



**IJsselland**

# **Rapport**

## **Dolfijnenhuis**

(Ambulante ondersteuning, Dagbesteding)

Toezichtouder : GGD IJsselland  
In opdracht van de gemeente(n) : Kampen  
Datum onderzoek : 20-08-2018  
Type onderzoek : Signaalgestuurd toezicht onderzoek  
Status : concept  
Datum vaststellen rapport :

# Inleiding

## **Waarom toezicht?**

In de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo 2015) is opgenomen dat gemeenten per 1 januari 2015 verantwoordelijk zijn voor de organisatie van maatschappelijke ondersteuning van personen met een beperking en personen met psychische of psychosociale problemen en voor de kwaliteit en de continuïteit van de voorzieningen. Om de kwaliteit van Wmo-voorzieningen te waarborgen, wordt door middel van toezicht op Wmo-voorzieningen, getoetst of aanbieders voldoen aan de wettelijke en gemeentelijke kwaliteitseisen.

Het onderzoek naar Dolfijnenhuis is uitgevoerd in opdracht van gemeente Kampen. Aanleiding voor het onderzoek zijn enkele signalen die gemeente Kampen heeft ontvangen ten aanzien van de kwaliteit van de voorziening.

## **Wie is waarvoor verantwoordelijk?**

De aanbieder van een voorziening is verantwoordelijk voor de kwaliteit van de voorziening. Conform artikel 6.1 van de Wmo 2015 heeft het college van burgemeester en wethouders, de GGD IJsselland aangewezen als toezichthouder. De GGD IJsselland is daarmee belast met het houden van toezicht op de naleving van het bepaalde bij of krachtens de Wmo 2015; met andere woorden de GGD IJsselland is toezichthouder op de kwaliteit van de voorziening. Zo nodig adviseert de GGD of maatregelen nodig zijn om de kwaliteit te waarborgen.

## **Waarop is het toezicht gebaseerd?**

Het toezicht is gebaseerd op de kwaliteitseisen die zijn opgenomen in hoofdstuk 3 van de Wmo 2015, de gemeentelijke verordening en (eventuele) nadere regelgeving.

## **Wat is het doel van dit rapport?**

Dit rapport is opgesteld naar aanleiding van het onderzoek naar de kwaliteit van de voorziening, dat door de toezichthouder is uitgevoerd. Het doel van dit rapport is:

1. Beschrijven in hoeverre de kwaliteit van de voorziening gewaarborgd is;
2. Informeren van de aanbieder over de kwaliteit van de voorziening;
3. Informeren van de gemeente over de kwaliteit van de voorziening.

## **Leeswijzer**

Dit rapport is als volgt opgebouwd: In het eerste hoofdstuk staat de onderzoeksopzet; In het tweede hoofdstuk staan per domein de observaties en bevindingen van de toezichthouder beschreven; In het derde hoofdstuk staan de gegevens van de aanbieder en toezichthouder; Tot slot staat indien de aanbieder van de gelegenheid een reactie te geven op het rapport gebruik heeft gemaakt in de bijlage de schriftelijke reactie van de aanbieder op het rapport.

# Inhoudsopgave

## Het onderzoek

## Observaties en bevindingen

- Cliënten
- Personeel
- Veiligheid

## Getoetste voorwaarden

## Gegevens voorziening

## Gegevens toezicht

# Het onderzoek

## Onderzoeksofzet

Op 21 augustus 2018 is een onaangekondigd bezoek gebracht aan het Dolfijnenhuis, locatie Kamper Genot (Oudestraat 72). Er is een gesprek gevoerd met de coördinator dagbesteding. Vervolgens is zorgaanbieder per mail op de hoogte gesteld van een volgend bezoek op donderdag 23 augustus 2018.

Tijdens het bezoek op donderdag 23 augustus 2018 waren aanwezig; mw. L.E.F. Ypelaar en dhr. J.E. Voerman (beiden bestuurders). Met beide bestuurders is een gesprek gevoerd. Tevens zijn enkele ondersteuningsplannen / rapportages van cliënten digitaal ingezien en is het kwaliteitshandboek kort doorgenomen. Er is één cliënt gesproken.

Na afloop van het bezoek is met zorgaanbieder afgesproken dat nog een aantal documenten toegestuurd zouden worden aan de toezichthouders en is een vervolgspraak gemaakt voor 13 september. Op 13 september is gesproken met de zorgcoördinator, een begeleider, coördinator wonen en twee cliënten. Tijdens dat bezoek is een steekproef gedaan naar de beroepskwalificaties en verklaringen omtrent gedrag. Het Kamper Huis (Burgwalstraat) is kort bezocht.

Op 18 september 2018 is het concept rapport verstuurd aan zorgaanbieder. Zorgaanbieder is in de gelegenheid gesteld om een schriftelijke reactie op het rapport in te dienen.

## Beschouwing

### Algemene informatie zorgaanbieder

Het Dolfijnenhuis biedt sinds december 2012 dagbesteding, individuele begeleiding en begeleid wonen. De ondersteuning wordt geboden vanuit de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo) en vanuit de Wet Langdurige Zorg (Wlz). De doelgroep betreft voornamelijk cliënten met LVB / LVG problematiek. De missie van het Dolfijnenhuis is dat men de cliënten zoveel mogelijk het 'gewone leven' wil laten ervaren.

Momenteel wordt aan 5 cliënten zorg geboden, vallend onder de Wmo. Het Dolfijnenhuis heeft een contract met de gemeente Kampen. De geleverde zorg wordt gefinancierd middels Zorg In Natura (ZIN). Er wordt aan 42 cliënten zorg geboden vanuit de Wet Langdurige Zorg (Wlz). Dolfijnenhuis zorgt ervoor dat 24 uur per dag een medewerker beschikbaar is. In 2017 heeft het Dolfijnenhuis een forse groei doorgemaakt, nu wil men stabiliseren.

Het Dolfijnenhuis is aangesloten bij Zorgcoöperatie Klaver4you. Dit betreft een inkoopcoöperatie. Daarnaast wordt aan enkele cliënten ondersteuning geboden vanuit onderaannemerschap. Momenteel is het Dolfijnenhuis een eenmanszaak. Op 11-10-2017 heeft Dolfijnenhuis een Besloten Vennootschap opgericht met de handelsnaam Kamper Thuis. Deze B.V. is momenteel nog 'leeg', maar het is de bedoeling dat de hele organisatie per 1 januari 2019 over gaat naar Kamper Thuis. Dit betekent ook dat het organogram van de organisatie gaat veranderen / is veranderd. Dit is onder andere terug te zien in de functie van de bestuurders. Zij werken momenteel voornamelijk 'achter de schermen' en niet meer in de directe zorg.

Het Dolfijnenhuis is bezig om een rechtstreeks contract te krijgen met het zorgkantoor. De overgang vergt veel tijd, onder andere door de administratieve zaken die erbij komen kijken. Om die reden wordt gestreefd naar 1 januari 2019.

De begeleiding / dagbesteding wordt aangeboden op verschillende locaties en omvat verschillende activiteiten. Op dit moment gaat het om het volgende;

- \* Kamper Genot (Oudestraat 72). Kamper Genot is een winkel en thee-/ koffieschenkerij in de binnenstad van Kampen. Cliënten kunnen hier terecht voor dagbesteding.
- \* Dolfijnenhuis (Graafschap 28). hier wonen enkele cliënten. Tevens wonen nog 7 cliënten in de Graafschap. Allen ontvangen begeleiding bij het wonen.
- \* Academie en Crea (Oudestraat 68). Bij de Academie kunnen cliënten nieuwe vaardigheden aanleren of ontwikkelen die helpen bij zelfstandigheid. Dit kan zijn op allerlei gebieden. Momenteel wordt dit op de woensdag aangeboden. De bedoeling van de Crea Club is dat cliënten creatief bezig kunnen zijn. Op dit moment is dit nog niet vorm gegeven. Dolfijnenhuis is van plan om dit weer op te starten.
- \* café Paatje (Stadskazerne, Oudestraat 216). Cliënten kunnen hier dagbesteding volgen in de bediening. Momenteel is hier één cliënt structureel aanwezig. Dolfijnenhuis gaat stoppen met deze locatie.
- \* Klus Genot. Het team van Klus Genot voert klussen uit samen met een begeleider. Op dit moment is men bezig met het verbouwen / klussen in het pand aan de Oudestraat nummer 70.
- \* Kamper Huis (Burgwalstraat). Hier is van 8:00 - 21:00 een begeleider aanwezig. Cliënten kunnen daar altijd terecht. Tevens wordt daar gegeten / gekookt.

Dolfijnenhuis is HKZ gecertificeerd. Binnenkort zal er weer een audit uitgevoerd worden.

### **Inspectiegeschiedenis**

- \* maart 2016, regulier onderzoek
- \* september 2016, nader onderzoek

### **Beschouwing**

Opvallend sinds voorgaand onderzoek (2016) is de groei van de organisatie ten opzichte van twee jaar geleden. Tevens valt op dat beide bestuurders steeds meer op 'de achtergrond' werkzaam zijn. De zorgcoördinator, coördinator wonen en coördinator dagbesteding zijn verantwoordelijk voor onder andere het proces en aansturing van het team. Daarnaast zijn kleinschalige teams gevormd rondom de cliënten. De grote mate van betrokkenheid (vanuit goede intenties) van bestuurders bij cliënten en daarmee mogelijke risico's ten aanzien van afstand - nabijheid, was voorgaand onderzoek een gespreksonderwerp. De toezichthouders denken dat de organisatiestructuur, zoals momenteel ingericht, bijdraagt aan een professionele werkhouding (afstand - nabijheid) ten opzichte van cliënten.

### **Conclusie**

Op basis van de bevindingen concludeert het toezicht dat het Dolfijnenhuis voldoet aan het merendeel van alle getoetste voorwaarden op de domeinen cliënten, personeel en veiligheid. Randvoorwaarden voor veilige en goede zorg zijn beschreven en geïmplementeerd.

De voorwaarde waar nog niet aan voldaan wordt is;

- doelen in het ondersteuningsplan zijn niet allemaal SMART geformuleerd en niet in alle plannen zijn gerichte acties per doel opgesteld.

## **Advies aan college van B&W**

Aanbieder zorgt voor;

- in alle ondersteuningsplannen zijn de doelen SMART geformuleerd en zijn gerichte acties per doel opgesteld.

De gemeente informeert het Dolfijnenhuis of en op welke wijze bovenstaande voorwaarde beoordeeld wordt.

Er zijn enkele aanbevelingen in het rapport geformuleerd ten aanzien van voorwaarden waar wel aan wordt voldaan, maar waarvan de toezichthouder het wenselijk acht dat zorgaanbieder hier nog extra aandacht voor heeft. De toezichthouder acht het de verantwoordelijkheid van het bestuur van het Dolfijnenhuis om een vervolg te geven aan deze aanbevelingen.

# Observaties en bevindingen

## Cliënten

### Cliëntgerichtheid

#### *Het traject*

Het Dolfijnenhuis is voornamelijk gericht op cliënten met LVB problematiek. Cliënten komen over het algemeen via andere cliënten of netwerk bij het Dolfijnenhuis terecht. Het komt ook voor dat cliënten binnen lopen bij de dagbesteding met een hulpvraag. Zorgaanbieder geeft aan cliënten door te verwijzen naar de gemeente indien zij zich aanmelden. In tussentijd geeft men de cliënten wel de ondersteuning / zorg die nodig is, aangezien men niemand aan zijn / haar 'lot' over wil laten. Dit geldt niet voor cliënten die onder de uitsluitingscriteria vallen, zoals bijvoorbeeld verslaving (uitsluitingscriteria staan op de website vermeld).

Het begeleiden van cliënten zonder beschikking (in afwachting van een indicatie vanuit de gemeente), wil nog wel eens leiden tot wrijving tussen zorgaanbieder en diegenen die een beschikking opstellen (sociaal wijkteam - gemeente). De wenselijke weg is dat cliënten zich eerst melden bij de gemeente. Zorgaanbieder is zich hiervan bewust, maar geeft tegelijkertijd aan geen andere optie te hebben als cliënten zich zelf rechtstreeks bij zorgaanbieder melden.

Wanneer een cliënt bij zorgaanbieder in zorg komt, spreekt zorgaanbieder een proeftijd af met cliënten. Deze werkwijze is ontstaan doordat recent is gebleken bij een cliënt (na verloop van tijd) dat hij verslavingsproblematiek heeft wat niet past binnen expertise / doelgroep van het Dolfijnenhuis.

Bij de dagbesteding lopen nieuwe cliënten eerst een paar dagen mee om te kijken of het wederzijds een geschikte dagbestedingsplek is.

#### *Het ondersteuningsplan*

Ten aanzien van het ondersteuningsplan geeft men aan dat ingezet wordt op ontwikkeling van cliënten aan de hand van vastgestelde doelen. INVRA (Inventarisatie Van Redzaamheid Aspecten) wordt gebruikt als hulpmiddel om de juiste doelen te stellen. INVRA is een competentielijst waarmee waarnemingen van en groei in competenties kunnen worden vastgesteld. Het invullen van INVRA en opstellen van de doelen wordt samen met de cliënt gedaan. Het ondersteuningsplan wordt binnen 4 - 6 weken opgesteld.

Uit een steekproef blijkt dat voor elke cliënt (Wmo) een ondersteuningsplan is opgesteld. Dit ondersteuningsplan is in te zien in het online cliëntdossier; 'Zilliz'. Hierin is vastgelegd wat het doel, de aard en de intensiteit van de ondersteuning is. De inhoud van het ondersteuningsplan is op cliëntniveau geschreven. Doelen zijn niet allemaal SMART-geformuleerd, bijvoorbeeld; *-drankgebruik onder controle*. Er zijn acties vastgelegd, maar dit betreffen niet bij alle cliënten gerichte acties. Bijvoorbeeld; *-is weerbaar, -toont emotie, -innerlijke rust*. Bij een aantal cliënten zijn dit de INVRA competenties. Deze wijze van opstellen van doelen is niet duidelijk / meetbaar.

Tijdens het onderzoek geeft de zorgcoördinator aan dat het klopt dat nog niet in alle ondersteuningsplannen gerichte acties zijn geformuleerd. Recent heeft de zorgcoördinator een nieuw format opgesteld. Bij evaluatie van een cliënt of komst van een nieuwe cliënt, zal het nieuwe format gebruikt worden. In het format is te zien dat per doel verschillende actiepunten geformuleerd worden met daarbij vermeld wie verantwoordelijk is.

Een begeleider verteld dat twee keer per jaar doelen worden geëvalueerd.

De rapportages worden niet rechtstreeks gedaan in Zilliz, maar vanwege praktische redenen (bij cliënten heeft de persoonlijk begeleider geen computer voor handen) per mail gestuurd naar een bepaald mailadres. De persoonlijk begeleider bepaalt wat er verwerkt wordt in Zilliz en maakt een dag- of doelrapportage aan. Enkele rapportages zijn ingezien tijdens het onderzoek.

Gesproken cliënten zijn op de hoogte van hun doelen.

#### *De begeleiding*

Iedere cliënt heeft een persoonlijk begeleider. De persoonlijk begeleiders begeleiden maximaal 3 á 4 cliënten. Persoonlijk begeleiders dragen er zorg voor dat aan de doelen wordt gewerkt. Iedere cliënt heeft daarnaast een schaduwbegeleider. Op deze manier wordt ervoor gezorgd dat cliënten met een minimaal aantal medewerkers te maken hebben, wat bijdraagt aan het gevoel van vertrouwen / veiligheid. Geregeld stemmen medewerkers met elkaar de ondersteuning af rondom de cliënten. Wekelijks komen alle begeleiders bij elkaar in een begeidersoverleg. Zaken rondom cliënten die voor iedereen van belang zijn om te weten worden gedeeld, daarnaast komen organisatorische onderwerpen aan bod. Ten aanzien van individuele cliënten wordt in een kleiner team afgestemd, omdat dit efficiënt is qua tijd.

#### *Bejegening*

Tijdens het bezoek aan zorgaanbieder op 23 augustus is met één cliënt gesproken. Op 13 september is

tijdens het tweede bezoek, gesproken met twee cliënten. Gesproken cliënten geven aan de dagbesteding locatie als een veilige plek te beschouwen en/of een plek waar men altijd terecht kan.

#### *Informatie*

De zorgcoördinator voert de intakegesprekken met cliënten. Hij geeft aan cliënten mondeling te informeren over verschillende onderwerpen, zoals; algemene informatie over zorgaanbieder, klachtenregeling. Op de website is tevens informatie te vinden over bijvoorbeeld privacy, klachtenreglement. Ten aanzien van de locaties die in gebruik zijn is de website niet meer actueel. De zorgcoördinator geeft aan dat er bij de overgang van de organisatie (van eenmanszaak naar BV) ook een andere website gemaakt zal worden.

#### **Aanbevelingen**

Om kwalitatief goede zorg te kunnen leveren is het van belang om alle doelen SMART te formuleren en gerichte acties per doel op te stellen.

### **Afstemming in de keten**

In het dossier van cliënten is te zien welke andere vormen van hulp / ondersteuning betrokken zijn bij de cliënt. Indien nodig vind er afstemming plaats. Dit wordt vastgelegd in het dossier.

#### **Aanbevelingen**

Er worden ten aanzien van deze voorwaarde geen aanbevelingen gedaan.

### **Medezeggenschap**

Tijdens het onderzoek op organisatieniveau d.d. is gebleken dat de medezeggenschap van cliënten bij de dagbesteding is geregeld middels een maandelijkse deelnemersvergadering. Tijdens deze bijeenkomst wordt onder andere besproken wat eventuele veranderingen zijn binnen de organisatie, ideeën / wensen van cliënten, problemen et cetera.

Cliënten kunnen altijd terecht bij het Kamper Huis met vragen, klachten, opmerkingen et cetera.

#### **Aanbevelingen**

Er worden ten aanzien van deze voorwaarde geen aanbevelingen gedaan.

### **Klachtenregeling**

Tijdens het onderzoek op organisatieniveau is gebleken dat de aanbieder beschikt over een externe klachtenregeling voor de afhandeling van klachten van cliënten, ten aanzien van gedragingen van de aanbieder jegens een cliënt. Het Dolfijnenhuis is aangesloten bij Klachtenportaal Zorg. Het klachtenreglement is beschikbaar op de website. De cliënten (en hun vertegenwoordigers) worden mondeling geïnformeerd over de klachtenregeling, tevens door middel van de website.

De zorgcoördinator geeft aan dat richting cliënten wordt gecommuniceerd dat de wenselijke weg is dat eventuele klachten eerst met de persoonlijk begeleider worden besproken. Mocht dit (om wat voor reden dan ook) niet gaan, dan kan een klacht met de zorgcoördinator besproken worden. Eventueel kan een klacht bij Klachtenportaal Zorg ingediend worden. Op de website is het reglement van Klachtenportaal Zorg weergegeven. Hier staan echter geen contact gegevens bij.

#### **Aanbevelingen**

Er is een regeling voor afhandeling van klachten over gedragingen van de aanbieder jegens cliënten vastgesteld. Cliënten moeten echter duidelijk over de mogelijkheid geïnformeerd worden dat klachten rechtstreeks ingediend kunnen worden bij Klachtenportaal Zorg, zonder tussenkomst van aanbieder. Tevens moet duidelijk zijn hoe een klacht daar ingediend kan worden.

#### **Gebruikte bronnen :**

- Gesprek met bestuurders d.d. 23 augustus 2018 en 13 september 2018
- Gesprek met zorgcoördinator d.d. 13 september 2018
- Gesprek met cliënten d.d. 23 augustus 2018 en 13 september 2018
- Gesprek met coördinator dagbesteding d.d. 21 augustus 2018
- Gesprek met coördinator wonen en begeleider d.d. 23 augustus 2018
- Ondersteuningsplannen ingezien op de locatie
- Website [www.dolfijnenhuis.nl](http://www.dolfijnenhuis.nl) bekeken
- Locaties bekeken (Kamper Genot, Kamper Huis)

## Personeel

### Professionele standaard

#### *Personeel*

De aanbieder geeft aan dat de beroepskrachten bij het Dolfijnenhuis een functieprofiel hebben dat gebaseerd is op het Landelijke competentieprofiel beroepskrachten primair proces gehandicapten zorg. Het functieprofiel is opgebouwd uit drie niveaus, A, B en C. Dit betreft het niveau van Assisterend Begeleider (A), Begeleider (B), Coördinerend Begeleider (C). Globaal kan gezegd worden dat beroepskrachten op niveau A assisteren bij de uitvoering van de werkzaamheden. Dit betreft bijvoorbeeld een huishoudelijk medewerkster, klusjes man, kapster, kok. Begeleiders (B) dragen zorg voor de begeleiding aan cliënten (ambulant en dagbesteding). Beroepskrachten, niveau C, hebben een coördinerende rol. Er is één medewerker in dienst als zorgcoördinator en twee medewerkers als coördinator dagbesteding en coördinator wonen. De begeleiders en coördinatoren beschikken over een afgeronde opleiding op MBO of HBO niveau in de sector Zorg & Welzijn. Drie begeleiders zijn in opleiding (BBL / EVC-traject). Zij worden door de coördinatoren dagbesteding en wonen begeleid. Middels een steekproef zijn de beroepskwalificaties op locatie ingezien.

In de gehele organisatie zijn 18 personen werkzaam. Er zijn geen vrijwilligers werkzaam bij het Dolfijnenhuis.

Zorgaanbieder heeft geen gericht scholingsbeleid opgesteld. De zorgcoördinator geeft aan dat men er als organisatie op gericht is om nieuwe dingen te leren. Dit wordt onder andere gedaan door bijvoorbeeld het bijwonen van congressen, thema middagen et cetera. Een andere voorbeeld is een bijscholing die volgende week wordt gegeven ten aanzien van de gebruikte methodiek '*op eigen benen*'.

#### *Verklaring Omtrent Gedrag*

Uit de verklaringen omtrent het gedrag (vog's) die zijn bekeken, blijkt dat de medewerkers beschikken over een geldige vog.

#### *Kwaliteitsbeleid*

Tijdens het onderzoek op organisatieniveau is geconstateerd dat de aanbieder een kwaliteitssysteem heeft, namelijk HKZ. De organisatie is gecertificeerd sinds 1 oktober 2017. Het auditrapport van 14 september 2017 is door de toezichthouders ingezien. Op korte termijn zal de jaarlijkse audit weer uitgevoerd worden. Bij de overgang van de organisatie naar BV zal over gestapt worden naar ISO certificering.

Aangezien tijdens de audit van de HKZ beleid is beoordeeld, is aanwezigheid van beleid niet nogmaals door de toezichthouders beoordeeld.

Enkele medewerkers zijn gesproken ten aanzien van bekendheid met het aanwezige beleid. Alle gesproken medewerkers zijn op de hoogte van het beleid en waar dit te vinden is. Er worden inhoudelijke voorbeelden genoemd. Tevens wordt door iedereen aangegeven dat nieuwe stukken altijd in het begeleidersoverleg worden besproken. Daarnaast staat geregeld in Zilliz een verzoek om iets door te nemen ten aanzien van het beleid als er bijvoorbeeld veranderingen zijn.

### Aanbevelingen

Zorgaanbieder wordt aanbevolen om scholingsbeleid vast te leggen, aangezien de organisatie fors is gegroeid. Hiervoor is nodig dat bewust stil gestaan wordt bij de expertise van individuele begeleiders en ontwikkelingsbehoeften die er zijn in relatie tot de doelgroep.

### Gebruikte bronnen :

- Gesprek met bestuurders d.d. 23 augustus 2018 en 13 september 2018
- Gesprek met zorgcoördinator d.d. 13 september 2018
- Gesprek met coördinator dagbesteding d.d. 21 augustus 2018
- Gesprek met coördinator wonen en begeleider d.d. 23 augustus 2018
- HKZ Handboek ingezien
- Audit rapporten ingezien van 29 augustus 2017 en 14 september 2017
- HKZ certificaat gezien

## Veiligheid



## **Veilige verstrekking**

Bij de dagbesteding locatie (Kamper Genot) is aandacht voor brandveiligheid. Er is onder andere een veiligheidsplan aanwezig, vluchtroutes zijn gemarkeerd en medewerkers beschikken over een BHV diploma.

Agressie en veiligheid is een onderwerp van gesprek bij de intake met cliënten. Er zijn bij de dagbesteding huisregels aanwezig, zoals; 'we spreken met elkaar en niet over elkaar' en 'aanraking mag niet'. Huisregels worden herhaaldelijk besproken.

Er is een meldingsformulier incidenten aanwezig. Ingevulde formulieren worden besproken in het begeleidersoverleg. Tijdens het gesprek met de bestuurders werden twee voorbeelden genoemd van een incident. Uit gesprek met begeleiders blijkt dat zij op de hoogte zijn van het meldingsformulier. Een gesproken begeleider geeft aan nog nooit met een incident te maken hebben gehad gedurende haar werkzaamheden met cliënten.

Zorgaanbieder maakt een bewuste keuze voor vaste begeleiders per cliënt, met daarbij een vaste schaduwbegeleider. Dit vergroot het gevoel van veiligheid voor cliënten. Begeleiders kennen hierdoor de cliënten goed en kunnen een vertrouwensband opbouwen.

### **Aanbevelingen**

Er worden ten aanzien van deze voorwaarde geen aanbevelingen gedaan.

## **Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling**

Tijdens het onderzoek op organisatieniveau is geconstateerd dat er een meldcode is vastgesteld voor de organisatie. Medewerkers zijn op de hoogte van de inhoud van de meldcode. Een medewerker geeft aan dat ze bij mogelijke signalen / zorgen, dit met de zorgcoördinator zal bespreken. Het is bekend waar de meldcode 'te vinden' is als naslagwerk.

In het afgelopen jaar hebben de medewerkers de meldcode niet geraadpleegd omdat zich in het afgelopen jaar geen situatie heeft voorgedaan waarbij een vermoeden van huiselijk geweld en/of kindermishandeling bestond.

### **Aanbevelingen**

Er worden ten aanzien van deze voorwaarden geen aanbevelingen gedaan.

## **Calamiteiten en meldingsplicht**

De bestuurders zijn op de hoogte van de meldingsplicht wanneer zich een calamiteit heeft voorgedaan. In het kwaliteitshandboek is een meldingsformulier calamiteit WMO aanwezig.

In het afgelopen jaar hebben zich geen calamiteiten voorgedaan.

### **Aanbevelingen**

Er worden ten aanzien van deze voorwaarde geen aanbevelingen gedaan.

### **Gebruikte bronnen :**

- Gesprek met bestuurders d.d. 23 augustus 2018 en 13 september 2018
- Gesprek met zorgcoördinator d.d. 13 september 2018
- Gesprek met coördinator dagbesteding d.d. 21 augustus 2018
- Gesprek met coördinator wonen en begeleider d.d. 23 augustus 2018
- Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling (Handboek)

# Getoetste voorwaarden

- De aanbieder draagt er zorg voor dat de ondersteuning is afgestemd op de reële behoeften en mogelijkheden van de cliënt (en diens netwerk) en dat deze ondersteuning bijdraagt aan de zelfredzaamheid en participatie van de cliënt.
- De aanbieder draagt er zorg voor dat voor elke cliënt een ondersteuningsplan waarin het doel, de aard en de intensiteit van de begeleiding zijn beschreven, is opgesteld.
- De aanbieder draagt er zorg voor dat de cliënt betrokken is bij het opstellen van het ondersteuningsplan.
- De aanbieder draagt er zorg voor dat het ondersteuningsplan ter inzage beschikbaar is voor de cliënt (en/of diens vertegenwoordigers).
- De resultaten in het ondersteuningsplan zijn uitgedrukt met behulp van de zelfredzaamheidsmatrix of een gelijkwaardig instrument.
- De aanbieder draagt zorg voor continuïteit op het gebied van personeel en ondersteuning.
- De aanbieder draagt er zorg voor dat de cliënt voorafgaand aan het ondersteuningstraject geïnformeerd is over de volgende onderwerpen: algemene informatie klachtenregeling, vertrouwenspersoon en eventuele kosten.
- De aanbieder draagt er zorg voor dat de medewerkers de cliënten op gepaste wijze en correct bejegenen.
- De aanbieder stemt de voorziening af met andere ketenpartners zodat deze optimaal bijdraagt aan de te bereiken doelen.
- De aanbieder heeft in een regeling de medezeggenschap van cliënten over voorgenomen besluiten van de aanbieder die voor de gebruikers van belang zijn, vastgelegd.
- De aanbieder heeft een regeling voor de afhandeling van klachten over gedragingen van de aanbieder jegens cliënten vastgesteld.
- De door de aanbieder aangewezen medewerker beschikt over ervaringen en kwalificaties en/of opleidingen die passen bij de te verrichten werkzaamheden en bij de complexiteit en aard van de problematiek van de cliënt.
- De aanbieder draagt er zorg voor dat medewerkers die werkzaam zijn bij de voorziening in het bezit zijn van een geldige verklaring omtrent het gedrag.
- De verklaring omtrent het gedrag van een medewerker die werkzaam is bij de onderneming is bij aanvang van de werkzaamheden niet ouder dan twaalf maanden.
- De aanbieder draagt er zorg voor dat de ondersteuning aan de cliënt veilig wordt verstrekt (door rekening te houden met de persoonlijke omstandigheden en keuzes van de cliënt).
- De aanbieder heeft passend beleid ontwikkeld op het gebied van kwaliteitszorg, personeelsbeleid, opleiding en scholing, de omgang met en de uitwisseling van (privacygevoelige) persoonsgegevens.
- De aanbieder draagt er zorg voor dat de ondersteuning aan de cliënt veilig wordt verstrekt (door rekening te houden met de persoonlijke omstandigheden en keuzes van de cliënt).
- De aanbieder van de dagbesteding draagt er zorg voor dat het vervoer van en naar de voorziening veilig en passend is bij de doelgroep.
- De aanbieder heeft een meldcode vastgesteld waarin stapsgewijs is opgenomen hoe met signalen van huiselijk geweld of (kinder)mishandeling wordt omgegaan en die er redelijkerwijs aan bijdraagt dat zo snel en adequaat mogelijk hulp kan worden geboden.
- De aanbieder bevordert de kennis en het gebruik van de meldcode.
- De inhoud van de meldcode voldoet aan de wettelijk gestelde eisen.
- De aanbieder doet bij de toezichthoudende ambtenaar onverwijld melding van iedere calamiteit die en/of van geweld dat bij de verstrekking van een voorziening heeft plaatsgevonden.
- De aanbieder en medewerkers die voor de aanbieder werkzaam zijn, verstrekken bij en naar aanleiding van een melding aan de toezichthoudende ambtenaar de gegevens, waaronder begrepen persoonsgegevens, gegevens betreffende de gezondheid en andere bijzondere persoonsgegevens voor zover deze voor het onderzoeken van de melding noodzakelijk zijn.

# Gegevens voorziening

## Locatiegegevens

Naam locatie : Dolfijnenhuis  
Website : [www.dolfijnenhuis.nl](http://www.dolfijnenhuis.nl)

## Gegevens aanbieder

Naam aanbieder : Dolfijnenhuis  
Adres aanbieder :  
Postcode en plaats :  
K.v.K. nummer : 52250326  
Website : [www.dolfijnenhuis.nl](http://www.dolfijnenhuis.nl)

# Gegevens toezicht

## Gegevens toezichthouder (GGD)

Naam GGD : GGD IJsselland Toezicht Wmo  
Postadres : Postbus 1453  
Postcode en plaats : 8001 BL ZWOLLE  
Telefoonnummer : 038-4281428  
Onderzoek uitgevoerd door : Toezichthouder Wmo  
In opdracht van de gemeente(n) : Kampen

## Planning

Datum onderzoek : 20-08-2018  
Opstellen concept rapport : 18-09-2018  
Schriftelijke reactie aanbieder :  
Vaststellen rapport :  
Verzenden rapport naar aanbieder :  
Verzenden rapport naar gemeente :

# **Bijlage: Schriftelijke reactie aanbieder**

De aanbieder heeft geen gebruik gemaakt van de gelegenheid om een schriftelijke reactie te geven.