

---

# **Bijlage 7**

## **Kwaliteitskader Beschermd Wonen**

### **Open House**

### **Beschermd Wonen vanaf 2023**

**Gemeente Groningen**  
**(namens alle Groninger gemeenten)**  
**Referentienummer 17-2022**

Versie: def2

## 1. Inleiding

De Groninger gemeenten willen met elkaar een landschap inrichten dat eraan bijdraagt dat jongeren en volwassenen zich kansrijk, gezond en veilig kunnen ontwikkelen tot personen die zoveel mogelijk een zelfstandige plek vinden in de samenleving. Sommige inwoners hebben hier hulp en ondersteuning bij nodig. Gemeenten proberen deze hulp en ondersteuning zo goed mogelijk te organiseren en één van de mogelijkheden hiervoor is de inzet van Beschermd Wonen (BW).

### ***Van beschermd wonen naar beschermd thuis***

In het programmaplan Beschermd Wonen en Opvang 2020-2025 staat beschreven hoe de Groninger gemeenten samenwerken op het gebied van BW. Daarin staat de ambitie genoemd om voor de komende jaren verder vorm en inhoud te geven aan de transformatie van beschermd wonen naar beschermd thuis. In een plan van aanpak is beschreven hoe dit wordt gedaan. De doelstellingen daarbij zijn om BW zoveel mogelijk te voorkomen, de kwaliteit van de geboden zorg te verbeteren en te zorgen voor een goede match tussen vraag en aanbod.

### ***Inkoop en kwaliteitskader***

Per 1 januari 2023 vangt de nieuwe overeenkomst aan als gevolg van de in 2022 doorlopen inkoopprocedure. Dit kwaliteitskader maakt onderdeel uit van de inkoopdocumenten en legt vast wat er nodig is om binnen de doelstellingen van de Wmo de ondersteuning van de cliënten binnen BW veilig en effectief te organiseren. Aangezien de richtlijnen voor de kwaliteit in de Wmo ruim zijn geformuleerd, hebben de gemeenten nadere invulling gegeven aan de gewenste kwaliteit van ondersteuning en van de aanbieders die deze ondersteuning bieden door middel van dit kwaliteitskader, om de doelgroep BW een zo optimaal mogelijke kwaliteit van zorg te bieden. De basis voor dit kwaliteitskader is de handreiking 'Kwaliteitseisen voor Beschermd Wonen en Maatschappelijke Opvang'.<sup>1</sup> Het kwaliteitskader geldt vanaf 1 januari 2023.

### ***Reikwijdte***

Het kwaliteitskader is zowel van toepassing op aanbieders van Zorg in Natura (ZIN) als voor Persoonsgebonden budget (Pgb).

## 2. Beschermd Wonen en kwaliteit

### ***Beschermd Wonen***

Zoals volgt uit Hoofdstuk 1 artikel 1.1.1. van de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (verder: Wmo), Hoofdstuk 1, artikel 1.1.1. wordt onder Beschermd wonen verstaan:

- wonen in een accommodatie van een instelling;
- met het daarbij behorende toezicht en begeleiding;
- gericht op het bevorderen en herstel van zelfredzaamheid en participatie;
- gericht op het bevorderen van het psychische en psychosociaal functioneren;
- gericht op stabilisatie van een psychiatrisch ziektebeeld;
- gericht op het voorkomen van verwaarlozing of maatschappelijke overlast;
- gericht op het afwenden van gevaar voor de cliënt of anderen;
- bestemd voor personen met psychische of psychosociale problemen, die niet in staat zijn zich op eigen kracht te handhaven in de samenleving.

---

<sup>1</sup> <https://vng.nl/files/vng/publicaties/2016/20160616-kwaliteitseisen-beschermd-wonen-en-maatschappelijke-opvang.pdf>

In de Memorie van Toelichting en ook in de brief van de staatssecretaris van 7 december 2015 aan de Tweede Kamer is duidelijk gemaakt dat de definitie ruimer kan worden opgevat en er ook een veelheid aan andere verschijningsvormen zijn, die door de wet niet onmogelijk gemaakt worden. De Groninger gemeenten omarmen dat en vinden dat wonen extramuraal ingezet kan worden, indien er sprake is van toezicht.

### **Kwaliteit**

In aansluiting op de handreiking van de VNG 'Kwaliteit en Rechtmatigheid Wmo 2015 en de Jeugdwet' definiëren we kwaliteit als:

*'Kwaliteit is de mate waarin het geheel van eigenschappen (het gerealiseerde) van een product, proces en dienst voldoet aan de gestelde eisen (norm of verwachtingen), die voortvloeien uit een gebruikersdoel.'*

Met dit kwaliteitskader beschrijven we vooraf de eigenschappen van de te realiseren dienst (voorzieningen BW) in termen van eisen, normen of verwachtingen, waarna we systematisch na het leveren van de dienst vanuit de gebruikers bepalen of de dienst aan de normen heeft voldaan.

## **3. Kwaliteitskader en de wet- en regelgeving**

### **Wmo 2015**

In de Wmo geeft het tweede lid van artikel 2.1.1 aan dat het gemeentebestuur zorg draagt voor de kwaliteit en de continuïteit van de maatschappelijke ondersteuning.

Op basis van artikel 3.1 Wmo 2015 dient de zorgaanbieder ervoor te zorgen dat de voorziening van goede kwaliteit is. Het tweede lid van dit artikel specificeert welke criteria in ieder geval gelden voor de kwaliteit. Een voorziening wordt in elk geval:

- a. veilig, doeltreffend, doelmatig en cliëntgericht verstrekt;
- b. afgestemd op de reële behoefte van de cliënt en op andere vormen van zorg en hulp die de inwoner ontvangt;
- c. verstrekt in overeenstemming met de op de beroepskracht rustende verantwoordelijkheid, voortvloeiend uit de professionele standaard en;
- d. verstrekt met respect voor en inachtneming van de rechten van de inwoner;
- e. De wetstekst geeft een richting aan wat goede kwaliteit van ondersteuning zou moeten zijn.

### **Wmo-verordening en nadere regels Groninger gemeenten**

Voor wat betreft de kwaliteit van zorgaanbieders zijn de gemeenten verantwoordelijk om in de verordening eisen te stellen aan de kwaliteit van de ondersteuning, klachtrecht, goed bestuur en medezeggenschap van cliënten bij zorgaanbieders. Het kwaliteitskader is voor wat betreft BW aanvullend op de Wmo verordening en Nadere Regels van de Groninger gemeenten. De verordeningen en nadere regels kunnen desgewenst worden geraadpleegd via <https://lokaleregelgeving.overheid.nl>.

## **4. Uitgangspunten kwaliteitskader**

Kwaliteit is altijd in ontwikkeling. Het continu willen verbeteren van kwaliteit is onze gezamenlijke ambitie. De richtlijnen in de Wmo vragen van de medewerkers van de toegangen, de inkoop, de aanbieders, de beroepskrachten, het toezicht en de Groninger gemeenten om meer te sturen op resultaten, het betrekken van het netwerk van de cliënten bij de ondersteuning en te kijken naar wat

de cliënt en de omgeving nog zelf kunnen. Aansluiten bij en meedoen met de maatschappij is naast zelfredzaamheid een belangrijk uitgangspunt van de Wmo.

Met de achtergrond van de bovenstaande ontwikkelingen en uitgangspunten willen we de kwaliteit vanuit het wettelijk kader van de Wmo vormgeven. Aanvullend daarop hebben we specifiek aandacht voor de doelstellingen vanuit de transformatie van beschermd wonen naar beschermd thuis. We vragen van zorgaanbieders dat ze zich inzetten om hier uitvoering aan te geven. Belangrijk daarbij is een flexibele inzet van de geboden zorg, zodat cliënten optimaal gefaciliteerd worden in hun herstel. De cliënt als uitgangspunt blijft daarbij van belang.

Verder willen wij aan de ene kant door middel van het stellen van kwaliteitsnormen grip krijgen op de kwaliteit, aan de andere kant willen wij de valkuil van vooraf onnodig dicht regelen van de kwaliteit vermijden. Ons doel is daarom om een optimale balans te bereiken in *grip op kwaliteit* door het stellen van kwaliteitsnormen en *vertrouwen in kwaliteit* door aanbieders soms vrij te laten in de wijze waarop zij kwaliteit van zorg en ondersteuning willen bereiken. Uiteindelijk zal uit de contacten met de aanbieders vanuit inkoop, de toegangen en Toezicht en de (monitoring van de) maatschappelijke effecten moeten blijken of we een juiste balans gehanteerd hebben tussen reguleren en controleren en het in vertrouwen overlaten aan de professionals.

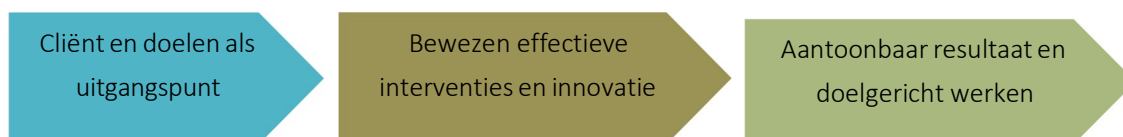
### **Vijf uitgangspunten**

We hanteren vijf uitgangspunten die terugkomen in de kwaliteitsnormen, namelijk:

1. De cliënt en zijn/haar doelen staan centraal.
2. Gemeenten gaan over het 'wat', zorgaanbieders over het 'hoe.'
3. De kwaliteitsnormen zijn zo geformuleerd dat ze het gesprek over kwaliteit bevorderen.
4. Gemeenten geven invulling aan toetsing en verantwoording.
5. Gemeenten geven invulling aan toezicht.

### ***Uitgangspunt 1: De cliënt en zijn/ haar doelen staan centraal***

Onze kwaliteitsnormen ontwikkelen we vanuit de volgende beleidslijn:

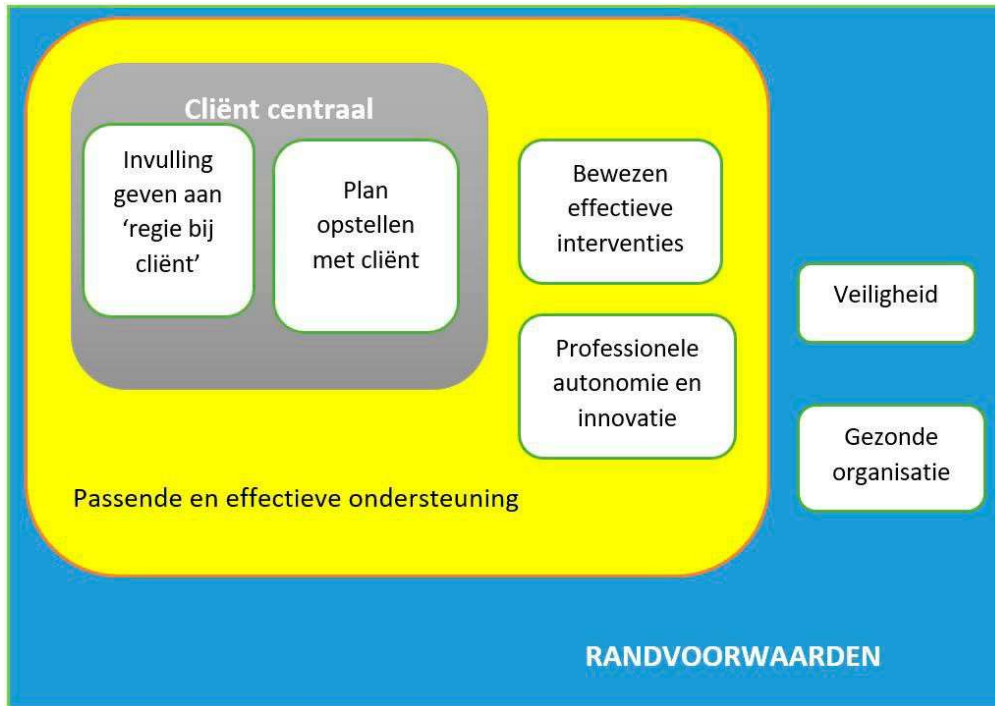


Het vertrekpunt voor de ondersteuning zijn de wensen, voorkeuren en doelen van de cliënt die samen met de cliënt zijn opgenomen in het Plan van Aanpak, zoals omschreven in Bijlage 28, (Overleggen gegevens op grond van artikel 5.2.2 Wmo 2015). Een beroepskracht ondersteunt een cliënt vanuit de (zorg-) visie van de organisatie, waarbij (een gevoel van) veiligheid, bejegening en het aansluiten op de wensen en doelen van de cliënten belangrijke onderwerpen zijn. In de uitvoering van de ondersteuning maakt de beroepskracht een afweging tussen het inzetten van bewezen effectieve interventies en het inzetten/ontwikkelen van andere interventies, indien de bewezen interventies niet passend zijn. Die afweging maakt de beroepskracht vanuit de ervaringskennis en professionele autonomie.

Werken vanuit dit uitgangspunt biedt ruimte voor maatwerk en leidt tot de best passende ondersteuning. De tevredenheid en de uitkomsten van de ondersteuning zijn inzichtelijk, doelen en resultaten worden geëvalueerd en Plannen van Aanpak worden bijgesteld. Het ondersteuningstraject is continu te volgen en gericht op een zo groot mogelijke zelfredzaamheid (levensdomeinen zelfredzaamheidsmatrix) en participatie overeenkomstig de uitgangspunten van de Wmo. Door deze werkwijze werkt de zorgaanbieder automatisch en aantoonbaar resultaat- en doelgericht en volgt de

Plan Do Check Act –cyclus (PDCA).

Volgens deze beleidslijn komen de kwaliteitskenmerken uit de Wmo (veilig, cliëntgericht, doelmatig en doeltreffend) terug. Bij het formuleren van de kwaliteitsnormen vullen we vanuit de Wmo en onze visie deze kwaliteitskenmerken in. Onze beleidslijn en uitgangspunten leiden tot het volgende beleidskader voor de kwaliteitsnormen Beschermd Wonen en Opvang:



### ***Uitgangspunt 2: Gemeenten gaan over het 'WAT', zorgaanbieder over het 'HOE'***

Bij het opstellen van de kwaliteitsnormen maken we onderscheid tussen het 'wat' en het 'hoe'. Gemeenten gaan over 'wat' er geregeld moet zijn op het gebied van kwaliteit. De zorgaanbieder en de cliënt bepalen 'hoe' de ondersteuning wordt geboden en 'hoe' de randvoorwaarden daarvoor worden ingevuld. Deze verdeling van verantwoordelijkheden schept duidelijkheid en voorkomt dat er regels ontstaan die leiden tot onnodige administratieve lasten en kwaliteit op papier in plaats van in de praktijk.

Eerder hebben we gesteld dat kwaliteit altijd in ontwikkeling is en dat het een gezamenlijke ambitie is om de kwaliteit continu te verbeteren. Dit betekent dat er structureel, op cliënt-, instellings- en instellingsniveau overstijgend, gesproken moet worden over hoe de kwaliteitsnormen het beste gerealiseerd en getoetst kunnen worden. Het kwaliteitskader is hiervoor het referentiepunt. Op deze wijze wordt geborgd dat de resultaten van deze gesprekken invloed hebben op de uitvoering hiervan.

### ***Uitgangspunt 3: De kwaliteitsnormen zijn zo geformuleerd dat ze het gesprek over kwaliteit bevorderen***

Het hanteren van basis kwaliteitsnormen bevordert goede kwaliteit van ondersteuning. Kwaliteit vangen we voor een deel op papier. Belangrijker is het continue gesprek over kwaliteit in het primaire proces en tussen gemeente(n), zorgaanbieder(s), toegangen, inkoop, contractmanagement en toezicht.

Kwaliteitsnormen waarbij het gesprek tussen zorgaanbieder en gemeenten wordt aangegaan zijn geformuleerd in de vorm van: *'de zorgaanbieder toont aan dat...'* of *'de zorgaanbieder geeft aan op welke wijze...'*. Als we alleen willen weten of een zorgaanbieder voldoet aan de gestelde regelgevingen randvoorwaarden voor goede en veilige ondersteuning, volstaat de formulering met *'de zorgaanbieder geeft uitvoering aan...'* of *'de zorgaanbieder werkt met...'*.

#### ***Uitgangspunt 4: Gemeenten geven invulling aan toetsing en verantwoording***

Een open formulering van de kwaliteitsnormen betekent dat er meer tijd gestoken moet worden in afspraken, toetsing en verantwoording, omdat er niet één voorschrift is waarmee alle zorgaanbieders moeten werken. Om de ruimte die geboden wordt effectief te benutten, moeten de kwaliteitsnormen op een redelijke manier aantoonbaar gemaakt kunnen worden. In de ontwikkeling van de basiskwaliteitsnormen is bij elke norm de afweging gemaakt of het wenselijk is om het gesprek erover te voeren of dat volstaan kan worden met een checklist.

De zorgaanbieder dient jaarlijks vóór 1 juni een verslag op de website van de zorgaanbieder te zetten. In dit verslag legt de aanbieder verantwoording af over het beleid dat hij in het afgelopen kalenderjaar heeft gevoerd in verband met de uitvoering van de kwaliteit van de ondersteuning die hij in dat jaar heeft verleend. In dit verslag zal de zorgaanbieder onder meer aangeven:

- of en, zo ja, op welke wijze hij cliënten bij zijn kwaliteitsbeleid heeft betrokken;
- de frequentie waarmee en de wijze waarop binnen de instelling kwaliteitsbeoordeling plaatsvond;
- en het resultaat daarvan;
- welk gevolg de instelling heeft gegeven aan klachten en meldingen over de kwaliteit van de verleende zorg.

#### ***Uitgangspunt 5: Gemeenten geven invulling aan toezicht***

In principe zijn alle Groninger gemeenten verantwoordelijk voor de kwaliteit en continuïteit van de voorzieningen die ingezet worden binnen Beschermd Wonen en Opvang. Echter, tot nader order hebben deze gemeenten de taken die hiermee verband houden gedelegeerd aan de centrumgemeente Groningen. Dit brengt met zich mee dat de centrumgemeente toezicht moet houden op de naleving van de gestelde eisen aan de uitvoering van de Wmo voor wat Beschermd wonen en Opvang betreft.

Rondom toezicht bepaalt de Wmo alleen dat een persoon belast wordt met het toezicht (toezichthoudend ambtenaar). Hoe het toezicht georganiseerd wordt en welke inhoud eraan gegeven wordt, wordt overgelaten aan de betrokken gemeente. De in de Wmo gestelde kwaliteitsnormen en de eisen opgenomen in de verordening en Nadere regels zijn globaal. Een specificering is noodzakelijk om toezicht in praktijk te kunnen brengen.

De kwaliteitsnormen uit dit document bieden -naast alle overige wet- en regelgeving die van toepassing zijn op de aanbieders en de van toepassing zijnde professionele standaard-, de grondslag voor het kwaliteitstoezicht op Beschermd wonen en Opvang. De gemeentelijke toezichthouders gebruiken de kwaliteitsnormen uit dit Kwaliteitskader en de overige wet en regelgeving bij het toezicht wat ze uit oefenen.

Voor wat overige wet- en regelgeving en professionele standaard kan zijn staat in bijlage 3 een niet uitputtende opsomming van mogelijkheden.

### **Organisatie en werkwijze toezicht**

Het toezicht op kwaliteit, rechtmatigheid en Calamiteiten en Geweld in verband met BW is als volgt georganiseerd:

De gemeenten stellen toezichthouders aan. Deze toezichthouders kunnen richten zich op Calamiteiten en Geweld en het continue toetsen van de kwaliteit. Het Kwaliteitskader Beschermd Wonen is de basis om de kwaliteit van BW te toetsen.

De toezichthouder belast met Calamiteiten en Geweld wordt namens de 10 Groninger colleges ingeschakeld wanneer er zich een calamiteit of incident voordoet. Dit is een toetsing achteraf. De toezichthouder belast met Calamiteiten en Geweld kan ook preventief op basis van signalen of een risicoprofiel het aanbod op kwaliteit of naleving ervan toetsen. De toezichthouder belast met Wmo BW toetst continu de geboden kwaliteit naar aanleiding van de kwaliteitsnormen die gesteld zijn.

In beide gevallen is de toezichthouder onafhankelijk en worden bevindingen gerapporteerd aan het verantwoordelijke college. Naast het toezicht op de kwaliteit wordt door de toezichthouder Wmo BW ook de rechtmatigheid getoetst. Het gaat hier om de juiste besteding van de financiële middelen.

Als de toezichthouders constateren dat de nalatigheden verwijtbaar zijn en er sancties moeten komen, wordt dit ter besluitvorming voorgelegd aan het college van de verantwoordelijke gemeente. Het college kan vervolgens op basis van de uitkomsten van de toetsing van de toezichthouders beslissen op welke wijze er gehandhaafd zal worden. Het college kan dan bestuursrechtelijke maatregelen nemen en/of een civielrechtelijke procedure aanspannen.

De toezichthouders zijn met betrekking tot hun onderzoek en bevindingen alleen verantwoording schuldig aan respectievelijk het college van de gemeente waarin het incident zich heeft voorgedaan en het college van de centrumgemeente. De gemeenten voeren ook delen van het BW uit en kunnen dus ook onderwerp van toezicht worden.

Op deze wijze borgen we dat de toezichthouders zo onafhankelijk mogelijk hun onderzoek, zowel intern als extern, kunnen uitvoeren. De directies die het toezicht organiseren, faciliteren de toezichthouders zodanig dat zij hun opdracht goed kunnen uitvoeren.

## **5. De Kwaliteitsnormen**

De kwaliteitsnormen hebben betrekking op de kwaliteit van de verblijfsvoorzieningen van de beschermde woonvormen. Het zijn de eisen die de centrumgemeente Groningen namens de Groninger gemeenten aan de zorgaanbieders stelt. De basis kwaliteitsnormen beschrijven de kwaliteitsaspecten die minimaal geregeld moeten zijn door de zorgaanbieders. Verder zijn er een aantal specifieke kwaliteitsnormen opgesteld voor kinderen en gezinnen in BW.

Bij het opstellen van de kwaliteitsnormen is in veel gevallen gekozen voor een 'open omschrijving' van de norm. Dit biedt de mogelijkheid om het gesprek te voeren (tussen gemeenten en zorgorganisaties) over kwaliteit en nieuwe vormen van verantwoording en toetsing in te zetten die meer zeggen over kwaliteit (in plaats van de bekende 'checklist' en verslagen).

De kwaliteitsnormen zijn samengevoegd per thema, namelijk: 'cliënt centraal', 'passende en effectieve ondersteuning' en 'randvoorwaarden: gezonde organisatie, veiligheid, keten en netwerk, verantwoorde bedrijfsvoering'.



A. Thema: Cliënt centraal		
Norm	Inhoud	Mogelijke indicatoren
A1	De zorgaanbieder toont aan dat de cliënt correct en respectvol wordt bejegend.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Zorgvisie en doelstelling.</li> <li>- Gedragscode met afspraken.</li> <li>- Evaluatie begeleiding (zie A3).</li> <li>- Cliëntervaringsonderzoek (zie A4).</li> </ul>
A2	De zorgaanbieder toont aan dat de veiligheid van de cliënt geborgd is, waarbij verantwoorde risico's zijn benoemd.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aanwezigheid veiligheidsprotocol.</li> <li>- Rapportage incidenten.</li> <li>- Intake procedure.</li> <li>- Criteria aanname beleid personeel</li> <li>- Aannamebeleid plaatsing, (inclusief visie op middelen (alcohol, drugs)- gebruik van cliënten binnen de instelling 24 uren beschikbaarheid of aanwezigheid.</li> <li>- Veilig meldingsklimaat en evaluatie incidenten</li> <li>- Professionals hebben een geldige VOG.</li> <li>- Huisvesting voldoet aan milieu en veiligheidsregels.</li> <li>- Zorgaanbieder heeft omgevingsrisico's in de nabije omgeving van de locatie in beeld.</li> <li>- Zorgaanbieder vestigt zich niet met nieuwe locaties in een omgeving waar door aanwezigheid van andere doelgroepen risico's ontstaan voor de BW cliënten die kunnen leiden tot verergering van de problemen van de cliënten dan wel hun herstel belemmeren.</li> <li>- Zorgaanbieder zoekt actief het gesprek met de buurt/omgeving gericht op draagvlak creëren bij nieuwe vestiging/locatie.</li> <li>- Zorgaanbieder zoekt actief een oplossing met de omgeving als er door de aanwezigheid van de cliënten en de reactie van de omgeving communicatieproblemen ontstaan.</li> <li>- Veiligheids- en signaleringsplan</li> <li>- Actief contact met zorgbelang/vertrouwenspersoon</li> </ul>
A3	De zorgaanbieder toont aan op welke wijze zij invulling geeft aan 'eigenaarschap bij de cliënt'. Minimaal wordt daarbij ingegaan op: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Betrokkenheid van de cliënt (en naasten) bij de invulling van de ondersteuning.</li> <li>- Het beschikken over een actieve cliëntvertegenwoordiging, welke</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Geaccordeerd en volledig <b>Plan van Aanpak (SMART)</b>.</li> <li>- Evaluatie begeleiding.</li> <li>- Cliëntervaringsonderzoek.</li> <li>- Aanwezigheid cliëntraad.</li> <li>- Cliëntvertegenwoordiging bij Raad van Toezicht.</li> <li>- Beleid informele zorg.</li> </ul>

	<p>is ingericht conform de eisen van de Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen (Wmcz).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Het actief voeren van gesprekken met de cliëntvertegenwoordiging en het vastleggen van de uitkomsten hiervan vast.</li> <li>- Zeggenschap van de cliënt (en naasten) bij het opstellen en bijstellen van het <b>Plan van Aanpak</b>.</li> <li>- Beheer van het <b>Plan van Aanpak</b> door cliënt.</li> <li>- De vraag, behoefte, wensen en doelen van de cliënt.</li> <li>- De evaluatie.</li> <li>- Keuzevrijheid van de cliënt.</li> <li>- Medezeggenschap en inspraak.</li> <li>- Informeren over de mogelijkheid van het inzetten van (onafhankelijke) cliënt ondersteuning.</li> </ul>	
A4	<p>De zorgaanbieder meet (periodiek) met de individuele cliënt de resultaten van de geboden ondersteuning op alle levensdomeinen van de ZRM, inclusief gevoel van veiligheid, verblijfsituatie en ervaren regie en keuzevrijheid.</p> <p>De zorgaanbieder voert aantoonbaar en in samenspraak met de cliëntenvertegenwoordigers verbeteringen door op basis van de uitkomsten van de meting.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Resultaten <b>Plan van Aanpak</b>.</li> <li>- Cliëntervaringsonderzoek.</li> </ul>
A5	<p>De zorgaanbieder toont aan dat iedere cliënt een vaste contactpersoon heeft als aanspreekpunt en een vaste vervanger (professioneel of ervaringsdeskundige). De aanbieder toont aan dat bij crisissituaties een contactpersoon beschikbaar is.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Overzicht cliënt met begeleider.</li> <li>- Contactpersoon / telefoonnummer crisis.</li> </ul>
A6	<p>De zorgaanbieder toont aan op welke wijze zij toegang tot gezondheidszorg en specialistische</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Plan van Aanpak</b>.</li> <li>- Veiligheids- en signaleringsplan</li> </ul>

	<p>GGZ/Verslavingszorg faciliteert voor cliënten die de aanbieder ondersteunt. Waarbij minimaal in gegaan wordt op:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- begeleiden van cliënten naar gezondheidszorg.</li> <li>- afspraken met gezondheidszorgaanbieders.</li> <li>- wijzen van cliënten naar gezondheidszorg.</li> <li>- toegankelijkheid van GGZ/Verslavingszorg en diagnostiek.</li> <li>- signaalfunctie opvang GGZ/Verslavingsproblematiek.</li> <li>- afspraken over verwijzing/inschakelen GGZ/Verslavingszorg.</li> </ul>	
A7	<p>De zorgaanbieder doet de kindcheck, waarin wordt getoetst:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- of er jeugdbeschermingsmaatregelen zijn.</li> <li>- de gezagsverhoudingen binnen het gezin.</li> <li>- of er jeugdigen mee komen en of er jeugdigen niet mee komen.</li> <li>- de veiligheidssituatie van jeugdigen die niet meekomen.</li> </ul> <p>De zorgaanbieder doet, conform de 'meldcode', melding bij Veilig Thuis Groningen indien de situatie van wel en/of niet meegekomen kinderen (vermoedelijk) onveilig is.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kindcheck.</li> <li>- Meldcode Huiselijk geweld en Kindermishandeling.</li> </ul>
A8	<p>De zorgaanbieder houdt bij de plaatsing van de client rekening met de impact op de omgeving.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- De aanbieder onderhoudt actief contact met omwonenden, reageert op signalen van henen lost deze waar nodig op.</li> <li>- De aanbieder begeleidt de cliënten in vaardigheden behorend bij het zijn van een "goede buur".</li> <li>- De omgeving is geïnformeerd over de locatie en omwonenden weten met wie er contact gelegd kan worden bij zorgen en/ of klachten.</li> <li>- Wanneer noodzakelijk zijn er afspraken gemaakt over gemeenschappelijke belangen in het kader van leefbaarheid.</li> </ul>

		- Er vindt samenwerking plaats met onder andere woningcorporaties, wijkverenigingen, sociale teams.
--	--	---

B. Thema Passende en effectieve ondersteuning		
Norm	Inhoud	Mogelijke indicatoren
B1	De zorgaanbieder toont aan of en op welke wijze zij werkt met bewezen effectieve interventies voor welke doelgroep of problematiek. Zorgaanbieder werkt aantoonbaar met een methodiek die aansluit bij de Wmo waarbij de vraag van de cliënt optimaal wordt vertaald in een Plan van Aanpak waar de cliënt eigenaar van is.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Beschrijving interventie naar doelgroep of problematiek.</li> <li>- Resultaten interventie(s) in Plan van Aanpak.</li> <li>- Methodiek Wmo vraagverheldering cliënt.</li> </ul>
B2	De zorgaanbieder toont aan op welke wijze zij invulling geeft aan het herstel van de cliënt door het vergroten van de zelfredzaamheid en participatie, het behouden of stabiliseren daarvan of het vertragen van de achteruitgang.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Doelen per levensdomein ZRM en voortgang hierop.</li> <li>- Plan van Aanpak.</li> </ul>
B3	De zorgaanbieder draagt met innovatie aantoonbaar bij aan de doelen van de Wmo gericht op het vergroten van de zelfredzaamheid en participatie, wat kan zowel binnen als buiten de organisatie.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Innovatieplan.</li> <li>- Beleidsplan aanbieder.</li> </ul>
B4	De ondersteuning wordt uitgevoerd door deskundige medewerkers (betaald en onbetaald). De benodigde deskundigheid is vastgesteld per soort ondersteuningsvorm. Speciaal aandachtspunt is deskundigheid omtrent middelen (alcohol, drugs) gebruik. De zorgaanbieder zoekt daarbij naar een optimale balans tussen de inzet van professionals, ervaringsdeskundigen en vrijwilligers.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aannebeleid personeel.</li> <li>- Deskundigheidsniveau per ondersteuningsvorm.</li> <li>- Cliënt ervaringsonderzoek.</li> <li>- Vrijwilligersbeleid.</li> <li>- Beleid ervaringsdeskundigen.</li> <li>- Aantal vrijwilligers.</li> <li>- Aantal ervaringsdeskundigen.</li> </ul>
B5		

	<p>De zorgaanbieder toont aan dat de cliënt integrale ondersteuning ontvangt. Er is aandacht voor alle leefdomeinen van de ZRM: Inkomen, werk &amp; opleiding, tijdsbesteding, huisvesting, huiselijke relaties, geestelijke gezondheid, lichamelijke gezondheid, middelengebruik, vaardigheden bij activiteiten van het dagelijks leven (ADL), sociaal netwerk, maatschappelijke participatie en justitie.</p> <p>Met de cliënt zijn op alle relevante leefgebieden doelen bepaald en afspraken gemaakt. De doelen en afspraken zijn vastgelegd in een Plan van Aanpak inclusief een risicotaxatie.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Plan van Aanpak op basis van de 11 leefgebieden van de ZRM.</li> <li>- Keten afspraken integrale ondersteuning</li> <li>- Risicotaxatie.</li> <li>- Vastgelegde afspraak inwoner kortdurend verblijf.</li> </ul>
B6	<p>De zorgaanbieder toont aan op welke wijze hij samenwerkt met andere zorgaanbieders, het voorliggend veld, woningcorporaties, en toegangen Groninger gemeenten.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Overzicht samenwerking relaties en afspraken.</li> <li>- Contactpersonen bekend bij belanghebbenden.</li> </ul>
B7	<p>De zorgaanbieder toont aan dat hij actief in-, door- en uitstroom van cliënten bevordert.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rapportages in- door en uitstroom</li> <li>- Overleg met toegangen gemeenten en andere betrokken partijen, waaronder de woningcorporaties</li> <li>- Deelname overlegtafels over onder andere de transformatie naar beschermd thuis.</li> </ul>

C. Thema gezonde organisatie		
Norm	Inhoud	Mogelijke indicatoren
C1	<p>De zorgaanbieder toont aan op welke, voor de cliënt toegankelijke wijze zij de (potentiële) cliënt informeert over de rechten en plichten van de cliënt, visie van de zorgaanbieder en het ondersteuningsaanbod.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Beschrijving van communicatie en uitwerking rechten en plichten cliënt.</li> <li>- Beschrijving ondersteuningsaanbod.</li> <li>- Klachten reglement.</li> <li>- Folder</li> <li>- Overzicht regels in de organisaties</li> </ul>

C2	De zorgaanbieder toont aan op welke wijze zij cliënten betreft bij en invloed geeft op organisatievraagstukken, waaronder beleid, kwaliteit en veiligheid.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Beleids- uitvoeringsplan (zie A3).</li> </ul>
C3	De zorgaanbieder toont aan dat de organisatie beleid heeft over de inzet van personeel (inclusief vrijwilligers en ervaringsdeskundigen).	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Opleidingsbeleid inzichtelijk hebben.</li> <li>- Tevredenheidsonderzoek medewerkers.</li> <li>- Arbeidsomstandigheden.</li> <li>- Ziekteverzuim.</li> <li>- Strategisch personeelsbeleid (zie ook B4).</li> </ul>
C4	De zorgaanbieder toont aan dat zijn personeel de afgelopen jaren zorg en ondersteuning heeft geleverd aan cliënten in BW.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Jaarverslagen en Jaarrapportages.</li> </ul>

D. Thema Veiligheid		
Norm	Inhoud	Mogelijke indicatoren
D1	De zorgaanbieder toont aan dat ze een werkend kwaliteitssysteem heeft.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kwaliteitsbeleid.</li> <li>- Kwaliteitsplan.</li> <li>- Kwaliteitstoetsing.</li> </ul>
D2	De zorgaanbieder toont aan dat ze werkt met een veiligheidsmanagementsysteem (VMS).	<ul style="list-style-type: none"> <li>- VMS.</li> <li>- Rapportage uit VMS.</li> </ul>
D3	De zorgaanbieder meldt iedere calamiteit en ieder ernstig incident (met grote impact op de maatschappij, de cliënt, zijn/haar omgeving en/of andere betrokkenen) aan de aangewezen toezichthoudend ambtenaar, conform calamiteitenprotocol van de gemeente.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Melding incident conform protocol.</li> </ul>

D4	De zorgaanbieder meldt bij de gemeente onderzoeken van Justitie, de IGJ of de Inspectie SZW.	- Melding bij gemeente volgens protocol.
D5	De locaties van de aanbieder voldoen aan alle (wettelijke) voorwaarden waaraan op het gebied van vergunningen en veiligheid.	

D6	De zorgaanbieder draagt er zorg voor dat zij actief contact legt met de omgeving en dit onderhoudt.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aansluiting bij buurtoverleg/vereniging.</li> <li>- Beschikbaarheid en bereikbaarheid voor omwonenden.</li> <li>- Overleg woningcorporaties.</li> </ul>
----	---	--

#### Specifiek voor kinderen en gezinnen in Beschermd Wonen

D7	<p>De zorgaanbieder toont aan dat er sprake is van een kindvriendelijke woonomgeving en een kindvriendelijke inrichting van de locatie.</p> <p>De zorgaanbieder toont aan dat gezinnen of alleenstaande ouders met kinderen in principe niet gecombineerd worden met andere doelgroepen.</p>	
----	--	--

#### E. Thema keten en netwerk

Norm	Inhoud	Mogelijke indicatoren
------	--------	-----------------------

E1

De zorgaanbieder toont aan dat de zorgaanbieder een bijdrage levert aan integrale werkwijze binnen de organisatie van de zorgaanbieder en aan een integrale aanpak in de keten ten behoeve van het bereiken van de doel(en) van de cliënt en de continuïteit van de ondersteuning. Hierbij wordt in ieder geval ingegaan op:

- (warme) overdracht en gegevensuitwisseling.
- regie en coördinatie op de ondersteuning.
- afstemming van activiteiten in de ondersteuning en het netwerk.
- op- en afschalen van ondersteuning
- start van ondersteuning.
- beëindiging van ondersteuning.
- evalueren en verbeteren van ketensamenwerking.

- Afspraken met toegangen gemeenten.
- Zie B5 en B6.
- Zie A6.



## F. Verantwoorde bedrijfsvoering

Norm	Inhoud	Mogelijke indicatoren
F1	De zorgaanbieder voert een deugdelijke administratie en goede registratie, waarbij in ieder geval inkomsten, uitgaven, verplichtingen (eigen bijdrage cliënt), cliënt dossiers en verantwoording te herleiden zijn naar bron en bestemming.	<ul style="list-style-type: none"><li>- Voldoen aan de verplichtingen uit het contract / overeenkomst met de (centrum)gemeente(n).</li><li>- Voldoet aan berichtenverkeer.</li></ul>