



## WMO TOEZICHT BESCHERMD WONEN

Definitief rapport herinspectie  
Naam: Stichting Deflazorg  
KVK: 71261192  
Adres: Zuider Parallelweg 38 a/g  
Postcode en woonplaats: 6882 AE Velp

Datum inspectie: 1 juli 2020  
Opdrachtgevende gemeente: Regio Centraal Gelderland en Gemeente  
Rheden



**Gelderland-Midden**

# INHOUDSOPGAVE

WMO TOEZICHT BESCHERMD WONEN .....	1
INLEIDING .....	3
Onderzoek: aanleiding en belang .....	3
Inspectiehistorie .....	3
Korte beschrijving van de locatie en de doelgroep .....	5
CONCLUSIE EN ADVIES .....	5
Advies aan de gemeente .....	7
BEVINDINGEN .....	8
1 Doelmatigheid voorziening .....	8
2 Veiligheid .....	10
4 Kwaliteit van personeel en organisatie .....	12
5 Rechten van de cliënt .....	13
BRONNEN: .....	16
ZIENSWIJZE AANBIEDER .....	17
GEGEVENSOVERZICHT .....	18

## INLEIDING

Gemeenten zijn sinds 1 januari 2015 verantwoordelijk voor de kwaliteit van voorzieningen die verstrekt worden in het kader van de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo 2015).

De Wmo 2015 regelt in artikel 6.1. dat gemeenten een toezichthoudende ambtenaar aanwijzen. Het college van B&W van de gemeente Rheden heeft de Directeur Publieke Gezondheid van GGD Gelderland-Midden als toezichthoudend ambtenaar aangewezen met de mogelijkheid deze toezichthoudende taak te mandateren aan medewerkers van GGD Gelderland-Midden.

Zorgaanbieders die Wmo ondersteuning bieden, leveren vaak ook langdurige zorg (Wlz). Op de langdurige zorg wordt toezicht gehouden door de Inspectie voor de Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ). Gegevens en bevindingen in dit rapport beperken zich tot Wmo verstrekkingen.

Het werkdocument *model toetsingskader kwaliteitstoezicht Wmo* dat door het Verwey-Jonker Instituut in samenwerking met GGD GHOR Nederland is opgesteld, is gebruikt als uitgangspunt voor het toezicht. Het toetsingskader is waar nodig aangevuld met kwaliteitscriteria uit de gemeentelijke Wmo verordening, inkoopvoorwaarden, toekenningsbeschikkingen of uit overeenkomsten met zorgaanbieders.

### Onderzoek: aanleiding en belang

Naar aanleiding van de bevindingen tijdens het signaal gestuurde kwaliteitsonderzoek op 6 december 2019, heeft in opdracht van de gemeente Rheden en de Regio Centraal Gelderland een herinspectie plaatsgevonden bij Stichting Deflazorg.

Deze herinspectie vond plaats op 1 juli 2020. Het betrof een aangekondigd bezoek.

De herinspectie bestond uit observatie, bronnenonderzoek (o.a. cliëntdossiers) en interviews. Er heeft een gesprek plaatsgevonden met de projectcoördinator, die een leidinggevende functie heeft binnen Deflazorg. Tevens zijn tijdens het bezoek gesprekken gevoerd met 2 medewerkers. Na het bezoek zijn alle cliënten (3) die beschermd wonen op de locatie Zuider Parallelweg 38 a/g telefonisch gesproken over hun ervaringen en is aan 1 cliënt tevens een bezoek in het appartement gebracht. De leidinggevende was bij de gesprekken met de medewerkers niet aanwezig.

Alle personen die gesproken zijn ten behoeve van het onderzoek stelden zich coöperatief op. De gesprekken verliepen in een open en professionele sfeer.

### Inspectiehistorie

Op 6 december 2019 heeft een signaal gestuurd onderzoek plaatsgevonden bij Deflazorg door de Wmo toezichthouder van de GGD Gelderland- Midden.

Uit dit onderzoek bleek dat bij Deflazorg locatie beschermd wonen te Rheden niet werd voldaan aan een deel van de gestelde wettelijke (kwaliteits)eisen en gemeentelijke eisen.

Er werd niet voldaan aan:

- **Wettelijke kwaliteitseis: De voorziening is doelmatig, doeltreffend en cliëntgericht (Wmo 2015, art. 3.1, tweede lid sub a).**
  - In het zorgplan/ ondersteuningsplan zijn doelen opgesteld met een omschrijving hoe deze bereikt gaan worden, op welke onderdelen en binnen welk tijdsbestek (SMART);
  - Het zorgplan/ondersteuningsplan heeft de instemming van de cliënt en is ondertekend door de cliënt of diens vertegenwoordiger;
  - Van de evaluatie wordt verslag opgemaakt;
  - De cliënt heeft het evaluatieverslag ondertekend;
  - De datum van de eerstvolgende evaluatie staat in het zorgplan/ ondersteuningsplan genoteerd;

- De activiteit/ondersteuning/begeleiding is gericht op het vergroten van de zelfredzaamheid en de participatie van de cliënten;
  - De cliënt is tevreden over de geboden activiteiten/ ondersteuning/ begeleiding;
  - De medewerkers zijn op de hoogte van de persoonlijke omstandigheden en levensgeschiedenis van de cliënt.
- **Wettelijke kwaliteitseis: De voorziening is veilig (Wmo 2015, art. 3.1, tweede lid sub a.).**
    - De aanbieder heeft actuele werkinstructies en handelingsprotocollen;
    - De aanbieder heeft huisregels die besproken zijn met de cliënten;
    - Het personeel is geschoold in het omgaan met agressie;
    - De aanbieder kent een medicatieprotocol;
    - In het zorgplan/ondersteuningsplan van de cliënt is een medicatieoverzicht (zonder doseringen) opgenomen, met vermelding van reden van gebruik.
    - De aanbieder heeft afspraken met de cliënten gemaakt over het gebruik van alcohol en verdovende middelen;
    - Preventie infectieziekten: het gebouw en de inventaris zijn schoon en onderhouden;
    - Medewerkers zijn bekend met het beleid en de visie van de aanbieder rondom vriendschap, intimiteit, seksualiteit en seksueel grensoverschrijdend gedrag, preventie van seksueel misbruik en het melden van misbruik.
  - **Wettelijke kwaliteitseis: De voorziening wordt verstrekt in overeenstemming met de op de beroepskracht rustende verantwoordelijkheid o.b.v. de professionele standaard (Wmo 2015, art. 3.1, tweede lid sub c.).**
    - Er is een kwaliteitsmanagementsysteem in gebruik (processen worden structureel volgens (een aanwezig) plan geëvalueerd en de documenten zijn niet ouder dan drie jaar);
    - Kwaliteitsverbeteringen op basis van signalen van cliënten (zoals klachten) en van cliënt- en medewerkerstevredenheidsonderzoeken) zijn aantoonbaar;
    - Het personeelsverloop was het afgelopen jaar beperkt.
  - **Wettelijke kwaliteitseis: De voorziening wordt verstrekt met respect en in acht neming van de rechten van de cliënt (Wmo 2015, art. 3.1, tweede lid sub d.).**
    - De cliënt voelt zich op zijn/ haar gemak op de plaats waar de voorziening wordt geboden;
    - Cliënten worden op begrijpelijke wijze geïnformeerd over hun rechten en plichten;
    - Uitsluitingscriteria en sanctiebeleid zijn redelijk en zijn begrijpelijk;
    - De aanbieder heeft beleid t.a.v. cliëntparticipatie/ medezeggenschap. De aanbieder reflecteert op dit beleid, evalueert dit en stelt het zo nodig bij;
    - De cliënt kan desgewenst participeren in een cliëntenraad of vergelijkbaar platform;
    - De cliënt wordt gewezen op het bestaan van patiëntenverenigingen en lotgenotencontactgroepen;
    - De aanbieder respecteert de privacy van de cliënt;
    - Melden, registreren, analyse, verbeteractie en terugkoppelen van incidenten, fouten en bijna fouten aan melder en team is geregeld;
    - Incidenten worden intern besproken en er worden verbetervoorstellen geformuleerd;
    - De verbetervoorstellen n.a.v. incidenten worden doorgevoerd. Er is sprake van een lerende organisatie;
    - Nazorg bij incidenten is geregeld.

De Wmo toezichthouder van GGD Gelderland-Midden adviseerde de gemeente Rheden en de Regio Centraal Gelderland om te handhaven op de eisen waaraan door de aanbieder niet werd voldaan.

De toezichthouder adviseerde een hersteltermijn te geven van 4 weken op het opstellen en hanteren van beleid ten aanzien van het gebruik van alcohol en drugs.

Op de overige eisen waaraan door de aanbieder niet werd voldaan adviseerde de toezichthouder de aanbieder een verbeterplan op te laten stellen om hieraan binnen de termijn van 3 maanden te voldoen.

Totdat verbeterafspraken gemaakt zijn adviseerde de toezichthouder de Regio Centraal Gelderland en de gemeente Rheden geen nieuwe beschikkingen af te geven. Daarnaast adviseerde de toezichthouder een herinspectie door de Wmo toezichthouder uit te laten voeren na 3 maanden.

### **Korte beschrijving van de locatie en de doelgroep**

Deflazorg biedt sinds medio 2019 kleinschalig beschermd wonen op de locatie Zuider Parallelweg 38a tot en met 38g te Velp. In 7 appartementen wonen cliënten zelfstandig met een beschermende component en ontvangen zij begeleiding van Deflazorg. Medewerkers bieden veelal op afgesproken momenten basisbegeleiding en specialistische begeleiding en zijn voor de cliënten 24 uur per dag bereikbaar en beschikbaar. Ongeveer 100 meter van de appartementen huurt de aanbieder een ander appartement dat gebruikt wordt als kantoor, hier kunnen groepsgesprekken en individuele gesprekken met cliënten plaatsvinden.

De aanbieder beschrijft haar doelgroep als cliënten in de leeftijd van 18 tot 24 jaar, soms ook minderjarigen, met gedragsproblemen. Veelal is sprake van een licht verstandelijke beperking (LVB), vaak in combinatie met verslavingsproblematiek. Cliënten zijn veelal bekend met hulpverlening en komen soms vanuit (klinische) opname bij andere zorgorganisaties.

Op de website geeft Deflazorg aan:

*“De mens is een sociaal wezen, en is voor zijn functioneren en welbevinden afhankelijk van een effectieve interactie met de omgeving en de context waarin hij zich bevindt. De missie van Deflazorg bestaat uit het stimuleren en faciliteren van zinvolle en waardevolle interactie tussen individuen onderling en instituten (cliënten en hun omgeving, en informele en formele zorgverleners), zodanig dat de cliënten van Deflazorg, in een wisselende omgeving en context zichzelf kunnen redden, onder eigen regie”.*

Deflazorg biedt de zorg vanuit de Stichting Deflazorg.

Stichting Deflazorg kent een Raad van Bestuur, die bestaat uit 1 bestuurder. De dagelijkse leiding over primaire processen en beleidszaken wordt ingevuld door de projectcoördinator. De projectcoördinator draagt samen met 2 begeleiders zorg voor de inhoudelijke begeleiding van de cliënten.

Momenteel wordt aan 6 cliënten woonruimte en begeleiding geboden, 3 cliënten met een Wmo indicatie en 3 vanuit de Jeugdwet. Daarnaast wordt op dit moment, vanuit de Wmo met een beschikking voor begeleiding met een beschermde component, aan 1 cliënt met eigen woonruimte in Velp begeleiding geboden.

In de loop van het onderzoek heeft de aanbieder aan de toezichthouder laten weten vanaf 1 juli 2020 niet regionaal gecontracteerd te zijn voor Wmo begeleiding. Hierdoor zal zij alle huidige cliënten (Wmo en Jeugd) zo spoedig mogelijk overdragen aan een andere zorgaanbieder.

## **CONCLUSIE EN ADVIES**

Naar aanleiding van het kwaliteitsonderzoek van 6 december is door de zorgaanbieder een verbeterplan opgesteld en zijn werkwijzen en beleid aangepast.

De projectcoördinator en medewerkers hebben allen aangegeven zich te hebben herkend in het onderzoeksrapport en de noodzaak tot verandering te hebben gezien.

Ten aanzien van zorgdossiers en ondersteuningsplannen zijn afspraken gemaakt over inhoud en vorm van begeleiding, documenten en evaluaties. Echter; tijdens de herinspectie blijken niet alle zorgdossiers hier ook daadwerkelijk aan te voldoen.

De aanbieder heeft in- en exclusiecriteria opgesteld. Ook huisregels en beleid ten aanzien van alcohol en drugsgebruik zijn aangepast en gecommuniceerd naar cliënten.

Personeel dat bij het vorige onderzoek in december recent in dienst was gekomen is inmiddels ingewerkt en op de hoogte van beleid, protocollen en achtergronden en problematiek van cliënten.

Ten aanzien van het stimuleren en activering van cliënten blijft sprake van een groot aandachtspunt. Er is geen dagprogramma. Gezamenlijke en individuele activiteiten worden onvoldoende gestimuleerd en georganiseerd waardoor cliënten passief zijn. Medewerkers zijn zoekend in hoe dit op te pakken.

Ook de huisvestingssituatie wordt door de toezichthouder als aandachtspunt gezien. Een groot deel van de cliënten die op de locatie Zuidelijke Parallelweg wonen heeft een huurschuld, oplopend tot zo'n 6000 euro. Iedereen die ten behoeve van het onderzoek gesproken is heeft hierover zorgen geuit; projectcoördinator en medewerkers van Deflazorg, evenals de cliënten. Ook achterstallig onderhoud in de woning wordt door 2 van de 3 cliënten als aandachtspunt genoemd.

Verder hebben 2 van de 3 cliënten die ten behoeve van het onderzoek gesproken zijn aangegeven dat zij aanzienlijk minder directe begeleidingsuren ontvangen dan volgens het door de gemeente toegestuurde overzicht van beschikkingen beschikt is.

Uit de herinspectie van 1 juli 2020 blijkt dat bij Deflazorg locatie beschermd wonen te Rheden nog niet wordt voldaan aan een deel van de gestelde wettelijke (kwaliteits)eisen en gemeentelijke eisen. Er wordt nog niet voldaan aan:

- **Wettelijke kwaliteitseis: De voorziening is doelmatig, doeltreffend en cliëntgericht (Wmo 2015, art. 3.1, tweede lid sub a).**
  - In het zorgplan/ ondersteuningsplan zijn doelen opgesteld met een omschrijving hoe deze bereikt gaan worden, op welke onderdelen en binnen welk tijdsbestek (SMART);
  - De activiteit/ondersteuning/begeleiding is gericht op het vergroten van de zelfredzaamheid en de participatie van de cliënten;
  - De cliënt is tevreden over de geboden activiteiten/ ondersteuning/ begeleiding;
- **Wettelijke kwaliteitseis: De voorziening is veilig (Wmo 2015, art. 3.1, tweede lid sub a.).**
  - Preventie infectieziekten: het gebouw en de inventaris zijn schoon en onderhouden;
- **Wettelijke kwaliteitseis: De voorziening wordt verstrekt in overeenstemming met de op de beroepskracht rustende verantwoordelijkheid o.b.v. de professionele standaard (Wmo 2015, art. 3.1, tweede lid sub c.).**
  - Kwaliteitsverbeteringen op basis van signalen van cliënten (zoals klachten) en van cliënt- en medewerkerstevredenheidsonderzoeken) zijn aantoonbaar;
- **Wettelijke kwaliteitseis: De voorziening wordt verstrekt met respect en in acht neming van de rechten van de cliënt (Wmo 2015, art. 3.1, tweede lid sub d.).**
  - De cliënt voelt zich op zijn/ haar gemak op de plaats waar de voorziening wordt geboden;
  - Uitsluitingscriteria en sanctiebeleid zijn redelijk en zijn begrijpelijk;

## **Advies aan de gemeente**

Omdat ondanks gestelde hersteltermijnen door de aanbieder nog niet aan alle gestelde wettelijke (kwaliteits)eisen en gemeentelijke eisen wordt voldaan, adviseert de toezichthouder de gemeente Rheden en Regio Centraal Gelderland om te handhaven op de eisen waaraan door de aanbieder niet wordt voldaan.

De aanbieder heeft aan de toezichthouder laten weten vanaf 1 juli 2020 niet regionaal gecontracteerd te zijn voor Wmo begeleiding en alle huidige cliënten (Wmo en Jeugd) zo spoedig mogelijk over te zullen dragen aan een andere zorgaanbieder. Hiermee zal de zorg vanuit Deflazorg op korte termijn beëindigd worden.

## BEVINDINGEN

<b>1 Doelmatigheid voorziening</b>	
<i>Wettelijke kwaliteitseis: De voorziening is doelmatig, doeltreffend en cliëntgericht (Wmo 2015, art. 3.1, tweede lid sub a).</i>	
<b>1.1 Zorgplan/ Ondersteuningsplan/Activiteitenplan</b>	<b>Ja/nee/deels n.v.t./n.b.<sup>1</sup></b>
In het zorgplan/ ondersteuningsplan zijn doelen opgesteld met een omschrijving hoe deze bereikt gaan worden, op welke onderdelen en binnen welk tijdsbestek (SMART)	Deels
Het zorgplan/ondersteuningsplan heeft de instemming van de cliënt en is ondertekend door de cliënt of diens vertegenwoordiger.	Ja
Van de evaluatie wordt verslag opgemaakt.	Ja
De cliënt heeft het evaluatieverslag ondertekend.	Ja
De datum van de eerstvolgende evaluatie staat in het zorgplan/ ondersteuningsplan genoteerd.	Ja

### Constatering

Tijdens het kwaliteitsonderzoek in december 2019 is door de Wmo toezichthouder geconcludeerd dat zorgdossiers van cliënten wisselend volledig waren. De aanbieder heeft tijdens de herinspectie laten weten een inhaalslag gemaakt te hebben en alle dossiers op orde te hebben gebracht. Er is een dossiercheck ingebouwd die zorgt voor structurele controles op volledigheid van de zorgdossiers. Alle dossiers zouden nu onder andere een ondertekend ondersteuningsplan, ondertekende evaluatieverslagen en een risicoanalyse moeten bevatten. In de ondersteuningsplannen zouden doelen nu SMART geformuleerd en actueel moeten zijn.

De toezichthouder heeft tijdens het bezoek van juli 2020 3 zorgdossiers ingezien. Er is zichtbaar gewerkt aan het opstellen van de ondersteuningsplannen. In alle dossiers is opgenomen of een cliënt medicatie gebruikt en worden afspraken ten aanzien van zorgmijding/medewerking op het voorblad genoteerd. Doelen zijn meer SMART opgesteld; aan de doelen zijn termijnen en acties gekoppeld. Ook wordt structureler gerapporteerd in de zorgdossiers, ook als contact niet tot stand komt.

Echter; van de 3 door de toezichthouder gelezen ondersteuningsplannen was bij 1 ondersteuningsplan sprake van verlopen doelen en had op de afgesproken evaluatiedatum geen evaluatie plaatsgevonden. Betreffende medewerker geeft hierover aan dat dit een complexe situatie met zorgmijding betreft, waarbij moeilijk contact met de cliënt te krijgen is. Hierdoor ligt volgens de medewerker het doel voornamelijk op contact maken. Dit is echter niet als zodanig opgenomen in het ondersteuningsplan.

In een ander dossier had op het afgesproken moment van evaluatie geen evaluatie plaatsgevonden omdat deze in overleg met de cliënt volgens een medewerker verzet zou zijn. Een nieuwe datum is echter niet gesteld omdat het moment nog onduidelijk is, namelijk na een operatie. Tevens ontbrak hier een risicoanalyse, die wel ingevuld zouden moeten zijn voor alle cliënten.

Hiermee concludeert de toezichthouder dat de zorgdossiers nog steeds niet volledig en actueel zijn.

<sup>1</sup> N.b. betekent 'niet beoordeeld'.



<b>1.2 Uitvoering activiteiten, ondersteuning en begeleiding en aansluiting op de Wmo doelen</b>	<b>Ja/nee/ n.v.t./n.b.</b>
De activiteit/ondersteuning/begeleiding is gericht op het vergroten van de zelfredzaamheid en de participatie van de cliënten.	Nee
De cliënt is tevreden over de geboden activiteiten/ ondersteuning/ begeleiding.	Deels
De medewerkers zijn op de hoogte van de persoonlijke omstandigheden en levensgeschiedenis van de cliënt.	Ja

### **Constatering**

Uit de gesprekken met medewerkers en met cliënten blijkt de activering van cliënten nog een groot aandachtspunt. Cliënten en medewerkers geven aan dat er geen programma of activiteiten geboden worden. Medewerkers geven aan hier moeizaam verandering in te kunnen aanbrengen en dat dit deels inherent is aan de doelgroep.

De 2 medewerkers die tijdens het eerdere bezoek recent in dienst waren gekomen zijn opnieuw gesproken en inmiddels ruim 6 maanden werkzaam bij de aanbieder. Zij zijn persoonlijk begeleider van een vast aantal cliënten en zijn zichtbaar betrokken bij cliënten en op de hoogte van hun achtergronden en problematiek.

Alle gesproken cliënten geven aan tevreden te zijn over de deskundigheid van de begeleiders, maar de woonsituatie punt van aandacht te vinden. Dit vanwege hoge huur en huurachterstanden die opgebouwd worden en door gebreken aan de woningen.

Van de 3 cliënten die gesproken zijn door de toezichthouder geven 2 cliënten aan aanzienlijk minder begeleiding te ontvangen dan beschikt is. 1 Cliënt geeft aan 1 uur begeleiding per week te ontvangen waar 5 uur beschikt is en 1 cliënt ontvangt volgens eigen zeggen 2 uur begeleiding per week waar 9 uur beschikt is.

<b>2 Veiligheid</b>	
Wettelijke kwaliteitseis: De voorziening is veilig (Wmo 2015, art. 3.1, tweede lid sub a.).	
<b>2.1 Protocollen en afspraken</b>	<b>Ja/nee/ n.v.t./n.b.</b>
De aanbieder heeft actuele werkinstructies en handelingsprotocollen.	Ja
De aanbieder heeft huisregels die besproken zijn met de cliënten.	Ja
Het personeel is geschoold in het omgaan met agressie.	Ja
De aanbieder kent een medicatieprotocol.	Ja

### Constatering

Medewerkers en projectcoördinator hebben aangegeven de verbeterpunten uit het kwaliteitsonderzoek van december 2019 herkend te hebben en hieraan de afgelopen maanden gewerkt te hebben. De protocollen en werkinstructies zijn volledig en actueel gemaakt. Medewerkers hebben inmiddels inzicht in het kwaliteitshandboek met alle protocollen en zijn grotendeels op de hoogte van de geldende afspraken.

De aanbieder heeft huisregels opgesteld en een map samengesteld voor alle cliënten met voor hen van toepassing zijnde informatie.

Hierin zijn opgenomen:

- Huisregels Deflazorg;
- Algemene voorwaarden Deflazorg;
- Klachtenportaal;
- Visie en begeleidingsprincipes alcohol- en middelengebruik;
- Clientparticipatie;
- Privacy;
- Rechten en Plichten.

Voor het ontvangen en gelezen hebben van de informatie wordt een formulier door cliënten ondertekend. De medewerkers zijn dit momenteel met cliënten aan het doornemen. Van de 6 cliënten hebben 4 daadwerkelijk getekend. Bij 2 moet dit nog gedaan worden.

Deskundigheidbevordering is de afgelopen maanden onderwerp geweest. De medewerkers hebben begin 2020 een (online gratis toegankelijke) e-learning gevolgd voor omgaan met agressie. Ook is personeel geschoold in kennis ten aanzien van (het gebruik van) drugs. Van beide is geen bewijs van deelname getoond.

De organisatie heeft medicatiebeleid opgesteld. Hierin is opgenomen dat de verantwoordelijkheid ten aanzien van medicatiegebruik bij de cliënt zelf ligt, tenzij er redenen zijn om dit anders te regelen.

<b>2.2 Medicatie en verdovende middelen (alleen indien van toepassing)</b>	<b>Ja/nee/ n.v.t./n.b.</b>
In het zorgplan/ondersteuningsplan van de cliënt is een medicatieoverzicht (zonder doseringen) opgenomen, met vermelding van reden van gebruik.	Ja
De aanbieder heeft afspraken met de cliënten gemaakt over het gebruik van alcohol en verdovende middelen.	Ja

### Constatering

Het beleid ten aanzien van gebruik van alcohol en drugs is aangescherpt. De projectcoördinator zegt hierover: "De praktijk kwam niet overeen met het opgestelde beleid". De aanbieder heeft exclusiecriteria opgesteld en hierin opgenomen dat gebruik van harddrugs een contra-indicatie is voor verblijf binnen de voorziening. In de huisregels is nu opgenomen dat gebruik van harddrugs niet is toegestaan. Gebruik van alcohol en softdrugs is dit wel. Medewerkers hebben met de cliënten het actuele middelengebruik geïnventariseerd middels een vragenlijst.

Medewerkers hebben een training van 2 dagdelen gevolgd over middelengebruik om hierover meer kennis te vergaren. Ook zijn volgens de projectcoördinator afspraken gemaakt met een verslavingszorginstelling om geconsulteerd te kunnen worden bij vragen en zo nodig outreachend cliënten te kunnen bezoeken. Deze afspraken zijn niet geformaliseerd.

In het medicatiebeleid is opgenomen dat voor elke cliënt afspraken ten aanzien van medicatiegebruik moeten worden opgenomen in het ondersteuningsplan. In de ondersteuningsplannen die tijdens de herinspectie gezien zijn was dit het geval.

<b>2.3 Risico-inventarisatie</b>	<b>Ja/nee/ n.v.t./n.b.</b>
Preventie infectieziekten: het gebouw en de inventaris zijn schoon en onderhouden.	Nee
Op de locatie is een gediplomeerd en getraind BHV'er (bedrijfshulpverlener) aanwezig.	N.v.t.

### **Constatering**

De aanbieder heeft de 2 medewerkers aangemeld voor BHV-training. Vanwege de corona crisis heeft deze training nog niet daadwerkelijk plaats kunnen vinden. Omdat alles cliënten zelfstandig wonen binnen de voorziening is de eis ten aanzien van BHV-diplomering niet meegenomen in de beoordeling.

Alle gesproken cliënten geven aan tevreden te zijn over de geboden begeleiding, maar de woonsituatie een aandachtspunt te vinden. Net als tijdens het eerdere inspectiebezoek wordt aangegeven dat reparaties aan de woningen niet altijd worden uitgevoerd. 2 cliënten hebben aangegeven last te hebben van scheuren in de muren en/of vochtproblemen in de woning. Ondanks diverse meldingen hebben geen reparaties plaatsgevonden. Tijdens het inspectiebezoek van de toezichthouder in december 2019 werd dit als aandachtspunt genoemd, aangezien de toezichthouder toen grote vochtplekken constateerde in de muren van de slaapkamer van een van de cliënten. Volgens de aanbieder is door de huisbaas aangegeven dat het probleem nu verholpen is. Bij het bezoek van de toezichthouder aan een van de cliënten blijkt dit echter niet het geval. De situatie is onveranderd ten opzichte van het eerdere inspectiebezoek.

Ook het opbouwen van een huurschuld wordt door de cliënten als aandachtspunt genoemd. Alle 3 gesproken cliënten geven aan een huurschuld te hebben opgebouwd, oplopend tot 6000 euro. Ook medewerkers noemen de situatie ten aanzien van de huurschulden zorgelijk. De aanbieder heeft aangegeven dat van de 6 cliënten die bij Deflazorg wonen 4 personen een huurschuld hebben opgebouwd. De afgelopen periode is dit inzichtelijk gemaakt en hebben betreffende cliënten bericht ontvangen van de hoogte van de huurschuld. Voor 1 cliënt zullen mogelijk juridische stappen gezet worden door Deflazorg aangaande de huurschuld.

De aanbieder geeft aan dat wijkcoaches betrokken zijn bij de problematiek rondom huurschulden en de gemeente betrokken is bij aflossingsplannen. Vanwege de problemen ten aanzien van het ontstaan van huurschulden is in de uitsluitingscriteria nu opgenomen dat recht moet zijn op huursubsidie om te kunnen wonen bij Deflazorg.

De aanbieder was bezig met het scheiden van wonen en zorg. Nieuwe cliënten zouden vanaf 1 juli 2020 geen koppelbeding meer in de huur-zorg overeenkomst hebben. Zij zouden mogen blijven wonen als de zorg zou stoppen.  
Gedurende het onderzoek heeft de aanbieder echter laten weten de zorg te zullen stoppen en huidige cliënten over te zullen plaatsen omdat de aanbieder regionaal niet gecontracteerd is.

2.4 Grensoverschrijdend gedrag	Ja/nee/ n.v.t./n.b.
Medewerkers zijn bekend met het beleid en de visie van de aanbieder rondom vriendschap, intimiteit, seksualiteit en seksueel grensoverschrijdend gedrag, preventie van seksueel misbruik en het melden van misbruik	Ja

#### Constatering

Medewerkers hebben inmiddels inzicht in beleid van de aanbieder. Recent is een gedragscode opgesteld voor medewerkers die door iedere medewerker is ondertekend.

4 Kwaliteit van personeel en organisatie	
<i>Wettelijke kwaliteitseis: De voorziening wordt verstrekt in overeenstemming met de op de beroepskracht rustende verantwoordelijkheid o.b.v. de professionele standaard (Wmo 2015, art. 3.1, tweede lid sub c.)</i>	
4.1 Kwaliteitsborging	Ja/nee/ n.v.t./n.b.
Er is een kwaliteitsmanagementsysteem in gebruik (processen worden structureel volgens (een aanwezig) plan geëvalueerd en de documenten zijn niet ouder dan drie jaar).	Ja
Kwaliteitsverbeteringen op basis van signalen van cliënten (zoals klachten) en van cliënt- en medewerkerstevredenheidsonderzoeken) zijn aantoonbaar.	Nee

#### Constatering

Er is een kwaliteitsmanagementsysteem in gebruik en alle documenten zijn in het afgelopen jaar opgesteld. Jaarlijks zullen de documenten gecontroleerd worden op actualiteit.

Recent zijn de medewerkers middels een vragenlijst bevraagd op tevredenheid. De aanbieder geeft aan dat de tevredenheid goed was. De uitkomsten zijn echter nog niet uitgewerkt, geanalyseerd en besproken met de medewerkers. Ook zijn op basis hiervan geen verbeterpunten door de organisatie opgesteld.

Een cliënttevredenheidsonderzoek heeft nog niet plaatsgevonden en is door de aanbieder gepland in de loop van juli 2020.

4.2 Personeel	Ja/nee/ n.v.t./n.b.
Het personeelsverloop was het afgelopen jaar beperkt.	Ja

### Constatering

Sinds het vorige inspectiebezoek is de enige ondersteunende medewerker uit dienst gegaan. Deze ondersteunende medewerker bood de praktische ondersteuning aan cliënten. De functie van woonondersteuner is hiermee komen te vervallen en de taken worden opgepakt door de persoonlijk begeleiders. Deze functie van persoonlijk begeleider wordt ingevuld door de projectcoördinator en de twee medewerkers, allen hbo geschoold. De 2 persoonlijk begeleiders waren tijdens het eerdere inspectiebezoek recent in dienst gekomen en werden nog ingewerkt. Zij zijn inmiddels ruim 6 maanden in dienst. De organisatie heeft op dit moment geen stagiairs.

De projectcoördinator heeft aangegeven een nieuwe gz-psycholoog gevonden te hebben die op consultatie basis door begeleiders betrokken kan worden bij begeleiding. De afspraken hiermee zijn nog niet geformaliseerd.

Werkoverleg vindt inmiddels wekelijks plaats.

5 Rechten van de cliënt	
<i>Wettelijke kwaliteitseis: De voorziening wordt verstrekt met respect en in acht neming van de rechten van de cliënt (Wmo 2015, art. 3.1, tweede lid sub d.).</i>	
5.1 Algemeen	Ja/nee/ n.v.t./n.b.
De cliënt voelt zich op zijn/ haar gemak op de plaats waar de voorziening wordt geboden.	Deels
Cliënten worden op begrijpelijke wijze geïnformeerd over hun rechten en plichten.	Ja
Uitsluitingscriteria en sanctiebeleid zijn redelijk en zijn begrijpelijk	Deels

### Constatering

Voor alle cliënten is een map gemaakt met informatie ten aanzien van rechten en plichten en de gesproken cliënten hebben deze ontvangen.

De aanbieder heeft recent uitsluitingscriteria opgesteld. Hierin is opgenomen dat ernstige verslavingsproblemen (harddrugs) en ernstige psychiatrische problemen exclusiecriteria zijn. Ook is in de criteria opgenomen dat sprake moet zijn van recht op huurtoeslag om te kunnen wonen binnen de voorziening.

Sanctiebeleid is niet bekend bij medewerkers. In de zorgovereenkomst is opgenomen dat bij het ontstaan van een onveilige situatie schorsing van de zorgovereenkomst volgt. Ook is opgenomen dat bij het niet nakomen van afspraken, misdragingen, of het niet openstaan voor begeleiding de procedure "corrigerende maatregelen" zal worden gevolgd. Maatregelen die hierin benoemd staan zijn:

- 1) Corrigerende maatregel
- 2) Mondelinge waarschuwing
- 3) Schriftelijke waarschuwing
- 4) 2e schriftelijke waarschuwing
- 5) Beëindigen zorg

Deze afspraken zijn echter bij de medewerkers niet bekend.

Naar aanleiding van het kwaliteitsonderzoek heeft de aanbieder haar bereikbaarheid aangepast. Telefoonnummer op de website is aangepast en nu doorgeschakeld, waardoor bereikbaarheid beter geborgd is.

Cliënten geven aan tevreden te zijn over de geboden begeleiding. De woonsituatie wordt echter door alle gesproken cliënten als aandachtspunt genoemd, zie voor verdere informatie hierover paragraaf 2.3.

<b>5.2 Cliëntparticipatie</b>	<b>Ja/nee/ n.v.t./n.b.</b>
De aanbieder heeft beleid t.a.v. cliëntparticipatie/ medezeggenschap. De aanbieder reflecteert op dit beleid, evalueert dit en stelt het zo nodig bij.	Ja
De cliënt kan desgewenst participeren in een cliëntenraad of vergelijkbaar platform.	Ja
De cliënt wordt gewezen op het bestaan van patiëntenverenigingen en lotgenotencontactgroepen.	Ja

### **Constatering**

De aanbieder heeft een cliëntenraad opgericht die ieder kwartaal bij elkaar moet gaan komen. Van de huidige 7 cliënten nemen 2 cliënten hieraan deel, 1 cliënt die zelfstandig woont en 1 cliënt die bij Deflazorg woont. De cliëntenraad is in juni 2020 voor het eerst bij elkaar gekomen. De toezichthouder heeft de notulen van de eerste vergadering ingezien. Tijdens deze eerste vergadering was slechts 1 cliënt aanwezig en waren er 3 medewerkers aanwezig. Hierdoor betrof het geen vertegenwoordiging van cliënten. De organisatie zoekt hierin een passende werkwijze.

Bewonersvergaderingen hebben in de afgelopen periode vanwege corona niet plaatsgevonden. Dit moet weer opgestart gaan worden.

<b>5.3 Privacy</b>	<b>Ja/nee/ n.v.t./n.b.</b>
De aanbieder respecteert de privacy van de cliënt.	Ja

### **Constatering**

In de huisregels is nu opgenomen dat cameratoezicht op het terrein plaatsvindt.

5.4 Melden incidenten en klachten	Ja/nee/ n.v.t./n.b.
Melden, registreren, analyse, verbeteractie en terugkoppelen van incidenten, fouten en bijna fouten aan melder en team is geregeld.	Ja
Incidenten worden intern besproken en er worden verbetervoorstellen geformuleerd.	N.b.
De verbetervoorstellen n.a.v. incidenten worden doorgevoerd. Er is sprake van een lerende organisatie.	N.b.
Nazorg bij incidenten is geregeld.	Ja

### Constatering

De aanbieder heeft incidentenbeleid, maar geeft aan dat sinds december 2019 geen incidenten hebben plaatsgevonden, waardoor deze niet besproken konden worden en hierop geen verbetervoorstellen gedaan konden worden.

In het incidentenbeleid is nu nazorg geregeld. Ook is hierin de meldplicht bij calamiteiten opgenomen. Hierin is slechts melding bij de IGJ vermeld. Niet aangepast in het beleid is dat calamiteiten binnen de Wmo bij de Wmo toezichthouder gemeld dienen te worden.

## BRONNEN:

1. Interviews met:
  - Projectcoördinator
  - 2 Medewerkers
  - 3 Cliënten
2. Observaties tijdens het inspectiebezoek
3. Documenten met betrekking tot het toezicht:
  - 3 cliëntdossiers met ondersteuningsplannen
  - Map met cliëntgerichtheid informatie
4. Documenten van de aanbieder:
  - Kwaliteitshandboek
  - Uitsluitingscriteria
  - Agressiebeleid 01-01-2020
  - Huisregels (geen versienummer of datum)
  - Document P 2051 beëindigen woonbegeleiding
  - Format passende zorg (versie F 2021.2)
  - Notulen bijeenkomst cliëntenraad 23 juni 2020
  - Beleid inzake melding incidenten (veilig incident melden) en agressie (geen versienummer)
  - Medicatiebeleid (B2032.1)
  - Werkbeschrijving melding incidenten/calamiteit klanten versie 1.2 (10-09-2019)
  - Werkbeschrijving incidenten, calamiteiten, en externe klachten versie 1.0 (10-09-2019)
  - Zorgleveringsovereenkomst versie 2.0 (10-02-2020)
5. Documenten met betrekking tot personeel
6. Overzicht beschikkingen van gemeente Rheden
7. Overig
  - Verbeterplan
  - Niet ondertekende offerte BHV



## ZIENSWIJZE AANBIEDER

Door de Wmo toezichthouder ontvangen op 29-07-2020

*Naar ons inziens conclusies die getrokken worden naar aanleiding van drie gesprekken zijn arbitrair. In onze rapportages ligt dit aantoonbaar anders en is dus weerlegbaar. In Algemeene zin betreuren wij dat in het kwaliteitsonderzoek ook dat er geen check gedaan op ons rapportages. Hieruit zal aantoonbaar meer conclusies getrokken kunnen worden over de kwaliteit van onze dienstverlening en geleverde zorg aan de cliënten. Denk bv. aan alle inspanningen (Outreaching) zowel vraag als aanbod gericht om deze zorgmijdende doelgroep te kunnen begeleiden. Medewerkers bieden wel degelijk activiteiten aan (gezamenlijk koken, sporten, bowlen, etc.). Medewerkers zijn zoekend in welke activiteiten werken/effect hebben. Daarnaast bieden wij ambulante begeleiding conform de indicatie en bevreemd het ons dat we afgerekend worden op het niet aanbieden van dagactiviteiten. De wijkcoaches zijn nauw betrokken bij de begeleiding van cliënten en ze zijn goed op de hoogte gehouden over de problemen en de zorgmijdende gedrag van de cliënten.*

*Wat betreft uw verklaring dat de beiden medewerkers verklaard hebben dat ze niet op de hoogte zijn van de sanctiebeleid van Deflazorg zijn onjuist. Deze afspraken zijn bij medewerkers degelijk bekend. Zie de veiligheidsplan acties in het zorgdossier m.b.t. sanctiebeleid van Deflazorg. Medewerkers verklaren hier zelfs aantoonbaar uitvoering hebben aangegeven.*

*Pagina 11*

- DZ heeft verhuurder in gebreke gesteld nadat herhaaldelijk verzocht is om de reparaties uit te voeren. Dit is niet gebeurt. Daarnaast lijkt het alsof het hele wooncomplex niet voldoet terwijl het een appartement betreft.*

*Pagina 14*

*Kijk maar in Nedap. Incidenten*

*worden vastgelegd en intern besproken en naar aanleiding van de incidenten verbeter voorstellen gedaan (notulen werkoverleg, kwartaal incidenten analyse rapportage ).*

*Voor DZ is de tot totstandkoming van de conclusie uit dit*

*rapport onduidelijk. Het is niet transparant of tekortkomingen gewogen worden. Hoeveel nee'tjes en hoeveel deels'jes mag je*

*hebben voor welke conclusie. Worden alle onderdelen (Doelmatigheid, veiligheid, kwaliteit en rechten*

*cliënt) even zwaar gewogen?*

*Met andere woorden er mist een transparante onderbouwing van de conclusie. Ons inziens zou deze helder en herleidbaar moeten zijn, Zo zijn er meerdere punten te benoemen waar we niet mee eens zijn maar zoals in alle onze reactie hebben aangegeven dat we graag ons nu richten op het verlenen van een goede en verantwoorde zorg aan onze cliënten en vinden we verloren tijd om op dieper in discussie te gaan over uw reeds uitgevoerde toezicht.*

Groet,

Namens Deflazorg

## GEGEVENSOVERZICHT

### Opvanggegevens

Naam : Stichting Deflazorg  
Adres : Zuider Parallelweg 38a t/m 38 g  
Postcode en woonplaats : 6882 AE Velp  
Telefoonnummer : -  
Website aanbieder : [www.deflazorg.nl](http://www.deflazorg.nl)  
Email aanbieder : [info@deflazorg.nl](mailto:info@deflazorg.nl)  
Aantal medewerkers : 4  
Rechtsvorm : Stichting  
HKZ/ISO gecertificeerd : NEN-EN 15224

### Gegevens toezicht

Naam GGD : GGD Gelderland-Midden  
Adres : Postbus 5364  
Postcode en woonplaats : 6802EJ ARNHEM  
Telefoonnummer : 0800-8446000

### Gegevens opdrachtgever

Naam : Gemeente Rheden  
Adres : Hoofdstraat 3  
Postcode en woonplaats : 6994AB de Steeg

### Planning

Datum inspectie : 1 juli 2020  
Opstellen concept inspectierapport : 15 juli 2020  
Hoor/wederhoor : 23 en 24 juli 2020 schriftelijk  
Zienswijze ontvangen : 29 juli 2020  
Vaststelling inspectierapport : 31 juli 2020  
Verzending inspectierapport : 31 juli 2020

**GGD Gelderland-Midden**

is onderdeel van de Veiligheids- en Gezondheidsregio Gelderland-Midden



**GGD Gelderland-Midden**

Postbus 5364  
6802 EJ ARNHEM  
T 0800 8446 000  
E [ggd@vggm.nl](mailto:ggd@vggm.nl)  
I [www.vggm.nl](http://www.vggm.nl)