



## WMO TOEZICHT

Definitief rapport signaal gestuurd kwaliteitsonderzoek

Naam: Kubuszorg B.V.

Adres: Eshofsestraat 9

Postcode en woonplaats: 6662 AV Elst

Datum start onderzoek: 09-12-2019

Opdrachtgevende gemeente: Arnhem in samenspraak met regio Centraal  
Gelderland



**Gelderland-Midden**

# INHOUDSOPGAVE

WMO TOEZICHT .....	
INLEIDING .....	3
Inspectiehistorie .....	3
Onderzoek: aanleiding en belang .....	4
Korte beschrijving van de locatie en de doelgroep .....	4
CONCLUSIE EN ADVIES .....	6
Advies aan de gemeente .....	6
BEVINDINGEN.....	7
1 Doelmatigheid voorziening.....	7
2 Veiligheid .....	11
3 Samenwerking en afstemming .....	14
4 Kwaliteit van personeel en organisatie .....	16
5 Rechten van de cliënt.....	19
ZIENSWIJZE AANBIEDER .....	23
GEGEVENSOVERZICHT .....	27

## 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 Arnhem 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.

### Inspectiehistorie

In het verleden is door de Inspectie voor de Gezondheidszorg (nu IGJ) een inspectie gehouden bij Kubuszorg vof te Elst,. Tijdens die inspectie d.d. 15 augustus 2016 zijn onderstaande tekortkomingen vastgesteld:

1. In een deel van de zorgplannen ontbreken medicatie-overzichten
2. Er is geen beleid op medezeggenschap vastgelegd
3. Medezeggenschap is deels vormgegeven
4. Personeelsopbouw is afgestemd op de destijds aanwezige doelgroep, maar niet op eerdere en in de toekomst mogelijk aanwezige cliënten met een zwaardere indicatie.
5. Er is geen beleid omtrent de vergewisplicht en een Verklaring omtrent het gedrag
6. Er is geen vastgesteld opleidingsplan voor alle medewerkers
7. Er wordt gewerkt naar ISO-certificering maar documenten zijn nog niet voldoende SMART geformuleerd
8. Uitsluitingscriteria zijn deels aanwezig
9. Beleid met betrekking tot VIM (Veilig incident melden) is niet geheel conform de Wkkgz (Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg)
10. Beleid met betrekking tot vrijheid beperkende maatregelen is niet voldoende beschreven
11. Medicatiebeleid is niet voldoende beschreven naar de "Veilige principes in de medicatieketen"
12. De meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling is niet voldoende beschreven naar de eigen organisatie.

Ten tijde van de follow up door de Inspectie voor de Gezondheidszorg d.d. 30 januari 2017 bleken alleen de tekortkomingen 3, 7, 8 te zijn opgeheven.

De **conclusie** van het rapport was:

Kubuszorg heeft de genoemde randvoorwaarden voor veilige en goede zorg **onvoldoende** beschreven en geïmplementeerd.

Op 20 februari 2018 heeft de IGJ de aanbieder opnieuw bezocht om onder andere te toetsen of Kubuszorg voor de resterende punten voldoende verbetermaatregelen heeft genomen. Hierbij bleek dat diverse verbeteringen waren doorgevoerd. Beleid op het gebied van vrijheidsbeperking ontbrak nog.

Op 2 oktober 2018 heeft de IGJ een 'afsluitbrief' aan Kubuszorg verzonden nadat de aanbieder vernieuwde documenten had aangeleverd. Daarmee is het toezichttraject op alle tekortkomingen **voldoende** afgesloten

## Onderzoek: aanleiding en belang

Vanaf 9 december 2019 heeft GGD Gelderland-Midden een signaal gestuurd onderzoek uitgevoerd bij Kubuszorg B.V. beschermd wonen en dagbesteding te Elst. Dit onderzoek heeft plaatsgevonden op verzoek van de gemeente Arnhem in samenspraak met de Regio Centraal Gelderland.

Aanleiding voor dit onderzoek waren signalen die bij de Regio Centraal Gelderland zijn binnen gekomen.

De betreffende signalen riepen bij de Regio Centraal Gelderland vragen op over de kwaliteit c.q. de professionaliteit van de geleverde ondersteuning.

Het onderzoek heeft zich niet alleen gericht op het betreffende signaal, maar op alle (kwaliteits)eisen vanuit de Wmo en aanvullende eisen vanuit de gemeentelijke overeenkomsten.

Het inspectiebezoek vond plaats vanaf 9 december 2019. Het betrof een onaangekondigd bezoek, verspreid over 4 dagen, aan de volgende locaties, allen te Elst:

- Hoofdkantoor aan de Eshofsestraat 9;
- Beschermd wonen locatie aan de Willemsstraat 3;
- Beschermd wonen locatie aan de Dageraad 39;
- Beschermd wonen locatie aan de Dorpsstraat 10;
- Dagbestedingslocatie 'Zo Gewoon' aan de Smidsstraat 7.

Op dat moment was er op elke woonlocatie steeds één cliënt en een begeleider aanwezig.

Het onderzoek bestond uit observatie, bronnenonderzoek (o.a. cliëntdossiers) en interviews. Er hebben gesprekken plaats gevonden op het hoofdkantoor met de beide eigenaren/managers van Kubuszorg en de coördinator kwaliteit en informatie. Op locaties hebben gesprekken plaatsgevonden met de begeleider van de dagbesteding, drie cliënten en drie persoonlijk begeleiders.

Personen stelden zich coöperatief op. De gesprekken verliepen in een open en professionele sfeer.

Een manager was bij de gesprekken met cliënten en medewerkers niet aanwezig.

## Korte beschrijving van de locatie en de doelgroep

Kubuszorg B.V. (hierna: Kubuszorg) is een besloten vennootschap, op 18 december 2018 ingeschreven bij de Kamer van Koophandel onder nummer 73371599, met als activiteiten het aanbieden van begeleiding en ondersteuning aan mensen met een beperking onder andere in de vorm van maatschappelijke opvang, wonen, dagbesteding en ambulante zorg.

Kubuszorg is gestart met daadwerkelijke zorgverlening in 2011, destijds als Kubuszorg vof, een vennootschap onder firma, ingeschreven bij de Kamer van Koophandel onder nummer 52419312. Deze onderneming is nu niet meer ingeschreven bij de Kvk.

Kubuszorg Management is opgericht op 1 januari 2019 als financiële holding, in een maatschap met twee andere B.V.'s te Elst, ingeschreven bij de Kamer van Koophandel onder nummer 000042489458, met als activiteiten het uitoefenen van managementactiviteiten, alsmede het houden van aandelen Kubuszorg B.V.

Kubuszorg is een kleinschalige aanbieder van begeleid wonen, ambulante zorg in de thuissituatie en dagbesteding in Elst.

Kubuszorg huurt momenteel 5 woonlocaties. Deze locaties worden verhuurd aan 3 of 4 cliënten die een kamer huren en begeleiding ontvangen, te weten:

- Dorpsstraat 10
- Hemelrijk 37 (hier huurt 1 van de cliënten met alleen ambulante begeleiding)
- Willemsstraat 3
- Zonnegloren 6
- Dageraad 39.

Daarnaast heeft Kubuszorg zelfstandige appartementen gehuurd aan de Dorpsstraat 88 a, c, d, e en f - Eshofsestraat 11, 13, 15 en 17.

In deze appartementen wonen mensen zelfstandig met ambulante begeleiding. Zij huren hun appartement van Kubuszorg.  
Tevens wordt ambulante begeleiding geboden aan cliënten die hun woning niet huren van Kubuszorg.

Kubuszorg heeft een locatie voor dagbesteding/activerend werk aan de Smidsstraat 7 te Elst, bestaande uit een atelier/werkplaats en een winkel.  
Het hoofdkantoor van Kubuszorg is per 1 dec. 2019 gehuisvest aan de Eshofsestraat 9 te Elst.

De zorgaanbieder levert momenteel begeleiding aan 31 cliënten met lichtverstandelijke beperking en/of psychiatrische problematiek, in de leeftijd 18 + (oudste cliënt is 66).  
16 Cliënten wonen in een woning die zij huren van Kubuszorg.  
Cliënten hebben vanuit de regio Centraal Gelderland een beschikking voor zelfstandig wonen met intensieve begeleiding met een beschermende component, of voor Groepswonen met intensieve begeleiding. Vier cliënten hebben tevens een beschikking voor dagbesteding/activerend werk.  
Eén cliënt heeft alleen een beschikking voor dagbesteding/activerend werk.

Cliënten vanuit de gemeente Overbetuwe hebben een beschikking voor reguliere ambulante begeleiding of specialistische ambulante begeleiding. Eén cliënt had een beschikking verlengde Jeugdzorg tot 27 sept. 2019. Actie om deze om te zetten naar de juiste gemeente met het juiste product is uitgezet.

Twee cliënten hebben een indicatie op basis van de Wet langdurige zorg (Wlz).

## CONCLUSIE EN ADVIES

Uit onderzoek blijkt dat bij Kubuszorg BV niet wordt voldaan aan een deel van de gestelde wettelijke (kwaliteits)eisen en gemeentelijke eisen.

Wat gaat goed:

- De voorziening is afgestemd op de reële behoefte van de cliënt en andere vormen van zorg of hulp.
- De woonlocaties waar cliënten een kamer huren van Kubuszorg zien er verzorgd en goed ingericht uit.

Er wordt nog niet voldaan aan:

- Wettelijke kwaliteitseis: *De voorziening is doelmatig, doeltreffend en cliëntgericht (Wmo 2015, art. 3.1, tweede lid sub a).*
  - Het zorgplan/ ondersteuningsplan is opgesteld door een Hbo geschoolde medewerker
  - Dag- of wekrapportages worden gekoppeld aan doelen/activiteiten die staan beschreven in het zorgplan/ondersteuningsplan/ activiteitenplan.
  - 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.).*
  - De aanbieder heeft actuele werkinstructies en handelingsprotocollen.
  - De aanbieder kent een agressieprotocol.
  - Het personeel is geschoold in het omgaan met agressie.
  - De aanbieder heeft geïnventariseerd of er en zo ja welke fysieke risico's er voor cliënten zijn.
  - Het zorgplan/ ondersteuningsplan bevat een risico-inventarisatie op die onderwerpen die voor de cliënt van toepassing zijn.
- 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).
  - Alle medewerkers en vrijwilligers hebben een verklaring omtrent gedrag (VOG) overlegd.
  - De aangewezen beroepskracht is vakbekwaam.
  - Het personeelsverloop was het afgelopen jaar beperkt.
  - De beroepskrachten zijn opgeleid tot en deskundig voor wat betreft het ondersteunen van de doelgroep.
  - De aanbieder biedt de beroepskrachten passende bijscholing.
- 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.).*
  - Uitsluitingscriteria en sanctiebeleid zijn redelijk en zijn begrijpelijk voor de cliënt
  - de cliënt wordt met respect bejegend
  - De cliënt voelt zich op zijn/haar gemak op de plaats waar de voorziening wordt geboden.

### Advies aan de gemeente

De toezichthouder adviseert de gemeente om aan Kubuszorg BV een hersteltermijn te geven van vier maanden op alle geconstateerde tekortkomingen.

## 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>
De aanbieder heeft voor elke cliënt een zorgplan/ ondersteuningsplan.	Ja
Het zorgplan/ ondersteuningsplan is opgesteld door een Hbo geschoolde medewerker	Deels
Het zorgplan/ ondersteuningsplan omvat een omschrijving van de vraag van de cliënt	Ja
In het zorgplan/ ondersteuningsplan zijn doelen opgesteld met een omschrijving hoe deze bereikt gaan worden, op welke onderdelen en binnen welk tijdsbestek (SMART)	Ja
In het zorgplan/ondersteuningsplan zijn afspraken gemaakt over de signaleringsfunctie van de aanbieder, bijvoorbeeld ten aanzien van dreigende achteruitgang of signalen van zorgmijding	Ja
Het zorgplan/ondersteuningsplan omschrijft de kansen/ mogelijkheden van de cliënt (eigen kracht/ sociale netwerk).	Ja
Het zorgplan/ ondersteuningsplan geeft aan welke voorziening wordt geboden.	Ja
Het sociale netwerk van de cliënt is actief betrokken bij het opstellen van het zorgplan/ondersteuningsplan.	Ja
De geboden ondersteuning/ activiteiten sluit(en) aan op de reële behoefte en mogelijkheden van de cliënt en zijn/haar sociale netwerk.	Ja
Het zorgplan/ ondersteuningsplan heeft de instemming van de cliënt en is ondertekend door de cliënt of diens vertegenwoordiger.	Ja
Afwijkingen van het zorgplan/ondersteuningsplan worden gemotiveerd toegelicht en besproken met de cliënt en zijn/haar sociale netwerk.	Ja
In het zorgplan/ ondersteuningsplan staat de naam van de eerstverantwoordelijke medewerker vermeld.	Ja
De eerstverantwoordelijke medewerker of diens vervanger is goed bereikbaar.	Ja
Het zorgplan/ ondersteuningsplan wordt regelmatig (minimaal jaarlijks) geëvalueerd en zo nodig bijgesteld.	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
Dag- of weekrapportages worden gekoppeld aan doelen/activiteiten die staan beschreven in het zorgplan/ondersteuningsplan/ activiteitenplan.	Deels
Gefactureerde/ te factureren uren zijn gekoppeld aan beschreven begeleiding.	Ja

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

## Constatering

Kubuszorg werkt met het registratiesysteem Mextra waarin alle cliëntdossiers digitaal worden bewaard, zorgplannen en evaluaties worden opgesteld, en dagrapportage wordt geschreven. Dagrapportage is veelal algemeen, soms gekoppeld aan persoonlijke doelen.

De cliënt heeft voor de aanmelding tijdens het keukentafelgesprek met de wijkcoach het 'mijn plan ons plan' opgesteld. Dit plan is de basis voor het intakegesprek dat plaatsvindt met de aanbieder. Na ca. 2 weken na aanvang van de begeleiding wordt dan aan de hand van 'mijn plan ons plan' het zorgplan opgesteld door een Pb-er met de cliënt. Dit zorgplan bestaat uit de hulpvraag van de cliënt en enkele kort omschreven doelen met een termijn waarin doelen behaald kunnen worden.

Een cliënt zegt hierover: *"Ik heb mijn zorgplan gezien maar heb deze niet gekregen. Ik weet ook niet meer wat er in staat. Informeel is er een evaluatie geweest, niet op een officieel moment"*.

Voor cliënten niet altijd duidelijk wanneer een afspraak met de wijkcoach een evaluatiegesprek is. Echter, een verlenging van de beschikking vindt alleen plaats als de evaluatie is ondertekend door de cliënt.

Met alle cliënten is ook een signaleringsplan opgesteld waarin is vastgelegd wat de cliënt van de begeleider verwacht bij het vertonen van bepaald gedrag.

Alle cliënten hebben een Pb'er toegewezen gekregen en een schaduw Pb'er. Zes Pb-ers zijn Mbo niveau 3 of 4 geschoold. Drie Pb-ers hebben een afgeronde Hbo opleiding. Tevens zijn er vijf stagiaires werkzaam met een leer/arbeidsovereenkomst, soms onder begeleiding van hun stagebegeleider, vaak alleen. Aan drie cliënten hebben een stagiaire als vaste Pb-er. Drie andere cliënten hebben een stagiaire als schaduw Pb-er. Alle cliënten hebben de mogelijkheid om via de app of telefonisch contact te hebben met hun Pb-er, naast de begeleidingsgesprekken tussen Pb-er en cliënt.

Omdat alle cliënten een beschikking hebben voor intensieve begeleiding speciaal moeten zorgplannen volgens de gestelde eisen worden opgesteld door een medewerker met tenminste een beroepsopleiding op Hbo-niveau.

In de product-specifieke eisen (Inkoopdocument Beschermd wonen) staat hierover: *"Aanbieder zorgt voor de inzet van minimaal één medewerker met een relevante opleiding op hbo-niveau) per cliënt. Deze medewerker is verantwoordelijk voor het maken van het ondersteuningsplan en het signaleren van toe- of afnemende behoefte aan ondersteuning."* De getoetste zorgplannen zijn echter deels opgesteld door een Pb-er met een Hbo-opleiding en deels door een Pb-ers met een opleiding op Mbo niveau.

Het zorgplan wordt gedeeld met de wijkcoach die de indicatie met de cliënten heeft opgesteld en betrokken is bij de evaluatie daarvan.

Afhankelijk van de behoefte van de cliënten is het sociale netwerk/familie betrokken bij het opstellen van het zorgplan. Doelen worden vastgesteld per leefgebied waarop de cliënten begeleiding nodig heeft. De doelen zijn meetbaar opgesteld. Rapportage door de begeleiders is voornamelijk algemeen opgesteld, soms op doelen.. Evaluatie van de zorgplannen gebeurt in principe elk half jaar of vaker als een opgesteld doel daartoe aanleiding geeft.

Begeleiders registreren dagelijks in Mextra per cliënt hoeveel tijd zij hebben besteed aan directe en/of indirecte begeleiding.

Een begeleider zegt hierover: *"Uren registreren doe ik in Mextra, er is onderscheid tussen directe en indirecte begeleidingsuren. No show wordt ook geregistreerd. Dan neem ik wel direct contact op met de cliënt via app of telefoon. Motivatie moet vanuit cliënt komen, de balans daarin vinden is lastig. Er zijn ook cliënten die zich graag terugtrekken. Hoe moet ik dat registreren? Ik verdeel mijn uren dan in Mextra over de bewoners in het huis waar ik mijn dienst draai. Want ik ben er wel voor de cliënten. Soms is het voor een cliënt voldoende dat ik er gewoon ben."*



1.2 Uitvoering activiteiten, ondersteuning en begeleiding en aansluiting op de Wmo doelen	Ja/nee/ n.v.t./n.b.
De activiteit/ondersteuning/begeleiding is gericht op het vergroten van de zelfredzaamheid en de participatie van de cliënten.	Ja
Er wordt gewerkt richting de uitstroom van de cliënten (bijv. richting een vervolgtraject). Indien van toepassing is er sprake van afschaling van begeleiding.	Ja
Bij perspectief op zelfstandig wonen schrijft een cliënt zich als woningzoekende in bij de woningcorporaties	Ja
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
De aangeboden voorziening is voldoende afgestemd op andere vormen van geboden hulp en zorg.	Ja
De afstemming tussen dagbesteding, werk en wonen, is zichtbaar in het zorgplan/ ondersteuningsplan (1 cliënt, 1 plan).	Ja
Bij beschermd wonen is 24 uren zorg/begeleiding gewaarborgd.	Ja

### Constatering

Een deel van de cliënten heeft dagbesteding buiten Kubuszorg. Zij werken parttime, betaald of als vrijwilliger, bijvoorbeeld bij een verzorgingshuis, een boer of autowasstraat. Anderen gaan naar school of maken gebruik van de dagbesteding van Kubuszorg, een atelier met een bijbehorende winkel, die sinds juni 2019 in deze vorm opgezet is. Daarvoor was er een kringloopwinkel van Kubuszorg.

Op de presentielijst van de dagbesteding is te zien dat het atelier en de winkel geopend zijn op 4 dagen (woensdag gesloten) tussen 9.00 en 16.00 uur. Acht verschillende cliënten komen 1 of meer dagdelen (ochtend of middag). Op de meeste dagdelen zijn er max. twee cliënten aanwezig, op de maandagochtend zijn het er meestal vijf. Tussen de middag zijn er geen cliënten aanwezig, er worden geen maaltijden verstrekt bij de dagbesteding. Wel wordt er koffie/thee geschonken. De enkele cliënt die er soms toch tussen de middag is dient zelf een lunchpakketje mee te brengen.

De begeleider van de dagbesteding, die nog bezig is met de Mbo-4 opleiding Maatschappelijk Zorg specifieke doelgroepen, bepaalt samen met de cliënt één of enkele doelen waaraan een bepaalde termijn gewerkt wordt. Deze begeleider wordt tijdens een wekelijks overleg ondersteund door de Manager Zorg. De begeleider is voornemens in januari 2020 met elke cliënt en de vaste Pb-er van de cliënt opnieuw doelen op te stellen voor de dagbesteding.

De begeleider zegt hierover: "Uiteindelijk is voor elke cliënt het doel om weer deel te kunnen nemen aan werk in de maatschappij."

De geïnterviewde cliënten zijn deels tevreden over de begeleiding. Zij zeggen hierover: *"Doordeweeks is er een begeleider in huis tussen 13.00 en 19.00 uur. Elke dag iemand anders, maar ook soms wel vaste mensen. Ik heb een beschikking met dagbesteding, maar mijn begeleider is nog aan het zoeken naar iets voor mij. Ik solliciteer ook wel maar heb hierbij geen hulp gekregen van mijn begeleider. Vaak heb ik het hier wel naar mijn zin, maar soms heb ik last van een medebewoner."*

*"Ik woon hier nog niet zo lang, ik had werk maar daar had ik geen zin meer in. Ik solliciteer nu voor ander werk. Mijn vaste begeleider spreek ik elke week wel, ze heeft hier geregeld dienst, ik heb niet echt afspraken met haar staan, dat gebeurt gewoon als ze hier is. Tussen het intakegesprek en het moment van plaatsing zat teveel tijd waarin geen communicatie was. Ik wist niet waar ik aan toe was. Nu woon ik hier prettig."*

In 2018 heeft de aanbieder een cliënt tevredenheidsonderzoek gedaan waarop de helft van de cliënten respons heeft gegeven. Het eindcijfer was een 6.4 op een schaal van 0-10.

Een onvoldoende werd gescoord op:

- De mate waarin afspraken over de begeleiding worden nagekomen
- De activiteiten die worden georganiseerd
- De verspreiding van activiteiten over de gehele dag

Een 7 of hoger werd gescoord op:

- De sfeer in huis
- De verzorging van de maaltijden
- De presentatie van de maaltijden

Voor het doen van boodschappen voor de maaltijden en de huishoudelijke taken is per woning een budget van bijna € 200 per maand beschikbaar. Cliënten geven aan hiermee goed uit te komen. In enkele huizen wordt een klein deel van het maandbudget gespaard voor bv. een nieuwe televisie.

Op werkdagen (maandag t/m vrijdag) is 8 uur per dag op elke locatie voor beschermd wonen een begeleider aanwezig. Buiten deze uren kunnen de cliënten een begeleider die telefonische bereikbaarheidsdienst heeft bellen, die zo nodig naar de cliënt toe komt. Op alle ochtenden per week is er één begeleider werkzaam voor alle locaties samen, die onder andere medicatie verstrekt en zorgt dat cliënten (die hierbij ondersteuning nodig hebben) op tijd opstaan om naar hun werk, school of andere dagbesteding te gaan.

In het weekend werken er 2 of 3 begeleiders gedurende 7-8 uren per dag, die voor alle locaties en ambulante cliënten beschikbaar zijn. Deze begeleiders verstrekken onder andere medicatie en assisteren bij het bereiden van maaltijden waar nodig. Buiten deze uren is er altijd een begeleider die telefonische bereikbaarheidsdienst heeft.

Cliënten met perspectief op zelfstandig wonen staan ingeschreven als woningzoekende. Doordat er niet voldoende passende huisvesting beschikbaar is kan doorstroming naar zelfstandig wonen stagneren. Hierdoor is er momenteel een wachtlijst voor nieuwe cliënten met een beschikking voor wonen met intensieve begeleiding met een beschermde component.

<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.	Nee
De aanbieder heeft huisregels die besproken zijn met de cliënten.	Ja
De aanbieder kent een agressieprotocol.	Nee
Het personeel is geschoold in het omgaan met agressie.	Nee
De aanbieder kent een medicatieprotocol.	Ja
De aanbieder is ervan op de hoogte dat calamiteiten en geweldsincidenten gemeld dienen te worden aan de toezichthoudend ambtenaar Wmo van de gemeente <sup>2</sup> .	Ja

### Constatering

Een deel van de documenten van de aanbieder bevat geen datum waarop het document is vastgesteld. Hierdoor is niet vast te stellen of de documenten actueel zijn.  
Een evaluatiedatum en de naam van de documentverantwoordelijke ontbreken op alle documenten.

De aanbieder heeft geen handelingsprotocol ten aanzien van agressie, er is alleen een sanctiebeleid opgesteld.  
Van alle Pb-ers heeft er één training gevolgd omtrent de-escalerend handelen. Andere Pb-ers hebben deze training niet gevolgd.

Omtrent medicatie heeft de aanbieder het protocol Medicijnbeheer en medicijnverstrekking opgesteld.

De aanbieder is ervan op de hoogte dat calamiteiten en geweldsincidenten gemeld dienen te worden via het meldingsformulier op de website van de VGGM.

<b>2.2 Medicatie en verdovende middelen (alleen indien van toepassing)</b>	<b>Ja/nee/ n.v.t./n.b.</b>
Alle medicatie staat op naam van cliënten. Geen voorraden zonder naam, m.u.v. een werkvoorraad die voldoet aan de 'handreiking werkvoorraad geneesmiddelen <sup>3</sup> '.	Ja
Voor iedere cliënt is een actueel medicatieoverzicht (toedienlijst of deellijst) aanwezig.	Ja
In het zorgplan/ondersteuningsplan zijn indien van toepassing afspraken gemaakt over het beheer en de toediening van medicatie	Ja

<sup>2</sup> Zie: Wmo 2015 art. 3.4 "De aanbieder doet bij de toezichthoudende ambtenaar, bedoeld in [artikel 6.1](#), onverwijld melding van: a. iedere calamiteit die bij de verstrekking van een voorziening heeft plaatsgevonden; b. geweld bij de verstrekking van een voorziening". GGD Gelderland Midden is de toezichthoudend ambtenaar voor de opdrachtgevende gemeente.

<sup>3</sup> Handreiking werkvoorraad geneesmiddelen. Actiz, GGZNederland, VGN 2011

In het zorgplan/ondersteuningsplan van de cliënt is een medicatieoverzicht (zonder doseringen) opgenomen, met vermelding van redenen van gebruik.	Ja
Medicatie wordt onder de goede condities bewaard en is niet toegankelijk voor onbevoegden. Score alleen ja als alle onderstaande elementen aanwezig zijn: <ul style="list-style-type: none"> <li>• in de koelkast (indien noodzakelijk) gescheiden van voedingsmiddelen;</li> <li>• in een afgesloten medicijnkast;</li> <li>• opiaten in afgesloten kast/kist gescheiden van de overige medicatie;</li> <li>• sleutelbeheer is adequaat geregeld;</li> <li>• houdbaarheidsdata actueel.</li> </ul>	Ja
Elk medicijn dat wordt toegediend wordt op datum en tijdstip afgetekend op een aftekenlijst.	Ja
Bij toediening van medicatie die niet in een GDS-verpakking <sup>4</sup> zit en waarbij sprake is van aantoonbaar risico in geval van verkeerde dosering vindt aantoonbaar controle plaats door een tweede, bekwame persoon.	N.v.t.
De aanbieder heeft afspraken met de cliënten gemaakt over het gebruik van alcohol en verdovende middelen.	Ja

### Constatering

Als een cliënt medicatie gebruikt heeft de aanbieder dit opgenomen in het zorgplan van de cliënt. Bijna alle cliënten die medicatie gebruiken hebben dit in eigen beheer. Een enkele cliënt krijgt de medicatie verstrekt door een medewerker op vaste momenten. Deze medicatie wordt door de apotheek aangeleverd in baxters en wordt bewaard op de woonlocatie in een kluis. Elke verstrekking wordt afgetekend op de lijst die de apotheek daartoe meevert.

Er zijn geen Pb-ers die aantoonbaar bekwaam en bevoegd zijn om medicatie te verstrekken.

2.3 Risico-inventarisatie	Ja/nee/ n.v.t./n.b.
De aanbieder heeft geïnventariseerd of er en zo ja welke fysieke risico's er voor cliënten zijn.	Nee
Het zorgplan/ ondersteuningsplan bevat een risico-inventarisatie op die onderwerpen die voor de cliënt van toepassing zijn.	Nee
De risico-inventarisatie leidt tot concrete begeleidingsafspraken ter preventie van genoemde risico's.	N.b.
Eventuele veiligheidsrisico's en de eigen verantwoordelijkheid van de cliënt zijn besproken met cliënt en zijn/haar sociale netwerk.	Ja
Als wordt afgeweken van de risicoanalyse wordt dit gemotiveerd en besproken met de cliënt en zijn haar sociale netwerk.	N.v.t.
De aanbieder kent een brandveiligheids- en ontruimingsplan.	N.b.
Periodiek wordt ontruiming geoefend.	N.b.
Preventie infectieziekten: het gebouw en de inventaris zijn schoon en onderhouden.	Ja
Op de locatie is een gediplomeerd en getraind BHV'er (bedrijfshulpverlener) aanwezig.	Deels

<sup>4</sup> GDS= Geneesmiddelen Distributie Systeem. Bij gebruik van en GDS heeft de apotheek de geneesmiddelen per client per toedientijdstip verpakt.

### Constatering

Er is onvoldoende aandacht voor de veiligheid van de cliënt.

De aanbieder heeft met één cliënt fysieke risico's geïnventariseerd. Met andere cliënten is dit niet gedaan. Voor bepaalde cliënten zou een risico-inventarisatie wel opgesteld moeten zijn maar dit is niet gedaan. Er is bv. een cliënt die geregeld op de eigen kamer rookt en dan soms in slaap valt. Deze cliënt vergeet ook wel de oven uit te zetten na deze gebruikt te hebben.

Ca. de helft van alle medewerkers is geschoold tot BHV-er.

De toezichthouder heeft niet beoordeeld of er in de woningen een ontruimingsplan aanwezig is, en of een ontruiming geregeld wordt geoefend. Alle cliënten wonen zelfstandig en zijn zelf in staat om bij een calamiteit hun woning te verlaten.

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
Medewerkers weten dat seksueel misbruik of grensoverschrijdend gedrag gemeld moet worden.	Ja
Medewerkers zijn geïnstrueerd over en in staat tot het hanteren van de meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling.	Ja

### Constatering

De aanbieder heeft in haar gedragscode, die elke medewerker heeft ondertekend, beleid en visie vastgelegd rondom grensoverschrijdend gedrag.

Tevens heeft Kubuszorg een meldcode Huiselijk geweld en kindermishandeling vastgesteld inclusief een stappenplan. De medewerkers hebben een hierover een PowerPoint presentatie bijgewoond in januari 2019.

Voor cliënten is informatie rondom de meldcode opgenomen op de website van de aanbieder.

<b>3 Samenwerking en afstemming</b>	
<i>Wettelijke kwaliteitseis: De voorziening is afgestemd op de reële behoefte van de cliënt en andere vormen van zorg of hulp (Wmo 2015 art. 3.1, tweede lid sub b)</i>	
<b>3.1 Afstemming met andere hulp- of zorgverleners</b>	<b>Ja/nee/ n.v.t./n.b.</b>
Met andere hulp- en zorgverleners (huisartsen, wijkverpleging e.d.) vindt afstemming en de noodzakelijke gegevensuitwisseling plaats.	Ja
De afspraken met andere hulp- en zorgverleners worden schriftelijk vastgelegd.	Ja
De met andere hulp- en zorgverleners gemaakte afspraken worden regelmatig besproken met de cliënt en zijn/haar sociale netwerk en worden zo nodig bijgesteld.	Ja
Bij meervoudige, complexe problematiek is er één regisseur of coördinator die de samenhang en continuïteit bewaakt en toegang heeft tot de noodzakelijke gegevens.	Ja
De tweede lijn is direct beschikbaar.	Ja
Bij mogelijke decompensatie onderneemt de begeleiding actie richting behandelaar/ huisarts.	Ja
Bij tussentijdse stopzetting van een traject wordt gezorgd voor een warme overdracht en vindt afstemming plaats met de wijkcoach	Ja

### **Constatering**

Pb-ers onderhouden samen met de cliënt de contacten met andere hulp- en zorgverleners. De cliënt bepaalt of de begeleider aanwezig is bij gesprekken met andere hulp- en zorgverleners, of dat de cliënt de begeleider op de hoogte stelt van hetgeen is besproken. Hiervan wordt verslaglegging opgenomen in Mextra in het dossier van de cliënt.

Bij meervoudige, complexe problematiek is de manager Zorg de coördinator die de samenhang en continuïteit bewaakt.

De begeleiding neemt bij decompensatie, na overleg met de cliënt, contact op met de behandelaar. Indien mogelijk zal de begeleider de cliënt stimuleren zelf contact op te nemen en de situatie te bespreken.

Als een begeleidingstraject wordt stopgezet zorgt de aanbieder, in overleg met de wijkcoach, voor een warme overdracht naar een andere zorgaanbieder.

<b>3.2 Samenwerking en afstemming met de gemeente (wijkcoaches)</b>	<b>Ja/nee/ n.v.t./n.b.</b>
De wijkcoach ziet als regisseur toe op de uitvoering van het ondersteuningsplan van de cliënt. Zorgaanbieder en wijkcoach evalueren regelmatig of de plannen nog passen bij de vraag.	Ja
Wanneer de indicatie van cliënt niet aansluit op de hulpvraag neemt de aanbieder contact op met de wijkcoach.	Ja
Wijkcoaches zijn tevreden over de kwaliteit van de geleverde zorg/dienstverlening door de zorgaanbieder.	Ja

#### **Constatering**

De geïnterviewde wijkcoaches zijn tevreden over de samenwerking met Kubuszorg. Met de aanbieder is een goed contact over het afgeven van beschikkingen en afschaling van de beschikte uren indien van toepassing.

<b>4 Kwaliteit van personeel en organisatie</b>	
<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>	
<b>4.1 Kwaliteitsborging</b>	<b>Ja/nee/ n.v.t./n.b.</b>
Er is een kwaliteitsmanagementsysteem in gebruik (processen worden structureel volgens (een aanwezig) plan geëvalueerd en de documenten zijn niet ouder dan drie jaar).	Nee
De aanbieder heeft een kwaliteitskeurmerk (HKZ, ISO etc.).	Nee
De aanbieder is aangesloten bij een beroepsvereniging/ branchevereniging <sup>5</sup> .	Ja
Kwaliteitsverbeteringen op basis van signalen van cliënten (zoals klachten) en van cliënt- en medewerkerstevredenheidsonderzoeken) zijn aantoonbaar.	Ja
De continuïteit van de geboden voorziening is gewaarborgd.	Ja
De aanbieder integreert de veranderingen op het gebied van de kanteling in de zorg binnen de eigen instelling.	Ja

#### **Constatering**

De aanbieder is gestart met het traject tot ISO-certificering. Naar verwachting zal in januari 2020 een eerste audit plaatsvinden.

De toezichthouder heeft veel documenten en protocollen van de aanbieder ontvangen. Een klein deel daarvan is opgesteld door de aanbieder en voorzien van het logo van Kubuszorg. Een groot deel van deze documenten bevat voornamelijk algemene informatie en is niet door Kubuszorg vastgesteld. Tevens ontbreekt op de documenten een datum van vaststelling of evaluatie.

De aanbieder is aangesloten bij de Werkgeversvereniging Zorg en Welzijn, en bij de Branchevereniging Kleinschalige Zorg (BVKZ).

Kubuszorg heeft kwantitatief voldoende medewerkers in dienst waarmee continuïteit van de geboden voorziening is gewaarborgd.

<b>4.2 Personeel</b>	<b>Ja/nee/ n.v.t./n.b.</b>
Er is een goede verhouding tussen aantal medewerkers en aantal cliënten.	Ja
De verdeling van taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden is duidelijk voor de medewerkers.	Ja
De aangewezen beroepskracht is vakbekwaam.	Deels
De aanbieder heeft beleid t.a.v. verantwoorde inzet van vrijwilligers.	n.v.t.
Alle medewerkers en vrijwilligers hebben een verklaring omtrent gedrag (VOG) overlegd.	Nee
De aanbieder heeft een ondernemingsraad (or) of personeelsvertegenwoordiging (pvt) bestaande uit democratisch gekozen werknemers <sup>6</sup> .	N.v.t.

<sup>5</sup> Aansluiting bij een beroeps- of branchevereniging is niet verplicht maar wordt wel aanbevolen.



Regelmatig wordt werkoverleg gehouden.	Ja
De medewerkerstevredenheid is goed.	Ja
Het personeelsverloop was het afgelopen jaar beperkt.	Nee

### Constatering

De personeelsdossiers zijn niet actueel. Er zijn personeelsdossiers aanwezig van twee medewerkers die niet worden ingezet. Niet duidelijk is of zij nog in dienst zijn.

Het opleidingsniveau van de medewerkers die in januari 2020 worden ingezet voor de cliënten met een beschikking vanuit Centraal Gelderland die wonen op een locatie van Kubuszorg is als volgt:

- 1 persoon Hbo Toegepaste psychologie
  - 2 personen Hbo Social Work
  - 2 personen Mbo 4 Persoonlijk begeleider specifieke doelgroepen
  - 1 persoon Mbo 4 Pedagogisch werk
  - 1 persoon Mbo 4 Pedagogisch medewerker jeugdzorg
  - 1 persoon Mbo 3 Maatschappelijke zorg / gehandicaptenzorg
  - 1 persoon Mbo 4 Maatschappelijk werk en dienstverlening
- Allen hebben zij de functie van Pb-er.

Tevens zijn er vijf stagiaires werkzaam met een leer/arbeidsovereenkomst, soms voeren zij werkzaamheden uit onder begeleiding van hun stagebegeleider, vaak alleen. Vier van deze stagiaires volgen een Mbo opleiding op niveau 3 of 4, de vijfde stagiaire volgt een Hbo opleiding.

Aan drie cliënten is een stagiaire gekoppeld als vaste Pb-er waarbij de naam van de supervisor/stagebegeleider van de stagiaire vermeld is.

Twee cliënten hebben een stagiaire als schaduw Pb-er. Stagiaires werken 18 – 28 uur per week, één van hen heeft een oproepcontract (o uren).

Eén van de eisen die worden gesteld aan het product Zelfstandig wonen met intensieve begeleiding stelt dat:

*“Opdrachtnemer zorgt voor de inzet van minimaal 1 medewerker op Hbo-niveau per inwoner. Deze medewerker is verantwoordelijk voor het maken van het ondersteuningsplan en het signaleren van toe- of afnemende behoefte aan ondersteuning.”*

Gezien het feit dat één Pb-er op Hbo niveau wordt ingezet concludeert de toezichthouder dat niet voldaan kan worden aan deze eis.

Het opleidingsniveau van de medewerkers die in december 2019 zijn ingezet voor de 16 cliënten met een beschikking voor ambulante begeleiding vanuit Overbetuwe (waarvan 7 met een beschermingscomponent) is als volgt:

- 1 persoon Hbo Toegepaste psychologie
- 1 persoon Hbo Social Work
- 1 persoon Mbo 4 Persoonlijk begeleider specifieke doelgroepen
- 1 persoon Mbo 3 Pedagogisch werk

De aanbieder heeft voor de ambulante begeleiding voldoende en juist opgeleide Pb-ers en ondersteuners aangesteld.

De manager Begeleid wonen en activerend werk, tevens aanbieder, stuurt alle Pb-ers en stagiaires aan en heeft de opleiding M.d.g.o.- Agogisch werk/Cultureel werk afgerond en een propedeutisch getuigschrift Omgangskunde van de opleiding tot leraar voortgezet onderwijs van de tweede graad behaald.

In alle personeelsdossiers is een VOG aanwezig, waarbij geconstateerd is dat ca. de helft van deze VOG's ouder is dan drie jaar. De aanbieder is voornemens hierop direct actie te ondernemen door alle medewerkers met een verouderde VOG zo spoedig mogelijk een aanvraagformulier voor een nieuwe VOG te overhandigen.

6 In ondernemingen waar 10 tot 50 mensen werken en waar geen ondernemingsraad is, kan een personeelsvertegenwoordiging (PVT) in het leven worden geroepen. De organisatie is daartoe verplicht als meer dan de helft van het personeel aangeeft behoefte aan een PVT te hebben (WOR, art. 35).

Het aantal beschikte uren is in verhouding tot het aantal ingezette uren.

De begeleiders op de woonlocaties van Kubuszorg hebben 3 keer per week aan het begin van hun dienst een kort overleg met elkaar, daarnaast is er maandelijks een overleg met alle begeleiders.

Een cliënt zegt over het personeelsverloop: *“Er is veel wisseling in personeel, ze krijgen hier minder betaald dan bij anderen. Ze gaan ook weg omdat de manager geen tegenspraak duldt en vooral vanuit haar eigen belang handelt, niet vanuit het belang van mij als cliënt.”*

Een geïnterviewde begeleider beaamt deze uitspraak en voegt toe dat begeleiders teveel praten met cliënten over zaken die de organisatie betreffen. Zij handelen hiermee niet professioneel.

De aanbieder geeft aan dat er inderdaad verloop is, maar dat er ook uitbreiding van het aantal medewerkers is door groei van het aantal cliënten. Tevens geeft de aanbieder aan dat alle medewerkers met ingang van 1 januari 2019 vallen onder een andere CAO, te weten CAO gehandicaptenzorg. Dit was daarvoor de CAO GGZ.

In 2018 heeft de aanbieder een medewerker tevredenheidsonderzoek uitgevoerd. Iets meer dan de helft van de medewerkers heeft het formulier ingevuld. De eindscore werd een 7,3 op een schaal van 0-10. Op twee vragen werd een 5.9 (onvoldoende) gescoord:

- Er is voldoende te beleven en te doen in huis voor de bewoners
- Er is voldoende sfeer in huis voor de bewoners.

Citaat uit het verslag: *“De overall beoordeling was positief, men komt met plezier naar het werk en er heerst een prettige werksfeer. De sfeer in de huizen en het feit of er voldoende te beleven en te doen is in de huizen voor de bewoners zijn wellicht een verbeterpunt. De verbeterpunten worden mee genomen met de jaarplannen van 2019.”*

4.3 Deskundigheidsbevordering	Ja/nee/ n.v.t./n.b.
De beroepskrachten zijn opgeleid tot en deskundig voor wat betreft het ondersteunen van de doelgroep.	Deels
De aanbieder biedt de beroepskrachten passende bijscholing.	Deels

#### Constatering

In de constatering onder 4.2 is te lezen dat weliswaar alle beroepskrachten passend zijn geschoold maar dat stagiaires zelfstandig werkzaamheden uitvoeren zonder aanwezigheid van een opgeleide medewerker.

De kwaliteits- en informatiecoördinator ( met een diploma Mbo 4 Persoonlijk begeleider specifieke doelgroepen) biedt de beroepskrachten bijscholing door middel van eenmalige themabijeenkomsten omtrent bijvoorbeeld Mic-meldingen, gebruik van drugs en/of tabak, werken aan het kwaliteitssysteem, meldcode kindermishandeling en huiselijk geweld etc. Intervisie-bijeenkomsten waren er in het verleden maar zijn er momenteel niet.

De aanbieder laat jaarlijks een deel van haar medewerkers (bij)scholen tot BHV-er.

Van alle Pb-ers heeft er één training gevolgd omtrent de-escalerend handelen. Geen van de Pb-ers heeft scholing gevolgd omtrent Medicatieveiligheid en/of basiskennis medicijngebruik GGZ.

<b>5 Rechten van de cliënt</b>	
<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>	
<b>5.1 Algemeen</b>	<b>Ja/nee/ n.v.t./n.b.</b>
De cliënt wordt met respect bejegend.	Deels
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
De aanbieder verstrekt actuele informatie over producten en diensten en heeft een up-to-date website	Ja
Uitsluitingscriteria en sanctiebeleid zijn redelijk en zijn begrijpelijk voor de cliënt	Deels

### **Constatering**

De cliënten geven in het gehouden cliënt-tevredenheidsonderzoek aan tevreden te zijn over de wijze van bejegening en de sfeer in hun huis.

De tijdens het onderzoek geïnterviewde cliënten zeggen:

*“Er is veel wisseling in personeel, ze krijgen hier minder betaald dan bij anderen. Ze gaan ook weg omdat de manager geen tegenspraak duldt en vooral vanuit haar eigen belang handelt, niet vanuit het belang van mij als cliënt.”*

*“Ik ben tevreden over de benadering door de begeleiders, ze zijn vriendelijk en helpen me altijd. De communicatie tussen begeleiders is niet goed, ook de communicatie vanuit de manager kan beter.”*

*“Ik heb contact gehad met de manager over het wonen hier, over hoe dat is gegaan wil ik liever niets zeggen”.*

*“Ik heb het hier wisselend naar mijn zin. Elke dag zie ik een andere begeleider.”*

*“Ik zou graag mijn begeleidingsafspraken in de ochtend willen hebben, ik ben echt een ochtendmens.”*

Op de website van de aanbieder is actuele informatie te lezen over de producten en diensten die bij Kubuszorg worden geboden.

De aanbieder heeft uitsluitingscriteria en een sanctiebeleid opgesteld voor medewerkers. De uitsluitingscriteria zijn gepubliceerd op de website en daarmee inzichtelijk voor de cliënten. Het sanctiebeleid is niet inzichtelijk voor cliënten. De geïnterviewde cliënten geven aan dat zij enigszins op de hoogte zijn van het sanctiebeleid omdat zij hierover mondeling zijn geïnformeerd.

<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.	N.b.

#### **Constatering**

Kubuszorg heeft beleid opgesteld voor cliëntparticipatie door middel van een cliëntenraad. Er is even een cliëntenraad in functie geweest (enkele jaren geleden) maar door verloop onder de cliënten bleek dit niet goed te werken.  
Maandelijks is er nu per woning een Huisvergadering waarbij een begeleider met de betreffende cliënten alle voorkomende onderwerpen bespreekt.

<b>5.3 Privacy</b>	<b>Ja/nee/ n.v.t./n.b.</b>
De aanbieder respecteert de privacy van de cliënt.	Ja
Met de cliënt en/of zijn/haar sociale netwerk zijn afspraken gemaakt over gegevensuitwisseling.	Ja
Er wordt zorgvuldig omgegaan met de uitwisseling van gevoelige informatie (persoonsgegevens, medische gegevens e.d.).	Ja

#### **Constatering**

Met betrekking tot de omgang met privacy gevoelige gegevens van cliënten zijn 'harde' afspraken gemaakt.

<b>5.4 Melden incidenten en klachten</b>	<b>Ja/nee/ n.v.t./n.b.</b>
Er is een intern meldingssysteem voor incidenten, fouten en bijna fouten dat operationeel is.	Ja
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.	Ja
De verbetervoorstellen n.a.v. incidenten worden doorgevoerd. Er is sprake van een lerende organisatie.	Ja
Nazorg bij incidenten is geregeld.	Ja
Er is een klachtenregeling.	Ja
Deze klachtenregeling is bekend bij de cliënt/gemakkelijk te vinden voor de cliënt.	Ja
De aanbieder neemt eventuele klachten in behandeling en handelt die tijdig en passend af.	Ja

### **Constatering**

De aanbieder heeft een meldingssysteem voor incidenten, fouten en bijna fouten. Hiertoe is een formulier beschikbaar voor begeleiders. In het afgelopen jaar is er van één incident melding gemaakt; een cliënt heeft geen medicatie aangereikt gekregen. Deze melding is besproken in de daartoe geformeerde commissie VIM en er is een verbetervoorstel opgesteld en besproken met de begeleiders.

De aanbieder heeft op haar website de klachtenregeling beschreven. Tevens kunnen cliënten daar een klachtenformulier downloaden.

Een cliënt zegt hierover: *“Ik ken geen klachtenregeling, als ik een klacht heb gaat de manager daar echt niks mee doen.”*

Op de website staat ook informatie over de aanwezigheid en de mogelijkheden van de Cliëntenvertrouwenspersoon (CVP). Voor informatie hierover worden cliënten verwezen naar het mailadres van de aanbieder zelf. Hiermee is de vertrouwenspersoon niet onafhankelijk.

## Bronnen

### 1. Interviews met:

- manager Financieel en organisatie
- manager begeleid wonen en activerend werk
- 2 persoonlijk begeleiders
- 1 persoonlijk begeleider in opleiding
- begeleider dagbesteding
- kwaliteit- en informatiecoördinator
- 4 cliënten
- 2 coaches Wijkteam Arnhem

### 2. Observaties tijdens het inspectiebezoek op 3 beschermd wonen locaties en de dagbesteding 'Zo Gewoon'

### 3. Documenten met betrekking tot het toezicht:

- Digitale dossiers van vier Wmo-cliënten met daarin recente en volledige zorgplannen, dagrapportage en voortgangsverslagen/evaluatieverslagen.
- Risicoanalyse van één cliënt
- Overzicht van alle lopende beschikkingen van de Wmo-cliënten
- Overzicht met gedeclareerde uren over november 2019
- Signaleringsplan van vijf willekeurige cliënten
- Huurcontracten incl. koppelbeding van vijf willekeurige cliënten
- Medicatie-verstrekkinglijst/aftekenlijst
- Mic-formulier i.v.m. vergeten medicatie te verstrekken

### 4. Documenten van de aanbieder:

- Huisregels voor cliënten versie 2
- Overzicht van alle medewerkers
- Berekening in te zetten uren per cliënt voor januari 2020, gekoppeld aan de Pb-ers
- Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling inclusief stappenplan versie 4 november 2018
- PowerPoint presentatie Meldcode huiselijke geweld en kindermishandeling januari 2019
- Notulen 'algemeen overleg' van de laatste 4 (maandelijkse) vergaderingen
- PowerPoint presentatie medewerker tevredenheidsonderzoek 2018
- PowerPoint presentatie cliënt tevredenheidsonderzoek 2018
- Klachtenregeling op de website van Kubuszorg
- Protocol medicijnbeheer en medicijnoverhandiging versie 2
- Sanctiebeleid / Officiële waarschuwingsprocedure (informatie voor medewerkers)
- Uitsluitingscriteria
- Beleid Cliëntenraad en Medezeggenschap
- Protocol Seksueel misbruik, seksueel grensoverschrijdend gedrag en agressie naar cliënten van Kubuszorg
- Recht op inzage en afschrift van persoonsgegevens van de cliënt
- Diploma en getuigschrift van de aanbieder

### 5. Documenten met betrekking tot personeel

- VOG's van alle medewerkers waarvan een deel ouder dan 3 jaar of niet passend bij de functie
- Arbeidsovereenkomst van alle medewerkers
- Leer/arbeidsovereenkomst van alle stagiaires
- BHV-certificaten van een deel van de medewerkers
- Diploma's van alle gediplomeerde medewerkers
- Geheimhoudingsverklaring van alle medewerkers
- Gedragscode 'Professioneel betrokken Kubuszorg' ondertekend door alle medewerkers
- Functieomschrijving met de daaraan gekoppelde taken van alle voorkomende functies binnen Kubuszorg
- Organogram Kubuszorg

## ZIENSWIJZE AANBIEDER

### Zienswijze 2<sup>e</sup> conceptrapport WMO Toezicht kwaliteitsonderzoek

Start onderzoek: 09-12-2019

#### **Inleiding**

2015-2016 was het jaar waarin Kubuszorg een contract heeft gerealiseerd met de gemeenten binnen Regio Centraal Gelderland. In 2015 heeft de transformatie in het sociale domein plaatsgevonden, waarbij de gemeenten verantwoordelijk werden gemaakt voor onder meer de WMO. In 2016 en 2017 heeft Kubuszorg een groei gerealiseerd. Hierbij bleef de interne organisatie van Kubuszorg echter achter op de gerealiseerde groei. In 2018 is een hervorming opgestart en is er een professionaliseringsslag ingezet met in 2019 onder meer de implementatie van de CAO, verdere automatisering waaronder een nieuw roosteringsysteem en een sterkere verdeling van taken en verantwoordelijkheden binnen de organisatie als gevolg. Zo ontstond in 2018 ook de wens om voor de HKZ certificering te gaan. In 2019 is besloten om voor de ISO certificering te kiezen. Ten tijde van de start van het WMO Toezicht kwaliteitsonderzoek op 9 december 2019 was alles en iedereen van Kubuszorg gericht op de geplande audit in januari 2020 voor de ISO. In de periode tot de audit zijn de werkzaamheden gefinaliseerd en zijn alle documenten op orde gebracht, evenals de procedures en protocollen. Dit heeft uiteindelijk geresulteerd in het toekennen van het certificaat ISO 9001, welke als bijlage bij deze zienswijze wordt toegevoegd.

Tijdens de audit hebben een aantal onderwerpen de revue gepasseerd, waar Kubuszorg verbetermogelijkheden ziet en actief mee aan de gang gaat. Dit resulteert onder andere in een aantal aanpassingen van beleid en procedures. Later in deze zienswijze worden een aantal aanpassingen toegelicht.

Onderstaand volgt een reactie van Kubuszorg op de genoemde punten, waaraan ten tijden van het onderzoek op 9 december (nog) niet wordt voldaan:

#### **1. Doelmatigheid voorziening**

*Wettelijke kwaliteitseis; de voorziening is doelmatig, doeltreffend en clientgericht (WMO 2015, artikel 3.1, tweede lid sub a).*

##### **1.1 Zorgplan Ondersteuningsplan/Activiteitenplan**

- Het zorgplan/ondersteuningsplan is opgesteld door een Hbo geschoolde medewerker.

Het zorgplan wordt opgesteld door de persoonlijk begeleider. Bij cliënten met een indicatie Begeleiding Specialistisch valt dit onder de verantwoordelijkheid van een Hbo geschoolde medewerker en met een indicatie Begeleiding Basis kan dat onder de verantwoordelijkheid vallen van een MBO geschoolde medewerker. Kubuszorg heeft in december 2019, ten tijde van het bezoek van de toezichthouder, totaal 3 Hbo geschoolde medewerkers in dienst.

Kubuszorg wil in de nabije toekomst (2<sup>e</sup> kwartaal 2020) het team versterken met een Hbo geschoolde Teamcoördinator, waardoor wij kunnen garanderen dat de zorgplannen onder de supervisie van een Hbo geschoolde medewerker vallen.

- Dag- of wekrapportages worden gekoppeld aan de doelen/activiteiten die staan beschreven in het zorgplan.

In het rapportagesysteem van Kubuszorg, was voor de begeleiding de mogelijkheid om een algemene rapportage te schrijven. Door deze optie uit te zetten is het sinds kort alleen maar mogelijk om op doelen en afspraken te rapporteren. Hierdoor wordt vanaf heden aan deze kwaliteitseis voldaan.

## **1.2 Uitvoering activiteiten, ondersteuning en begeleiding en aansluiting op de WMO doelen**

- De cliënt is tevreden over de geboden activiteiten/ondersteuning/begeleiding. In december is door Kubuszorg een Cliënt Tevredenheidsonderzoek uitgevoerd. Hiervan is een rapport opgesteld met een aantal aanknopingspunten ter verbetering. Natuurlijk zijn cliënten soms niet tevreden. Dat kan om tal van redenen voorkomen en Kubuszorg neemt deze signalen serieus. In ieder geval wordt in maart wederom geprobeerd een cliëntenraad op te zetten, met cliënten of ouders van cliënten. Daarnaast heeft Kubuszorg als speerpunt benoemd voor 2020, het verbeteren van de communicatie tussen Kubuszorg en cliënt. Hierdoor worden verwachtingen gemanaged en kunnen bijvoorbeeld aangescherpte regels beter gecommuniceerd worden. Een exemplaar van het rapport is op aanvraag beschikbaar.

## **2. Veiligheid**

Wettelijke kwaliteitseis: de voorziening is veilig (WMO 2015, art. 3.1, tweede lid sub a.).

### **2.1 Protocollen en afspraken**

- De aanbieder heeft actuele werkinstructies en handelingsprotocollen en
- De aanbieder kent een agressieprotocol.

In de aanloop naar de audit voor de ISO zijn in december en januari een aantal protocollen en werkinstructies aangepast. Tijdens het bezoek van de toezichthouder waren een aantal hiervan nog niet definitief vastgesteld. Tijdens de audit in januari zijn de protocollen en werkinstructies beoordeeld en akkoord bevonden door de auditor. Daarnaast is er een werkbaar agressieprotocol aanwezig, wat ook toegevoegd is bij de aanbesteding inkoop 2020. Het agressieprotocol wordt op aanvraag toegezonden.

- Het personeel is geschoold in het omgaan met agressie. Kubuszorg heeft een training De-escalerend werken op de planning staan. De verwachting is dat deze in april/mei plaats zal vinden. Periodiek zal deze training in de toekomst ingezet worden om zo de deskundigheid van medewerkers hierin te kunnen garanderen.

### **2.3 Risico-inventarisatie**

- De aanbieder heeft geïnventariseerd of er en zo ja welke fysieke risico's er voor cliënten zijn en
- Het zorgplan/ondersteuningsplan bevat een risico-inventarisatie op die onderwerpen die voor de cliënt van toepassing zijn

Alle risico inventarisaties van cliënten hebben inmiddels plaatsgevonden en verwerkt in de plannen van het rapportagesysteem. Zo nodig zijn hier ook doelen aan gekoppeld. De toezichthouder heeft geconstateerd dat er voldoende BHV'ers aanwezig zijn bij Kubuszorg. In ieder geval is er altijd een BHV'er in de nabije omgeving aanwezig.

## **3. Samenwerking en afstemming**

Geen opmerkingen en/of verbeterpunten.

## **4. Kwaliteit van personeel en organisatie**

Wettelijke kwaliteitseis: de voorziening wordt versterkt in overeenstemming met de op de beroepskracht rustende verantwoordelijkheid o.b.v de professionele standaard (WMO 2015, art. 3.1 tweede lid sub c)

### **4.1 Kwaliteitsborging**

- Er is een kwaliteitsmanagementsysteem in gebruik; processen worden structureel volgens (een aanwezig) plan geëvalueerd en de documenten zijn niet ouder dan drie jaar en
  - De aanbieder heeft een kwaliteitskeurmerk (ISO)
- Kubuszorg heeft kwaliteitssysteem in gebruik, Qarebase. Op het moment van het onderzoek waren een aantal documenten in behandeling en niet up to date, in de aanloop naar de ISO. Op 21 januari vond de audit plaats en vooraf zijn door de auditor alle documenten vooraf gecontroleerd. Certificering heeft inmiddels plaatsgevonden.



#### 4.2 Personeel

- De aangewezen beroepskracht is vakbekwaam.

In het rapport wordt melding gemaakt van 3 Hbo geschoolde medewerkers in januari 2020 en daarna wordt gesteld dat Kubuszorg 2 Hbo geschoolde medewerkers in dienst heeft in december 2019. Dat is incorrect; Kubuszorg had in december 2019 en in januari 2020 de 3 genoemde Hbo geschoolde medewerkers in dienst. In februari starten aanvullend 2 Hbo geschoolde medewerkers. (Hbo SPH en Hbo Creatieve Therapie) Hiermee kan worden gesteld dat er voldaan wordt aan de eis voor de inzet van minimaal 1 medewerker op Hbo-niveau per cliënt.

- Alle medewerkers en vrijwilligers hebben een verklaring omtrent gedrag (VOG) overlegd.

Ten tijde van het bezoek van Toezicht, waren een aantal VOG's ouder dan 3 jaar, maar maximaal 5 jaar oud. Inmiddels zijns de personeelsdossiers geactualiseerd en zijn de VOG's niet ouder dan 3 jaar. Dit staat geagendeerd om periodiek te controleren. Kubuszorg heeft geen vrijwilligers in dienst.

- Het personeelsverloop was het afgelopen jaar beperkt.

Een aantal medewerkers hebben afgelopen jaar besloten van werkkring te veranderen. Kubuszorg is zich bewust dat een stabiele personele organisatie een sterk punt is voor de kwaliteitsborging. In december 2019 is er een Medewerkers Tevredenheidsonderzoek uitgevoerd. Een aantal aandachtspunten zijn hierbij benoemd en Kubuszorg zal hierop acties uit gaan zetten. Over het algemeen kan worden gezegd dat de medewerkers positief zijn over Kubuszorg. Een rapportage van het onderzoek is op aanvraag beschikbaar.

#### 4.3 Deskundigheidsbevordering

- De beroepskrachten zijn opgeleid tot en deskundig voor wat betreft het ondersteunen van de doelgroep.

Het uitgangspunt is dat de samenstelling van het team gebaseerd is op een evenwichtige bezetting, rekening houdend met leeftijd, kennis en ervaring, opleiding en competenties. Kubuszorg heeft voldoende Hbo geschoolde medewerkers om de taken uit te voeren die Hbo niveau vragen.

Bij Kubuszorg worden BBL en Hbo stagiaires in de gelegenheid gesteld om in de praktijk te leren door de rol van Persoonlijk Begeleider op zich te nemen. Dit gebeurt altijd onder toezicht van een daartoe gekwalificeerde medewerker, dus onder supervisie van een Mbo of Hbo geschoolde medewerker. Door de stagiaires de titel Persoonlijk begeleider in opleiding te geven, worden zij door de cliënten serieus genomen, terwijl een gekwalificeerde collega over de schouder meekijkt, controleert en aan- en bijstuurt. De stagiaire kan altijd assistentie krijgen en vragen stellen, maar ook verantwoordelijkheden (onder toezicht) nemen.

- De aanbieder biedt de beroepskrachten passende bijscholing.

Alle Persoonlijk begeleiders zijn gediplomeerd. Tijdens de beoordelingsgesprekken wordt de opleidingsbehoefte geïnventariseerd, ook voor eventuele passende aanvullende (Hbo) opleidingen. Voor 2020 heeft Kubuszorg een opleidingsplan geschreven, waarbij naast bijv. BHV en Motiverende gespreksvoering, Medicatieveiligheid en De-escaleren werken ingepland worden. De laatste twee worden in de eerste helft van 2020 ingezet. Hiermee zal dan voldaan worden aan de gestelde kwaliteitseis.

### 5. Rechten van de cliënt

*Wettelijke kwaliteitseis; de voorziening wordt versterkt met respect en in acht neming van de rechten van de client. (WMO 2015, art. 3.1, tweede lid sub d.)*

#### 5.1 Algemeen

- De cliënt wordt met respect bejegend en
- De cliënt voelt zich op zijn/haar gemak op de plaats waar de voorziening wordt geboden

Zoals hierboven beschreven heeft in december een Cliënt Tevredenheidsonderzoek plaatsgevonden. De aandachtspunten uit dit rapport worden binnen het team besproken en hier worden in 2020 acties op uitgezet. Het doel hierbij is dat de cliënt zich gehoord en gezien voelt met uiteindelijk een positief antwoord op deze gestelde punten.

- Uitsluitingscriteria en sanctiebeleid zijn redelijk en zijn begrijpelijk voor de cliënt. Zoals in het rapport omschreven, zijn de uitsluitcriteria gepubliceerd op de website. Kubuszorg hanteert een sanctiebeleid, wat gecommuniceerd is met de cliënten, maar nog onvoldoende duidelijk. Hiertoe zal een communicatie uitgaan naar de cliënten en door de Persoonlijk begeleiders worden besproken. Daarnaast zal het sanctiebeleid bij een nieuwe cliënt onderdeel zijn van de introductie bij Kubuszorg.
- De cliëntvertrouwenspersoon is niet onafhankelijk. Kubuszorg zal er voor zorgen dat binnen 2 maanden na 6 februari een onafhankelijke vertrouwenspersoon wordt aangesteld. Het emailadres zal gecommuniceerd worden op de website.

**Bijlage bij deze zienswijze:**

- Certificaat ISO 9001 (door de toezichthouder opgeslagen in het dossier van Kubuszorg)
  
- *De toezichthouder ziet in de zienswijze geen aanleiding om haar beoordeling te wijzigen.*

## GEGEVENSOVERZICHT

### Opvanggegevens

Naam : Kubuszorg B.V.  
Adres : Eshofsestraat 9  
Postcode en woonplaats : 6662 AV Elst  
Telefoonnummer : 0481 700218  
Website aanbieder : [www.kubuszorg.nl](http://www.kubuszorg.nl)  
Email aanbieder : [info@kubuszorg.nl](mailto:info@kubuszorg.nl)  
Aantal medewerkers : ca. 17  
Rechtsvorm : BV  
HKZ/ISO gecertificeerd : ISO 9001 per 01-02-2020

### Gegevens toezicht

Naam GGD : GGD Gelderland-Midden  
Adres : Postbus 5364  
Postcode en woonplaats : 6802EJ ARNHEM  
Telefoonnummer : 0800-8446000  
Onderzoek uitgevoerd door : Karen Stegeman

### Gegevens opdrachtgever

Naam : Gemeente Arnhem in samenspraak met  
Regio Centraal Gelderland  
Adres : Dorpsplein 1  
Postcode en woonplaats : 6931 CZ Westervoort

### Planning

Datum inspectie : 09-12-2019  
Opstellen concept inspectierapport : 13-01-2020  
Hoor/wederhoor : 20-01-2020  
Opstellen 2<sup>de</sup> concept inspectierapport : 31-01-2020  
Zienswijze ontvangen : 06-02-2020  
Vaststelling inspectierapport : 07-02-2020  
Verzending inspectierapport :

**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)