

WMO TOEZICHT

Definitief rapport signaalgestuurd onderzoek

Naam: di-rumah BV

Adres: Akkerwindestraat 1

Postcode en woonplaats: 6832 CR Arnhem

KvK nummer: 57265798

Zorgvorm: beschermd wonen:

- groepswonen met intensieve begeleiding
- zelfstandig wonen met intensieve begeleiding

Bezochte locaties: Zenegroen 73 en 75, 6841 KR Arnhem

Datum inspectie: 04-06-2021

In opdracht van: Modulaire Gemeenschappelijke Regeling sociaal domein regio Centraal Gelderland en gemeente Arnhem

INHOUDSOPGAVE

WMO TOEZICHT	1
Korte beschrijving van de locatie en de doelgroep	3
Onderzoek: aanleiding en belang	4
Inspectiehistorie	4
CONCLUSIE EN ADVIES	5
Advies aan de gemeente	5
BEVINDINGEN	6
1 Doelmatigheid voorziening	6
1.1 Ondersteuningsplan	6
1.2 Evaluatie	7
1.3 Ondersteuning	7
1.4 Zelfredzaamheid	8
1.5 Wonen en zorg	8
2 Veiligheid	9
2.1 Veiligheid cliënt	9
2.2 Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling	9
2.3 Intern meldingssysteem incidenten/bijna incidenten	9
2.4 Calamiteiten	10
3 Samenwerking en afstemming	10
3.1 Afstemming	10
3.2 Casusregie	11
3.3 VIR	11
4 Kwaliteit van personeel en organisatie	11
4.1 Kwaliteitssysteem	11
4.2 Personeelsbeleid	11
4.3 Goed hulpverlener schap, professionele standaard en kwaliteit	12
4.4 Medewerkers: Verklaring omtrent gedrag (VOG)	12
4.5 Informatievoorziening en website	13
5 Rechten van de cliënt	13
5.1 Klachtenregeling	13
5.2 Rechten van de cliënt en gedragscode	14
5.3 Acceptatieplicht, uitsluitingscriteria en onhoudbare situaties	15
ZIENSWIJZE AANBIEDER	16
GEGEVENSOVERZICHT	19
BIJLAGE 1 EISEN	20

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).

11 Gemeenten in de regio Centraal Gelderland hebben deze taak ondergebracht bij Modulaire Gemeenschappelijke Regeling sociaal domein regio Centraal Gelderland (MGR), te weten Arnhem, Doesburg, Duiven, Lingewaard, Overbetuwe, Renkum, Rheden, Rozendaal, Wageningen, Westervoort en Zevenaar.

De Wmo 2015 regelt in artikel 6.1. dat gemeenten een toezichthoudende ambtenaar aanwijzen. De colleges van B&W van deze 11 gemeenten hebben 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 Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ). Gegevens en bevindingen in dit rapport beperken zich tot Wmo verstrekkingen.

Uitgangspunt voor het toezicht zijn de kwaliteitscriteria uit de Wmo 2015 aangevuld met alle eisen en voorwaarden waaronder de aanbieder gecontracteerd is binnen Inkoop 2020.

De rapporten van Wmo kwaliteitstoezicht uitgevoerd door de toezichthouders van de GGD Gelderland –Midden worden gepubliceerd op de website www.ggdgm.nl

Dit onderzoek heeft plaatsgevonden in opdracht van de Modulaire Gemeenschappelijke Regeling sociaal domein regio Centraal Gelderland (hierna te noemen MGR SDCG), waarbij de gemeente Arnhem als opdracht gevende gemeente optreedt.

Bezwaar op de openbaarmaking van het rapport van het kwaliteitsonderzoek uitgevoerd bij di-ruhmah BV kan worden ingediend bij de gemeente Arnhem.

Korte beschrijving van de locatie en de doelgroep

Di-ruhmah BV verleent sinds 2013 ondersteuning en begeleiding binnen de zorgvormen Beschermd wonen en Ambulante begeleiding. De begeleiding vindt plaats op basis van ZIN financiering (31 cliënten). Alle cliënten hebben een beschikking voor Wmo-ondersteuning van de gemeente Arnhem.

Momenteel wordt aan twintig cliënten vallend onder de Wmo een vorm van Beschermd wonen geboden, te weten: elf cliënten met een beschikking voor Groepswonen met intensieve begeleiding, en negen cliënten met een beschikking voor Zelfstandig wonen met intensieve begeleiding. Deze negen wonen in een door de aanbieder aan hen verhuurde studio of kamer (waarvan twee cliënten in een woning voor Groepswonen een kamer huren).

Elf andere cliënten die in eigen woonruimte wonen hebben een beschikking voor Specialistische ambulante begeleiding (negen) of Ambulante begeleiding basis (twee).

In het algemeen betreft het jongvolwassen cliënten met een stoornis in het autistisch spectrum en aanverwante psychische problematiek. Bijna alle cliënten hebben dagbesteding in de vorm van werk of opleiding.

De aanbieder exploiteert vijf woningen in Arnhem, waarin max. vier cliënten kunnen wonen met een beschikking voor Groepswonen met intensieve begeleiding. Twee van deze woningen hebben een vijfde kamer beschikbaar als 'crisiskamer'.

Daarnaast exploiteert de aanbieder in Arnhem een woning met vier kamers, drie zelfstandige studio's en een kamer voor het bieden van zelfstandig wonen met intensieve begeleiding.

De begeleiding wordt geboden door de directie die bestaat uit twee personen (tot 1 juni 2021 drie personen), vier persoonlijk begeleiders en vier woonbegeleiders. Eén van de persoonlijk begeleiders is tevens zorgcoördinator. Daarnaast is een beleidsmedewerker/psychotherapeut aangesteld.

Besluitvorming vindt plaats door de directie.

Onderzoek: aanleiding en belang

Aanleiding voor dit onderzoek waren signalen die bij de gemeente en MGR SDCG zijn binnen gekomen.

De betreffende signalen riepen bij de gemeente en MGR SDCG 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 en de regionale contracteisen en -voorwaarden.

Het inspectiebezoek vond plaats op 04-06-2021. Het betrof een onaangekondigd inspectiebezoek aan twee locaties beschermd wonen door twee toezichthouders.

Op dat moment waren er drie (van de vijf) respectievelijk twee (van de vier) cliënten aanwezig.

Het onderzoek bestond uit observatie, bronnenonderzoek (o.a. cliëntdossiers en personeelsdossiers) en interviews.

Er hebben telefonisch gesprekken plaats gevonden met één van de eigenaren van di-rumah BV, een korte aankondiging van het onderzoek een uur voorafgaand aan de start van het onderzoek, en een uitgebreide evaluatie aan het eind van de dag.

Tevens zijn gesprekken gevoerd met drie cliënten, vier begeleiders (waarvan één ZZP-er), de zorgcoördinator/begeleider en twee administratief medewerkers (werkzaam voor di-rumah vanuit een andere organisatie van de eigenaar van di-rumah).

De leidinggevende was bij de gesprekken met cliënten en medewerkers niet aanwezig.

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

Op verzoek van de toezichthouder zijn na de dag van het onderzoek nog documenten en aanvullende informatie per mail toegestuurd. Ook zijn er telefonische interviews geweest met vijf wijkcoaches uit drie verschillende wijkteams.

Ter afsluiting van het onderzoek is één toezichthouder op 21 juni 2021 nogmaals bij de aanbieder geweest nadat de toezichthouder herstelaanbod gaf op de aanwezigheid van de VOG's van alle medewerkers. Hierbij is gesproken met de zorgcoördinator en één van de eigenaren.

Herstelaanbod

Lopende het onderzoek heeft de aanbieder gebruik gemaakt van door de toezichthouder gegeven herstelaanbod, waardoor tekortkomingen op (inhoud van) documenten direct zijn opgeheven.

Inspectiehistorie

In het verleden zijn geen inspectie(s) gehouden.

CONCLUSIE EN ADVIES

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

Wat gaat goed:

- De aanbieder is zich bewust van zijn verantwoordelijkheid om kwalitatief goed begeleiding te bieden aan de jongvolwassen cliënten die zowel ambulante als wonend in een groep intensief worden begeleid;
- De deskundige begeleiding zorgt veelal voor dusdanige ontwikkeling van de cliënt dat deze kan uitstromen naar zelfstandig wonen, waar nodig met beperkte ambulante begeleiding;
- Cliënten zijn bijna allemaal tevreden over de geboden begeleiding en de gehuurde woonruimte;
- Samenwerking en afstemming met behandelaren en andere hulpverleners verloopt goed;
- De geboden begeleiding is veilig;

Er wordt nog niet voldaan aan:

- **Wettelijke kwaliteitseis: De voorziening is doelmatig, doeltreffend en cliëntgericht (Wmo 2015, art. 3.1, tweede lid sub a).**
 - De bewoner ervaart meerwaarde van het geclusterd wonen door het contact met medebewoners en de gedeeltelijke groepsgebonden begeleiding. De begeleiding wordt deels individueel en deels in groepsverband geleverd.
- **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).**
 - Opdrachtnemer maakt, indien van toepassing, gebruik van de verwijzingsindex risicojongeren (VIR) en onderneemt de benodigde acties. Dit geldt voor jongeren tot 23 jaar.
 - De opdrachtnemer heeft een actieve signalerende functie ten aanzien van de gezondheidssituatie, de leefomstandigheden en de sociale omgeving van de cliënt. Van de opdrachtnemer wordt verwacht dat alle in te zetten medewerkers in staat zijn deze signalerende taak, gericht op de keten van zorg en ondersteuning in het gehele verzorgingsgebied, uit te voeren en hun signalering binnen hun organisatie neer te leggen.
- **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.).**
 - Binnen de in de opdracht en overige inkoopdocumenten gestelde kaders neemt opdrachtnemer ten opzichte van de cliëntkwalitatief goede, verantwoorde en proportionele ondersteuning binnen de hiertoe geldende of nog te stellen termijnen (zie blz. 28 4.3 voor de volledige tekst).
- **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.).**
 - In het klachtenjaarslag/klachtenlijst is minimaal beschreven:
 - o Hoeveel klachten zijn ingediend.
 - o Welke klachten zijn ingediend (beschrijving van de klacht, incl. het thema van de klacht).
 - o De afhandelingstermijn (per klacht).
 - o De wijze waarop de klachten zijn afgehandeld (per klacht).
 - o De wijze van communicatie en opvolging van de klachten (per klacht).
 - o Welke verbetermaatregelen naar aanleiding van de klachten zijn genomen (per klacht).

Advies aan de gemeente

De Wmo toezichthouder van de VGGM geeft het advies aan de MGR SDCG en gemeente Arnhem te handhaven conform handhavingsbeleid.

BEVINDINGEN

1 Doelmatigheid voorziening

Wettelijke kwaliteitseis: De voorziening is doelmatig, doeltreffend en cliëntgericht (Wmo 2015, art. 3.1, tweede lid sub a).

1.1 Ondersteuningsplan

Deelconclusie: Aan de gestelde eis wordt voldaan. Met alle cliënten, en waar van toepassing het netwerk, is een ondersteuningsplan opgesteld.

Beschrijving:

De toezichthouder heeft vier ondersteuningsplannen ingezien.

Met elke cliënt is een ondersteuningsplan opgesteld, veelal is het sociale netwerk van de cliënt hierbij betrokken. Alle ondersteuningsplannen zijn ondertekend door de cliënt.

In een ondersteuningsplan is steeds de naam van de eerstverantwoordelijke persoonlijk begeleider (Hbo-niveau) opgenomen, evenals de naam van de woonbegeleider.

Het ondersteuningsplan wordt maandelijks geëvalueerd met de cliënt, indien wenselijk is hierbij het sociaal netwerk betrokken en/of de wijkcoach aanwezig. De SMART opgestelde doelen worden bijgesteld of, als deze behaald zijn, vervangen voor nieuwe doelen.

De aanbieder streeft er naar de begeleiding binnen 2 jaar af te kunnen ronden, waarna de cliënt door kan stromen naar zelfstandig wonen, indien nodig met ambulante begeleiding.

Over het bijstellen van doelen is altijd overleg met de wijkcoach van de cliënt.

Indien er bij een cliënt sprake is van meervoudige, complexe problematiek, is de zorgcoördinator van di-umah verantwoordelijk voor de coördinatie. Inbreng van een multidisciplinair team is beschreven in het ondersteuningsplan, evenals de afstemming op andere vormen van geboden zorg of begeleiding.

Bijna alle cliënten hebben dagbesteding in de vorm van werk of een opleiding. Met cliënten die dit nog niet hebben wordt actief gezocht naar een passende dagbesteding, bijvoorbeeld in de vorm van Activerend werk.

Rapportage vindt soms op doelen, soms in algemene termen plaats, waarbij de algemene rapportage veelal toch ingaat op hoe er aan bepaalde doelen is gewerkt. Urenregistratie en declaratie is gekoppeld aan de agenda van de begeleiders in het EPD. De begeleider heeft tot 3 dagen na geboden begeleiding de mogelijkheid om de uren aan te passen naar de werkelijke begeleidingstijd, omdat er niet alleen geplande maar ook niet geplande begeleiding wordt gegeven.

Cliënten zijn op de hoogte van de tijden waarop de woonbegeleider en de persoonlijk begeleider op de locatie aanwezig is, en de tijden waarop een begeleider telefonisch te bereiken is. Op de doordeweekse dagen is er per woning een eigen woonbegeleider aanwezig gedurende 8-9 uur. De werktijden liggen tussen 8.30 uur en 19.30 uur, afhankelijk van de begeleidingsvraag van de cliënten. Hiermee wordt structuur en continuïteit wordt geboden.

Deze woonbegeleider biedt ook ondersteuning aan ambulante cliënten waardoor de begeleider dagelijks één of twee keer een vastgestelde tijd 'uit huis' is, maar wel bereikbaar, via telefoon en whatsapp. De uren die de woonbegeleider besteedt aan ambulante cliënten worden zo veel mogelijk afgestemd op de momenten waarop de cliënten die in de woning begeleiding behoeven.

Elke woning heeft gedurende de werkdagen van de week steeds 1 (of 1 van 2) eigen vaste woonbegeleider. Daarnaast kennen de cliënten ook de andere begeleiders door bv. de vrijdagmiddagborrel waarbij alle cliënten en begeleiders bij elkaar komen en soms ook met elkaar eten. Ook ambulante cliënten zijn hier van harte welkom.

Er zijn afspraken gemaakt met de cliënten in welke situatie zij contact op kunnen nemen in de avond, de nacht en het weekend.

Cliënten geven in het cliënt tevredenheidsonderzoek van januari 2021 veelal aan dat zij tevreden zijn met de begeleiding, en werken aan de opgestelde doelen.

1.2 Evaluatie

Deelconclusie: Aan de gestelde eis wordt voldaan. Evaluatie van het zorgplan gebeurt maandelijks, en tijdig met de wijkcoach.

Beschrijving:

Maandelijks evalueren de persoonlijk begeleiders met elke cliënt de voortgang op de doelen die zijn opgenomen in het begeleidingsplan. Onder de hoofdoelen hangen subdoelen die SMART zijn opgesteld. Veelal zullen subdoelen behaald kunnen worden omdat deze realistisch zijn opgesteld. Indien nodig wordt dit bijgesteld waarbij dan ook contact wordt opgenomen met de wijkcoach van de betreffende cliënt.

Ten minste zes weken voor afloop van de indicatie vindt evaluatie plaats waarvan het verslag door de cliënt is ondertekend. Dit verslag wordt gedeeld met de wijkcoach waarna een beschikking al dan niet verlengd kan worden.

De geïnterviewde wijkcoaches zeggen hierover:

"Het evaluatieverslag wordt niet altijd tijdig aangeleverd, soms moet ik er achteraan. De kwaliteit van de verslagen is voldoende".

"Evaluaties worden steeds vooruit gepland, begeleiders houden dit goed in de gaten. Evaluatieverslagen zijn kort en bondig. Het moet het plan van de jongere zijn dus ik verwacht geen uitgebreide verslagen. De inhoud is voor mij voldoende."

"In het evaluatieverslag liepen doelen en acties door elkaar."

1.3 Ondersteuning

Deelconclusie: Aan de gestelde eis wordt deels voldaan. Bijna alle cliënten hebben dagbesteding. Begeleiding wordt voornamelijk individueel geleverd en er is onvoldoende sprake van meerwaarde door het geclusterd wonen.

Beschrijving:

Bijna alle cliënten hebben dagbesteding in de vorm van werk of het volgen van een opleiding. Eén cliënt is onlangs bij di-rumah komen wonen en oriënteert zich met de begeleiders op een passende dagbesteding. De cliënt geeft hierbij zelf aan dat dit waarschijnlijk een vorm van Activerend werk zal worden.

Een andere cliënt heeft onlangs een forse psychische terugval gehad waardoor deze momenteel tot heel weinig in staat is, zeker als het gaat om activiteiten buiten de woning.

Ondersteuning is op werkdagen aanwezig tussen 10.00 en 19.00 uur. In de avond, nacht en het weekend heeft steeds een begeleider telefonische bereikbaarheidsdienst. Het telefoonnummer van de begeleider die bereikbaar is staat genoteerd op het whiteboard in de huiskamers van het groepswonen.

Zelfstandig wonende cliënten zijn ook op de hoogte van het telefoonnummer van de bereikbaarheidsdienst.

De bereikbaarheidsdienst kan altijd binnen 30 minuten bij de cliënt zijn als dit nodig mocht zijn. Zo nodig is in het weekend of op andere tijden een begeleider aanwezig, als het programma van een cliënt hierom vraagt.

De ondersteuning wordt in principe maximaal gedurende twee jaren worden ingezet. In de praktijk duurt de begeleiding 1.5 tot 2 jaar.

De geïnterviewde wijkcoaches zeggen hierover:

"Vanuit de woning in onze wijk zijn alle bewoners met problemen weggegaan. Zij hadden hun leven nog niet op de rit. Zij zijn overgeplaatst naar een andere locatie van di-rumah of kregen vervolgens begeleiding van een andere aanbieder."

"Ik ben blij met di-rumah. Zij nemen jongeren aan die niet altijd in een hokje te plaatsen zijn. Ik zie duidelijke groei bij mijn cliënten en zie sterke betrokkenheid van de begeleiders. De intensiteit van de begeleiding is in de afgelopen jaren verbeterd."

"Begeleiders en cliënten maken duidelijke afspraken over wat er van elkaar wordt verwacht. Daarbij sluiten ze goed aan bij elke cliënt, 'oude jongens krentenbrood' waar mogelijk, heel duidelijk waar nodig."

De begeleiding wordt grotendeels individueel geleverd. De geïnterviewde cliënten ervaren geen meerwaarde van het geclusterd wonen. Er is in min of meerdere mate contact met medebewoners, groepsgewijze begeleiding vindt, wisselend per huis en samenstelling van de groep, plaats, bijvoorbeeld in de vorm van gezamenlijk koken en/of eten.

In de zorgagenda per woning is groepsgewijze begeleiding niet opgenomen als terugkerend begeleidingsmoment.

De aanbieder zegt hierover dat het per huis/samenstelling van de groep verschilt of er als groep bijvoorbeeld samen wordt gegeten. Als cliënten die samen in een huis wonen geheel verschillende dagritmes hebben doordat zij bv. naar school gaan, werken (overdag of 's avonds) is samen eten geen optie. De begeleiders trachten wel het schoonmaken steeds met meer dan één cliënt tegelijk op te pakken.

Er is maandersoverleg (opgenomen in de zorgagenda) waarin praktische zaken zoals tuinonderhoud en het om beurten gebruik maken van de keuken om te koken worden besproken.

Bij het samenstellen van de groep houdt de aanbieder rekening met de al wonende cliënten in een woning. Daardoor kan het zijn dat een nieuwe cliënt enige tijd moet wachten op plaatsing terwijl er in een ander huis nog een kamer leeg is. Tevens wordt gekeken of de cliënt past bij de begeleider(s) die in het huis werkzaam is/zijn. De groepsgrootte is voor elk huis max. 5, meestal 4 cliënten. Dit is passend bij de mogelijkheden en ondersteuningsbehoefte van de cliënten.

Vanuit het cliënt tevredenheidsonderzoek en de interviews met cliënten blijkt dat de cliënten veelal tevreden zijn over de geboden begeleiding en het contact met de begeleiders.

1.4 Zelfredzaamheid

Deelconclusie: Aan de gestelde eis wordt voldaan. Het doel van elke cliënt is het doorstromen naar een zelfstandige woning.

Beschrijving:

Alle cliënten bij di-rumah hebben als doel zoveel mogelijk zelfstandig te wonen, eventueel met ambulante begeleiding door di-rumah of begeleiding/ondersteuning door een andere aanbieder. Hierop is de begeleiding gedurende het groepswonen of zelfstandig wonen met intensieve begeleiding dan ook met name gericht.

De geïnterviewde wijkcoaches zeggen hierover:

"Met mijn cliënten die zijn uitgestroomd gaat het heel goed, na doorstroming naar een convenantwoning wonen zij nu zelfstandig met ambulante begeleiding."

"Bij mijn cliënt zie ik duidelijke groei. Deze groei zit hem vooral in praktische ondersteuning, hetgeen ook is wat deze cliënt vooral nodig heeft. Aangezien deze cliënt niet makkelijk zelf aangeeft waarbij ondersteuning nodig is heeft de begeleider de afspraak gemaakt dat ook gevraagd wordt naar onderwerpen waarbij de cliënt geen hulp heeft gevraagd. De begeleider wil hiermee inzicht houden waar de cliënt mee bezig is."

1.5 Wonen en zorg

Deelconclusie: Aan de gestelde eis wordt deels voldaan. Alle cliënten staat als woningzoekende ingeschreven voor zelfstandige woonruimte. Di-rumah verhuurt kamers in door de aanbieder gehuurde panden waarbij begeleiding gekoppeld is aan het huurcontract.

Beschrijving:

Alle huidige cliënten hebben zich als woningzoekende ingeschreven voor een zelfstandige woonruimte. Dit is een standaard actiepunt op de aftekenlijst die wordt gebruikt bij de start van de begeleiding aan nieuwe cliënten. In ondersteuningsplannen is bij cliënten die hieraan toe zijn, als doel opgenomen dan zij reageren op het woningaanbod van Entree.

De aanbieder **voldoet niet aan de volgende deel-eis** voor de producten Groepswonen met intensieve begeleiding / zelfstandig wonen met intensieve begeleiding:

'De cliënt huurt of bezit zelf een woning/kamer. In de praktijk betekent dit dat de cliënt een (on)zelfstandige woonruimte huurt van bijvoorbeeld een woningbouwcorporatie of een particuliere verhuurder.'

De aanbieder huurt zelf de woningen van een woningcorporatie. De woning wordt per kamer aan de cliënten verhuurd door de aanbieder.

Het huurcontract van de aanbieder heeft als titel: 'Huurovereenkomst woonruimte met zorgbepaling (koppelbeding)'
In deze huurovereenkomst staat onder andere: 'deze huurovereenkomst is onlosmakelijk verbonden met de tussen partijen gesloten zorgovereenkomst'

2 Veiligheid

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

2.1 Veiligheid cliënt

Deelconclusie: Aan de gestelde eis wordt voldaan. Met elke cliënt wordt bij de intake gesproken over te verwachte risico's, en er wordt veelal een signaleringsplan opgesteld.

Beschrijving:

Bij de intake van een nieuwe cliënt wordt aan de hand van een format gesproken over de risico's met betrekking tot veiligheid en gezondheid, die betrekking hebben op de cliënt. Hierop worden, indien nodig, doelen opgesteld. De bejegening en de voorgeschiedenis van de cliënt is altijd onderwerp. De meeste cliënten hebben met hun begeleider een signaleringsplan opgesteld.

Over roken, het gebruik van alcohol en drugs worden met de cliënt persoonlijke afspraken gemaakt, waarbij gebruik van drugs en alcohol in en rondom het huis verboden is.

Cliënten met een verslaving, agressie en/of ernstig grensoverschrijdend gedrag als hoofdprobleem worden niet door di-
rumah in begeleiding genomen.

De aanbieder heeft getoond adequaat in te spelen op een situatie waarin bij een cliënt onlangs een terugval is geconstateerd in het gebruik van alcohol en/of drugs. Deze cliënt woonde eerder bij di-
rumah en is vrijwillig opgenomen bij een behandelaar om af te kicken van de verslaving. Deze cliënt wilde graag na behandeling weer terugkomen bij di-
rumah. Dit is akkoord bevonden met de voorwaarde dat bij gebruik de begeleiding en het wonen worden opgezegd door di-
rumah. Deze terugval heeft zich onlangs voorgedaan waarna direct actie is ondernomen om de cliënt over te plaatsen naar een aanbieder die 24-uurs aanwezigheid van begeleiding biedt.

2.2 Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling

Deelconclusie: Aan de gestelde eis wordt deels voldaan. De aanbieder heeft een volledige meldcode vastgesteld en draagt er grotendeels zorg voor dat de begeleiders hiervan op de hoogte zijn.

Beschrijving:

In het beleidshandboek heeft de aanbieder de meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling opgenomen. De meeste medewerkers geven aan deze meldcode gelezen te hebben in hun inwerktijd, één woonbegeleider die al geruime tijd werkzaam is bij di-
rumah, geeft aan onbekend te zijn met de meldcode en dat de aanbieder geen meldcode heeft.

2.3 Intern meldingssysteem incidenten/bijna incidenten

Deelconclusie: Aan de gestelde eis wordt voldaan. De aanbieder heeft een protocol MIC meldingen vastgesteld en handelt hiernaar.

Beschrijving:

In het beleidshandboek van de aanbieder is een hoofdstuk 'Veiligheid, incidenten en calamiteiten' opgenomen. Hierin is beschreven dat van een incident of bijna incident melding gedaan moet worden via het daartoe bestemde formulier dat in het EPD is opgenomen. De zorgcoördinator brengt een Incidentmelding in tijdens het wekelijkse overleg tussen directeur en persoonlijk begeleiders. Zo nodig wordt er meteen actie ondernomen op een incidentmelding. Altijd wordt gekeken of begeleiders kunnen leren van een incident.

De toezichthouder heeft een enkele MIC-melding ingezien in het EPD van de betrokken cliënt.

2.4 Calamiteiten

Deelconclusie: Aan de gestelde eis wordt voldaan. De aanbieder heeft een procedure Calamiteitenmelden vastgesteld.

Beschrijving:

De aanbieder heeft een juiste procedure omtrent het melden van Calamiteiten vastgesteld. Deze procedure maakt nog geen onderdeel uit van het Beleidshandboek maar is opgenomen in het sharepoint van de aanbieder waar alle medewerkers gebruik van maken. Er heeft zich bij de aanbieder tot op heden nooit een calamiteit voorgedaan.

3 Samenwerking en afstemming

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)

3.1 Afstemming

Deelconclusie: Aan de gestelde eis wordt deels voldaan. De ondersteuning wordt afgestemd op andere vormen van hulp en ondersteuning. Soms worden signalen bij een wijkcoach neergelegd in plaats van dat deze binnen de organisatie worden opgepakt.

Beschrijving:

Begeleiders zijn tevreden over de afstemming met behandelaren en het FACT-team (ambulante team vanuit de behandelaar) die betrokken zijn bij verschillende cliënten. Het FACT-team heeft wekelijks contact met begeleiders om signalen ten aanzien van de gezondheidssituatie, de leefomstandigheden en de sociale omgeving, die begeleiders zien bij hun cliënten, door te spreken.

De wijze van overdracht tussen begeleiders en andere hulp/zorgverleners is met de cliënt vastgelegd in het EPD van de cliënt.

Afstemming met de opdrachtgever, de wijkcoaches, verloopt wisselend. Van de aanbieder wordt verwacht dat alle in te zetten medewerkers in staat zijn de signalerende taak, gericht op de keten van zorg en ondersteuning in het gehele verzorgingsgebied, uit te voeren en hun signalering binnen hun organisatie neer te leggen.

De geïnterviewde wijkcoaches zeggen hierover:

"De samenwerking met deze aanbieder verloopt wisselend. Als de begeleiding van een cliënt moeizaam verloopt wordt de verantwoordelijkheid bij het wijkteam neergelegd. De aanbieder verwacht dat wijkcoaches taken uitvoeren die bij de aanbieder zelf horen." Een voorbeeld hiervan is het sturen van een foto van een erg vies toilet in één van de woningen, met daarbij het verzoek aan de wijkcoaches hun cliënten hierop aan te spreken.

"De contacten met de aanbieder verlopen over het algemeen prettig, maar als het erop aankomt moeten we vaak afwachten of afspraken ook nagekomen worden. Helaas is dit vaak niet het geval".

"De samenwerking met de begeleiders van di-rumah verloopt erg prettig. Ik word op de hoogte gehouden als dat nodig is, evaluatieverslagen zijn niet altijd op tijd, maar de inhoud is duidelijk en professioneel."

"De begeleiders hebben een goed zicht op de sociale kaart. Doelen worden opgepakt met gebruik van andere voorzieningen."

"Het gedrag van de begeleiders komt niet altijd even professioneel over, tijdens een evaluatie werden (te) veel grapjes gemaakt. Bij een incident zoeken de begeleiders contact om het te melden en aan te geven welke acties ze gaan ondernemen. Hierin stellen ze zich professioneel en onafhankelijk op."

3.2 Casusregie

Deelconclusie: Aan de gestelde eis wordt voldaan. De zorgcoördinator is verantwoordelijk voor de regiefunctie als de cliënt hier zelf niet toe in staat is.

Beschrijving:

De zorgcoördinator is verantwoordelijk voor het monitoren van begeleidingstrajecten en extra inzetbaar in casussen waarin dit wenselijk en noodzakelijk is.”

De regiefunctie van de zorgcoördinator is terug te zien in de dossiers van de cliënten.

3.3 VIR

Deelconclusie: Aan de gestelde eis wordt niet voldaan

Beschrijving:

De aanbieder zegt voor jongeren tot 23 jaar geen gebruik te maken van de Verwijsindex. De aanbieder en de begeleiders zijn hiermee niet bekend.

De aanbieder dient echter te allen tijde gebruik te maken van de Verwijsindex voor cliënten tot 23 jaar.

4 Kwaliteit van personeel en organisatie

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.)

4.1 Kwaliteitssysteem

Deelconclusie: Aan de gestelde eis wordt voldaan. De aanbieder heeft een beleidshandboek opgesteld en in gebruik genomen in 2020.

Beschrijving:

De aanbieder heeft een kwaliteitshandboek opgesteld (beleidshandboek versie 2020) waarin onder andere is opgenomen:

- het systematisch uitvoeren van zelfevaluaties over de bereikte kwaliteit en de daaruit voortkomende verbeterplannen.
- protocollen, richtlijnen, werkinstructies, notities en andere voor het werkproces relevante geschreven teksten
- Documenten waarin de kwaliteitsborging beschreven is
- kwaliteitsbeleid werkinstructies en handelingsprotocollen die van toepassing zijn voor de uitvoering van de gecontracteerde opdrachten
- de meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling
- de klachtenregeling
- protocol calamiteitentoezicht

De medewerkers krijgen na hun aanstelling de opdracht om gedurende hun inwerkperiode dit handboek te lezen, waarna de belangrijkste protocollen en werkinstructies mondeling worden besproken.

4.2 Personeelsbeleid

Deelconclusie: Aan de gestelde eis wordt voldaan. Elk huis werkt met eigen vaste woonbegeleiders (max. 2), ondersteunt door een Hbo-opgeleide medewerker.

Beschrijving:

Alle begeleiders zijn passend opgeleid op minimaal MBO niveau 4.

Mbo-opgeleide begeleiders (woonbegeleiders) worden in de begeleiding van de bewoners steeds ondersteunt door een Hbo-opgeleide medewerker (persoonlijk begeleiders). De regie van de persoonlijk begeleider is terug te zien in de zorgplannen van de cliënten.

HBO SPH is behaald door 3 persoonlijk begeleiders

HBO MWD is behaald door 1 persoonlijk begeleider

MBO SPW niveau 4 is behaald door 4 woonbegeleiders

Psychotherapeut (Duits diploma) is behaald door beleidsmedewerker/psychotherapeut

Master psychologie is behaald door 1 van de directieleden (deze biedt behandeling aan een deel van de cliënten vanuit een andere organisatie waarvan hij tevens eigenaar is).

Per woning zijn meestal één, soms twee vaste woonbegeleiders werkzaam op maandag t/m vrijdag, gedurende 8-9 uur per da

Bij afwezigheid van een woonbegeleider worden de cliënten begeleid door een andere vaste begeleider die zij persoonlijk kennen. Deze begeleider is dan aanwezig in het huis op de momenten dat cliënten begeleiding nodig hebben. Daarnaast is deze begeleider bereikbaar via whatsapp of telefonisch.

Vervanging wordt altijd binnen het eigen team geregeld.

Buiten deze tijden kunnen cliënten altijd telefonisch of via Whatsapp contact opnemen met de begeleider die bereikbaarheidsdienst heeft. Het telefoonnummer staat altijd genoteerd op het whiteboard in de huiskamer. De begeleider reageert binnen 5 minuten en kan binnen 30 minuten bij de cliënt zijn.

Tevens is het mogelijk dat een cliënt aangeeft geen begeleiding te willen ontvangen van een specifieke persoonlijk begeleider. Een cliënt zegt hierover: "Ik kan niet opschieten met de HBO-er die eindverantwoordelijk is voor mijn begeleidingsplan en die van de medebewoners in ons huis, daarom heb ik een andere HBO-begeleider met wie ik wel goed kan opschieten".

Personeelsverloop is de afgelopen jaren met name groot geweest op locaties die recent en in 2019 door di-umah zijn afgestoten. Van het huidige personeelsbestand (9 mensen) zijn er drie in 2018 of eerder gestart met werkzaamheden voor de aanbieder. De anderen zijn gestart in 2019 of 2020.

De aanbieder heeft geen stagiaires, vrijwilligers of begeleiders in opleiding voor zijn onderneming werkzaam.

4.3 Goed hulpverlener schap, professionele standaard en kwaliteit

Deelconclusie: Aan de gestelde eis wordt deels voldaan.

Beschrijving:

De aanbieder handelt grotendeels in overeenstemming met de op hem rustende verantwoordelijkheid, voortvloeiend uit de voor hem geldende professionele standaard en conform alle gestelde eisen en voorwaarden.

In dit rapport zijn enkele deelconclusies opgenomen waarbij de beoordeling als 'deels voldaan' is.

Tijdens het onderzoek heeft de aanbieder zich actief lerend opgesteld en direct tekortkomingen met betrekking tot (de inhoud van) documenten opgelost.

De woonbegeleiders en persoonlijk begeleiders werken goed met elkaar samen, wekelijks is er een overleg met alle persoonlijk begeleiders waarin met elkaar trajecten worden bepaald.

De kleinschaligheid van deze aanbieder zorgt voor korte lijnen, snel kunnen schakelen in acute situaties, en bekendheid van de cliënten met alle begeleiders.

Cliënten en wijkcoaches zijn grotendeels tevreden over de kwaliteit van de geboden begeleiding.

4.4 Medewerkers: Verklaring omtrent gedrag (VOG)

*Deelconclusie: Aan de gestelde eis wordt voldaan. Na gebruik te hebben gemaakt van **herstelaanbod** kon de aanbieder van alle medewerkers een juiste en geldige VOG tonen.*

Beschrijving:

Ten tijde van het onderzoek was van enkele medewerkers een originele VOG aanwezig. Van een aantal andere medewerkers was alleen een kopie van de VOG aanwezig, waarmee niet wordt voldaan aan de eis. Alle VOG's (origineel en kopieën) zijn geldig (niet ouder dan 3 jaar) en op het juiste functieprofiel gescreend.

Van de directieuren is een originele VOG Rechtspersoon ingezien.

Herstelaanbod

De toezichthouder heeft de aanbieder in de gelegenheid gesteld alsnog alle originele VOG's te laten zien. De aanbieder heeft van dit herstelaanbod gebruik gemaakt. Voor een deel van de medewerkers is direct een nieuwe VOG aangevraagd waarna de toezichthouder een kort bezoek aan de aanbieder heeft gebracht. Daarbij is van alle medewerkers, en van de twee administratieve krachten die vanuit een andere organisatie voor di-ruhm werkzaamheden verrichten, een juiste en geldige VOG ingezien.

4.5 Informatievoorziening en website

*Deelconclusie: Aan de gestelde eis wordt, na gebruik te hebben gemaakt van **herstelaanbod**, voldaan. De website van de aanbieder biedt voldoende actuele informatie*

Beschrijving:

Op de website van de aanbieder is beschreven welke begeleiding di-ruhm kan bieden. Ook is er informatie omtrent Privacy en de Klachtenregeling/klachtenjaarverslag opgenomen, en zijn contactgegevens gepubliceerd. Informatie over wachttijden is tevens opgenomen op de website. Het klachtenjaarverslag dat te lezen is op de website is van 2019, het verslag van 2020 is aanwezig maar niet op de website opgenomen. Daarmee is de informatie niet actueel.

Herstelaanbod

De aanbieder heeft lopende het onderzoek alsnog het meest recente klachtenjaarverslag op zijn website geplaatst.

5 Rechten van de cliënt

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.).

5.1 Klachtenregeling

*Deelconclusie: Aan de gestelde eis wordt, na gebruik te hebben gemaakt van **herstelaanbod**, deels voldaan. De aanbieder heeft een klachtenregeling en heeft over 2019 en 2020 een klachtenjaarverslag opgesteld. Deze jaarverslagen geven niet voldoende informatie*

Beschrijving:

De aanbieder heeft een klachtenregeling vastgesteld en gepubliceerd op zijn website. Daarbij is ook vermeld dat de aanbieder is aangesloten bij het Klachtenportaal zorg. Door middel van een link kan de cliënt dit Klachtenportaal makkelijk vinden.

In het Beleidshandboek heeft de aanbieder de klachtenprocedure Wkkgz van het Klachtenportaal opgenomen. Deze klachtenprocedure kan door een WMO-zorgaanbieder ook worden gekozen.

Op de website van de aanbieder is het klachtenjaarverslag over 2019 opgenomen. Het meest recente klachtenjaarverslag over 2020 is niet gepubliceerd.

Herstelaanbod

Het klachtenjaarverslag over 2020 is door de toezichthouder per mail ontvangen, en alsnog op de website van de aanbieder gepubliceerd.

Beide jaarverslagen laten zien dat er in deze jaren geen enkele klacht is ontvangen. De aanbieder zegt hierover dat alleen klachten worden geregistreerd die door middel van het klachtenformulier worden ontvangen. Uitingen van onvrede door cliënten en ouders zijn er wel geweest. Deze worden veelal mondeling en/of telefonisch ontvangen en meteen opgepakt door de betrokken begeleiders. Dit heeft niet geleid tot het alsnog schriftelijk indienen van een klacht.

Herstelaanbod

De aanbieder heeft aan de vaste agendapunten van het wekelijkse 'HBO-overleg' een agendapunt 'Klachten en signalen van onvrede' toegevoegd. Tevens is een procesbeschrijving opgesteld waarmee alle klachten en signalen van onvrede geregistreerd gaan worden zodat inzichtelijk is over welke onderwerpen klachten en signalen van onvrede zijn geuit.

5.2 Rechten van de cliënt en gedragscode

*Deelconclusie: Aan de gestelde eis wordt, nadat de aanbieder gebruik heeft gemaakt van **herstelaanbod**, voldaan. De aanbieder heeft de werkwijze hieromtrent vastgelegd en werkt hier naar.*

Beschrijving:

De geïnterviewde cliënten geven allen aan zich op zijn/haar gemak te voelen bij de aanbieder en de geboden ondersteuning. Ook zeggen zij dat de aanbieder open staat voor wensen, aanwijzingen, vragen en kritiek.

De cliënt ondertekent bij de intake het formulier 'Toestemming voor dossiervorming en informatie-uitwisseling'. Hierin is het volgende opgenomen:

'Geeft hierbij toestemming aan Di-rumah tot het aanleggen van een cliëntdossier en het inwinnen en uitwisselen van informatie bij andere betrokken (hulpverlenings)instanties, ten behoeve van de kwaliteit van zorg, onderlinge afstemming en continuïteit. De cliënt zal voorafgaand toestemming gevraagd worden, indien er informatie met een andere organisatie uitgewisseld/gedeeld moet worden. (Bij het willen overdragen van schriftelijke documentatie/(verwijs- ontslag)brieven dient de cliënt na toestemming hieraan voorafgaand te tekenen). Di-rumah handelt hierin conform de privacy wet bescherming persoonsgegevens (AVG)'

De cliëntadministratie voor de cliënten van di-rumah wordt gedaan door twee medewerkers van een andere organisatie. Zij hebben toegang tot de EPD-s en de personeelsdossiers terwijl zijn geen 'Geheimhoudingsverklaring met het addendum: Privacy en omgang met persoonsgegevens' hebben ondertekend zoals bij alle medewerkers van di-rumah wel het geval is.

Herstelaanbod

De aanbieder heeft lopende het onderzoek deze twee medewerkers alsnog een 'Geheimhoudingsverklaring met het addendum: Privacy en omgang met persoonsgegevens' ondertekend voor hun werkzaamheden voor di-rumah.

Alle voor de begeleiding noodzakelijke persoonsgegevens, rapportages, begeleidingsplannen, documenten etc. worden vastgelegd in het EPD van de cliënt.

In het beleid van de aanbieder is een hoofdstuk 'medezeggenschap' opgenomen. Eén van de mogelijkheden voor medezeggenschap is zitting nemen in de cliëntenraad. Het lukt de aanbieder niet om een cliëntenraad in te stellen. De medewerkers zeggen hierover dat de cliënten met name inspraak hebben in hun eigen begeleidingsplan. Ook geven zij aan dat cliënten veelal genoeg hebben aan hun eigen begeleidingstraject en geen behoefte hebben te participeren in een cliëntenraad.

Daarnaast zijn er maandelijks huisvergaderingen om met elkaar afspraken te maken met betrekking tot het wonen met elkaar.

In het Beleidshandboek van di-rumah staat dat elke 6 maanden een cliënt-tevredenheidsonderzoek wordt afgenomen. Cliënten kunnen anoniem via de website het tevredenheidsformulier invullen. Zij krijgen hiertoe elk half jaar een uitnodiging en een link per mail zodat ze in kunnen loggen in het cliënt-tevredenheidsonderzoek.

Op de website is te lezen dat in januari 2022 het eerstvolgende tevredenheidsonderzoek plaats zal vinden. Het laatste onderzoek vond plaats in januari 2021.

In het verslag van het tevredenheidsonderzoek van januari 2021 staat opgenomen dat de datum van het volgende onderzoek 12 juli 2021 is. De aanbieder handelt hierbij niet consequent volgens het eigen beleid.

Herstelaanbod

De aanbieder heeft lopende het onderzoek de website gewijzigd zodat beleid en praktijk nu overeenkomen.

Het verslag van het cliënttevredenheidsonderzoek van 12 januari 2021 laat een cliënttevredenheid zien van 82%. De aanbieder streeft naar een tevredenheid van 85%.

De vragenlijst is ingevuld door 11 cliënten Groepswonen en 6 cliënten met ambulante begeleiding.

Aandachtspunten die door de aanbieder zijn opgesteld ter verbetering van de begeleiding:

- Meer aandacht voor een harmonieus groepsverband
- Rustiger aankleden van de woningen
- In plaatsingen meer rekening houden met groepssamenstelling

Deze aandachtspunten zijn door de aanbieder omgezet in een verbeterplan.

De medewerkers ondertekenen bij hun aanstelling wel een 'Geheimhoudingsovereenkomst' en een 'Privacyverklaring medewerkers'.

De aanbieder heeft op 1-12-2020 een gedragscode voor medewerkers opgesteld en deze opgenomen in het sharepoint van di-rumah. De aanbieder kan niet aantonen dat deze gedragscode bekend is bij alle medewerkers.

Herstelaanbod

Lopende het onderzoek is door alle medewerkers de Gedragscode alsnog ondertekend en opgenomen in de personeelsdossiers.

5.3 Acceptatieplicht, uitsluitingscriteria en onhoudbare situaties

*Deelconclusie: Aan de gestelde eis wordt, nadat de aanbieder gebruik heeft gemaakt van **herstelaanbod**, voldaan. De aanbieder heeft uitsluitingscriteria opgesteld waarvan de medewerkers op de hoogte zijn.*

Beschrijving:

In het Beleidshandboek van de aanbieder is opgenomen welke afwegingen worden gemaakt bij het in begeleiding nemen van een nieuwe cliënt.

De aanbieder richt zich op cliënten met een stoornis in het autistisch spectrum en aanverwante psychiatrische problematiek met enige vorm van zelfstandigheid, en bereik te werken aan zijn problematiek. Deze informatie is voor nieuwe cliënten te vinden op de website van de aanbieder.

Cliënten met een ernstige alcohol- en/of drugsverslaving, waarbij deze problematiek de hoofddiagnose is, worden niet in begeleiding genomen, evenals cliënten die kampen met ernstige agressieproblematiek. Deze informatie ontbreekt op de website van de aanbieder.

Herstelaanbod

Lopende het onderzoek heeft de aanbieder alsnog de uitsluitingscriteria op zijn website geplaatst.

In het geval een onhoudbare situatie zich voordoet binnen een begeleidingstraject neemt de aanbieder contact op met de wijkcoach van de betrokken cliënt. De aanbieder voldoet hiermee aan de gestelde eis, echter, een wijkcoach geeft aan dat de aanbieder van hen een oplossing verwacht. De aanbieder stelt zich in sommige gevallen afhankelijk op van de wijkcoaches. Verwachtingen en mogelijkheden van beide kanten liggen niet op één lijn.

Een andere wijkcoach zet hierover dat de samenwerking tussen aanbieder en wijkcoach prettig en professioneel is. Er is overleg of terugmelding wanneer dit nodig is."

In het Beleidshandboek heeft de aanbieder een werkwijze opgenomen hoe te handelen in onhoudbare situaties, waarbij eenzijdig de begeleiding kan worden beëindigd door de aanbieder.

ZIENSWIJZE AANBIEDER

Meerwaarde groepswonen

In onze woningen bieden wij zorg op basis van WMO groepswonen met intensieve begeleiding. Cliënten wonen met maximaal 4 mensen samen in een woning waar zij allen een kamer huren. Er wordt gemeenschappelijk gebruik gemaakt van de algemene voorzieningen in de woning.

Bij aanmelding brengen we samen met de cliënt in kaart welke zorgbehoeften er zijn, waaronder de zorgvraag maar ook de begeleidingsstijl en de wens m.b.t. groepssamenstelling. Dit omdat de werkwijze per woning verschilt en binnen de visie en mogelijkheden aangepast wordt op de groepssamenstelling en zorgbehoeften van bewoners.

Vanuit di-rumah zijn wij gericht op de ontwikkeling van zelfstandigheid en zelfredzaamheid. In het kader van het 'zo normaal mogelijk' stimuleren wij cliënten binnen onze woonlocaties om met elkaar te zorgen voor een goed leef-/leerklimaat. Er vindt maandelijks een huisvergadering plaats waarin cliënten in samenspraak met begeleiding, zelf de mate van groepsmomenten en –activiteiten bepalen. We motiveren cliënten om hierin actief deel te nemen en elkaar aan te spreken. Begeleiding is te allen tijde ondersteunend en neemt over wanneer nodig.

Naast het feit dat het overschot van onze cliënten naar school of (activerend) werk gaat, wat praktisch gezien het plannen van groepsmomenten onmogelijk maakt door wisselende roosters, zijn wij van mening dat cliënten worden beperkt in hun ontwikkeling wanneer er dagelijks verplichte momenten door ons worden ingezet. We gaan uit van de intrinsieke motivatie van cliënten om te komen tot ontwikkeling. We spreken cliënten aan op hun gezonde kant, met als doel te groeien in zelfstandigheid. Dit betekent in de praktijk dat cliënten elkaar aanspreken (indien nodig met hulp van begeleiding) en zij zelf afspraken maken met elkaar. We zien daardoor een open cultuur ontstaan die zorgt voor een gevoel van veiligheid, ook op momenten wanneer begeleiding niet aanwezig is.

De ervaring leert dat het verplichten van groepsmomenten vaak averechts werkt, terwijl het in de huidige setting juist vaak vanzelf ontstaat vanuit de eigen motivatie.

De meerwaarde van het geclusterd wonen omvat ons inziens meer dan groepsbegeleiding. De mogelijkheid tot onplanbare zorg, de signalerende functie en het voorkomen van een sociaal isolement en eenzaamheid zijn belangrijke aspecten in deze zorgvorm. We zijn gedurende de dag aanwezig op de groepslocaties, waardoor de drempel tot zorg wordt verlaagd en er direct acties kunnen worden uitgezet wanneer nodig. De dagelijkse aanwezigheid zorgt ervoor dat wij goed zicht hebben op de gemoedstoestand van onze cliënten. Onze doelgroep heeft vaak de neiging te vermijden, wat kan zorgen voor oplopende spanning en ontregeling. Door de huidige inzet van begeleiding wordt de mogelijkheid tot vermindering nihil. Hiermee voorkomen we veelal opeenstapeling van

spanning en uiteindelijke ontregeling.

Verwijsindex

Naar aanleiding van de uitgevoerde inspectie, is er direct contact gezocht met het landelijk orgaan voor de Verwijsindex. We zijn verwezen naar de verwijsindex Arnhem en hebben inmiddels contact gehad met Valentijn Jansen (verwijsindex@vggm.nl), bereikbaar op 088-355 5400. De aanvraag procedure is gestart en er zal een training volgen voor het gebruik van de Verwijsindex. Binnen 14 dagen zal deze procedure worden afgerond waardoor di-
rumah voor 1 juni 2021 een actief account heeft voor de verwijsindex.

Professionele standaard

Wij betreuren het te lezen dat er bij één geïnterviewde wijkcoach het idee is ontstaan dat dat wij verwachten dat onze taken door wijkcoaches worden uitgevoerd. Dit is niet onze professionele standaard. Wij zijn vanuit onze organisatie juist gericht op een goede samenwerking met wijkcoaches en andere betrokkenen. Dit aangezien we allemaal hetzelfde doel hebben, namelijk: 'de cliënt kwalitatieve zorg bieden waarmee hij/zij zich verder kan ontwikkelen.'

Er vindt op ons initiatief daarom op regelmatige basis overleg plaats waarin naar afstemming wordt gezocht.

Huurcontract met koppelbeding

Nieuwe contracten zullen geoormerkt worden als tijdelijke huurcontracten voor 6 maanden, 1 jaar of maximaal 2 jaar. Hierdoor zal het koppelbeding uit de contracten verdwijnen.

Klachtenjaarsverslag

Het format voor het klachtenjaarsverslag is inmiddels naar aanleiding van het conceptrapport opnieuw aangepast. Het verslag van 2020 is opnieuw geüpload op de website.

Ik hoop hiermee voldoende duidelijk te maken hoe wij bezig zijn met verder herstel en verbetering van de zorg, mochten er vragen zijn dan hoor ik het graag,

Vriendelijke groeten,

Aanmeldcoördinator / directie

- De toezichthouder ziet in de zienswijze geen aanleiding om haar beoordeling te wijzigen.

BRONOVERZICHT

Doelmatigheid voorziening:

- Begeleidingsplannen van vier cliënten
- Twee recente evaluatieverslagen
- Gesproken met twee woonbegeleiders, twee persoonlijk begeleiders, de zorgcoördinator, twee administratief medewerkers, vier wijkcoaches en één directielid
- Roosters medewerkers per woning, incl. verdeling beschikte uren aan ambulante cliënten, uitgesplitst in gespecialiseerde begeleidingsuren en basis begeleidingsuren
- Overzicht werktijden vast personeel per woning voor groepswonen
- Interview met drie cliënten in twee verschillende woningen voor groepswonen

Veiligheid:

- Beleidshandboek di-rumah versie 2020 met daarin o.a. opgenomen:
 - Intakeprocedure
 - Exclusiecriteria
 - Uitwisseling en vastleggen van privacygevoelige persoonsgegevens
 - Werkwijze begeleidingsplan en evaluatie
 - Medicatiebeleid
 - Werkwijze eenzijdige zorgbeëindiging
 - Huisregels en sanctiebeleid
 - Handleiding Grensoverschrijdend gedrag en agressie
 - Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling
 - Melden incidenten
 - Melden calamiteiten
 - Medezeggenschap cliënten en medewerkers
 - Klachtenreglement
 - Kwaliteitssysteem
- Schriftelijke afspraken gebruik alcohol en drugs opgenomen in de huisregels
- Signaleringsplan in dossier van vier cliënten ingezien
- Certificaat 1 BHV'er d.d. 28 oktober 2020
- Gedragscode versie 1-12-2020, door alle medewerkers ondertekend

Samenwerking en afstemming:

- Verslagen afstemmingsoverleg met andere hulpverleners d.d. 17-06-2021 en 12-04-2021

Kwaliteit van personeel en organisatie:

- Notulen HBO-overleg dd 6 mei, 20 mei en 2 juni 2021
- Functieomschrijvingen Persoonlijk begeleider en Woonbegeleider
- VOG's ingezien van directieleden, medewerkers en administratieve krachten die worden ingehuurd
- Beroepskwalificaties van directieleden, woonbegeleiders en persoonlijk begeleiders
- Klachtenjaarverslag 2020 (aantal klachten 0)
- Klachtenjaarverslag 2019 (aantal klachten 0)
- Jaarplan 2021

Rechten van de cliënt:

- Verslag cliënttevredenheidsonderzoek d.d. 12 januari 2021
- Interview met 3 cliënten met een beschikking voor groepswonen met intensieve begeleiding
- Notulen maandelijks huisoverleg woning D4 en D5 januari t/m mei 2021
- Ondertekend formulier 'Toestemming voor dossiervorming en informatie-uitwisseling' in de vier onderzochte cliëntdossiers
- Privacyreglement, opgenomen in het Beleidsboek versie 2020
- Meldingssysteem incidenten en (bijna) fouten ingezien
- Klachtenregeling gepubliceerd op de website www.di-rumah.nl
- Procesbeschrijving afhandeling signalen en klachten versie juni 2021

GEGEVENSOVERZICHT

Opvanggegevens

Naam : di-rumah BV
Adres : Akkerwindestraat 1
Postcode en woonplaats : 6832 CR Arnhem
Telefoonnummer : 06-36353066
Website aanbieder : www.di-rumah.nl
Email aanbieder : d.rinsampessy@di-rumah.nl
Aantal medewerkers : 9 (waarvan 1 ZZP-er)
Rechtsvorm : BV
HKZ/ISO gecertificeerd : Nee

Gegevens toezicht

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

Gegevens opdrachtgever

Naam : Modulaire Gemeenschappelijke Regeling
sociaal domein regio Centraal Gelderland
Adres : Dorpsplein 1
Postcode en woonplaats : 6931 CZ Westervoort

Gegevens gemeente voor bezwaar tegen openbaarmaking

Naam : gemeente Arnhem
Adres : Postbus 5283
Postcode en woonplaats : 6802 EG Arnhem

Planning

Datum inspectie : 04-06-2021
Opstellen concept inspectierapport : 25-06-2021
Hoor/wederhoor : 08-07-2021
Zienswijze ontvangen : 08-07-2021
Vaststelling inspectierapport : 08-07-2021
Verzending inspectierapport : 09-07-2021

BIJLAGE 1 EISEN

1 Doelmatigheid voorziening

Wettelijke kwaliteitseis: De voorziening is doelmatig, doeltreffend en cliëntgericht (Wmo 2015, art. 3.1, tweede lid sub a).

1.1 Ondersteuningsplan	Eisen zijn van toepassing op	Ja/Nee/Deels /N.v.t.
Eis 2 Inkoopdocument Algemeen programma van eisen	Alle zorgvormen	
Ongeacht de verwijzer (toegang of geautoriseerde verwijzer) wordt de te verlenen ondersteuning door de opdrachtnemer verwerkt in een ondersteunings- of behandelplan. Dit plan dient gereed te zijn voor de start van de ondersteuning.		Ja
Cliënt en ook het sociale netwerk van cliënt zijn betrokken bij het opstellen van het ondersteuningsplan en de cliënt heeft zijn/haar ondersteuningsvraag kunnen formuleren.		Ja
Het ondersteuningsplan is ondertekend door de cliënt en/of wettelijke vertegenwoordiger.		Ja
Het bijstellen van de begeleidingsdoelen gedurende de uitvoering van het ondersteuningsplan dient altijd te gebeuren in afstemming met de Toegang.		Ja
Eis 2 Inkoopdocument Algemeen programma van eisen	Alle zorgvormen, behalve als alleen groepsbegeleiding stabiel wordt geboden	
<p>In het ondersteuningsplan zijn in ieder geval de volgende onderwerpen beschreven:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ De kansen/mogelijkheden en ondersteuningsbehoeften van de cliënt en welke hulp/ondersteuning wordt geboden. ○ Welke doelaafspraken cliënt en opdrachtnemer maken en hoe zij deze gaan bereiken. ○ Binnen welk tijdsbestek deze doelen moeten worden behaald en hoeveel uur daarvoor nodig is. ○ Binnen welk tijdsbestek er kan worden afgeschaald naar minder uren en/of een eenvoudigere ondersteuningsinzet. ○ Hoe opdrachtnemer de nazorg vormgeeft en de eventuele overdracht naar andere zorgvormen. (Indien van toepassing) ○ Wanneer geëvalueerd wordt (datum vastgelegd). ○ De inzet van en afstemming met algemene voorzieningen (indien van toepassing). ○ In het plan staat de naam van de eerstverantwoordelijke (medewerker van de opdrachtnemer) vermeld. De eerstverantwoordelijke of diens vervanger is goed bereikbaar. ○ In het plan staat vermeld wie de casusregisseur of coördinator is (in het geval van meervoudige, complexe problematiek dient een regisseur te zijn aangewezen (zie eis 5 Casusregie). ○ De inbreng van een multidisciplinair team (indien van toepassing) is beschreven in het ondersteuningsplan. ○ De afstemming tussen dagbesteding, werk en wonen (indien van toepassing), is beschreven in het ondersteuningsplan. ○ De afstemming op andere vormen van geboden hulp en zorg is beschreven in het ondersteuningsplan (zie eis 4 Afstemming). 		Ja

Wettelijke kwaliteitseis: De voorziening is doelmatig, doeltreffend en cliëntgericht	Alle zorgvormen	
Rapportage vindt doelgericht en regelmatig plaats		Ja
Er vindt urenregistratie plaats van de geleverde ondersteuning.		Ja
Eis 2 inkoopdocument Zorgvorm specifieke eisen Beschermd wonen	Beschermd wonen	
Aanbieder zet in op het bevorderen van zelfredzaamheid en het vergroten van de zelfstandigheid van cliënten. Daar waar sprake is van intramurale zorg, zet de aanbieder in op het doorstromen naar zelfstandig wonen. Doelstellingen hieromtrent worden vastgelegd in het ondersteuningsplan dat aanbieder samen met cliënt maakt.		Ja
Productbeschrijving Beschermd wonen zelfstandig wonen met intensieve begeleiding	Beschermd wonen Zelfstandig wonen met intensieve begeleiding	
Aanbieder maakt in het ondersteuningsplan met de cliënt, afspraken over de bereikbaarheid en beschikbaarheid buiten kantoortijden. Voornamelijk over de inzet van medewerkers in de nacht en het weekeinde worden afspraken gemaakt, evenals over de eventuele aanrijtijd die noodzakelijk is bij onverwachte inzet. Deze is nooit langer dan 30 minuten.		Ja

1.2 Evaluatie	Eisen zijn van toepassing op	Ja/Nee/Deels /N.v.t.
Eis 3 Inkoopdocument Algemeen programma van eisen	alle zorgvormen	
Op initiatief van opdrachtnemer vindt, tenminste 6 weken voor afloop van de indicatie, evaluatie plaats van het ondersteunings- of behandelplan en de uitvoering daarvan. Wanneer het traject langer duurt dan een jaar vinden er in overleg meerdere evaluaties plaats.		Ja
Elke evaluatie wordt besproken met de cliënt en er wordt een verslag gemaakt, dat ondertekend is door de cliënt en/of wettelijke vertegenwoordiger, zodat helder is dat deze evaluatie is besproken met de desbetreffende cliënt.		Ja
Uit de evaluatie blijkt in hoeverre de gestelde doelen zijn behaald. Als een doel of een resultaat niet wordt gehaald, is de opdrachtnemer verantwoordelijk voor de motivering waarom dat doel of resultaat niet gehaald is. De opdrachtnemer beschrijft de wijze waarop de gestelde doelen alsnog behaald kunnen worden of dienen te worden bijgesteld.		Ja
De evaluatie wordt altijd gedeeld met de opdrachtgever indien de opdrachtgever de verwijzer is. Is de opdrachtgever niet de verwijzer, dan kan, op verzoek van de opdrachtgever en met toestemming van cliënt en/of wettelijke vertegenwoordiger, de evaluatie worden gedeeld met opdrachtgever. Dit is nodig om de toewijzing en vordering hiervan te monitoren. Hierbij wordt rekening gehouden met de privacyregels.		Ja
1.3 Ondersteuning	Eisen zijn van toepassing op	Ja/Nee/Deels /N.v.t.
Eis 5 Inkoopdocument Beschermd wonen Zorgvorm specifieke eisen	Beschermd wonen	

Van ieder product in deze zorgvorm maakt nadrukkelijk ook onderdeel uit dat aanbieder de cliënt ook (mede) begeleidt naar een vorm van daginvulling zoals (activerend) werk.		Ja
Daarnaast is de ondersteuning 7 dagen per week, 24 uur per dag bereikbaar (binnen 5 minuten) en zo nodig beschikbaar (binnen 30 minuten).		Ja
Inkoopdocument beschermd wonen productbeschrijving Zelfstandig wonen met intensieve begeleiding	Beschermd wonen zelfstandig wonen met intensieve begeleiding	
De ondersteuning is 7 dagen per week, 24 uur per dag bereikbaar (binnen 5 minuten) en zo nodig beschikbaar (binnen 30 minuten).		Ja
Inkoopdocument Beschermd wonen Productbeschrijving Groepswonen met intensieve begeleiding	Beschermd wonen Groepswonen met intensieve begeleiding	
Het product groepswonen met intensieve begeleiding wordt in principe voor een periode van maximaal 2 jaar ingezet, met als doel doorstroming naar (begeleid) zelfstandig wonen.		Ja
De bewoner ervaart meerwaarde van het geclusterd wonen door het contact met medebewoners en de gedeeltelijke groepsgewijze begeleiding. De begeleiding wordt deels individueel en deels in groepsverband geleverd.		Deels
De ondersteuning is op vaste momenten gedurende de dag en eventueel avond aanwezig. Afhankelijk van de behoefte van de cliënten kan dat ook in het weekeinde het geval zijn.		Ja
De ondersteuning is 7 dagen per week, 24 uur per dag bereikbaar (binnen 5 minuten) en zo nodig beschikbaar (binnen 30 minuten).		Ja
1.4 Zelfredzaamheid	Eisen zijn van toepassing op	Ja/Nee/Deels /N.v.t.
Eis 2 Zorgvorm specifieke eisen Beschermd wonen	Beschermd Wonen	
Aanbieder zet in het op het bevorderen van zelfredzaamheid en het vergroten van zelfstandigheid van cliënten.		Ja

1.5 Wonen en zorg	Eisen zijn van toepassing op	Ja/Nee/Deels /N.v.t.
Eis 23 inkoopdocument Beschermd wonen Zorgvorm specifieke eisen	Beschermd Wonen	
Aanbieder draagt er zorg voor dat cliënten die in zorg verblijven, met als perspectief (einddoel) zelfstandig (begeleid) wonen, zich maximaal een maand na instroom laten inschrijven als woningzoekende bij Entree/woningbouwcorporaties, zodat zij bij uitstroom tijdig in aanmerking kunnen komen voor een sociale huurwoning.		Ja

Eis 25 inkoopdocument Beschermd wonen Zorgvorm specifieke eisen	Beschermd Wonen	
Aanbieder draagt er zorg voor dat cliënten die in zorg verblijven, met als perspectief (einddoel) zelfstandig (begeleid) wonen, minimaal 6 maanden voor de geplande uitstroombdatum door aanbieder worden begeleid in het aanvragen van een woning via de gemeentelijke woonafspraken binnen de regio Centraal Gelderland.		Ja
Inkoopdocument Beschermd wonen Productbeschrijving Groepswonen met intensieve begeleiding Inkoopdocument Beschermd wonen Productbeschrijving Zelfstandig wonen met intensieve begeleiding	Beschermd Wonen Groepswonen met intensieve begeleiding / zelfstandig wonen met intensieve begeleiding	
De cliënt huurt of bezit zelf een woning/kamer. In de praktijk betekent dit dat de cliënt een (on)zelfstandige woonruimte huurt van bijvoorbeeld een woningbouwcorporatie of een particuliere verhuurder.		Nee

2 Veiligheid

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

2.1 Veiligheid cliënt	Eisen zijn van toepassing op	Ja/Nee/Deels /N.v.t.
Eis 6 Inkoopdocument Algemeen Programma van eisen	alle zorgvormen	
In het kader van de geboden hulp/ondersteuning wordt de veiligheid van de cliënt gewaarborgd. Aanbieder dient risico's te signaleren ten aanzien van de fysieke en sociale veiligheid van de cliënt.		Ja
Eis 20 inkoopdocument Beschermd wonen Zorgvorm specifieke eisen	Beschermd Wonen	
Aanbieder hanteert een format waarmee bij elke cliënt binnen deze zorgvorm een risico-inventarisatie wordt afgenomen. Hierbij wordt een inschatting gemaakt van minimaal de risico's op het gebied van medicatie, drugs, alcoholgebruik en gedragsproblematiek. Op basis van deze inschatting worden passende begeleidingsafspraken gemaakt. De risico's en de begeleidingsafspraken worden vastgelegd in het ondersteuningsplan.		Ja
Eis 18 inkoopdocument Beschermd wonen Zorgvorm specifieke eisen	Beschermd Wonen	
Aanbieder heeft beleid omtrent het gebruik van alcohol en drugs.		Ja

2.2 Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling	Eisen zijn van toepassing op	Ja/Nee/Deels /N.v.t.
Eis 8 Inkoopdocument Algemeen Programma van eisen	Alle zorgvormen	
Opdrachtnemer houdt zich bij de verlening van hulp/ondersteuning aan de toepassing (d.w.z. implementatie binnen de organisatie) van de verplichte meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling. Dat wil zeggen dat de opdrachtnemer een meldcode moet hebben, deze geïmplementeerd moet zijn, dat volgens deze meldcode wordt gewerkt en dat het gebruik daarvan wordt bevorderd.		Deels
Deze meldcode dient te voldoen aan de eisen zoals vastgelegd in de Wet meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling, het Besluit verplichte meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling.		Ja

2.3 Intern meldingssysteem incidenten/bijna incidenten	Eisen zijn van toepassing op	Ja/Nee/Deels /N.v.t.
Eis 11 Inkoopdocument Algemeen Programma van eisen	Alle zorgvormen, behalve als alleen activerend Werk geboden wordt	
Er is een intern meldings-/registratiesysteem voor incidenten, fouten en bijna fouten dat operationeel is (VIM: Veilig Incident Melden). Het melden, registreren, analyseren, verbeteren en terugkoppelen aan melder is georganiseerd en geborgd. Het betreft incidenten of bijna incidenten, die zijn gekoppeld aan het handelen door zorgprofessionals.		Ja

2.4 Calamiteiten	Eisen zijn van toepassing op	Ja/Nee/Deels /N.v.t.
Eis 10 Inkoopdocument Algemeen Programma van eisen	Alle zorgvormen, behalve als alleen activerend Werk geboden wordt	
Opdrachtnemer meldt iedere calamiteit, ieder geweldsincident en ernstig incident met grote impact op de maatschappij, cliënt, zijn/haar omgeving en/of andere betrokkenen binnen twee werkdagen aan de aangewezen toezichthoudend ambtenaar waar de calamiteit zich voordoet.		Ja

3 Samenwerking en afstemming

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)

3.1 Afstemming	Eisen zijn van toepassing op	Ja/Nee/Deels /N.v.t.
Eis 4 Inkoopdocument Algemeen programma van eisen	Alle zorgvormen	
De aangeboden hulp/ondersteuning dient te worden afgestemd op andere vormen van geboden hulp en ondersteuning.		Ja
De nodige afspraken (schriftelijk/digitaal) zijn gemaakt in het kader van de onderlinge afstemming, waaronder overdracht. Deze zijn bekend bij de cliënt en zijn/haar sociale netwerk.		Ja
Met eventuele andere samenwerkingspartners vindt de noodzakelijke (schriftelijke/digitale) gegevensuitwisseling plaats in het kader van de onderlinge afstemming. Ook vindt met andere opdrachtnemers evaluatie en zo nodig bijstelling plaats.		Ja
De continuïteit van de geboden hulp/ondersteuning is gewaarborgd.		Ja
De opdrachtnemer heeft een actieve signalerende functie ten aanzien van de gezondheidssituatie, de leefomstandigheden en de sociale omgeving van de cliënt. Van de opdrachtnemer wordt verwacht dat alle in te zetten medewerkers in staat zijn deze signalerende taak, gericht op de keten van zorg en ondersteuning in het gehele verzorgingsgebied, uit te voeren en hun signalering binnen hun organisatie neer te leggen.		Deels
Eis 41 inkoopdocument Beschermd wonen Zorgvorm specifieke eisen	Beschermd Wonen	
Aanbieders en lokale toegang zetten zich beide in om een integrale aanpak te realiseren.		Ja
Eis 43 inkoopdocument Beschermd wonen Zorgvorm specifieke eisen	Beschermd Wonen	
In afwijking van eis 3 in Algemeen programma van eisen, maakt aanbieder minimaal acht weken voor afronding van ingezette hulp afspraken met de lokale toegang en eventuele nieuwe aanbieder over de overdracht van de cliënt om te voorkomen dat bereikte resultaten teniet worden gedaan.		Ja
Eis 44 Inkoopdocument Beschermd wonen Zorgvorm specifieke eisen	Beschermd Wonen	
Indien er sprake is van spoedeisende of crisis hulp, meldt aanbieder dit zo snel mogelijk en uiterlijk binnen twee werkdagen aan de lokale toegang.		Ja

3.2 Casusregie	Eisen zijn van toepassing op	Ja/Nee/Deels /N.v.t.
Eis 5 Inkoopdocument Algemeen Programma van eisen	Alle zorgvormen	
In geval van meervoudige, complexe problematiek is één regisseur of coördinator aangewezen die de nodige samenhang en continuïteit bewaakt.		Ja
In eerste aanleg is de cliënt zelf regisseur van zijn zorg, tenzij dit niet mogelijk is. In dat geval neemt de ondersteunende/behandelende organisatie of de toegang de regie over.		Ja
De regisseur dient toegang te krijgen tot de noodzakelijke gegevens om de casusregie uit te kunnen voeren. Hierbij wordt rekening gehouden met de privacyregels.		Ja

3.3 VIR	Eisen zijn van toepassing op	Ja/Nee/Deels /N.v.t.
Eis 12 Inkoopdocument Algemeen Programma van eisen	Alle zorgvormen, behalve als alleen activerend Werk geboden wordt	
Opdrachtnemer maakt, indien van toepassing, gebruik van de verwijsindex risicojongeren (VIR) en onderneemt de benodigde acties. Dit geldt voor jongeren tot 23 jaar.		Nee

4 Kwaliteit van personeel en organisatie

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.)

4.1 Kwaliteitssysteem	Eisen zijn van toepassing op	Ja/Nee/Deels /N.v.t.
Eis 7 Inkoopdocument Algemeen programma van eisen	Van toepassing op alle zorgvormen	
De opdrachtnemer werkt aantoonbaar aan kwaliteit: de inschrijver beschikt over een kwaliteitssysteem (beleid, protocol of beschreven werkwijze vertaald in een kwaliteitshandboek). Onder een kwaliteitsbeleid/werkend kwaliteitssysteem wordt tenminste verstaan: het systematisch uitvoeren van zelfevaluaties over de bereikte kwaliteit en de daaruit voortkomende verbeterplannen.		Ja
In het kwaliteitshandboek zijn alle kwaliteitsdocumenten gebundeld en is de vindplaats van alle kwaliteitsdocumenten te achterhalen. Onder kwaliteitsdocumenten worden alle protocollen, richtlijnen, werkinstructies, notities en		Ja

<p>andere voor het werkproces relevante geschreven teksten verstaan. Documenten waarin de kwaliteitsborging beschreven is, maken hier tevens deel van uit.</p> <p>Tevens bevat dit kwaliteitsbeleid werkinstructies en handelingsprotocollen die van toepassing zijn voor de uitvoering van de gecontracteerde opdrachten.</p> <p>De meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling (eis 8), de klachtenregeling (eis 9) en het protocol calamiteiten toezicht (eis 10) zijn minimaal aanwezig en verwerkt in het kwaliteitssysteem en onderdeel van het kwaliteitshandboek.</p>		
<p>Medewerkers zijn op de hoogte van deze werkinstructies en handelingsprotocollen en handelen daar naar.</p>		Ja

4.2 Personeelsbeleid	Eisen zijn van toepassing op	Ja/Nee/Deels /N.v.t.
Eis 13 Inkoopdocument Algemeen programma van eisen	Alle zorgvormen, behalve als alleen activerend werkgeboden wordt	
Eis 18 Inkoopdocument Algemeen Programma van eisen	Alle zorgvormen	
De opdrachtnemer draagt ervoor zorg dat de aangeboden individuele ondersteuning door zo weinig mogelijk verschillende medewerkers wordt uitgevoerd.		Ja
Eis 19 Inkoopdocument Algemeen Programma van eisen	Alle zorgvormen	
De opdrachtnemer draagt zorg voor passende vervanging bij afwezigheid (bijvoorbeeld of in het geval van vakantie) van de vaste medewerker.		Ja
Bij vervanging wordt rekening gehouden met de situatie van de cliënt, tenzij de cliënt zelf aangeeft geen gebruik te willen maken van vervangende dienstverlening.		Ja
Eis 9 inkoopdocument Beschermd wonen Zorgvorm specifieke eisen	Beschermd Wonen	
Aanbieder ziet erop toe dat beroepskrachten tijdens hun werkzaamheden binnen deze zorgvorm handelen in overeenstemming met de professionele standaarden van de beroepsgroep (zoals GGZ, V&V, GZ, beroepscode voor Sociaal Agogisch werkers, etc.)		Ja
Eis 10 inkoopdocument Beschermd wonen Zorgvorm specifieke eisen	Beschermd Wonen	
Medewerkers die worden ingezet bij de ondersteuning van cliënten beschikken over een relevante beroepsopleiding in zorg en/of welzijn.		Ja
De mix van (wo)-, hbo- en mbo-geschoolde medewerkers staat in verhouding tot de aangeboden producten, aantallen locaties en cliënten van de aanbieder.		Ja
<p>Inkoopdocument Beschermd wonen Productbeschrijving Intramuraal wonen intensief</p> <p>Inkoopdocument Beschermd wonen Productbeschrijving intramuraal beschermd wonen basis</p> <p>Inkoopdocument Beschermd wonen Productbeschrijving Groepswonen met intensieve begeleiding</p>	Beschermd Wonen intramuraal intensief / intramuraal beschermd wonen basis / groepswonen met intensieve	

Inkoopdocument Beschermd wonen Productbeschrijving Zelfstandig wonen met intensieve begeleiding	begeleiding /zelfstandig wonen met intensieve begeleiding	
Er is minimaal één medewerker met een relevante opleiding op hbo niveau betrokken die de regie voert over de ondersteuning en die in geval van op- en afschaling kan signaleren.		Ja
Inkoopdocument beschermd wonen productbeschrijvingen Groepswonen met intensieve begeleiding	Beschermd wonen groepswonen met intensieve begeleiding	
De aanbieder levert door middel van een beroepsgeschoolde medewerker niveau mbo 4 ondersteuning op geplande en ongeplande momenten (zo nodig op meerdere momenten per dag).		Ja
Inkoopdocument beschermd wonen productbeschrijving Zelfstandig wonen met intensieve begeleiding	Beschermd wonen zelfstandig wonen met intensieve begeleiding	
De aanbieder levert door middel van een beroepsgeschoolde medewerker ondersteuning op geplande en ongeplande momenten (zo nodig op meerdere momenten per dag).		Ja

4.3 Goed hulpverlener schap, professionele standaard en kwaliteit	Eisen zijn van toepassing op	Ja/Nee/Deels /N.v.t.
Eis 14 Inkoopdocument Algemeen Programma van eisen	Van toepassing op alle zorgvormen	
<p>Binnen de in de opdracht en overige inkoopdocumenten gestelde kaders neemt opdrachtnemer ten opzichte van de cliënt bij de uitvoering van zijn werkzaamheden de ondersteuning van een goed hulpverlener in acht en handelt daarbij in overeenstemming met de op hem rustende verantwoordelijkheid, voortvloeiende uit de voor hem of haar geldende professionele standaard en conform alle gestelde eisen en voorwaarden.</p> <p>Tot goed hulpverlener schap wordt in ieder geval ook gerekend het leveren van kwalitatief goede, verantwoorde en proportionele ondersteuning binnen de hiertoe geldende of nog te stellen termijnen.</p>		Deels

4.4 Medewerkers: Verklaring omtrent gedrag (VOG)	Eisen zijn van toepassing op	Ja/Nee/Deels /N.v.t.
Eis 15 Inkoopdocument Algemeen Programma van eisen	Van toepassing op alle zorgvormen	
Bestuurders (conform uittreksel KvK) en alle hulpverleners (alle medewerkers, inclusief uitzendkrachten, zzp'ers, stagiaires en vrijwilligers), die direct contact hebben met cliënten zijn in het bezit van een Verklaring Omtrent Gedrag (VOG) die bij indienstreding niet ouder is dan 3 maanden en bij het inzetten op de gecontracteerde zorg door Inkoop SDCG, niet ouder dan 3 jaar. Dat betekent dat medewerkers in dienst bij de opdrachtnemer, die geen direct contact met de cliënt hebben, niet hoeven te beschikken over een VOG, met uitzondering van bestuurder(s) en met uitzondering van medewerkers die toegang hebben tot systemen waarin vertrouwelijke en gevoelige gegevens zijn opgeslagen. Indien opdrachtnemer met onderaannemers werkt, geldt deze eis ook voor de onderaannemers.		Ja

4.5 Informatievoorziening en website	Eisen zijn van toepassing op	Ja/Nee/Deels /N.v.t.
Eis 16 Inkoopdocument Algemeen programma van eisen	Van toepassing op alle zorgvormen	
De opdrachtnemer beschikt over een actuele website, waar hij tenminste op publiceert: <ul style="list-style-type: none"> o Een actueel overzicht van de gecontracteerde producten en diensten aan cliënten. o De klachtenregeling incl. het klachtenjaarverslag. o Wijze van omgaan met privacy (AVG). o Wachttijden. o Eventuele certificeringen. o Telefoonnummer en/of andere contactgegevens van de organisatie, incl. tijden waarop de organisatie bereikbaar is. 		Ja

5 Rechten van de cliënt

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.).

5.1 Klachtenregeling	Eisen zijn van toepassing op	Ja/Nee/Deels /N.v.t.
Eis 9 Inkoopdocument Algemeen programma van eisen	Alle zorgvormen, behalve indien alleen activerend werk wordt geboden.	
De opdrachtnemer heeft een effectieve en laagdrempelige regeling vastgelegd voor de afhandeling van klachten van cliënten en ten aanzien van gedragingen van de opdrachtnemer of haar medewerkers tegen een cliënt, conform vigerende wet- en regelgeving.		Ja
De cliënt wordt geïnformeerd over de klachtenregeling.		Ja

De klachtenregeling is te vinden op de website van de betreffende opdrachtnemer.		Ja
De opdrachtnemer stelt jaarlijks een openbaar klachtenjaarverslag/klachtenlijst op en publiceert dit op zijn website.		Ja
In het klachtenjaarverslag/klachtenlijst is minimaal beschreven: <ul style="list-style-type: none"> o Hoeveel klachten zijn ingediend. o Welke klachten zijn ingediend (beschrijving van de klacht, incl. het thema van de klacht). o De afhandelingstermijn (per klacht). o De wijze waarop de klachten zijn afgehandeld (per klacht). o De wijze van communicatie en opvolging van de klachten (per klacht). o Welke verbetermaatregelen naar aanleiding van de klachten zijn genomen (per klacht). 		Nee

5.2 Rechten van de cliënt en gedragscode	Eisen zijn van toepassing op	Ja/Nee/Deels /N.v.t.
Eis 17 Inkoopdocument Algemeen programma van eisen	Van toepassing op alle zorgvormen, behalve enkel activerend werk	
De cliënt voelt zich op zijn/haar gemak op de plaats waar de hulp/ondersteuning wordt geboden		Ja
De opdrachtnemer staat open voor wensen, aanwijzingen, vragen en kritiek van de cliënt.		Ja
Er zijn met de cliënt afspraken (schriftelijk/digitaal) gemaakt over gegevensuitwisseling die passen binnen het privacy-statuuut van de opdrachtnemer.		Ja
De cliënt kan participeren in een cliëntenraad of een vergelijkbaar platform.		Ja
Medewerkers houden zich aan de door de opdrachtnemer vastgestelde gedragscode die schriftelijk is vastgelegd, waarbij aandacht wordt besteed aan de volgende thema's: <ul style="list-style-type: none"> o Correcte cliëntbejegening. o Servicegerichte en klantvriendelijke instelling. o Inlevingsvermogen en hulpvaardigheid. o Respecteren ziens-, geloofs- en zijnswijze van de cliënt. o Privacy, geheim te houden al hetgeen is toevertrouwd. o Integriteit van de medewerkers (als voorbeeld beleid op het aannemen van cadeaus c.q. schenkingen, etc.). 		Ja

5.2 Acceptatieplicht, uitsluitingscriteria en onhoudbare situaties	Eisen zijn van toepassing op	Ja/Nee/Deels /N.v.t.
Eis 14 inkoopdocument Beschermd wonen Zorgvorm specifieke eisen	Beschermd Wonen	
De aanbieder heeft een acceptatieplicht en levert ondersteuning aan alle cliënten voor wie de gemeente dit noodzakelijk acht. Dit tenzij: <ul style="list-style-type: none"> • De cliënt valt onder de uitsluitingscriteria van de aanbieder. • Na afstemming met de regionale toegang de situatie onhoudbaar wordt geacht. Indien de aanbieder het product Intramuraal beschermd wonen 		Ja

intensief aanbiedt, geldt een acceptatieplicht voor alle cliënten voor wie de gemeente dit noodzakelijk acht en kan er geen beroep op uitsluitingscriteria worden gedaan.		
Eis 16 Inkoopdocument Beschermd wonen Zorgvorm specifieke eisen	Beschermd Wonen	
In geval van een onhoudbare situatie binnen een zorgtraject (bijvoorbeeld als de situatie van de cliënt te complex is, de problematiek niet goed begeleid kan worden) dient aanbieder zo spoedig mogelijk contact op te nemen met de regionale toegang.		Ja
Eis 17 Inkoopdocument Beschermd wonen Zorgvorm specifieke eisen	Beschermd Wonen	
Als de situatie, zoals bij eis 16 beschreven, zich voordoet, is de aanbieder verantwoordelijk voor een warme overdracht aan die aanbieder die het traject overneemt. Deze overdracht vindt in afstemming met de regionale toegang plaats.		Ja

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