

WMO TOEZICHT

Definitief rapport kwaliteitsonderzoek
Beschermd wonen en ambulante begeleiding
Stichting Mayoung
Edeseweg 112
6721 KC Bennekom

Datum inspectie: 29-07-2021
Datum rapport: 06-09-2021
In opdracht van de gemeente Ede



Gelderland-Midden

INHOUDSOPGAVE

WMO TOEZICHT	1
GEGEVENSOVERZICHT	3
INLEIDING	4
Onderzoek: aanleiding en belang	4
Korte beschrijving van de organisatie en de doelgroep	4
CONCLUSIE EN ADVIES	5
ADVIES AAN DE GEMEENTE:	6
BEVINDINGEN.....	7
1 Doelmatigheid voorziening.....	7
2 Veiligheid	9
3 Samenwerking en afstemming	12
4 Kwaliteit van personeel en organisatie	13
5 Rechten van de cliënt.....	17
ZIENSWIJZE AANBIEDER	21
BRONNEN.....	23

GEGEVENSOVERZICHT

Basisgegevens

Naam : Stichting Mayoung
Adres : Edeseweg 112
Postcode en woonplaats : 6721 KC Bennekom
Telefoonnummer : 06 53 29 10 80
Website aanbieder : www.mayoung.nl
Rechtsvorm : stichting
HKZ/ISO gecertificeerd : nee
KVK nummer : 61469599

Gegevens toezicht

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

Gegevens opdrachtgever

Naam : Gemeente Ede
Adres : Postbus 9022
Postcode en woonplaats : 6710 HK Ede

Planning

Datum onderzoek : 29-07-2021
Opstellen concept onderzoeksrapport : 23-08-2021
Hoor/wederhoor : 02-09-2021
Opstellen 2^{de} conceptrapport : 02-09-2021
Zienswijze ontvangen : 06-09-2021
Vaststelling onderzoeksrapport : 06-09-2021
Verzending onderzoeksrapport : 06-09-2021

INLEIDING

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

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

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

De toetsing is gebaseerd op wettelijke regelingen waaronder de Wmo, aangevuld met de kwaliteitscriteria uit de gemeentelijke Wmo verordening, inkoopvoorwaarden, toekenningsbeschikkingen en/of uit overeenkomsten met zorgaanbieder

Onderzoek: aanleiding en belang

Dit onderzoek heeft plaatsgevonden op verzoek van de gemeente Ede.

Op 25 maart 2021 heeft de Wmo-toezichthouder van GGD Gelderland Midden in opdracht van de gemeente Ede een Quick scan uitgevoerd bij Stichting Mayoung (verder te noemen Mayoung). De Quick scan is een verkorte variant van een kwaliteitsonderzoek. Hieruit bleek dat de aanbieder niet voldeed aan alle getoetste eisen. De aanbieder heeft aangegeven met de kwaliteit van de ondersteuning aan de slag te willen en heeft hiervoor van de gemeente Ede twee maanden de tijd gekregen waarna een aangekondigd kwaliteitsonderzoek door de Wmo-toezichthouder zal plaatsvinden. Dit onderzoek heeft zich gericht op alle (kwaliteits)eisen vanuit de Wmo en aanvullende gemeentelijke (kwaliteits)eisen.

Het onderzoek vond plaats op 29 juli 2021. Het betrof een aangekondigd bezoek. Op dat moment waren er vier cliënten aanwezig, evenals alle bij Mayoung werkzame medewerkers en bestuurders (vijf waarvan drie tevens bestuurder zijn).

Het onderzoek bestond uit observatie, bronnenonderzoek (bijlage 1) en interviews. Er hebben gesprekken plaats gevonden met de twee directieleden en de begeleider, allen tevens bestuurder bij Stichting Mayoung. Personen stelden zich coöperatief op. Het gesprek verliep in een open en professionele sfeer. Tevens zijn gesprekken gevoerd met twee cliënten Beschermd Wonen, en de twee assistent begeleiders waarvan er één een vrijwilligersovereenkomst heeft, en de ander een leer/werkovereenkomst. De leidinggevende was bij de gesprekken met cliënten en assistent-begeleiders niet aanwezig. De toezichthouder heeft telefonische interviews gehouden met twee Wmo-consulenten van de gemeente Ede.

Korte beschrijving van de organisatie en de doelgroep

Als zelfstandig trainer heeft één van de bestuurders met haar eigen bedrijf voor training en advies al sinds jaar en dag mensen geholpen om hun plek in de maatschappij te herpakken. Via bedrijfstrainingen en re-integratietrajecten, maar vaker nog met individuele begeleiding vanuit de veilige haven van haar eigen woning. In 2013 vond deze passie een nieuwe plek op de Elias Beekman Kazerne, waar zij 5 bewoners opnam in haar wooninitiatief. Niet veel later kwam een andere aanbieder met nazorgcentrum Mayoung ook op de Elias Beekman kazerne en beide vrouwen sloegen de handen ineen om vorm te geven aan de huidige stichting.

Stichting Mayoung werd in 2014 opgericht, omdat de aanbieder vond dat er te weinig goede nazorg bestaat voor mensen met (meervoudige) psychische/psychiatrische (gedrags)problematiek in combinatie met verslaving. De aanbieder startte een particulier wooninitiatief met de uitstraling van een 'thuis' met een kleine groep vaste begeleiders die 24-7 aanwezig is, en waar de mens centraal staat.

Mayoung biedt zowel beschermd wonen als ambulante specialistische begeleiding aan personen vanaf 18 jaar met psychologische, psychosociale en/of gedragsproblematiek, al dan niet in combinatie met verslavingsproblematiek.

Er is sinds kort ruimte voor 8 bewoners, momenteel wonen er 6 bewoners met een PGB voor Beschermd Wonen Middel of Zwaar. Tevens is er 1 cliënt met een PGB voor ambulante specialistische begeleiding vanuit de Wmo, en 1 ambulante cliënt vanuit de Wlz.

Doel van de geboden begeleiding is een duurzaam herstel en zelfstandige re-integratie. Begeleiding wordt niet alleen door de begeleiders gegeven, maar bewoners geven elkaar ook feedback en ondersteuning.

De aanbieder is recent gestart met het werken aan de eisen NEN 123 waarmee zijn zich wil kwalificeren conform de HKZ voor Kleine Ondernemingen. De aanmelding voor de NEN 123 kwalificatie is gedaan.

Het team dat begeleiding biedt, bestaat uit twee directieleden, één begeleider en twee assistent-begeleiders, deels nog in opleiding, deels gekwalificeerd, en een vrijwilliger. Het team wordt aangestuurd door de beide directieleden.

Het bestuur van Mayoung bestaat uit de beide directieleden en de begeleider.

Op het adres waar Mayoung is gehuisvest zijn meer aanbieders van begeleiding ingeschreven, te weten:

- Training en Advies
- Stichting: onafhankelijke stichting die interventies bij personen met een verslaving uitvoert. Volgens de aanbieder heeft deze stichting nog nauwelijks activiteiten.
- Stichting: opgericht voor innovatieve reïntegratietrajecten als tegenhanger van grote reïntegratiebureaus. Volgens de aanbieder heeft deze stichting geen activiteiten meer en zal worden opgeheven.
-B.V.: een restaurant in Ede waar (ex)bewoners, begeleiders en mensen uit hun netwerk (kunnen) werken.

In deze ondernemingen zijn steeds één of beide directieleden van Mayoung als bestuurder/eigenaar opgenomen in de Kamer van Koophandel.

CONCLUSIE EN ADVIES

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

Wat gaat goed:

Uit het onderzoek wordt duidelijk dat de werkwijze van alle medewerkers overeenkomt met de visie die door Mayoung wordt uitgedragen. De medewerkers zijn betrokken bij hun werk en hebben hart voor hun werk en de bewoners.

De bewoners zijn tevreden over de begeleiding die door de aanbieder geboden wordt. Zij voelen zich respectvol bejegend en zijn tevreden over hun woon/leefsituatie binnen het Beschermd Wonen bij Mayoung. Ook de Wmo-consulenten van de bewoners zijn tevreden over de begeleidingstrajecten en de uitstroom van bewoners, en de samenwerking met de aanbieder.

De aanbieder beschikt over zeer recent door de medewerkers in gezamenlijkheid opgestelde protocollen en werkinstructies. Deze protocollen en werkinstructies zaten tot nu toe vooral in het hoofd van de aanbieder en medewerkers maar zijn nu ook daadwerkelijk vastgelegd. De

aanbieder is voornemens nog dit kalenderjaar een externe audit te laten doen voor de HKZ certificering.

Er wordt nog niet voldaan aan:

- *Wettelijke kwaliteitseis: De voorziening is doelmatig, doeltreffend en cliëntgericht (Wmo 2015, art. 3.1, tweede lid sub a).*
 - 24 uren zorg/begeleiding is gewaarborgd.
- *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.)*
 - De aanbieder beschikt over een kwaliteitsborgingscertificaat afgegeven door een door de Raad voor Accreditatie (RvA) aangewezen instelling.
 - Bij beschermd wonen is overdag begeleiding op locatie aanwezig. In de nacht is personeel aanwezig (beschermd wonen middel) of begeleiding aanwezig (beschermd wonen zwaar).
 - De beroepskrachten zijn opgeleid tot en deskundig voor wat betreft het ondersteunen van de doelgroep.
 - De aangewezen beroepskracht is vakbekwaam.

Verbetermaatregelen (herstelaanbod) die gedurende het onderzoek getroffen zijn door de aanbieder:

- De toezichthouder heeft de beide directieleden de mogelijkheid geboden om binnen een vastgestelde termijn alsnog een VOG Natuurlijk Persoon aan te vragen en aan de toezichthouder te tonen. Binnen deze termijn heeft de aanbieder deze tekortkoming opgeheven.
- De toezichthouder heeft de aanbieder de mogelijkheid geboden om binnen een vastgestelde termijn het klachtenreglement aan te passen. De toezichthouder heeft na afloop van deze termijn een juist klachtenreglement van de aanbieder ontvangen dat op de website van de aanbieder gepubliceerd zal gaan worden.
- De toezichthouder heeft de aanbieder de mogelijkheid geboden om binnen een vastgestelde termijn alle protocollen en werkprocedures te voorzien van de ontbrekende gegevens. De aanbieder heeft binnen deze termijn deze tekortkoming opgeheven.

ADVIES AAN DE GEMEENTE:

De toezichthouder geeft het advies aan de gemeente Ede te handhaven met betrekking tot de geconstateerde tekortkomingen.

De gemeente Ede laat schriftelijk aan de zorgaanbieder weten of en hoe zij dit advies opvolgen.

BEVINDINGEN

1 Doelmatigheid voorziening	
<i>Wettelijke kwaliteitseis: De voorziening is doelmatig, doeltreffend en cliëntgericht (Wmo 2015, art. 3.1, tweede lid sub a).</i>	
Alle cliënten hebben een actueel ondersteunings- / begeleidingsplan (een plan waaruit blijkt wat de kansen, mogelijkheden en ondersteuningsbehoeften zijn van de cliënt en welke voorziening wordt geboden).	
1.1 Ondersteunings- / begeleidingsplan	Ja/nee/deels n.v.t./n.b.¹
De cliënt en de aanbieder bereiken overeenstemming over het begeleidingsplan. De cliënt en de aanbieder bereiken deze overeenstemming binnen zes weken nadat de cliënt is aangemeld bij de aanbieder.	Ja
Het plan omvat een omschrijving van de vraag van de cliënt.	Ja
Het plan 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)	Ja
Het begeleidingsplan geeft aan welke voorziening wordt geboden.	Ja
Het sociale netwerk van de cliënt is actief betrokken bij bijvoorbeeld het opstellen van het plan.	Ja
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
Afwijkingen van het plan worden gemotiveerd toegelicht en besproken met de cliënt en zijn/haar sociale netwerk.	Ja
In het plan staat de naam van de eerstverantwoordelijke medewerker vermeld.	Ja
De eerstverantwoordelijke of diens vervanger is goed bereikbaar.	Ja
Het plan wordt minimaal jaarlijks geëvalueerd Bij beschermd wonen vindt in ieder geval een half jaar voor het einde van de indicatie een tussentijdse evaluatie plaats	Ja
Van deze evaluatie wordt verslag opgemaakt.	Ja
De cliënt heeft het evaluatieverslag ondertekend.	Ja
De datum van de eerstvolgende evaluatie staat in het plan genoteerd.	Ja
Signalen die duiden op mogelijke decompensatie of andere incidenten/calamiteiten worden vastgelegd.	Ja

Constatering

Na het intakegesprek en verhuizing van de bewoner² naar Mayoung wordt binnen zes weken een begeleidingsplan opgesteld door de bewoner met één van de medewerkers, en waar gewenst, het netwerk van de bewoner. Veelal gaat het hier om de ouder(s).

De medewerker die verantwoordelijk is voor het opstellen van het begeleidingsplan is daarna steeds verantwoordelijk voor het halfjaarlijks evalueren ervan. Eén van de assistent-begeleiders is verantwoordelijk voor het tijdig (laten) opstellen van het evaluatieverslag bij het

¹ N.b. betekent 'niet beoordeeld'.

² Met bewoner worden in dit rapport ook de ambulante cliënten bedoeld

aflopen van de beschikking.

Het begeleidingsplan bevat de vraag van de bewoner, evenals de mogelijkheden van de bewoner op dat moment. Doelen zijn opgesteld voor de termijn van max. een half jaar, waarbij een aantal subdoelen zijn opgenomen waarmee het doel in stappen kan worden behaald.

Blijkt gaandeweg de tijd dat een doel eerder behaald is, dan wordt een nieuw doel geformuleerd. Blijkt dat een doel niet behaald kan worden binnen de daarvoor vastgestelde termijn, dan wordt een doel bijgesteld naar de mogelijkheden van de bewoner.

Het evaluatieverslag wordt, net als dag- of weekverslagen, door de bewoner zelf opgesteld, met aanvulling en/of ondersteuning van de begeleider als dit nodig is. Tien weken voor het aflopen van een beschikking wordt het evaluatieverslag verstuurd naar de Wmo-consulent van de bewoner.

De geïnterviewde Wmo-consulenten van de gemeente Ede zeggen hierover:

“Bij Mayoung doen ze het anders dan anderen. De evaluatie wordt door de bewoner geschreven en van het evaluatiegesprek tussen aanbieder, bewoner en consulent wordt een verslag geschreven waarna doelen voor de komende tijd worden bijgesteld. Om bij Mayoung begeleiding te kunnen krijgen moeten bewoners wel een bepaald niveau hebben omdat de methode van begeleiding hierom vraagt.”

“Bewoners wonen vaak 4-5 jaar bij Mayoung. Gezien de problematiek van de bewoners is dit niet vreemd. Bewoners die uitstromen hebben allemaal een betaalde baan of volgen een passende opleiding”.

1.2 Uitvoering begeleiding en aansluiting op de Wmo doelen	Ja/nee/deels n.v.t./n.b.
24 uren zorg/begeleiding is gewaarborgd.	Nee
Het ondersteuningsaanbod van de aanbieder is gericht op vergroten van de zelfredzaamheid en de participatie van de cliënten.	Ja
Er wordt gewerkt richting de uitstroom van de cliënten (bijv. richting een vervolgtraject). Indien van toepassing is er sprake van afschaling van begeleiding.	Ja
De inbreng van een multidisciplinaire team (indien van toepassing) is zichtbaar in het ondersteuningsplan.	Ja
De afstemming tussen dagbesteding, werk en wonen, is zichtbaar in het plan (1 cliënt, 1 plan).	Ja
De aanbieder legt schriftelijk vast hoe de ondersteuning georganiseerd is. De aanbieder maakt gebruik van bewezen effectieve interventies en/of best practices.	Ja

Constatering

Bij bewoners met een beschikking voor Beschermd Wonen Zwaar moeten zowel overdag als 's nachts begeleiding (passend opgeleide medewerkers) aanwezig zijn. Voor bewoners met een beschikking Beschermd Wonen Middel moet er overdag begeleiding aanwezig zijn, en 's nachts personeel.

Bij Mayoung verblijven bewoners met beide vormen van een beschikking waarmee dus zowel overdag als 's nachts opgeleide en deskundige begeleiding aanwezig moet zijn.

Mayoung biedt bij het beschermd wonen 24 uren aanwezig van medewerkers, deels passend opgeleid.

Het doel van de begeleiding van alle bewoners is werken naar zelfstandigheid participatie in de samenleving; uitstroom naar zelfstandig wonen, indien nodig nog met ambulante

begeleiding.

Voor alle bewoners is er een vaste invulling van de week met:

- Groepsbijeenkomsten voor alle bewoners en begeleiders waarin gewerkt wordt aan CIB (crisis en incidentbeheersing) of het aanleren van methodes waarbij de groep de onderwerpen bepaalt vanuit interesse of begeleidingsdoelen;
- persoonlijke begeleidingsgesprekken;
- sportactiviteiten buiten of in de eigen fitnessruimte;
- tuinwerkzaamheden;
- schoonmaak van eigen en algemene ruimtes;
- schrijven van verslaggeving, zowel door de bewoners als door de begeleiders.

Daarnaast heeft elke bewoner een dag per week de kookbeurt en doen bewoners bij toerbeurt samen met een begeleider de boodschappen.

In hun vrije tijd kunnen bewoners gebruik maken van de fitnessruimte en het atelier van de aanbieder (beiden in pandig) waar een ruime keus uit materialen en creatieve werkvormen aanwezig is.

Op donderdag en/of vrijdag is er tijd ingepland voor de begeleiding van de beide ambulante cliënten.

In het begeleidingsplan van elke bewoner is opgenomen welke activiteit of behandeling extern plaats vindt. Zo zijn er bewoners die naar een behandelaar gaan, een sport beoefenen of vrijwilligerswerk doen bij een vereniging.

De geïnterviewde ambulante cliënt zegt hierover: *“Ik ben een keer bij het restaurant wezen kijken, misschien is dat wel wat voor mij. Ik ben ook vrijwilliger bij een andere organisatie voor 4-10 uur in de week.”*

De aanbieder zegt hierover: *“Er is een cliënt die sinds januari 2021 middels een arbeidsparticipatieplek via het UWV bij het restaurant werkt. Deze persoon heeft in het verleden bij Mayoung gewoond, is per augustus 2021 weer officieel in traject bij ons als Stichting Mayoung, en wordt door begeleider B (zie constatering onder 4.3) begeleid. Deze cliënt werkt daar 2 tot 3 dagen in de week.”* (deze cliënt is niet door de toezichthouder geïnterviewd)

De geïnterviewde Wmo-consulenten van de gemeente Ede zeggen hierover:

“Bewoners leven in een soort cocon. Alles gebeurt in en rond het huis”.

“Ik hoop dat de begeleiders de cliënten begeleiden naar de wereld buiten Mayoung, het is nu allemaal heel klein en met elkaar”.

“Ik heb met de begeleiders van Mayoung gesproken over de cocon waarin alles plaatsvindt. Hier is wel iets mee gedaan, ik zie nu dat bewoners elders vrijwilligerswerk hebben”.

2 Veiligheid	
Wettelijke kwaliteitseis: De voorziening is veilig (Wmo 2015, art. 3.1, tweede lid sub a.).	
In het kader van de geboden voorziening wordt de veiligheid van de cliënt gewaarborgd.	
2.1 Protocollen en afspraken	Ja/nee/deels n.v.t./n.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

Constatering

De aanbieder heeft zeer recent, naar aanleiding van de Quick scan in maart 2021, werkinstructies en handelingsprotocollen opgesteld, waaronder een agressieprotocol en een medicatieprotocol.

Recent hebben alle medewerkers scholing in het omgaan met agressie via e-learning gevolgd. Bij enkele medewerkers is gedurende hun opleiding ook al aandacht besteed aan het omgaan met agressie.

2.2 Medicatie en verdovende middelen (alleen indien van toepassing)	Ja/nee/deels n.v.t./n.b.
De organisatie kent een medicatieprotocol.	Ja
De organisatie kent een protocol drang- en dwangmaatregelen	Ja
Voor iedere cliënt is een actueel medicatieoverzicht (toedienlijst of deellijst) aanwezig.	N.v.t.
In het ondersteuningsplan van de cliënt is dit medicatieoverzicht (zonder doseringen) opgenomen, met vermelding van reden van gebruik.	Ja
Alle medicatie staat op naam van cliënten. Geen voorraden zonder naam, m.u.v. een werkvoorraad die voldoet aan de 'handreiking werkvoorraad geneesmiddelen ³ '.	N.v.t.
Elk medicijn dat wordt toegediend wordt op datum en tijdstip afgetekend op een aftekenlijst.	N.v.t.
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">• in de koelkast gescheiden van voedingsmiddelen;• in een afgesloten medicijnkast;• opiaten in afgesloten kast/kist gescheiden van de overige medicatie;• sleutelbeheer is adequaat geregeld;• houdbaarheidsdata actueel.	Ja indien van toepassing
Bij toediening van medicatie die niet in een GDS-verpakking ⁴ zit (=baxter) en waarbij sprake is van aantoonbaar risico in geval van verkeerde dosering vindt aantoonbaar controle plaats door een tweede, bekwame persoon.	N.v.t.
De organisatie heeft afspraken gemaakt over het gebruik van alcohol en verdovende middelen.	Ja

Constatering

De aanbieder heeft recent een medicatieprotocol en een protocol drang- en dwangmaatregelen opgesteld.

Het beleid omtrent medicatietoediening zegt dat elke bewoner zelf zijn medicatie in beheer heeft en zorg draagt voor de juiste en tijdige inname. In het dossier van de cliënt is opgenomen welke medicatie wordt gebruikt.

De aanbieder verstrekt en beheert geen medicatie.

Uitzondering hierop is wanneer een bewoner aangeeft tijdelijk het beheer van de medicatie niet aan te kunnen. De bewoner geeft dan de medicatie in beheer waarna deze wordt

³ Handreiking werkvoorraad geneesmiddelen. Actiz, GGZNederland, VGN 2011

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

bewaard in een afgesloten kast waarvan alleen begeleiders de sleutel hebben. De bewoner houdt nog steeds zelf de verantwoordelijkheid voor het tijdig en juist innemen van de medicatie waarbij hij de begeleider vraagt de kast voor hem open te doen. De begeleider heeft geen andere taak/verantwoordelijkheid dan het openen en weer afsluiten van de kast. Dit komt echter maar zelden voor.

Met alle bewoners is schriftelijk vastgelegd dat het gebruik van alcohol en verdovende middelen in huis niet is toegestaan. Alle bewoners zijn in min of meerdere mate verslaafd. Echter, bij de intake moeten zij minimaal een half jaar uit gebruik zijn. De aanbieder vertelt hierover: *“een bewoner kwam een keer zwaar onder invloed thuis. Ik heb meteen de politie gebeld en deze bewoner op laten halen”*. Het intakegesprek met een nieuwe bewoner is in de loop der jaren veel uitgebreider geworden waarbij veel dieper op allerlei aspecten wordt ingegaan. Hiermee voorkomt de aanbieder dat niet de juiste bewoners in huis komen wonen.

2.3 Risico-inventarisatie	Ja/nee/deels n.v.t./n.b.
Het ondersteuningsplan bevat een risico-inventarisatie op die onderwerpen die voor de cliënt van toepassing zijn.	Ja
Eventuele veiligheidsrisico's en de eigen verantwoordelijkheid van de cliënt zijn besproken met cliënt en zijn/haar sociale netwerk.	Ja
Als wordt afgeweken van de risicoanalyse wordt dit gemotiveerd en besproken met cliënt en zijn haar sociale netwerk.	Ja
De organisatie kent een brandveiligheids- en ontruimingsplan ⁵ .	Ja
Periodiek wordt ontruiming geoefend.	Ja
Het gebouw en de inventaris zijn schoon en onderhouden.	Ja

Constatering

Enkele bewoners hebben vanuit de behandelaar een risico-inventarisatie gekregen die gebruikt wordt gedurende de begeleiding door Mayoung. Met andere bewoners worden tijdens de intake mogelijke risico's geïnventariseerd.

De aanbieder heeft een brandveiligheidsplan en ontruimingsplan opgesteld. Ook hangen in alle ruimtes plattegronden met vluchtroutes. Enkele keren per jaar wordt de ontruiming geoefend.

Het gebouw en de inventaris zijn schoon en zien er verzorgd uit.

2.4 Grensoverschrijdend gedrag	Ja/nee/deels n.v.t./n.b.
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
Medewerkers zijn geïnstrueerd over en in staat tot het hanteren van de meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling .	Ja

⁵ 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.

Constatering

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.

In het interview met de verschillende medewerkers kwam naar voren dat de leeftijd van de bewoners met zich meebrengt dat er in huis bijvoorbeeld relaties kunnen ontstaan. Als dit het geval is wordt hierover met de bewoners gesproken, en worden bijvoorbeeld afspraken gemaakt wanneer zij bij elkaar mogen zijn, en wanneer zij tijd en aandacht aan zichzelf en hun begeleiding besteden.

Alle medewerkers zijn betrokken bij het vaststellen van de meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling waardoor zij in staat zijn tot het hanteren van de meldcode.

3 Samenwerking en afstemming	
<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>	
Afspraken over de benodigde zorg/ondersteuning, alsmede afspraken over de afstemming met andere partijen, waaronder overdracht, zijn vastgelegd in het ondersteuningsdossier en zijn bekend bij de cliënt en zijn sociale netwerk.	
3.1 Afstemming met andere hulp- of zorgverleners	Ja/nee/deels n.v.t./n.b.
Met andere hulp- en zorgverleners (huisartsen, wijkverpleging e.d.) vindt afstemming en de noodzakelijke gegevensuitwisseling plaats.	Ja
De afspraken worden schriftelijk vastgelegd.	Ja
Bij samenwerking met andere hulp- en zorgverleners wordt vastgelegd wat de aard is van de relatie, waaronder begrepen verantwoordelijkheden, taken en beslissingsbevoegdheden.	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
Wanneer een cliënt instroomt vanuit een andere aanbieder, dan wel uitstroomt naar een andere aanbieder, vindt zorgvuldige overdracht tussen aanbieders plaats.	Ja
Bij meervoudige, complexe problematiek is er één regisseur of coördinator die de samenhang en continuïteit bewaakt en toegang heeft tot de noodzakelijke gegevens.	Ja
De tweede lijn is direct beschikbaar.	Ja
Bij mogelijke decompensatie onderneemt de begeleiding actie richting behandelaar/ huisarts.	Ja

Constatering

De aanbieder stemt steeds de begeleiding af met andere bij de bewoner betrokken instanties/behandelaren. De bewoner neemt zelf initiatief om een begeleider mee te vragen naar afspraken bij bv. de huisarts of de behandelaar. Ook de begeleider kan het initiatief nemen om met de bewoner het belang van het bijwonen van een komende afspraak te bespreken.

Samenwerking met behandelaren verloopt niet altijd even makkelijk omdat behandeling gericht is op een probleem, terwijl de aanbieder zich richt op de hele mens.

Bij decompensatie laat de aanbieder de bewoner direct contact opnemen met de behandelaar. Is de bewoner daar niet toe in staat dan doet de begeleider dit zelf.

Bij instroom van of uitstroom naar een andere aanbieder streeft de aanbieder steeds naar een warme overdracht. Bij uitstroom lukt dit altijd, bij instroom veelal maar niet altijd. Als een warme overdracht niet lukt is er altijd wel een zorgvuldige schriftelijke overdracht. Tijdens zorgadviesgesprekken (ZAG) is de behandelaar van de bewoner aanwezig. Daarnaast zijn er de zogeheten systeemgesprekken waarbij alleen het netwerk van de bewoner aanwezig is.

Bewoners doen zelf verslaglegging in het ECD, de begeleiders hielden tot voor kort per bewoner een 'boekje' bij waarin zij aantekeningen maakten. Sinds 1 juli jl. rapporteren begeleiders digitaal, maar niet in het ECD. Deze rapportage staat nu opgeslagen per bewoner op de harde schijf van de aanbieder. Omdat destijds door de aanbieder is gekozen dat de bewoners zelf hun verslaglegging in het ECD doen is het nl. mogelijk dat bewoners verslagen van begeleiders aan kunnen passen. Die rechten zijn nog niet juist ingesteld in het ECD.

3.2 Samenwerking en afstemming met de gemeente (Wmo consulent)	Ja/nee/deels n.v.t./n.b.
De gemeente Ede is regisseur op het proces en coördineert de samenwerking vanuit het gedachtegoed 'één gezin, één plan, één regisseur'. De aanbieder voert regie op de inhoudelijke uitvoering van het begeleidingsplan.	Ja
De aanbieder informeert de gemeente in het kader van het uitvoeren van de herindicatie tijdig wanneer de door de gemeente gestelde doelen/resultaten niet binnen de gestelde termijn realiseerbaar blijken.	Ja

Constatering

De aanbieder zegt goed contact te hebben met de Wmo-consulenten die betrokken zijn bij de bewoners. De Wmo-consulenten die zijn geïnterviewd beamen dit. Evaluaties bij het aflopen van een beschikking verlopen goed. De bewoner (de PGB-houder) schrijft zelf een evaluatie en nodigt de Wmo-consulent en begeleiders tijdig uit voor een evaluatiegesprek.

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

De aanbieder beschikt over een kwaliteitsborgingscertificaat afgegeven door een door de Raad voor Accreditatie (RvA) aangewezen instelling. Voorbeelden van certificaten zijn: <ul style="list-style-type: none"> • HKZ • ISO voor de zorg • NIAZ • PREZO • Kwaliteitswaarborg Zorgboerderijen 	Nee
De organisatie is aangesloten bij een beroepsvereniging/ branchevereniging	Nee
Kwaliteitsverbeteringen op basis van signalen van cliënten (zoals klachten) en van cliënt- en medewerkers-tevredenheidsonderzoeken) zijn aantoonbaar.	Ja
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

Constatering

Gedurende de afgelopen 4 maanden heeft de aanbieder een kwaliteitsmanagementsysteem in gebruik genomen. Protocollen en werkprocedures zijn opgesteld en in het handboek opgenomen. Tijdens het onderzoek waren veel protocollen en werkprocedures niet voorzien van een opsteldatum, evaluatiedatum en documentverantwoordelijke.

Herstelaanbod

De toezichthouder heeft de aanbieder de mogelijkheid geboden om binnen een vastgestelde termijn alle protocollen en werkprocedures te voorzien van de ontbrekende gegevens.

De aanbieder heeft binnen deze termijn deze tekortkoming opgeheven.

De aanbieder heeft zich aangemeld voor een HKZ 143:2021 certificering en is voornemens nog dit kalenderjaar deze certificering af te ronden.

Mayoung is aangesloten bij Per Saldo, de landelijke vereniging voor mensen met een PGB. Ook begeleiders kunnen hier veel informatie vinden en gebruik maken van cursussen.

De aanbieder heeft een format opgesteld voor het houden van een cliënt-tevredenheidsonderzoek en is voornemens jaarlijks de cliënt-tevredenheid hiermee te meten.

Continuïteit van de geboden voorziening is gewaarborgd, maar wel kwetsbaar gezien de familiebanden binnen het kleine team van begeleiders.

4.2 Personeel	Ja/nee/deels n.v.t./n.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.	Deels
De aanbieder heeft beleid t.a.v. verantwoorde inzet van vrijwilligers.	Ja
Alle medewerkers en vrijwilligers hebben een verklaring omtrent gedrag (VOG) overlegd, die minimaal getoetst is op: <ul style="list-style-type: none"> • Het verlenen van diensten (nr. 41); • Het verlenen van diensten in de persoonlijke leefomgeving (nr. 43); • Belast zijn met de zorg voor (hulpbehoevende) personen, zoals ouderen en gehandicapten (nr. 85). 	Ja

De aanbieder heeft een ondernemingsraad (or) of personeelsvertegenwoordiging (pvt) bestaande uit democratisch gekozen werknemers ⁶ .	N.v.t.
De aanbieder meet periodiek de medewerkerstevredenheid.	Ja
Voor beschermd wonen: de aanbieder voert beleid in het terugdringen van ziekteverzuim onder medewerkers.	Ja
Bij beschermd wonen is overdag begeleiding op locatie aanwezig. In de nacht is personeel aanwezig (beschermd wonen middel) of begeleiding aanwezig (beschermd wonen zwaar).	Nee
Bij Wmo arrangement GGZ is de professional bereikbaar in nabijheid.	N.v.t.

Constatering

Alle medewerkers zijn op de hoogte van de persoonlijke omstandigheden en levensgeschiedenis van de bewoners. Alle medewerkers hebben vanuit hun eigen kunde persoonlijke begeleidingsgesprekken met alle bewoners. Er is een functieprofiel opgesteld voor directieleden, begeleiders en assistent-begeleiders waarmee taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden duidelijk zijn voor de medewerkers.

De beide directieleden en de begeleider zijn opgenomen in de Verklaring omtrent het gedrag voor de stichting als Rechtspersoon.

De beide directieleden die ook uitvoerende werkzaamheden als begeleider uitvoeren hebben geen VOG als natuurlijk persoon.

De begeleider en de beide assistent-begeleiders hebben een juiste en geldige VOG als natuurlijk persoon.

Herstelaanbod

De toezichthouder heeft de beide directieleden een termijn van 2 weken de tijd gegeven om alsnog een VOG Natuurlijk Persoon aan te vragen en aan de toezichthouder te tonen. De toezichthouder heeft deze VOG's van de directieleden ingezien.

De medewerkerstevredenheid is wekelijks onderwerp in het teamoverleg. De aanbieder heeft recent een format opgesteld om jaarlijks de medewerkers-tevredenheid te meten.

Door wekelijks aandacht te hebben voor alle medewerkers streeft de aanbieder naar een laag ziekteverzuim onder de medewerkers.

De aanbieder heeft beleid opgesteld voor het werken met vrijwilligers. Alleen oud-bewoners kunnen ingezet worden als vrijwilliger ter ondersteuning van de beroepskrachten. Momenteel is er 1 oud-bewoner met een diploma Wielwerk-coach en een vrijwilligersovereenkomst. Deze vrijwilliger werkt elders en draait 1 nacht per week een dienst van 19.30 uur tot 9.00 uur bij Mayoung waarbij begeleider B (zie constatering bij 4.3) als achterwacht aanwezig is.

Daarnaast is er een oud-bewoner als assistent-begeleider werkzaam met een vrijwilligersovereenkomst. (zie medewerker E in de constatering bij 4.3).

Eén van de directieleden woonde tot 1 juli 2021 met haar partner (en eerder ook haar zoon) in het huis van Mayoung, samen met de bewoners vormden zij een alternatief gezin.

Daarnaast waren de huidige medewerkers ter ondersteuning aanwezig.

Vanaf 1 juli 2021 wordt gewerkt met een vast rooster waarbij er per dag (behalve de woensdag) steeds één medewerker 24 uur aaneengesloten aanwezig is.

De aanbieder dient 0,4 FTE passend geschoolde begeleiding per bewoner met een beschikking voor Beschermd Wonen in te zetten waarbij vrijwilligers en stagiaires niet meegeteld worden. Begeleider B en C (zie constatering bij 4.3)

zijn passend opgeleid voor Beschermd Wonen. Samen werken zij 89 uur per week = 2.5

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

FTE. Per bewoner (bij de huidige bezetting van 6 bewoners) is daarmee 0,41 FTE beschikbaar. Bij doorgroei naar 7 of 8 bewoners met een beschikking voor Beschermd Wonen zal de aanbieder meer FTE passende geschoolde begeleiding in moeten zetten.	
Voor de ambulante cliënten (2) is in de huidige bezetting geen ruimte om passend geschoolde begeleiders in te zetten.	
4.3 Deskundigheidsbevordering	Ja/nee/deels n.v.t./n.b.
De beroepskrachten zijn opgeleid tot en deskundig voor wat betreft het ondersteunen van de doelgroep.	Deels
De aanbieder biedt de beroepskrachten passende bijscholing.	Ja

Constatering

<p>De medewerkers zijn als volgt gekwalificeerd:</p> <ul style="list-style-type: none">A. 1 begeleider (tevens bestuurder) heeft het diploma Copywriting, behaald aan de Rijksakademie van beeldende kunsten (Erasmus Universiteit Rotterdam). Deze begeleider is tevens in het bezit van een getuigschrift Beeldende Kunst incl. didactische aantekening, behaald aan de Genkse Akademie voor Plastische Kunsten.B. 1 begeleider (tevens bestuurder) heeft een diploma 'Hbo-niveau tot Polyenergetisch Therapeut', behaald aan de Academie voor Polyenergenitsche TherapieC. 1 begeleider (zoon van één van de directieleden, tevens bestuurder) is aangesteld als bewegingsagoog met een diploma MBO-4 Sport en bewegen;D. 1 assistent-begeleider (partner van begeleider) met een werk/leerovereenkomst zal naar verwachting in het najaar van 2021 de opleiding MBO-4 begeleider specifieke doelgroepen afronden;E. 1 assistent-begeleider met een vrijwilligersovereenkomst (voormalig bewoner bij Mayoung) zal naar verwachting in het najaar van 2021 de opleiding MBO-4 begeleider specifieke doelgroepen afronden; <p>Ad. A Deze medewerker heeft een door Mayoung opgestelde functiebeschrijving Directie Stichting Mayoung. Deze medewerker wordt gedurende 5 avonden en nachten per week ingezet als begeleider en 1 dag per week als achterwacht. Voor zowel Beschermd Wonen als Ambulante Begeleiding Specialistisch voldoet het behaalde diploma niet.</p> <p>Ad. B Deze medewerker heeft een door Mayoung opgestelde functiebeschrijving Directie Stichting Mayoung. Deze medewerker wordt gedurende 2 x 24 uur (vrijdagavond tot zondagavond) ingezet als begeleider, en 1 x 24 uur plus een avond als achterwacht. Voor zowel Beschermd Wonen als Ambulante Begeleiding Specialistisch voldoet het diploma in combinatie met de ervaring van deze medewerker.</p> <p>Ad. C Deze medewerker heeft een door Mayoung opgestelde functiebeschrijving Persoonlijk begeleider Specifieke doelgroepen. Voor Beschermd Wonen voldoet het diploma mits de begeleiding plaatsvindt onder regie van op Hbo-niveau gekwalificeerd personeel. Medewerker B voldoet hieraan. Voor Ambulante Begeleiding Specialistisch voldoet het diploma niet. Deze vorm van begeleiding dient plaats te vinden door een Hbo-niveau geschoolde medewerker.</p> <p>Ad. D en E Deze medewerkers hebben een door Mayoung opgestelde functiebeschrijving Assistent Persoonlijk Begeleider Specifieke doelgroepen. Beiden zijn ervaringsdeskundig maar volgen geen opleiding tot ervaringsdeskundige, maar de opleiding Mbo-4 Begeleider specifieke doelgroepen. Op donderdagmiddag en vrijdagochtend staat één van deze medewerkers alleen ingeroosterd zonder dat een achterwacht aanwezig is. Op die dagdelen wordt niet voldaan</p>
--

aan de gestelde kwaliteitseisen omtrent deskundigheid van medewerkers. Op andere dagdelen zijn deze medewerkers ingeroosterd samen met medewerker A en/of C.

5 Rechten van de cliënt	
<i>Wettelijke kwaliteitseis: De voorziening wordt verstrekt met respect en in acht neming van de rechten van de cliënt (Wmo 2015, art. 3.1, tweede lid sub d.).</i>	
De bejegening door de beroepskracht van de cliënt is passend en correct.	
5.1 Algemeen	Ja/nee/deels n.v.t./n.b.
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
De aanbieder heeft op de eigen website op een begrijpelijke wijze kenbaar gemaakt welke diensten hij aanbiedt en op welke plek deze diensten geboden worden.	Ja

Constatering

De geïnterviewde cliënten zeggen dat zij zich op hun plek voelen bij Mayoung. Zij doen hierover de volgende uitspraken:

“Ik woon hier nu 4.5 jaar en ga uitstromen. Ik ben nu volwassen, was toen nog een puber. Ik neem nu verantwoordelijkheid voor mijn eigen leven. In mijn tijd hier heb ik wel 50 x geroepen dat ik weg wil. Er werd dan meteen over gesproken, individueel of met andere bewoners erbij. Ik werd niet tegengehouden, maar ik werd wel gewezen op de gevolgen, waarna ik zelf de keus kon maken. Het is de beste beslissing die ik ooit gemaakt heb om hier te komen wonen.”

“Wat me meteen opviel toen ik hier kwam wonen was dat ik gezien werd. Op andere plekken was ik veelal onzichtbaar, dat kon daar, maar hier echt niet. Ik ben twee jaar geleden gestart met ambulante begeleiding omdat ik zelf dacht dat dat voldoende was. Al snel bleek dat ik vooral los moest komen van mijn ouders die alles voor mij deden en regelden. Toen ben ik bij Mayoung gaan wonen.”

“Als ik klachten heb kan ik dit hier altijd bespreken, er wordt dan ook echt iets mee gedaan. Ik zou ook bij mijn consulent terecht kunnen maar dat is niet nodig”.

“Er wordt hier niet geoordeeld, niets van wat ik zeg wordt tegen me gebruikt. Ik heb ook geleerd om te gaan met feedback. Dat is een heel proces maar werkt heel goed.”

5.2 Cliëntparticipatie	Ja/nee/deels n.v.t./n.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.

Constatering

Cliënten vertellen hierover het volgende:

“De medezeggenschap hier is groot in alles, omdat we zelf net zoveel verantwoordelijkheid dragen als de begeleiders. Daardoor is er ook niets om tegenaan te schoppen”.

“Toen Corona de kop opstak en tijdens de persconferentie de Lock down werd aangekondigd hebben we direct met zijn allen besproken hoe we hiermee om wilden gaan. Gezamenlijk werd besloten dat bewoners en enkele begeleiders in huis zouden blijven. Andere begeleiders zegden toe met niemand anders contact te zullen hebben dan met de eigen partner thuis, en de bewoners en begeleiders van Mayoung.”

Het beleid van de aanbieder omtrent cliëntparticipatie/medezeggenschap komt er op neer dat de bewoner altijd over alles wat hem aangaat mee kan denken en praten. Daar zijn geen aparte momenten of kanalen voor maar is verweven in de begeleiding.

5.3 Privacy	Ja/nee/deels n.v.t./n.b.
De organisatie respecteert de privacy van de cliënt.	Ja
Er wordt zorgvuldig omgegaan met de uitwisseling van gevoelige informatie (persoonsgegevens, medische gegevens e.d.).	Ja

Constatering

De aanbieder heeft een privacyreglement en een zogeheten ‘AVG overeenkomst’ opgesteld dat bij de intake door de bewoner wordt ondertekend. Hierin is opgenomen hoe de aanbieder met bewaren en uitwisselen van gegevens omgaat. Bij het uitwisselen van gegevens is de bewoner altijd zelf aanwezig.

5.4 Melden incidenten en klachten	Ja/nee/deels n.v.t./n.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.	N.v.t.
Nazorg bij incidenten is geregeld.	Ja
De aanbieder hanteert een klachtenregeling voor de afhandeling van klachten van de cliënt over gedragingen van de aanbieder jegens de cliënt. De klachtenregeling is door de aanbieder schriftelijk vastgelegd.	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

Constatering

De aanbieder heeft zeer recent een MIC-formulier in gebruik genomen waarmee registratie, analyse, opstellen van een verbeteractie en terugkoppelen aan de melder en het team is geregeld. Dit formulier is nog niet gebruikt.

De aanbieder geeft aan dat in het verleden zich geen situaties hebben voorgedaan waar een

MIC melding van gedaan zou zijn.
 Een ingevulde MIC melding zal steeds met het gehele team worden besproken waarna er verbetermaatregelen worden opgesteld.

Een cliënt zegt over incidenten het volgende:
"We krijgen niet de tijd om iets te laten escaleren. Als ik boos ben wordt er meteen gepraat".

De klachtenregeling wordt bij de intake op papier door de bewoner ontvangen. De toezichthouder oordeelt dat de klachtenregeling niet duidelijk is. Er wordt geschreven over een externe klachtencommissie maar die lijkt er niet te zijn.

Herstelaanbod
*De toezichthouder heeft de aanbieder de mogelijkheid geboden om binnen een vastgestelde termijn het klachtenreglement aan te passen.
 De toezichthouder heeft na afloop van deze termijn een juist klachtenreglement van de aanbieder ontvangen dat op de website van de aanbieder gepubliceerd zal worden.*

5.5 Melden calamiteiten en geweldsincidenten	Ja/nee/deels n.v.t./n.b.
De aanbieder doet binnen 2 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
Indien mogelijk wordt het sociaal netwerk betrokken bij het onderzoek.	Ja

Constatering

De aanbieder heeft een calamiteitenprotocol opgesteld waarin wordt uitgegaan van melden bij de IGJ. De aanbieder heeft alleen Wmo-cliënten en moet daarmee melden bij de Wmo-toezichthouder.

Herstelaanbod
*De toezichthouder heeft de aanbieder de mogelijkheid geboden om binnen een vastgestelde termijn het calamiteitenprotocol aan te passen.
 De toezichthouder heeft na afloop van deze termijn een juist calamiteitenprotocol van de aanbieder ontvangen.*

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

De aanbieder kan de ondersteuning eenzijdig opschorten of beëindigen op grond van zwaarwegende redenen. Onder zwaarwegende redenen worden ten minste verstaan: <ul style="list-style-type: none">• 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;• Een onherstelbaar verstoorde vertrouwensrelatie;• Hygiënische omstandigheden die ernstige gezondheidsrisico's opleveren voor andere cliënten en/of personeel van de aanbieder;• Het niet nakomen van essentiële verplichtingen of regels door de cliënt, ook niet na herhaaldelijk (schriftelijk) aandringen of waarschuwen door de aanbieder.	Ja
Voor het eenzijdig opschorten of beëindigen van ondersteuning door de aanbieder is toestemming van de gemeente vereist.	Ja
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.	Ja

Constatering

De aanbieder heeft de mogelijkheid om de begeleiding eenzijdig op te schorten of te beëindigen op grond van zwaarwegende redenen. Het beleid hieromtrent is vastgelegd in het protocol 'Afronding'.

Daarnaast is de aanbieder van mening dat, indien nodig, maatregelen per bewoner worden vastgelegd.

De aanbieder zegt hierover: *"Daarnaast geloven wij niet in "na xxx waarschuwingen moet je weg" omdat dat juist ook de vermijding in de kaart speelt en het ook uitlokt. Iemand die het moeilijk vindt om voor herstel te kiezen en clean te blijven gaat rellen en dan wordt hij/zij weggestuurd. Dat is een wederkerig patroon (wat zij gewend zijn) en dat hopen wij door onze aanpak te doorbreken".*

ZIENSWIJZE AANBIEDER

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

Reactie zienswijze op conceptrapport inspectie kwaliteitsonderzoek
Telefonisch onderhoud 2 september 2021 om 11.15 uur

Pagina 5: Protocollen

Zoals de inspecteur/toezichthouder in het allereerste gesprek al aanhaalde werken we al vanaf het ontstaan van de organisatie volgens richtlijnen en protocollen. Richtlijnen en protocollen die door bewoners en medewerkers zijn vastgelegd daar waar nodig was; deze bewegen mee met de noodzaak binnen het huis.

Wat in ons hoofd zat staat dus nu ook in volledigheid op papier.

Pagina 6: Passend opgeleid personeel/ 24 uren zorg gewaarborgd

Wij zijn een particulier wooninitiatief die een afwijkende werkwijze hanteren. Wij vinden opleiding belangrijk maar hebben volgens de norm geen 'passend opgeleid personeel'. Mensen komen bij ons, omdat zij binnen de reguliere gezondheidszorg geen hulp hebben kunnen vinden. Personeel dat reguliere opleidingen heeft gevolgd werkt volgens deze maatstaf. Bewoners reageren hier hetzelfde op als dat zij altijd doen, dus wordt verandering/herstel hierdoor mede vertraagd en soms zelfs gestopt. Onze medewerkers hebben zowel een reguliere als een holistische benadering, waarbij we de sterke voorkeur hebben voor de laatstgenoemde methode. Inmiddels kunnen we zelfs met zekerheid zeggen dat onze manier van werken succesvol is, gezien ons uitstroomresultaat.

Sinds de start in 2014 is er nog nooit een situatie geweest, waarin we niet adequaat hebben gehandeld, zijn we nooit qua zorg in gebreke gebleven en is er nog nooit een situatie geweest waarin een bewoner een "passend opgeleid medewerker" heeft gemist. We zijn wel degelijk opgeleid en dat wat we geleerd hebben passen we ook toe. Meer van hetzelfde is voor mensen die al jaar en dag bekend zijn binnen de gezondheidszorg niet helpend. Wij doorbreken, met onze manier van zorg, duurzaam ingesleten patronen en helpen verslavingsgedrag onder controle te krijgen. Het resultaat is duurzame re-integratie en herstel van de bewoner. Ons inziens is iedere vandaag gevestigde methodiek net zo begonnen als wij. Dit geeft ons moed om de ingeslagen weg voort te zetten en hopen we onze kennis door te geven via een ieder die bij ons in traject is en is geweest.

Saignant detail: bij ons gesprek in maart 2017 met *(toegevoegd door de toezichthouder: twee Wmo-consulenten van de gemeente Ede)* [REDACTED] en [REDACTED] *(namen zwart gemaakt door de toezichthouder)* zijn de WO opleidingen van medewerker 'A' (2 talenstudies, inclusief didactische aantekening, diploma's door inspecteur wel ingezien, maar niet opgenomen in de onderzoek) inclusief diverse holistische cursussen en bijna een decennium aan werkervaring in de zorg, besproken en als ruim voldoende bestempeld qua beroepsopleiding en inmiddels blijkt dit éézijdig veranderd, wat ons bevreedt en verwondert: immers, wij zijn hiervan niet op de hoogte gebracht, terwijl dit in het genoemde gesprek wel degelijk aan de orde is gekomen. Wij begrijpen van inspecteur/toezichthouder dat een 'passende' post HBO hiervoor de oplossing zou kunnen bieden; wij horen dan graag op korte termijn of de post HBO opleiding Kwaliteitsmanagement voor Zorg & Welzijn als passende kwalificerende beroepsopleiding wordt gezien om medewerker 'A' en 'C' als HBO beroepskracht in te kunnen zetten. Graag ontvangen wij daarnaast een volledige lijst met passende kwalificerende post HBO opleidingen die hiervoor kunnen worden ingezet.

Voorts is aan inspecteur uitgelegd dat medewerker 'D' en 'E' een (versnelde) MBO 4 opleiding volgen Individueel Begeleider Specifieke Doelgroepen, welke normaliter in mei 2021 zou moeten zijn beëindigd, maar die door de Corona maatregelen van de opleider is vertraagd. Beide medewerkers sluiten deze maand of volgende maand met goed gevolg de opleiding met een diploma af. Toezichthouder gaf aan dat hiermee het rooster dan weer volledig gedekt is.

pagina 9: Bewoners leven in cocon

Als men instroomt komt men met coping mechanismen die men nog niet eerder duurzaam onder controle heeft gekregen. Vaak is men wel clean van een middel/handeling maar nog actief in gebruikersgedrag en heeft men nog niets geleerd over hoe gedachtenpatronen gekoppeld zijn aan verslavingsmechanismen. De buitenwereld, waaronder vaak ook het sociaal netwerk van de bewoner, vormt in de fase net na opname en/of detox een groot risico op terugval. Daarnaast komt men meestal zwaar overvraagd bij ons binnen en is er in het algemeen nog geen adequate hulp voor verslavingsproblematiek ingezet. De groep van de bewoners heeft hierin een prominente functie. Door wat er in zich, binnen de periode dat verslaving en/of psychische problematiek hoogtij vierde, heeft afgespeeld, zijn banden kapot en is duurzame hechting onmogelijk. Doet iemand wel iets buiten de deur en komen we erachter dat daardoor het herstel vertraging oploopt (door drukopbouw, een omgeving die oud gedrag triggert, een omgeving die verwachtingen heeft waaraan men nog niet kan voldoen of iets dergelijks) of dat het dient om niet met herstel aan de gang te gaan, zullen wij zelfs adviseren om daar voor dat moment mee te stoppen. Eerst helen wat steunend is in de directe omgeving en pas wanneer men eigen gedrag genoeg onder controle krijgt, het coping mechanisme zelf begrijpt en sociaal netwerk steunend is, de stap naar buiten zetten. De bescherming van de cocon vormt zich, gedurende herstel, ook om binnen de steunende groep van bewoners én oud bewoners, die duurzame resocialisatie mogelijk maakt.

HKZ/NEN

Pagina 14: Geen beroeps/branchevereniging

Wij zouden ons graag aansluiten bij een brancheorganisatie in verslavingszorg. Het aanbod van de Nederlandse GGZ vinden wij echter niet aansluiten bij onze zienswijze. Wij hebben contact gelegd met Boer en Zorg maar ook deze partij gaf ons aan dat wij met onze werkwijze niet binnen hun organisatie passen.

Clienttevredenheid:

Door onze manier van werken komen zaken die aandacht verdienen, verbeteren kunnen tijdens groepsmomenten al aan het licht. Er wordt dan direct actie op ondernomen. Als de gemeente echter een officieel onderzoek wil dan werken wij daaraan mee.

Er wordt gesteld dat de familiebanden de continuïteit van de voorziening kwetsbaar maakt. Toezichthouder is uitgelegd dat de familiebanden een professionele houding op de werkvloer niet in de weg staan, sterker nog: wij zijn ons terdege bewust van mogelijke scheve interpretaties i.v.m. de familiebanden en zijn deze derhalve altijd voor (d.m.v. correcte contracten, open communicatie en transparante werkwijze).

Personeel

Er is voor de Stichtingsvorm gekozen omdat dit een veiliger vorm heeft voor de bewoners. Het wordt ook in deze vorm nog steeds als familie gedragen. Ad B is nog steeds 24/7 bereikbaar fungeert ook 24/7 als achterwacht.

Bijlage 1: **BRONNEN**

Interviews met :

- twee bewoners met een beschikking voor Beschermd wonen
- één cliënt met een beschikking voor Ambulante begeleiding specialistisch
- 3 bestuurders/begeleiders
- twee assistent-begeleiders
- twee Wmo-consulenten van de gemeente Ede

Observaties tijdens het inspectiebezoek:

- Dossier in het ECD van twee bewoners
- Intakeformulier incl. Huisregels en contract bij instroom
- Rondleiding door de verschillende ruimtes in het pand van Mayoung
- Verslagen van wekelijks begeleidingsgesprekken van twee bewoners
- Evaluatieverslagen en plannen van aanpak van twee bewoners

Documenten met betrekking tot het toezicht:

- Klachtenreglement
- MIC protocol/formulier
- Protocol calamiteiten versie 1.2
- Vijf 'eindverslagen' van bewoners en ex-bewoners
- Huisregels versie 1 jan. 2021
- AVG Toestemmingsformulier m.b.t. uitwisselen van informatie tussen begeleiders en bewoner en indien noodzakelijk, uitwisselen van informatie met het netwerk en hulpverlenende instanties van de bewoner
- Procedure Begeleiding versie 1.2
- Procedure Ambulante Begeleiding
- Procedure Afronding begeleiding versie 1.2
- Protocol Huiselijk geweld en kindermishandeling
- Stappenplan behorende bij de Meldcode Huiselijk geweld en kindermishandeling versie 1.2
- Procedure Kindcheck
- Protocol Agressie
- Protocol Datalekken
- Protocol Hygiëne
- Protocol Medicatie
- Ontruimingsplan
- Format ondersteuningsplan
- Privacyreglement
- Klachtenreglement versie 1.2
- Protocol calamiteiten
- Protocol Dwang en drangmaatregelen
- VOG RP
- VOG NP van de twee assistent begeleiders en één begeleider, en beide directieleden
- Praktijkovereenkomst van de twee assistent begeleiders
- Arbeidscontracten van één begeleider en één assistent begeleider
- Diploma MBO Sport en bewegen niveau 4
- BHV certificaat van één begeleider
- Inzet medewerkers in de maand juni 2021
- Website van de aanbieder

Documenten met betrekking tot het personeel:

- Profiel en taakomschrijving Directie
- Profiel en taakomschrijving Begeleider
- Profiel en taakomschrijving Assistent begeleider
- Format voor een medewerkers-tevredenheidsonderzoek
- Arbeidsovereenkomst van beide directieleden
- Vrijwilligersovereenkomst van een oud-bewoner

- Alle in dit rapport genoemde diploma's en getuigschriften van verschillende medewerkers
- Certificaten 'Agressie en de-escaleren' en 'Vormen van agressie' van alle medewerkers

Overig:

- Jaarcijfers 2018-2019
- Strategisch beleidsplan Stichting Mayoung 2021 versie juli 2021
- Statuten van de oprichting van Stichting Mayoung, 21-08-2014
- Uittreksels Kamer van Koophandel van de 5 organisaties waarin tenminste één van de bestuursleden van Stichting Mayoung betrokken is.

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

I www.vggm.nl