



Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd  
*Ministerie van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport*

Rapport van het bezoek aan  
SustVarius in Nijkerk  
op 23 mei 2022



## Inhoud

### **1 Inleiding 4**

- 1.1 Aanleiding bezoek 4
- 1.2 Beschrijving SustVarius 4

### **2 Conclusie 6**

- 2.1 Overzicht van de resultaten 6
- 2.2 Wat gaat goed 6
- 2.3 Wat kan beter 7
- 2.4 Wat moet beter 8
- 2.5 Eindconclusie 8

### **3 Wat zijn de vervolgacties 9**

- 3.1 De vervolgactie die de inspectie van Sustvarius verwacht 9
- 3.2 Vervolgacties inspectie 9

### **4 Resultaten 10**

- 4.1 Thema Persoonsgerichte zorg 10
  - 4.1.1 Resultaten 10
- 4.2 Thema Deskundige zorgverlener 13
  - 4.2.1 Resultaten 13
- 4.3 Thema Sturen op kwaliteit en veiligheid 17
  - 4.3.1 Resultaten 17
- 4.4 Thema Medicatieveiligheid 20

### **Bijlage 1 Methode 21**

### **Bijlage 2 Geraadpleegde documenten 22**

### **Bijlage 3 Toetsingskader en beoordeling Wmo toezicht gemeente Nijkerk 23**

## 1 Inleiding

De Wmo-toezichthouder van GGD Gelderland Midden (in opdracht van de gemeente Nijkerk) en Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (hierna: de inspectie) brachten op 23 mei 2022 een onaangekondigd bezoek aan SustVarius in Nijkerk.

Het bezoek heeft gezamenlijk plaatsgevonden omdat de instelling onder het toezicht valt van beide toezichthouders. Conform het afsprakenkader is gekozen voor een gezamenlijk onderzoek en rapportage. Elke toezichthouder had hierbij haar eigen wettelijke bevoegdheden.

De inspecteurs toetsen of de zorgaanbieder de zorg geeft zoals is voorgeschreven in wetten, professionele standaarden, veldnormen, gemeentelijke Wmo verordening en in het veld vastgestelde kwaliteitskaders. Het toetsingskader is slechts een selectie hieruit. Als de inspecteurs het tijdens het bezoek nodig vinden ook andere thema's te onderzoeken dan doen zij dit.

De begrippen die de inspectie gebruikt in dit rapport, zijn vastgelegd in een [verklarende woordenlijst](#).

De inspecteurs verzamelen informatie door middel van observaties, een rondleiding, het inzien van documenten en gesprekken. Ze toetsen de thema's persoonsgerichte zorg, deskundige zorgverlener en sturen op kwaliteit en veiligheid. Waar de inspectie Gezondheidszorg en Jeugd naar kijkt ligt vast in een [toetsingskader](#) voor cliënten die langdurige zorg nodig hebben. Het toetsingskader van de Wmo-toezichthouder is toegevoegd in bijlage 1.

### 1.1 Aanleiding bezoek

De gemeente Nijkerk heeft de Wmo ondersteuning opnieuw gecontracteerd en heeft het toezicht hierop geïntensiveerd. Daarnaast kwamen bij de gemeente Nijkerk signalen binnen die betrekking hadden op professionaliteit en de veiligheid van de ondersteuning. De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd en Wmo toezichthouder besloten hierop gezamenlijk SustVarius te bezoeken om een beeld te krijgen van de kwaliteit en veiligheid van de zorg. Dit rapport is niet los te zien van het rapport van het bezoek op 9 februari 2021. Zie hiervoor de website van de inspectie ([www.igj.nl](http://www.igj.nl)) onder publicaties.

### 1.2 Beschrijving<sup>1</sup> SustVarius

*Type zorg en cliënten*

SustVarius levert zowel 24-uurszorg als ambulante zorg.

De groep cliënten is divers. Zo levert SustVarius zorg aan moeders met kind(eren) en mensen met een psychiatrische aandoening en/of een verstandelijke beperking. Behandeling vindt extern plaats.

---

<sup>1</sup> Deze informatie is aangeleverd door de zorgaanbieder en bewerkt door de inspectie.

SustVarius levert in totaal zorg aan 47 cliënten:

- Twaalf cliënten met een Wmo-indicatie van de gemeente Nijkerk voor begeleiding en/of begeleiding specialistisch.
- Zes cliënten met een Wmo indicatie voor beschermd wonen (afgegeven door een gemeente buiten de regio Gelderland Midden).
- Zes cliënten Jeugd maatwerk (onderzoek).
- Zes cliënten Jeugd ambulante.
- Dertien cliënten Wlz, variërend van ZZP 3 VG t/m ZZP 6 VG. Twee van deze Wlz-clieënten verblijven bij SustVarius. De andere cliënten krijgen ambulante begeleiding.
- Twee cliënten met individuele afspraken met gemeenten, waarvan 1 met de gemeente Nijkerk.

#### *Personeel*

SustVarius heeft een team voor de 24-uurszorg en een team voor de ambulante zorg. In totaal zijn er 37 medewerkers waarvan 21 begeleiders en vier nachtwakers. De begeleiders zijn werkzaam als begeleiders A, B of C. De persoonlijk begeleiders van de cliënten zijn begeleiders B of C. Het opleidingsniveau is MBO of HBO. Zorgverleners werken in twee ochtenddiensten, twee middagdiensten en een avonddienst. In de nacht is een nachtwaker aanwezig. Het opleidingsachtergrond van de nachtwakers varieert, van HBO tot geen opleiding in de zorg.

#### *Aansturing*

SustVarius heeft een bestuurder en een directeur (gevolmachtigd). De directeur heeft tevens de functie van algemeen manager van SustVarius en stuurt de teams aan. Een tweede algemeen manager is langdurig afwezig.

#### **Beschrijving locatie**

Locatie Burger Weeshuis van SustVarius is gevestigd in een monumentaal pand in Nijkerk. Het is de woonlocatie van SustVarius voor de 24-uurszorg. SustVarius huurt deze woonlocatie van de Stichting Weeshuis Nijkerk, een organisatie die steun biedt aan kleinschalige projecten.

Het hoofdgebouw is een pand met 31 kamers. De cliënten hebben hun eigen slaapkamer. In het gebouw zijn verder twee gezamenlijke woonkamers en keukens. Daarnaast zijn de sanitaire voorzieningen ook voor gezamenlijk gebruik. Op het terrein is ook een kleiner gebouw gevestigd. Hier zijn zeven slaapkamers voor cliënten en een gezamenlijke woonkamer.

De cliënten kunnen gebruik maken van een gezamenlijke sportruimte binnen en van de tuin met onder andere een moestuin en een sport-/speelveld.

Ambulante ondersteuning wordt geboden vanuit het kantoor dat is gevestigd op het adres Hoogstraat 24 B7 te Nijkerk. Het ambulante team biedt ondersteuning aan cliënten die zelfstandig wonen.

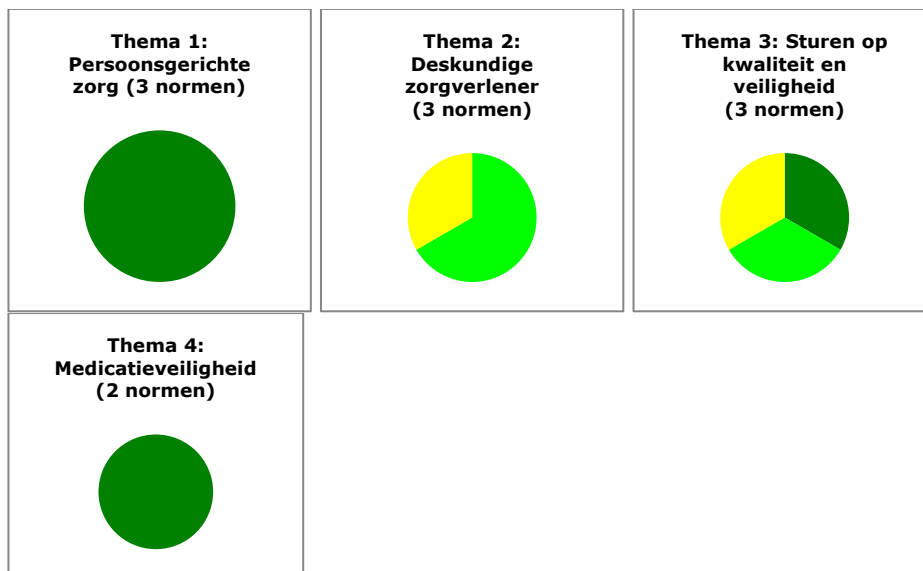
Tot voor kort verhuurde SustVarius ook zelfstandige woonruimte aan cliënten met een gekoppelde woon-zorgovereenkomst. SustVarius is hiermee echter gestopt. Op dit moment zijn er nog twee ambulante cliënten die woonruimte huren van SustVarius, zodra zij eigen woonruimte hebben gevonden zal niet meer verhuurd worden aan cliënten.

## 2 Conclusie

Dit hoofdstuk start met een samenvatting van de resultaten weergegeven in taartdiagrammen. Daarin staat hoe de inspectie de geleverde zorg beoordeelt. Vervolgens geeft de inspectie haar conclusie over Sustvarius. Een toelichting op de scores per norm staat in hoofdstuk 4. In dat hoofdstuk beschrijft de inspectie op basis van welke bevindingen zij de scores op de normen geeft. In hoofdstuk 4 ziet u ook het oordeel op normniveau terug van het bezoek op 9 februari 2021.

### 2.1 Overzicht van de resultaten

Onderstaande diagrammen laten per thema zien hoe de inspectie Sustvarius beoordeelt. Een toelichting op de kleuren in de diagrammen staat in hoofdstuk 4.



	Oordeel	Thema 1	Thema 2	Thema 3	Thema 4
	voldoet	2	0	1	2
	voldoet grotendeels	0	2	1	0
	voldoet grotendeels niet	0	1	1	0
	voldoet niet	0	0	0	0
	niet getoetst	0	0	0	0

### 2.2 Wat gaat goed

Sustvarius levert persoonsgerichte zorg. Zorgverleners kennen de cliënt, zijn wensen en behoeften. Ook voeren cliënten, binnen hun mogelijkheden, de regie over hun leven en welbevinden en worden daarbij ondersteund door de zorgverleners.

Zorgverleners kunnen in dossiers laten zien en/of uitleggen dat ze professionele afwegingen maken over de benodigde zorg en ondersteuning op basis van de signaleerde risico's, wensen, behoeften, mogelijkheden en beperkingen van de cliënt.

Sustvarius draagt zorg voor veilige medicatiezorg. Medicatie wordt veilig bewaard en zorgverleners paraferen de aangereikte medicatie en toedientijd op de toedienlijst.

Sustvarius heeft beleid voor de veiligheid van cliënten op het gebied van suïcidaliteit, middelengebruik, agressie, seksualiteit en grensoverschrijdend gedrag. De cliënten en medewerkers die de inspectie sprak vinden dat er bij Sustvarius geen sprake is problematiek op een van deze gebieden en beleid wel gevolgd wordt.

### **2.3 Wat kan beter**

Sustvarius kan beter borgen dat de risico's bij de intake in kaart gebracht en vastgelegd zijn. Sustvarius heeft als beleid dat zorgverleners bij de intake methodisch de risico's in kaart brengen en dit ziet de inspectie in dossiers terug, maar niet in alle. Ook vindt de vertaling naar het ondersteuningsplan niet altijd plaats. Voor de veiligheid van de cliënt en de omgeving is het relevant dat tijdig de risico's in kaart gebracht zijn en de registratie daarvan eenvoudig vindbaar is voor de zorgverleners.

Sustvarius kan beter borgen dat het methodisch werken inzichtelijk wordt vastgelegd in het dossier. Sustvarius heeft werkafspraken met zorgverleners over methodisch werken en hoe het zorgproces inzichtelijk wordt vastgelegd in de dossiers. De inspectie ziet in dossiers dat zorgverleners zorgplannen maken met doelen voor verschillende levensdomeinen, de zorg evalueren met de cliënt en vervolgens de plannen aanpassen, maar in een aantal dossiers ontbreekt relevante informatie, zoals informatie over de levensgeschiedenis. Ook kunnen doelen beter specifiek en meetbaar (SMART) worden opgesteld.

Sustvarius stuurt op de kwaliteit en veiligheid van de organisatie. Zo is er een procedure voor het veilig melden van incidenten, worden ervaringen van cliënten verzameld via de cliëntenraad en vinden audits plaats. De inspectie verwacht echter dat een directeur (betrokken bij inhoud zorg) beter een beeld kan schetsen van de kwaliteit en veiligheid van de organisatie (kwaliteitsfoto) en de verbeterplannen.

Sustvarius heeft nog geen Raad van Toezicht, maar wel plannen deze op te zetten. Sinds 1 januari 2022 is de Wet toetreding zorgaanbieders (Wtza) in werking getreden. Zorgaanbieders met meer dan tien zorgverleners (op enkele uitzonderingen na) moeten (gaan) voldoen aan de eisen voor intern toezicht.<sup>2</sup>

Sustvarius heeft een zeer diverse doelgroep die gezamenlijk woonachtig zijn in een pand. Voor kwetsbare cliënten en gezinnen met kinderen kan de omgeving hierdoor (te) prikkelend zijn. Uit de gesprekken die de inspectie voerde met cliënten blijkt dit in enkele situaties het geval te zijn. Het is wenselijk hier vanuit Sustvarius kritisch naar te kijken en zo nodig beleid op te maken of aan te passen. De diversiteit van de doelgroep in combinatie met het begeleiden van een kwetsbare doelgroep en de aanwezigheid van kinderen vraagt verder om al bij de intake professionele afwegingen te maken ten aanzien van risico's voor de kwaliteit en veiligheid.

---

<sup>2</sup> Informatie over de Wtza en de eisen is te vinden op <https://www.toetredingzorgaanbieders.nl/wat-betekent-de-wtza>

Ook vraagt de diverse doelgroep om scholingsbeleid dat gericht is op de verschillende doelgroepen en bijbehorende problematiek. Daarnaast is betrokkenheid van een gedragsdeskundige nodig als Sustvarius cliënten in zorg neemt met zwaardere gedragsproblematiek.

Door de inspectie is de veiligheid in het pand niet beoordeeld. Gesproken cliënten hebben wel aangegeven het pand niet geschikt te vinden voor kinderen, door bijvoorbeeld het ontbreken van traphekjes en het niet af kunnen sluiten van buitendeuren.

#### **2.4 Wat moet beter**

Sustvarius heeft voor alle zorgverleners nu een VOG, maar volgens het beleid van Sustvarius zijn VOG's niet standaard voor indiensttreding aanwezig. Sustvarius moet beter zorg dragen dat de VOG voordat een nieuwe medewerker start met de zorgverlening aan cliënten is overlegd en gecontroleerd.

Ondanks dat de directeur bij de inspectie aangaf dat alle medewerkers, ook nachtwakers, een zorg gerelateerd diploma hebben, blijkt dit bij de toets op diploma's niet het geval. Sustvarius moet beter zorg dragen voor de beschikbaarheid van voldoende deskundige zorgverleners tijdens de nacht passend bij zorgvragen van de cliënten.

#### **2.5 Eindconclusie**

De inspectie concludeert dat de zorg die Sustvarius levert grotendeels voldoet aan de getoetste normen. De inspectie heeft er dan ook voldoende vertrouwen in dat Sustvarius in staat is om (noodzakelijke) verbeteringen door te voeren om de kwaliteit en de veiligheid van de zorg verder te borgen.



### 3 Wat zijn de vervolgacties

In dit hoofdstuk leest u wat de inspectie van Sustvarius verwacht. Daarna geeft de inspectie weer wat zij zal doen naar aanleiding van dit bezoek.

#### **3.1 De vervolgactie die de inspectie van Sustvarius verwacht**

De inspectie verwacht dat Sustvarius de geconstateerde tekortkomingen voor 26 september 2022 wegneemt en voldoet aan de relevante wet- en regelgeving en veldnormen. De inspectie gaat er vanuit dat de bevindingen uit hoofdstuk 4 voldoende handvatten geven.

#### **3.2 Vervolgacties inspectie**

De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd sluit het toezichttraject.

De Wmo toezichthouder adviseert de gemeente omtrent vervolg (handhaving) op basis van de inspectie. De Wmo toezichthouder van de GGD Gelderland Midden geeft het advies aan de gemeente Nijkerk om op de eisen waaraan Sustvarius niet voldoet te handhaven. De gemeente Nijkerk bepaalt of en hoe zij dit advies opvolgen.

## 4 Resultaten

In dit hoofdstuk staat per thema hoe de inspectie de geleverde zorg per norm tijdens het bezoek van 9 februari 2021 beoordeelde. Vervolgens ziet u hoe de inspectie de geleverde zorg per norm beoordeelt ten tijde van dit bezoek.

De inspectie beoordeelt de normen op een vierpuntschaal. De kleuren van de vierpuntschaal hebben de volgende betekenis:

- Donkergroen: De locatie/afdeling **voldoet aan de norm**. De inspectie constateert op deze norm alleen positieve punten.
- Lichtgroen: De locatie/afdeling **voldoet grotendeels aan de norm**. De inspectie constateert op deze norm veelal positieve punten.
- Geel: De locatie/afdeling **voldoet grotendeels niet aan de norm**. De inspectie constateert op deze norm overwegend negatieve punten.
- Rood: De locatie/afdeling **voldoet niet aan de norm**. De inspectie constateert op deze norm nauwelijks tot geen positieve punten.
- Blauw: De norm is **niet** getoetst.

### 4.1 Thema Persoonsgerichte zorg

Het startpunt voor het geven van de zorg zijn de wensen van de cliënt. Kent de zorgverlener de cliënt? Kent hij<sup>3</sup> zijn geschiedenis? Weet hij wat de cliënt belangrijk vindt en wat de cliënt niet wil? Is er sprake van een evenwichtige en respectvolle relatie tussen een cliënt en een zorgverlener? Wordt er goed geluisterd naar de cliënt en zijn naasten? En belangrijker, staan de wensen van de cliënt centraal? Wordt hier gehoor aan gegeven? De cliënt heeft de regie en wordt daarbij ondersteund door zijn naasten en de zorgverlener.

#### 4.1.1 Resultaten

##### Norm 1

Zorgverleners kennen de cliënt, zijn wensen en behoeften.

Volgens de inspectie **voldeed SustVarius** tijdens het vorige bezoek aan deze norm.

Tijdens dit vervolfbezoek **voldeed SustVarius** aan deze norm.

##### Bevindingen norm 1:

De zorgverleners kennen de cliënt. Zorgverleners vertellen over de levensgeschiedenis van de cliënt, zijn gedrag en vragen die de cliënt bezighouden. De inspectie leest overeenkomende informatie in het dossier. Ook een cliënt merkt op dat zorgverleners hem goed kennen.

Zorgverleners geven aan vooral naast de cliënt te staan en uit te gaan van de mogelijkheden en persoonlijke voorkeuren van de cliënt. Ze lichten dit toe met voorbeelden over sociale contacten en daginvulling.

---

<sup>3</sup> Voor de leesbaarheid wordt hier de mannelijke vorm gebruikt; waar 'hij' staat bedoelt de inspectie ook 'zij'.

De inspectie hoort van zowel cliënten als zorgverleners dat SustVarius mogelijkheden biedt voor daginvulling, passend bij de cliënt en cliënten motiveert tot het doen van een vorm van dagbesteding. Zo werkt een cliënt graag in de tuin, een andere cliënt verricht graag klusjes. Voor kinderen zijn er diverse speelmogelijkheden.

Zorgverleners kennen de (zorg)behoeften van cliënten. De inspectie leest in een dossier hoe zorgverleners een epilepsieaanval kunnen herkennen en hoe ze dan moeten handelen. Ook geven zorgverleners aan open te spreken met cliënten over seksuele behoeften.

Een cliënt geeft aan dat tijdens de intake door een zorgverlener werd vastgesteld dat de zorgverlener niet aan de ondersteuningsvraag van de cliënt kon voldoen. Deze zorgverlener koppelde de cliënt toen aan een zorgverlener die dit wel kon.

De gesproken gebiedsteammedewerkers geven beide aan dat SustVarius maatwerk biedt en out of the box denkt om in te kunnen spelen op hulpvragen, ook als deze afwijken van het reguliere aanbod.

Cliënten geven aan erg tevreden te zijn over de benadering en voelen zich gehoord. Ze vertellen dat medewerkers respectvol met hen omgaan en het gevoel te hebben (indien van toepassing) onvrede te kunnen uiten. Een van de cliënten heeft dit gedaan en hiermee werd iets gedaan.

#### Norm 2

Cliënten voeren, binnen hun mogelijkheden, zelf regie over hun leven en welbevinden.

Volgens de inspectie **voldeed** SustVarius tijdens het vorige bezoek **grotendeels** aan deze norm.

Tijdens dit vervolgbezoek **voldoet SustVarius** aan deze norm.

#### Bevindingen norm 2:

De inspectie hoort van zorgverleners, gebiedsteammedewerkers en cliënten dat zorgafspraken in samenspraak met de cliënt (vertegenwoordiger) worden opgesteld en geëvalueerd. Een zorgverlener vertelt hoe belangrijk ze het vindt dat de cliënt achter het plan staat. Uit het dossieronderzoek komt ook naar voren dat gesprekken over de zorg met cliënten plaatsvinden.

De inspectie hoort van zorgverleners en cliënten dat cliënten invloed hebben op belangrijke beslissingen en kleine keuzemogelijkheden in het dagelijks leven. Zo vertellen zorgverleners en cliënten over keuzemogelijkheden voor dagbesteding. Ook mogen cliënten hun eigen kamer inrichten en kiezen of ze gezamenlijk eten of zelf eten (bereiden).

Zorgverleners vertellen dat zorg op vrijwillige basis plaatsvindt. Ook cliënten geven aan dat er geen zorg tegen hun wil in plaatsvindt.

Zorgverleners vertellen over hoe ze de cliënt ondersteunen bij het opbouwen en onderhouden van een netwerk. De inspectie leest in de verslaglegging in het cliëntdossier hierover informatie. Een cliënt vertelt dat medewerkers kennis hebben van de sociale kaart in Nijkerk voor het opbouwen van het netwerk.

Uit gesprekken met SustVarius, cliënten en gebiedsteam blijkt veel aandacht voor een goede overgang van de woonvoorziening naar ambulante begeleiding. Een begeleider van het wonen blijft tijdelijk betrokken naast een ambulant begeleider om de overgang goed te laten verlopen voor de cliënt.

## 4.2 Thema Deskundige zorgverlener

De zorgaanbieder zet voldoende en deskundige zorgverleners in. Hij schoolt, ondersteunt en stimuleert hen structureel.

De samenstelling van het personeel past bij de zorgvragen van de cliënten. De zorgverleners zijn voldoende deskundig. Zij kennen de grenzen van hun deskundigheid. Daarnaast zijn zorgverleners in staat om samen te werken. De zorgaanbieder zorgt voor de voorwaarden waaronder zorgverleners methodisch kunnen werken. De zorgverlener is in staat methodisch te werken. Methodisch werken garandeert dat het verbeteren van de kwaliteit van de zorg continu onder de aandacht is van alle zorgverleners.

Methodisch werken houdt in dat zorgverleners werken volgens de Plan-Do-Check-Act(PDCA)-cyclus:

- Plan: kijken naar de werkzaamheden en een plan maken hoe deze kunnen verbeteren.
  - Do: de verbeteringen uitvoeren.
  - Check: beoordelen of het resultaat van de veranderingen het gewenste resultaat oplevert.
  - Act: de werkzaamheden bijstellen aan de hand van de gevonden resultaten.
- Het methodisch werken is ook van toepassing op het thema Sturen op kwaliteit en veiligheid.

### 4.2.1 Resultaten

#### Norm 3

Zorgverleners maken hun professionele afwegingen over de benodigde zorg en ondersteuning op basis van de gesignaleerde risico's, wensen, behoeften, mogelijkheden en beperkingen van de cliënt.

Volgens de inspectie **voldeed SustVarius** tijdens het vorige bezoek aan deze norm.

Tijdens dit vervolgbezoek **voldeet SustVarius grotendeels** aan deze norm.

#### Bevindingen norm 3:

Beleid van Sustvarius is dat bij de intake risico's systematisch in kaart gebracht worden. De inspectie ziet in een aantal cliëntdossiers dat zorgverleners gebruik maken van een methode om risico's te inventariseren. Ook is er de afspraak dat periodiek, bij de zorgplanevaluatie, de risico-inventarisatie herhaald wordt. De inspectie ziet echter dat niet alle dossiers daadwerkelijk een risico-inventarisatie bevatten. In een van de twee Wmo dossiers ontbreekt de risico-inventarisatie. Het betreft een cliënt waarbij uit de gesprekken met zorgverlener en cliënt naar voren kwam dat er risico's zijn.

Zorgverleners vertellen over hoe zij bij risico's een professionele afweging maken en proberen risico's te verminderen. Zo vertellen zorgverleners over hoe aandacht besteedt wordt aan risico's op het gebied van gebruik van middelen of seksualiteit. Een zorgverlener geeft aan te spreken met cliënten over dat het beter is geen alcohol te drinken of drugs te gebruiken.

Als een cliënt onverhoopt toch een keer alcohol of drugs gebruikt buiten de deur gebruikt moet hij bij thuiskomst op zijn kamer blijven totdat hij weer nuchter is, zo geeft de zorgverlener aan.

Een cliënt beaamt dit. Ook vertelt een zorgverlener over cliënten die een hoger risico lopen op seksueel grensoverschrijdend gedrag doordat ze minder weerbaar en assertief zijn en/of een minder goed beoordelingsvermogen hebben. Ze licht toe open met cliënten te spreken over seksualiteit en licht met voorbeelden toe hoe en wanneer ze seksualiteit aankaart om risico's de verminderen.

#### Norm 4

Zorgverleners werken methodisch. Zij leggen dit hele proces inzichtelijk vast in het cliëntdossier.

Volgens de inspectie **voldeed SustVarius** tijdens het vorige bezoek aan deze norm.

Tijdens dit vervolfbezoek **voldoet SustVarius grotendeels** aan deze norm.

#### Bevindingen norm 4:

De zorgbehoeften en wensen zijn vertaald naar doelen en/of zorgafspraken<sup>4</sup> met hierbij aandacht voor de verschillende levensdomeinen.

Uit het dossieronderzoek en gesprekken met zorgverleners komt naar voren dat er voor iedere cliënt een zorgplan is. In de plannen staan doelen.

Doelen zijn veelal niet SMART opgesteld; de doelen zijn onvoldoende specifiek en meetbaar en de acties zijn veelal in de doelen opgenomen.

De inspectie ziet in cliëntdossiers dat zorgverleners dagelijks rapporteren over de zorg. Zij kunnen bij het rapporteren aangeven of aan een doel is gewerkt. Per doel kunnen zorgverleners zien wanneer er aan een doel gewerkt is en wat er toen daarover gerapporteerd is.

De inspectie ziet in cliëntdossiers dat zorgplannen tenminste jaarlijks worden geëvalueerd en waar nodig aangepast.

De inspectie ziet dat de dossiers overzichtelijk en informatief zijn. In de dossiers ziet de inspectie dat voor elke cliënt een stamkaart is ingevuld waarop volgens een zorgverlener de meest belangrijke informatie moet staan. Zo ziet de inspectie op een stamkaart wat de risico's zijn en informatie over de wijze van bejegening. Het valt de inspectie op dat niet op iedere stamkaart de risico's staan die uit de risico-inventarisatie naar voren zijn gekomen. Ook valt het de inspectie op dat bij een van de geselecteerde dossiers informatie over de levensgeschiedenis ontbreekt. Een zorgverlener vertelt dat tijdens de intake informatie over de levensgeschiedenis wordt opgehaald, maar dit bij het geselecteerde dossier om een onbekende reden niet is vastgelegd.

---

<sup>4</sup> Bij Pgb zorg hoeft de zorgaanbieder geen doelen op te stellen wel moet de zorgvraag vertaald worden naar zorgafspraken. De zorgaanbieder en de cliënt maken afspraken over welke levensdomeinen worden ingevuld in het zorgdossier.

#### Norm 5

De zorgaanbieder zorgt dat er voldoende deskundige zorgverleners beschikbaar zijn, afgestemd op de aanwezige cliënten en actuele zorgvragen.

Volgens de inspectie **voldeed SustVarius** tijdens het vorige bezoek aan deze norm.

Tijdens dit vervolfbezoek **voldeed SustVarius grotendeels niet** aan deze norm.

#### Bevindingen norm 5:

SustVarius heeft twee teams, een team voor de ambulante zorg en een team voor de 24-uurszorg. De ambulante cliënten kunnen buiten kantooruren gebruik maken van de aanwezigheid van de medewerkers op de woonlocatie.

De inspectie spreekt zorgverleners uit het team voor de 24-uurszorg en uit het team van de ambulante begeleiding. Allen zijn de mening toegedaan dat er kwantitatief voldoende zorgverleners worden ingezet. De inspectie ziet in het rooster van het team voor de 24-uurszorg dat er dagelijks twee personen een ochtenddienst draaien, twee personen een avonddienst en is er een wakende wacht. Volgens de directeur en zorgverleners is het team redelijk stabiel. Op dit moment zijn twee stagiaires ingezet, een bij het ambulante team en een bij het wonen. Tijdens het onaangekondigde bezoek van de inspectie waren op de woonvoorziening de medewerkers aanwezig, conform rooster en overzicht van aanwezige medewerkers

De teams bestaan uit MBO en HBO opgeleid (in de zorg) personeel. Ook hebben meerdere zorgverleners een SKJ-registratie. De inspectie hoort dat SustVarius zorg verleent aan cliënten met een ZZZP 6VG. Vanwege de component gedragsregulering is het bij deze cliënten relevant dat een gedragsdeskundige is betrokken. SustVarius heeft structurele betrokkenheid van een gedragsdeskundige niet georganiseerd, maar kan op aanvraag wel een gedragsdeskundige inhuren, zo geeft de directeur aan. Dit geldt ook voor de zorg aan jeugdigen. Afstemming met of inhuur van een gedragsdeskundige kan de directeur bij een VG6 cliënt kan SustVarius niet aantonen. De directeur licht toe dat deze cliënten zorg inkopen met een persoonsgebonden budget. Als zij behandeling nodig hebben vindt dat plaats bij een externe zorgaanbieder. Een zorgverlener vertelt over het externe behandeltraject van een cliënt.

Alle gesproken cliënten en de gebiedsteammedewerkers noemen de begeleiders betrokken en deskundig. Een gebiedsteammedewerker geeft wel aan dat tot een jaar geleden onvoldoende kennis aanwezig was ten aanzien van het begeleiden van jeugdigen. Hierop zijn meer jeugdhulpverleners in dienst gekomen.

De inspectie heeft van alle medewerkers diploma's, VOG en eventuele SKJ-registratie ingezien tijdens een tweede bezoek aan de aanbieder, omdat tijdens het eerste bezoek bij een steekproef niet alle diploma's getoond konden worden.

Het ambulante team bestaat uit acht begeleiders, waarvan zeven HBO geschoold zijn en 1 MBO-4. Van de medewerkers heeft vier een SKJ registratie.

Het team voor de 24 uurszorg kent 11 begeleiders;

- Vijf zijn MBO-4 geschoold;
- twee zijn MBO-3 geschoold;
- drie zijn HBO geschoold. Een van de HBO geschoolde medewerkers heeft geen opleiding in zorg en welzijn;
- een medewerker die zo nodig kraamzorg binnen de voorziening kan bieden en hiervoor geschoold zou zijn heeft geen diploma kunnen tonen.

Van de medewerkers binnen de 24 uurs zorg zijn twee SKJ geregistreerd. Hiernaast zijn twee begeleiders, beide HBO geschoold, inzetbaar bij zowel het ambulante team als de 24 uurszorg. Een van hen is SKJ geregistreerd. Vier medewerkers hebben de functie van nachtwaker. Hoewel de directeur tijdens de inspectie aangeeft dat zij allen een zorg gerelateerd diploma hebben, blijkt dit bij de diplomacheck niet het geval. Slechts een van hen heeft een passend MBO-4 diploma in zorg en welzijn. Een heeft geen diploma, een heeft een niveau 2 diploma en een is HBO biologisch geschoold. De directeur geeft aan dat allen de nodige werkervaring hebben in de zorg. In de inwerkperiode is verder aandacht voor het voor- en nabespreken van de diensten.

Van iedere zorgverlener en alle medewerkers met cliëntcontact of inzicht in cliëntgegevens is een VOG aanwezig. Beleid van de organisatie is dat deze iedere vijf jaar vernieuwd wordt. Van de 38 VOG's die zijn ingezien zijn er vier ouder dan vijf jaar. Daarnaast is er niet standaard voor indiensttreding een VOG aanwezig. Een administratief medewerker geeft namelijk aan dat het beleid is dat een VOG twee weken na start is aangeleverd en niet voor de start.

SustVarius draagt zorg voor deskundigheidsbevordering. De directeur en zorgverleners vertellen dat zorgverleners onder andere scholing gevolgd hebben over medicatieveiligheid, BHV en agressiehantering. Daarnaast vinden een paar keer per jaar klinische lessen plaats en zijn er intervisiemomenten, zo geeft de directeur aan.



### 4.3 Thema Sturen op kwaliteit en veiligheid

Goede zorg en deze op niveau houden begint bij een goed management. Managers sturen op de kwaliteit van zorg, coördineren en controleren wat er gebeurt op de werkvloer. Onvoldoende sturing door het management betekent risico's op de werkvloer die zorgmedewerkers niet altijd kunnen voorkomen.

#### 4.3.1 Resultaten

##### Norm 7

De zorgaanbieder stelt de persoonsgerichte zorg en ondersteuning centraal en borgt de veiligheid van de cliënt.

Volgens de inspectie **voldeed SustVarius** tijdens het vorige bezoek aan deze norm.

Tijdens dit vervolfbezoek **voldeet SustVarius grotendeels** aan deze norm.

##### Bevindingen norm 7:

Uit de website en ontvangen documenten blijkt dat SustVarius een visie heeft op persoonsgerichte zorg. Vraaggerichte zorg staat bij SustVarius centraal. In de visie staat dat SustVarius waarde hecht aan wederkerigheid, eigenwaarde, ontplooiën en beleven, eigenheid van de mens en een integere en respectvolle benadering. Deze waarden sluiten aan bij de leermethodiek 'Op eigen benen staan'. De inspectie hoort elementen terug in de gesprekken met zorgverleners.

SustVarius heeft beleid op het vlak van veiligheid. De inspectie leest in het document 'Protocol Ongewenst gedrag' een visie op ongewenst gedrag. Suïcidaliteit, agressie en seksualiteit zijn onderwerpen die in dit document zijn uitgewerkt. Bij agressie wordt bijvoorbeeld ingegaan op de veiligheidsbeleving, vormen van agressie, en conflicthantering. Volgens zorgverleners is agressie een normale emotie en mag dit voorkomen, mits dit binnen de grenzen blijft. Van agressie met risico's voor zorgverleners, de cliënt of anderen is zeer zelden sprake, zo geven zorgverleners aan.

Bij seksualiteit wordt bijvoorbeeld ingegaan op het preventiebeleid, deskundigheid van medewerkers en er is een gedragscode uitgewerkt over seksueel grensoverschrijdend gedrag.

De inspectie hoort tijdens de gesprekken dat medewerkers handelen volgens het preventiebeleid. Volgens zorgverleners en een cliënt vindt er binnen SustVarius geen seksueel grensoverschrijdend gedrag plaats door medewerkers. Er is een veilige aanspreekcultuur en als een medewerker onverhoopt zou constateren zou dit bespreekbaar gemaakt wordt en daarop actie ondernomen worden, zo geeft een medewerker aan. Ook geven meerdere zorgverleners aan dat mannelijke collega's kwetsbaar zijn voor aantijgingen over seksueel grensoverschrijdend gedrag. Daarom heeft SustVarius ervoor gekozen dat vrouwen zoveel mogelijk een op een door vrouwen begeleid worden. Als dat een keer niet lukt blijft de deur open.

De aanwezigheid en het gebruik van alcohol en drugs is niet toegestaan. Een zero tolerance-beleid, zo geeft de directeur aan. Indien nodig worden urinecontroles afgenomen. Cliënten zijn op de hoogte van dit zero tolerance-beleid en geven aan dat gebruik van alcohol en drugs niet plaatsvindt binnen de voorziening. Volgens de directeur en zorgverleners spelen er op dit gebied geen veiligheidsissues. Zie verder norm 3 voor informatie over het preventiebeleid in de praktijk.

In de woonvoorziening wordt ondersteuning geboden aan een diverse cliëntgroep. Er verblijven volwassenen met diverse problematiek, maar ook gezinnen met kleine kinderen. Cliënten en gebiedsteammedewerkers geven daarover aan de mix van verschillende cliënten niet altijd wenselijk en prikkelrijk te vinden. Wel vertelt een zorgverlener ze zich bewust is van eventuele gevolgen van een groep met diverse problematiek en ze bij de intake professionele afwegingen maken om risico's te voorkomen.

Ook komen in de gesprekken aandachtspunten naar voren die betrekking hebben op de veiligheid in het pand. Zo geeft een cliënt aan dat voor kleine kinderen vanwege brandveiligheid geen traphekjes geplaatst mogen worden of buitendeuren afgesloten mogen worden.

#### Norm 8

De zorgaanbieder bewaakt, beheerst en verbetert systematisch de kwaliteit en veiligheid van de zorg.

Volgens de inspectie **voldeed SustVarius** tijdens het vorige bezoek aan deze norm.

Tijdens dit bezoek **voldoet SustVarius grotendeels niet** aan deze norm.

#### Bevindingen norm 8:

Het gebruik van de meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling is niet beoordeeld in dit onderzoek. De aanbieder voldeed in het onderzoek in 2021 aan de gestelde eisen.

SustVarius heeft een werkende procedure voor het veilig melden, registreren, analyseren en leren van incidenten. De inspectie ziet een procedure in en zorgverleners kunnen uitleggen wat de werkwijze is. Ook het melden van calamiteiten bij de inspectie en Wmo toezichthouder is opgenomen in het incidentenbeleid.

In teamverband wordt geleerd van de incidenten, zo geeft een zorgverlener aan. De directeur vertelt dat er ook geaggregeerde analyses plaatsvinden en medicatiefouten het meest gemeld zijn. De directeur kan geen recente verbeteracties noemen. Wel is vorig jaar of het jaar daarvoor een aandachtsfunctionaris medicatie aangesteld en zijn zorgverleners extra geschoold, zo geeft hij aan.

De directeur vertelt dat SustVarius beschikt over een kwaliteitsmanagementsysteem dat hem van sturingsinformatie voorziet. Kwaliteitsgegevens die verzameld worden zijn analyses van incidenten, cliënttevredenheidsonderzoek en medewerkertevredenheidsonderzoek. Ook vinden er audits voor certificering plaats en beschikt SustVarius over een ISO 9001 certificaat, zo ziet de inspectie in de toegezonden documenten.

De inspectie vraagt de directeur naar het beeld van de kwaliteit en veiligheid dat hij heeft op basis van de kwaliteitsgegevens. Hij geeft daarop aan dat het zorgproces goed verloopt, medewerkers betrokken zijn en er een veilige aanspreekcultuur is. Hij vindt het lastig te benoemen wat verbeter- of aandachtspunten zijn. Wel noemt hij dat SustVarius bij stressmomenten mogelijk sneller kan schakelen. De directeur geeft aan soms een plek te bieden aan cliënten in acute situaties zonder goede afspraken aan de voorkant over verblijf en financiering te maken.

De inspectie vraagt naar doelstellingen voor het bevorderen van de kwaliteit voor dit of komend jaar. De directeur kan geen doelstellingen benoemen. Hij geeft aan dat de kwaliteitsmedewerkers hier meer over kan vertellen. Hij licht dat dit tot het takenpakket van de algemeen manager behoorde die langdurig afwezig is en dit nu bij hem belegd is. Een medewerker laat een overzicht zien met verbeteracties. Het gaat om 'kleine' verbeteracties, die zijn voortgekomen uit besprekingen of de genoemde kwaliteitsgegevens.

SustVarius beschikt niet over een Raad van toezicht. De directeur geeft aan dat de organisatie hiertoe wel plannen heeft. Dit is belegd bij de bestuurder. De stand van zaken weet de directeur niet.

De zorgaanbieder heeft inspraak voor cliënten georganiseerd middels een cliëntenraad.

De aanbieder heeft een klachtenregeling en heeft deze gepubliceerd op de website. Klachten kunnen worden ingediend bij de directie of een onafhankelijke klachtenfunctionaris. Ook is de aanbieder aangesloten bij een geschilleninstantie.

#### Norm 9

De zorgaanbieder schept voorwaarden voor een cultuur gericht op leren en verbeteren.

Volgens de inspectie **voldeed SustVarius** tijdens het vorige bezoek aan deze norm.

Tijdens dit bezoek **voldoet SustVarius** aan deze norm.

#### Bevindingen norm 9:

Zorgverleners vertellen dat zij in hun team een veilige aanspreekcultuur ervaren. Zij noemen voorbeelden van elkaar aanspreken.

Zorgverleners geven aan dat ze team overleggen en kwaliteitsbijeenkomsten gebruiken om van elkaar te leren. Ook vinden er meerdere malen per jaar intervisiebijeenkomsten plaats, zo geeft een zorgverlener aan.

Zorgverleners geven aan dat de lijnen bij SustVarius kort zijn. Zij geven aan zich gehoord te voelen door de directeur en zich veilig te voelen zaken te bespreken.

#### 4.4 Thema Medicatieveiligheid

Het uitgangspunt is dat een cliënt die medicatie gebruikt, zelf zijn medicatie beheert. Wanneer dat niet of niet meer helemaal lukt, neemt de zorgaanbieder het medicatiebeheer deels of helemaal van de cliënt over. De cliënt heeft hierbij naar vermogen een eigen rol en verantwoordelijkheid.

Het thema medicatieveiligheid richt zich op de (gedeeltelijke) overdracht van het medicatiebeheer door de cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger aan de zorgaanbieder. Er is een keten van cliënt en/of cliëntvertegenwoordiger, arts, apotheker, zorgaanbieder en zorgmedewerker. Voor een veilig medicatieproces is het van belang dat de activiteiten en verantwoordelijkheden van al deze schakels in de keten naadloos op elkaar aansluiten. Een zorgaanbieder die goede zorg biedt, heeft een adequaat medicatieveiligheidsbeleid dat ieders rol, verantwoordelijkheid en de samenwerking tussen de genoemde schakels beschrijft. De zorgaanbieder borgt dat die samenwerking plaatsvindt op een manier die de medicatieveiligheid ten goede komt.

##### *Resultaten*

###### Norm 10

De zorgaanbieder draagt zorg voor het veilig en verantwoord bewaren en afvoeren van medicatie.

Deze norm is tijdens het vorige bezoek **niet getoetst**.

Tijdens dit vervolgbezoek **voldoet SustVarius** aan deze norm.

###### Bevindingen norm 10:

De inspectie ziet een afgesloten medicatiekast met daarin een afgesloten opiatenkastje. Een zorgverlener vertelt en laat zien dat opiaten daarin bewaard worden. In de medicatiekast staan de baxters en eventuele losse en zonodig medicatie.

###### Norm 11

De zorgmedewerker parafeert direct de toegediende of aangereikte medicatie per medicijn en toedientijd op de toedienlijst.

Deze norm is tijdens het vorige bezoek **niet getoetst**.

Tijdens dit vervolgbezoek **voldoet SustVarius** aan deze norm.

###### Bevindingen norm 10:

De inspectie ziet dat er actuele toedienlijsten aanwezig zijn. Deze lijsten zijn door de apotheek gemaakt. De inspectie ziet in de mappen met toedienlijsten dat zorgverleners per medicijn aftekenen. De zorgverlener licht toe dat ze direct na toedienen van het medicijn aftekenen. In de mappen die de inspectie inziet zijn alle afgiftemomenten afgetekend. Soms wordt medicatie iets later (ong. 30 min) verstrekt dan het aangegeven tijdstip, zo staat vermeld op het formulier.

###### Nevenbevinding medicatieveiligheid:

Een zorgverlener kan niet benoemen wat de bijwerkingen zijn van de medicatie die ze verstrekt.

## Bijlage 1 Methode

De inspecteurs toetsen of de zorg wordt gegeven zoals is voorgeschreven in wetten, veldnormen, professionele standaarden, gemeentelijke Wmo verordening en in het veld vastgestelde kwaliteitskaders.

Om tot een goed onderbouwd oordeel te komen, gebruikt de inspectie tijdens het bezoek verschillende informatiebronnen. De inspectie vergelijkt en weegt de informatie uit deze bronnen. Vervolgens beoordeelt de inspectie of de door SustVarius geboden zorg voldoet aan relevante wetten, veldnormen, professionele standaarden, Wmo verordening en in het veld vastgestelde kwaliteitskaders. In de bevindingen beschrijft de inspectie per norm welke informatiebronnen zijn gebruikt om tot dit oordeel te komen en welke methode zij daarvoor gebruikt heeft.

Tijdens het bezoek heeft de inspectie de volgende informatiebronnen gebruikt:

- Gesprek met directeur;
- Gesprekken met vier cliënten;
- Gesprekken met vier zorgverleners;
- Gesprek met managementassistent;
- Gesprekken met twee medewerkers van het gebiedsteam Nijkerk
- Inzage in vier cliëntdossiers;
- Documenten, genoemd in bijlage 2;
- Een rondgang door de gebouwen (zie inleiding) en het terrein.
- Website: [www.SustVarius.nl](http://www.SustVarius.nl))
- Inzage in Kvk handelsregister

Na het bezoek is telefonisch gesproken met de bestuurder van SustVarius.

Inspecteurs beoordelen op de werkvloer of de zorgaanbieder goede zorg verleent. De inspecteurs passen zich zo veel mogelijk aan het ritme van de dag op de locatie aan. Om een beeld te krijgen van deze locatie starten de inspecteurs zo mogelijk met een kort gesprek met de eindverantwoordelijke van die dag of de leidinggevende. Daarnaast vindt een rondleiding door de locatie plaats zodat de inspecteurs zich een beeld kunnen vormen van de leefsituatie van de cliënten en de werksituatie van de zorgverleners. Verder zijn de inspecteurs voor een groot deel van de tijd op de afdelingen of in de woningen aanwezig.

De inspecteurs voeren door de dag heen, waar mogelijk, gesprekken met managers, zorgverleners, cliënten, cliëntvertegenwoordigers en cliëntenraadsleden. Zij zien ook cliëntdossiers en documenten in.

## Bijlage 2 Geraadpleegde documenten

- Overzicht van cliënten;
- overzicht van personeel;
- diploma's, VOG's en SKJ registratie van alle medewerkers;
- dienstrooster mei;
- visie en kernwaarden van de zorgaanbieder;
- informatie over certificeringstraject;
- personeelshandboek;
- protocol ongewenst gedrag;
- procedure incidenten melden;
- medicatiebeleid;
- medicatiemap;
- scholingsbeleid;
- zorg- en dienstverleningsovereenkomst;
- functieomschrijvingen begeleider A, B en C;
- Overeenkomst begeleidingshuis .

## Bijlage 3 Toetsingskader en beoordeling Wmo toezicht gemeente Nijkerk

<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 Ondersteunings- / begeleidingsplan</b>	<b>Ja/nee/deels n.v.t./n.b.<sup>5</sup></b>
Alle cliënten hebben een actueel zorgplan.	Ja
Dit plan is gebaseerd op de doelen die door de consultant van de gemeente zijn opgesteld in het ondersteuningsplan.	Ja
De cliënt heeft zijn/haar ondersteuningsvraag kunnen formuleren en is betrokken geweest bij het opstellen van het zorgplan.	Ja
Het plan omvat een omschrijving van de vraag van de cliënt.	Ja
Uit het plan blijkt wat de kansen/mogelijkheden en ondersteuningsbehoeften zijn van de cliënt	Ja
Het zorgplan bevat een analyse van de problematiek en omschrijft de kansen/mogelijkheden van de cliënt (eigen kracht/sociale netwerk).	Ja
Het plan bevat concrete doelen en afspraken (wat, wanneer, wie) (SMART of PDCA-cyclus)	Nee
Het begeleidingsplan geeft aan welke voorziening wordt geboden.	Ja
Het sociale netwerk van de cliënt wordt actief betrokken bij bijvoorbeeld het opstellen van het zorgplan, indien gewenst door de cliënt.	N.b.
De ondersteuning sluit(en) aan op de reële behoefte en mogelijkheden van de cliënt en zijn/haar sociale netwerk.	Ja
Het plan heeft de instemming van de cliënt en is ondertekend door de cliënt of diens vertegenwoordiger.	Ja
De afspraken uit het zorgplan worden uitgevoerd/nagekomen	Ja
Afwijkingen van het plan worden gemotiveerd toegelicht in het zorgplan en besproken met de cliënt en zijn/haar sociale netwerk.	Ja
De afstemming tussen de voorzieningen op alle leefgebieden is zichtbaar in het zorgplan.	Ja
In het plan staat de naam van de eerstverantwoordelijke medewerker vermeld.	Ja

<sup>5</sup> N.b. betekent 'niet beoordeeld'.

De eerstverantwoordelijke of diens vervanger is goed bereikbaar.	Ja
Het plan wordt minimaal jaarlijks geëvalueerd	Ja
Van deze evaluatie wordt verslag opgemaakt.	N.b.
De cliënt heeft het evaluatieverslag ondertekend.	N.b.
De datum van de eerstvolgende evaluatie staat in het plan genoteerd.	N.b.
Het evaluatieverslag wordt aan de gemeente verstuurd.	N.b.
Signalen die duiden op mogelijke decompensatie of andere incidenten/calamiteiten worden vastgelegd in een signaleringsplan	Ja

<b>1.2 Zelfredzaamheid</b>	<b>Ja/nee/deels n.v.t./n.b.</b>
De ondersteuning is gericht op het vergroten van de zelfredzaamheid en maatschappelijke participatie van cliënten	Ja
Er wordt gewerkt richting de uitstroom van cliënten waarbij aandacht is voor de eigen kracht en het sociale netwerk van de cliënt.	Ja

<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/deels n.v.t./n.b.</b>
De organisatie heeft werkinstructies en handelingsprotocollen.	Ja
De instructies en protocollen zijn actueel	Ja
De aanbieder kent een agressieprotocol.	Ja
Het personeel is geschoold in het omgaan met agressie.	Ja

<b>2.2 Medicatie en verdovende middelen (alleen indien van toepassing)</b>	<b>Ja/nee/deels n.v.t./n.b.</b>
De organisatie kent een medicatieprotocol.	Ja
De organisatie kent een protocol drang- en dwangmaatregelen	Nee
Voor iedere cliënt is een actueel medicatieoverzicht (toedienlijst of deellijst) aanwezig.(niet van toepassing bij lichte begeleiding)	Ja
In het ondersteuningsplan van de cliënt is dit medicatieoverzicht (zonder doseringen) opgenomen, met vermelding van reden van gebruik. .(niet van toepassing bij lichte begeleiding)	Ja



Alle medicatie staat op naam van cliënten. Geen voorraden zonder naam, m.u.v. een werkvoorraad die voldoet aan de 'handreiking werkvoorraad geneesmiddelen' <sup>6</sup> . (niet van toepassing bij lichte begeleiding)	Ja
Elk medicijn dat wordt toegediend wordt op datum en tijdstip afgetekend op een aftekenlijst. (niet van toepassing bij lichte begeleiding)	Ja
Medicatie wordt onder de goede condities bewaard en is niet toegankelijk voor onbevoegden. Hieraan is alleen voldaan als onderstaande elementen aanwezig zijn: <ul style="list-style-type: none"> <li>• in de koelkast 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> (niet van toepassing bij lichte begeleiding)	Ja
Bij toediening van medicatie die niet in een GDS-verpakking <sup>7</sup> zit (=baxter) en waarbij sprake is van aantoonbaar risico in geval van verkeerde dosering vindt aantoonbaar controle plaats door een tweede, bekwame persoon. (niet van toepassing bij lichte begeleiding)	Ja
De organisatie heeft afspraken gemaakt over het gebruik van alcohol en verdovende middelen.	Ja

<b>2.3 Risico-inventarisatie</b>	<b>Ja/nee/deels n.v.t./n.b.</b>
Het ondersteuningsplan bevat een risico-inventarisatie op die onderwerpen die voor de cliënt van toepassing zijn.	Deels
De risico-inventarisatie leidt tot concrete begeleidingsafspraken ter preventie van de genoemde risico's.	Deels
Eventuele veiligheidsrisico's en de eigen verantwoordelijkheid van de cliënt zijn besproken met cliënt en zijn/haar sociale netwerk.	Ja
De organisatie kent een brandveiligheids- en ontruimingsplan <sup>8</sup> .	N.b.
Periodiek wordt ontruiming geoefend.	N.b.
Het gebouw en de inventaris zijn schoon en onderhouden.	Ja

<b>2.4 Grensoverschrijdend gedrag</b>	<b>Ja/nee/deels n.v.t./n.b.</b>
---------------------------------------	-------------------------------------

<sup>6</sup> Handreiking werkvoorraad geneesmiddelen. Actiz, GGZNederland, VGN 2011

<sup>7</sup> GDS= Geneesmiddelen Distributie Systeem. Bij gebruik van en GDS heeft de apotheek de geneesmiddelen per client per toedientijdstip verpakt.

<sup>8</sup> De Wmo toezichthouder verricht geen technisch onderzoek naar brandveiligheid in zorgvoorzieningen. Vragen zijn gesteld op basis van veiligheid van de deelnemer, gericht op het veiligheidsbeleid en procedures van de aanbieder.

Medewerkers zijn bekend met het beleid en de visie rondom vriendschap, intimiteit, seksualiteit en seksueel grensoverschrijdend gedrag, preventie van seksueel misbruik en het melden van misbruik.	Ja
Medewerkers kunnen aantonen dat zij aandacht besteden aan vriendschap, intimiteit, seksualiteit en het voorkomen van seksueel grensoverschrijdend gedrag.	Ja
De aanbieder, niet zijnde een aanbieder die hulpmiddelen of woningaanpassingen levert, stelt een meldcode vast waarin stapsgewijs wordt aangegeven hoe met signalen van huiselijk geweld of kindermishandeling wordt omgegaan en die er redelijkerwijs aan bijdraagt dat zo snel en adequaat mogelijk hulp kan worden geboden.	N.b.
De aanbieder bevordert de kennis en het gebruik van de meldcode	N.b.
Medewerkers zijn geïnstrueerd over en in staat tot het hanteren van de meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling .	N.b.

<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/deels n.v.t./n.b.</b>
Afspraken over de benodigde zorg/ondersteuning, alsmede over de afstemming met andere partijen, waaronder overdracht, zijn vastgelegd in het zorgplan en zijn bekend bij de cliënt en zijn/haar sociale netwerk.	Ja
Met andere hulp- en zorgverleners (0 <sup>e</sup> , 1 <sup>e</sup> en 2 <sup>e</sup> lijn) vindt afstemming en de noodzakelijke gegevensuitwisseling plaats.	Ja
De afspraken 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 samenwerking met de regisseur of coördinator die de samenhang en continuïteit bewaakt en toegang heeft tot de noodzakelijke gegevens.	Ja
Indien betrokken zijn met de tweede lijn afspraken gemaakt omtrent beschikbaarheid	Ja
Bij mogelijke decompensatie onderneemt de begeleiding actie richting behandelaar/huisarts.	Ja
Er wordt een dossier opgesteld zodat overdracht mogelijk is.	Ja
<b>3.2 Samenwerking en afstemming met de gemeente (casemanager)</b>	<b>Ja/nee/deels n.v.t./n.b.</b>

Een evaluatie met een aanvraag voor verlenging van de indicatie wordt uiterlijk zes weken voor afloop van de indicatie aan de gemeente opgestuurd.	Ja
--	----

<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/deels 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).	Ja
De organisatie heeft een kwaliteitskeurmerk.	Ja
De organisatie is aangesloten bij een beroepsvereniging/ branchevereniging	N.b.
De continuïteit van de geboden voorziening is gewaarborgd.	Ja
De organisatie integreert de veranderingen op het gebied van de kanteling in de zorg binnen de eigen instelling.	Ja

<b>4.2 Personeel</b>	<b>Ja/nee/deels n.v.t./n.b.</b>
De medewerkers zijn op de hoogte van de persoonlijke omstandigheden en levensgeschiedenis van de cliënt.	Ja
De verdeling van taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden is duidelijk voor de medewerkers.	Ja
De aangewezen beroepskracht is vakbekwaam	Ja
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, die minimaal getoetst is op: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Het verlenen van diensten (nr. 41);</li> <li>• Het verlenen van diensten in de persoonlijke leefomgeving (nr. 43);</li> <li>• Belast zijn met de zorg voor (hulpbehoevende) personen, zoals ouderen en gehandicapten (nr. 85).</li> </ul>	Deels

<b>4.3 Deskundigheidsbevordering</b>	<b>Ja/nee/deels n.v.t./n.b.</b>
De beroepskrachten zijn opgeleid tot en deskundig voor wat betreft het ondersteunen van de doelgroep.	Deels

Reguliere begeleiding: Uitvoering kan plaatsvinden door een professional van minimaal MBO- niveau 4 MWD, GGZ, VVT of een vergelijkbare richting. Het wordt uitgevoerd onder de verantwoordelijkheid van een professional met een afgeronde opleiding van minimaal HBO-niveau.	Ja
Specialistische begeleiding: Begeleiding wordt uitgevoerd door een professional met een afgeronde opleiding van minimaal HBO-niveau VVT, WMD, GGZ of een vergelijkbare richting.	Ja
Kortdurend verblijf: De uitvoering vindt plaats door professionals met een afgeronde opleiding van minimaal MBO-niveau 3 MWD, GGZ of een vergelijkbare richting.	Deels
Kortdurend verblijf: Het toezicht is intensief, omdat er 24 uren toezicht in de nabijheid aanwezig is. Dit kan op zowel regelmatige als onregelmatige momenten zijn.	Ja
De aanbieder biedt de beroepskrachten passende bijscholing.	Ja

<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/deels n.v.t./n.b.</b>
De bejegening door de beroepskracht van de cliënt is passend en correct.	Ja
De cliënt voelt zich op zijn/ haar gemak op de plaats waar de voorziening wordt geboden.	Ja
Cliënten worden geïnformeerd over hun rechten en plichten.	Ja

<b>5.2 Cliëntparticipatie</b>	<b>Ja/nee/deels n.v.t./n.b.</b>
De aanbieder heeft beleid t.a.v. cliëntparticipatie/ medezeggenschap.	Ja
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.

<b>5.3 Privacy</b>	<b>Ja/nee/deels n.v.t./n.b.</b>
De organisatie respecteert de privacy van de cliënt.	Ja
Er wordt zorgvuldig omgegaan met de uitwisseling van gevoelige informatie. De organisatie voldoet aan de algemene verordening gegevensbescherming (AVG).	Ja

<b>5.4 Melden incidenten en klachten</b>	<b>Ja/nee/deels 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 aan melder en team is geregeld.	Ja
Er is sprake van een lerende organisatie.	Ja
Een speciale commissie behandelt incidentmeldingen en brengt verbetervoorstellen uit.	Ja
Nazorg bij incidenten is geregeld.	Ja
Er is een klachtenregeling.	Ja
De 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
De aanbieder brengt de cliënt op de hoogte dat hij/zij gebruik kan maken van onafhankelijke cliëntondersteuner bij het indienen van klachten.	Ja

<b>5.5 Melden calamiteiten en geweldsincidenten</b>	<b>Ja/nee/deels n.v.t./n.b.</b>
De aanbieder doet binnen 3 werkdagen na de calamiteit/geweldsincident melding bij de toezichthoudend ambtenaar Wmo.	Ja
De aanbieder verricht eigen onderzoek binnen 6 weken bij onduidelijkheid of er sprake is van een calamiteit/geweldsincident.	Ja
Het rapport voldoet aan de 'Richtlijn calamiteitenrapportage IGJ' Vanaf 1/1/2021: De 'Richtlijn rapportage over een calamiteit/geweld bij de verstrekking van een voorziening of andere gebeurtenis'.	Ja
Minimaal 1 persoon van de onderzoekscommissie is onafhankelijk.	Ja
Indien mogelijk wordt het sociaal netwerk betrokken bij het onderzoek.	Ja

<b>5.6 Opschorten of beëindiging ondersteuning</b>	<b>Ja/nee/deels n.v.t./n.b.</b>
Voor het opschorten of beëindigen van ondersteuning door de aanbieder is toestemming van de cliënt vereist.	N.b.

<p>De aanbieder kan de ondersteuning eenzijdig opschorten of beëindigen op grond van zwaarwegende redenen. Onder zwaarwegende redenen worden ten minste verstaan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Een ernstige mate van bedreiging of intimidatie geuit door de cliënt en/of zijn sociaal netwerk, waardoor de persoonlijke veiligheid of vrijheid van andere cliënten en/of personeel van de aanbieder in gevaar zijn;</li> <li>• Een onherstelbaar verstoorde vertrouwensrelatie;</li> <li>• Hygiënische omstandigheden die ernstige gezondheidsrisico's opleveren voor andere cliënten en/of personeel van de aanbieder;</li> <li>• Het niet nakomen van essentiële verplichtingen of regels door de cliënt, ook niet na herhaaldelijk (schriftelijk) aandringen of waarschuwen door de aanbieder.</li> </ul>	<p>N.b.</p>
<p>Voor het eenzijdig opschorten of beëindigen van ondersteuning door de aanbieder is toestemming van de gemeente vereist.</p>	<p>N.b.</p>
<p>De aanbieder draagt er zorg voor dat de reeds aangevangen ondersteuning wordt voortgezet of overgedragen totdat er een definitieve oplossing is gevonden, tenzij dit naar het oordeel van de gemeente in redelijkheid niet van de aanbieder kan worden verlangd.</p>	<p>N.b.</p>

Duidelijk. Onafhankelijk. Eerlijk.

[www.igj.nl](http://www.igj.nl)