

WMO TOEZICHT

Onderzoeksrapport

Definitief rapport kwaliteitsonderzoek

Naam: Stichting IrisZorg

KvK nummer: 09156820

Locatie: Doorstroomvoorziening de Remise

Adres: Remisestraat 2

Postcode en woonplaats: 6828 KZ Arnhem

Locatie: Trainingshuis Abtinent Parkstraat

Adres: Parkstraat 1a

Postcode en woonplaats: 6828 JB Arnhem

Locatie: Trainingshuis Abtinent Huissensestraat

Adres: Huissensestraat 1

Postcode en woonplaats: 6833 HL Arnhem

Zorgvorm: Beschermd wonen

Datum inspectie: 10 en 11 september 2024

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

Inhoudsopgave

Inleiding	3
Korte beschrijving van de locatie en de doelgroep	3
Onderzoek: aanleiding en belang	5
Inspectiehistorie	5
Conclusie en advies	6
Advies aan de gemeente	8
Bevindingen	9
1 Doelmatigheid voorziening	9
1.1 Ondersteuningsplan	9
1.2 Evaluatie	10
1.3 Ondersteuning	10
1.4 Zelfredzaamheid	11
1.5 Wonen en zorg	11
2 Veiligheid	12
2.1 Veiligheid cliënt	12
2.2 Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling	12
2.3 Intern meldingssysteem incidenten/bijna incidenten	13
2.4 Calamiteiten	13
3 Samenwerking en afstemming	13
3.1 Afstemming	13
3.2 Casusregie	14
4 Kwaliteit van personeel en organisatie	15
4.1 Kwaliteitssysteem	15
4.2 Personeelsbeleid	15
4.3 Medewerkers: Verklaring omtrent gedrag (VOG)	16
4.4 Informatievoorziening en website	17
5 Rechten van de cliënt	17
5.1 Klachtenregeling	17
5.2 Rechten van de cliënt en gedragscode	17
5.3 Acceptatieplicht, uitsluitingscriteria en onhoudbare situaties	18
Schriftelijke reactie aanbieder	19
Bronoverzicht	21
Gegevensoverzicht	22
Bijlage 1 Eisen	23

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 (hierna: MGR SDCG), 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 toezichhoudende ambtenaar aanwijzen. De colleges van B&W van deze 11 gemeenten hebben 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 Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ). Gegevens en bevindingen in dit rapport beperken zich tot Wmo verstrekkingen.

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

Bezwaar op de openbaarmaking van het rapport van het kwaliteitsonderzoek uitgevoerd bij Stichting IrisZorg kan worden ingediend bij de gemeente Arnhem.

Korte beschrijving van de locatie en de doelgroep

Stichting IrisZorg (hierna: de aanbieder) verleent behandeling en ondersteuning (o.a. in het wonen, werken, opvang) aan cliënten met verslavingsproblematiek vanuit de volgende visie:

“We werken vanuit de herstelondersteunende zorg. Herstellen is een persoonlijk en uniek proces. Het betekent dat je leert leven met maatschappelijke kwetsbaarheid, een (verleden van) verslaving en/of een ontwrichtende diagnose of ervaring. Met de herstelondersteunende zorg richten we ons op jouw persoonlijke en maatschappelijke herstel, zodat jij je eigen identiteit hervindt en opbouwt. Herover je regie en krijg grip op je eigen bestaan”.

Dit onderzoek heeft zich gericht op het beschermd wonen, waarvoor de aanbieder gecontracteerd is door de MGR SDCG. Ten tijde van het onderzoek ontvangen 15 cliënten, verspreid over de drie bezochte beschermd wonen locaties, intramuraal beschermd wonen basis met een beschikking van de gemeente Arnhem.

De ondersteuning vindt plaats op basis van Zorg in Natura financiering. Daarnaast levert de aanbieder forensische zorg en ondersteuning en behandeling vanuit de jeugdwet en Wlz.

Er is aan iedere cliënt een maatschappelijk hulpverlener gekoppeld die regie houdt over het traject en overstijgend toeziet op de voortgang van de cliënt. Dit team bestaat uit drie maatschappelijk hulpverleners, waarvan twee zijn gekoppeld aan cliënten op de Remisestraat en één aan cliënten op de Parkstraat en Huissensestraat.

Dagelijkse aansturing aan de maatschappelijk hulpverleners en de begeleiders op betreffende woonlocaties vindt plaats door een coördinator zorg en coördinator bedrijfsvoering.

Remisestraat

Locatie de Remisestraat is een doorstroomvoorziening bestaande uit een maatschappelijke opvang op de begane grond en een afdeling wonen op de eerste verdieping. Op de afdeling wonen wordt beschut wonen (IFSO) en beschermd wonen (WMO) geboden aan cliënten waarbij middelengebruik op de voorgrond staat.

De afdeling beschikt over 16 woonplekken, verdeeld over twee zijden. Aan één zijde wonen cliënten beschut wonen en aan de andere zijde cliënten beschermd wonen.

Er is verder een gezamenlijke leefruimte, keuken en een kantoorruimte voor medewerkers.

Overdag is op de afdeling altijd een dagdienst en twee late diensten aanwezig. Er is daarnaast overdag een toezichthouder aanwezig, en in de nacht twee, die vanaf de receptie op de begane grond toezicht houden op het hele pand.

Er is in de nacht ook een slaapdienst aanwezig voor cliënten woonachtig op vijf andere locaties van de aanbieder, waaronder de Parkstraat en Huissensestraat. Bij noodsituaties kunnen toezichthouders op de Remisestraat wel beroep doen op de slaapdienst.

Het team bestaat uit zeven groeps werkers, één ervaringsdeskundige en twee persoonlijk begeleiders. Hiervan zijn één groeps werker en één persoonlijk begeleider nog in opleiding (BBL opleiding).

Parkstraat en Huissensestraat

Locatie de Parkstraat en de Huissensestraat zijn (sinds 2023) trainingshuizen voor cliënten (WMO, WLZ of IFSO) die (bij aanvang) abstinente zijn, al een behandeltraject hebben afgelegd en meer zelfstandig zijn.

Op de Parkstraat zijn zeven woonplekken voor cliënten verdeeld over drie verdiepingen. Iedere verdieping heeft een gedeelde badkamer en keuken. Daarnaast is op de beneden- en bovenverdieping een kantoor voor medewerkers.

De Huissensestraat beschikt over zes woonplekken voor cliënten, verdeeld over twee verdiepingen. Op beide verdiepingen is een gedeelde keuken en badkamer aanwezig.

Het team werkzaam op beide locaties is ook verantwoordelijk voor drie andere huizen (één trainingshuis en twee subsidiehuizen) voor cliënten met een WLZ indicatie. Op deze vijf locaties zijn overdag en 's avonds wisselend groeps werkers aanwezig. De persoonlijk begeleiders draaien enkel dagdiensten. In de nacht is één slaapdienst aanwezig op de Remisestraat voor cliënten op deze vijf locaties. De slaapdienst is gevestigd op de Remisestraat, omdat deze locatie centraal gelegen is tussen de vijf locaties. Hierdoor kan binnen 10 minuten een medewerker op de betreffende locaties aanwezig zijn.

Het team bestaat uit zeven groeps werkers en vier persoonlijk begeleiders. Hiervan zijn één persoonlijk begeleider en drie groeps werker nog in opleiding, waarvan drie een BBL opleiding volgen en één groeps werker een traject vanuit het UWV volgt.

De aanbieder is HKZ gecertificeerd.

De aanbieder werkt met diverse onderaannemers.

Onderzoek: aanleiding en belang

Dit onderzoek heeft plaatsgevonden in opdracht van de MGR SDCG, waarbij de gemeente Arnhem als opdrachtgevende gemeente optreedt. 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.

Het onderzoek had als doel na te gaan of de aanbieder voldoet aan de wettelijke kwaliteitseisen en aan de aanvullende eisen vanuit de gemeentelijke verordening en de regionale contracteisen en -voorwaarden.

Het onderzoek bestond uit observatie, bronnenonderzoek (o.a. cliëntdossiers) en interviews. De inspectiebezoeken vonden plaats op 10 en 11 september 2024. Het betroffen aangekondigde inspectiebezoeken aan drie beschermd wonen locaties van de aanbieder. Tijdens de twee inspectiebezoeken hebben gesprekken plaatsgevonden met een manager zorg, een regiomanager, een coördinator bedrijfsvoering, twee coördinatoren zorg, twee persoonlijk begeleiders (één in opleiding), twee maatschappelijk hulpverleners (één in opleiding), een ervaringsdeskundige en vijf cliënten van de aanbieder.

Daarnaast zijn ten behoeve van het onderzoek gesprekken gevoerd met drie wijkcoaches van de gemeente Arnhem.

Alle gesproken personen stelden zich coöperatief op. De gesprekken verliepen in een open en professionele sfeer.

Inspectiehistorie

Op **16 november 2020** heeft de Wmo toezichthouder van GGD Gelderland-Midden een Quickscan uitgevoerd bij een beschermd wonen locatie van de aanbieder in opdracht van de MGR SDCG. De Quickscan is een verkorte variant van een kwaliteitsonderzoek waarin geselecteerde basiseisen worden getoetst. Aandachtspunten voortkomend uit de Quickscan waren gericht op ondersteuningsplannen, het uitvoeren van evaluatie, het kwaliteitsmanagementsysteem, de klachtenregeling en het calamiteitenprotocol.

De Wmo toezichthouder adviseerde de MGR SDCG een volledig kwaliteitsonderzoek uit voeren.

Hierop heeft de Wmo toezichthouder op **21 oktober 2021** een volledig kwaliteitsonderzoek uitgevoerd bij een beschermd wonen locatie van de aanbieder in opdracht van de MGR SDCG. Aandachtspunten voortkomend uit het kwaliteitsonderzoek waren gericht op afstemming, het delen van evaluatieverslagen met de lokale toegang, rapportage, de aanwezigheid van medewerkers, het signaleren van risico's, de continuïteit van de geboden ondersteuning, het kwaliteitsmanagementsysteem, de website van de aanbieder en kwalificaties, VOG's en deskundigheid van medewerkers.

De toezichthouder adviseerde de MGR SDCG hierop te handhaven.

Conclusie en advies

De kwaliteitscriteria uit de Wmo 2015 aangevuld met aanvullende eisen vanuit de gemeentelijke verordening zijn door de toezichthouder beoordeeld. De kwaliteitscriteria uit de Wmo 2015 betreffen:

- *De voorziening is doelmatig, doeltreffend en cliëntgericht (Wmo 2015, art. 3.1, tweede lid sub a).*
- *De voorziening is veilig (Wmo 2015, art. 3.1, tweede lid sub a.).*
- *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).*
- *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 voorziening wordt verstrekt met respect en in acht neming van de rechten van de cliënt (Wmo 2015, art. 3.1, tweede lid sub d.).*

Uit het onderzoek blijkt dat Stichting IrisZorg voldoet aan een deel van de gestelde wettelijke (kwaliteits)eisen en gemeentelijke eisen, zie hiervoor de bevindingen in het rapport.

Uit alle gevoerde gesprekken blijkt dat er met cliënten wordt toegewerkt naar meer zelfredzaamheid en waar mogelijk richting uitstroom naar zelfstandig wonen. De ondersteuning vindt doelgericht plaats en cliënten geven aan baat te hebben bij de ondersteuning die zij ontvangen. Allen noemen zichzelf te hebben ontwikkeld en goed contact te hebben met de begeleiders.

De aanbieder geeft hierbij aan dat uitstroom van cliënten naar (meer) zelfstandig wonen wordt bemoeilijkt vanwege onvoldoende doorstroomvoorzieningen en omdat de doelgroep moeilijk plaatsbaar is bij woningbouwcoöperaties.

Op de Remisestraat wordt beschermd wonen in groepsverband en individueel geleverd. Hier is sprake van een duidelijke dagstructuur bestaande uit eetmomenten en een activiteiten aanbod. Op de Parkstraat en Huissensestraat worden cliënten geplaatst die meer zelfstandig zijn. Er zijn wisselend medewerkers aanwezig en de ondersteuning bestaat veelal uit individuele afspraken. Hierdoor is op deze locaties geen sprake van een duidelijke dagstructuur en wordt het beschermd wonen hier niet in groepsverband geleverd.

Er wordt met iedere cliënt o.a. een krachteninventarisatie, zelfredzaamheidsmatrix en risico-inventarisatie opgesteld. Ook wordt een ondersteuningsplan opgesteld waarin algemene doelen zijn opgenomen. Het actieplan, waarin doelen verder uitgewerkt moeten worden, ontbreekt in vrijwel alle cliëntdossiers. In één cliëntdossier was enkel een verouderd actieplan opgenomen.

Ook ontbreken vastgelegde afspraken over binnen welk tijdsbestek doelen kunnen worden behaald, wanneer kan worden afgeschaald naar minder uren of een eenvoudiger ondersteuningsinzet, hoe nazorg eventueel wordt vormgegeven, concrete afspraken bij risico's en doelstellingen omtrent het bevorderen van de zelfredzaamheid en eventuele doorstroom naar zelfstandig wonen.

Periodiek vindt evaluatie plaats, waarvan verslaglegging wordt geschreven. In evaluatieverslagen is per doel beschreven in hoeverre deze is behaald en waar de komende periode aan gewerkt gaat worden. Evaluatieverslagen worden echter niet ondertekend door de cliënt en gedeeld met de lokale toegang, waardoor niet volledig aan de gestelde eisen wordt voldaan.

Afstemming met derden vindt indien nodig plaats. Afspraken hierover worden door middel van een toestemmingsformulier vastgelegd en opgenomen in het cliëntdossier. De gesproken wijkcoaches uiten zich tevreden over de onderlinge samenwerking en er vindt regelmatig onderling contact plaats. Bij onhoudbare situaties of crisissituaties wordt de lokale toegang echter niet altijd, conform gestelde eisen, geïnformeerd. Eén wijkcoach beschrijft een situatie waarin deze pas na een time-out van twee weken van een cliënt is geïnformeerd.

De aanbieder beschikt over een kwaliteitsmanagementsysteem dat operationeel is. Protocollen en werkinstructies zijn actueel en medewerkers handelen hiernaar.

De continuïteit van de geboden ondersteuning is op de drie bezochte beschermd wonen locaties onvoldoende gewaarborgd. Uit de gevoerde gesprekken en inzage in documenten blijkt dat doelen onvoldoende worden geconcretiseerd, er op de Parkstraat en Huissensestraat niet altijd een medewerker aanwezig is en begeleidingsafspraken zijn niet altijd inzichtelijk voor groepswerkers. Daarnaast beschikken niet alle medewerkers over een diploma en VOG conform gestelde eisen. Een deel van de medewerkers is nog in opleiding (BBL) en beschikt hierdoor (nog) niet over een passend diploma. Zij voeren wel zelfstandig taken uit en zijn volwaardig onderdeel van het team. Ook beschikken twee medewerkers op de Remisestraat over een diploma dat niet voldoet aan de gestelde eisen. Alle medewerkers hebben een VOG overlegd. Hiervan zijn er echter acht verouderd, waarvan één VOG ook niet op het juiste screeningsprofiel is aangevraagd.

De toezichthouder concludeert tekortkomingen ten aanzien van:

- De inhoud van ondersteuningsplannen van cliënten;
- Het vertalen van risico's naar concrete begeleidingsafspraken;
- Ondertekening van evaluatieverslagen en het delen hiervan met de lokale toegang;
- Het bieden van een duidelijke dagstructuur op de Parkstraat en Huissensestraat;
- Het leveren van ondersteuning in groepsverband op de Parkstraat en Huissensestraat;
- Aanwezigheid van medewerkers op de Parkstraat en Huissensestraat;
- Het bijhouden van urenregistratie op de Parkstraat en Huissensestraat;
- Kwalificaties en VOG's van medewerkers;
- De aanwezigheid van een gebalanceerde mix van Mbo- en Hbo- geschoolde medewerkers die in verhouding staat tot de aangeboden producten, locaties en cliënten van de aanbieder;
- Continuïteit van de geboden ondersteuning;
- Het tijdig informeren van de lokale toegang bij onhoudbare en crisissituaties;
- Het opstellen en publiceren van een klachtenjaarverslag.

Advies aan de gemeente

De Wmo toezichthouder van de GGD Gelderland-Midden geeft het advies aan de MGR SDCG en de gemeente Arnhem wel te handhaven (conform handhavingsbeleid).

Toelichting handhaving

*De toezichthouder geeft aan de gemeente het advies om wel of niet te handhaven
Handhaving is een verzamelnaam voor activiteiten die zijn gericht op het bewerkstelligen van een goede naleving of een goede kwaliteit". (Bron: Rijksoverheid)*

Er zijn verschillende vormen van handhaving, enkele voorbeelden:

Een (normoverdragend) gesprek voeren, een schriftelijke waarschuwing geven, last onder dwangsom, last onder bestuursdwang, het opleggen van een cliëntenstop, contractontbinding, etc.

Afhankelijk van o.a. de ernst en/of hoeveelheid van de overtreding(en), of sprake is van een recidive en de bereidheid van de aanbieder om de overtreding te beëindigen, besluit de gemeente, op basis van het gemeentelijk handhavingsbeleid, welke vorm van handhaving wordt ingezet.

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 eisen wordt deels voldaan. De maatschappelijk hulpverlener stelt met iedere cliënt een ondersteuningsplan op, waarin algemene doelen zijn opgenomen. Het actieplan, waarin doelen verder uitgewerkt moeten worden, ontbreekt echter in vrijwel alle beoordeelde cliëntdossiers. In één cliëntdossier was enkel een verouderd actieplan opgenomen. Daarnaast ontbreken afspraken over binnen welk tijdsbestek doelen kunnen worden behaald, wanneer kan worden afgeschaald naar minder uren of een eenvoudigere ondersteuningsinzet, hoe nazorg eventueel wordt vormgegeven en doelstellingen omtrent het bevorderen van de zelfredzaamheid en eventuele doorstroom naar zelfstandig wonen. Cliënten hebben inspraak in hun traject en ervaren dat door de ondersteuning hun zelfredzaamheid is vergroot. Urenregistratie wordt door medewerkers op de Remisestraat bijgehouden. Er worden geen urenregistratie bijgehouden door medewerkers op de Parkstraat en Huissensestraat.

Beschrijving:

Aan iedere cliënt wordt na plaatsing een maatschappelijk hulpverlener en een persoonlijk begeleider gekoppeld. De maatschappelijk hulpverlener is op afstand betrokken, stelt algemene doelen op met de cliënt en ziet toe op de voortgang van het traject. De persoonlijk begeleider is het eerste aanspreekpunt voor de cliënt op de groep, werkt doelen verder uit met de cliënt in een actieplan en zorgt ervoor dat afspraken met de cliënt worden nageleefd op de woonlocatie. Ook stelt de persoonlijk begeleider een krachteninventarisatie op met de cliënt. De maatschappelijk hulpverlener is verantwoordelijk voor de inhoud van het cliëntdossier.

De toezichthouder heeft zes cliëntdossiers ingezien, waarin o.a. een zelfredzaamheidsmatrix, krachteninventarisatie en ondersteuningsplan met algemene doelen, eerstverantwoordelijke medewerker(s), afspraken over casusregie en een eerstvolgende evaluatiedatum zijn opgenomen. Als de cliënt ook behandeling ontvangt van de aanbieder wordt het ondersteuningsplan integraal opgesteld.

Ondertekening van de ondersteuningsplannen vindt plaats door hierin aan te geven dat het plan besproken is met de cliënt en deze hiermee akkoord is.

Uit gesprekken met de wijkcoaches blijkt dat over het bijstellen van begeleidingsdoelen afstemming wordt gezocht met de lokale toegang. Eén gesproken wijkcoach geeft hierbij wel aan dat afspraken in het cliëntdossier niet altijd inzichtelijk zijn voor groepswerkers, omdat informatie soms is afgeschermd. Zie hiervoor ook constatering 3.1.

Het actieplan, waarin de persoonlijk begeleider de algemeen opgestelde doelen verder met de cliënt dient te concretiseren, ontbreekt in het merendeel van de cliëntdossiers. In één cliëntdossier is een actieplan opgenomen, maar verouderd (einddatum november 2023). Verder ontbreken afspraken in de ondersteuningsplannen over binnen welk tijdsbestek doelen kunnen worden behaald, wanneer kan worden afgeschaald naar minder uren of een eenvoudigere ondersteuningsinzet en hoe nazorg eventueel wordt vormgegeven.

Concrete doelen omtrent het bevorderen en vergroten van de zelfredzaamheid van de cliënt en eventuele doorstroom naar zelfstandig wonen zijn verder onvoldoende opgenomen in het cliëntdossier, omdat doelen niet verder zijn uitgewerkt in een actieplan.

Uit gesprekken met cliënten blijkt dat zij voldoende inspraak ervaren in hun traject en dat er wordt ingezet op het bevorderen van de zelfredzaamheid. Het merendeel van de cliënten geeft aan gedurende het traject zich op positieve wijze ontwikkeld te hebben en dat hun zelfredzaamheid is vergroot.

Waar mogelijk wordt ingezet op doorstroom naar (meer) zelfstandig wonen. Uit alle gevoerde gesprekken blijkt dit echter lastig vanwege de doelgroep en onvoldoende doorstroommogelijkheden richting zelfstandig wonen, zie hiervoor ook constatering 1.5.

Urenregistratie wordt enkel door medewerkers op de Remisestraat bijgehouden. Zij dienen gewerkte uren maandelijks te controleren in het planningssysteem en te accorderen.

Medewerkers op de Parkstraat en Huissensestraat houden geen urenregistratie bij.

1.2 Evaluatie

Deelconclusie: Aan de gestelde eisen wordt deels voldaan. Er vindt periodiek evaluatie plaats met de cliënt, waarvan verslaglegging wordt geschreven. Uit de beoordeelde evaluatieverslagen blijkt in hoeverre aan gestelde doelen is gewerkt en aan welke doelen de komende periode gewerkt zal gaan worden. Evaluatieverslagen zijn echter niet ondertekend door de cliënt en worden niet gedeeld met de lokale toegang waardoor niet volledig aan de gestelde eisen wordt voldaan.

Beschrijving:

De maatschappelijk hulpverlener plant, afhankelijk van het traject, iedere drie of zes maanden een evaluatie in met de cliënt, wijkcoach en evt. ketenpartners, waarvan verslaglegging wordt geschreven. Uit de evaluatieverslagen blijkt in hoeverre aan gestelde doelen is gewerkt, welke doelen wel en niet zijn behaald en aan welke doelen de komende periode gewerkt zal gaan worden. Evaluatieverslagen worden echter niet ondertekend door de cliënt en gedeeld met de lokale toegang, waardoor niet volledig aan de gestelde eisen wordt voldaan.

Over het delen van evaluatieverslagen zeggen de gesproken wijkcoaches het volgende:

“Er wordt geen verslaglegging toegestuurd na evaluatie. Dit hoeft ook niet per se. We bespreken wat de situatie was, hoe deze nu is en waar de komende periode aan gewerkt gaat worden zodat ze dit met eigen werkdoelen richting kunnen geven”.

“Het aanleveren van verslagen is geen groot aandachtspunt. Hier ligt het accent niet op en ik mis daar ook niets in. Als ik wel iets mis haal ik dit op in een gesprek”.

1.3 Ondersteuning

Deelconclusie: Aan de gestelde eisen wordt deels voldaan. De ondersteuning wordt op de Remisestraat in groepsverband en individueel geleverd. Op de Parkstraat en Huissensestraat vindt de ondersteuning veelal individueel plaats. Uit alle gevoerde gesprekken blijkt dat de aanbieder cliënten ondersteunt met betrekking tot het inzetten van een vorm van daginvulling.

Beschrijving:

Beschermd wonen wordt op de Remisestraat in groepsverband en individueel geleverd. Op de Parkstraat en de Huissensestraat wordt de ondersteuning niet in groepsverband maar veelal individueel geleverd, omdat op deze locaties meer zelfstandigheid wordt gevraagd van cliënten. Hierdoor wordt echter niet volledig aan de gestelde eis voldaan. Zie voor de aanwezigheid van medewerkers op de locaties ook constatering 4.2. Er vinden op alle locaties wekelijks individuele afspraken plaats tussen de persoonlijk begeleider en de cliënt. De frequentie hiervan hangt af van de ondersteuningsbehoefte van de cliënt en het traject. Op de Remisestraat is verder iedere vrijdag een inloop door een ervaringsdeskundige voor cliënten, waarmee zij laagdrempelig contact kunnen zoeken.

De cliënten worden door hun persoonlijk begeleider ondersteunt in het vinden van een passende daginvulling. Op de Remisestraat worden daarnaast van maandag t/m donderdag activiteiten aangeboden door een activiteitenbegeleider die cliënten waar nodig ondersteunt in het zoeken van bijvoorbeeld een externe dagbestedingsplek of opstellen van een C.V.

Via een samenwerkingsverband met Scalabor kunnen cliënten ook worden toe geleid naar activerend werk.

Op de Remisestraat is het motiveren van cliënten onlangs onderwerp van gesprek geweest in het team. Hierover zegt de persoonlijk begeleider i.o. het volgende:

“We zijn bezig om cliënten meer te motiveren. Hierover hebben we gesproken tijdens een vergadering voor de vakantie. Hierdoor zoek ik cliënten nu wel meer actief op en betrek hen bijvoorbeeld bij het doen van de boodschappen. Dit zou wat mij betreft nog meer mogen gebeuren”.

De gesproken wijkcoaches geven hierover het volgende aan:

“Sommige cliënten hebben geen daginvulling of gaan niet. Dan moet je je afvragen wat er dan gebeurt. Ik verwacht dan vanuit het product beschermd wonen dat er 's ochtends en 's avonds iemand op locatie is die de cliënt ziet vertrekken en thuiskomen om dit te monitoren. Ik kan niet zeggen dat dit niet gebeurt, maar ik weet

niet of dit goed geregeld is op de Parkstraat en Huissensestraat. We zijn hier wel steeds over in gesprek, maar het ingewikkelde is dat we activerend werk apart inzetten. Zij rapporteren dan aan ons over een cliënt die bijvoorbeeld steeds niet komt. Wij zitten er dan soms tussenin en zijn dan een doorgeefluik”.

“Er is echt aandacht voor het vinden van een passende dagbesteding en dit stimuleren ze ook bij cliënten. Ook omdat de omgeving op de Remisestraat negatief is willen ze dat cliënten iets hebben om voor op te staan. Daarnaast hebben ze korte lijstjes met activerend werk plekken en sluiten ze daar bij evaluaties aan. Dit doen ze erg goed”.

1.4 Zelfredzaamheid

Deelconclusie: Aan de gestelde eis wordt wel voldaan. De aanbieder zet zich in om de zelfredzaamheid van cliënten te bevorderen en waar mogelijk te vergroten.

Beschrijving:

Zoals ook in constatering 1.1. beschreven blijkt uit het onderzoek dat de aanbieder zich inzet voor het bevorderen en vergroten van de zelfredzaamheid van cliënten. Er wordt met iedere cliënt een krachteninventarisatie en zelfredzaamheidsmatrix ingevuld, er wordt gewerkt aan de gestelde doelen en cliënten ervaren baat bij de ondersteuning. De gesproken cliënten geven hierover het volgende aan:

“Het voelt hier heel veilig en vertrouwd. Er wordt samen aan doelen gewerkt en dit bevalt goed. Ik kan ook altijd bij mijn begeleider terecht”.

“We kijken per week wat nodig is en maken dan verder afspraken. Ik ben tevreden over de begeleiding. Ze weten wat ze doen en voelen goed aan hoe dingen voor mij werken. Ze geven je ook de tijd om aan dingen te werken”.

“Ik heb wel baat gehad bij de ondersteuning. Je verliest gemeenschapszin en verbinding en die vind ik hier wel terug. Dat is heel fijn. Toen ik hier kwam wonen moest er zoveel gebeuren. Ik ben hier goed in begeleid en heb hierover veel afgestemd met mijn begeleider. Ik heb bijvoorbeeld geleerd om te koken”.

“Dit is voor mij het perfecte aanbod op het perfecte moment. Ik heb ook genoeg inspraak in het traject en we zijn samen met mijn doelen bezig. Ik heb wel het gevoel dat we wat stappen hadden kunnen overslaan in het begin als ik kijk naar een stukje bejegening. Misschien had de begeleiding dit kritischer kunnen uitvragen of een verschillende aanpak kunnen proberen”.

1.5 Wonen en zorg

Deelconclusie: Aan de gestelde eisen wordt deels voldaan. Cliënten worden ingeschreven als woningzoekende en, indien passend bij het traject, begeleid in het aanvragen van een woning via de gemeentelijke woonafspraken binnen de regio Centraal Gelderland. De cliënten verblijven in een woning van aanbieder, waar per locatie afspraken gelden over het schoonhouden van de woning en het bereiden van maaltijden. Op de Remisestraat is sprake van een duidelijke structuur gedurende de dag. Hiervan is onvoldoende sprake op de Parkstraat en Huissensestraat, waardoor niet aan de gestelde eis wordt voldaan.

Beschrijving:

Cliënten worden na de start van het traject, door de maatschappelijk hulpverlener, ingeschreven als woningzoekende bij een woningbouwcoöperatie en, indien passend bij het traject, begeleid in het aanvragen van een woning via de gemeentelijke woonafspraken binnen de regio Centraal Gelderland. De aanbieder geeft hierbij aan dat uitstroom van cliënten naar (meer) zelfstandig wonen wordt bemoeilijkt vanwege onvoldoende doorstroomvoorzieningen en omdat de doelgroep moeilijk plaatsbaar is bij woningcoöperaties.

De cliënten verblijven in een woning van de aanbieder. Op alle locaties zijn cliënten zelf verantwoordelijk voor het schoonhouden van hun eigen kamer en zij worden hierin, waar nodig, ondersteund.

Op de Parkstraat en de Huissensestraat delen cliënten per verdieping een badkamer en keuken met elkaar, die zij gezamenlijk schoon moeten houden. De cliënten op deze locaties koken zelfstandig en ontvangen hiervoor weekgeld. Indien nodig wordt de cliënt hierin ondersteund.

Er worden op alle locaties individuele afspraken gemaakt met de cliënt over een daginvulling. Op de Remisestraat worden van maandag t/m donderdag activiteiten aangeboden op de locatie, zoals ook beschreven in constatering 1.3. Daarnaast wordt iedere dag op vaste tijden ontbijt, lunch en avondeten aan cliënten aangeboden. Via een eetlijst wordt bijgehouden aan welke eetmomenten cliënten hebben deelgenomen. De maaltijden worden voor cliënten verzorgd en waar passend in het traject wordt gezamenlijk met de cliënt gekookt. Verder worden van maandag t/m donderdag activiteiten aangeboden op de locatie, zoals ook beschreven in constatering 1.3. Hieruit blijkt op de Remisestraat sprake van een duidelijke structuur gedurende de dag conform gestelde eisen. De Parkstraat en Huissensestraat betreffen trainingshuizen. Er is overdag wisselend een begeleider aanwezig en er worden individuele afspraken gemaakt met de cliënt over o.a. een daginvulling. Hieruit blijkt onvoldoende sprake van een duidelijke dagstructuur die wordt geboden door de begeleiding.

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 eisen wordt deels voldaan. Er wordt met iedere cliënt een risico-inventarisatie ingevuld en opgenomen in het cliëntdossier. Aandachtspunten die hieruit voortkomen zijn bekend bij de persoonlijk begeleiders en groepswerkers. Doelafspraken over risico's worden echter onvoldoende uitgewerkt in een actieplan, waardoor niet volledig aan de gestelde eis wordt voldaan. De aanbieder beschikt verder over passend beleid omtrent het gebruik van alcohol en drugs.

Beschrijving:

Er wordt met iedere cliënt een risico-inventarisatie ingevuld, waarmee o.a. een inschatting wordt gemaakt op het gebied van medicatie, drugs, alcohol en gedragsproblemen. De maatschappelijk hulpverlener stelt deze risico-inventarisatie met de cliënt op, tenzij de cliënt ook behandeling ontvangt van de aanbieder. Dan wordt de risico-inventarisatie door de behandelaar opgesteld.

Over risico's worden, waar nodig, doelen opgesteld en opgenomen in het ondersteuningsplan. Uit inzage in de cliëntdossiers blijkt echter dat doelen niet verder worden geconcretiseerd in een actieplan, waardoor niet volledig aan gestelde eis wordt voldaan. Aandachtspunten en risico's worden altijd besproken met de persoonlijk begeleider en groepswerkers, waardoor zij hiermee bekend zijn.

De aanbieder beschikt over organisatie- en locatie gebonden beleid omtrent het gebruik van alcohol en drugs. Uit gesprekken met medewerkers en cliënten blijkt dat zij hiermee bekend zijn.

2.2 Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling

Deelconclusie: Aan de gestelde eisen wordt wel voldaan. De aanbieder beschikt over een meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling conform gestelde eisen. Medewerkers dienen allen een e-learning te volgen over de meldcode, waarmee het gebruik wordt bevorderd.

Beschrijving:

De aanbieder heeft een meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling vastgesteld waarin de vijf stappen zijn opgenomen met een toedeling van taken. Alle medewerkers dienen na indiensttreding een verplichte e-learning over de meldcode te volgen. Er zijn daarnaast aandachtfunctionarissen aangewezen binnen de organisatie.

2.3 Intern meldingssysteem incidenten/bijna incidenten

Deelconclusie: Aan de gestelde eis wordt wel voldaan. De aanbieder beschikt over een intern meldingssysteem voor incidenten en (bijna) fouten dat operationeel is. In beleid heeft de aanbieder afspraken opgenomen over het melden, registreren, analyseren van incidenten en het opstellen van verbetermaatregelen. Deze afspraken zijn bekend bij medewerkers en worden in de praktijk nageleefd.

Beschrijving:

De aanbieder beschikt over een intern meldingssysteem voor incidenten en (bijna) fouten dat operationeel is. In beleid heeft de aanbieder afspraken over het melden, registreren en analyseren van incidenten opgenomen met een heldere toedeling van taken. Daarnaast zet de aanbieder preventief in om incidenten te voorkomen, bijvoorbeeld door een verplichte training de-escaleren werken aan medewerkers te bieden.

Afspraken over het melden van incidenten zijn bekend bij medewerkers en er vindt op zowel team-, regio- en centraal niveau analyse plaats op incidentmeldingen om hiervan te leren.

Indien nazorg gewenst is kunnen medewerkers gebruik maken van een bedrijfsopvang team (BOT).

2.4 Calamiteiten

Deelconclusie: Aan de gestelde eis wordt wel voldaan. In beleid zijn afspraken over het melden van calamiteiten, geweldsincidenten en maatschappelijke onrust bij de Wmo toezichthouder opgenomen, evenals een heldere toedeling van taken.

Beschrijving:

De aanbieder beschikt over een 'incidenten- en calamiteitenprotocol', waarin o.a. afspraken over het melden van calamiteiten, geweldsincidenten en gebeurtenissen met maatschappelijke onrust bij de Wmo toezichthouder zijn opgenomen met een heldere toedeling van taken.

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 eisen wordt deels voldaan. Indien nodig vindt afstemming plaats met derden over de geboden ondersteuning. Via toestemmingsformulieren worden afspraken over afstemming met derden vastgelegd in het cliëntdossier. De gesproken wijkcoaches ervaren over het algemeen een prettige samenwerking met de aanbieder, waarin beide zich inzetten om een integrale aanpak te realiseren. In geval van spoedeisende hulp of crisis wordt niet altijd binnen twee werkdagen contact gezocht met de lokale toegang. De aanbieder heeft een signalerende functie en medewerkers zijn voldoende in staat deze uit te voeren. De continuïteit van de geboden ondersteuning is echter onvoldoende gewaarborgd, vanwege de kwalificaties van personeel, de aanwezigheid van medewerkers op de Parkstraat en Huissensestraat en omdat begeleidingsafspraken niet concreet zijn uitgewerkt en/of inzichtelijk zijn voor groeps werkers.

Beschrijving:

Er vindt, indien nodig, afstemming plaats met derden over de geboden ondersteuning. Indien de cliënt ook behandeling ontvangt van de aanbieder wordt intern een integraal plan opgesteld met de cliënt. Door middel van toestemmingsformulieren tekent de cliënt voor met wie en waarvoor de aanbieder contact mag leggen en informatie mag uitwisselen. Deze worden vervolgens opgenomen in het cliëntdossier.

Verder blijkt uit alle gevoerde gesprekken dat zowel de aanbieder als de lokale toegang zich inzetten om een integrale aanpak te realiseren. De gesproken wijkcoaches geven het volgende aan over de onderlinge samenwerking:

"De samenwerking met de maatschappelijk hulpverleners is goed. Zij zijn doortastend en hebben veel kennis van regelzaken. Er zit wel verschil tussen de maatschappelijk hulpverleners en begeleiders op de woongroep. Afspraken zijn niet altijd helder voor de begeleiders, omdat informatie soms afgeschermd is. Je merkt hierdoor dat de cliënt hierdoor soms in de begeleiding tegen dingen aanloopt, zich niet begrepen voelt en de begeleider dan aangeeft bepaalde informatie niet te hebben".

"Er vindt ook tussentijds geregeld afstemming plaats om iemand bijvoorbeeld in beweging te krijgen. Maar ook om vanuit ons perspectief even te sparren over mogelijkheden, wie welke rol kan pakken en hoe het verder gaat".

"In de basis heb ik goed contact met medewerkers van IrisZorg. Vanuit beide kant is er bereidheid om het gesprek met elkaar aan te blijven gaan en op basis daarvan verder te komen".

In geval van uitstroom worden hierover afspraken gemaakt met de lokale toegang en vindt onderlinge afstemming plaats.

Er wordt vrijwel altijd binnen twee werkdagen contact gezocht in geval van spoedeisende hulp of crisis met de lokale toegang. Eén wijkcoach noemt echter ook een voorbeeld waarin deze pas later werd geïnformeerd. Dit betrof een situatie waarin een cliënt een time-out voor twee weken van de aanbieder had gekregen en de wijkcoach pas hierna werd geïnformeerd. Zie hiervoor ook constatering 5.2. Hierdoor wordt niet volledig voldaan aan de eis dat spoedeisende of crisissituaties binnen twee werkdagen worden gemeld aan de lokale toegang.

De continuïteit van de geboden ondersteuning is op de drie bezochte beschermd wonen locaties onvoldoende gewaarborgd. Uit de gevoerde gesprekken en inzage in diverse documenten blijkt dat begeleidingsafspraken niet altijd inzichtelijk zijn voor de groepswerkers en doelen onvoldoende concreet worden uitgewerkt met de cliënt. Daarnaast is op de Parkstraat en Huissensestraat niet altijd een medewerker aanwezig en is sprake van onvoldoende gekwalificeerd personeel. Zie hiervoor ook constatering 4.2.

Zoals ook in constatering 3.1. beschreven, wordt met iedere cliënt een risico-inventarisatie opgesteld. Eventuele aandachtspunten en risico's worden besproken met de persoonlijk begeleider en groepswerkers. Hierdoor, en vanwege een passend scholingsaanbod, zijn medewerkers voldoende in staat hun signalerende functie uit te oefenen.

3.2 Casusregie

Deelconclusie: Aan de gestelde eisen wordt wel voldaan. De maatschappelijk hulpverlener houdt regie over de trajecten en is eindverantwoordelijk. Afspraken over casusregie zijn opgenomen in het cliëntdossier.

Beschrijving:

Aan iedere cliënt is een maatschappelijk hulpverlener gekoppeld die regie houdt en eindverantwoordelijk is voor de ondersteuning. Indien de cliënt ook behandeling ontvangt worden afspraken over taken en verantwoordelijkheden gemaakt. Deze afspraken worden opgenomen in het cliëntdossier.

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 eisen wordt wel voldaan. De aanbieder is HKZ gecertificeerd, voert periodiek zelfevaluaties uit over de bereikte kwaliteit en beschikt over een werkend kwaliteitsmanagementsysteem. Medewerkers zijn bekend met werkinstructies en protocollen en handelen hiernaar.

Beschrijving:

De aanbieder is HKZ gecertificeerd en beschikt over een kwaliteitsmanagementsysteem. Documenten zijn actueel en bevatten o.a. een vaststellingsdatum, documentverantwoordelijke en revisiedatum. In beleid heeft de aanbieder afspraken opgenomen over het systematisch uitvoeren van zelfevaluaties over de bereikte kwaliteit. Er wordt bijvoorbeeld jaarlijks een onderdeel van het kwaliteitsmanagementsysteem uitgelicht en beoordeeld door middel van interne audits.

Alle werkinstructies en protocollen zijn voor medewerkers te vinden op het intranet van de aanbieder. Uit gesprekken met medewerkers blijkt dat zij hiermee bekend zijn en hiernaar handelen.

4.2 Personeelsbeleid

Deelconclusie: Aan de gestelde eisen wordt deels voldaan. De aanbieder beschikt grotendeels over bekwame en gekwalificeerde medewerkers voor het uitvoeren van de gevraagde dienstverlening. Bij de cliënten op de Parkstraat en Huissensestraat is een maatschappelijk hulpverlener betrokken die nog in opleiding is, waardoor geen regie wordt gevoerd door een Hbo geschoolde medewerker. Op de Remisestraat is dit wel het geval. In beleid heeft de aanbieder afspraken opgenomen over de inzet van stagiaires en medewerkers in opleiding, deskundigheidsbevordering, duurzame inzetbaarheid en hoe de aanbieder op de hoogte blijft van de laatste ontwikkelingen in de branche. Op de Remisestraat is altijd een medewerker aanwezig. Op de Parkstraat en Huissensestraat zijn medewerkers wisselend aanwezig, waardoor niet volledig aan de gestelde eis wordt voldaan. Voor deze locaties is in de nacht een slaapdienst aanwezig op de Remisestraat, zodat binnen 10 minuten iemand aanwezig kan zijn. Vervanging bij uitval of vakanties is geregeld en hierover worden afspraken gemaakt met de cliënt.

Beschrijving:

De aanbieder heeft in diverse beleidsstukken en documenten afspraken opgenomen over de inzet van stagiaires en medewerkers in opleiding, deskundigheidsbevordering, duurzame inzetbaarheid en hoe de aanbieder op de hoogte blijft van de laatste ontwikkelingen in de branche.

Bij vakantie of uitval vangen de medewerkers elkaar op. Op de Remisestraat wordt waar nodig ook gebruik gemaakt van het team op de maatschappelijke opvang dat is gevestigd op de benedenverdieping in het pand. Verder maken persoonlijk begeleiders individuele afspraken met de cliënt bij vakantie of uitval.

Uit het onderzoek blijkt dat de aanbieder op de drie locaties grotendeels beschikt over bekwame en gekwalificeerde medewerkers voor het uitvoeren van de gevraagde ondersteuning. Een deel van de medewerkers is nog in opleiding en beschikt (nog) niet over een diploma conform gestelde eisen. Zij voeren wel zelfstandig taken uit en zijn volwaardig onderdeel van het team. Hierdoor is geen sprake van een goede mix van Mbo- en Hbo geschoolde medewerkers die in verhouding staat tot de aangeboden producten, locaties en cliënten. Hieronder worden per team/locatie de samenstelling en kwalificaties verder toegelicht.

Er is aan iedere cliënt een maatschappelijk hulpverlener gekoppeld die regie houdt over het traject en overstijgend toeziet op de voortgang van de cliënt. Dit team bestaat uit drie maatschappelijk hulpverleners, waarvan twee zijn gekoppeld aan cliënten op de Remisestraat en één aan cliënten op de Parkstraat en Huissensestraat.

De maatschappelijk hulpverlener die is gekoppeld aan de Parkstraat en Huissensestraat is nog in opleiding (deeltijd Hbo Social Work) en voert zelfstandig taken uit. Hieruit blijkt dat bij cliënten op deze locaties geen regie wordt gevoerd over de ondersteuning door een medewerker met een Hbo diploma, waardoor niet volledig aan de gestelde eis wordt voldaan.

De twee maatschappelijk hulpverleners die zijn gekoppeld aan cliënten op de Remisestraat beschikken over een passend Hbo diploma.

Beide teams, inclusief de maatschappelijk hulpverleners, worden aangestuurd door een coördinator zorg en coördinator bedrijfsvoering.

Remisestraat

Het team werkzaam op de afdeling beschermd wonen op de Remisestraat bestaat uit twee persoonlijk begeleiders, zeven groepswerkers en één ervaringsdeskundige. Hiervan zijn één persoonlijk begeleider en één groepswerker nog in opleiding (BBL). Zij voeren zelfstandig taken uit en zijn volwaardig onderdeel van het team. Momenteel is ook één stagiaire (boventallig) werkzaam in het team.

De andere persoonlijk begeleider beschikt over een Mbo niveau 3 diploma en de ervaringsdeskundige beschikt over een certificaat voor ervaringsdeskundige op Hbo niveau. Van de zeven groepswerkers beschikken er twee over een Mbo niveau 3 diploma, één over een Mbo niveau 4 diploma en één over een diplomawaardering op Hbo niveau in Zorg en Welzijn. Twee groepswerkers beschikken niet over een diploma conform gestelde eisen, te noemen Mbo niveau 4 onderwijsassistent en Hbo leraar tweede graad geschiedenis.

Op de Remisestraat is dagelijks een dagdienst van 07.30 tot 16.00 en twee late diensten van 15.00 tot 23.00 uur aanwezig. Er is daarnaast overdag een toezichthouder aanwezig, en in de nacht twee, die vanaf de receptie op de begane grond toezicht houden op het hele pand.

Hierdoor is zowel overdag als in nacht altijd een medewerker aanwezig op de locatie. Er is in de nacht ook een slaapdienst aanwezig op de locatie voor cliënten woonachting in vijf andere locaties van de aanbieder. Bij noodsituaties kunnen toezichthouders op de Remisestraat wel beroep doen op de slaapdienst.

Parkstraat en Huissensestraat

Het team werkzaam op de Parkstraat en Huissensestraat bestaat uit zeven groepswerkers en vier persoonlijk begeleiders. Hiervan zijn drie groepswerkers en één persoonlijk begeleider nog in opleiding, waarvan drie een BBL opleiding volgen en één groepswerker een traject vanuit het UWV volgt. De andere vier groepswerkers beschikken over een Mbo niveau 4 diploma in Zorg en Welzijn. Eén persoonlijk begeleider beschikt over een Mbo niveau 4 diploma en één over een Hbo diploma in Zorg en Welzijn. Hieruit blijkt dat niet alle medewerkers beschikken over een diploma conform gestelde eisen.

Het team is verantwoordelijk voor vijf locaties van de aanbieder. Op deze vijf locaties zijn overdag en 's avonds wisselend groepswerkers aanwezig. De persoonlijk begeleiders draaien enkel dagdiensten. Hieruit blijkt dat gedurende de dag niet altijd een beroepsgeschoolde medewerker aanwezig is op de Parkstraat en Huissensestraat. Ook de gesproken wijkcoaches noemen de aanwezigheid op deze locaties een aandachtspunt en geven aan dat hierdoor signalen van cliënten soms blijven liggen en er onvoldoende nabijheid kan worden geboden.

In de nacht is een slaapdienst aanwezig op de Remisestraat voor deze vijf locaties. De slaapdienst is aanwezig op de Remisestraat, omdat deze locatie centraal gelegen ligt tussen de vijf locaties. Hierdoor kan binnen 10 minuten een medewerker op de betreffende locaties aanwezig zijn.

De aanbieder ziet bij indiensttreding het originele diploma in van medewerkers. Een kopie hiervan wordt opgenomen in het personeelsdossier.

4.3 Medewerkers: Verklaring omtrent gedrag (VOG)

Deelconclusie: Aan de gestelde eis wordt deels voldaan. Alle begeleiders en maatschappelijk hulpverleners beschikken over een VOG. Hiervan zijn acht VOG's ouder dan drie jaar en daarmee verouderd, waarvan één VOG ook niet op het juiste screeningsprofiel is aangevraagd.

Beschrijving:

De toezichthouder heeft van de begeleiders en maatschappelijk hulpverleners werkzaam op de drie beschermd wonen locaties een VOG ingezien. Hiervan waren acht VOG's ouder dan drie jaar (oudste uit 2005) en daarmee verouderd, waarvan één VOG ook niet op het juiste screeningsprofiel is aangevraagd.

Medewerkers dienen na indiensttreding binnen zes weken een originele VOG aan te leveren bij de afdeling HR van de aanbieder. Zij doen hierop een echtheidscheck en nemen de VOG vervolgens op in het personeelsdossier. VOG's worden vervolgens niet na een bepaalde periode opnieuw aangevraagd voor medewerkers.

4.4 Informatievoorziening en website

Deelconclusie: Aan de gestelde eis wordt deels voldaan. De aanbieder beschikt over een actuele website. Hierop ontbreekt het klachtenjaarverslag, waardoor niet volledig aan de gestelde eis wordt voldaan.

Beschrijving:

De website van de aanbieder beschikt over een overzicht van diensten aan cliënten, een klachtenregeling, privacyreglement, wachttijden, certificeringen en contactgegevens van de organisatie met tijden waarop de organisatie te bereiken is.

Een klachtenjaarverslag ontbreekt op de website, waardoor niet volledig aan gestelde eis wordt voldaan.

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 eisen wordt deels voldaan. De aanbieder beschikt over een klachtenregeling die is opgenomen op de eigen website. Cliënten worden aan het begin van het traject geïnformeerd over de klachtenregeling. Een klachtenjaarverslag wordt niet opgesteld en ontbreekt op de website van de aanbieder.

Beschrijving:

De aanbieder beschikt over een klachtenregeling die is opgenomen op de eigen website. Cliënten worden hier aan het begin van het traject over geïnformeerd en uit gesprekken met cliënten blijkt dat zij hiermee voldoende bekend zijn.

Een klachtenjaarverslag wordt niet opgesteld en gepubliceerd op de website van de aanbieder.

5.2 Rechten van de cliënt en gedragscode

Deelconclusie: Aan de gestelde eisen wordt wel voldaan. Cliënten voelen zich op hun gemak op de plaats waar de ondersteuning wordt geleverd. Afspraken over gegevensuitwisseling worden vastgelegd in het cliëntdossier en cliënten kunnen participeren in een cliëntenraad. De gedragscode van de aanbieder bevat de vereiste onderwerpen en medewerkers zijn hiermee bekend.

Beschrijving:

Alle gesproken cliënten geven aan zich op hun gemak te voelen op de plaats waar de ondersteuning wordt geboden.

Afspraken over gegevensuitwisseling met derden worden door middel van toestemmingsformulieren vastgelegd in het cliëntdossier. Zie hiervoor ook constatering 3.1.

Cliënten kunnen participeren in een cliëntenraad en de aanbieder heeft informatie hierover opgenomen in beleid en op haar website. Daarnaast vinden op de beschermd wonen locaties maandelijks bewoneroverleggen plaats waarin cliënten de mogelijkheid krijgen om zaken omtrent het wonen met elkaar te bespreken en/of aan te geven aan begeleiding. Onder andere hieruit, en uit alle gevoerde gesprekken, blijkt dat de aanbieder openstaat voor wensen, aanwijzingen, vragen en kritiek van de cliënt.

De aanbieder beschikt verder over een gedragscode voor medewerkers die de vereiste onderwerpen bevat. Medewerkers zijn hiermee bekend.

5.3 Acceptatieplicht, uitsluitingscriteria en onhoudbare situaties

Deelconclusie: Aan de gestelde eisen wordt deels voldaan. In geval van een onhoudbare situatie wordt vrijwel altijd tijdig afstemming gezocht met de lokale toegang. In een enkel geval is de lokale toegang achteraf geïnformeerd over een onhoudbare situatie.

Beschrijving:

De aanbieder heeft in haar beleid leefregels, en eventuele maatregelen bij het niet naleven hiervan, beschreven. Cliënten dienen dit document bij de start van het traject te ondertekenen.

Uit gesprekken met de wijkcoaches blijkt dat in geval van een onhoudbare situatie vrijwel altijd tijdig afstemming met de lokale toegang wordt gezocht. Eén gesproken wijkcoach noemt hierbij wel een situatie waarin de aanbieder pas, na een time-out van twee weken, afstemming heeft gezocht.

"We hebben goed contact met IrisZorg, maar bepaalde dingen als een time-out moeten we bovenop zitten. Een time-out betekent dat iemand tijdelijk dakloos is, daar moeten we samen in optrekken. We hebben wel eens achteraf gehoord dat iemand twee weken een time-out heeft gekregen".

Schriftelijke reactie aanbieder

De rapportage is inmiddels besproken met management en zorgcoördinatie en wij herkennen ons in de bevindingen van het rapport. Vanuit deze bespreking hebben wij terstond acties geformuleerd ter verbetering. Deze acties en afspraken zijn als volgt:

1. Zorgplannen

1a. Nader concretiseren van het zorgplan

Bevinding:

Hoewel er ondersteuningsplannen worden opgesteld, ontbreekt vaak een concreet actieplan en duidelijke afspraken over de tijdsduur en doelen, zoals uitstroom naar zelfstandig wonen.

Verbeteractie:

Actieplannen moeten tijdig worden opgesteld met duidelijke doelen, tijdspaden en afspraken voor uitstroom naar zelfstandigheid.

Stap1: inhaalactie: zorgplannen screenen en voorzien van concrete doelen, acties en tijdsduur. En bespreking met en ondertekening door client.

Stap 2: monitoring op continuïteit en actualiteit. Verantwoordelijke is de zorg coördinator.

1b. Veiligheid

Bevinding:

Er wordt een risico-inventarisatie gemaakt voor elke cliënt, maar concrete begeleidingsafspraken voor risicobeheersing worden onvoldoende vastgelegd.

Verbeteractie:

Onderdeel van het zorgplan is het signaleringsplan. Daarin moeten risico's beter worden vertaald naar concrete begeleidingsafspraken en actieplannen om de veiligheid van cliënten verder te waarborgen. Dit betekent dat de risico-inventarisatie conform de stappen bij 1a. in de afspraken verwerkt en gemonitord moeten worden.

2. Evaluatie en samenwerking

Bevinding:

Evaluatieverslagen worden niet altijd gedeeld met de lokale toegang en zijn vaak niet ondertekend door cliënten. Samenwerking met derden verloopt over het algemeen goed, maar in sommige gevallen wordt de lokale toegang te laat geïnformeerd over crisissituaties.

Verbeteracties:

1. Verslagen en crisissituaties zijn niet altijd of te laat gedeeld met de toegang ook vanwege veel personele wisselingen in de wijkteams. Continuïteit hiervan gaan we monitoren.
2. Ondertekening van zowel zorgplan (zie boven) als evaluatieverslagen zal gaan gebeuren en worden gecheckt.

3. Personeelsbeleid administratief

Bevinding:

Niet alle medewerkers beschikken over de vereiste diploma's en VOG's.

Verbeteractie:

Doel is dat al het personeel voldoet aan de vereiste diploma's en dat de VOG's up-to-date zijn. Dit geldt vooral voor de locaties waar personeel in opleiding zelfstandig taken uitvoert.

Centrale acties uitgezet voor IrisZorg:

1. het systeem (AFAS) gaat meldingen geven voor vernieuwing van de VOG na 3 jaar.
2. controle op diploma's. Er zal een toets plaatsvinden op het functieplaatsen plan.

4. Personele aanwezigheid

Bevinding:

Op sommige locaties (Parkstraat, Huissensestraat) is niet altijd voldoende personeel aanwezig.

Verbeteracties:

1. Betere urenregistratie: de uren registratie verloopt via het systeem Inplanning. Voor nu heeft dit geen verdere actie, maar het systeem is mogelijk tijdens de audit niet aan de orde geweest.
2. Dagstructuur en groepsbegeleiding: op de locaties waar nu voornamelijk individueel wordt gewerkt (Parkstraat en Huissensestraat) zal een betere dagstructuur en mogelijkheden voor begeleiding in groepsverband worden ontwikkeld. Aanwezigheid in huizen zal worden geformuleerd zodat dagstructuur kan worden geborgd.

5. Het klachtenjaarverslag

Bevinding:

Het klachtenjaarverslag ontbreekt op de website van IrisZorg

Verbeteractie:

Het klachten jaarverslag zal op de website geplaatst moeten worden. Actie beleidsmedewerker Raad van Bestuur.

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

Bronoverzicht

1. Gesprekken met:

- Eén manager zorg;
- Eén regiomanager;
- Eén coördinator bedrijfsvoering;
- Twee coördinatoren zorg;
- Twee persoonlijk begeleiders, waarvan één in opleiding;
- Eén ervaringsdeskundige;
- Twee maatschappelijk hulpverleners, waarvan één in opleiding;
- Vijf cliënten;
- Drie wijkcoaches van de gemeente Arnhem.

2. Doelmatigheid voorziening:

- Zeven cliëntdossiers (ondersteuningsplannen, evaluatieverslagen, risico inventarisaties, krachtinventarisaties, zelfredzaamheidsmatrix, toestemmingsverklaringen, actieplan);
- Dagetenslijst Remisestraat;

3. Veiligheid:

- VIM-Veilig Incidenten Melden, februari 2024;
- Meldcode Huiselijk Geweld en Kindermishandeling, december 2021;
- Incidenten- en calamiteitenprotocol IrisZorg, maart 2023;
- Melden calamiteiten WMO-toezicht, april 2022;
- Team agressieprotocol + format, januari 2024;
- Overzicht VIM meldingen (juli – augustus – september 2024);

4. Kwaliteit van personeel en organisatie:

- Jaarrapportage kwaliteit en veiligheid 2023;
- Medewerkerbeleving IrisZorg, maart 2023;
- Kwaliteitsmanagementsysteem IrisZorg, mei 2024;
- Basis functieprofiel Ervaringsdeskundige, mei 2019;
- Functiebeschrijving toezichthouder;
- Functieboek Iriszorg, januari 2017;
- Functiebeschrijving maatschappelijk hulpverlener;
- Functiebeschrijving coördinator;
- Functiebeschrijving coördinator zorg;
- Bestuursverslag 2022;
- Bestuursverslag 2023;
- Gedragscode Iriszorg 2021;
- Medicatiebeleid voorzieningen voor Opvang en Wonen Iriszorg, oktober 2023;
- Opleidingskader leren binnen IrisZorg;
- Klachtenregeling personeel, juni 2022;
- Ondertekende stageovereenkomst;
- Ingevuld dienstrooster medewerker Remisestraat;
- Rooster aanwezigheid medewerkers Parkstraat en Huissensestraat;
- Brandveiligheid;
- 15 diploma/certificaten van medewerkers;
- 21 VOG's van medewerkers;
- Dienstrooster oktober wonen Arnhem Abstinent.

5. Rechten van de cliënt:

- Medezeggenschapsregeling, november 2023;
- Verslag OV, mei 2024;
- Verslag OV, juni 2024;
- Klachtenregeling cliënten, maart 2021;
- Huisregels locatie trainingshuis Remisestraat;
- Afdelingsregels beschermd wonen trainingshuis abstinent;
- Cliëntversie – Beleid leefregels Opvang en Woonvoorzieningen Iriszorg;
- Leefregels Opvang en Woonvoorzieningen Iriszorg;
- Rechten – privacy – plichten – klachten, algemene informatie voor cliënten;
- Verklaring bezoeker gebruikersruimte;
- Informatiemap voor nieuwe cliënten Remisestraat.

6. Overig:

- Website van de aanbieder.

Gegevensoverzicht

Opvanggegevens

Naam	: Stichting IrisZorg
Adres	: Meester B.M. Teldersstraat 7
Postcode en woonplaats	: 6842 CT Arnhem
Telefoonnummer	: 088-6061600
Website aanbieder	: www.iriszorg.nl
Email aanbieder	: info@iriszorg.nl
Aantal medewerkers	: 1200
Rechtsvorm	: Stichting
HKZ/ISO gecertificeerd	: HKZ

Gegevens toezicht

Naam GGD	: GGD Gelderland-Midden
Adres	: Postbus 5364
Postcode en woonplaats	: 6802 EJ 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	: Koningstraat 38
Postcode en woonplaats	: 6811 DG Arnhem

Planning

Datum inspectie	: 10 en 11 september 2024
Opstellen concept inspectierapport	: 9 oktober 2024
Hoor/wederhoor	: 29 oktober 2024
Zienswijze ontvangen	: 4 november 2024
Vaststelling inspectierapport	: 5 november 2024
Verzending inspectierapport	: 5 november 2024

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 bij enkel 01H01	
<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 doelafspraken 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. - 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). <p>In afwijking van eis 2 van het Inkoopdocument Algemeen programma van eisen is voor Groepsbegeleiding Stabiel het volgende niet van toepassing:</p>		Deels

<ul style="list-style-type: none"> - Doelafspraken tussen de cliënt en zorgaanbieder en; - Het tijdsbestek waarbinnen deze doelen moeten worden behaald. 		
Wettelijke kwaliteitseis: De voorziening is doelmatig, doeltreffend en cliëntgericht	Alle zorgvormen	
Er vindt urenregistratie plaats van de geleverde ondersteuning.		Deels
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.		Deels

1 Op de website www.inkoopscg.nl staat een limitatief overzicht met relevante mbo-/hbo-/wo-opleidingen richting Zorg en Welzijn

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.		Deels
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.		Nee

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
Inkoopdocument Beschermd wonen Productbeschrijvingen Intramuraal beschermd wonen basis	Beschermd Wonen	

	intramuraal basis	
De ondersteuning wordt in groepsverband en individueel geleverd. Dit is afhankelijk van de behoefte van de cliënt.		Deels
Er zijn minimaal 3 individuele contactmomenten per week.		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 uitstroomdatum door aanbieder worden begeleid in het aanvragen van een woning via de gemeentelijke woonafspraken binnen de regio Centraal Gelderland.		Ja
Inkoopdocument Beschermd wonen Productbeschrijving Intramuraal wonen intensief Inkoopdocument Beschermd wonen Productbeschrijving Intramuraal beschermd wonen basis	Beschermd Wonen intramuraal intensief en Beschermd Wonen basis	
Intramuraal verblijf betekent dat de cliënt woont in een woning van de aanbieder. Het schoonhouden van de woning is inbegrepen, maar de woning wordt in principe samen met de cliënt schoongehouden. Dit geldt ook voor het bereiden van maaltijden.		Ja
Inkoopdocument Beschermd wonen Productbeschrijving Intramuraal beschermd wonen basis	Beschermd Wonen Intramuraal basis	
De cliënt verblijft op een locatie, waarbij gedurende de dag duidelijke structuur wordt geboden door de ondersteuning.		Deels

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.		Deels
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.		Ja
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		Ja

geborgd. Het betreft incidenten of bijna incidenten, die zijn gekoppeld aan het handelen door zorgprofessionals.		
(In afwijking van eis 11 van het Inkoopdocument Algemeen programma van eisen geldt voor aanbieders Activerend werk, alleen een registratie van incidenten die verband houden met uitvoering van Activerend werk (datum, wie, wat en bij wie gemeld en welke acties), de analyse (hoe heeft het kunnen gebeuren), verbeteracties en borging (hoe voorkomen dat het nogmaals gebeurd).		

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. (in afwijking van eis 10 van algemeen programma van eisen geldt voor aanbieders van Activerend werk dat in geval van een calamiteit, zoals nader omschreven in het protocol, dit binnen 2 werkdagen gemeld wordt bij lokale toegang. Gezamenlijk zal het vervolg bepaald worden en wie welke rol hierin pakt.)		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.		Deels

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.		Ja
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.		Deels

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

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 voortvloeiende 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 andere voor het werkproces relevante geschreven teksten verstaan. Documenten waarin de kwaliteitsborging beschreven is, maken hier tevens deel van uit. Tevens bevat dit kwaliteitsbeleid werkinstructies en handelingsprotocollen die van toepassing zijn voor de uitvoering van de gecontracteerde opdrachten. 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.		Ja
Medewerkers zijn op de hoogte van deze werkinstructies en handelingsprotocollen en handelen daar naar.		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	
De opdrachtnemer is zelf bekwaam en gekwalificeerd en/of beschikt over aantoonbaar bekwame en gekwalificeerde medewerkers voor het uitvoeren van de gevraagde dienstverlening, zet gekwalificeerde medewerkers in en dient dit op ieder moment aan opdrachtgever te kunnen aantonen.		Deels
Opdrachtnemer heeft passend beleid waarin minimaal beschreven staat: <ul style="list-style-type: none"> - Hoe de opdrachtnemer omgaat met opleiding en scholing, met als doel het behouden en verder ontwikkelen van kennis en kunde van zichzelf en de in te zetten medewerkers. - Inzet van vrijwilligers, stagiaires en medewerkers in opleiding is altijd onder verantwoordelijkheid van bekwaam en gekwalificeerde medewerkers. - Borging van een duurzame inzetbaarheid van zichzelf en voor de opdracht in te zetten medewerkers. - Hoe de opdrachtnemer ervoor zorgt dat hij zelf en zijn voor de opdracht in te zetten medewerkers op de hoogte is van de laatste ontwikkelingen binnen de branche. (Eis 13 van het Algemeen programma van eisen is in zijn geheel niet van toepassing voor aanbieders Activerend werk)		Ja
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.		Deels
De mix van (wo)-, hbo- en mbo-geschoolde medewerkers staat in verhouding tot de aangeboden producten, aantallen locaties en cliënten van de aanbieder.		Deels
Inkoopdocument Beschermd wonen Productbeschrijving Intramuraal wonen intensief Inkoopdocument Beschermd wonen Productbeschrijving intramuraal beschermd wonen basis Inkoopdocument Beschermd wonen Productbeschrijving Groepswonen met intensieve begeleiding Inkoopdocument Beschermd wonen Productbeschrijving Zelfstandig wonen met intensieve begeleiding	Beschermd Wonen intramuraal intensief / intramuraal beschermd wonen basis / groepswonen met intensieve 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.		Deels
Inkoopdocument Beschermd wonen Productbeschrijvingen Intramuraal beschermd wonen basis	beschermd wonen intramuraal basis	
Gedurende de dag en avond is er iedere dag (7 dagen per week) een beroepsgeschoolde medewerker van minimaal niveau mbo 4 aanwezig op locatie als onderdeel van het zorgteam.		Deels
Daarnaast is er 's nachts een medewerker van het zorgteam in de wijk aanwezig die binnen maximaal 10 minuten op de woonlocatie kan zijn om ondersteuning te bieden.		Ja
Eis 11 inkoopdocument Beschermd wonen Zorgvorm specifieke eisen	Beschermd wonen	
Wanneer ook ervaringsdeskundigen en vrijwilligers worden ingezet dient dit altijd in een verantwoorde mix met professionals te zijn.		Ja
Bij de bepaling van de personeelsformatie worden in ieder geval betrokken: <ul style="list-style-type: none"> • De groepsgrootte. • De zorgzwaarte van de cliënten. 		Deels

1 Op de website www.inkoopscdg.nl staat een limitatief overzicht met relevante mbo-/hbo-/wo-opleidingen richting Zorg en Welzijn

4.3 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	
<p>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 indiensttreding 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.</p> <p>(Voor aanbieders Activerend werk wordt onder alle hulpverleners verstaan alle betrokken en verantwoordelijke traject- en werkbegeleiders. De eis VOG rechtspersoon voor bestuurders blijft onveranderd gelden.)</p>		Deels

4.4 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	
<p>De opdrachtnemer beschikt over een actuele website, waar hij tenminste op publiceert:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Een actueel overzicht van de gecontracteerde producten en diensten aan cliënten. - De klachtenregeling incl. het klachtenjaerverslag. - Wijze van omgaan met privacy (AVG). - Wachttijden. - Eventuele certificeringen. - Telefoonnummer en/of andere contactgegevens van de organisatie, incl. tijden waarop de organisatie bereikbaar is. <p>(In afwijking van eis 16 algemeen programma van eisen geldt voor Activerend werk dat het voldoende is dat organisatie beschikt over een website met minimaal informatie over de organisatie en contactgegevens van de aanbieder).</p>		Deels

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		Ja

opdrachtnemer of haar medewerkers tegen een cliënt, conform vigerende wet- en regelgeving.		
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.		Nee
In het klachtenjaarverslag/klachtenlijst is minimaal beschreven: <ul style="list-style-type: none"> - Hoeveel klachten zijn ingediend. - Welke klachten zijn ingediend (beschrijving van de klacht, incl. het thema van de klacht). - De afhandelingstermijn (per klacht). - De wijze waarop de klachten zijn afgehandeld (per klacht). - De wijze van communicatie en opvolging van de klachten (per klacht). - 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-statuuat 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"> - Correcte cliëntbejegening. - Servicegerichte en klantvriendelijke instelling. - Inlevingsvermogen en hulpvaardigheid. - Respecteren ziens-, geloofs- en zijnswijze van de cliënt. - Privacy, geheim te houden al hetgeen is toevertrouwd. - 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	Van toepassing op 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. 		Ja

<ul style="list-style-type: none"> Na afstemming met de regionale toegang de situatie onhoudbaar wordt geacht. Indien de aanbieder het product Intramuraal beschermd wonen 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.		Deels
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

I www.ggdgm.nl



Gelderland-Midden