD is verantwoordelijk voor het plaatsen van Wmo-cliënten voor de centrumgemeente.

Middelste Wei

De locatie is een kleinschalige geclusterde woonlocatie met 24-uurs zorg in de wijk Stadsweiden. Het is een complex waarin 12 woonunits aanwezig zijn. In het complex is er een kantoor aanwezig. De locatie is gestart in juni 2019.
Cliënten kunnen op basis van een Wlz-indicatie of Beschermd wonen indicatie komen wonen op de locatie.[10]
Op dit moment wonen er 11 cliënten op deze woonlocatie, waarvan 2 cliënten met een Wmo-indicatie.

Doorstroom

De doorstroom van locatie Middelste Wei is traag, cliënten blijven lang in zorg. Daarnaast is er een woning schaarste waardoor er bij de uitstroom ook vertraging kan oplopen.

Personeel en werkgeverschap

Alle medewerkers hebben een zorgrelevante mbo- of hbo-opleiding. Daarbij hebben alle medewerkers met een mbo-opleiding minimaal niveau 3. Op dit moment zijn er 5 medewerkers werkzaam op woonlocatie Middelste Wei, waarvan 2 medewerkers via een detacheringsbureau werken (Medicalhunt). Ook staat er sinds kort een vacature open voor het team, vanwege het vertrek van een medewerker. Het team heeft een teamleider die het dagelijkse aanspreekpunt is voor de medewerkers.

Registratiesysteem

Op dit moment gebruikt AHMN het digitale registratiesysteem MEXTRA. In 2025 zal AHMN de overstap gaan maken naar ONS.

PDCA

De organisatie had voor 2023 een aandachtspunt opgesteld voor het ontwikkelen van een PDCA-cyclus, waarbij het belangrijk is dat ook daadwerkelijk continu verbeteren van de kwaliteit van dienstverlening kunnen borgen. Op dit moment is de PDCA-cyclus nog in ontwikkeling. Er is een document opgesteld waar de directie en managers nog mee bezig zijn om dit verder uit te werken. Het plan is dat de PDCA-cyclus voor februari 2025 af is, zodat deze meegenomen kan worden in de HKZ audit die dan zal plaatsvinden.

[10] Locaties - Ambulante Hulpverlening

7.2 Bevindingen kwaliteit

1. De voorziening is doelmatig, doeltreffend en cliëntgericht

1.1	Er is een SMART geformuleerd plan waaruit blijkt wat de kansen/mogelijkheden en ondersteuningsbehoeften zijn van de cliënt en welke voorziening wordt geboden.	

Aanmelding en intake
De organisatie krijgt aanmeldingen binnen via de Centrale Toegang van de GGD. Er wordt vervolgens een intakegesprek gepland waarin de wensen van de cliënt worden besproken. Op basis van het intakegesprek wordt gekeken of de aanbieder de cliënt kan gaan begeleiden.
Voordat de begeleiding start, wordt er een zorgovereenkomst opgesteld, waarin beschreven staat welke ondersteuning en zorg de cliënt zal ontvangen. [11]

De aanbieder maakt gebruik van het cliëntsysteem MEXTRA. Hierin wordt de ondersteuningsbehoefte van cliënten vastgelegd. Deze worden vastgelegd in een vast format, het zorgplan.

Het persoonlijk plan
Er wordt gebruikgemaakt van een persoonlijk plan. Hierin is het volgende opgesteld:

- Algemeen persoonsbeeld;
- Omschrijving zorg;
- Risico's (inclusief signaleringsplan);
- Eerdere hulpverlening;
- Betrokken netwerk;
- Hulpverlening vanuit andere organisaties;
- Medicatie;
- Kindcheck;
- Evaluatie van de begeleiding;
- Doelen.

De doelen zijn onderverdeeld in rehabilitatiewensen en rehabiliteitsdoelen (inclusief termijn). Hierbij wordt een duidelijke taak- en rolverdeling gehanteerd tussen cliënt en begeleider(s).

Gesprek met teamleider
De teamleider geeft aan dat in de handleiding van het persoonlijk plan beschreven staat hoe je een wens en doel opstelt. Deze werkwijze wordt door alle medewerkers gehanteerd. Er is geen verplichte training voor het opstellen van SMART geformuleerde doelen.

Gesprek met medewerkers
Er wordt door de medewerkers aangegeven dat de persoonlijke plannen samen worden opgesteld met de cliënt, waarin de cliënt de regie heeft. De cliënt geeft aan welke wens hij/zij heeft en op welke manier deze wens gerealiseerd kan worden. Vervolgens worden deze wensen en doelen in het plan gezet, waarbij de cliënt het plan ook moet ondertekenen voor akkoord.
De medewerkers geven aan dat zij niet een training in het opstellen van SMART geformuleerde doelen hebben gehad. Maar dat zij zelf al specifieke acties en termijnen hanteren bij de opgestelde doelen. Dit blijkt ook uit de twee cliëntdossiers die de toezichthouders hebben ingezien.

[11] Methodisch werken - Ambulante Hulpverlening

Er wordt door de medewerkers aangegeven dat er niet bij elke cliënt een signaleringsplan aanwezig is, vaak wordt deze pas opgesteld als er zich daadwerkelijk een situatie heeft voorgedaan waardoor de signalen pas zichtbaar worden. Wel wordt er altijd bij aanmelding een zelfredzaamheidsmatrix met de cliënt ingevuld, welke elk half jaar wordt geëvalueerd.

Gesprek met cliënten
Beide cliënten geven aan zelf hun doelen te hebben gesteld. In eerste instantie spreken ze hun wens uit, daarna wordt er gekeken welke stappen zij dan moeten en willen zetten om dit te bereiken.

Conclusie
De aanbieder voldoet aan de gestelde eis.

1.2	De aangeboden voorziening is afgestemd op de vraag, reële behoefte, wensen en doelen van de cliënt.	

Begeleidingsmethodieken
In het document Kwaliteitsbeeld 2023 wordt beschreven dat er in 2021 is gestart met de IRB-methodiek (Individuele Rehabilitatie Benadering).

> *De Individuele Rehabilitatie Benadering richt zich op mensen met langdurige beperkingen. Het doel is hen te ondersteunen bij hun eigen participatiedoelen, zodat ze kunnen wonen, werken en sociale contacten kunnen hebben zoals zij zelf willen. Dit met zo min mogelijk professionele hulp.*[12]

Gesprek met teamleider
Elke nieuwe medewerker wordt geschoold in de IRB-methodiek.

Gesprek met medewerkers
Door het hanteren van deze methodiek ga je echt uit van wat de cliënt wil. De medewerkers geven aan dat er door de zelfregie van cliënten hopelijk meer motivatie ontstaat om bepaalde doelen en wensen te behalen.
Er wordt door de medewerkers aangegeven dat sommige cliënten waarschijnlijk zelf weinig verschil merken in de methodiek die nu wordt gebruikt ten opzichte van voorgaande methodiek(en).

Bij aanmelding wordt er gekeken of er andere zorgprofessionals betrokken zijn bij de cliënt. Dit wordt vastgelegd in het persoonlijk plan. Mocht bijvoorbeeld de GGZ betrokken zijn, dan kan er door de persoonlijk begeleider geschakeld worden met de desbetreffende behandelaar.

Gesprek met cliënten
Beide cliënten geven aan dat zij voldoende contactmomenten hebben met de begeleiding, waarin de voortgang van de doelen regelmatig wordt besproken.

Conclusie
De aanbieder voldoet aan de gestelde eis.

[12] Individuele Rehabilitatie Benadering (IRB) | Movisie

1.3	Het netwerk van de cliënt wordt in kaart gebracht, betrokken, actief benut en versterkt waar nodig.	

Gesprek met medewerkers
Uit het gesprek met de medewerkers wordt aangegeven dat aan het begin van het begeleidingstraject gekeken wordt naar het netwerk van de cliënt en of deze betrokken is bij de cliënt. Dit wordt vastgelegd in het persoonlijk plan, evenals andere zorgprofessionals. Het sociale netwerk kan, naar wens en behoefte van de cliënt, betrokken worden bij het begeleidingstraject.

Gesprek met cliënten
Bij één cliënt wordt aangegeven een wens en doel te hebben om familieleden meer te betrekken in zijn leven. Hier worden dan ook acties door zowel de cliënt als persoonlijk begeleiders op ingezet.

Conclusie
De aanbieder voldoet aan de gestelde eis.

1.4	Er vindt rapportage plaats op de doelen, op contacten en afspraken met naasten.	

Gesprek met medewerkers
De medewerkers geven aan dat elk contactmoment met een cliënt wordt vastgelegd. Het registratiesysteem is zo ingericht dat de medewerkers doelrapportages en overige rapportages kunnen invullen. In principe wordt er zoveel mogelijk op doelen gerapporteerd, echter worden contactmomenten met andere zorgprofessionals en dergelijke als notitie in een overige rapportage gezet.

Inzage cliëntdossiers
Er is tijdens het locatiebezoek inzage geweest in de rapportages van de twee Wmo-cliënten. Hierin is terug te zien dat er voldoende gerapporteerd wordt, waarbij er ook recente doelrapportages aanwezig zijn.

Conclusie
De aanbieder voldoet aan de gestelde eis.

1.5	De aanbieder heeft beleid vastgesteld op de wijze van evalueren in de dagelijkse praktijk. Met de cliënt wordt regelmatig de voortgang en doelmatigheid van de geboden ondersteuning besproken en zonodig bijgesteld.	

De aanbieder heeft beleid opgesteld met betrekking tot het evalueren van doelen en het opstellen van een nieuw plan. De werkwijze staat beschreven in de Handleiding persoonlijk plan.
Het registratiesysteem (MEXTRA) is zo ingericht dat de persoonlijk begeleider 60 dagen voordat het persoonlijk plan afloopt een herinneringsmail ontvangt. Het plan voor Wmo-cliënten loopt 12 maanden.

Gesprek met medewerkers
Vanuit het gesprek met de medewerkers wordt aangegeven dat er halfjaarlijks wordt geëvalueerd op de doelen. Dit wordt vervolgens vastgelegd in het registratiesysteem, waarop het persoonlijk plan ook wordt aangepast en toegevoegd aan het dossier.

Inzage cliëntdossiers
Er is tijdens het locatiebezoek inzage geweest in de evaluaties van de twee Wmo-cliënten. Hierin is terug te zien dat er voldoende geëvalueerd wordt, waarbij er ook recente plannen aanwezig zijn.

Conclusie
De aanbieder voldoet aan de gestelde eis.

2. De voorziening is veilig

2.1	De aanbieder heeft beleid ontwikkeld om zorg te dragen voor de fysieke en sociale veiligheid van de cliënt[13].	

Medicijnveiligheid
De aanbieder heeft beleid geschreven betreffende medicatiebeheer. De medewerkers moeten hier een verplichte training voor volgen. In de praktijk wordt er per cliënt gekeken of de medicatie in eigen beheer kan zijn.

Camera's
Op de woonlocatie zijn vier camera's geïnstalleerd. Waarvan twee camera's in het pand gericht zijn op openbare ruimtes en twee camera's buiten het pand bevinden. Hiermee wil de aanbieder voorkomen dat er ongewenste gasten in en rondom het pand komen.

Gesprek met teamleider
Uit het gesprek met de teamleider wordt aangegeven dat er bij aanmelding een zelfredzaamheidsmatrix met de cliënt wordt ingevuld. Alle cliënten staan in één bestand uitgewerkt, dit bestand is tevens ook de verantwoording richting de gemeente. De toezichthouders hebben tijdens het locatiebezoek dit bestand ook in kunnen zien.

Gesprek met medewerkers
Naast de zelfredzaamheidsmatrix kunnen medewerkers ook een signaleringsplan opstellen. Dit wordt niet standaard opgesteld, het kan voorkomen dat er zich eerst een situatie moet voordoen voordat een signaleringsplan gevuld kan worden. Daarnaast zijn er cliënten die ook bekend zijn bij de GGZ en van daaruit een signaleringsplan hebben. De aanbieder werkt dan met dit signaleringsplan en vult deze aan indien dit van toepassing is.

Conclusie
De aanbieder voldoet aan de gestelde eis.

2.2	Medewerkers hanteren de meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling, zijn hiervoor getraind en het beleid wordt geborgd.	

De aanbieder heeft beleid geschreven met betrekking tot de meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling. In het beleidsdocument staat duidelijk beschreven wat het doel en de functie is van een meldcode en welke stappen er ondernomen moeten worden bij het maken van een melding.

Gesprek met teamleider
De teamleider geeft aan dat er een aandachtsfunctionaris binnen de organisatie werkzaam is. En dat de meldcode een onderwerp is in de themabijeenkomsten.

Gesprek met medewerkers
Vanuit het gesprek met de medewerkers wordt aangegeven dat zij bekend zijn met de meldcode en beamen dat dit onderwerp ook weleens aan bod komt in de themabijeenkomsten.

[13] De toezichthouder verricht geen technisch onderzoek naar brandveiligheid in zorgvoorzieningen. Vragen zijn gesteld op basis van veiligheid van de cliënt, gericht op het veiligheidsbeleid en procedures van de aanbieder.

Conclusie
De aanbieder voldoet aan de gestelde eis.
Hoewel er geen verplichte training gevolgd hoeft te worden, is het de meldcode wel een terugkerend onderwerp in de themabijeenkomsten. Daarnaast heeft de organisatie een aandachtsfunctionaris aangesteld.

2.3	De aanbieder heeft passend beleid voor het Veilig Incidenten Melden (VIM) en calamiteiten- en geweldsincidenten. De aanbieder heeft een werkwijze om continue risico's te signaleren, verbeteringen door te voeren en beleid vast te leggen.	

De aanbieder heeft beleid voor het Veilig Incidenten Melden (VIM). In het beleidsdocument wordt duidelijk de werkwijze van het maken van een melding beschreven.

Indien er sprake is van een calamiteit betreffende een Wmo-cliënt, dient de aanbieder op grond van artikel 3.4 Wmo 2015 calamiteiten en geweldsincidenten te melden aan de toezichthouder Wmo. De aanbieder was hier wel van op de hoogte.

Gesprek met teamleider
De teamleider ontvangt de digitale meldingen vanuit het team. De teamleider neemt vervolgens contact op met de betreffende medewerker. De teamleider bespreekt de melding, indien nodig, met de zorgmanager of het kennis en expertise team. De teamleider heeft hierin dus de regisseursrol en zorgt voor de afhandeling van de melding.

Gesprek met medewerkers
Vanuit het gesprek met medewerkers wordt aangegeven dat zij op de hoogte zijn van de werkwijze. De medewerkers maken gebruik van een digitaal formulier (via Sharepoint) om een melding in te dienen. Voordat zij een melding indienen, wordt er binnen het team met collega's gesproken over de voorgedane situatie om af te wegen of het meldingswaardig is.

Conclusie
De aanbieder voldoet aan de gestelde eis.

4. De voorziening wordt verstrekt in overeenstemming met de op de beroepskracht rustende verantwoordelijkheid op basis van de professionele standaard

4.1	De door de aanbieder in het kader van de geboden voorziening aangewezen beroepskracht (zowel in loondienst als niet in loondienst zijnde beroepskracht) is vakbekwaam. De ondersteuning wordt geleverd door met gekwalificeerd personeel, passend bij de behoeften en persoonskenmerken van de cliënt.	

Alle medewerkers hebben een zorgrelevante mbo- of hbo-opleiding gevolgd. Daarbij hebben alle medewerkers met een mbo-opleiding minimaal niveau 3. Op de woonlocatie Middelste Wei zijn twee medewerkers werkzaam via een detacheringsbureau. Ook vanuit het detacheringsbureau wordt er gekeken naar een zorgrelevante achtergrond die aansluit op de organisatie en de doelgroep op de woonlocatie.

Gesprek met teamleider
De teamleider geeft aan dat er periodieke feedbackgesprekken plaatsvinden. Dit heeft betrekking op de ontwikkeling van de medewerkers. Daarnaast vinden er ook maandelijkse caseload gesprekken plaats, hierin worden de cliënten besproken.
Voorheen was er per kwartaal een intervisie bijeenkomst. De teamleider geeft aan dat ze deze bijeenkomsten naar behoefte van de medewerker willen gaan inplannen, waarbij de regie ook bij de medewerkers ligt. Ze zijn nu nog bij de medewerkers aan het inventariseren hoe dit verder vorm gaat krijgen.

Gesprek met medewerkers
Vanuit het gesprek met de medewerkers wordt er aangegeven dat zij op dit moment twee persoonlijke woonbegeleiders in het team hebben. De andere medewerkers zijn werkzaam als woonbegeleider. Er vindt maandelijks een teamoverleg plaats. Er wordt in deze overleggen besproken wat er speelt op de locatie.
Ook vinden er back-up overleggen plaats, deze worden door de medewerkers zelf ingepland. Hierin wordt met name besproken wie de vervangende collega wordt bij vakantie.

Inzage personeelsdossiers
Tijdens het locatiebezoek is er inzage geweest in de personeelsdossiers. Er zijn van een drie medewerkers (steekproefsgewijs) een diploma ingezien, waaronder ook een gedetacheerde medewerker. Hieruit blijkt dat deze medewerkers een mbo-diploma van niveau 3 of 4 hebben.

Conclusie
De aanbieder voldoet aan de gestelde eis.

4.2	Medewerkers, stagiaires en vrijwilligers die in contact komen met cliënten zijn in het bezit van een VOG, niet ouder is dan 3 jaar voor indiensttreding.	

De aanbieder heeft voorafgaand aan het locatiebezoek een overzicht van de VOG's van de betrokken medewerkers opgestuurd. Het overzicht gaf aan dat alle VOG binnen de gestelde verlooptermijnen vallen.
Tijdens het locatiebezoek is er inzage geweest in de personeelsdossiers. Van drie medewerkers (steekproefsgewijs) is gecontroleerd of zij in het bezit zijn van een geldige VOG. Deze waren allen actueel.

Conclusie
De aanbieder voldoet aan de gestelde eis.

4.3	De aanbieder biedt de in het kader van de geboden voorziening aangewezen beroepskracht passende scholing en interne afstemming.	

In het beleidsdocument Kwaliteitsbeeld 2023 staat beschreven dat de organisatie een eigen academie wil ontwikkelen, waarin de medewerkers vanuit daar opleiding en/of trainingen kunnen volgen.

Gesprek met teamleider
Vanuit het gesprek met de teamleider wordt aangegeven dat het een plan was om de academie op te starten, maar dit (nog) niet is gerealiseerd. Wel is er intern onderzocht of de organisatie breed online scholing aangeboden kan worden aan de medewerkers. Dit is nog in ontwikkeling.
Wel zijn er een aantal verplichte trainingen die de medewerkers moeten volgen: IRB-methodiek training, BHV en de medicatie training. Er wordt ook per medewerker vastgelegd of zij deze training hebben gevolgd en afgerond. Daarnaast vindt er elke zes weken een themabijeenkomst plaats, waarin belangrijke onderwerpen aan bod komen.
Ook kunnen de medewerkers in een ontwikkelgesprek aangeven als er behoefte is aan het volgen van een training of opleiding.

Gesprek met medewerkers
Vanuit het gesprek met de medewerkers wordt aangegeven dat zij de verplichte trainingen hebben gevolgd. Ook zijn zij op de hoogte dat er een scholings-/opleidingsbudget aanwezig is. De medewerkers geven aan dat ze dan in een teamoverleg bij de teamleider kunnen aangeven dat zij een training of opleiding willen volgen. Er zal dan door de teamleider en het management gekeken worden of dit aansluit op de werkzaamheden.

Conclusie
De aanbieder voldoet aan de gestelde eis.
Ondanks dat het scholingsbeleid nog in ontwikkeling is, zijn er wel verplichte trainingen die de medewerkers moeten volgen. Deze trainingen zijn passend voor de ondersteuning die geboden wordt. Daarnaast vinden er meerdere verplichte bijeenkomsten plaats waarin zorginhoudelijke thema's aan bod komen.

4.5	De aanbieder heeft een gecertificeerd kwaliteitsmanagementsysteem welke voldoet aan de landelijk eisen, blijkend uit een ISO-certificering of een daarmee vergelijkbaar kwaliteitssysteem	

Ten tijde van het locatiebezoek is de aanbieder in het bezit van een geldig ISO-certificaat, namelijk 9001 : 2015.

Conclusie
De aanbieder voldoet aan de gestelde eis.

8. Toetsingskader

Wettelijke kwaliteitseis	Uitwerking
1. De voorziening is doelmatig, doeltreffend en cliëntgericht (art. 3.1, tweede lid sub a, Wmo)	**1.1** Er is een SMART geformuleerd plan waaruit blijkt wat de kansen/mogelijkheden en ondersteuningsbehoeften zijn van de cliënt en welke voorziening wordt geboden.
	1.2 De op basis van de voorziening geboden ondersteuning sluit aan op de reële behoefte en mogelijkheden van de cliënt.
	1.3 Het netwerk van de cliënt wordt in kaart gebracht, betrokken, actief benut en versterkt waar nodig.
	1.4 Er vindt rapportage plaats op de doelen, op contacten en afspraken met naasten.
	1.5 De op basis van het plan verleende ondersteuning wordt regelmatig besproken en zonodig bijgesteld.
	1.6 De aanbieder heeft visie op en een methode voor het meten en evalueren van cliënttevredenheid.
2. De voorziening is veilig (art. 3.1, tweede lid sub a, Wmo)	**2.1** In het kader van de geboden voorziening wordt de veiligheid van de cliënt gewaarborgd.
	2.2 De aanbieder heeft passend beleid ontwikkeld op het punt van de melding van huiselijk geweld en kindermishandeling. De aanbieder reflecteert op dit beleid, evalueert dit en stelt het zonodig bij.
	2.3 De aanbieder heeft passend beleid ontwikkeld op het punt van de melding van calamiteiten en geweldsincidenten en het daaruit trekken van lessen. De aanbieder reflecteert op dit beleid, evalueert dit en stelt het zonodig bij.
3. De voorziening is afgestemd op de reële behoefte van de cliënt en andere vormen van zorg of hulp (art. 3.1, tweede lid sub b, Wmo)	**3.1** De aangeboden voorziening is voldoende afgestemd op andere vormen van geboden hulp en zorg.
	3.2 In geval van meervoudige, complexe problematiek is één regisseur of coördinator aangewezen die de nodige samenhang en continuïteit bewaakt.
4. De voorziening wordt verstrekt in overeenstemming met de op de beroepskracht rustende verantwoordelijkheid o.b.v. de professionele standaard (art. 3.1, tweede lid sub c, Wmo)	**4.1** De door de aanbieder in het kader van de geboden voorziening aangewezen beroepskracht is vakbekwaam.
	4.2 Beroepskrachten, vrijwilligers en stagiaires beschikken over een actuele en passende Verklaring Omtrent het Gedrag.
	4.3 De aanbieder biedt de in het kader van de geboden voorziening aangewezen beroepskracht passende scholing en interne afstemming.

	4.4 De aanbieder heeft passend beleid ontwikkeld op het punt van: - kwaliteitszorg (ten aanzien van de te leveren ondersteuning); - personeelsbeleid, waaronder een verantwoorde inzet van vrijwilligers - de aanbieder houdt in- en uitstroom van cliënten bij in relatie tot de doelen van de Wmo
	4.5 De aanbieder heeft een gecertificeerd kwaliteitsmanagementsysteem
5. De voorziening wordt verstrekt met respect en in achtneming van de rechten van de cliënt **(art. 3.1, tweede lid sub d, Wmo)**	**5.1** De bejegening door de beroepskracht van de cliënt is passend en correct.
	5.2 De aanbieder houdt zich in het kader van de leveren ondersteuning aan de toepasselijke wettelijke voorschriften. Zoals de omgang met- en het uitwisselen van (privacygevoelige) persoonsgegevens.
	5.3 De aanbieder heeft passend beleid ontwikkeld op het punt van de afhandeling van klachten (o.b.v. een klachtenregeling).
	5.4 De aanbieder heeft passend beleid ontwikkeld op het punt van de cliëntparticipatie (o.b.v. een regeling voor medezeggenschap).

Volledig kleurenpallet beoordeling bevindingen

	Er wordt volledig voldaan aan de gestelde kwaliteitseis
	Er wordt grotendeels voldaan aan de kwaliteitseis
	Er wordt deels niet voldaan aan de kwaliteitseis
	Er wordt grotendeels niet voldaan aan de kwaliteitseis
	Er wordt niet voldaan aan de gestelde kwaliteitseis
	Niet beoordeeld