



GEDRAGSCODE BESCHERMD WONEN TWENTE

Versie 3



Uitgegeven door:

Bureau WOESD
www.woesd.nl
info@woesd.nl
053-5745736

Versie 3, september 2021



Inhoud

1	Voorwoord.....	3
2	Inleiding.....	4
3	De gedragscode.....	5
3.1	Achtergronden van de gedragscode.....	5
3.2	Preventieve toets bedrijfsmatige aspecten.....	6
3.3	Systeemeisen en ontwikkelingen.....	6
3.3.1	Participatie.....	6
3.3.2	Beleving en waardering van de diensten.....	7
3.3.3	Metten van resultaten en effecten.....	7
3.4	Gedragscode versie 3.....	8
3.4.1	Eisen aan de beroepskracht.....	8
3.4.2	Eisen aan de organisatie.....	8
3.4.3	Eisen aan de dienst.....	9
3.4.4	Eisen aan het resultaat.....	9
4	De audit.....	10
4.1	Het auditproces.....	10
4.1.1	Zelfevaluatie.....	11
4.1.2	Informatie naar de auditcommissie.....	11
4.1.3	Instellingsbezoek.....	11
4.1.4	Terugkoppeling bevindingen.....	11
4.1.5	Rapportage.....	11
4.1.6	Cesuur.....	12
4.2	Kosten en verrekening.....	13
4.2.1	Preventieve toets.....	13
4.2.2	Audit en Her-audit.....	13
5	Klachten en geschillen.....	14
	Bijlage 1: Overzicht documenten.....	15
	Bijlage 2: Definitie doorstroom en uitstroom.....	16
	Bijlage 3: Preventieve toets bedrijfsmatige aspecten.....	17
	Bijlage 4: Vragenlijst Zelfevaluatie.....	19
	Bijlage 5: Definities zelfredzaamheid en participatie.....	22
	Bijlage 6: Wijziging score systematiek.....	25



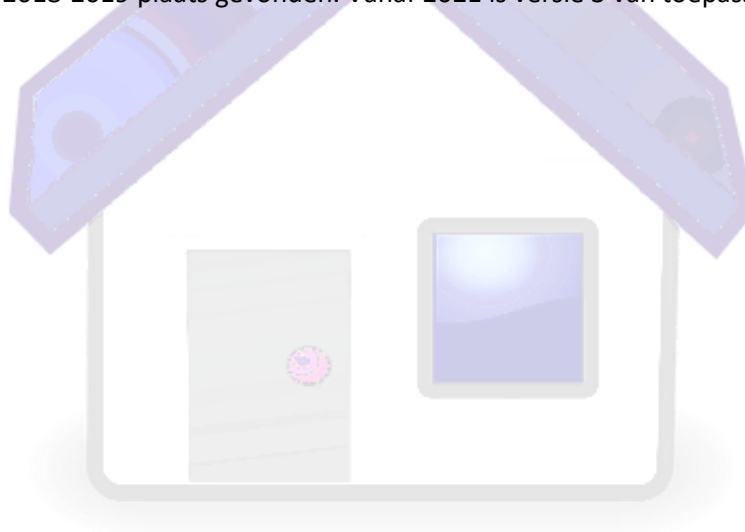
1 Voorwoord

Bij de ontwikkeling van de gedragscode in 2015 is een twintigtal zorgaanbieders uit de regio Twente betrokken geweest. Zij hebben de gedragscode, de wijze waarop zij kwaliteit willen leveren en (laten) toetsen aan de centrumgemeenten Almelo en Enschede aangeboden. Beide gemeenten hebben de gedragscode en de daarbij behorende auditsystematiek erkend als middel om de kwaliteit van het zorgaanbod te kunnen toetsen zoals de Wmo 2015 vereist.

Tijdens de ontwikkeling van de gedragscode is overeengekomen dat de gedragscode een instrument dient te zijn dat zelf (ook) aan verbetering onderhevig dient te zijn. Na elke auditronde, dus in principe elke twee jaar wordt de gedragscode en de auditsystematiek aangepast op basis de ontwikkelingen in wet- en regelgeving als ook naar aanleiding van de ervaringen die tijdens de auditronde zijn opgedaan.

In de tekst van de gedragscode wordt verwezen naar documenten die in de periode 2016-2020 zijn verschenen in het kader van de ontwikkeling van de gedragscode en/of de auditsystematiek. Een overzicht van deze documenten is opgenomen in bijlage 1.

De aanduiding van de versies van de Gedragscode Beschermd Wonen Twente en de daarbij ontwikkelde auditsystematiek is gewijzigd. De eerste ronde audits (versie 2016-2017) is in 1,5 jaar afgerond. Het certificaat/keurmerk is in principe twee jaar geldig. Tijdens de tweede rond audits (versie 2018-2019) kwamen enkele nieuwe aanbieders op de markt en bleek het voor aanbieders met veel locaties niet mogelijk om deze alle binnen een korte periode te laten beoordelen. Begin 2020 waren nog niet alle organisaties en/of locaties voor een reguliere 1^e (bij nieuwe aanbieders) of 2^e ronde bezocht voor een audit. Als gevolg van de Covid 19 maatregelen zijn enkele audits die in april en mei 2020 gepland waren, verschoven. In het najaar 2020 hebben de laatste audits en her-audits met de versie 2018-2019 plaats gevonden. Vanaf 2021 is versie 3 van toepassing.





2 Inleiding

De gedragscode voor Beschermd Wonen Twente versie 3 is gebaseerd op:

- De gedragscode voor Beschermd Wonen Twente versie 2018-2019:
- De ervaringen uit de tweede ronde audits op basis van de gedragscode 2018-2019. De belangrijkste wijzigingen zijn:
 - Naar aanleiding van de eerste ronde audits en de, in die periode, toetreding van nieuwe aanbieders beschermd wonen, is de eerste versie van de 'Preventieve toets op bedrijfsmatige aspecten van zorgaanbieders' ontwikkeld. De preventieve toets is een uitwerking van de 'eisen aan de organisatie' van de gedragscode en wordt in principe éénmalig uitgevoerd, voordat een financieringsrelatie wordt aangegaan. Op verzoek van de opdrachtgever¹ kan de toets voor bedrijfsmatige aspecten vaker worden toegepast, bijvoorbeeld na wijziging van de organisatiestructuur, reorganisaties of andere organisatorische wijzigingen die de uitvoering van de dienstverlening in beschermd wonen kunnen beïnvloeden. In de bedrijfsmatige toets wordt beoordeeld of de middelen die voor zorg c.q. beschermd wonen bedoeld zijn, ook daarvoor worden ingezet als de zeggenschaps- en/of financieringsrelaties wijzigen. In de periode waarin de 2^e ronde audits plaats vond is ook de preventieve toets diverse keren uitgevoerd. De ervaringen uit de praktijk hebben geleid tot wijzigingen in de eisen;
 - In de 2^e ronde is de gedragscode ge-audit op locatieniveau in plaats van op organisatie niveau (zoals tijdens de 1^e ronde audits in 2016-2017). De ervaringen met het auditen op locatieniveau hebben geleid tot wijziging van de eisen en/of de aanpak bij de audit zoals in (deze) versie 3 is beschreven;
- Wet en regelgeving zijn gewijzigd. Bijvoorbeeld de omgevingswet en in aanloop naar 2021 heeft de door-decentralisatie van beschermd Wonen plaats gevonden en is een nieuwe scheidslijn bepaald wat onder beschermd wonen (Wmo) en langdurige zorg (Wlz) valt;
- Inhoudelijke aanpassing van enkele normen waarvan bleek dat ze niet meer relevant zijn of onvoldoende eenduidigheid over de reikwijdte en/of betekenis opleverden.

In de periode 2016 tot en met 2020 is ten behoeve van de Gedragscode voor Beschermd Wonen en de auditsystematiek een aparte commissie voor klachten en geschillen actief geweest. De commissieleden hebben een bijdrage geleverd aan de ontwikkeling van de gedragscode en de auditsystematiek. De commissie zal vanaf de toepassing van deze versie van de gedragscode een tijdelijke bezetting hebben. Als zich een klacht of geschil voordoet, wordt een commissie gevormd met maximaal drie onafhankelijke leden.

¹ Waar in de voorgaande versie nog 'financier' werd gebruikt, wordt vanaf deze versie 'opdrachtgever' toegepast.



3 De gedragscode

Versie 3 van de gedragscode is het resultaat van de door-ontwikkeling van de eisen en de werkwijze bij het toetsen van de eisen, de auditsystematiek. De belangrijkste ontwikkelingen vanuit gewijzigde wet- en regelgeving en/of inzichten op basis van de tweede ronde audits zijn:

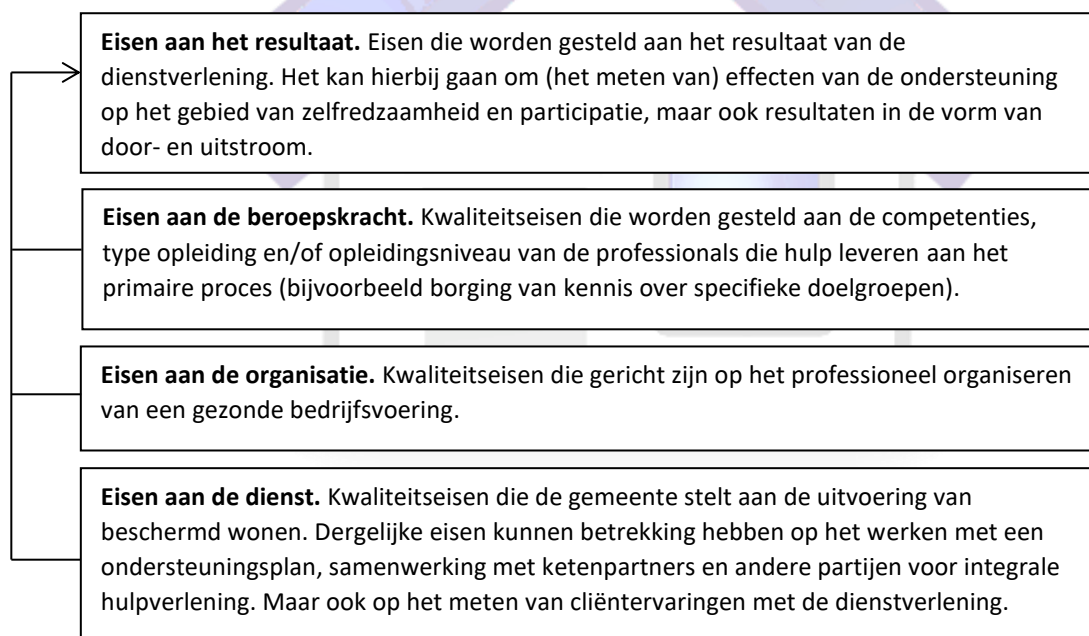
- De scheiding tussen langdurige zorg (vanuit beschermd wonen) op basis van de Wlz en beschermd wonen op basis van de Wmo per 1 januari 2021 en de daaruit voortkomende effecten. Beschermd wonen vanuit het perspectief van de Wmo is, meer dan voorheen, gericht op het ontwikkelen van zelfredzaamheid en participatie;
- Afspraken over de wijze waarop gerapporteerd wordt over de kwaliteit van dienstverlening, de resultaten en effecten op het gebied van zelfredzaamheid en participatie;
- Afspraken m.b.t. de definiëring van 'ernstige incidenten', 'geweld' en 'calamiteiten' en de wijze waarop de zorgaanbieder hier mee om gaat;
- Naast de beoordeling van locaties voor beschermd wonen wordt een beoordeling gegeven van andere vormen van beschermd wonen zoals modulair wonen in de wijken.

Paragraaf 3.1 beschrijft kort de oorsprong en principes die aan de gedragscode ten grondslag liggen. De wijzigingen in de gedragscode bestaan uit de ontwikkeling van de preventieve toets, paragraaf 3.2 en inhoudelijke aanscherpingen en/of wijzigingen van de eisen zoals in paragraaf 3.3 beschreven. De aangepaste eisen van de gedragscode zijn weergegeven in paragraaf 3.4.

De ontwikkeling van de auditsystematiek betreft de toetsing per locatie als ook toetsing van de eisen bij andere vormen van beschermd wonen en is in hoofdstuk 4 beschreven.

3.1 Achtergronden van de gedragscode

De gedragscode is gebaseerd op de 'Handreiking kwaliteitskader Beschermd Wonen' uitgegeven door het Transitiebureau Wmo in 2014. Dit kader beschrijft de bouwstenen van kwaliteit:



Om de cliëntgerichtheid te illustreren zijn in het schema de pijlen aangegeven die het uiteindelijke doel, het resultaat voor de cliënt c.q. bewoner, benadrukken.



De kernwaarden voor de dienstverlening bij beschermd wonen zijn vastgesteld in overleg en afstemming met bewoners. De kernwaarden zijn:

- **Stabiliteit:** bewoners hebben vaak langere tijd geen stabiele woon- en/of leefsituatie ervaren. Dit heeft een negatieve invloed op hun kwaliteit van leven. De zorgaanbieder die hen stabiliteit biedt (rust, reinheid, regelmaat) creëert een situatie waarin de bewoner tot rust kan komen en (weer) kan werken aan de eigen ontwikkeling.
- **Veiligheid:** bewoners zijn kwetsbaar. Zij ervaren problemen die zij zonder ondersteuning het hoofd niet kunnen bieden. Een veilige omgeving, zowel in fysieke als sociale opzichten is noodzakelijk om de problemen aan te kunnen pakken.
- **Gelijkwaardigheid:** als je kwetsbaar bent en afhankelijk van ondersteuning, wil dat niet zeggen dat je als mens niet gelijkwaardig bent aan je begeleider of andere medewerkers van de zorgaanbieder. Een gelijkwaardige relatie tussen bewoner en begeleider biedt de meeste kans op een positieve ontwikkeling.
- **Geborgenheid:** je wilt je thuis kunnen voelen bij de zorgaanbieder. Je wilt je eigen leven in je eigen (woon)omgeving kunnen realiseren.

De gedragscode is uitgewerkt volgens de indeling van het kwaliteitskader. De inhoudelijke eisen en waarden zijn in hoofdzaak beschreven op basis van de vier kernwaarden. Daarnaast zijn eisen beschreven op basis van wettelijke of regionale (beleids)regels of verordeningen.

3.2 Preventieve toets bedrijfsmatige aspecten

De 'preventieve toets bedrijfsmatige aspecten voor zorgaanbieders'² maakt integraal deel uit van de gedragscode en wordt uitgevoerd bij het aangaan van een nieuwe financieringsrelatie met een zorgaanbieder. De preventieve toets onderzoekt de juridische (zeggenschap), financiële en bedrijfsmatige structuur en relaties van een organisatie en de aan haar gelieerde partijen. In de preventieve toets is opgenomen dat bij wijziging van de genoemde aspecten, de organisatie dit verplicht meldt aan de opdrachtgever. Wordt aan deze eis niet voldaan dan staat het de opdrachtgever vrij de subsidierelatie te beëindigen.

De opdrachtgever heeft de mogelijkheid om, naast de preventieve toets, gedurende de uitvoering van de dienstverlening een 'toets op de bedrijfsmatige aspecten voor zorgaanbieders' (conform de preventieve toets) te laten uitvoeren ter beoordeling van de kwaliteit van de organisatie. De kosten hiervoor worden gedragen door de opdrachtgever.

3.3 Systemeisen en ontwikkelingen

Voor de eerste ronde audits bestond de gedragscode uit een aantal systemeisen die minimaal met een voldoende dienden te worden beoordeeld en een aantal ontwikkelingen om zorgaanbieders de gelegenheid te bieden documenten, protocollen, werkprocessen en/of vaardigheden te ontwikkelen teneinde te kunnen voldoen aan de eisen. Dit illustreert een belangrijk doel van de gedragscode, namelijk om een instrument te zijn dat gericht is op voortdurende verbetering van de kwaliteit.

In versie 3 zijn de eisen 12, 14 en 16 gewijzigd. Eis 12 is gericht op dagactiviteiten en participatie (ontwikkeleis), eis 14 is van ontwikkelings eis gewijzigd in een systeem-eis, eis 16 blijft een ontwikkelings eis.

3.3.1 Participatie

Eis 12 van de gedragscode luidde voorheen: "De zorgaanbieder komt de verwachtingen die zij wekt naar de bewoners na". In de bespreking van de concept versie 3 (juni 2021) is besloten om de eis in deze vorm te laten vallen omdat de tekst voor meerdere uitleg vatbaar was. Hiervoor in de plaats is

² Zie bijlage 3



een ontwikkelings opgenomen met betrekking tot participatie, meer in het bijzonder in relatie tot de dagelijkse activiteiten.

Participatie: *actieve deelname aan het maatschappelijk verkeer* (Wikipedia)

Eis 12 is op grond van bovenstaande als volgt geformuleerd:

De zorgaanbieder zorgt ervoor dat de dagelijkse activiteiten de participatie van de bewoner bevorderen.

Met dagelijkse activiteiten worden zowel de dagactiviteiten in engere zin als de vrije tijds activiteiten bedoeld. De eis geeft aan dat de zorgaanbieder in de begeleiding en ondersteuning er voor zorgt dat bewoners mogelijkheden hebben om actief mee te doen aan de samenleving.

3.3.2 Beleving en waardering van de diensten

In de auditronde op basis van de gedragscode versie 3 zal eis nr. 14 als een systeemeis worden beoordeeld. Minimaal 1x per twee jaar dient een dergelijk onderzoek plaats te vinden. De uitkomsten van het onderzoek en de acties die de organisatie op grond daarvan genomen heeft, worden tijdens de audit beoordeeld.

De diensten die worden geleverd alsook de wijze waarop ze worden geleverd, worden beoordeeld door bewoners. Zij kunnen hun ervaring en/of waardering langs onafhankelijke weg kenbaar maken.

3.3.3 Meten van resultaten en effecten

Eis 16 stelt dat de zorgaanbieder de resultaten en effecten op het gebied van zelfredzaamheid en participatie meet.

Het doel van eis nr. 16 is om te kunnen voldoen aan de wettelijk eis: *“Indien een subsidie op een wettelijk voorschrift berust, wordt ten minste eenmaal in de vijf jaren een verslag gepubliceerd over de doeltreffendheid en de effecten van de subsidie in de praktijk, tenzij bij wettelijk voorschrift anders is bepaald³.”*

De doeltreffendheid en effecten van de subsidie voor beschermd wonen dienen te worden bepaald voor de doelen die in de Wmo zijn opgenomen: zelfredzaamheid en participatie.

Zelfredzaamheid: *in staat zijn tot het uitvoeren van de noodzakelijke algemene dagelijkse levensverrichtingen en het voeren van een gestructureerd huishouden.* In bijlage 5 is een uitwerking opgenomen van ‘algemeen dagelijkse levensverrichtingen’ en een ‘gestructureerd huishouden’.

“Zelfredzaamheid wil niet per se zeggen dat de persoon zélf overal toe in staat is. De zelfredzaamheid van een persoon kan ook versterkt worden door de inzet van huisgenoten, het netwerk rond de persoon, mantelzorg, of een vrijwilliger die ondersteunende taken verricht. Verder kan het gebruik van algemeen gebruikelijke voorzieningen bijdragen aan de zelfredzaamheid.” (Ondersteunings Team Decentralisaties Rotterdam).

Participatie: Eis 12 is opgenomen in deze versie van de gedragscode om meer inzicht te krijgen in de wijze waarop zorgaanbieders met participatie omgaan.

In audits vanaf 2021 wordt getoetst of de ondersteuning, waarvan de resultaten zichtbaar worden in de zorg- of begeleidingsplannen en -rapportages zich zodanig ontwikkelt dat het mogelijk wordt de resultaten en effecten op organisatieniveau meetbaar te maken.

³ Artikel 4.24 Awb



3.4 Gedragscode versie 3

3.4.1 Eisen aan de beroepskracht

1. De organisatie toont aan dat haar medewerkers een opleiding hebben die minimaal voldoet aan het niveau dat voor het leveren van Wmo diensten⁴ vereist is en aansluit bij haar missie/doelstelling en bij de specifieke behoeften van bewoners⁵.
2. De samenstelling van het medewerkersbestand op locatieniveau is zodanig dat de kernwaarde 'stabiliteit' voor bewoners kan worden gerealiseerd. De dienstverlening is gebaat bij een passende verhouding tussen vaste en tijdelijke arbeidsovereenkomsten en uitzendkrachten. Stabiliteit wordt ook afgemeten aan het (gemiddeld) ziekteverzuim van het team per locatie over de twee jaren voorafgaand aan de audit en aan wisselingen in de teamsamenstelling.
3. Medewerkers kunnen desgevraagd aangeven waarom hun opleiding (zowel het type opleiding als het niveau van de opleiding) en ervaring past bij de missie/doelstelling en bij de bewoners die zij ondersteunen.
4. Medewerkers kunnen aangeven wat de missie/doelstelling van de organisatie is en welke unieke aspecten (identiteit) daarin staan. Daarnaast kunnen zij vertellen hoe zij dit in praktijk brengen.
5. Stabiliteit en het voorkomen van shopgedrag door bewoners: de begeleiding die wordt gegeven door medewerkers is er op gericht een zo stabiel mogelijke situatie te creëren (rust, reinheid, regelmaat) waarin bewoners zich maximaal kunnen ontwikkelen.
6. De organisatie toont aan dat medewerkers een VOG hebben die niet ouder is dan drie jaar. Voor medewerkers die dit niet hebben (uitzonderingsregel) is aangegeven waarom dit niet het geval is, welke argumenten er zijn om de medewerker aan te houden. Hierin dient de relatie met de missie/doelstelling van de zorgaanbieder te zijn beschreven. De 'zorg in natura' financier van Beschermd Wonen bepaalt of de uitzonderingsregel kan worden toegepast.
7. De organisatie draagt zorg voor deskundigheidsbevordering, supervisie, intervisie en/of werkbegeleiding van medewerkers zodat zij hun werkzaamheden adequaat kunnen uitvoeren.

3.4.2 Eisen aan de organisatie

8. De zorgaanbieder voldoet aan de verordening en beleidsregels die door de centrumgemeente zijn vastgesteld en handelt conform de daarin opgenomen werkwijzen en protocollen.⁶
9. De zorgaanbieder voldoet op alle locaties aan de (brand)veiligheidseisen die wettelijk voor zelfstandige wooneenheden zijn bepaald als ook aan eventuele specifieke eisen die door de gemeente waar de locatie gevestigd is, zijn vastgesteld.
10. De zorgaanbieder draagt er zorg voor dat medezeggenschap van medewerkers én bewoners geborgd is in de organisatie;
11. De zorgaanbieder zorgt voor een adequate klachtenregeling;
12. *De zorgaanbieder zorgt ervoor dat de dagelijkse activiteiten de participatie van de bewoner bevorderen (ontwikkeleis);*
13. De zorgaanbieder draagt zorg voor een onafhankelijke vertrouwenspersoon voor bewoners en voor medewerkers die bekend en goed bereikbaar is.

⁴ De opleidingseisen sluiten aan bij de regionale inkoopseisen voor de Wmo.

⁵ De term 'bewoner' wordt gebruikt voor iemand die ondersteuning ontvangt op basis van een beschikking voor beschermd wonen vanuit de Wmo.

⁶ De wijze waarop om dient te worden gegaan met het protocol 'ernstige incidenten, geweld en/of calamiteiten' is uitgewerkt in paragraaf 3.4.1.



3.4.3 Eisen aan de dienst

14. De diensten die worden geleverd alsook de wijze waarop ze worden geleverd, worden beoordeeld door bewoners. Zij kunnen hun ervaring, beleving en/of waardering langs onafhankelijke weg kenbaar maken. Hiervoor vindt minimaal 1x per twee jaar een onafhankelijk onderzoek plaats. De rapportage van het onderzoek is beschikbaar voor de eerstvolgende audit voor de gedragscode;
15. Samenwerking in de keten: ketenpartners zorgen ervoor dat de bewoner in elke fase gebruik moet kunnen maken van de begeleiding die het beste bij hem of haar past. Dat kan betekenen dat een bewoner, al dan niet tijdelijk, naar een andere zorgaanbieder gaat.

3.4.4 Eisen aan het resultaat

16. De zorgaanbieder meet de resultaten en effecten op het gebied van zelfredzaamheid en participatie⁷ (ontwikkeleis);
17. De zorgaanbieder meet de (resultaten van) doorstroom en uitstroom⁸ van bewoners.

Op basis van bovenstaande eisen zijn vragen uitgewerkt in een vragenlijst⁹ die dient als leidraad voor het opstellen van de zelfevaluatie, voorafgaand aan een audit en voor het voeren van gesprekken met bewoners en begeleiders tijdens een audit.



⁷ Zie toelichting op zelfredzaamheid en participatie in paragraaf 3.3 en bijlage 5.

⁸ De definities van doorstroom en uitstroom zijn weergegeven in bijlage 1.

⁹ Zie bijlage 4.



4 De audit

Het auditproces voor de gedragscode is opnieuw beschreven. De ervaringen uit de audits van de tweede ronde hebben geleerd dat het toetsen van de eisen op locatieniveau, waar de ondersteuning dagelijks vorm krijgt, een beter beeld geeft op de kwaliteit van dienstverlening dan het toetsen op organisatieniveau. De kwaliteit 'op de werkvloer' wordt voornamelijk bepaald door de locatie c.q. de huisvesting en de begeleiding c.q. het team.

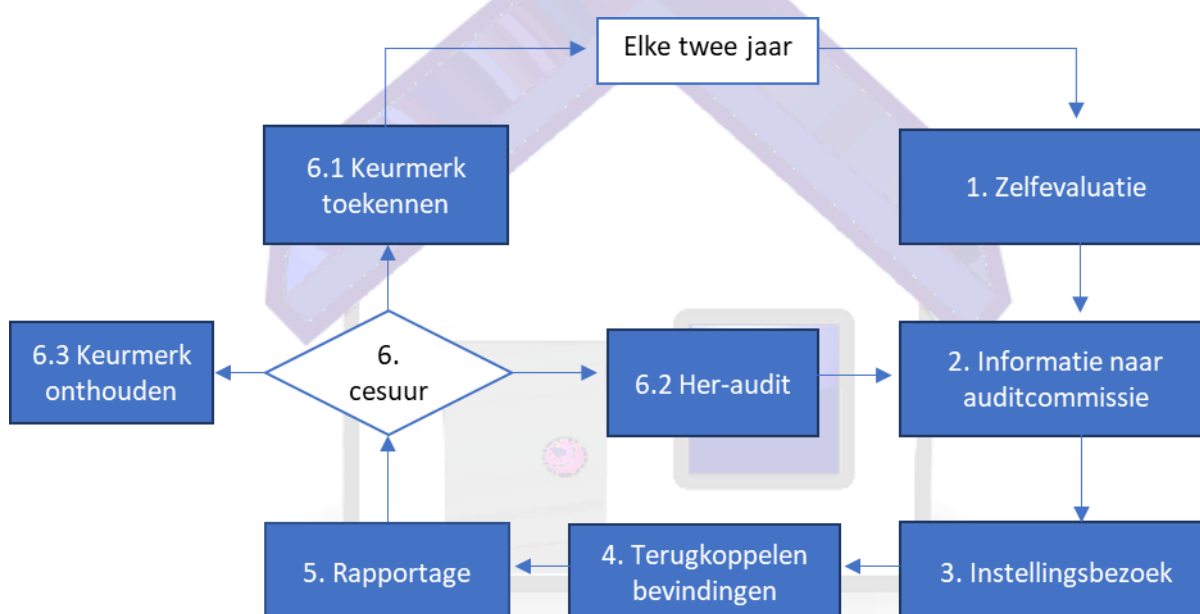
Doordat enkele organisaties veel locaties in gebruik hebben bleek het in de tweede ronde audits niet mogelijk om deze in één te ronde allemaal te bezoeken. In een dergelijke situatie zullen jaarlijks een aantal locaties worden beoordeeld zodat de locaties van de organisatie toch elke twee jaar worden ge-audit.

In de derde ronde zal bijzondere aandacht worden besteed aan bewoners die niet (meer) op een locatie wonen waar meerdere bewoners gehuisvest zijn.

In de tweede ronde audits is sprake geweest van meerdere her-audits omdat niet elke systeemeis een beoordeling 'voldoende' kreeg. Per situatie zijn afspraken gemaakt over het op orde brengen van de betrokken eis. Bij situaties die in de uitvoering van de dienstverlening een aanzienlijk risico vormden, bijvoorbeeld de voorzieningen voor de brandveiligheid, diende dat op korte termijn te worden. Bij situaties waar een beleidswijziging of organisatieverandering was doorgevoerd die nog op locaties moest worden geïmplementeerd, is meer tijd gegeven en een keurmerk/certificaat voor bijvoorbeeld een jaar afgegeven.

4.1 Het auditproces

Het auditproces is weergegeven in bijgaand stroomschema:



Figuur 1: Stroomschema auditproces

Een audit vindt in principe elke twee jaar plaats. In de ideale situatie vindt in het jaar na een audit een onafhankelijk tevredenheids-, belevings- of waarderingsonderzoek (conform eis 14) plaats. In het jaar daarop volgend vindt weer een audit plaats waarin de bevindingen van en de acties naar aanleiding van het onderzoek worden beoordeeld.



In de 'Handleiding Audit Gedragscode Beschermd Wonen'¹⁰ zijn de verschillende aspecten van het auditproces uitgewerkt. Hier wordt volstaan met een korte omschrijving per onderdeel.

4.1.1 Zelfevaluatie

Bij de zelfevaluatie beschrijft de zorgaanbieder:

- De antwoorden op algemene en specifieke vragen¹¹ die in de auditronde van toepassing zijn;
- Eventuele wijzigingen in de visie op hulpverlening, de gehanteerde methoden en/of instrumenten en hoe wijzigingen zijn doorgevoerd in de werkprocessen;
- Wat gedaan is met de uitkomsten van eerdere audits;
- Wat gedaan is met de uitkomsten van Cliënt Tevredenheid Onderzoek (CTO), Cliënt Ervaring Onderzoek (CEO) dan wel Cliënt Waardering Onderzoek (CWO).

4.1.2 Informatie naar de auditcommissie

Uiterlijk 10 dagen voorafgaand aan de audit wordt de zelfevaluatie plus bijbehorende informatie naar de auditcommissie verzonden.

De auditcommissie beoordeelt de toegezonden informatie en neemt uiterlijk een week voorafgaand aan het auditbezoek contact op om het programma van het bezoek af te stemmen.

4.1.3 Instellingsbezoek

De eisen van de gedragscode worden door middel van een bezoek per locatie getoetst. Daarnaast wordt aandacht besteed aan andere vormen van beschermd wonen zoals bijvoorbeeld modulair wonen.

Tot en met de 2^e auditronde bepaalde de organisatie met welke bewoners de auditcommissie in gesprek ging. Bij de audits in de derde ronde zal voorafgaand aan de audit met de opdrachtgever van beschermd wonen worden afgestemd of tijdens het instellingsbezoek op specifieke aspecten dient te worden getoetst en/of een gesprek met specifieke bewoners aan de orde is.

4.1.4 Terugkoppeling bevindingen

In de eerste ronde audits is aan het eind van de dag van het auditbezoek direct een terugkoppeling van de eerste bevindingen gegeven. In de tweede ronde is dat niet na elk auditbezoek gedaan bij bezoek aan meerdere locaties. Dit leverde soms onduidelijkheid op over het oordeel en de argumenten die later in de rapportage werden genoemd. De directe terugkoppeling van de bevindingen zal op organisatieniveau weer worden ingepland na een (serie) locatie bezoek(en) zodat zich geen verrassingen over het oordeel voordoen als de rapportage wordt ontvangen.

4.1.5 Rapportage

De rapportage van het instellingsbezoek zal uiterlijk een maand na de terugkoppeling van de eerste bevindingen worden aangeleverd aan de contactpersoon van de zorgaanbieder.

De rapportage gebeurt op locatie niveau en/of een rapportage voor andere vormen van beschermd wonen die niet op 1 locatie zijn geconcentreerd.

De uitkomst van de rapportage wordt gemeld aan de gemeente, inclusief de eventuele afspraken over een her-audit (doorlooptijd, onderdelen voor de her-audit).

¹⁰ Versie 2016, bureau WOESD

¹¹ Zie bijlage 4



4.1.6 Cesuur

Om te bepalen in welke mate aan een eis is voldaan geeft de auditcommissie een score¹² voor de eisen 1, 2, 3, 4, 5, 7, 10, 11, 12, 13, 15, 16:

1. Onvoldoende : de aanbieder voldoet niet aan de eis
2. Matig : de aanbieder voldoet niet volledig aan de eis, verbetering is noodzakelijk
3. Voldoende : de aanbieder voldoet precies aan de eis, verbetering is mogelijk
4. Goed : de aanbieder voldoet ruim aan de eis, verbetering is niet noodzakelijk
5. Uitstekend : voldoet zodanig aan de eis dat de realisatie uitstijgt boven de norm en een voorbeeld is voor andere aanbieders

Voor de eisen 6, 8, 9, 14 en 17 is een beoordeling 'beschikbaar/aanwezig' (voldoet aan de eis) dan wel 'niet beschikbaar/aanwezig' (voldoet niet aan de eis) van toepassing.

De cesuur voor het keurmerk voor de gedragscode versie 3 is hierna uitgewerkt.

4.1.6.1 Keurmerk voor 2 jaar

Het keurmerk wordt voor 2 jaar toegekend als alle systeemeisen (1 tot en met 11, 13 tot en met 15 en eis 17) minimaal met een 'voldoende' zijn beoordeeld.

4.1.6.2 Her-audit

Eis	Her-audit na	toetsing op
1	6 mnd	aanmelding voor opleiding die binnen 6 maanden start of EVC traject gestart
2*	1 mnd 12 mnd	plan voor realiseren stabiliteit in het team is na 1 maand gereed. Na 12 maanden wordt getoetst of het resultaat voldoende is. Idem bij nieuw team.
3	3 mnd	realisatie norm
4	3 mnd	realisatie norm
5	-	
6	3 mnd	realisatie norm
7	-	
8	-	
9	3 mnd	realisatie norm
10	3 mnd	realisatie norm
11	1 mnd	realisatie norm
12	nvt	<i>ontwikkeleis</i>
13	-	
14	-	
15	-	
16	nvt	<i>ontwikkeleis</i>
17	-	

* eis 2: bij een nieuw team wordt i.p.v. de verhouding vast/tijdelijke contracten (80/20) beoordeeld of de aanpak van de aanbieder vertrouwen geeft in de realisatie van de eis op termijn.

Als op maximaal twee van de systeemeisen 1, 2, 3, 4, 6, 9, 10, 11 minder dan voldoende wordt gescoord, wordt een her-audit uitgevoerd na de in kolom 2 aangegeven periode. Er wordt een tijdelijk en voorwaardelijk keurmerk toegekend tot het moment waarop de her-audit wordt uitgevoerd.

¹² De score systematiek is gewijzigd ten opzicht van de vorige versie. Zie bijlage 6.



4.1.6.3 Keurmerk onthouden

Het keurmerk wordt onthouden als:

- na de audit op 1 van de systeemeisen 5, 7, 8, 13, 14, 15, 17 geen voldoende (of niet beschikbaar/aanwezig) wordt gescoord;
- of
- na de audit op meer dan 2 van de systeemeisen 1, 2, 3, 4, 6, 9, 10, 11 minder dan een voldoende (of niet beschikbaar/aanwezig) wordt gescoord;
- of
- na de her-audit op 1 van de systeemeisen minder dan een voldoende (of niet beschikbaar/aanwezig) wordt gescoord.

4.2 Kosten en verrekening

4.2.1 Preventieve toets

De preventieve toets wordt uitgevoerd op verzoek van een nieuwe aanbieder. Dezelfde toets, eventueel aangevuld met een analyse en beoordeling van de overige eisen van de gedragscode kan op verzoek van een aanbieder of van een opdrachtgever, bijvoorbeeld bij wijziging van de statuten van de aanbieder, worden uitgevoerd.

De kosten voor een standaard (preventieve) toets bedragen € 1385. Voor een aangepaste toets wordt een aparte overeenkomst en prijsopgave gemaakt.

4.2.2 Audit en Her-audit

Voor de audits vanaf 2021 zijn de volgende uitgangspunten van toepassing:

- Het audit team bestaat uit de onafhankelijke auditor (voorzitter) en een medewerker-auditor. De medewerker auditor ontvangt voor de werkzaamheden een vergoeding:
 - € 250 wordt verrekend met de aanbieder als de medewerker-auditor een dag deel uitmaakt van het team en de rapportage mee beoordeelt;
 - € 450 wordt verrekend met de aanbieder als de medewerker-auditor een dag deel uitmaakt van het team én de concept rapportage opstelt;
- Certificering vindt per locatie plaats. Naast de locaties worden ook andere vormen van beschermd wonen beoordeeld. Hiervoor wordt het keurmerk gehanteerd alsof het 1 locatie betreft;
 - De kosten voor de audit bedragen € 1985 inclusief bezoek aan 1 woonlocatie en/of gesprekken met bewoners die andere vormen van beschermd wonen krijgen. Het auditbezoek wordt in principe op 1 dag uitgevoerd. Voor een auditbezoek aan elke extra woonlocatie op een andere dag wordt € 385 euro berekend. De rapportage geeft een beeld van de algemene gang van zaken (organisatie niveau) en een verslag van resultaten per locatie en/of voor de andere vormen van begeleiding.
 - De kosten voor een her-audit hangen af van de omvang van de werkzaamheden en bedragen in principe € 385 per dagdeel.



5 Klachten en geschillen

De commissie voor klachten en geschillen heeft van 2016 tot en met medio 2021 bestaan uit vaste personen. In samenspraak tussen gemeente, aanbieders en de ontwikkelaar van de gedragscode is besloten om, vanaf september 2021, in geval een klacht of geschil aan de orde is, een tijdelijke commissie in te stellen. Deze zal worden samengesteld uit drie personen die geen binding hebben met de gemeente, de aanbieders of de ontwikkelaar van de gedragscode.

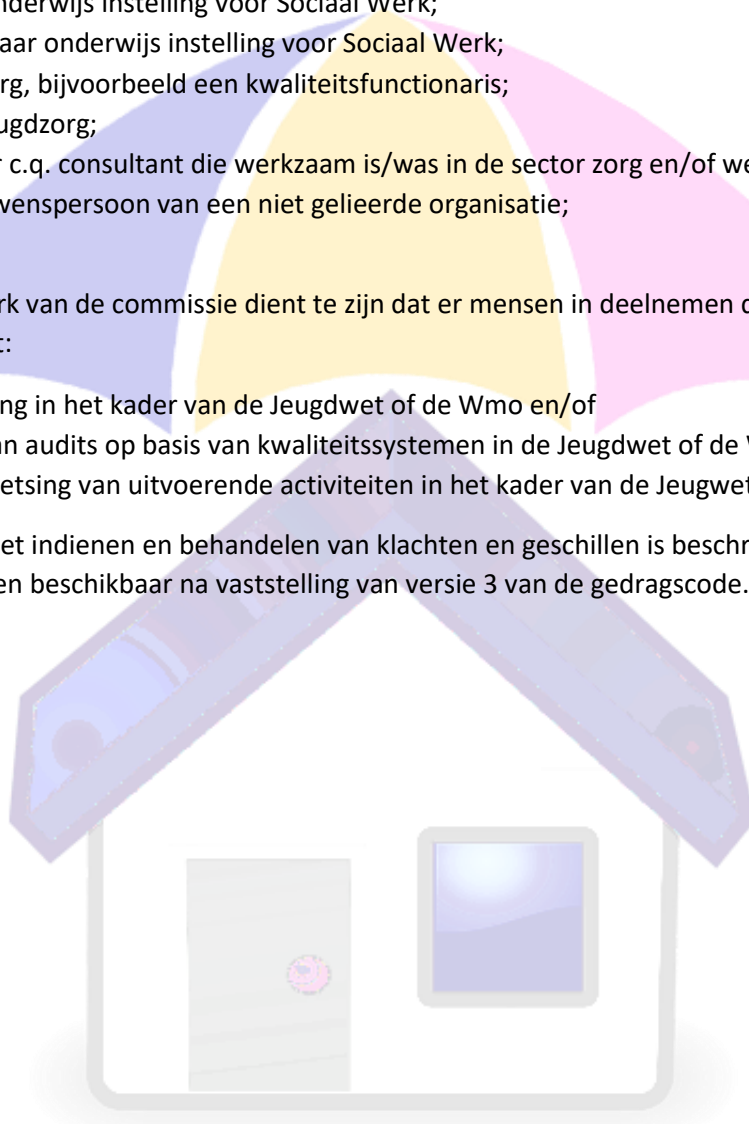
De drie personen kunnen bijvoorbeeld geworven worden vanuit:

- Een hoger onderwijs instelling voor Sociaal Werk;
- Een middelbaar onderwijs instelling voor Sociaal Werk;
- De sector Zorg, bijvoorbeeld een kwaliteitsfunctionaris;
- De sector Jeugdzorg;
- Een adviseur c.q. consultant die werkzaam is/was in de sector zorg en/of welzijn;
- Een vertrouwenspersoon van een niet gelieerde organisatie;
- Et cetera

Belangrijkste kenmerk van de commissie dient te zijn dat er mensen in deelnemen die kennis en/of ervaring hebben met:

- Ondersteuning in het kader van de Jeugdwet of de Wmo en/of
- Uitvoeren van audits op basis van kwaliteitssystemen in de Jeugdwet of de Wmo en/of
- Juridische toetsing van uitvoerende activiteiten in het kader van de Jeugdwet en/of de Wmo.

De procedure voor het indienen en behandelen van klachten en geschillen is beschreven in een separaat document en beschikbaar na vaststelling van versie 3 van de gedragscode.





Bijlage 1: Overzicht documenten

In de tekst is verwezen naar een aantal documenten dat in de afgelopen vier jaar is verschenen. Een overzicht van deze documenten die kunnen worden opgevraagd bij bureau WOESD (info@woesd.nl):

- Handreiking Kwaliteitskader Beschermd wonen, Transitiebureau Wmo, oktober 2014;
- Gedragscode Beschermd Wonen Twente 2016 (februari 2016);
- Handleiding Audit Gedragscode Beschermd Wonen (februari 2016);
- Gedragscode Beschermd Wonen Twente, bevindingen 1^e auditronde (juni 2017);
- Regeling klachten en geschillen voor de gedragscode en auditsystematiek voor beschermd wonen in Twente (december 2017);
- Eisen aan de organisatie, preventieve toets op bedrijfsmatige aspecten van zorgaanbieders (juni 2018);
- Pilotplan instrument voor Beleven, Waarderen en Ontwikkelen in Beschermd Wonen (juli 2018).
- Gedragscode Beschermd Wonen Twente versie 2018-2019, september 2018
- Evaluatie van de pilot 'Beleven, Waarderen en Ontwikkelen', een instrument voor het bepalen van het resultaat dat bewoners behalen in termen van zelfredzaamheid (Mijn Hoofdzaken), gecombineerd met een oordeel over de begeleiding in Beschermd Wonen op de thema's Autonomie, Competentie en Verbondenheid (Menselijke Maat), december 2020.





Bijlage 2: Definitie doorstroom en uitstroom

De definitie van doorstroom en uitstroom is gebaseerd op de definitie van beschermd wonen: *wonen in een accommodatie van een instelling met het daarbij behorende toezicht en begeleiding, gericht op het bevorderen van zelfredzaamheid en participatie, het psychisch functioneren, stabilisatie van een psychiatrisch ziektebeeld, het voorkomen van verwaarlozing of maatschappelijke overlast of 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.*

Doorstroom: het afbouwen van beschermende maatregelen om een zo zelfstandig mogelijke woon- en leefsituatie te bereiken waarbij een optimaal evenwicht is ontstaan tussen de (ontwikkeling van) mogelijkheden van de bewoner, zijn sociale omgeving en ondersteuning vanuit de overheid. Om dit te realiseren biedt de zorgaanbieder beschermd wonen aan de bewoner:

- Veiligheid
- Gelijkwaardigheid
- Geborgenheid
- Stabiliteit

Uitstroom:

- **Positief:** de cliënt verlaat beschermd wonen naar een voorziening die valt onder de Wlz, dan wel naar een andere voorziening die valt onder de Wmo, dan wel naar een zelfstandige (woon)voorziening, eventueel met ondersteuning van een informeel netwerk.
- **Negatief:** de cliënt verlaat beschermd wonen tegen het advies van de organisatie en/of het Cimot.





Bijlage 3: Preventieve toets bedrijfsmatige aspecten

De preventieve toets inclusief de werkwijze bij toetsing, de rapportage en de begripsbepaling is beschreven in een separaat document "Eisen aan de organisatie, preventieve toets bedrijfsmatige aspecten zorgaanbieders".

De 'eisen aan de organisatie' zijn onderverdeeld in de volgende thema's:

- Algemene eisen en de eisen aan bestuur en toezicht: naast de structuur, verhoudingen en zeggenschap van de (zorg)aanbieder wordt een inventarisatie gemaakt van de gelieerde (rechts)personen;
- Financiën: de financiële relaties en verhoudingen tussen gelieerde (rechts)personen wordt inzichtelijk alsook de kosten en opbrengsten per product;
- Personeel en huisvesting: de inzet van personeel en huisvesting is gebaseerd op het realiseren van de vier kernwaarden uit de Gedragscode Beschermd Wonen Twente: veiligheid, gelijkwaardigheid, geborgenheid en stabiliteit.

Per thema zijn normen uitgewerkt.

Algemene eisen en de eisen aan bestuur en toezicht

1. De organisatie voldoet aan de verordening en beleidsregels die door de centrumgemeente zijn vastgesteld en handelt conform de daarin opgenomen werkwijzen en protocollen;
2. De (zorg)aanbieder levert haar statuten aan;
3. De organisatie beschrijft haar structuur, de relaties en zeggenschap van de gelieerde (rechts)personen en de Ultimate Beneficial Owner(s);
4. Besturen en toezicht houden gebeurt volgens de Governancecode Welzijn & Maatschappelijke Dienstverlening of de Governancecode Zorg;
5. De organisatie voldoet aan de Wet Normering Topinkomens (WNT);
6. Bestuur, toezichthouders en UBO's hebben een VOG;
7. De aanbieder geeft elke mutatie in de statuten, het bestuur en toezicht van, de relatie tussen of de verhoudingen met de gelieerde (rechts)persoon onverwijld door aan de gemeente.

Financiën

De aanbieder van zorg is een organisatie, het geheel van de gelieerde (rechts)personen.

8. Kosten van de organisatie die bestaat uit meerdere rechtspersonen worden toegerekend volgens van te voren vastgestelde verdeelsleutels die zichtbaar zijn in de weergegeven posten van de begroting;
9. Opbrengsten uit verschillende financieringen c.q. financieringsbronnen worden aangewend voor het leveren van de daarbij behorende producten. De toerekening van opbrengsten die niet 1:1 aan de producten zijn gekoppeld, gebeurt op dezelfde wijze als bij de kosten (punt 8);
10. Financiële transacties tussen gelieerde (rechts)personen vinden plaats op basis van waarde in het economisch verkeer;
11. Wijzigingen in de financiële relaties tussen gelieerde (rechts)personen worden onverwijld doorgegeven aan de gemeente;
12. Bij het verstrekken van leningen tussen gelieerde (rechts)personen wordt de wettelijke rente gehanteerd;



Personeel en huisvesting

In de eisen aan de organisatie zijn normen over personeel en huisvesting opgenomen die een relatie hebben met de organisatie zoals arbeidsovereenkomsten en contracten voor huisvesting. In de overige eisen van de Gedragscode Beschermd Wonen Twente zijn normen opgenomen over de kwaliteit van medewerkers (eisen aan de beroepskracht) en de wijze waarop cliënten gehuisvest zijn (zoals normen t.a.v. veiligheid in de eisen aan de dienst).

Personeel

13. De aard en omvang van de contracten van de beroepskrachten bieden de mogelijkheid voor veiligheid en stabiliteit in de begeleiding van cliënten;
14. De omvang van het aantal fte beroepskrachten komt overeen met de omvang van de begeleiding die voor cliënten nodig is. De arbeidstijdenwet wordt hierbij voor medewerkers in acht genomen. De aanbieder toont dit aan in de Marap;
15. De opbrengsten uit activiteiten van Dagbesteding die door cliënten van Beschermd Wonen worden gerealiseerd zijn zichtbaar in de begroting en verantwoording van de zorgaanbieder.

Huisvesting

16. De kosten voor gebruik (bij eigendom) dan wel huur van de accommodatie(s) die gebruikt wordt, zijn overeenkomstig de waarde in het economisch verkeer;
17. Het is niet toegestaan gebruik te maken van tijdelijke huurcontracten (tussen zorgaanbieder en verhuurder) ten behoeve van huisvesting voor cliënten¹³;
18. Huren onder de leegstandswet is niet toegestaan;
19. Onderhuur (onzelfstandige bewoning) is niet toegestaan tenzij een omgevingsvergunning is afgegeven;
20. Het is niet toegestaan meer (of minder) huur en huisvestingskosten* door te berekenen aan cliënten dan de kosten van de huisvesting (artikel 16) bedragen¹⁴;
21. Het is niet toegestaan dat natuurlijke personen die behoren bij de rechtspersoon die Beschermd Wonen biedt en cliënten op hetzelfde adres staan ingeschreven¹⁵. Voor Beschermd Wonen in een gezinshuis geldt deze eis niet;
22. Verhuizingen van de bewoners (ook intern) dienen zoveel als mogelijk vermeden te worden. Zij dienen in ieder geval te passen bij de (fase van de) begeleiding en gemeld te worden bij de opdrachtgever.

*de kosten voor huisvesting worden bepaald door de reële kosten van de huur of, bij eigendom, voor de instandhouding van de accommodatie, voor het aantal plaatsen te hanteren dat met de opdrachtgever is overeen gekomen. Bewoners betalen huur voor de huisvesting in de vorm van een eigen bijdrage. Huurderving door leegstand bij vertrek van een bewoner en nog geen herbezetting door een nieuwe bewoner wordt door de zorgaanbieder als opslag bij de huur/eigen bijdrage berekend.

¹³ Uitzonderingen op deze regel zijn mogelijk als de opdrachtgever hiermee instemt.

¹⁴ Uitzonderingen op deze regel zijn mogelijk als de opdrachtgever hiermee instemt.

¹⁵ Als er verschillende gebouwen op 1 terrein staan met hetzelfde huisnummer/adres, kan een uitzondering worden gemaakt op deze regel. Zulks ter beoordeling van de gemeente.



Bijlage 4: Vragenlijst Zelfevaluatie

De vragen worden per locatie beantwoord.

Algemeen

Geef een korte schets van de organisatie:

- Specifieke kenmerken, waarin onderscheidt de organisatie zich van andere BW aanbieders;
- Beschrijf kort welke methode(n) in de begeleiding worden toegepast;
- Beschrijf de indeling die in (leef)domeinen in het zorgplan/begeleidingsplan wordt toegepast;
- Geef aan welke wijzigingen zich hebben voorgedaan als gevolg van de nieuwe criteria voor financiering vanuit de Wlz en de Wmo.

Eisen aan de beroepskracht

1. De organisatie toont aan dat haar medewerkers een opleiding hebben die minimaal voldoet aan het niveau dat voor het leveren van Wmo diensten vereist is en aansluit bij haar missie/doelstelling en bij de specifieke behoeften van bewoners.
 - Wat is de missie van de organisatie en wat betekent dat voor de opleiding van de medewerkers?
 - Wat is het opleidingsniveau van de medewerkers?
 - Zijn er bewoners met specifieke behoeften? Zo ja, welke (vormen van) deskundigheidsbevordering zijn er gevolgd om hieraan tegemoet te komen?
2. De samenstelling van het medewerkersbestand op locatieniveau is zodanig dat de kernwaarde 'stabiliteit' voor bewoners kan worden gerealiseerd. De dienstverlening is gebaat bij een passende verhouding tussen vaste en tijdelijke arbeidsovereenkomsten en uitzendkrachten. Stabiliteit wordt ook afgemeten aan het (gemiddeld) ziekteverzuim van het team per locatie over de twee jaren voorafgaand aan de audit en aan wisselingen in de teamsamenstelling.
 - Geef een overzicht van de contracten van de medewerkers (vast, variabel, begin en einddata, aantal uren per week, totale omvang aantal uren begeleiding per week)
 - Welke wisselingen hebben in het team plaatsgevonden in de afgelopen twee jaar?
 - Wat was het ziekteverzuimcijfer van het team over de afgelopen twee jaar?
3. Medewerkers kunnen desgevraagd aangeven waarom hun opleiding (zowel het type opleiding als het niveau van de opleiding) en ervaring past bij de missie/doelstelling en bij de bewoners die zij ondersteunen.
4. Medewerkers kunnen aangeven wat de missie/doelstelling van de organisatie is en welke unieke aspecten (identiteit) daarin staan. Daarnaast kunnen zij vertellen hoe zij dit in praktijk brengen.
5. Stabiliteit en het voorkomen van shopgedrag door bewoners: de begeleiding die wordt gegeven door medewerkers is er op gericht een zo stabiel mogelijke situatie te creëren (rust, reinheid, regelmaat) waarin bewoners zich maximaal kunnen ontwikkelen.



6. De organisatie toont aan dat medewerkers een VOG hebben die niet ouder is dan drie jaar. Voor medewerkers die dit niet hebben (uitzonderingsregel) is aangegeven waarom dit niet het geval is, welke argumenten er zijn om de medewerker aan te houden. Hierin dient de relatie met de missie/doelstelling van de zorgaanbieder te zijn beschreven. De opdrachtgever van Beschermd Wonen bepaalt of de uitzonderingsregel kan worden toegepast.
 - Geef een overzicht van de uitgifte datum van de VOG van de medewerkers
7. De organisatie draagt zorg voor deskundigheidsbevordering, supervisie, intervisie en/of werkbegeleiding van medewerkers zodat zij hun werkzaamheden adequaat kunnen uitvoeren.
 - Welke trainingen, cursussen hebben de medewerkers de afgelopen twee jaar gevolgd?
 - Welke vorm(en) van reflectie worden toegepast voor de individuele medewerkers en voor het team?

Eisen aan de organisatie

8. De zorgaanbieder voldoet aan de verordening en beleidsregels die door de centrumgemeente zijn vastgesteld en handelt conform de daarin opgenomen werkwijzen en protocollen.
 - Zijn er in de afgelopen twee jaar meldingen van geweld, ernstige incidenten en/of calamiteiten gedaan bij de opdrachtgever(s)?
9. De zorgaanbieder voldoet op alle locaties aan de (brand)veiligheidseisen die wettelijk voor zelfstandige wooneenheden zijn bepaald als ook aan eventuele specifieke eisen die door de gemeente waar de locatie gevestigd is, zijn vastgesteld.
 - Hoe is invulling gegeven aan de wettelijke eisen van brandveiligheid (rook-, CO melders)?
 - Zijn door de gemeente specifieke eisen aan de (brand)veiligheid gesteld? Zo ja, hoe is daar invulling aan gegeven?
10. De zorgaanbieder draagt er zorg voor dat medezeggenschap van medewerkers én bewoners geborgd is in de organisatie;
 - Is er een OR of een PVT?
 - Hoe vaak is er bewonersoverleg?
11. De zorgaanbieder zorgt voor een adequate klachtenregeling.
 - Hoeveel klachten hebben zich de afgelopen twee jaar voorgedaan?
12. De zorgaanbieder ervoor dat de dagelijkse activiteiten de participatie van de bewoner bevorderen.
 - Op welke wijze geeft de zorgaanbieder invulling aan deze eis?
13. De zorgaanbieder draagt zorg voor een onafhankelijke vertrouwenspersoon voor bewoners en voor medewerkers die bekend is en indien nodig, goed bereikbaar is.
 - Wie is de onafhankelijke vertrouwenspersoon voor de bewoners?
 - Wie is de onafhankelijke vertrouwenspersoon voor medewerkers?



Eisen aan de dienst

14. De diensten die worden geleverd alsook de wijze waarop ze worden geleverd, worden beoordeeld door bewoners. Zij kunnen hun ervaring, beleving en/of waardering langs onafhankelijke weg kenbaar maken. Hiervoor vindt minimaal 1x per twee jaar een onafhankelijk onderzoek plaats. De rapportage van het onderzoek is beschikbaar voor de eerstvolgende audit voor de gedragscode;
- Lever de rapportage aan van het laatste onderzoek aan.
15. Samenwerking in de keten: ketenpartners zorgen ervoor dat de bewoner in elke fase gebruik moet kunnen maken van de begeleiding die het beste bij hem of haar past. Dat kan betekenen dat een bewoner, al dan niet tijdelijk, naar een andere zorgaanbieder gaat.
- Hebben zich in de laatste twee jaar situaties voorgedaan waarbij een bewoner tijdelijk bij een andere zorgaanbieder, dan wel buiten de organisatie, heeft verbleven?

Eisen aan het resultaat

16. De zorgaanbieder meet de resultaten en effecten op het gebied van zelfredzaamheid en participatie¹⁶.
- *Is de relatie beschreven tussen de zorg-, begeleiding- of ondersteuningsplannen en de doelstelling om zelfredzaamheid en participatie te bevorderen?*
 - *Is het mogelijk om het resultaat van de begeleiding in beschermd wonen te bepalen voor de locatie voor de ontwikkeling van zelfredzaamheid en participatie?*
17. De zorgaanbieder meet de (resultaten van) doorstroom en uitstroom¹⁷ van bewoners.
- Lever een overzicht aan van de instroom, doorstroom, uitstroom volgens de definities in de gedragscode over de afgelopen twee jaar.

¹⁶ Zie toelichting ontwikkel eis onder 'Meten resultaten en effecten' op pagina 7.

¹⁷ De definities van doorstroom en uitstroom zijn weergegeven in bijlage 1.



Bijlage 5: Definities zelfredzaamheid en participatie

Wmo 2015

Alzo Wij in overweging genomen hebben, dat burgers een eigen verantwoordelijkheid dragen voor de wijze waarop zij hun leven inrichten en deelnemen aan het maatschappelijk leven, en dat van burgers mag worden verwacht dat zij elkaar naar vermogen daarin bijstaan; dat het tevens wenselijk is nieuwe regels te stellen om de rechten en plichten van de burger meer met elkaar in evenwicht te brengen; dat burgers die zelf dan wel samen met personen in hun naaste omgeving onvoldoende zelfredzaam zijn of onvoldoende in staat zijn tot participatie, een beroep moeten kunnen doen op door de overheid georganiseerde ondersteuning; dat de ondersteuning van de zelfredzaamheid en de participatie van personen met een beperking, chronische psychische of psychosociale problemen, erop gericht moet zijn dat burgers zo lang mogelijk in de eigen leefomgeving kunnen blijven; dat het in de rede ligt de overheidsverantwoordelijkheid voor het ondersteunen van de zelfredzaamheid en de participatie zo dicht mogelijk bij de burger te beleggen; dat het daarom wenselijk is nieuwe regels te stellen inzake de gemeentelijke verantwoordelijkheid voor de ondersteuning van personen met een beperking en personen met psychische of psychosociale problemen; dat het voorts wenselijk is dat daarbij zorg wordt gedragen voor een goede toegankelijkheid van voorzieningen, diensten en ruimten voor mensen met een beperking;

Begripsverklaring Wmo 2015:

zelfredzaamheid: in staat zijn tot het uitvoeren van de noodzakelijke algemene dagelijkse levensverrichtingen en het voeren van een gestructureerd huishouden.

participatie: deelnemen aan het maatschappelijke verkeer;

Maatschappelijk verkeer: de manier waarop mensen in het dagelijkse leven met elkaar omgaan (www.encyclo.nl)

Wikipedia





Algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL) zijn de handelingen die mensen dagelijks in het gewone leven verrichten. Het begrip wordt vooral in de zorg gebruikt om te bepalen in hoeverre iemand zelfredzaam is. Iemand die heel weinig ADL-verrichtingen zelf kan doen zal veel hulp nodig hebben en misschien zelfs in een verpleegtehuis verzorgd dienen te worden.

Overzicht van zelfzorgactiviteiten die onder de noemer ADL vallen:

- eten, inclusief medicijnen innemen
- drinken
- in en uit bed komen, in stoelen gaan zitten en weer opstaan
- bewegen, lopen
- ontspanning
- zinvolle activiteit (hobby, sport)
- aan- en uitkleden
- praten
- gehoor
- plassen
- ontlasting
- lichaamswarmte regelen (bv. kachel hoger/lager kunnen zetten, dunne of dikke kleding uitkiezen)
- lichamelijke hygiëne
- reizen

Het doel van bij de zelfverzorging van individuen betrokken verplegenden en verzorgenden is om de zelfredzaamheid te stimuleren en tekorten daarin aan te vullen, rekening houdend met de lichamelijke en geestelijke vermogens van de persoon.

Huishoudelijke dagelijkse levensverrichtingen of **HDL** zijn de handelingen noodzakelijk voor het voeren van het huishouden. Het begrip wordt vooral in de zorg gebruikt om aan te geven in hoeverre iemand zelfstandig het huishouden kan voeren.

Mensen die niet HDL zelfstandig zijn hebben huishoudelijke hulp nodig voor zaken als koken, kleren wassen en schoonmaken van het huis.

Rotterdam (vertaling zelfredzaamheid)

Algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL) zijn de handelingen die mensen dagelijks in het gewone leven verrichten, met inbegrip van persoonlijke verzorging. Het begrip wordt gebruikt om te bepalen in hoeverre iemand zelfredzaam is. Iemand die als gevolg van lichamelijke en geestelijke beperkingen ADL-verrichtingen niet zelf kan doen, zal hulp nodig hebben en, indien hij zoveel hulp nodig heeft dat het niet verantwoord is dat hij zonder enige vorm van (vrijwel) continu toezicht en hulp leeft, misschien zelfs niet langer thuis kan blijven wonen.

Voor de zelfredzaamheid van mensen zijn de volgende algemene dagelijkse levensverrichtingen van belang: in en uit bed komen, aan- en uitkleden, bewegen, lopen, gaan zitten en weer opstaan, lichamelijke hygiëne, toiletbezoek, eten/ drinken, medicijnen innemen, ontspanning, sociaal contact



Zelfredzaamheid wil niet per se zeggen dat de persoon zélf overal toe in staat is. De zelfredzaamheid van een persoon kan ook versterkt worden door de inzet van huisgenoten, het netwerk rond de persoon, mantelzorg, of een vrijwilliger die ondersteunende taken verricht. Verder kan het gebruik van algemeen gebruikelijke voorzieningen bijdragen aan de zelfredzaamheid.





Bijlage 6: Wijziging score systematiek

In de eerste twee auditrondes was de scoresystematiek als volgt:

1. Slecht
2. Onvoldoende
3. Matig
4. Voldoende
5. Goed

Een score 1 'Slecht' is in deze auditrondes niet gegeven. Een score 2 'Onvoldoende' geeft in de praktijk voldoende aanleiding om – voor een systeemeis – een verbetering door te voeren.

In een aantal audits waren de auditoren aangenaam c.q. positief verrast over de wijze waarop invulling was gegeven aan een eis van de gedragscode. Dit werd dan vertaald in een kwalitatief oordeel in de rapportage, veelal in het eindoordeel. Vanaf deze versie zullen de scores als volgt worden gehanteerd:

1. Onvoldoende : de aanbieder voldoet niet aan de eis
2. Matig : de aanbieder voldoet niet volledig aan de eis, verbetering is noodzakelijk
3. Voldoende : de aanbieder voldoet precies aan de eis, verbetering is mogelijk
4. Goed : de aanbieder voldoet ruim aan de eis, verbetering is niet noodzakelijk
5. Uitstekend : voldoet zodanig aan de eis dat de realisatie uitstijgt boven de norm en een voorbeeld is voor andere aanbieders

Naast een kwalitatieve beschrijving is het nu ook mogelijk om zeer positieve ervaringen kwantitatief te beoordelen.

