



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

Rapport van het inspectiebezoek
aan Stichting OnderDak op 13 en 28 maart
2019 uitgevoerd door de Inspectie
Gezondheidszorg en Jeugd en de Wmo-
toezichthouder, GGD Gelderland-Midden

Utrecht, juni 2019

Inhoud

Inhoud 3

1	Inleiding 4
1.1	Aanleiding en belang 4
1.3	Toetsingskader 5
1.4	Methode 5
1.5	Stichting OnderDak 5
2	Conclusie 7
2.1	Wat gaat goed 7
2.2	Wat kan beter 7
2.3	Wat moet beter 7
2.4	Conclusie bezoek 8
3	Wat zijn de vervolgacties 10
3.1	Vervolg door de zorgaanbieder 10
3.2	Vervolg door de Wmo toezichthouder, regio Gelderland-Midden 10
3.3	Vervolg door de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd 10
4	Resultaten 11
4.1	Thema Persoonsgerichte zorg 11
4.1.1	Resultaten 11
4.2	Thema Deskundige zorgverlener 13
4.2.1	Resultaten 13
4.3	Thema Sturen op kwaliteit en veiligheid 16
4.3.1	Resultaten 16
5	Bijlagen 20
5.1	Toetsingskader MKI Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd 20
5.2	Toetsingskader Wmo 32

1 Inleiding

De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) en de Wmo-toezichthouder van de GGD Gelderland-Midden hebben op 13 maart 2019 gezamenlijk een aangekondigd bezoek gebracht aan Stichting OnderDak te Arnhem.

Het bezoek heeft gezamenlijk plaatsgevonden omdat de instelling onder het toezicht valt van beide toezichthouders.

Conform het afsprakenkader¹ is gekozen voor een gezamenlijk onderzoek en rapportage. Elke toezichthouder had hierbij haar eigen wettelijke bevoegdheden.

1.1 Aanleiding en belang

De taak van de inspectie is het bevorderen van zorg van goede kwaliteit en van goed niveau. Goede zorg is in ieder geval veilig, doeltreffend, doelmatig, patiëntgericht en tijdig. De inspectie vult haar taak in door erop toe te zien dat zorgaanbieders die onder toezicht staan wet- en regelgeving, (beroeps)normen, richtlijnen en standaarden naleven. Zij doet dit onder meer door het brengen van aangekondigde en onaangekondigde inspectiebezoeken.

De inspectie oefent haar toezicht niet uit vanuit de opvatting 'regels zijn regels', maar vanuit de overtuiging dat regels en (beroeps)normen een onontbeerlijk kader vormen voor goede zorg, en daarmee bijdragen aan de preventie van onnodige risico's voor patiënten. Extra aandacht gaat uit naar kwetsbare groepen.

De Wmo-toezichthouder heeft al eerder onderzoek bij Stichting OnderDak uitgevoerd in 2016, 2017 en 2018 omdat er cliënten op grond van de Wmo verbleven. Deze rapporten van de GGD Gelderland-Midden zijn niet openbaar.

Naar aanleiding van het eerdere toezicht en naar aanleiding van signalen over de kwaliteit van zorg, heeft Regio Centraal Gelderland, een samenwerkingsverband van meerdere gemeenten, aan GGD Gelderland-Midden opdracht gegeven een herinspectie uit te voeren.

De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (hierna: de inspectie) ontving in 2018 twee meldingen van calamiteiten die zich hebben voorgedaan binnen de zorgverlening door Stichting OnderDak. Op basis van het eigen onderzoek van de Stichting naar aanleiding van deze calamiteiten zijn meerdere verbetermaatregelen opgesteld. Deze behelzen onder andere deskundigheidsbevordering (en monitoring ervan) en het bij de medewerkers onder de aandacht brengen van bestaande protocollen.

Bovenstaande was reden voor de toezichthouders om een gezamenlijk bezoek te brengen aan Stichting OnderDak.

1.2 Doelstelling

Doelen van het toezichtbezoek aan Stichting OnderDak waren:

- beoordelen in hoeverre de voorgenomen verbetermaatregelen daadwerkelijk geïmplementeerd en geborgd zijn;
- beoordelen of er voldoende randvoorwaarden zijn en op de juiste manier uitvoer gegeven wordt aan de thema's persoonsgerichte zorg, deskundige zorgverlener en sturen op kwaliteit en veiligheid;
- hertoetsing op de eisen waaraan tijdens eerdere Wmo onderzoeken niet werd voldaan.

¹ Afsprakenkader en draaiboeken voor de afstemming van het Wmo-toezicht van de gemeente en het toezicht van de rijksinspecties in het sociaal domein <https://vng.nl/onderwerpenindex/maatschappelijke-ondersteuning/nieuws/afsprakenkader-en-draaiboeken-voor-toezicht-sociaal-domein>

1.3 Toetsingskader

Het onderzoek bij Stichting OnderDak is uitgevoerd op basis van een selectie van verwachtingen uit het Modulair Kern Instrument en relevante kwaliteitseisen uit het toetsingskader kwaliteitstoezicht Wmo van de GGD GHOR Nederland. De toetsingskaders zijn opgenomen in de bijlage van dit rapport.

De IGJ houdt bij de Stichting Onderdak toezicht op zorg gefinancierd vanuit de WLZ en een deel van de zorg die gefinancierd is vanuit IFZO.

De GGD Gelderland-Midden houdt toezicht op zorg/begeleiding/ondersteuning die gefinancierd wordt vanuit de Wmo.

1.4 Methode

Om tot een oordeel te komen hebben de toezichthouders tijdens het bezoek gesproken met:

- Algemeen manager;
- Manager bedrijfsvoering, tevens ambulant begeleider;
- Coördinator externe relaties en PR, tevens ambulant begeleider;
- HRM- en kwaliteitsmedewerker;
- Teamleider IFZO-team (Informatiesysteem Forensische Zorg);
- Coördinator IFZO-team, tevens ambulant begeleider;
- Vijf cliënten van locaties uit Nijmegen, Arnhem en Oosterbeek.

Ook hebben de toezichthouders een rondleiding gekregen over een aantal locaties en een aantal cliëntendossiers ingezien.

Tijdens het toezichtbezoek zijn de volgende documenten ingezien:

- Handboek kwaliteit, versie juli 2018;
- Klachtenreglement klanten, versie 2; 2 mei 2018;
- Medicatiebeleid Stichting OnderDak, geen versienummer;
- Werkbeschrijving melding incidenten, versie 2; 05 februari 2018;
- Scholingsplan 2019;
- Gedragscode medewerkers, versie november 2018;
- Beleid inzake veiligheid en agressie, versie 1; 29 juli 2014;
- Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling, versie 2; 2 mei 2018;
- Plan van aanpak uniform beleid alcohol en drugs, geen versienummer;
- Aanvullende afspraken zorgovereenkomst;
- Verslag interne audit, versie november 2017;
- Verslag dossiercheck klant dossier Stichting OnderDak, versie 1 mei 2018;
- Installatie nieuw lid van de Klantenraad, versie 6 september 2018;
- Verklaringen omtrent gedrag.

Op 28 maart 2019 hebben de toezichthouders aanvullend nog een gesprek gevoerd met de bestuurder en de onlangs aangestelde algemeen manager.

1.5 Stichting OnderDak

Stichting OnderDak verleent sinds 2005 begeleiding aan cliënten die sociaal-maatschappelijk ernstig in de knel komen en niet zondermeer in de reguliere zorgverlening terecht kunnen. Vaak is er sprake van een combinatie van problemen die zich op meerdere leefgebieden afspelen, zoals verslaving, verstandelijke beperking, overlastsituaties, financiële problemen en sociale uitsluiting. Ook worden cliënten begeleid die verwezen zijn door de forensische psychiatrie en vanuit justitie.

Stichting OnderDak is werkzaam in de regio 's Arnhem, Nijmegen en in de Achterhoek. Verder is de stichting werkzaam in Deventer, Doesburg, Lingewaard, Lochem, Overbetuwe, Renkum, Rheden, Wageningen, Zevenaar en Zutphen.

Het aanbod van Stichting Onderdak bestaat uit:

- beschermd wonen (voor cliënten die zorg gefinancierd krijgen vanuit IFZO);
- ambulante begeleiding;
- begeleiding naar een zinvolle dagbesteding (eventueel via intern dagbestedingsproject).

Tevens maakt Stichting OnderDak gebruik van woonvoorzieningen en daarnaast van dagbesteding in Portugal voor cliënten met verslavings-en psychiatrische problematiek of slachtoffers van loverboy-activiteiten.

Hier is plaats voor 6 cliënten, momenteel verblijven hier drie cliënten.

Sinds 18 december 2017 is Stichting OnderDak IFZO-gecertificeerd, waardoor zij voor justitie en reclassering een gecontracteerde zorgaanbieder is geworden, voor zowel ambulante begeleiding als verblijfszorg.

Stichting OnderDak is sinds 2014 HKZ-gecertificeerd en beschikt over een WTZi-erkenning.

Na een periode van sterke groei is het afgelopen jaar ervoor gekozen te bestendigen.

Er zijn ongeveer 60 medewerkers werkzaam waarvan 42 medewerkers in de functie van ambulant begeleider. Momenteel wordt aan circa 250 cliënten ondersteuning en begeleiding geboden waarvan de begeleiding voor ongeveer 200 cliënten vanuit de Wmo wordt gefinancierd, de zorg voor ongeveer 30 cliënten vanuit IFZO en ongeveer 15 cliënten zorg ontvangen vanuit een PGB op basis van de WLZ.

Daarnaast is er een aantal cliënten in zorg zonder indicatie. Stichting OnderDak zoekt actief contact met zorgmijdende en soms dakloze cliënten. Wanneer zij in contact komen, zoeken zij op basis van de wensen van de cliënt naar passende zorg en ondersteuning. Een cliënt is dan al in begeleiding, daarna wordt op basis van de wensen en mogelijkheden van de cliënt een passende indicatie aangevraagd. Als dat niet lukt, wordt de begeleiding wel geleverd.

2 Conclusie

In dit hoofdstuk beschrijven de toezichthouders de conclusies. Deze zijn gebaseerd op de resultaten afkomstig uit het inspectiebezoek op 13 maart 2019 aan Stichting OnderDak en het gesprek met de bestuurder en de onlangs aangestelde algemeen manager op 28 maart 2019.

2.1 Wat gaat goed

De toezichthouders hebben tijdens het toezichtbezoek kunnen vaststellen dat de cliënt zeer centraal staat in de begeleiding van Stichting OnderDak. Er wordt aangesloten op de wensen en behoeften van de cliënt. Mede hierdoor kan Stichting OnderDak een complexe doelgroep bedienen waar andere instellingen er niet in slagen deze te bereiken. De toezichthouders spraken met bevlogen medewerkers die gemotiveerd zijn om te werken met deze cliënten, in deze organisatie.

De cliënten die door de toezichthouders zijn geselecteerd en zijn gesproken, waren zeer tevreden over de woning die door Stichting OnderDak geboden wordt. Er wordt door de cliënten aangegeven dat de begeleiders goed bij hen aansluiten en zich inzetten voor hun welzijn.

Er wordt door Stichting OnderDak geïnvesteerd in de omgeving van panden waar cliënten wonen en die mogelijk overlast geven. Het aantal meldingen van overlast is de laatste tijd verminderd. Dit heeft te maken met de transparante en aanspreekbare opstelling naar de omgeving waardoor de omgeving weet wie zij kunnen benaderen binnen Stichting OnderDak.

Een actieve klantenraad is doorgaans in een dergelijke doelgroep moeilijk te organiseren maar Stichting Onderdak is er in geslaagd er een op te richten waar cliënten en ook externen, zoals een gepensioneerd medewerker, aan deelnemen.

2.2 Wat kan beter

In het plan van aanpak dat voor cliënten wordt opgesteld als leidraad voor de begeleiding, worden doelen geformuleerd. Er wordt echter nog niet altijd gerapporteerd aan de hand van deze doelen. Doelgericht rapporteren kan de evaluatie en de bijstelling van het plan van aanpak ten goede komen. De plannen zijn daarnaast erg wisselend samengesteld, een aantal plannen zijn zeer uitgebreid, andere erg summier. Training van de medewerkers op dit punt zal de kwaliteit en de eenduidigheid vergroten.

2.3 Wat moet beter

Stichting OnderDak voldoet niet aan alle normen die de toezichthouders hebben getoetst, op een aantal onderwerpen is verbetering noodzakelijk:

- Er is onvoldoende sturing op de ontwikkeling en implementatie van nieuw beleid.
 - o Zo zijn verbeterpunten die volgden uit eerdere rapportages van de Wmo toezichthouder weliswaar geadresseerd, opgepakt en zijn er plannen gemaakt maar zijn deze niet geïmplementeerd (met bijbehorende toetsing).
 - o Zo is een jaar geleden een risico-inventarisatie model ontwikkeld. Tijdens het bezoek bleek deze voor ongeveer 30 cliënten van de 250 cliënten te zijn ingevuld. Daarnaast werd als de inventarisatie wel was ingevuld deze niet aantoonbaar opgevolgd. Hierdoor verzanden de plannen en wordt de kwaliteit en veiligheid van de zorg onvoldoende systematisch bewaakt, beheerst en verbeterd.
- De protocollen in het handboek kwaliteit worden niet in een cyclus geëvalueerd waardoor verschillende niet actueel of volledig zijn en in sommige gevallen

wordt er op verschillende plaatsen verwezen naar wetten die niet meer van kracht zijn.

- De klachtenregeling voldoet niet aan de eisen die de Wkkgz en de Wmo stelt: er is geen onafhankelijke klachtenfunctionaris en Stichting OnderDak is niet aangesloten bij een geschillencommissie. De klachtenregeling staat niet op de website van de organisatie vermeld.
- Het schriftelijk vastgelegde beleid omtrent alcohol- en drugsgebruik komt niet overeen met de werkwijze van de medewerkers.
- Niet alle vrijwilligers zijn in het bezit van een geldige Verklaring omtrent Gedrag (VOG), zo ontbrak bij 2 vrijwilligers een VOG en bij 1 vrijwilliger is de VOG niet op alle relevante eisen getoetst.
- Bij plaatsing van cliënten wordt sinds kort gekeken naar de woonomgeving van de cliënt en de veiligheid van andere bewoners. Een dergelijke belangrijk plaatsingscriterium (wie past waar het best?) dient in het beleid te zijn verankerd. Dat is echter niet het geval.
- Het medicatiebeleid is recent opgesteld. Het beleid is niet gebaseerd op veldnormen zoals het kaderdocument medicatiebeleid dat de RIBW-alliantie heeft uitgebracht.
- Uit de dossiertoets blijkt dat bij een cliënt de begeleider langdurig afwezig is. De begeleiding van deze cliënt is niet aantoonbaar overgedragen aan een andere begeleider. De rapportage is langere tijd niet aangevuld; dit geeft een risico voor de continuïteit van zorg.
- Niet alle getoetste dossiers zijn volledig, zo ontbrak in een dossier van een cliënt het intakeverslag. Afspraken over de begeleiding bij het medicijngebruik maakte geen onderdeel uit van het dossier.

2.4 Conclusie bezoek

De toezichthouders zien een organisatie waar medewerkers werken die aan een groep cliënten zorg biedt die zeer moeilijk te bereiken is. Dit doen de medewerkers op maat, er wordt op de persoon gerichte begeleiding aangeboden waarbij goed gekeken wordt wat de cliënt nodig heeft en wil.

Er wordt door Stichting OnderDak veel geïnvesteerd in de omgeving van de panden waar cliënten wonen waardoor meldingen van overlast zijn verminderd.

Door de toezichthouders wordt in de organisatie onvoldoende verbetering gezien ten opzichte van eerdere bezoeken die de Wmo toezichthouder heeft afgelegd. Er wordt niet voldaan aan de volgende eisen die in artikel 3.1 van de Wmo 2015 worden gesteld ten aanzien van de kwaliteit van zorg:

- het actueel houden van de ontwikkeling en implementatie van beleid en protocollen;
- het ontbreken van een klachtenregeling;
- het niet beschikken van een VOG voor alle medewerkers;
- het handelen conform het alcohol- en drugsbeleid;
- risico-inventarisaties worden onvoldoende uitgevoerd;
- de dossiers zijn onvolledig en doelgerichte rapportages ontbreken

De continuïteit van zorg is onvoldoende gewaarborgd. Naar aanleiding van de rapportages van deze eerdere bezoeken zijn weliswaar diverse projecten opgezet waarin de verbeterpunten uitgewerkt dienden te worden. Uit de gesprekken maken de toezichthouders op dat de projecten ook daadwerkelijk zijn opgestart. Er ontbreekt echter sturing op de implementatie, prioritering en samenhang van de diverse (deel)resultaten.

De toezichthouders zijn daarom van oordeel dat de begeleiding die Stichting OnderDak geeft, niet voldoet aan de genoemde wet- en regelgeving, normen, richtlijnen en

standaarden ten aanzien van de thema's deskundige zorgverlener en sturen op kwaliteit en veiligheid.

De toezichthouders concluderen dat er binnen Stichting OnderDak onvoldoende zicht is op de organisatie van de zorg die Stichting OnderDak levert waardoor de kwaliteit, continuïteit en veiligheid van zorg onvoldoende is gewaarborgd.

3 Wat zijn de vervolgacties

In dit hoofdstuk staat wat de toezichthouders van de zorgaanbieder verwachten. Vervolgens beschrijven de toezichthouders ieder voor zich wat zij zullen doen naar aanleiding van dit bezoek. Omdat de toezichthouders toezien op de zorg die Stichting OnderDak verleent op basis van andere wetten hebben de toezichthouders andere bevoegdheden.

3.1 **Vervolg door de zorgaanbieder**

De toezichthouders verwachten dat de bestuurder de tekortkomingen op het gebied van de thema's deskundige zorgverlener en sturen op kwaliteit en veiligheid wegneemt teneinde te voldoen aan de normen van goede zorg, overeenkomstig artikel 3 van de Wkkgz en daartoe organisatiebreed de benodigde verbetermaatregelen treft. Dit, zodat de medewerkers in staat worden gesteld zorg te bieden van goede kwaliteit en van goed niveau conform artikel 2 van de Wkkgz en artikel 3.1. van de Wmo 2015.

In hoofdstuk 4 staat een overzicht van de normen waaraan de geboden zorg niet voldeed ten tijde van het inspectiebezoek en waarvoor verbetermaatregelen noodzakelijk zijn. De conclusies in hoofdstuk 2 vloeien hieruit voort.

De toezichthouders gaan ervan uit dat deze informatie voldoende handvatten biedt om de verbeteringen door te voeren die nodig zijn om te voldoen aan de normen, voor zover dat nog niet gebeurd is.

Stichting OnderDak heeft na het toezichtbezoek laten weten op een aantal punten verbetermaatregelen te hebben ingezet op door de toezichthouders geconstateerde tekortkomingen ten aanzien van het dossier.

3.2 **Vervolg door de Wmo toezichthouder, regio Gelderland-Midden**

De Wmo-toezichthouder adviseert de betrokken gemeenten om handhavend op te treden wat betreft de Wmo-zorg.

3.3 **Vervolg door de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd**

Zorgaanbieders dienen te voldoen aan de normen uit wet- en regelgeving en veldnormen. De inspectie verwacht dat de bestuurder een plan van aanpak opstelt op basis van de thans geconstateerde tekortkomingen waarin wordt aangegeven op welke wijze de verbetermaatregelen doorgevoerd zullen worden met de termijn waarbinnen dit gaat plaats vinden. De inspectie verwacht dat de geconstateerde tekortkomingen binnen drie maanden zijn weggenomen.

De inspectie verwacht uiterlijk op **16 september 2019** een resultaatsverslag waaruit blijkt dat de geconstateerde tekortkomingen zijn weggenomen.

De inspectie kan de voortgang en implementatie van de verbetermaatregelen toetsen met een (on)aangekondigd bezoek.

4 Resultaten

In dit hoofdstuk staat per thema hoe de inspectie de geleverde zorg per norm beoordeelt. De IGJ beoordeelde tijdens het bezoek of Stichting OnderDak wel, deels of niet voldeed aan de normen om zo te komen tot een beoordeling per thema. Per thema zijn het oordeel, de normen en de bevindingen weergegeven. Achtereenvolgens komen alle beoordeelde thema's aan bod.

De normen worden in een vierpuntsschaal aangegeven in kleuren.

De kleuren hebben de volgende betekenis:

Donker groen: De locatie / afdeling **voldoet aan de norm**

Licht groen: De locatie / afdeling **voldoet grotendeels aan de norm**

De instelling is goed op weg; verbetering is mogelijk.

Geel: De locatie / afdeling **voldoet grotendeels niet aan de norm**

De instelling heeft een start gemaakt maar is nog niet op het gewenste niveau; verbetering is noodzakelijk.

Rood: De locatie / afdeling **voldoet niet aan de norm**

De instelling heeft nog helemaal niets gedaan of geregeld; verbetering is noodzakelijk.

Blauw: De norm is **niet getoetst**

4.1 Thema Persoonsgerichte zorg

De toezichthouders verwachten dat het startpunt voor het geven van de zorg de wensen en verlangens van de cliënt zijn. Kent de zorgverlener de cliënt, kent hij zijn geschiedenis, weet hij wat de cliënt belangrijk vindt en wat de cliënt niet wil? Is er sprake van een evenwichtige en respectvolle relatie tussen een cliënt en de zorgverlener? Luistert de zorgverlener goed naar de cliënt en zijn naasten? En belangrijker, staan de wensen en verlangens van de cliënt centraal? Geeft de zorgverlener hier gehoor aan? De cliënt heeft de regie en wordt daarbij ondersteund door zijn naasten en de zorgverleners.

4.1.1 Resultaten

Norm 1.1

Iedere cliënt heeft inspraak in en afspraken over de doelen van de zorg, behandeling en ondersteuning.

Stichting OnderDak **voldoet grotendeels** aan deze norm. Binnen OnderDak staan de wensen en mogelijkheden van de cliënt centraal. Daarvandaan wordt gekeken naar welke zorg daarbij passend is. Ook op het gebied van activiteiten wordt aangesloten bij de wensen en interesses van de cliënt. Zo is voor een cliënt die artistiek begaafd is een afspraak gemaakt met de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen waarbij de cliënt studenten kan motiveren en activeren.

Iedere cliënt beschikt over een plan van aanpak in het dossier waarbij doelen worden opgenomen op diverse levensgebieden. De wijze waarop doelen worden opgenomen wisselt sterk in de getoetste dossiers, een plan van aanpak was zeer summier weergegeven, een ander juist zeer uitgebreid.

Norm 1.2

Zorgverleners kennen de cliënt en zijn wensen, behoeften, mogelijkheden en beperkingen.

Stichting OnderDak **voldoet** aan deze norm. Cliënten die in begeleiding komen ondergaan eerst een intake. Hierbij wordt vastgesteld wat de vraag is van de cliënt.

Omdat een groot deel van de doelgroep zorgmijddend is wordt dit contact zeer laagdrempelig gelegd. Zo wordt er soms eerst eens vrijblijvend een kop koffie gedronken met iemand die wordt aangetroffen op straat. Er wordt vanuit de presentietheorie gewerkt waarbij de relatie en de oprechte aandacht voor de ander centraal staan. Dit is terug te horen en voelbaar in de gesprekken met medewerkers. De cliënten die zijn gesproken tijdens het bezoek zijn zeer tevreden over de begeleiding die zij ontvangen. De kamers en gemeenschappelijke woonruimten kunnen zij inrichten naar eigen inzicht. Er wordt gewerkt vanuit de wensen en de mogelijkheden van de cliënt en wat die op dat moment belangrijk vindt. Er wordt binnen de mogelijkheden veel gedaan om hieraan tegemoet te komen. Zo is er eens een ambulante begeleider met een cliënt meegegaan naar de locatie in Portugal omdat de behoefte aan de eigen begeleider op dat moment zeer groot was.

Norm 1.3

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

Stichting OnderDak **voldoet** aan deze norm. Zoals ook beschreven bij norm 1.2 krijgen cliënten veel ruimte om zelf beslissingen te nemen over hun leven en de begeleiding. Binnen de bezochte locatie in Nijmegen zijn cliënten zelf verantwoordelijk voor de maaltijdvoorziening. Een aantal cliënten kiest ervoor om dit samen te doen, ook dat is mogelijk. De deuren van de eigen kamer zijn door de cliënt zelf af te sluiten. De voordeur is gesloten en wordt geopend door de medewerker die 24 uur per dag aanwezig is. Dit wordt gedaan om contact te hebben met de cliënt bij binnenkomst en te zien hoe deze eraan toe is. Het is voor de medewerker van belang om te weten wie er binnen komt op de locatie vanuit het oogpunt van veiligheid. Hierin is een gewogen afweging gemaakt bij start van de locatie.

Norm 1.4

Cliënten ervaren nabijheid, geborgenheid, vertrouwen en begrip. Zij worden met respect behandeld.

Stichting OnderDak **voldoet** aan deze norm. De gesproken cliënten geven aan dat zij zich goed bejegend voelen. Er is voldoende mogelijkheid tot contact met de begeleiding. Het is hen duidelijk wat de doelen zijn van de begeleiding, zij hebben hier invloed op. De cliënten geven aan zich veilig te voelen binnen de locatie. Binnen de bezochte locatie in Oosterbeek geeft een cliënt aan veiligheid te ervaren door de bezoeker die buiten kantoortijden worden gebracht door een 'sfeercoach'. Een cliënt van een locatie in Arnhem geeft aan zich zorgen te maken om haar eigen persoonlijke veiligheid met betrekking tot een bovenbuurman die soms agressief gedrag vertoont en waarvoor enkele malen de politie is gealarmeerd.

Norm 1.5

Cliënten worden ondersteund om hun informele netwerk in stand te houden of uit te breiden.

Stichting OnderDak **voldoet** aan deze norm. Naast worden indien mogelijk betrokken bij de begeleiding. De meeste cliënten hebben echter een beperkt netwerk; er wordt aandacht besteed aan het behouden, onderhouden en uitbreiden van het sociale netwerk.

Er wordt door medewerkers fors geïnvesteerd in de fysieke en sociale omgeving van de panden waar cliënten wonen. Cliënten van Stichting OnderDak veroorzaken soms overlast. Er wordt gesproken met burens en andere personen in de omgeving van de panden om uitleg te geven. Ook is er voor belanghebbenden een mogelijkheid om op de website, via een button, overlast direct te melden bij de juiste persoon. Ook wordt ervoor gezorgd dat betrokkenen snel een beroep kunnen doen op de begeleiding van Stichting OnderDak. Dit geeft goede resultaten, wordt aangegeven door de

gesprekspartners. Stichting OnderDak wil zich positief profileren in de wijk en bijdragen aan verbinding.

4.2 Thema Deskundige zorgverlener

De toezichthouders verwachten dat de zorgaanbieder voldoende en deskundige medewerkers inzet. Hij schoolt, ondersteunt en stimuleert hen structureel.

De samenstelling van het personeel past bij de cliënten voor wie wordt gezorgd. De zorgverleners zijn hiervoor voldoende deskundig. Zij weten ook wanneer hun deskundigheid niet voldoende is. Daarnaast zijn zorgverleners in staat om samen te werken. De zorgaanbieder zorgt voor een omgeving waarin zorgverleners methodisch kunnen werken. De zorgverlener is in staat methodisch te werken. Methodisch werken garandeert dat het verbeteren van de kwaliteit van de zorg continue onder de aandacht is van alle medewerkers. Methodisch werken houdt in dat er wordt gewerkt volgens de Plan-Do-Check-Act(PDCA)-cyclus:

- Plan: kijken naar de werkzaamheden en plannen hoe deze kunnen worden verbeterd.
- Do: de verbeteringen uitvoeren.
- Check: beoordelen of het resultaat van de veranderingen het gewenste resultaat opleveren.
- Act: de werkzaamheden bijstellen aan de hand van de gevonden resultaten.

Het methodisch werken is ook van toepassing op het thema sturen op kwaliteit en veiligheid.

4.2.1 Resultaten

Norm 2.1

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

Stichting OnderDak **voldoet grotendeels niet** aan deze norm². Binnen Stichting OnderDak wordt op basis van de cliënt de begeleidingsbehoefte bepaald en gekeken wat iemand nodig heeft. Deze afspraken worden vastgelegd in een plan van aanpak. Er is een jaar geleden een risico-inventarisatielijst ontwikkeld, deze maakt onderdeel uit van het dossier. Deze wordt nog slechts incidenteel gebruikt. Op het moment van het bezoek was deze bij ongeveer 30 cliënten ingevuld. Het is niet duidelijk wat er gedaan wordt met de uitkomsten van deze inventarisatie, hier zijn geen afspraken over gemaakt. Voor de IFZO cliënten wordt in een ander elektronisch dossier gewerkt. Hier is geen gestructureerde risico-evaluatie in opgenomen.

² In reactie op het conceptverslag dd 31 mei 2019 geeft Stichting OnderDak aan: "Na het bezoek van de inspectie is er direct actie uitgezet op de onderdelen waarop nog niet voldoende gehandeld werd. Zo is er voor elke klant een risico inventarisatie gemaakt. Deze inventarisatie wordt nu elke zes maanden geëvalueerd en bijgesteld indien nodig. De risico die getaxeerd worden, worden als doel vertaald en meegenomen in het plan van aanpak. De begeleiding kan vervolgens gericht actie uitzetten om te werken aan het beschreven doel om het risico te verminderen. Indien een risico wel wordt getaxeerd, maar niet wordt erkend door een klant, kan er geen doel worden opgenomen in het plan van aanpak. Dit moet namelijk passen bij de klant. Hierop wordt er in de risico taxatie wel beschreven dat de visie op het risico verschillen tussen klant en begeleiding. Een doel welke dan geformuleerd kan worden, is dat er in ieder geval getracht wordt het risico bespreekbaar te maken, om gaandeweg toch te proberen om de klant ervan te overtuigen waarom een signaal wordt getaxeerd als risico. Van daaruit kan er mogelijk in de toekomst een doel worden geformuleerd."

Norm 2.2

Zorgverleners werken methodisch, passend bij hun functieniveau. Het proces van methodisch werken wordt inzichtelijk vastgelegd in het cliëntdossier.

Stichting OnderDak **voldoet niet** aan de norm³. De inspectie trof in de getoetste dossiers eenzelfde opbouw aan. Alle dossiers bevatten een plan van aanpak en een stamkaart waarin een aantal hoofdzaken staan genoteerd.

De evaluatie van het plan van aanpak wordt gedaan als de indicatie verstrekt en tussentijds indien nodig. Er wordt door de begeleiders gerapporteerd over de contacten, dit gebeurt niet aan de hand van de opgestelde doelen.

De risico-evaluatie is slechts voor enkele cliënten ingevuld; als deze wel is ingevuld is de opvolging ervan, de evaluatie en bijstelling niet helder.

Hoewel er voorafgaand aan de begeleiding een intakegesprek plaatsvindt, maakt deze informatie niet altijd direct onderdeel uit van het dossier. In een dossier van een cliënt die sinds een week bij Stichting OnderDak woont, waren geen notities te vinden over de intake, een plan van aanpak of informatie over medicatiegebruik. Een risicoanalyse is in het dossier niet aangetroffen en de overwegingen rondom de plaatsing van deze cliënt waren niet inzichtelijk in het dossier. Begeleiders gaven aan dat dit kwam doordat de cliënt nog maar kort in zorg was. Hen was bijvoorbeeld mondeling duidelijk gemaakt dat aan deze cliënt medicatie moest worden verstrekt. Deze afspraken waren niet vastgelegd.

In een ander dossier trof de inspectie één enkele notitie aan over de afgelopen weken. Er was eenmalig contact geweest. Op navraag bleek dat de betreffende begeleider op dat moment niet werkzaam was vanwege persoonlijke omstandigheden. Uit het dossier is niet op te maken of de cliënt hierover is geïnformeerd en wie de begeleiding overneemt.

Norm 2.3

De zorgaanbieder zorgt dat zorgverleners ruimte krijgen om systematisch te reflecteren op goede, veilige en persoonsgerichte zorg voor de cliënt. Van daaruit kunnen zij verbeteringen toepassen.

Stichting OnderDak **voldoet grotendeels** aan deze norm. Door de medewerkers wordt aangegeven dat er voldoende ruimte is om te reflecteren op de begeleiding. Er wordt begeleiding geleverd aan een complexe doelgroep waardoor medewerkers hier ook veel behoefte aan hebben. Er wordt meestal samengewerkt in duo's die een cliënt begeleiden, zo is er ook afstemming mogelijk. Daarnaast wordt maandelijks een casuïstiekbespreking georganiseerd en wordt ook in het tweewekelijks teamoverleg ruimte geboden om cliënten te bespreken. Er is een SPV'er werkzaam in de organisatie die geconsulteerd kan worden bij complexe cliënten. Daarnaast is een deel van de cliëntengroep elders in behandeling zodat ook daar kan worden opgeschaald indien nodig. Het is in de organisatie niet geborgd dat leerpunten organisatie-breed gedeeld worden en dat hiervan geleerd wordt in de organisatie.

3 In reactie op het conceptverslag dd 31 mei 2019 geeft Stichting OnderDak aan: "Eén van de bevindingen waarbij er niet voldoende wordt gerapporteerd op de doelen in het plan van aanpak, wordt erkend. Hierop is ook actie uitgezet bij het volledig maken van de zorgdossiers. Er is duidelijk gemaakt dat er zo veel mogelijk gerapporteerd dient te worden aan de hand van de beschreven doelen. Dit is en blijft een aandachtspunt, mede omdat contact momenten niet altijd verlopen zoals geanticipeerd. Het gedeelte intake verslagen is een gemis en wordt meegenomen in de werkbeschrijving van de kwartiermakers. Zij zijn in veel gevallen de eerste contactpersonen bij klanten en geven vorm aan de intake. Hierbij moet duidelijker beschreven worden wat er is gebeurd en dit verslag moet toegevoegd worden aan het digitale dossier van de klanten."

Norm 2.4

Zorgverleners houden, passend bij hun functieniveau, relevante ontwikkelingen in hun vakgebied bij om goede, veilige en persoonsgerichte zorg te kunnen bieden aan de groep cliënten waaraan ze zorg verlenen.

Stichting OnderDak **voldoet** aan deze norm.

Er is een opleidingsplan opgesteld dat deels bestaat uit interne en deels uit externe trainingen. Er is onder meer voorzien in BHV-training voor de medewerkers. Daarnaast volgen alle medewerkers een scholing verbale agressiehantering. Intern worden er themabijeenkomsten georganiseerd, deze kunnen over beleid of werkafspraken gaan maar ook over psychopathologie of het omgaan met moeilijk gedrag.

Norm 2.5

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

Stichting OnderDak **voldoet grotendeels** aan deze norm. De teams van Stichting OnderDak zijn op sterkte en worden gevormd door medewerkers die een zorggerelateerde opleiding hebben afgerond of nog volgen. Medewerkers hebben voldoende kennis en vaardigheden om zorg en ondersteuning te kunnen bieden aan de doelgroep van cliënten. Er wordt zorg gedragen voor deskundigheidsbevordering. Er is structureel ruimte voor reflectie.

Stichting OnderDak werkt met vaste zorgverleners die de cliënten goed kennen. Iedere cliënt krijgt tenminste 2 zorgverleners toegewezen die de begeleiding uitvoeren. Drie cliënten geven aan altijd bij de zorgverleners terecht te kunnen met vragen.

Zorgverleners komen hun afspraken na volgens deze cliënten. Een aantal cliënten dat voorheen begeleiding kreeg hebben een opleiding gevolgd en zijn nu zelf werkzaam binnen Stichting OnderDak.

Naast de inzet van gekwalificeerd personeel wordt vanuit de Regio Centraal Gelderland met betrekking tot de Wmo van de aanbieder verwacht dat het in te zetten personeel dat in contact kan komen met de cliënten, beschikt over een geldige Verklaring omtrent gedrag. Aan deze eis wordt nog niet voldaan.

De wijze waarop de houder zijn beleid voert met betrekking tot Verklaringen omtrent gedrag, is op basis van een steekproef onderzocht. Van de vaste medewerkers zijn 5 geldige Verklaringen omtrent gedrag getoond. Van 3 vrijwilligers is 1 Verklaring omtrent gedrag getoond die niet op alle relevante eisen is getoetst. Van 2 vrijwilligers is geen Verklaring omtrent gedrag aanwezig.

Norm 2.6

Zorgverleners handelen volgens de afspraken zoals beschreven in protocollen, richtlijnen en handreikingen. Zij weten wanneer zij wel en niet kunnen afwijken om goede, veilige en persoonsgerichte zorg te kunnen bieden.

Stichting OnderDak **voldoet niet** aan de norm. Binnen Stichting OnderDak zijn afspraken onvoldoende beschreven in protocollen, richtlijnen en handreikingen. Hierdoor is het voor begeleiders niet duidelijk wat van hen verwacht wordt vanuit de organisatie. Daarnaast ontbreekt het voor de bestaande documenten en afspraken aan implementatie in de organisatie. Er wordt niet op toegezien dat afspraken worden nageleefd. Zo is er een document risico-inventarisatie ontwikkeld. Het kader hiervan ontbreekt, aspecten zoals onder meer wanneer het ingezet wordt, wanneer het herhaald wordt en wat met de uitkomsten wordt gedaan is niet duidelijk. Waar een aantal medewerkers de indruk had dat deze lijst bij alle cliënten was afgenomen, bleek dit in de praktijk bij ongeveer 30 cliënten het geval te zijn.

Recent is een medicatiebeleid opgesteld. Dit wordt door een medewerker opgesteld en de organisatie ingebracht. Een toets op de inhoud lijkt niet plaats te vinden in de

organisatie. Het beleid is niet gebaseerd op veldnormen zoals het kaderdocument medicatiebeleid dat de RIBW-alliantie heeft uitgebracht.

Het is beleid dat binnen Stichting OnderDak door cliënten geen alcohol en drugs wordt gebruikt. Dit is echter, ook vanwege de doelgroep, niet haalbaar in de praktijk. Als cliënten alcohol of drugs gebruiken, wordt dit opgenomen in het plan van aanpak. Daarnaast wordt er bij overlastgevend gedrag door gebruik van alcohol of drugs, corrigerend opgetreden. Het beleid van Stichting OnderDak zoals dat schriftelijk is vastgelegd, is zoals al tijdens eerdere Wmo-onderzoeken is geconstateerd, hierin niet toereikend voor de bestaande situatie.

Er is een overzichtelijk en toegankelijk handboek Kwaliteit te raadplegen op intranet. Het onderhoud ervan is echter niet georganiseerd. Zo is bijvoorbeeld de klachtenregeling nog gebaseerd op de Wet klachtrecht cliënten zorgsector en wordt ook bij de beschrijving van signalen en incidenten naar deze wet verwezen.

Norm 2.7

Zorgverleners werken multidisciplinair en schakelen tijdig disciplines en specifieke expertise in van binnen of buiten de organisatie. In deze samenwerking worden duidelijke afspraken gemaakt wie waarvoor verantwoordelijk is.

Stichting OnderDak **voldoet grotendeels** aan deze norm. Een deel van de cliënten dat begeleiding krijgt, is elders in behandeling. In die situatie wordt intensief samengewerkt met de behandelaar, deze afspraken worden niet altijd vastgelegd. Een aantal cliënten dat niet in behandeling is vanuit zorgmijding, wordt begeleid richting behandeling. Hierdoor lukt het niet altijd om tijdig de juiste disciplines in te schakelen bij de begeleiding. Medewerkers geven aan dat er voldoende mogelijkheden zijn om casuïstiek binnen de organisatie te bespreken.

Er was een psychiater die Stichting OnderDak kon benaderen voor consultatie. Deze is inmiddels gepensioneerd; er wordt gezocht naar een andere psychiater. Men wil hiervan gebruik maken bij cliënten met complexe problematiek die niet in behandeling zijn elders.

4.3 Thema Sturen op kwaliteit en veiligheid

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

4.3.1 Resultaten

Norm 3.1

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

Stichting Onderdak **voldoet grotendeels niet** aan de norm. Hoewel persoonsgerichte zorg verleend wordt binnen Stichting OnderDak ontbreekt het aan randvoorwaarden. Bij plaatsing van cliënten wordt sinds kort gekeken naar de woonomgeving van de cliënt en de veiligheid van andere bewoners. Deze afspraken zijn niet geformaliseerd. Een risico-inventarisatie vindt niet gestructureerd plaats en als dit wel wordt gedaan, is de opvolging onvoldoende belegd. Er zijn geen duidelijke kaders welke cliënten wel en welke niet worden begeleid binnen Stichting OnderDak. De instelling neemt cliënten in begeleiding die soms nergens anders in zorg kunnen komen. Omdat bij aanvang van de begeleiding niet altijd alle informatie voorhanden is, kan geen volledige beoordeling vooraf plaatsvinden of de cliënt al dan niet binnen Stichting OnderDak begeleid kan worden en of de juiste begeleiding aanwezig is voor de cliënt.

Norm 3.2

De zorgaanbieder gebruikt (bijna)incidenten, (bijna)fouten en klachten voor de verbetering van de zorg.

Stichting OnderDak **voldoet grotendeels niet** aan de norm. De klachtenregeling is niet in te zien op de website van Stichting OnderDak; inzagemogelijkheid is wel in voorbereiding. Stichting OnderDak is niet aangesloten bij een externe geschilleninstantie. Er is geen onafhankelijke klachtenfunctionaris. Wel is er een interne vertrouwenspersoon aangesteld. Deze is deels werkzaam als ambulant begeleider en richt zich op de aanbesteding van zorg vanuit diverse partijen. Er is niet voorzien in een tweede vertrouwenspersoon voor het geval de vertrouwenspersoon zelf betrokken is bij de kwestie waarvoor de cliënt een beroep wil doen op de vertrouwenspersoon. Incidenten worden gemeld en geanalyseerd. Als een incident wordt gemeld, wordt hierop teruggekomen in de teamvergadering met als doel hiervan te leren.

Norm 3.3

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

Stichting OnderDak **voldoet niet** aan de norm. Het handboek kwaliteit dat is gedateerd op juli 2018 is onvoldoende actueel. Onder meer wordt hierin verwezen naar de Kwaliteitswet die per 1 januari 2016 is vervangen door de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg die wat betreft klachtrecht per 1 januari 2017 inging. Het beleid inzake veiligheid en agressie is gedateerd op 29 juli 2014.

Uiterste revisiedata worden niet genoemd waardoor het onmogelijk lijkt om het handboek actueel te houden⁴.

Het is de aanbieder bekend dat calamiteiten en geweldsincidenten bij Wmo-cliënten gemeld moeten worden bij de Wmo-toezichthouder. In 2018 zijn drie calamiteiten/incidenten gemeld. De meldingsplicht staat echter niet beschreven in het kwaliteitshandboek.

De verbetermaatregelen die door Stichting OnderDak geformuleerd zijn naar aanleiding van het onderzoek dat volgde na twee calamiteiten die gemeld zijn bij de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd zijn opgevolgd in de organisatie. De gedragscode is geactualiseerd en besproken binnen de teams.

Daarnaast is het aannamebeleid van personeel aangescherpt, er is meer aandacht voor competenties van medewerkers. Ook referenties worden nu nagezien. Er wordt nu meer expliciet aangegeven welk gedrag wel en welk gedrag niet gewenst is en in de inwerkperiode wordt hierop toegezien.

Tekortkomingen die in eerdere bezoeken door de Wmo toezichthouder zijn geconstateerd blijken nog onvoldoende geïmplementeerd in de organisatie. Zo zijn bijvoorbeeld werkinstructies of protocollen niet aangepast en is er geen kwaliteitsmanagementsysteem in gebruik.

Het is onvoldoende duidelijk hoe verantwoordelijkheden binnen de organisatie zijn belegd. Hoewel er een systeem is voor het uitvoeren van interne audits zijn deze in 2018 niet volgens planning uitgevoerd vanwege het vertrek van een medewerker. Er is een audit uitgevoerd op dossiervoering waarbij de resultaten van deze audit in grote mate overeenkomen met de tekortkomingen die de toezichthouders tijdens het inspectiebezoek constateerden.

⁴ In reactie op het conceptrapport dd 31 mei 2019 geeft Stichting OnderDak aan: "De documenten worden jaarlijks gecontroleerd d.m.v. een documentscreening. Echter bij de documenten die niet veranderd zijn werd de datum van de screening niet vermeld, waardoor de oorspronkelijke datum vermeld bleef staan."

De bestuurder geeft aan dat de organisatie klein is begonnen en een sterke groei heeft doorgemaakt. Hierbij geeft de bestuurder aan het overzicht te zijn kwijtgeraakt. In 2018 is dit duidelijk naar voren gekomen en is er gekozen voor het inrichten van een projectorganisatie waarbij verantwoordelijkheden zijn belegd in projecten waar één persoon verantwoordelijkheid draagt voor de uitvoer van het project. Ook is er destijds een interim-manager aangesteld om de organisatie verder te professionaliseren echter met nog onvoldoende resultaat. Begin maart 2019 is een algemeen manager aangetrokken die dit verder moet uitrollen in de organisatie.

De bestuurder geeft aan signalen soms te laat terug te horen en acties die zijn uitgezet niet altijd op te volgen. De bestuurder informeert zich niet op alle onderwerpen inhoudelijk en laat beleidsonderwerpen door andere personen behandelen. Zo heeft de bestuurder bijvoorbeeld niet de calamiteitenrapportages gelezen of de reactie van de inspectie hierop.

De bestuurder geeft aan niet op de hoogte te zijn van een aantal bevindingen van de toezichthouders. In de tijd tussen het inspectiebezoek en het gesprek met de bestuurder is er een plan van aanpak gemaakt om de dossiers op orde te krijgen. De bestuurder streeft een organisatie na waarin de klant centraal staat, waarin de begeleiding aansluit op de behoefte van de klant en niet afhankelijk is van indicaties. Hierbij wordt een platte organisatiestructuur nagestreefd. De bestuurder is voor een groot deel zelf werkzaam als kwartiermaker in de zorg en valt dan formeel onder de teamleider Wmo. De bestuurder geeft aan dit niet als een probleem te ervaren. Er wordt gesteld dat medewerkers zich 80% van de tijd met cliënten bezig houden en maximaal 20% met administratie.

Norm 3.4

De zorgaanbieder schept binnen de locatie en het team van zorgverleners voorwaarden voor een cultuur gericht op leren en verbeteren.

Stichting OnderDak **voldoet grotendeels** aan deze norm. Medewerkers worden in staat gesteld om scholing te volgen. Er wordt structureel de mogelijkheid geboden om casuïstiek te bespreken. De ambulante begeleiders werken veel zelfstandig maar geven aan voldoende verbinding te ervaren met collega's. Hoewel medewerkers aangeven dat zij elkaar kunnen aanspreken, is dit in bijvoorbeeld de dossiervoering niet terug te zien. Er is een zogenaamde klantenraad ingesteld binnen Stichting OnderDak. Waar het eerst niet lukte om deze actief te houden, is dit nu wel gelukt. Door de aanstelling van een combinatie van een aantal externen en twee cliënten is de raad actief. Er wordt aangegeven dat dit een toegevoegde waarde heeft.

De medewerkers van Stichting OnderDak worden vertegenwoordigd in een personeelsvertegenwoordiging. Sinds begin 2018 zijn meer dan 50 medewerkers in loondienst bij Stichting OnderDak, en hoort een ondernemingsraad opgericht te worden. De aanbieder heeft hiervoor nog geen voorbereidingen getroffen hoewel dit in eerdere bezoeken van de Wmo toezichthouder is genoemd als aandachtspunt⁵.

De personeelsvertegenwoordiging en de klantenraad worden actief betrokken bij het opstellen en evalueren van beleid.

Er is een raad van toezicht die uit drie personen bestaat, hierin is wat wisseling gaande. De raad van toezicht gaat soms mee met werknemers en er is periodiek overleg tussen de raad van toezicht en de bestuurder. Hierin wordt bijvoorbeeld het werkplan, jaarverslag, de begroting en de inspectierapporten besproken.

Ook is er regelmatig overleg met de accountmanager van justitie.

⁵ In reactie op het conceptrapport dd 31 mei 2019 geeft Stichting OnderDak aan: "Er is bij de personeelsvertegenwoordiging het verzoek ingediend om een commissie samen te stellen. Deze commissie onderneemt de stappen voor het komen tot een ondernemingsraadorgaan onder procesbegeleiding van HRM."

Norm 3.5

Zorgverleners handelen naar de gemaakte afspraken om tot een evenwichtig samenspel te komen tussen zorgverlener, cliënt en informeel netwerk om goede, veilige en persoonsgerichte zorg te kunnen leveren.

Stichting OnderDak **voldoet grotendeels niet** aan de norm.

Doordat afspraken niet geformaliseerd of geïmplementeerd zijn blijft er (te) veel ruimte voor een persoonlijke invulling van de werkwijze. Zo kan bijvoorbeeld de SPV die betrokken is bij de IFZO een aantal criteria noemen op basis waarvan een cliënt niet in begeleiding kan komen, dit staat echter niet op papier. Hierdoor is het ook onduidelijk waar deze criteria op gebaseerd zijn en of hier sprake is van een individuele inschatting of een gedragen inschatting waar de bestuurder mee akkoord is.

5 Bijlagen

In de bijlage is het toetsingskader opgenomen van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd en het toetsingskader Wmo.

5.1 **Toetsingskader MKI Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd** Toetsingskader voor instellingen waar mensen verblijven die niet thuis kunnen wonen

Utrecht, oktober 2017

Thema Persoonsgerichte Zorg		
<p>Het startpunt voor het geven van de zorg zijn de wensen en verlangens van de cliënt. Kent de zorgverlener de cliënt, kent hij zijn geschiedenis, weet hij wat de cliënt belangrijk vindt en wat de cliënt niet wil? Is er sprake van een evenwichtige en respectvolle relatie tussen een cliënt en een zorgverlener? Wordt er goed geluisterd naar de cliënt en zijn naasten? En belangrijker, staan de wensen en verlangens van de cliënt centraal? Wordt hier gehoor aan gegeven? De cliënt heeft de regie en wordt daarbij ondersteund door zijn naasten en de zorgverleners.</p> <p>Omwille van de leesbaarheid is steeds 'zij' gebruikt in de tekst. Waar 'zij' staat kan uiteraard ook 'hij' worden gelezen.</p>		
Norm	Bron	Waar kan de inspectie onder andere naar kijken?
<p>1.1 Iedere cliënt heeft inspraak in en afspraken over de doelen van de zorg, behandeling en ondersteuning.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Wkkgz artikel 2, lid 2 jo artikel 3 - Wlz artikel 8.1.1⁶ - Wlz besluit, artikel 6.1.1. - Kwaliteitskader V&V (2017) - Visiedocument Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg 2.0 (2013) - Kerndocument Kwaliteitskader GHZ 2017-2022 	<p>De inspectie kijkt hoe de zorgaanbieder de cliënt betreft bij de manier waarop de zorg wordt gegeven. Bijvoorbeeld door te kijken of de afspraken samen met de cliënt en haar vertegenwoordigers worden gemaakt. Mag de cliënt zelf een plan maken met haar wensen en doelen als zij dat wil? Mag een cliënt of haar vertegenwoordiger bij een overleg aanwezig zijn waar de zorg van de cliënt wordt besproken? Hoe gaan de zorgverleners om met de wensen die de cliënt heeft?</p>
<p>1.2 Zorgverleners kennen de cliënt en zijn wensen, behoeften, mogelijkheden en beperkingen.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Wkkgz artikel 2, lid 2, artikel 3 jo 6 - Wlz artikel 3.2.1 en 8.1.1¹ - Kwaliteitskader V&V (2017) - Visiedocument Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg 2.0 (2013) - Kerndocument Kwaliteitskader GHZ 2017-2022 	<p>De inspectie kijkt of de zorgverleners de cliënt écht kennen. Kennen ze haar levensgeschiedenis en haar gedrag? Weten ze waar zij blij van wordt, wat zij plezierig vindt en wat zij niet prettig vindt? Zorgverleners kennen de voorkeuren van de cliënt en houden daar rekening mee: bijvoorbeeld bij wat de cliënt graag eet, drinkt, hoe zij haar dag invult, bedtijd, sociale contacten, seksualiteit, ontvangen van bezoek, bewegingsvrijheid, geestelijke verzorging. Ook weten ze hoe de cliënt lichamelijke verzorgd wil worden. Wil zij wekelijks</p>

⁶ Dit artikel geldt niet voor cliënten die zorg ontvangen op grond van artikel 3.3.3 Wlz (persoonsgebonden budget /PGB). Dit geldt voor het hele document. Het recht op een zorgplanbespreking en een zorgplan zoals omschreven in de Wlz geldt niet voor deze groep cliënten.

		<p>douchen of dagelijks? Kan zij de kleding dragen die zij zelf uitkiest?</p> <p>Maar ook kan de cliënt haar kamer inrichten zoals zij dat zelf wil en past dat bij de zorg vraag die de cliënt heeft.</p> <p>Daarnaast hebben de zorgverleners aandacht voor de levensvragen die de cliënt bezighouden, zoals eenzaamheid, depressie, rouw en invulling laatste levensfase.</p>
<p>1.3 Cliënten voeren binnen hun mogelijkheden zelf regie over leven en welbevinden.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Wkkgz artikel 2, lid 2 jo artikel 3 - Kwaliteitskader V&V (2017) - Visiedocument Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg 2.0 (2013) - Kerndocument Kwaliteitskader GHZ 2017-2022 	<p>De inspectie kijkt of de zorgverleners weten wat de cliënt zelf kan en of zij haar deze dingen ook zelf laten doen. Weten de zorgverleners wat de cliënt wil?</p> <p>Ondersteunen de zorgverleners de cliënt alleen als het nodig is of als ze er om vraagt? Geven de zorgverleners de cliënt voldoende keuzemogelijkheden voor bijvoorbeeld de dagbesteding? Hoe worden veiligheidsrisico's afgewogen tegen kwaliteit van leven? Bijvoorbeeld als een cliënt graag wil meehelpen met eten koken of naar buiten wil; is dat dan mogelijk?</p>

Norm	Bron	Waar kan de inspectie onder andere naar kijken?
<p>1.4 Cliënten ervaren nabijheid, geborgenheid, vertrouwen en begrip. Zij worden met respect behandeld.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Wkkgz artikel 2, lid 2 jo artikel 3 - Kwaliteitskader V&V (2017) - Visiedocument Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg 2.0 (2013) - Kerndocument Kwaliteitskader GHZ 2017-2022 	<p>De inspectie kijkt of de zorgverleners de normen en waarden van de cliënt kennen en toepassen. Bejegenen ze bijvoorbeeld de cliënt zoals zij dat graag heeft? Wel of niet aanspreken met de voornaam? Wordt de cliënt gezien en gehoord, ook als zij een stiller/rustiger karakter heeft? Draagt dit alles bij aan de kwaliteit van het leven van de cliënt?</p>
<p>1.5 Cliënten worden ondersteund om hun informele netwerk in stand te houden of uit te breiden (officiële norm GZ, stimulerende norm V&V).</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Wkkgz artikel 2, lid 2 jo artikel 3 - Kwaliteitskader V&V (2017) - Visiedocument Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg 2.0 (2013) - Kerndocument Kwaliteitskader GHZ 2017-2022 	<p>De inspectie kijkt of de zorgverleners de cliënt ondersteunen om vriendschappen te onderhouden of nieuwe vriendschappen te sluiten. Kennen de zorgverleners het informele netwerk en de familie van de cliënt? En weten de zorgverleners wat de behoefte is van de cliënt.</p>

Thema Deskundige Zorgverlener		
<p>De zorgaanbieder zet voldoende en deskundige verleners in. Hij schoolt, ondersteunt en stimuleert hen structureel. De samenstelling van het personeel past bij de cliënten voor wie wordt gezorgd. De zorgverleners zijn voldoende deskundig hiervoor. Zij weten ook wanneer hun deskundigheid niet voldoende is. Ze zijn in staat om samen te werken. De zorgverlener is in staat methodisch te werken. Methodisch werken garandeert dat het verbeteren van de kwaliteit continu onder de aandacht is. Methodisch werken houdt in dat er wordt gewerkt volgens de Plan-Do-Check-Act (PDCA)-cyclus:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Plan: kijken naar de werkzaamheden en plannen hoe deze kunnen worden verbeterd. - Do: de verbeteringen uitvoeren. - Check: beoordelen of het resultaat van de veranderingen het gewenste resultaat opleveren. - Act: de werkzaamheden bijstellen aan de hand van de gevonden resultaten <p>Omwille van de leesbaarheid is steeds 'zij' gebruikt in de tekst. Waar 'zij' staat kan uiteraard ook 'hij' worden gelezen.</p>		
Norm	Bron	Waar kan de inspectie onder andere naar kijken?
<p>2.1 Zorgverleners maken hun professionele afwegingen over de benodigde zorg, ondersteuning en risico's op basis van de wensen, behoeften, mogelijkheden en beperkingen van de cliënt.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Wkkgz artikel 2, lid 2 jo artikel 3 - Richtlijn verpleegkundige en verzorgende verslaglegging, V&VN - Kwaliteitskader V&V 2017 - GZ: Handreiking ondersteuningsplannen, VGN, 2013 - Visiedocument Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg 2.0 (2013) - Kerndocument Kwaliteitskader GHZ 2017-2022 	<p>De inspectie kijkt hoe zorgverleners als professional beoordelen welke zorg iemand nodig heeft. Daarnaast kijkt de inspectie hoe zorgverleners afwegingen maken tussen de eigen regie van de cliënt en mogelijke risico's die daarmee samengaan. Worden de wensen en behoeften en de regie van de cliënt hierin goed meegewogen? Worden risico's goed in beeld gebracht? En worden deze goed afgewogen? Ook kijkt de inspectie bijvoorbeeld hoe de zorgaanbieder ervoor zorgt dat iedere zorgverlener op de hoogte is van deze risico's. Een belangrijk aandachtspunt voor de inspectie is hoe de keuze wordt gemaakt om vrijheidsbeperkende maatregelen in te zetten. Hoe wordt dit overlegd met de cliënt of met zijn naasten? En hoe, wanneer en hoe vaak worden deze keuzes gemaakt, geëvalueerd en aangepast?</p>

		Daarnaast let de inspectie erop of de zorg die is afgesproken op het juiste moment wordt gegeven en past bij de behoefte van de cliënt op dat moment.
<p>2.2 Zorgverleners werken methodisch, passend bij hun functieniveau. Dit hele proces wordt duidelijk vastgelegd in het cliëntdossier.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Wkkgz artikel 2, lid 2 jo artikel 3 - Wlz besluit, artikel 6.1.1 - Richtlijn verpleegkundige en verzorgende vastlegging, V&VN - Kwaliteitskader V&V 2017 - GZ: Handreiking ondersteuningsplannen, VGN, 2013 - Visiedocument Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg 2.0 (2013) - Kerndocument Kwaliteitskader GHZ 2017-2022 	De inspectie kijkt of er methodisch wordt gewerkt. Daarnaast kijkt de inspectie onder meer of het cliëntdossier en het zorgleefplan is gemaakt volgens de regels die de zorgsector zelf heeft afgesproken.
<p>2.3 De zorgaanbieder zorgt dat zorgverleners ruimte krijgen om systematisch te reflecteren op goede, veilige en persoonsgerichte zorg voor de cliënt. Van daaruit kunnen zij verbeteringen toepassen.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Wkkgz artikel 2, lid 2, artikel 3 en 7, lid 1 - Kwaliteitskader V&V - Visiedocument Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg 2.0 (2013) - Kerndocument Kwaliteitskader GHZ 2017-2022 	De inspectie kijkt of de zorgverleners tijd en ruimte krijgen om regelmatig te kunnen stilstaan bij de kwaliteit van de zorg die zij geven. Wat is de kwaliteit van de geleverde zorg? Is de zorg persoonsgericht of kan dat volgens de zorgverlener nog beter? Daarnaast is een belangrijk punt voor de inspectie: een veilig werkklimaat. De inspectie kijkt onder andere of de zorgverleners zich voldoende veilig voelen om open terug te kijken op de manier waarop ze zorg leveren.

Norm	Bron	Waar kan de inspectie onder andere naar kijken?
<p>2.4. Zorgverleners houden, passend bij hun functieniveau, relevante ontwikkelingen in hun vakgebied bij om goede, veilige en persoonsgerichte zorg te kunnen bieden aan de groep cliënten waaraan ze zorg verlenen.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Wkkgz artikel 2, lid 2 jo artikel 3 - Wet BIG - Beroepscode van Verpleegkundigen en Verzorgenden (2015) - Beroepsprofiel en competentie Specialist Ouderengeneeskunde van Verenso (2012) - Kwaliteitskader V&V (2017) - Competentieprofielen VGN - Beroepsprofiel orthopedagoog, psycholoog in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking (NIP 2007) - Competentieprofiel AVG (2016) - Visiedocument Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg 2.0 (2013) - Kerndocument Kwaliteitskader GHZ 2017-2022 	<p>De inspectie kijkt of de zorgaanbieder de zorgverleners op tijd in de gelegenheid stelt om naar bijscholingscursussen, klinische lessen en congressen te gaan. Ook kijkt de inspectie of de zorgverleners weten waar de grenzen van hun kennis en kunde liggen en welke scholing daarbij past. Zijn ze op de hoogte van ontwikkelingen binnen hun eigen vakgebied? Lezen verleners vaktijdschriften? Wordt kennis uitgewisseld tussen bijvoorbeeld de arts, verpleegkundige, verzorgende en psycholoog?</p>
<p>2.5 De zorgaanbieder zorgt dat er voldoende deskundige zorgverleners beschikbaar zijn, afgestemd op de aanwezige cliënten en actuele zorgvragen.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Wkkgz artikel 2 lid 2 jo artikel 3 - Kwaliteitskader V&V (2017) - Nadere duiding Kwaliteitskader verpleeghuiszorg Personeelssamenstelling (ZINL feb 2017) - Visiedocument Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg 2.0 (2013) - Kerndocument Kwaliteitskader GHZ 2017-2022 	<p>De inspectie kijkt of de instellingen voldoende deskundige verleners inzetten voor de uitvoering van de dagelijkse zorg. Is de deskundigheid afgestemd op de zorgbehoefte van de aanwezige cliënten en hun zorgbehoefte op dat moment? Ook kijkt de inspectie of er voldoende deskundige zorgverleners aanwezig zijn tijdens bijvoorbeeld intensieve zorgmomenten, bij de nachtzorg of bij acute zorgvragen. Wat vindt de zorgaanbieder zelf dat er nodig is? Worden cliënten en medewerkers hierin</p>

		gehoord? Hoe organiseert de zorgaanbieder dit? Hoe zorgt de aanbieder ervoor dat de medewerkers goed geschoold zijn én blijven? Binnen de verpleegzorg: nemen medewerkers deel aan leernetwerken?
<p>2.6 Zorgverleners handelen volgens de afspraken zoals beschreven in protocollen, richtlijnen en handreikingen. Zij weten wanneer zij wel en niet kunnen afwijken om goede, veilige en persoonsgerichte zorg te kunnen bieden.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Wkkgz artikel 2, lid 2 jo artikel 3 - Beroepscode van Verpleegkundigen en Verzorgenden - Beroepsprofiel en competentie Specialist Ouderengeneeskunde van Verenso (2012) <p>Competentieprofielen VGN</p> <ul style="list-style-type: none"> - Beroepsprofiel orthopedagoog, psycholoog in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking (NIP 2007) - Competentieprofiel AVG (2016) 	<p>De inspectie kijkt of de protocollen, richtlijnen en handreikingen die nodig zijn voor de zorgverlening, actueel, makkelijk te vinden en bekend zijn bij de zorgverleners. Zorgverleners handelen volgens protocol en weten wanneer ze daarvan af kunnen wijken. De zorgaanbieder weet of de zorgverleners daadwerkelijk volgens protocol werken.</p>
<p>2.7 Zorgverleners werken multidisciplinair en schakelen tijdig disciplines en specifieke expertise in van binnen of buiten de organisatie. In deze samenwerking worden duidelijke afspraken gemaakt wie waarvoor verantwoordelijk is.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Wkkgz artikel 2, lid 2 jo artikel 3 - Beroepscode van Verpleegkundigen en Verzorgenden - Beroepsprofiel en competentie Specialist Ouderengeneeskunde van Verenso (2012) - Kwaliteitskader V&V (2017) - Beroepsprofiel orthopedagoog, psycholoog in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking (NIP 2007) - Competentieprofiel AVG (2016) - Competentieprofielen VGN - Visiedocument Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg 2.0 (2013) 	<p>De inspectie kijkt of de cliënt wordt verzorgd door zorgverleners met de juiste kennis en vaardigheden. En wordt, als dat nodig is, op tijd specifieke deskundigheid ingeschakeld? Bijvoorbeeld als een cliënt gedrag vertoont dat niet goed wordt begrepen, worden dan in een multidisciplinair team afspraken gemaakt welke zorg passend is? Wie stelt de doelen op, houdt afspraken bij en wordt dit bijgehouden in het dossier? De inspectie kijkt ook op welke momenten en op welke wijze deze multidisciplinaire samenwerking plaatsvindt.</p>

	- Kerndocument Kwaliteitskader GHZ 2017-2022	
Thema Sturen op Kwaliteit en Veiligheid		
<p>Goede zorg en deze goed houden begint bij een goed management. Het management stuurt op de kwaliteit van zorg en de coördinatie en controle op de werkvloer. Onvoldoende sturing door het management betekent risico's op de werkvloer. De zorgaanbieder zorgt ervoor dat er methodisch wordt gewerkt. Methodisch werken zorgt ervoor dat het verbeteren van de kwaliteit continu onder de aandacht is van alle medewerkers. Methodisch werken houdt in dat er wordt gewerkt volgens de Plan-Do-Check-Act (PDCA)-cyclus:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Plan: kijken naar de werkzaamheden en plannen hoe deze kunnen worden verbeterd. - Do: de verbeteringen uitvoeren. - Check: beoordelen of het resultaat van de veranderingen het gewenste resultaat opleveren. - Act: de werkzaamheden bijstellen aan de hand van de gevonden resultaten. <p>Omwille van de leesbaarheid is steeds 'zij' gebruikt in de tekst. Waar 'zij' staat kan uiteraard ook 'hij' worden gelezen.</p>		
Norm	Bron	Waar kan de inspectie onder andere naar kijken?
3.1 De zorgaanbieder stelt de persoonsgerichte zorg en ondersteuning centraal en borgt de veiligheid van de cliënt.	<ul style="list-style-type: none"> - Wkkgz artikel 2, lid 2 jo 3 - Wlz artikel 8.1.1¹ - Kwaliteitskader V&V (2017) - Visiedocument Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg 2.0 (2013) - Kerndocument Kwaliteitskader GHZ 2017-2022 	De inspectie kijkt of de zorgaanbieder in een visie en missie heeft vastgelegd met als uitgangspunt de kwaliteit van leven. Hoe de medewerkers omgaan met de cliënten en hoe ze worden verzorgd en behandeld. Ook is vastgelegd hoe de veiligheid van de cliënten is geborgd. De zorgaanbieder toetst regelmatig of op deze manier wordt gewerkt. In de visie en missie staat bijvoorbeeld ook hoe de zorgaanbieder omgaat met veiligheid en huisregels. Maar ook kan hierin staan hoeveel 'regelruimte' de zorgverleners hebben. De inspectie kijkt onder meer of de cliënten en de medewerkers betrokken zijn geweest bij het maken van de missie en visie.
3.2 De zorgaanbieder gebruikt	- Wkkgz artikel 2, lid 2, 7, 9, 13 jo 17	De inspectie kijkt hoe de zorgaanbieder omgaat met

<p>(bijna)incidenten, (bijna)fouten en klachten voor de verbetering van de zorg.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Kwaliteitskader V&V (2017) - Visiedocument Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg 2.0 (2013) - Kerndocument Kwaliteitskader GHZ 2017-2022 	<p>(bijna)incidenten, (bijna)fouten en klachten. Durven zorgverleners erover te praten als de zorg anders loopt dan verwacht? Ondersteunt de zorgaanbieder de medewerkers zodat ze kunnen leren van (bijna)incidenten, (bijna)fouten en klachten? Is er een klachtenregeling en worden er maatregelen genomen naar aanleiding van de behandeling van klachten? Worden (bijna)incidenten, (bijna)fouten en klachten goed geanalyseerd? Deze analyse wordt gemaakt om te bepalen of er verbeteringen mogelijk zijn voor de individuele cliënt maar ook wordt gekeken of op bijvoorbeeld afdelingsniveau verbetermaatregelen ingezet moeten worden.</p>
<p>3.3 De zorgaanbieder bewaakt, beheerst en verbetert systematisch de kwaliteit en veiligheid van de zorg.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Wkkgz artikel 2 lid 2 jo 7 - Kwaliteitskader V&V (2017) - Visiedocument Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg 2.0 (2013) - Kerndocument Kwaliteitskader GHZ 2017-2022 	<p>De inspectie kijkt of de zorgaanbieder een duidelijke 'kwaliteitsfoto' heeft van de organisatie. Heeft de zorgaanbieder een voldoende en actueel beeld wat wel en wat niet goed gaat in de dagelijkse zorg voor cliënten? Werkt de zorgaanbieder met een terugkerend patroon van planning, uitvoering, controle en bijstelling van werkzaamheden?</p>
<p>3.4 De zorgaanbieder schept binnen de locatie en het team van zorgverleners voorwaarden voor een cultuur gericht op leren en verbeteren.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Wkkgz artikel 2, lid 2 - Beleidskader 'Goede zorg vraagt om goed bestuur' - Kwaliteitskader V&V (2017) - Visiedocument Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg 2.0 (2013) 	<p>De inspectie kijkt of bij de zorgaanbieder en bij het team van zorgverleners een cultuur is, die gericht is op continu leren en verbeteren. Maar ook of zorgverleners elkaar durven aan te spreken als iets niet goed gaat. Hebben de leidinggevenden een open</p>

	- Kerndocument Kwaliteitskader GHZ 2017- 2022	houding waardoor medewerkers ruimte voelen informatie te delen?
--	---	---

Norm	Bron	Waar kan de inspectie onder andere naar kijken?
<p>3.5 Zorgverleners handelen naar de gemaakte afspraken om tot een evenwichtig samenspel te komen tussen zorgverlener, cliënt en informeel netwerk om goede, veilige en persoonsgerichte zorg te kunnen leveren.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Wlz 8.1.1¹ - Grenzen verkennen, Vilans, 2016 - Kwaliteitskader V&V - Visiedocument Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg 2.0 (2013) - Kerndocument Kwaliteitskader GHZ 2017-2022 	<p>De inspectie kijkt hoe de zorgaanbieder het informele netwerk en vrijwilligers betreft bij de zorg. Heeft de zorgaanbieder beleid hiervoor? Is er de keuze gemaakt om met contracten te werken of worden de relaties op een andere manier duidelijk? Worden afspraken met het informele netwerk of met vrijwilligers bijvoorbeeld vastgelegd in het zorgdossier van de cliënt? Kent het informele netwerk en de vrijwilligers het beleid van de zorgaanbieder?</p>

5.2 Toetsingskader Wmo

1 Doelmatigheid voorziening	1
<i>Wettelijke kwaliteitseis: De voorziening is doelmatig, doeltreffend en cliëntgericht (Wmo 2015, art. 3.1, tweede lid sub a).</i>	
1.1 Zorgplan/ Ondersteuningsplan/Activiteitenplan	Ja/nee/ n.v.t./n.b. 7
De aanbieder heeft voor elke cliënt een zorgplan/ ondersteuningsplan.	
Het zorgplan/ ondersteuningsplan omvat een omschrijving van de vraag van de cliënt.	
Het zorgplan/ondersteuningsplan omschrijft de kansen/ mogelijkheden van de cliënt (eigen kracht/ sociale netwerk).	
Het zorgplan/ ondersteuningsplan geeft aan welke voorziening wordt geboden.	
Het sociale netwerk van de cliënt is actief betrokken bij het opstellen van het zorgplan/ondersteuningsplan.	
De geboden ondersteuning/ activiteiten sluit(en) aan op de reële behoefte en mogelijkheden van de cliënt en zijn/haar sociale netwerk.	
Het zorgplan/ ondersteuningsplan heeft de instemming van de cliënt en is ondertekend door de cliënt of diens vertegenwoordiger.	
Afwijkingen van het zorgplan/ondersteuningsplan worden gemotiveerd toegelicht en besproken met de cliënt en zijn/haar sociale netwerk.	
In het zorgplan/ ondersteuningsplan staat de naam van de eerstverantwoordelijke medewerker vermeld.	
De eerstverantwoordelijke medewerker of diens vervanger is goed bereikbaar.	
Het zorgplan/ ondersteuningsplan wordt regelmatig (minimaal jaarlijks) geëvalueerd en zo nodig bijgesteld.	
Van de evaluatie wordt verslag opgemaakt.	
De cliënt heeft het evaluatieverslag ondertekend.	
De datum van de eerstvolgende evaluatie staat in het zorgplan/ ondersteuningsplan genoteerd.	
Dag- of wekrapportages worden gekoppeld aan doelen/activiteiten die staan beschreven in het zorgplan/ondersteuningsplan/ activiteitenplan.	
Gefactureerde/ te factureren uren zijn gekoppeld aan beschreven begeleiding.	

7 N.b. betekent 'niet beoordeeld'.

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

2 Veiligheid	2
Wettelijke kwaliteitseis: De voorziening is veilig (Wmo 2015, art. 3.1, tweede lid sub a.).	
2.1 Protocollen en afspraken	Ja/nee/ n.v.t./n. b.
De aanbieder heeft actuele werkinstructies en handelingsprotocollen.	
De aanbieder heeft huisregels die besproken zijn met de cliënten.	
De aanbieder kent een agressieprotocol.	
Het personeel is geschoold in het omgaan met agressie.	
De aanbieder kent een medicatieprotocol.	
De aanbieder is ervan op de hoogte dat calamiteiten en geweldsincidenten gemeld dienen te worden aan de toezichthoudend ambtenaar Wmo van de gemeente ⁸ .	

⁸ Zie: Wmo 2015 art. 3.4 "De aanbieder doet bij de toezichthoudende ambtenaar, bedoeld in [artikel 6.1](#), onverwijld melding van: a. iedere calamiteit die bij de verstrekking van een voorziening heeft plaatsgevonden; b. geweld bij de verstrekking van een voorziening". GGD Gelderland Midden is de toezichthoudend ambtenaar voor de opdrachtgevende gemeente.

2.2 Medicatie en verdoevende middelen (alleen indien van toepassing)	Ja/nee/ n.v.t./n. b.
Alle medicatie staat op naam van cliënten. Geen voorraden zonder naam, m.u.v. een werkvoorraad die voldoet aan de 'handreiking werkvoorraad geneesmiddelen' ⁹ .	
Voor iedere cliënt is een actueel medicatieoverzicht (toedienlijst of deellijst) aanwezig.	
In het zorgplan/ondersteuningsplan van de cliënt is een medicatieoverzicht (zonder doseringen) opgenomen, met vermelding van reden van gebruik.	
Medicatie wordt onder de goede condities bewaard en is niet toegankelijk voor onbevoegden. Score alleen ja als alle onderstaande elementen aanwezig zijn: <ul style="list-style-type: none"> • in de koelkast (indien noodzakelijk) gescheiden van voedingsmiddelen; • in een afgesloten medicijnkast; • opiaten in afgesloten kast/kist gescheiden van de overige medicatie; • sleutelbeheer is adequaat geregeld; • houdbaarheidsdata actueel. 	
Elk medicijn dat wordt toegediend wordt op datum en tijdstip afgetekend op een aftekenlijst.	
Bij toediening van medicatie die niet in een GDS-verpakking ¹⁰ zit en waarbij sprake is van aantoonbaar risico in geval van verkeerde dosering vindt aantoonbaar controle plaats door een tweede, bekwame persoon.	
De aanbieder heeft afspraken met de cliënten gemaakt over het gebruik van alcohol en verdoevende middelen.	

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

⁹ Handreiking werkvoorraad geneesmiddelen. Actiz, GGZNederland, VGN 2011

¹⁰ GDS= Geneesmiddelen Distributie Systeem. Bij gebruik van en GDS heeft de apotheek de geneesmiddelen per cliënt per toedientijdstip verpakt.

Op de locatie is een gediplomeerd en getraind BHV'er (bedrijfshulpverlener) aanwezig.	
---	--

2.4 Grensoverschrijdend gedrag	Ja/nee/ n.v.t./n.b.
Medewerkers zijn bekend met het beleid en de visie van de aanbieder rondom vriendschap, intimiteit, seksualiteit en seksueel grensoverschrijdend gedrag, preventie van seksueel misbruik en het melden van misbruik	
Medewerkers weten dat seksueel misbruik of grensoverschrijdend gedrag gemeld moet worden.	
Medewerkers zijn geïnstrueerd over en in staat tot het hanteren van de meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling.	

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>	
3.1 Afstemming met andere hulp- of zorgverleners	Ja/nee/ n.v.t./n. b.
Met andere hulp- en zorgverleners (huisartsen, wijkverpleging e.d.) vindt afstemming en de noodzakelijke gegevensuitwisseling plaats.	
De afspraken met andere hulp- en zorgverleners worden schriftelijk vastgelegd.	
De met andere hulp- en zorgverleners gemaakte afspraken worden regelmatig besproken met de cliënt en zijn/haar sociale netwerk en worden zo nodig bijgesteld.	
Bij meervoudige, complexe problematiek is er één regisseur of coördinator die de samenhang en continuïteit bewaakt en toegang heeft tot de noodzakelijke gegevens.	
De tweede lijn is direct beschikbaar.	
Bij mogelijke decompensatie onderneemt de begeleiding actie richting behandelaar/ huisarts.	

3.2 Samenwerking en afstemming met de gemeente (wijkcoaches)	Ja/nee/ n.v.t./n.b.
De wijkcoach ziet als regisseur toe op de uitvoering van het ondersteuningsplan van de cliënt. Zorgaanbieder en wijkcoach evalueren regelmatig of de plannen nog passen bij de vraag.	
Wanneer de indicatie van cliënt niet aansluit op de hulpvraag neemt de aanbieder contact op met de wijkcoach.	

Wijkcoaches zijn tevreden over de kwaliteit van de geleverde zorg/dienstverlening door de zorgaanbieder.	
--	--

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>	
4.1 Kwaliteitsborging	Ja/nee/ 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).	
De aanbieder heeft een kwaliteitskeurmerk ¹¹ (HKZ, ISO etc.).	
De aanbieder is aangesloten bij een beroepsvereniging/ branchevereniging ¹² .	
Kwaliteitsverbeteringen op basis van signalen van cliënten (zoals klachten) en van cliënt- en medewerkerstevredenheidsonderzoeken) zijn aantoonbaar.	
De continuïteit van de geboden voorziening is gewaarborgd.	
De aanbieder integreert de veranderingen op het gebied van de kanteling in de zorg binnen de eigen instelling.	

4.2 Personeel	Ja/nee/ n.v.t./n.b.
Er is een goede verhouding tussen aantal medewerkers en aantal cliënten.	
De verdeling van taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden is duidelijk voor de medewerkers.	
De aangewezen beroepskracht is vakbekwaam.	
De aanbieder heeft beleid t.a.v. verantwoorde inzet van vrijwilligers.	
Alle medewerkers en vrijwilligers hebben een verklaring omtrent gedrag (VOG) overlegd.	
De aanbieder heeft een ondernemingsraad (or) of personeelsvertegenwoordiging (pvt) bestaande uit democratisch gekozen werknemers ¹³ .	
Regelmatig wordt werkoverleg gehouden.	
De medewerkerstevredenheid is goed.	
Het personeelsverloop was het afgelopen jaar beperkt.	

¹¹ Een kwaliteitskeurmerk is niet verplicht maar wel aanbevolen.

¹² Aansluiting bij een beroeps- of branchevereniging is niet verplicht maar wordt wel aanbevolen.

¹³ 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).

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

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>	
5.1 Algemeen	Ja/nee/ n.v.t./n. b.
De cliënt wordt met respect bejegend.	
De cliënt voelt zich op zijn/ haar gemak op de plaats waar de voorziening wordt geboden.	
Cliënten worden op begrijpelijke wijze geïnformeerd over hun rechten en plichten.	

5.2 Cliëntparticipatie	Ja/nee/ n.v.t./n.b.
De aanbieder heeft beleid t.a.v. cliëntparticipatie/ medezeggenschap. De aanbieder reflecteert op dit beleid, evalueert dit en stelt het zo nodig bij.	
De cliënt kan desgewenst participeren in een cliëntenraad of vergelijkbaar platform.	
De cliënt wordt gewezen op het bestaan van patiëntenverenigingen en lotgenotencontactgroepen.	

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

5.4 Melden incidenten en klachten	Ja/nee/ n.v.t./n. b.
Er is een intern meldingssysteem voor incidenten, fouten en bijna fouten dat operationeel is.	

Melden, registreren, analyse, verbeteractie en terugkoppelen van incidenten, fouten en bijna fouten aan melder en team is geregeld.	
Incidenten worden intern besproken en er worden verbetervoorstellen geformuleerd.	
De verbetervoorstellen n.a.v. incidenten worden doorgevoerd. Er is sprake van een lerende organisatie.	
Nazorg bij incidenten is geregeld.	
Er is een klachtenregeling.	
Deze klachtenregeling is bekend bij de cliënt/gemakkelijk te vinden voor de cliënt.	
De aanbieder neemt eventuele klachten in behandeling en handelt die tijdig en passend af.	