



Noord- en Oost-Gelderland

Onderzoeksrapport Basistoezicht Wmo toezicht Beschermd Wonen en Maatschappelijke Opvang

Stichting Ambulante Hulpverlening
Midden Nederland

ToeziChthouder:	GGD Noord- en Oost-Gelderland
In opdracht van gemeente:	Centrumgemeente Harderwijk
Datum inspectie:	21 oktober 2021
Status:	Definitief
Datum vaststelling inspectierapport:	12 november 2021

Inhoudsopgave

1. Inleiding	3
2. Gegevens	4
3. Werkwijze	5
4. Conclusie.....	6
5. Advies en toelichting	7
6.1 Algemeen beeld.....	8
6.2 Bevindingen kwaliteit	8
7. Toetsingskader	17

1. Inleiding

De Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo 2015) schrijft voor dat gemeenten verantwoordelijk zijn voor de kwaliteit van voorzieningen. Het college van B&W van centrumgemeente Harderwijk heeft de Directeur Publieke Gezondheid van GGD Noord- en Oost-Gelderland als toezichthoudend ambtenaar op de kwaliteit van ondersteuning Beschermd Wonen en Maatschappelijke Opvang aangewezen.

Toetsingskader

De kwaliteit van de geleverde zorg wordt getoetst aan de hand van de kwaliteitseisen zoals benoemd in hoofdstuk 3 van de Wmo2015 en aan de aanvullende eisen die vastgesteld zijn in:

- De Verordening omtrent maatschappelijke ondersteuning gemeente Harderwijk 2018;
- Het Besluit maatschappelijke ondersteuning gemeente Harderwijk 2021;
- De Subsidievoorwaarden en subsidieverplichtingen beschermd wonen en maatschappelijke opvang 2020.

Leeswijzer

- In hoofdstuk 2 worden feitelijke gegevens van de aanbieder weergegeven;
- In hoofdstuk 3 wordt ingegaan op de werkwijze van het onderzoek;
- In hoofdstuk 4 staat de conclusie van het toezicht;
- In hoofdstuk 5 staat het advies naar aanleiding van het onderzoek;
- In hoofdstuk 6 wordt per kwaliteitseis omschreven wat de bevindingen zijn;
- In hoofdstuk 7 wordt het toetsingskader weergegeven.

2. Gegevens

Gegevens van de organisatie

Naam organisatie	: Ambulante Hulpverlening Midden Nederland
Locatie	: Zuiderzeepad
Adres organisatie	: Gelreweg 3, 3843 AN Harderwijk
Contactpersoon	: dhr. E. van Malenstein
Telefoonnummer	: 085-0492717
Mailadres	: info@ambulantehulpverlening.nl
Website organisatie	: www.ambulantehulpverlening.nl
Kwaliteitssysteem (bv HKZ/ISO)	: HKZ- ISO9001:2015
Soort ondersteuning	: Beschermd Wonen
Doelgroep	: mensen met een lichte verstandelijke beperking, psychiatrische problematiek.
Financiering	: ZIN en PGB

Algemene informatie van de organisatie

Locatie Zuiderzeepad van Stichting Ambulante Hulpverlening Midden Nederland bevindt zich midden in Harderwijk op een recent gerenoveerde locatie. Er zijn twaalf zelfstandige appartementen gehuisvest. Er verblijven zes cliënten met een Wmo indicatie Beschermd Wonen en zes cliënten met een WLZ indicatie voor Beschermd Wonen. De Stichting heeft naast Beschermd Wonen locaties in Harderwijk, Hierden, Ermelo en Nijkerk ook een afdeling ambulante hulpverlening. Tevens heeft de organisatie drie dagbestedingslocaties in Ermelo en Putten¹. In totaal heeft de organisatie momenteel zo'n 400 cliënten en 100 medewerkers in dienst.

¹ <https://www.materra.nl/>

3. Werkwijze

Planning

Datum inspectiebezoek	: 21 oktober 2021
Datum concept onderzoek	: 3 november 2021
Reactie op conceptrapport	: 11 november 2021
Datum definitief onderzoek	: 12 november 2021

Waarop is het toezicht gebaseerd?

Het onderzoek is gebaseerd op een vooraf bepaald aantal aspecten van de kwaliteitseisen die zijn opgenomen in hoofdstuk 3 van de Wmo 2015, de gemeentelijke verordening(en) en kwaliteitseisen die gesteld zijn in de regionale beleidsregels.

Het onderhavig onderzoek richt zich op de volgende onderdelen:

- De voorziening is doelmatig, doeltreffend en cliëntgericht;
- De voorziening is veilig;
- De voorziening wordt verstrekt in overeenstemming met de op de organisatie en beroepskracht rustende verantwoordelijkheid o.b.v. de professionele standaard.

Opzet onderzoek

Stichting Ambulante Hulpverlening Midden Nederland is telefonisch benaderd om een afspraak te maken voor het onderzoek. Op basis van een steekproef zijn enkele cliënten geselecteerd voor het onderzoek. Van hen zijn bij de aanbieder de zorgplannen, rapportages en de evaluatieverslagen opgevraagd. Bij de Centrale Toegang heeft de toezichthouder per cliënt de indicatie en het onderzoeksverslag opgevraagd.

Om tot een gefundeerd oordeel te komen zijn verschillende informatiebronnen gebruikt. Door de informatie uit deze bronnen te vergelijken en te wegen heeft de toezichthouder beoordeeld of de geboden zorg voldoet aan de getoetste normen uit de wet- en regelgeving, (beroeps)normen, richtlijnen en standaarden.

Gebruikte bronnen:

- locatiebezoek d.d. 21 oktober 2021;
- gesprek met de bestuurder en twee medewerkers d.d. 21 oktober 2021;
- cliëntendossiers waaronder zorgplannen, rapportages en evaluaties geanalyseerd en beoordeeld ontvangen op 15 oktober 2021;
- inzage in het elektronisch cliëntensysteem d.d. 21 oktober 2021;
- inzage in de team agenda voor begeleiders d.d. 21 oktober;
- inzage in personeelssysteem d.d. 21 oktober 2021;
- telefonisch gesprek met Lindy Brinkman, intern adviseur d.d. 2 november 2021;
- het raadplegen van de website van de aanbieder.

4. Conclusie

Op basis van het onderzoek betreffende Stichting Ambulante Hulpverlening Midden Nederland komt het toezicht tot de volgende bevinding:

1	De voorziening is doelmatig, doeltreffend en cliëntgericht	
1.1	Het ondersteuningsplan	
1.2	De vraag, behoefte, wensen en doelen van de cliënt	
1.3	Evalueren	

2	De voorziening is veilig	
2.1	Fysieke en sociale veiligheid	
2.2	Keurmerk	
2.3	Meldcode	
2.4	Calamiteiten en incidenten	

3	De voorziening wordt verstrekt in overeenstemming met de op de organisatie en beroepskracht rustende verantwoordelijkheid o.b.v. de professionele standaard	
3.1	Aanwezigheid Verklaring omtrent Gedrag	
3.2	Vakbekwaamheid personeel	

	Er wordt volledig voldaan aan de gestelde kwaliteitseis
	Er wordt deels voldaan aan de kwaliteitseis
	Er wordt niet voldaan aan de gestelde kwaliteitseis
	Niet beoordeeld

5. Advies en toelichting

Op basis van de bevindingen concludeert de toezichthouder dat de aanbieder deels voldoet aan de getoetste voorwaarden.

In het rapport zijn enkele aanbevelingen verwoord. De toezichthouder acht de aanbieder in staat om hier zelfstandig een vervolg aan te geven.

1.1 Het zorgplan

Er is een tekortkoming geconstateerd bij het zorgplan. Doelen in het zorgplan zijn deels SMART geformuleerd en er ontbreken doelen in het zorgplan. Hierdoor voldoet de aanbieder deels aan de gestelde kwaliteitseisen.

Om te voldoen aan de gestelde kwaliteitseisen dient de aanbieder:

- Op alle leefgebieden met een hulpvraag die gesteld zijn vanuit de indicatie, SMART geformuleerde doelen op te nemen.

Reactie op conceptrapport

De aanbieder heeft op 11 november 2021 een schriftelijke reactie gegeven op het conceptrapport. Ten aanzien van de feitelijke onjuistheden zijn een drietal punten benoemd. De toezichthouder heeft de reacties m.b.t. de feitelijke onjuistheden beoordeeld. Dit heeft geleid tot aanpassingen op deze drie punten in het definitieve onderzoeksrapport.

Er is een korte inhoudelijke reactie gegeven op het volgende onderdeel:

3.1 Aanwezigheid Verklaring omtrent Gedrag

“Op pagina 15 onder 3.1 staat benoemd dat er in het vervolg een VOG aangevraagd dient te worden voor het profiel 45 Gezondheidszorg. Ik heb contact gehad met onze afdeling Personeelszaken. Zij vragen al sinds ruim een half jaar voor nieuwe medewerkers de VOG aan voor profiel 45 Gezondheidszorg en welzijn van mens en dier. De VOG die tijdens de audit bekeken is, is van daarvoor.”

6. Bevindingen

6.1 Algemeen beeld

Voor het onderzoek zijn bij Stichting Ambulante Hulpverlening Midden Nederland documenten opgevraagd. De toezichthouder heeft hierbij alle medewerking gekregen en de opgevraagde documenten zijn allemaal tijdig aangeleverd. De toezichthouder constateert dat er bij de aanbieder een sterke motivatie is om goede kwaliteit van zorg te bieden, waarbij de cliënt centraal staat. De gesproken teamleider, ambulant begeleiders, directeur en medewerker beleid en kwaliteit waren enthousiast en betrokken bij hun cliënten en de verdere professionele ontwikkeling van hun organisatie. Vanuit de organisatie is er aandacht voor het continu verbeteren van processen en daarmee kwaliteit van dienstverlening.

6.2 Bevindingen kwaliteit

1. De voorziening is doelmatig, doeltreffend en cliëntgericht

1.1	Er is een plan waaruit blijkt wat de kansen/mogelijkheden en ondersteuningsbehoeften zijn van de cliënt en welke voorziening wordt geboden.	
-----	---	--

De aanbieder hanteert voor het opstellen van het zorgplan een vast format.

Indicatie en afstemming gemeente

De doelen die zijn opgenomen in het zorgplan sluiten deels aan op de indicatie die is afgegeven door de Centrale Toegang. Niet alle leefgebieden met een hulpvraag uit de indicatie zijn overgenomen in het zorgplan. Zo ontbreken er doelen op het gebied van o.a. dagbesteding, omgekeerd dag-/nachtritme, psychisch en psychosociaal functioneren en opvoeding. Uit het gesprek met de teamleider en ambulant begeleiders blijkt dat een deel van de doelen uit de indicatie niet worden opgenomen in het zorgplan, omdat de doelen uit de indicatie soms 'te hoog gegrepen zijn voor cliënten' en dat met de cliënten wordt besproken waaraan zij willen werken waardoor de motivatie voor het behalen van de doelen wordt vergroot.

Inhoud zorgplan

Het zorgplan bevat:

- Algemeen persoonsbeeld;
- Beschrijving van de zorg;
- Eerdere hulpverlening;
- Betrokkenheid en gegevens sociaal netwerk;
- Betrokkenheid en gegevens professioneel netwerk;
- Medicatie overzicht;
- Beschrijving en ontwikkeling alle leefgebieden;
- Toekomstperspectief;
- Evaluatie van de begeleiding;
- Doelen.

Het format wordt bij iedere evaluatie aangevuld, waardoor het een compleet beeld geeft van de ontwikkelingen van de cliënt vanaf de start van de hulpverlening bij AHMN tot nu. Het is een dynamisch document dat een centrale rol heeft binnen de geboden ondersteuning.

De basis voor het opstellen van de doelen ligt bij de cliënt: waar wil ik aan werken? Bij de beschrijving van de actuele situatie op de diverse leefgebieden worden ook de mogelijke risico's beschreven.

De opgenomen doelen zijn met name gericht op de praktische ondersteuning van de cliënt. Daarnaast ontbreken in het zorgplan doelen op leefgebieden waarbij vanuit de beschrijving in het zorgplan en uit de indicatie wel ondersteuning nodig is en/of er risico's zijn; zoals verslaving, opvoeding, zelfbeeld en geestelijke stabiliteit.

Doelen

De doelen die zijn opgesteld in het zorgplan zijn deels SMART geformuleerd. Daarnaast zijn de doelen voornamelijk gericht op de praktische ondersteuning, terwijl bij een deel van de cliëntpopulatie sprake is van complexe psychiatrische problematiek waarbij intensieve zorg en begeleiding nodig is.²

Alle doelen hebben een looptijd van een half jaar. Middels drie iconen wordt de hulpvraag, het hoofddoel en de werkwijze beschreven. Bij de werkwijze ontbreekt wat de cliënt zelf kan, waar ondersteuning bij nodig is en welke concrete acties er binnen de hulpverlening nodig zijn om het doel te realiseren. Tijdens het gesprek met de teamleider en ambulante begeleiders blijkt wel dat er (proces)stappen worden ondernomen om doelen te realiseren.

Sociaal Netwerk

Het sociaal netwerk wordt door Stichting Ambulante Hulpverlening Midden Nederland in kaart gebracht. De rol en betrokkenheid van het sociaal netwerk wordt beschreven in het zorgplan. Waar mogelijk worden zij benut bij het bevorderen van doelen van cliënt en/of begeleiding naar afspraken. En tevens staat ook vermeld of zij toegang krijgen tot het elektronische dossier.

Conclusie

Er wordt gewerkt met een dynamisch zorgplan welke een goed inzicht geeft in de ontwikkelingen die een cliënt doormaakt. De doelen in het zorgplan zijn echter deels SMART geformuleerd en er ontbreken doelen in het zorgplan. Hierdoor voldoet de aanbieder deels aan de gestelde kwaliteitseisen.

1.2	De aangeboden voorziening is afgestemd op de vraag, reële behoefte, wensen en doelen van de cliënt	
-----	--	--

Passende zorg

Bij de aanbieder wordt gewerkt met diverse begeleiders; begeleider B, begeleider C en begeleider D. Begeleider C is verantwoordelijk voor het opmaken van het zorgplan en de ondersteuning van begeleiders B bij complexere, overstijgende zaken. Daarnaast heeft begeleider C wekelijks een gesprek met de cliënt in het kader van de individuele begeleiding. Begeleider C is tevens het aanspreekpunt binnen de ketensamenwerking. Voor alle inhoudelijke vragen en advies kan worden opgeschaald naar een begeleider D. Deze gedragsdeskundige wordt aangestuurd door de afdeling Kennis & Expertise, welke bestaat uit een GGZ specialist en een orthopedagoog. Afhankelijk van casuïstiek en/of deskundigheidsbevordering wordt een beroep gedaan op de afdeling Kennis & Expertise. Er wordt een groot accent gelegd op de praktisch ondersteuning van cliënt. Zoals ADL³ (wekken, tanden poetsen), samen koken of ondersteuning bij de planning van de dag/week. De ondersteuning wordt geboden door begeleiders B.

² Van de cliënten met een BW indicatie vanuit centrumgemeente Harderwijk hebben drie cliënten een 3C indicatie en drie cliënten een 5C indicatie.

³ Activiteiten Dagelijks Leven.

De cliënten hebben geen vast contactpersoon; vanwege het werken in een rooster is dat lastig te structureren. De locatie Zuiderzeepad werkt met een digitale agenda waarin alle afspraken en vaste contactmomenten met begeleiders B en C worden geagendeerd. Iedere medewerker kan in één oogopslag zien welke taken moeten worden uitgevoerd. De toezichthouder heeft de agenda ingezien. Begeleiders geven aan dat er een gedisciplineerde houding is t.a.v. het volgen van de planning en het rapporteren van alle contactmomenten in het elektronisch cliëntendossier. Alle contactmomenten worden op de doelen weggeschreven.

Begeleidingsmethode

De organisatie zit in een transitie naar het toepassen van een andere methodiek binnen de hulpverlening. Er werd gewerkt met de methode Community Support⁴, maar deze sluit niet (meer) aan op de huidige cliëntpopulatie. Om betere passende zorg te bieden die aansluit bij de wensen, mogelijkheden en beperkingen van een cliënten zal met ingang van volgend jaar gewerkt gaan worden met de Individuele Rehabilitatie Benadering (IRB)⁵.

De hulpverlening volgens deze methode is verdeeld in vier stappen:

- Verkennen
- Kiezen
- Verkrijgen
- Behouden

Tijdens het gesprek met de ambulante begeleider zijn diverse voorbeelden benoemd hoe er aan de hand van de IRB methode samen met cliënt bepaald wordt aan welke doelen er gewerkt wordt, en welke stappen er gezet worden om doelen te behalen. Als doelen niet behaald worden, wordt besproken of de gestelde doelen wel realistisch zijn. Zonodig worden doelen aangepast en/of kleiner gemaakt. Als voorbeeld: een cliënt wil later in een kasteel wonen. Dit lijkt een irrealistisch doel, maar deze wordt in kleine stapjes opgedeeld waardoor aan het grote doel gewerkt wordt (zoals bijvoorbeeld het creëren van dagbesteding, financiën).

Met betrekking tot het vinden van een passende dagbesteding voor de cliënten wordt er zoveel mogelijk aansluiting gezocht bij de wensen, interesses en mogelijkheden van de cliënt. Stichting Ambulante Hulpverlening Midden Nederland heeft zelf drie verschillende mogelijkheden voor dagbesteding: groenvoorziening, houtbewerking en horeca. Daarnaast wordt ook gebruik gemaakt van externe plekken. Voor één cliënt met een grote interesse voor gamen en computers heeft de aanbieder voor de cliënt een tijdelijke dagbesteding kunnen regelen bij het Bonami SpelComputer Museum.

Samenwerking en regie

Er wordt door de aanbieder constructief samengewerkt met andere vormen van zorg. Dit betreft o.a. GGZ-behandelaar, FACT-team, Veilig Thuis, gezinsvoogd, bewindvoering en de ambulante tak van Stichting Ambulante Hulpverlening Midden Nederland.

De contactgegevens van de betrokken hulpverlening vanuit andere organisaties zijn opgenomen in het zorgplan; evenals hun rol en betrokkenheid binnen de geboden ondersteuning.

Conclusie:

Er is sprake van een gestructureerde planning in de begeleiding en contactmomenten met de cliënten. De geboden ondersteuning en de gehanteerde begeleidingsmethode is afgestemd op de vraag, reële behoefte, wensen en doelen van de cliënt.

⁴ www.communitysupport.nl

⁵ <https://r92.nl/de-irb>

1.3	De aanbieder heeft beleid vastgesteld op de wijze van evalueren in de dagelijkse praktijk. Met de cliënt wordt regelmatig de voortgang en doelmatigheid van de geboden ondersteuning besproken en zonodig bijgesteld.	
-----	---	--

De aanbieder heeft beleid vastgesteld op de wijze van evalueren in de dagelijkse praktijk. Ieder half jaar wordt de voortgang en de doelmatigheid van de geboden ondersteuning geëvalueerd met de cliënt en worden de doelen in het zorgplan bijgesteld. Voor de evaluatie wordt een eenduidig format gehanteerd.

Effectiviteit en navolgbaarheid

Voortgang

Per doel wordt beschreven welke ontwikkelingen de cliënt heeft doorgemaakt en hoe er gewerkt is aan het behalen van de doelen. Bij de voortgang wordt aangegeven of het doel is behaald, deels behaald en wordt aangepast, of dat het doel niet behaald is en blijft bestaan. Uit de analyse van de zorgplannen blijken de aangepaste doelen en/of bestaande doelen in het nieuwe zorgplan te zijn opgenomen. Hierdoor ontstaat een cyclisch geheel.

In het evaluatieverslag ontbreekt de onderbouwing voor het voortzetten en/of aanpassen van doelen:

- waar is nog hulp bij nodig;
- welke hulp;
- van wie.

Doelmatigheid

In het zorgplan is de evaluatie van de begeleiding opgenomen. Hierin wordt de tevredenheid van de ondersteuning beschreven en wordt er gevraagd naar de wensen en toekomstperspectief van de cliënt.

Meetbaar⁶

De zelfredzaamheidsmatrix wordt niet gehanteerd binnen de hulpverlening om de mate van zelfredzaamheid te duiden. De ontwikkelingen en behaalde resultaten worden in het evaluatieverslag beschreven.

Conclusie:

De verantwoording van de geleverde zorg wordt voldoende inzichtelijk gemaakt in het evaluatieverslag. Doelen worden indien nodig aangepast en opgenomen in het vernieuwde zorgplan. De aanbieder voldoet hiermee aan de gestelde kwaliteitseisen. Toezichthouder doet de aanbeveling om in het evaluatieverslag de onderbouwing op te nemen voor het voortzetten en/of aanpassen van doelen.

⁶ Meetbaar houdt in dat het resultaat en de voortgang van het behalen van specifieke doelen ook zichtbaar moet kunnen zijn. Dit kan middels een score maar kan ook door het benoemen van oud en nieuw gedrag. De aanbieder maakt geen gebruik van een scoringsmodel maar beschrijft in de rapportages en evaluaties de behaalde resultaten.

2. De voorziening is veilig

2.1	De aanbieder heeft beleid ontwikkeld om zorg te dragen voor de fysieke en sociale veiligheid van de cliënt ⁷	
-----	---	--

Risico-inventarisatie

Aanmelding van nieuwe cliënten komen binnen (via de veldtafel) bij de afdeling zorgbemiddeling. Conform de aanmeldprocedure wordt door de afdeling de match gemaakt met één van de woongroepen. Vervolgens moeten zowel de afdeling zorgbemiddeling, Kennis & Expertise en de teamleider fiat geven voor aanname. Bij iedere cliënt is een risico-inventarisatie opgesteld. Hierin zijn de risico's in kaart gebracht en daar waar mogelijk verwerkt in de doelen. De risico-inventarisatie wordt vastgelegd in het geautomatiseerde zorgdossier. De medewerkers geven aan dat dit ook onderdeel uitmaakt van het persoonsbeeld van de cliënt.

Agressiepreventiebeleid

Alle medewerkers volgen een verplichte training conflicthantering agressie. Daarnaast hanteert Stichting Ambulante Hulpverlening Midden Nederland een 'meldprotocol grensoverschrijdend gedrag' met daarin opgenomen een stappenplan en handvatten voor medewerkers hoe te handelen in verschillende situaties. De aanbieder heeft voor de veiligheid van medewerkers tevens een 'regeling alleen werken' met daarin opgenomen richtlijnen en uitgangspunten vanuit wet- en regelgeving.

Bij acute dreiging kunnen begeleiders gebruik maken van de mobiele alarmknop; deze staat in directe verbinding met Securitas.

Gedragsregels

Voor de cliënten zijn er huisregels opgesteld. Daarnaast geldt er een gedragscode voor medewerkers.

BHV-locatieplan

Alle begeleiders hebben een BHV certificaat en volgen jaarlijks de herhaling. Er is een ontruimingsplan aanwezig.

De aanbieder heeft in de 'Regeling brandveiligheid' het beleid rondom veiligheid, brandpreventie, calamiteitenplan, zorgcontinuïteitsplan en ontruimingsplan beschreven.

Toetsingskader veilig medicijngebruik

De aanbieder heeft in het medicatiebeleid de verantwoordelijkheden, richtlijnen en werkwijze en instructies uitgebreid beschreven. Het uitgangspunt is dat de cliënt zelf verantwoordelijk is voor het beheer en inname van medicatie. Als de cliënt niet in staat is zelf voor zijn/haar medicatie te zorgen, kan dit worden overgedragen aan Stichting Ambulante Hulpverlening Midden Nederland. De afspraken met de cliënt en/of wettelijke vertegenwoordiger over het beheren en toedienen van medicatie, worden vastgelegd in het zorgplan.

Alle begeleiders volgen verplichte scholing over medicatie, soorten medicatie, waarvoor de medicatie dient. Vervolgens volgt iedere begeleider jaarlijks een opfriscursus medicijngebruik.

⁷ De toezichthouder verricht geen technisch onderzoek naar brandveiligheid in zorgvoorzieningen. Vragen zijn gesteld op basis van veiligheid van de cliënt, gericht op het veiligheidsbeleid en procedures van de aanbieder.

Elektronisch cliëntensysteem

Stichting Ambulante Hulpverlening Midden Nederland werkt met het digitaal zorgsysteem Mextra. Alle cliënten hebben toegang tot het systeem. Derden kunnen (met toestemming van cliënt) ook toegang krijgen. Cliënten kunnen hun hele dossier inzien, inclusief de rapportages. Zij kunnen reageren op rapportages en ook zelf rapporteren. De cliënten wordt hiertoe gestimuleerd ingeval zij bijvoorbeeld 's avonds spanningen ervaren. Medewerkers, cliënten en geautoriseerde derden kunnen instellen dat ze meldingen ontvangen van rapportages.

Conclusie:

De aanbieder heeft beleid ontwikkeld om zorg te dragen voor de fysieke en sociale veiligheid van de cliënt. Beleid en praktijk van alle subonderdelen zijn getoetst en conform kwaliteitseis.

2.2	De aanbieder/hulpverlener moet beschikken over een volledig geïntegreerd kwaliteitssysteem, welke voldoet aan de landelijk eisen, blijktend uit een ISO-certificering of een daarmee vergelijkbaar kwaliteitssysteem	
-----	--	--

Stichting Ambulante Hulpverlening Midden Nederland is in het bezit van het kwaliteitscertificaat HKZ norm gehandicaptenzorg en algemeen organisatiedeel 4 t/m 9.

Tevens voldoet de aanbieder aan de gestelde eisen inde norm ISO 9001:2015.

Conclusie:

De aanbieder voldoet aan de gestelde kwaliteitseis.

2.3	Medewerkers hanteren de meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling, zijn hiervoor getraind en het beleid wordt geborgd.	
-----	--	--

De meldcode die gehanteerd wordt is toegespitst op Stichting Ambulante Hulpverlening Midden Nederland. Het gebruik van de meldcode wordt zichtbaar bevorderd d.m.v. training en een jaarlijkse themabijeenkomst. Binnen de organisatie is een directe- en indirecte aandachtsfunctionaris aangesteld. In het document is duidelijk ieders taak en bevoegdheid vastgelegd. Volgens het beleid vindt de verplichte Kindcheck⁸ plaats in stap 1 van de Meldcode en is dit binnen Ambulante Hulpverlening Midden Nederland onderdeel van de intakeprocedure. De uitkomsten van de verplichte Kindcheck worden verwerkt in het intakeformulier. Tevens wordt dit opgenomen bij het persoonsbeeld en bij het leefgebied 'opvoeding'. Ieder half jaar worden de ontwikkelingen en risico's geëvalueerd.

Conclusie:

Medewerkers hanteren de meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling, zijn hiervoor getraind en het beleid wordt geborgd. De aanbieder voldoet hiermee aan de gestelde kwaliteitseis.

⁸ <https://www.huiselijkgeweld.nl/vormen/kindcheck>

2.4	In het kader van de geboden voorziening wordt de veiligheid van de cliënt gewaarborgd. De aanbieder meldt iedere calamiteit en ieder geweldsincident dat zich heeft voorgedaan binnen bij de voorziening onverwijld aan de toezichthoudend ambtenaar.	
-----	---	--

De aanbieder heeft beleid vastgesteld op het gebied van calamiteiten en geweldsincidenten. Incidenten en calamiteiten worden intern geanalyseerd. Twee begeleiders en een GGZ-specialist zijn getraind en worden ingezet voor de interne bedrijfsopvang, indien hiervoor aanleiding is bij een calamiteit of incident (BOT-team). Er is een interne commissie die incidenten beoordeeld en analyseert. Hierdoor is er sprake van een lerende organisatie en een cyclische opvolging van calamiteiten.

Er zijn bij de toezichthouders Wmo het afgelopen jaar twee calamiteiten gemeld bij de toezichthouder. Naar aanleiding daarvan heeft in beide gevallen een zelfonderzoek plaatsgevonden. Tijdens het gesprek met de directeur en medewerker beleid en kwaliteit is de uitvoering van de door de aanbieder SMART geformuleerde verbeterpunten besproken. Tijdens het interview konden de directeur en medewerker beleid en kwaliteit uiteenzetten welke verbeteringen sindsdien hebben plaatsgevonden.

Conclusie:

De aanbieder heeft beleid en een protocol opgesteld voor het registreren van incidenten en het melden van calamiteiten. Tevens worden incidenten en calamiteiten systematisch beoordeeld en geanalyseerd en waar nodig worden verbeteringen ingezet op basis van de analyse. De aanbieder voldoet hiermee aan de gestelde kwaliteitseisen.

3. De voorziening wordt verstrekt in overeenstemming met de op de beroepskracht rustende verantwoordelijkheid op basis van de professionele standaard

3.1	Medewerkers, stagiaires en vrijwilligers die in contact komen met cliënten zijn in het bezit van een VOG, niet ouder dan 3 maanden voor indiensttreding of 3 jaar na aanvang hiervan.	
-----	---	--

Alle medewerkers die werkzaam zijn bij locatie Zuiderzeepad en in contact komen met cliënten, zijn in het bezit van een VOG conform de gestelde kwaliteitseis. De organisatie heeft vooraf een overzicht aangeleverd van het personeelsbestand, afgeronde opleidingen en datum afgifte VOG. Steekproefsgewijs heeft de toezichthouder tijdens het toezichtbezoek inzage gehad in de personeelsdossiers waarin de VOG is opgenomen. Alle verklaringen die zijn ingezien, zijn conform de gestelde kwaliteitseis. De verklaringen die zijn ingezien zijn afgegeven voor de categorieën 11, 12, 37, 41, 43, 84 en 85. De categorie waarbinnen de medewerkers werkzaam zijn en waarvoor de VOG afgegeven dient te zijn is categorie 45: Gezondheidszorg en welzijn van mens en dier.

Conclusie:

De aanbieder voldoet aan de gestelde kwaliteitseis. Echter dient er in het vervolg een Verklaring Omtrent Gedrag aan te worden gevraagd voor categorie Gezondheidszorg en welzijn van mens en dier (nr. 45).

3.2	De door de aanbieder in het kader van de geboden voorziening aangewezen beroepskracht (zowel in loondienst als niet in loondienst zijnde beroepskracht) is vakbekwaam. De ondersteuning wordt geleverd door met gekwalificeerd personeel, passend bij de behoeften en persoonskenmerken van de cliënt	
-----	---	--

Alle medewerkers die de ondersteuning leveren bij de bezochte locaties beschikken over een zorg gerelateerde opleiding. De dagelijkse begeleiding wordt uitgevoerd door een poule van zeven medewerkers B (Mbo-4 niveau). Voor de overstijgende meer complexe zaken ligt de verantwoordelijkheid bij de twee medewerkers C (Hbo-niveau). De locatie heeft één teamleider (Hbo-niveau). Toezichthouder constateert uit het overzicht van het personeelsbestand met afgeronde opleidingen en uit de gevoerde gesprekken, dat de medewerkers een goede mix van deskundigheid en expertise hebben, passend bij de cliëntpopulatie.

Werkrooster

Op de locatie Zuiderzeepad wordt gewerkt met één dagdienst en één avond/slaap dienst. Tussen 14.30 uur en 15.00 uur is er een korte overdracht. Overdag kan er qua veiligheid van personeel en cliënten een beroep gedaan worden op de achterwacht (medewerker C of hoofdkantoor). De slaapdienst medewerker kan in de avond en nacht altijd een beroep doen op de inzet van de avond- en nachtdienst. De C medewerker is niet ingeroosterd, maar is gedurende de week zo'n 20 uur op de locatie aanwezig voor overstijgende zaken en individuele begeleiding.

Scholing en afstemming

Iedere vier weken vindt er een teamvergadering plaats. Alle cliënten worden hierin besproken en er is ruimte voor specifieke inhoudelijke vragen. Hiervoor sluit de orthopedagoog of GGZ specialist aan. Met ingang van 1 januari 2022 zal het team aansluiten bij de ambulante afdeling van Stichting Ambulante Hulpverlening Midden Nederland voor de deskundigheidsbevordering welke vier keer per jaar plaatsvindt. De afdeling personeelszaken houdt een overzicht bij van de verplichte scholing en/of training zoals medicatie, BHV, huiselijk geweld en conflicthantering agressie.

Cliëntpopulatie

Locatie Zuiderzeepad biedt plaats aan twaalf cliënten. Van de cliënten met een BW indicatie vanuit centrumgemeente Harderwijk hebben drie cliënten een 3C indicatie en drie cliënten een 5C indicatie. Daarnaast levert de aanbieder zorg aan zes cliënten met een WLZ indicatie. Deze hebben een vergelijkbare type zorgvraag. De cliëntpopulatie fungeert sociaal beperkt zelfstandig. Er is geen intensieve verzorging nodig, maar wel 24-uurszorg.

Personele inzet

De aanbieder geeft aan dat er een bewuste keuze is gemaakt voor de inzet van één dagdienst en één avond/slaap dienst op de locatie Zuiderzeepad. Er is sprake van een cliëntpopulatie zonder intensieve verzorging, aldus de aanbieder. Daarnaast geeft de aanbieder aan dat de meeste cliënten een dagbesteding of werk hebben. Uit de analyse van de verkregen informatie vanuit de Centrale Toegang en de aanbieder blijkt dat echter niet. Op basis van de complexiteit van de cliëntpopulatie en verhouding professionals op het aantal cliënten oordeelt de toezichthouder dat de huidige personele inzet kwetsbaar is.

Conclusie:

De organisatie heeft het proces goed op orde. Er is veel aandacht voor een goede kwaliteitscirkel 'Plan-Do-Check-Act' (PDCA cyclus). Er is veel ondersteuning op het gebied van scholing, afstemming, intervisie en inzet specialistische hulpverlening. De ondersteuning wordt geleverd door gekwalificeerd personeel.

De aanbieder voldoet aan de gestelde kwaliteitseisen, maar de huidige inzet qua rooster op locatie Zuiderzeepad is echter kwetsbaar.

7. Toetsingskader

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

1.1	Er is een plan waaruit blijkt wat de kansen/mogelijkheden en ondersteuningsbehoeften zijn van de cliënt en welke voorziening wordt geboden.
Gebaseerd op	<i>Verordening maatschappelijke ondersteuning gemeente Harderwijk 2018; Besluit maatschappelijke ondersteuning gemeente Harderwijk 2021; Subsidievoorwaarden en subsidieverplichtingen beschermd wonen en maatschappelijk opvang 2020; Beleidsregels Persoonsgebonden budget Beschermd Wonen gemeente Harderwijk 2021.</i>
1.2	De aangeboden voorziening is afgestemd op de vraag, reële behoefte, wensen en doelen van de cliënt.
Gebaseerd op	<i>Verordening maatschappelijke ondersteuning gemeente Harderwijk 2018; Besluit maatschappelijke ondersteuning gemeente Harderwijk 2021 Subsidievoorwaarden en subsidieverplichtingen beschermd wonen en maatschappelijk opvang 2020; Beleidsregels Persoonsgebonden budget Beschermd Wonen gemeente Harderwijk 2021.</i>
1.3	De aanbieder heeft beleid vastgesteld op de wijze van evalueren in de dagelijkse praktijk. Met de cliënt wordt regelmatig de voortgang en doelmatigheid van de geboden ondersteuning besproken en zonodig bijgesteld.
Gebaseerd op	<i>Verordening maatschappelijke ondersteuning gemeente Harderwijk 2018; Besluit maatschappelijke ondersteuning gemeente Harderwijk 2021 Subsidievoorwaarden en subsidieverplichtingen beschermd wonen en maatschappelijk opvang 2020; Beleidsregels Persoonsgebonden budget Beschermd Wonen gemeente Harderwijk 2021.</i>

De voorziening is veilig (art. 3.1, tweede lid, sub a, Wmo)

2.1	De aanbieder heeft beleid ontwikkeld om zorg te dragen voor de fysieke en sociale veiligheid van de cliënt
Gebaseerd op	<i>Verordening maatschappelijk ondersteuning gemeente Harderwijk 2018; Besluit maatschappelijke ondersteuning gemeente Harderwijk 2021; Subsidievoorwaarden en subsidieverplichtingen beschermd wonen en maatschappelijk opvang 2020; Beleidsregels Persoonsgebonden budget Beschermd Wonen gemeente Harderwijk 2021.</i>
2.2	De aanbieder/hulpverlener moet beschikken over een volledig geïntegreerd kwaliteitssysteem, welke voldoet aan de landelijk eisen, blijkend uit een ISO-certificering of een daarmee vergelijkbaar kwaliteitssysteem
Gebaseerd op	<i>Verordening maatschappelijk ondersteuning gemeente Harderwijk 2018; Besluit maatschappelijke ondersteuning gemeente Harderwijk 2021; Subsidievoorwaarden en subsidieverplichtingen beschermd wonen en maatschappelijk opvang 2020; Beleidsregels Persoonsgebonden budget Beschermd Wonen gemeente Harderwijk 2021.</i>
2.3	Medewerkers hanteren de meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling, zijn hiervoor getraind en het beleid wordt geborgd.
Gebaseerd op	<i>Verordening maatschappelijk ondersteuning gemeente Harderwijk 2018; Besluit maatschappelijke ondersteuning gemeente Harderwijk 2021 Subsidievoorwaarden en subsidieverplichtingen beschermd wonen en maatschappelijk opvang 2020; Beleidsregels Persoonsgebonden budget Beschermd Wonen gemeente Harderwijk 2021.</i>
2.4	In het kader van de geboden voorziening wordt de veiligheid van de cliënt gewaarborgd. De aanbieder meldt iedere calamiteit en ieder geweldsincident dat zich heeft voorgedaan binnen bij de voorziening onverwijld aan de toezichthoudend ambtenaar.
Gebaseerd op	<i>Verordening maatschappelijk ondersteuning gemeente Harderwijk 2018; Besluit maatschappelijke ondersteuning gemeente Harderwijk 2021 Subsidievoorwaarden en subsidieverplichtingen beschermd wonen en maatschappelijk opvang 2020; Beleidsregels Persoonsgebonden budget Beschermd Wonen gemeente Harderwijk 2021.</i>

De voorziening wordt verstrekt in overeenstemming met de op de aanbieder en beroepskracht rustende verantwoordelijkheid op basis van de professionele standaard (art. 3.1, tweede lid, sub c, art. 3.3 Wmo)

3.1	Medewerkers die in contact komen met cliënten zijn in het bezit van een VOG, niet ouder dan 3 maanden voor indiensttreding of 3 jaar na aanvang hiervan.
Gebaseerd op	<i>Verordening maatschappelijk ondersteuning gemeente Harderwijk 2018; Besluit maatschappelijke ondersteuning gemeente Harderwijk 2021 Subsidievoorwaarden en subsidieverplichtingen beschermd wonen en maatschappelijk opvang 2020; Beleidsregels Persoonsgebonden budget Beschermd Wonen gemeente Harderwijk 2021.</i>
3.2	De door de aanbieder in het kader van de geboden voorziening aangewezen beroepskracht (zowel in loondienst als niet in loondienst zijnde beroepskracht) is vakbekwaam. De ondersteuning wordt geleverd door met gekwalificeerd personeel, passend bij de behoeften en persoonskenmerken van de cliënt.
Gebaseerd op	<i>Verordening maatschappelijk ondersteuning gemeente Harderwijk 2018; Besluit maatschappelijke ondersteuning gemeente Harderwijk 2021 Subsidievoorwaarden en subsidieverplichtingen beschermd wonen en maatschappelijk opvang 2020; Beleidsregels Persoonsgebonden budget Beschermd Wonen gemeente Harderwijk 2021.</i>