

# **DE KWALITEIT VAN WMO-ONDERSTEUNING DOOR ASVZ – Toon van Vlietstraat**

**Rapportage naar aanleiding van kwaliteitstoezicht**

## **INHOUDSOPGAVE**

|  |          |
|--|----------|
| <b>1. OORDEEL .....</b>                          | <b>3</b> |
| <b>2. VERVOLGACTIES .....</b>                    | <b>5</b> |
| <b>3. INLEIDING.....</b>                         | <b>5</b> |
| 3.1 Aanleiding en doel van het toezicht.....     | 5        |
| 3.2 Werkwijze .....                              | 5        |
| 3.3 Beschrijving aanbieder en locatie .....      | 6        |
| <b>4. BEVINDINGEN OVER DE ONDERSTEUNING.....</b> | <b>7</b> |
| 4.1 Thema 1: Cliënt.....                         | 7        |
| 4.2 Thema 2: Veiligheid .....                    | 10       |
| 4.3 Thema 3: Professionaliteit.....              | 13       |

## **BIJLAGE 1 GERAADPLEEGDE DOCUMENTEN**

## **BIJLAGE 2 REACTIE AANBIEDER**

## 1. OORDEEL

In maart 2026 voerde Toezicht Wmo GGD Rotterdam-Rijnmond (hierna: Toezicht Wmo) kwaliteitstoezicht uit bij ASVZ, locatie Toon van Vlietstraat in Rotterdam (hierna: ASVZ). Het toezicht richtte zich specifiek op beschermd wonen dat ASVZ op Toon van Vlietstraat aan cliënten verleent.

Dit hoofdstuk begint met een samenvatting van het oordeel van de toezichthouders, per getoetste kwaliteitsnorm, weergegeven in de onderstaande tabel. Een nadere toelichting op deze oordelen is te vinden in hoofdstuk 4. Daarnaast bevat dit hoofdstuk een overzicht van de opgelegde verbetermaatregelen en de geformuleerde adviezen.

### Thema 1: Cliënt

| Norm  | Omschrijving   | Oordeel                  |
|-------|--|--------------------------|
| 1.1.1 | De cliënt bepaalt binnen de mogelijkheden, in samenspraak met de beroepskracht de hulpvraag en de doelen van de geboden ondersteuning.                   | Voldoet grotendeels      |
| 1.1.2 | Beroepskrachten werken cyclisch. Zij leggen dit hele proces inzichtelijk vast.   | Voldoet grotendeels niet |
| 1.2.3 | De aanbieder beschikt over een klachtenregeling.   | Voldoet grotendeels      |
| 1.4.1 | <i>Interne afstemming</i><br>De beroepskrachten stemmen onderling af over de ondersteuning van de cliënt.  | Voldoet                  |
| 1.4.2 | <i>Externe afstemming met formele netwerk</i><br>De beroepskrachten stemmen de ondersteuning aan de cliënt af op andere vormen van geboden hulp of zorg. | Voldoet                  |

### Thema 2: Veiligheid

| Norm  | Omschrijving   | Oordeel             |
|-------|--|---------------------|
| 2.1.1 | De beroepskracht is zich bewust van de veiligheidsrisico's van cliënt.   | Voldoet grotendeels |
| 2.2.1 | De aanbieder borgt de veiligheid van de cliënten en beroepskrachten.   | Voldoet grotendeels |
| 2.2.3 | De aanbieder leert van incidenten.   | Voldoet grotendeels |
| 2.3.1 | De aanbieder biedt een veilige, schone, passende en leefbare (woon)omgeving.   | Voldoet grotendeels |
| 2.3.2 | In het geval van <u>intramurale ondersteuning en overbruggingszorg</u> : Er is een vorm van 24-uurs toezicht georganiseerd en geborgd. | Voldoet             |

### Thema 3: Professionaliteit

| Norm  | Omschrijving   | Oordeel                  |
|-------|--|--------------------------|
| 3.1.1 | De beroepskracht is vakbekwaam en gekwalificeerd.                                | Voldoet                  |
| 3.1.3 | Beroepskrachten en vrijwilligers en stagiaires beschikken over een passende VOG. | Voldoet grotendeels niet |

### Verbetermaatregelen

| Norm   | Verbetermaatregel  |
|--------|--|
| 1.1.1. | Zorg ervoor dat de doelen in de begeleidingsplannen SMART <sup>1</sup> worden geformuleerd, inclusief streefdatum en dat de voortgang op doelen zichtbaar wordt bijgehouden in het dossier.                    |
| 1.1.2. | Bespreek de voortgang op doelen tussentijds structureel met de cliënt. Koppel rapportages consequent aan de doelen uit het begeleidingsplan.   |
| 1.1.2. | Leg evaluaties tijdig en volledig, inclusief inhoudelijke uitkomsten, vast in het cliëntdossier.   |
| 1.4.2. | Leg het sociaal netwerk in het dossier volledig vast en houd deze actueel.   |
| 2.1.1. | Leg de risico-inventarisaties in het dossier in samenhang vast en zorg dat deze periodiek worden geactualiseerd. Bespreek de veiligheidsrisico's structureel met de cliënt en leg interventies eenduidig vast. |
| 3.1.3. | Zorg ervoor dat een VOG niet ouder is dan vijf jaar en pas het beleid voor de sector Wonen hierop aan.   |

### Adviezen

| Norm   | Advies  |
|--------|---|
| 1.2.3. | Zorg ervoor, dat cliënten die een melding of klacht indienen, een tijdige en inhoudelijke terugkoppeling over de afhandeling ontvangen. |
| 1.4.2. | Leg het sociaal netwerk in het dossier volledig vast en houd deze actueel.  |
| 2.2.3. | Neem incidentanalyses op als vast bespreekpunt in het teamoverleg.  |
| 2.3.1. | Borg dat bij elke dienst een BHV'er aanwezig is en dat ontruimingsoefeningen alle bewoners bereiken en worden geregistreerd.            |

<sup>1</sup> Specifiek, Meetbaar, Acceptabel, Realistisch en Tijdsgebonden.

## 2. VERVOLGACTIES

ASVZ voldoet grotendeels niet aan één van de twaalf getoetste normen. Zeven normen zijn beoordeeld met 'voldoet grotendeels' en drie normen met 'voldoet'.

Toezicht Wmo verwacht dat de verbetermaatregelen uiterlijk op **1 juli 2026** zijn doorgevoerd binnen de organisatie van ASVZ. Uiterlijk op **13 juli 2026** ontvangen wij hiervan een terugkoppeling. Vervolgens zal Toezicht Wmo een heronderzoek uitvoeren, waarbij de kwaliteitsnormen die eerder met 'voldoet grotendeels, voldoet grotendeels niet en/of voldoet niet' werden beoordeeld, opnieuw worden getoetst.

## 3. INLEIDING

### 3.1 Aanleiding en doel van het toezicht

Toezicht Wmo bezoekt ASVZ zonder specifiek signaal, op basis van willekeurige selectie. Het doel van het bezoek is, te toetsen of de verleende Wmo-ondersteuning voldoet aan vastgestelde kwaliteitseisen en toetsingsnormen. Het toezicht is gericht op het verbeteren van de kwaliteit van de ondersteuning.

### 3.2 Werkwijze

De toezichthouders hebben de verleende ondersteuning beoordeeld aan de hand van de kwaliteitseisen en toetsingsnormen zoals vastgelegd in de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo 2015) en het Toetsingskader van het Toezichtkader Rotterdam-Rijnmond<sup>2</sup>. Dit toetsingskader richt zich op drie thema's: cliënt, veiligheid en professionaliteit. Binnen het kwaliteitstoezicht worden uitsluitend de kernnormen binnen deze thema's getoetst.

De toetsingsnormen zijn afzonderlijk beoordeeld op basis van de kwaliteitsdocumenten van de aanbieder (zie bijlage 1) en de bevindingen tijdens het locatiebezoek op 2 en 3 maart 2026 aan locatie Toon van Vlietstraat van ASVZ. Tijdens dit bezoek hebben de toezichthouders een schouw uitgevoerd, twee cliëntdossiers ingezien en vier medewerkersdossiers geraadpleegd. Daarnaast spraken zij met:

- Sectormanager
- Teammanager (meewerkend)
- 1 Persoonlijk begeleider
- 1 HR-medewerker
- 1 Teamleider kwaliteit
- 2 cliënten

---

<sup>2</sup> <https://www.ggdrotterdamrijnmond.nl/toezicht-wmo>

### **3.3 Beschrijving aanbieder en locatie**

#### Algemene informatie

Op locatie Toon van Vlietstraat biedt ASVZ beschermd wonen aan. Het betreft een semimurale voorziening bestaande uit vier geschakelde woningen met twee verdiepingen en een begane grond. Op de begane grond bevindt zich een gezamenlijke woonkamer met een digitaal bord waarop de planning, aanwezige begeleiders en taken zichtbaar zijn. Op elke verdieping bevinden zich twee slaapkamers en één badkamer.

Op de locatie is 24-uurs toezicht aanwezig in de vorm van een slapende nachtdienst vanaf 23.00 uur. Overdag is minimaal één begeleider aanwezig.

De bereikbaarheid van de locatie is goed, met OV-verbindingen, parkeergelegenheid en toegankelijkheid voor mensen met een beperking.

#### Cliënten

Binnen de voorziening is er plek voor twintig cliënten. Op het moment van het bezoek maken twee Wmo-cliënten gebruik van de voorziening. De overige cliënten beschikken over een WLZ-indicatie.

De voorziening richt zich op mensen met een verstandelijke beperking en/of complexe problematiek. De indicaties van de cliënten vallen onder beschermd wonen. Begeleiding wordt gecombineerd (individueel en in groepsverband) geboden op locatie. Er wordt gewerkt met individuele begeleidingsplannen vanuit de Triple C-methodiek, gericht op het versterken van eigen regie en het bieden van een betekenisvol leven.

De zelfredzaamheid van de cliënten varieert, waarbij cliënten basistaken deels zelfstandig uitvoeren en daarnaast praktische begeleiding ontvangen in het dagelijks leven. Er wordt gewerkt met individuele begeleidingsplannen om de zelfredzaamheid te behouden en te vergroten.

#### Team en aansturing

Het team bestaat uit twee teams van respectievelijk zes en zeven medewerkers, aangestuurd door twee meewerkend Teamleiders (waarvan één recent is gestopt). Daarnaast is een Orthopedagoog verbonden aan de locatie. De Sectormanager is eindverantwoordelijk voor de sector Wonen in zijn regio.

#### Bijzonderheden

De voorziening wordt deels gefinancierd vanuit de Wmo. Daarnaast verblijven op de locatie ook cliënten met financiering vanuit de Wet langdurige zorg (Wlz).

ASVZ is een grote organisatie die zowel wonen en verblijf als ambulante ondersteuning biedt. De organisatie beschikt over een eigen flexpool en interne kwaliteitsafdeling.

ASVZ onderscheidt zich door de inzet van de Triple C-methodiek, de structurele betrokkenheid van een Orthopedagoog bij Wmo-cliënten en het gebruik van dashboards in PowerBI voor kwaliteitsmonitoring. Daarnaast voert de organisatie interne audits, quickscans en jaarlijkse teamreflecties (teamreflector) uit.

Tijdens het bezoek zijn de volgende aandachtspunten op de locatie in beeld gekomen: relatief hoog personeelsverloop, recente teamwisselingen, vacante positie Teamleider en de inzet van inhuurkrachten.

## 4. BEVINDINGEN OVER DE ONDERSTEUNING

Dit hoofdstuk beschrijft per thema de normen, de bevindingen en het oordeel per norm. Toezicht Wmo gebruikt een vierpuntschaal voor haar beoordeling. De kleuren hebben de volgende betekenis:

| Oordeel                  | Betekenis   |
|--------------------------|---|
| Voldoet                  | Aanbieder voldoet aan de norm. Toezicht Wmo constateert uitsluitend positieve bevindingen op deze norm.                   |
| Voldoet grotendeels      | Aanbieder voldoet grotendeels aan de norm. Toezicht Wmo constateert overwegend positieve bevindingen op deze norm.        |
| Voldoet grotendeels niet | Aanbieder voldoet grotendeels niet aan de norm. Toezicht Wmo constateert voornamelijk negatieve bevindingen op deze norm. |
| Voldoet niet             | Aanbieder voldoet niet aan de norm. Toezicht Wmo constateert op deze norm nauwelijks tot geen positieve bevindingen.      |

### 4.1 Thema 1: Cliënt

#### Toelichting

De ondersteuning sluit aan bij de behoeften en ontwikkelmogelijkheden van de cliënt en is planmatig en gestructureerd. De aanbieder bespreekt, evalueert en stelt de ondersteuning regelmatig bij. De aanbieder stemt de ondersteuning af met het (in)formele netwerk van de cliënt. De cliënt heeft inspraak en kan indien nodig laagdrempelig en onafhankelijk een klacht indienen.

#### Norm 1.1.1

| Uitleg norm  | Oordeel             |
|--|---------------------|
| De cliënt bepaalt binnen de mogelijkheden, in samenspraak met de beroepskracht de hulpvraag en de doelen van de geboden ondersteuning. | Voldoet grotendeels |

#### Wat gaat goed?

- De hulpvraag en doelen worden samen met de cliënt vastgelegd in een individueel begeleidingsplan. Uit de cliëntgesprekken blijkt, dat cliënten betrokken worden bij het vaststellen van doelen en deze concreet kunnen benoemen. De gecontroleerde begeleidingsplannen waren door de cliënten ondertekend.
- ASVZ hanteert een jaarlijkse vragenlijst (formulier B) waarmee de Persoonlijk begeleider samen met de cliënt de situatie op verschillende leefgebieden in kaart brengt. De uitkomsten worden gewogen en vormen multidisciplinair de basis voor de begeleidingsdoelen.
- Halfjaarlijks vindt een evaluatiegesprek plaats met de Persoonlijk begeleider. Jaarlijks vindt een multidisciplinair overleg plaats met Orthopedagoog en Teammanager, waarbij familie kan aansluiten.

#### Wat moet beter?

- Doelen en afspraken zijn niet concreet, inzichtelijk en SMART geformuleerd. In beide gecontroleerde dossiers ontbreken streefdatums. Voortgangsbolletjes zijn in geen van de dossiers ingevuld. Hierdoor is de voortgang op doelen feitelijk niet te monitoren vanuit het dossier.
- Uit de cliëntgesprekken komt een wisselend beeld naar voren. Waar de ene cliënt zich betrokken voelt en ruimte ervaart om zaken aan te kaarten, geeft een andere cliënt aan, niet altijd gehoord te worden en uit ongemak het contact met de Persoonlijk begeleider soms te vermijden.
- Uit de cliëntgesprekken blijkt, dat de voortgang op doelen alleen wordt besproken tijdens de halfjaarlijkse evaluatie. Tussentijdse bespreking vindt niet structureel plaats.

### **Norm 1.1.2**

| Uitleg norm  | Oordeel                  |
|--|--------------------------|
| Beroepskrachten werken cyclisch. Zij leggen dit hele proces inzichtelijk vast. | Voldoet grotendeels niet |

#### *Wat gaat goed?*

- Er wordt regelmatig gerapporteerd in het cliëntdossier (ONS). ASVZ heeft beleid dat iedere dienst wordt gerapporteerd. In de praktijk wordt hiervan afgeweken; de rapportagefrequentie ligt doorgaans op maximaal twee dagen.
- Het dossier biedt de mogelijkheid om de beginsituatie en huidige situatie vast te leggen. De Orthopedagoog kan een cliëntbeeld opstellen met diagnostiek en behandelperspectief.
- Uit de medewerker gesprekken blijkt, dat Persoonlijk begeleiders wekelijks een PB-gesprek voeren met de cliënt. Deze gesprekken worden echter niet als zodanig geregistreerd in het dossier.

#### *Wat moet beter?*

- De cyclische werkwijze is onvoldoende zichtbaar in het dossier. Door het ontbreken van inhoudelijke evaluatieverslagen en het niet koppelen van rapportages aan doelen, is niet te achterhalen of er tussentijdse aanpassingen van het begeleidingsplan plaatsvinden en op welke basis.
- De rapportages worden niet gekoppeld aan de doelen uit het begeleidingsplan. In de dossiers is slechts één rapportage aangetroffen die betrekking had op een doel, maar deze was niet aan dat doel gekoppeld in het systeem. Zonder deze koppeling is de voortgang op doelen niet te reconstrueren vanuit het dossier. De rapportages zijn daarnaast niet methodisch ingericht: er is geen eenduidige rapportagemethode.
- Bij één dossier dateerde het meest recente evaluatieverslag van november 2024 en kon een recenter verslag niet worden getoond. Bij het andere dossier was het evaluatieverslag beperkt tot de constatering dat het gesprek was gevoerd, zonder inhoudelijke vastlegging.
- Het cliëntbeeld door de Orthopedagoog was in één dossier in concept (augustus 2025) en in het andere niet ingevuld. Er zijn geen vaste afspraken over hoe de Persoonlijk begeleider dit document raadpleegt.
- Uit de medewerker gesprekken blijkt, dat niet bekend is, binnen welke termijn een ondersteuningsplan na opname moet worden opgesteld.

### **Norm 1.2.3**

| <b>Uitleg norm</b>                              | <b>Oordeel</b>      |
|---|---------------------|
| De aanbieder beschikt over een klachtenregeling | Voldoet grotendeels |

#### *Wat gaat goed?*

- ASVZ beschikt over een klachtenregeling. Deze is zichtbaar aanwezig op de locatie. Cliënten kunnen incidenten of risicovolle situaties melden via het MIP-formulier (Melding Incident Personen). De bekendheid hiermee verschilt bij de cliënten.
- Cliënten hebben verschillende mogelijkheden om zaken waar zij ontevreden over zijn, te bespreken, waaronder bij de Persoonlijk begeleider, via maandelijkse huiskamergesprekken en bij een onafhankelijke vertrouwenspersoon. ASVZ voert elke drie jaar een cliëntervaringsonderzoek uit, geanalyseerd op verscheidene niveaus. Het laatste onderzoek (2023) kende een hoge respons en werd beoordeeld met een 9,7.

#### *Wat moet beter?*

- Uit de cliëntgesprekken blijkt, dat een melding van grensoverschrijdend gedrag door mogelijk een invalkracht, is gedaan door een cliënt. De cliënt geeft aan, dat hierop geen terugkoppeling is ontvangen. Het is onbekend of en welke actie is ondernomen.
- Uit de cliëntgesprekken blijkt, dat het onderscheid tussen een informele melding en een formele klacht niet duidelijk is gemaakt. Een expliciete toelichting op de klachtenprocedure wordt niet herkend.

### **Norm 1.4.1**

| <b>Uitleg norm</b>  | <b>Oordeel</b> |
|---|----------------|
| <i>Interne afstemming</i><br>De beroepskrachten stemmen onderling af over de ondersteuning van de cliënt. | Voldoet        |

#### *Wat gaat goed?*

- ASVZ werkt met een driehoek (Sectormanager, Orthopedagoog, meewerkend Teamleider) die maandelijks overlegt. De meewerkend Teamleider werkt circa 70% mee in de directe begeleiding.
- Er zijn dagelijkse overdrachtsmomenten (circa vijftien minuten) waarbij cliënten één voor één worden doorgenomen.
- Maandelijks vindt een teamoverleg/zorgoverleg plaats op basis van een vaste jaaragenda. De Orthopedagoog sluit hier deels bij aan voor het bespreken van cliënten en knelpunten in de begeleiding. Medewerkers kunnen zelf agendapunten inbrengen.
- Maandelijks bespreekt de Sectormanager organisatie-brede thema's met de Teammanagers. Deze thema's worden vervolgens in de teams besproken. In sommige situaties wordt met teams gesproken zonder de Teamleider, om vrijere feedback mogelijk te maken.

### **Norm 1.4.2**

| <b>Uitleg norm</b>   | <b>Oordeel</b> |
|--|----------------|
| <i>Externe afstemming met formele netwerk</i><br>De beroepskrachten stemmen de ondersteuning aan de cliënt af op andere vormen van geboden hulp of zorg. | Voldoet        |

#### *Wat gaat goed?*

- Het formele en informele netwerk wordt bij het cliëntbeeld geïnventariseerd en de contactgegevens worden vastgelegd in het dossier. Uit de cliëntgesprekken blijkt, dat de begeleiding contact onderhoudt met familieleden, werkgevers en het professioneel netwerk (huisarts, bewindvoerder). Cliënten tekenen hiervoor een toestemmingsverklaring.
- Jaarlijks vindt een multidisciplinair overleg plaats waarbij het netwerk kan aansluiten. Uit de cliëntgesprekken wordt de afstemming in de praktijk herkend.

## **4.2 Thema 2: Veiligheid**

### **Toelichting**

De aanbieder zorgt ervoor dat de ondersteuning veilig is. De aanbieder brengt veiligheidsrisico's samen met de cliënt in kaart en neemt maatregelen om de risico's te beperken. De aanbieder leert van incidenten en meldt calamiteiten en geweldsincidenten bij de toezichthouder. De aanbieder stelt beleid over veiligheid vast en voert dit uit in de praktijk. De begrippen 'calamiteit' en 'geweld bij de verstrekking van een voorziening' zijn gedefinieerd in artikel 1.1.1, lid 1 Wmo.

### **Norm 2.1.1**

| <b>Uitleg norm</b>   | <b>Oordeel</b>      |
|--|---------------------|
| De beroepskracht is zich bewust van de veiligheidsrisico's van cliënt. | Voldoet grotendeels |

#### *Wat gaat goed?*

- Bij opname van een cliënt wordt in het cliëntdossier een formulier ingevuld waarop diverse risico's in samenspraak met de cliënt in kaart worden gebracht. De Orthopedagoog maakt daarnaast een uitgebreid cliëntbeeld aan in het cliëntdossier waarin risico's worden benoemd. De risico's worden periodiek in kaart gebracht.
- In het cliëntdossier is er een mogelijkheid waarschuwingen op te nemen die in één oogopslag zichtbaar zijn. Voorbeelden hiervan zijn risico op vallen, MRSA of epilepsie.
- De geïnterviewde medewerkers zijn op de hoogte van de mogelijke risico's van de cliënten die zij als Persoonlijk begeleider begeleiden.

#### *Wat moet beter?*

- Risico's worden op verschillende plekken in het dossier vastgelegd zonder onderlinge samenhang.
- Medewerkers benoemen opvolgende acties vanuit risico's die niet zijn opgenomen in het cliëntdossier.
- Een duidelijke verbinding met het begeleidingsplan ontbreekt.

### **Norm 2.2.1**

| <b>Uitleg norm</b>   | <b>Oordeel</b>      |
|--|---------------------|
| De aanbieder borgt de veiligheid van de cliënten en beroepskrachten. | Voldoet grotendeels |

#### *Wat gaat goed?*

- Cliënten mogen bezoek ontvangen. Dit wordt bij de begeleiding gemeld. Logees mogen blijven na instemming van de medecliënten.
- Er is een Orthopedagoog verbonden aan de locatie. Deze is ook betrokken bij de Wmo-clieënten.
- ASVZ heeft een digitaal handboek Zenya met diverse protocollen en richtlijnen, ondermeer gericht op veiligheid. Medewerkers zijn op de hoogte van dit handboek.
- Zowel cliënten als medewerkers hebben aangegeven zich veilig te voelen.

#### *Wat moet beter?*

- Uit de cliëntgesprekken komen signalen van een verminderd gevoel van sociale veiligheid door de inzet van wisselende inhuurkrachten. Het ontbreken van vertrouwde gezichten wordt als oncomfortabel ervaren. Het veiligheidsbeleid is formeel goed ingericht, maar de beleving van sociale veiligheid bij de inzet van inhuurkrachten verdient aandacht.

### **Norm 2.2.3**

| <b>Uitleg norm</b>                 | <b>Oordeel</b>      |
|------------------------------------|---------------------|
| De aanbieder leert van incidenten. | Voldoet grotendeels |

#### *Wat gaat goed?*

- ASVZ heeft een intern meldsysteem (MIP). Via het cliëntdossier kan er eenvoudig een incidentmelding worden aangemaakt. Bij het aanmaken wordt een gradatie toegekend.
- Cliënten hebben zelf ook de mogelijkheid om een incident te kunnen melden.
- Er worden integrale kwaliteitsrapportages in het systeem aangemaakt. Deze zijn real time beschikbaar via dashboards. Bij ernstige incidenten wordt een PRISMA-analyse uitgevoerd.

#### *Wat moet beter?*

- ASVZ categoriseert incidenten op basis van ernst en kans op herhaling. Alleen incidenten in de "zware categorieën" worden intern geëscaleerd naar de Manager en kwaliteitsafdeling. Zij bepalen in samenspraak met het bestuur of er een externe melding nodig is. Binnen de "minder zware" categorieën kunnen ook meldingen voorkomen die voldoen aan de Wmo-meldplicht. Door het uitblijven van escalatie loopt ASVZ het risico, dat deze meldingen niet bij Toezicht Wmo worden gemeld.
- Toezicht Wmo ontving een kwartaal overzicht met een drietal incidenten. Een incident voldeed mogelijk aan de meldplicht volgens de Wmo. Het is niet duidelijk welke uitkomst nader onderzoek naar dit incident heeft opgeleverd. Ook ontbraken concrete verbetermaatregelen.
- Integrale incidentanalyses zijn geen vast bespreekpunt tijdens het teamoverleg.

### **Norm 2.3.1**

| <b>Uitleg norm</b>   | <b>Oordeel</b>      |
|--|---------------------|
| De aanbieder biedt een veilige, schone, passende en leefbare (woon)omgeving. | Voldoet grotendeels |

#### *Wat gaat goed?*

- De woongroepen zijn voorzien van periodiek gekeurde brandblussers, een EHBO-koffer en plattegronden met vluchtroutes. In de keuken is een blusdeken aanwezig. In alle openbare ruimten en op de cliëntkamers hangen rookmelders. Nooduitgangen zijn zichtbaar aangeduid en vrij van blokkades. In oktober 2025 vond een brandaudit plaats.
- Alle ruimten oogden optisch schoon, inclusief sanitair.
- De inrichting van de algemene ruimten is passend bij de doelgroep. Op de begane grond hangt een digitaal bord met planning, aanwezige begeleiders en taken.
- Er zijn duidelijk zichtbare huisregels. Deze zijn bekend bij de geïnterviewde cliënten.

#### *Wat moet beter?*

- De bezetting garandeert niet, dat er altijd een BHV-geschoolde medewerker op locatie is bij iedere client.
- Uit de cliëntgesprekken blijkt, dat niet alle cliënten ontruimingsoefeningen herkennen en dat brandveiligheidsrisico's niet met hen zijn besproken.

### **Norm 2.3.2**

| <b>Uitleg norm</b>  | <b>Oordeel</b> |
|---|----------------|
| In het geval van <u>intramurale ondersteuning en overbruggingszorg</u> :<br>Er is een vorm van 24-uurs toezicht georganiseerd en geborgd. | Voldoet        |

#### *Wat gaat goed?*

- Overdag is er minimaal één begeleider per woning aanwezig (vier in totaal). In de middag en avond op elke woning één (ondersteunende) begeleider. Dit wordt naarmate de avond vordert afgebouwd naar drie en vervolgens twee begeleiders.
- Vanaf 23.00 uur is een slapende nachtdienst aanwezig.
- Uit de cliëntgesprekken blijkt, dat de 24/7 bereikbaarheid als een belangrijke factor wordt ervaren in het gevoel van veiligheid. Cliënten geven aan, hier verscheidene malen buiten kantooruren gebruik van te hebben gemaakt.

## 4.3 Thema 3: Professionaliteit

### Norm 3.1.1

| Uitleg norm                                      | Oordeel |
|--|---------|
| De beroepskracht is vakbekwaam en gekwalificeerd | Voldoet |

#### *Wat gaat goed?*

- Volgens het beleid van ASVZ dienen ondersteunende begeleiders minimaal een MBO-niveau 2 diploma te hebben. Begeleiders moeten minimaal over een zorggerelateerd MBO-niveau 3 diploma te beschikken.
- In alle medewerkerdossiers zat een kopie van een passend diploma.
- Nieuwe medewerkers doorlopen een inwerkprogramma, bestaande uit een digitale kennismaking (Welkom bij App) en een bijeenkomst met de raad van bestuur, gevolgd door een tweedaagse training Triple C.
- ASVZ heeft verplichte scholingen voor alle medewerkers op de locatie: brandveiligheid (jaarlijks), privacy en gevoelige informatie (jaarlijks), Wet zorg en dwang (jaarlijks), vriendschap, relaties, intimiteit, seksualiteit en grensoverschrijdend gedrag (jaarlijks) en medicatie toedienen (tweejaarlijks). Daarnaast zijn maatwerktrainingen beschikbaar voor teams en individuele medewerkers.
- ASVZ beschikt over een afdeling Talentontwikkeling dat zich bezighoudt met de ontwikkeling van medewerkers (maatwerk- en generiek).

### Norm 3.1.3

| Uitleg norm  | Oordeel                  |
|--|--------------------------|
| Beroepskrachten en vrijwilligers en stagiaires beschikken over een passende VOG. | Voldoet grotendeels niet |

#### *Wat gaat goed?*

- ASVZ heeft de vergewisplicht in hun aannamebeleid geborgd. Dit betekent onder meer, dat een nieuwe medewerker over een geldig Verklaring Omtrent Gedrag (VOG) moet beschikken.
- Ook stagiairs en vrijwilligers moeten volgens ASVZ-beleid over een geldig VOG beschikken.
- ASVZ vraagt voor begeleiders een VOG op een specifiek profiel aan.
- Drie van de gecontroleerde medewerkerdossiers bevatte een geldig VOG.

#### *Wat moet beter?*

- Volgens het beleid van ASVZ moet het VOG van medewerker binnen de sector ondersteuning Thuis elke vijf jaar opnieuw worden aangevraagd. Voor de sector Wonen, waar Toon van Vlietstraat onder valt, geldt deze regel echter niet. De gemeente Rotterdam hanteert als beleidsregel dat een VOG niet ouder dan vijf jaar mag zijn. Een medewerkersdossier bevatte een VOG ouder dan vijf jaar.
- In één medewerkersdossier ontbrak de VOG.

## **BIJLAGE 1 GERAADPLEEGDE DOCUMENTEN**

- Proces maken en actueel houden van het Plan en beeldvorming
- Proces start nieuwe cliënt of nieuw product
- Route naar zorg — proces
- Uitvoeren zorg — proces
- MIP — proces
- Klachtenregeling medewerkers
- Klachtenregeling cliënten
- Medewerkers en ASVZ 5 jaar vooruit
- MTO maart 2024 Toon van Vlietstraat
- MIPs en verbeteracties 2025
- Nachtzorg — werkinstructie
- Cliëntervaringsonderzoek ASVZ 2023 — Wonen/Dagbesteding
- Agenda werkoverleg Teamleider
- BHV opzetten bedrijfshulpverlening — werkinstructie
- Medicatieprotocol
- Huisregels ASVZ
- 2026 maandplanner
- Verplichte thema's

## **BIJLAGE 2 REACTIE AANBIEDER**

Beschermd Wonen is een vorm van woon-zorg die cruciaal is voor een kwetsbare doelgroep. Terecht dat de gemeente daarom ook controles naar de kwaliteit uitvoert. ASVZ heeft van harte willen meewerken en zal de aanbevelingen overnemen. Het blijft wel bijzonder om te constateren dat er sprake is van afwijkende eisen voor het WLZ- en het WMO-aanbod terwijl onze bewoners dezelfde zorg krijgen.

raad van bestuur

1 juni 2026