



Centrum Stepping Stone

Kruitberg 2006B

1104 CA Amsterdam

Toezichthouder	: GGD Kennemerland
In opdracht van gemeentes	: Haarlem
Datum start onderzoek	: 26 juni 2025
Type onderzoek	: Proactief toezicht
Status	: definitief
Datum vaststellen rapport	: 28 augustus 2025

Inhoudsopgave

Inleiding.....	3
Het onderzoek.....	5
Observaties en bevindingen	7
Gegevens voorziening	21
Bijlage: zienswijze	30



Inleiding

Gemeenten zijn sinds 1 januari 2015 verantwoordelijk voor de organisatie van maatschappelijke ondersteuning van personen met een beperking en personen met psychische of psychosociale problemen. Dat staat in de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo 2015). Dit betekent dat de gemeente ook verantwoordelijk is voor de kwaliteit en de continuïteit van voorzieningen voor personen met een beperking en personen met psychische of psychosociale problemen en het toezicht op de voorzieningen. Elke gemeente moet daarvoor een toezichthouder aanstellen. De toezichthouder heeft de bevoegdheden zoals bepaald in de Algemene Wet Bestuursrecht.

Rol toezichthouder en toetsingskader

De toezichthouders toetsen of voorzieningen voldoen aan de wettelijke en gemeentelijke kwaliteitseisen. Om transparant te zijn over wat de toezichthouder toetst, hanteert het Wmo-toezicht een toetsingskader. Dit is het uitgangspunt voor het toetsen van aanbieders die maatschappelijke ondersteuning bieden aan cliënten. Het toetsingskader is gebaseerd op de wet- en regelgeving, de kwaliteitskaders uit het veld, en op de richtlijnen van professionals voor verantwoorde ondersteuning.

Leeswijzer toetsingskader

Het toetsingskader bestaat uit drie thema's:

- de cliënt;
- veiligheid; en
- professionaliteit.

Elk thema is uitgewerkt in een aantal normen. Bij elke norm staat waar de toezichthouder onder andere naar kijkt om te toetsen of aan deze norm wordt voldaan. Daarbij staat ook een verwijzing naar de wettekst en een korte toelichtende tekst. Om aan een norm te voldoen, moet dit door een aanbieder aangetoond worden. Voor de leesbaarheid wordt niet bij elke norm apart opgenomen dat dit aantoonbaar moet zijn.

Het toetsingskader is algemeen geformuleerd. Afhankelijk van het type onderzoek, het soort voorziening en de doelgroep leggen toezichthouders accenten. De toezichthouder kan aanvullende gemeentelijke eisen toetsen en beschrijven.

Onderzoeksmethoden

De toezichthouders hanteren verschillende onderzoeksmethoden om informatie te verzamelen. Onderzoeksmethoden zijn bijvoorbeeld documentenonderzoek, observaties, interviews met cliënten en beroepskrachten, en inzage in personeels- en cliëntdossiers. De toezichthouders vormen op basis van de verzamelde informatie een oordeel. Zij leggen de beoordeling vast in een rapportage. Zo nodig wordt



samengewerkt met de toezichthouder rechtmatigheid, toezichthouders van andere regio's en/of de Inspectie Gezondheidszorg Jeugd (IGJ).

Leeswijzer

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



Het onderzoek

Onderzoeksopzet

Dit onderzoek is uitgevoerd op grond van hoofdstuk 3 'Kwaliteit', artikel 3.1, lid 1 en 2 van de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015.

In het kader van het toezicht op de Wmo 2015 is GGD Kennemerland in opdracht van de gemeente Haarlem op 26 juni 2025 gestart met een proactief onderzoek, uitgevoerd bij Centrum Stepping Stone en gericht op het onderdeel beschermd wonen.

In dit onderzoek is beoordeeld of uitvoering wordt gegeven aan het beleid van de aanbieder en of de ondersteuning die geboden wordt redelijkerwijs voldoet aan de gestelde eisen.

De toezichthouder heeft een aangekondigd en een onaangekondigd locatiebezoek uitgevoerd waarbij onder andere voorwaarden in de praktijk getoetst zijn. Daarnaast heeft er een documentenonderzoek plaatsgevonden, aangevuld met interviews met verschillende beroepskrachten en cliënten.

Het gesprek wat heeft plaatsgevonden met beroepskrachten is gevoerd met de zorgcoördinator WMO, de directeur, de kwaliteitsmanager, woonbegeleiders en daarnaast zijn er gesprekken gevoerd met cliënten.

Beschouwing

Centrum Stepping Stone biedt zorg aan jongeren en (jong)volwassenen die intensieve zorg en begeleiding nodig hebben vanwege psychische en psychiatrische problemen, een lichtverstandelijke beperking, verslavingsproblematiek, complexe zorgbehoeften en/of een justitiële achtergrond.

De gemeente Haarlem, heeft een overeenkomst met de aanbieder afgesloten voor de diensten beschermd wonen en maatschappelijke opvang. Dit onderzoek richt zich op het onderdeel beschermd wonen. Beschermd wonen is bedoeld voor mensen die niet zelfstandig kunnen wonen door psychische problemen, verslaving of andere complexe zorgvragen. In een beschermde woonomgeving wordt een woonplek geboden met toezicht en begeleiding.

Ten tijde van het onderzoek zijn er drie locaties waar beschermd wonen wordt aangeboden, namelijk;

- Agape; hier worden vijf mannelijke cliënten opgevangen. Deze cliënten wonen semi-zelfstandig.

Op deze locatie is dagelijks een beroepskracht aanwezig op gezette kantoortijden en buiten kantoortijden is begeleiding beschikbaar/oproepbaar.

- Yahweh: hier worden drie vrouwelijke cliënten opgevangen. Deze cliënten wonen zelfstandig maar er is wel dagelijks begeleiding beschikbaar/oproepbaar.

- Elohim: Hier worden twee mannelijke cliënten opgevangen. Deze cliënten wonen zelfstandig maar er is wel dagelijks begeleiding beschikbaar/oproepbaar.



De aanbieder is voornemens om september 2025 een vierde locatie te (her)openen, namelijk; Adonai. Deze locatie was voorheen voorbestemd voor forensische cliënten. Daar de aanbieder de aanbesteding DJI niet is gegund was is de aanbieder voornemens deze locatie in te richten als woonvoorziening met begeleiding via de Wmo. Er is ruimte om 14 cliënten te plaatsen op deze locatie. Dit zal cliënten betreffen die semi- of niet zelfstandig wonen. Afhankelijk van de vraag.

Het team dat verantwoordelijk is voor het onderdeel beschermd wonen bestaat ten tijde van het onderzoek uit drie vaste woonbegeleiders. Deze worden aangestuurd door de senior-woonbegeleider, tevens één van de drie woonbegeleiders, de zorgcoördinator en de kwaliteitsmanager. In geval van verlof of ziekte van de vaste woonbegeleiders worden er (vaste) uitzendkrachten ingezet. De kwaliteitsmanager en de directeur zijn op de achtergrond betrokken.

Conclusie

Wat gaat er goed?

Cliënten krijgen een gedegen intake waarbij de zorg coördinator zo zorgvuldig mogelijk de cliënten probeert te matchen aan de juiste begeleider en medebewoners. De aanbieder heeft een duidelijk digitaal systeem waarin rapportages en trajectplannen bewaard en ingekeken kunnen worden. Centrum Stepping Stone is een kleine organisatie die bestaat uit een klein team. De verschillende lagen binnen de organisatie weten elkaar daardoor goed te vinden en samen te werken. De vaste beroepskrachten lijken daardoor goed op de hoogte te zijn van elkaars caseload en kunnen de begeleiding van cliënten bij ziekte of vakantie overnemen. De twee uitzendkrachten die het team ondersteunen geven aan goed ingewerkt te zijn op het beleid door de beroepskrachten van Centrum Stepping Stone. De aanbieder past het opleidingsplan momenteel aan, zodat ook de uitzendkrachten binnenkort kunnen deelnemen aan (interne) trainingen en cursussen. De toezichthouders merken daarnaast op dat de aanbieder transparant is en bereid tot medewerking. Dit geeft vertrouwen en is bevorderlijk voor het inspectieproces: een effectieve samenwerking, toetsbare en betrouwbare informatie.

Tekortkomingen

Het onderdeel beschermd wonen voldoet wat betreft de volgende getoetste onderwerpen in onvoldoende mate aan de daaraan gestelde eisen, namelijk;

- De aanbieder draagt er onvoldoende zorg voor dat de beroepskrachten de cliënten op professionele wijze bejegenen;
- De aanbieder en de beroepskrachten stimuleren de zelfredzaamheid en participatie van de cliënt onvoldoende;
- De aanbieder heeft tijdens het onderzoek onvoldoende aan kunnen tonen dat de veiligheid van de cliënten en beroepskrachten in voldoende mate wordt geborgd op het onderdeel bereikbaarheid;
- De aanbieder bevordert de kennis en het gebruik van de meldcode onvoldoende, de beroepskrachten zijn onvoldoende op de hoogte van de Meldcode;



- De werkwijze die de aanbieder hanteert voor het melden en leren van incidenten is onvoldoende passend;
- De aanbieder is niet op de hoogte dat calamiteiten en geweldsincidenten tijdig bij de toezichthouder gemeld moeten worden;
- De aanbieder draagt onvoldoende zorg voor een veilige, schone, passende en leefbare (woon)omgeving;
- Er worden beroepskrachten ingezet die onvoldoende gekwalificeerd zijn voor de werkzaamheden die zij uitvoeren, hiermee wordt niet voldaan aan de eis dat de ondersteuning wordt geboden door professionals met een – per product en zwaarte – specifiek opleidingsniveau
- Voor twee beroepskrachten is de VOG pas aangeleverd nadat zij in dienst waren getreden. Het is daarnaast aan te bevelen om minimaal eens per drie jaar een nieuwe VOG aan te laten vragen.

Een nadere toelichting op bovenstaande tekortkomingen staat in het rapport. Het is relevant te vermelden dat de aanbieder tijdens het onderzoek heeft aangegeven dat een aantal van geconstateerde tekortkomingen al zijn of worden opgepakt.

Opgemerkt moet worden dat de aanbieder voornemens is een vierde locatie te openen in september 2025. De begeleiders die momenteel in dienst zijn bij de aanbieder voor het onderdeel beschermd wonen zijn onvoldoende gekwalificeerd voor de zwaarte van de doelgroep die de aanbieder voornemens is te plaatsen in de nieuwe locatie. De aanbieder verklaart te zullen starten met een team dat bestaat uit vaste ZZP'ers met een HBO achtergrond die reeds werkzaam zijn bij CSS. Het team zal worden uitgebreid naarmate er meer cliënten geplaatst worden. De keuze om alleen ZZP'ers in te zetten kan mogelijke risico's met zich meebrengen, waaronder kwaliteitsverlies en kwetsbaarheid van de dienstverlening. Daarnaast zijn er diverse tekortkomingen geconstateerd tijdens het onderzoek, zoals hierboven beschreven. De vraag die dit oproept is dan ook in hoeverre de kwaliteit in voldoende mate geborgd kan worden op de nieuwe locatie van de aanbieder en in hoeverre er verwacht kan worden dat er zal worden gewerkt conform het beleid van de aanbieder.

De aanbieder heeft gebruik gemaakt van de gelegenheid een zienswijze in te dienen en deze is ongewijzigd toegevoegd aan het rapport.

Advies aan College van B&W

Er zijn diverse tekortkomingen vastgesteld en daarnaast zijn er aandachtspunten als aanbevelingen geformuleerd bij enkele bevindingen.

De toezichthouder adviseert de gemeente om de aanbieder op te dragen passende maatregelen te treffen met betrekking tot de geconstateerde tekortkomingen.



Bevindingen

1. Cliënt

Kwaliteitseisen voorzieningen

- De voorziening is doelmatig, doeltreffend en cliëntgericht. (art. 3.1, tweede lid sub a Wmo2015)
- De voorziening is afgestemd op de reële behoefte van de cliënt en andere vormen van zorg of hulp. (art. 3.1, tweede lid sub b, Wmo2015)
- De voorziening wordt verstrekt met respect voor en inachtneming van de rechten van de cliënt. (art. 3.1, tweede lid sub d, Wmo2015);
- Kwaliteitseisen in gemeentelijke verordeningen (art. 2.1.3, tweede lid, sub c. Wmo2015);

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.

1.2 Rechten cliënt

Norm	
Rechten	
1.2.1	De beroepskracht bejegent de cliënt op professionele wijze. • De beroepskrachten bejegenen de cliënt respectvol en correct. • De beroepskrachten gedragen zich volgens de interne afspraken over bejegening richting cliënten.



1.2.3	De aanbieder beschikt over een klachtenregeling.	• De aanbieder heeft een toegankelijke klachtenprocedure die onafhankelijke behandeling van klachten garandeert. • De aanbieder informeert de cliënten over de klachtenregeling. • De aanbieder borgt dat er een tijdige en passende afhandeling van klachten van cliënten plaatsvindt. • De aanbieder brengt zo nodig verbeteringen aan naar aanleiding van de ingediende klachten.
--------------	--	---

Bevindingen:	
1.2.1	Uit gesprekken met verschillende cliënten en beroepskrachten blijkt dat de beroepskrachten de cliënten niet altijd respectvol en correct bejegenen. Zo geeft een cliënt aan: <i>‘Er is ruzie tussen jongeren en begeleiding. Begeleider gaat ook terugschelden en schreeuwen.’</i> In de functieomschrijving woonbegeleider (versie 24 juni 2025) is opgenomen dat de woonbeleider in staat moet zijn om rustig en professioneel te blijven bij uitdagende of stressvolle situaties. Uit gesprekken met cliënten en beroepskrachten blijkt dat dit niet altijd het geval is.
1.2.3	De aanbieder beschikt over een klachtenregeling. De klachtenregeling is op de website van de aanbieder te downloaden. In de keuken van Agape hangt informatie over de externe klachtenregeling, verwezen wordt naar de website www.geschillenindezorg.nl



1.3 Ondersteuning in de praktijk

Norm		
Ondersteuning		
1.3.1	De cliënt ontvangt ondersteuning die aansluit bij wensen, mogelijkheden en ondersteuningsbehoefte.	- De beroepskracht kent de cliënt, zijn wensen, mogelijkheden en behoeften. - De beroepskracht heeft een actueel beeld van de context van de cliënt zoals: achtergrond, cultuur, leefwereld, gezondheid, problematiek en het gewenste toekomstperspectief. - De beroepskracht verleent ondersteuning zoals afgesproken is met de cliënt.
1.3.3	De aanbieder en de beroepskrachten stimuleren de zelfredzaamheid en participatie van de cliënt.	- De ondersteuning sluit aan bij de mogelijkheden en ondersteuningsbehoeften van de cliënt. - De cliënt ervaart en behoudt zo veel mogelijk eigen regie over zijn leven en de ondersteuning. - De aanbieder en beroepskrachten stimuleren de cliënt om zijn zelfredzaamheid te behouden en te vergroten.

Bevindingen:

1.3.1

De drie vaste begeleiders zijn samen met de zorgcoördinator verantwoordelijk voor de behandelplannen. De plannen worden opgesteld door de begeleiders en naderhand gecontroleerd door de zorgcoördinator en besproken in de cliëntbesprekingen.

Rapportages worden door de begeleiders niet altijd concreet genoeg beschreven, volgens de zorgcoördinator is dit een aandachtspunt. Ook wordt in de plannen vaak teruggelezen dat cliënten weinig of niet aanwezig zijn, waardoor bijvoorbeeld evaluaties niet kunnen plaatsvinden.

De zorgcoördinator merkt daarnaast op dat de behandel- en trajectplannen niet uitgebreid genoeg waren. Hierop zijn aanvullende vragen voor de documenten toegevoegd in het Elektronisch Cliëntendossier (ZilliZ) om een volledig beeld te schetsen van waar de begeleiding zich op zou moeten richten en om aan te kunnen geven wat er beter kan. Deze aanvullende vragen worden nog niet door alle beroepskrachten juist geïnterpreteerd en/of volledig genoeg ingevuld. Vaak ontbreekt



zelfreflectie vanuit de beroepskracht op het eigen handelen. Aanbevolen wordt om dit proces goed te monitoren; de zorgcoördinator is hiervoor verantwoordelijk en heeft aangegeven dit verder op te pakken.

Uit een gesprek met één van de uitzendkrachten, die regelmatig op de locaties wordt ingezet, blijkt dat deze nog geen toegang heeft tot het elektronisch cliëntendossier. Behandelplannen, waarin onder andere de doelen beschreven staan waar cliënten aan willen werken en in begeleid dienen te worden, zijn hierdoor onvoldoende bekend. Uitzendkrachten zijn daarnaast niet aanwezig bij cliëntbesprekingen. Aangegeven is dat er zorg voor gedragen zal worden dat uitzendkrachten toegang kunnen krijgen in het Elektronisch Cliëntendossier waardoor beter geborgd zou moeten kunnen worden dat deze in voldoende mate kunnen aansluiten bij de wensen, mogelijkheden en ondersteuningsbehoefte van de cliënten.

Onvoldoende aangetoond is dat cliënten ten tijde van het onderzoek de ondersteuning ontvangen die aansluit bij de wensen, mogelijkheden en ondersteuningsbehoefte. Aanbieder is op de hoogte van bovenstaande en voornemens dit verder op te pakken. Hiertoe zijn ook al stappen gezet door de aanbieder zoals hierboven beschreven.

1.3.3

In het handboek 'persoonlijk begeleider' is opgenomen dat als er om 10:00 uur nog cliënten slapen, deze gewekt kunnen worden (tenzij een cliënt nachtdienst heeft gehad of een cliënt ziek is). Daarna dient de begeleider te achterhalen of de cliënten iets te doen heeft die dag en of deze ergens steun bij kan bieden. Aangegeven is daarnaast dat de cliënten niet in hun kamer mogen eten; de cliënten eten altijd aan de tafel.

Deze richtlijnen, die opgesteld zijn om de zelfredzaamheid en participatie van de cliënt te stimuleren, worden in de praktijk onvoldoende uitgevoerd.

In een gesprek met één van de uitzendkrachten blijkt dat deze tijdens diens diensten regelmatig heeft meegemaakt dat de cliënten op locatie Agape pas rond het middaguur opstaan. Onduidelijk is wat de dagbesteding is van deze cliënten en hoe zij ondersteund worden bij de invulling hiervan. Ook tijdens gesprekken met cliënten komt naar voren dat zij niet allen een duidelijke dagbesteding hebben. Daarnaast geven verschillende cliënten in gesprekken met de toezichthouders aan dat zij begeleiding missen op locatie. Zo geeft een cliënt dat het initiatief vaak vanuit cliënten komt en niet vanuit de begeleider. *'Er is geen actieve houding bij de begeleiders. De begeleider is gericht op dingen af te maken voor kantoor.'* Een andere cliënt geeft aan: *'Begeleiding is bezig met andere dingen; eigen telefoon, slapen op de bank. Moet vragen om begeleidingsgesprek, initiatief komt niet vanuit begeleiding.'*



Op de locaties Agape en Yahweh, die de toezichthouders op 26 juni 2025 bezocht hebben, is geen eetruimte waar de cliënten gezamenlijk aan tafel kunnen zitten.

In locatie Agape is een gemeenschappelijke keuken en een gemeenschappelijke woonkamer. Beide ruimtes zijn te klein om een eettafel te kunnen plaatsen. In de centrale hal staat een tafel tegen de muur geplaatst waarop informatiemateriaal is uitgestald voor cliënten. Aanbieder verklaart dat deze gebruikt kan worden om gezamenlijk aan te eten. Ten tijde van het onderzoek gebeurt dit niet. Op locatie Yahweh is een gemeenschappelijke keuken. Deze ruimte is te klein om een eettafel te kunnen plaatsen. Een gezamenlijke woonkamer ontbreekt op deze locatie. Een beroepskracht geeft hierover het volgende aan: *‘De vrouwen zijn veel op zichzelf. Het mag wel wat huiselijker. Er mist nu een gezamenlijke woonkamer. Dit zou ook goed zijn voor de groepscohesie. Dan zijn ze misschien ook wat meer thuis.’*

Ook de locatie Agape is onvoldoende huiselijk ingericht. In de woonkamer is een tv met Playstation, een open kast met 1 gezelschapsspel, een bureau met houten stoel en een bank. De bank is doorgezakt en zichtbaar vervuild. Op de muur is waterschade waarneembaar. Ook de keuken is niet uitnodigend ingericht. De prullenbak is open, het deksel ligt ernaast en is kapot. Naast de prullenbak liggen losse planken en de rolgordijnen zijn zichtbaar vervuild.

Eén van de beroepskrachten die de toezichthouders gesproken hebben geeft het volgende aan: *‘De woningen zijn sfeerloos en de meeste verblijven zijn toe aan een opknapbeurt.’*

De toezichthouders constateren naar aanleiding van bovenstaande bevindingen dat de zelfredzaamheid en participatie van de cliënt onvoldoende gestimuleerd worden.

Opgemerkt moet worden dat de aanbieder heeft aangegeven dat er een plan van aanpak gemaakt wordt om de ruimtes huiselijker in te richten.



Gebruikte bronnen:

- Interviews met medewerkers, cliënten en de Zorgcoördinator WMO
- Documenten:
 - Beleid met betrekking tot medezeggenschap en cliëntparticipatie (cliëntenraad)
 - Tevredenheidsonderzoek cliënten
 - Beleid bejegening cliënten/gedragscode
 - Klachtenregeling (ook op website: GIDZ)
 - Overzicht meldingen en afhandeling klachten 2024 en 2025
 - Ontvangen beeldmateriaal d.d. 25 juni 2025
 - Handboek Persoonlijk Begeleider (WMO) Centrum Stepping Stone (versie: 25 februari 2025)
- Website: <https://centrumsteppingstone.nl/>



2. Veiligheid

Veiligheid algemeen

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

Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling (artikel 3.3 Wmo2015)

- lid 1: De aanbieder, niet zijnde een aanbieder die hulpmiddelen of woningaanpassingen levert, stelt een meldcode vast waarin stapsgewijs wordt aangegeven hoe met signalen van huiselijk geweld of kindermishandeling wordt omgegaan en die er redelijkerwijs aan bijdraagt dat zo snel en adequaat mogelijk hulp kan worden geboden.
- lid 2: De aanbieder bevordert de kennis en het gebruik van de meldcode.
- lid 3: Bij of krachtens algemene maatregel van bestuur wordt vastgesteld uit welke elementen een meldcode in ieder geval bestaat.
- Artikel 7.2 Uitvoeringsbesluit Wmo 2015: Na inwerkingtreding van de wet berust het Besluit verplichte meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling op artikel 3.3, derde lid van de wet.

Meldplicht calamiteiten en geweldsincidenten (artikel 3.4 Wmo2015)

- Lid 1: De aanbieder doet bij de toezichthoudende ambtenaar, bedoeld in artikel 6.1, onverwijld melding van:
 - Iedere calamiteit die bij de verstrekking van een voorziening heeft plaatsgevonden;
 - Geweld bij de verstrekking van een voorziening.
- Lid 2: De aanbieder en de beroepskrachten die voor hem werkzaam zijn, verstrekken bij en naar aanleiding van een melding als bedoeld in het eerste lid aan de toezichthoudende ambtenaar de gegevens, daaronder begrepen persoonsgegevens, gegevens over gezondheid en andere bijzondere categorieën van persoonsgegevens en persoonsgegevens van strafrechtelijke aard, voor zover deze voor het onderzoeken van de melding noodzakelijk zijn.

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 2015.



2.1 Veiligheidsbeleid

Norm		
Veiligheidsbeleid		
2.2.1	De aanbieder borgt de veiligheid van de cliënten en beroepskrachten.	- De aanbieder voorziet in geïmplementeerd veiligheidsbeleid. - De aanbieder beschikt over protocollen en richtlijnen met betrekking tot de veiligheid van cliënten en beroepskrachten. - De protocollen en richtlijnen zijn passend bij de doelgroep van de aanbieder. - De beroepskrachten kennen deze protocollen en handelen er naar.
2.2.2	De aanbieder stelt een Meldcode Huiselijk Geweld en Kindermishandeling vast en past deze toe in de praktijk.	- De aanbieder heeft een op de voorziening afgestemde Meldcode vastgesteld die voldoet aan het Besluit verplichte meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling. - De aanbieder bevordert de kennis en het gebruik van de meldcode - De beroepskrachten zijn op de hoogte van de Meldcode en passen deze toe.
2.2.3	De aanbieder leert van incidenten.	- De aanbieder hanteert een passende werkwijze voor het melden en leren van incidenten. - De aanbieder draagt zorg voor een veilige leercultuur binnen de organisatie. - De aanbieder neemt zo nodig verbetermaatregelen naar aanleiding van incidenten. - De aanbieder meldt calamiteiten en geweldsincidenten tijdig bij de toezichthouder.

Bevindingen:

2.2.1

De toezichthouders hebben zich tijdens dit onderzoek toegespitst op het onderdeel bereikbaarheid.

Ten tijde van het onderzoek zijn er drie locaties waar beschermd wonen wordt aangeboden, namelijk;



- Agape; hier worden vijf mannelijke cliënten opgevangen. Deze cliënten wonen semi-zelfstandig. Op deze locatie is dagelijks een beroepskracht aanwezig op gezette kantoortijden en buiten kantoortijden is begeleiding **beschikbaar/oproepbaar**.
- Yahweh: hier worden drie vrouwelijke cliënten opgevangen. Deze cliënten wonen zelfstandig maar er is wel dagelijks begeleiding **beschikbaar/oproepbaar**.
- Elohim: Hier worden twee mannelijke cliënten opgevangen. Deze cliënten wonen zelfstandig maar er is wel dagelijks begeleiding **beschikbaar/oproepbaar**.

De begeleider die ingezet wordt op locatie Agape is ook beschikbaar/oproepbaar voor de cliënten van locatie Yahweh. Deze locaties liggen op 27 minuten loopafstand van elkaar af.

Oproepbaar betekent: Binnen 5 minuten bereikbaar en, indien nodig, binnen gepaste tijd aanwezig op locatie. Dit is belangrijk om de veiligheid van cliënten, beroepskrachten en omwonenden in voldoende mate te kunnen borgen. De eigen begeleider kent de triggers en veiligheidsafspraken. Deze contextkennis is cruciaal in de eerste minuten en kan niet worden vervangen door externe hulpdiensten zonder overdrachtsverlies.

Aanbieder geeft aan dat er overdag altijd een begeleider bereikbaar is waar cliënten contact mee op kunnen nemen. Buiten kantooruren om kan er gebeld worden naar een noodnummer waar afwisselend één van de vaste begeleiders bereikbaar op is. In het Beleid Centrum Stepping Stone Compensatie Consignatiedienst (versie 1.0 april 2025) is hierover het volgende opgenomen, namelijk: *De consignatiedienst start bij einde van de laatste dagdienst [bijv. 20:00 uur] tot [bijv. 09:00 uur] op werkdagen, daar kantoor elke werkdag vanaf 09.00 uur telefonisch bereikbaar is. Dit geldt ook in het weekend en feestdagen, aangezien er dagelijks (woon)begeleiders aanwezig zijn.**

* Aanbevolen wordt om deze werkwijze ook te beschrijven in handboek medewerkers, of om in dit document te verwijzen naar dit beleidsstuk, omdat dit een belangrijk onderdeel is van het takenpakket en de verantwoordelijkheden van de begeleiders.

Daarnaast wordt aanbevolen om informatie over het noodnummer en de bereikbaarheid van begeleiders ook op te nemen in het introductieboekje voor cliënten.

Tijdens gesprekken met verschillende cliënten kwam naar voren dat beroepskrachten niet altijd (binnen 5 minuten) bereikbaar zijn. Op maandag 28 juli 2025 hebben de toezichthouders contact opgenomen met de op dat moment dienstdoende begeleider, deze nam niet op en belde ook niet binnen 5 minuten terug. De toezichthouders hebben ook contact opgenomen met de zorg coördinator en het hoofdkantoor. Op beide nummers kregen zij geen respons en er werd ook niet binnen 5 minuten teruggebeld.

De aanbieder geeft aan dat het mogelijk is dat er niet altijd binnen 5 minuten door de begeleider wordt gereageerd omdat zich een situatie kan voordoen dat bijvoorbeeld een begeleider in gesprek is met een cliënt en tijdens het gesprek niet gestoord kan worden. Noodzakelijk is dat cliënten in



deze situatie in ieder geval contact op kunnen nemen met een andere beroepskracht die voor/met hen bekend is en dat zij hiervan ook op de hoogte zijn. In het geval van 28 juli 2025 waren er geen beroepskrachten binnen 5 minuten bereikbaar die bekend zijn met de cliënten. De aanbieder heeft hiermee onvoldoende aangetoond dat de veiligheid van de cliënten voldoende wordt geborgd.

2.2.2

De toezichthouders constateren dat de aanbieder de kennis en het gebruik van de meldcode onvoldoende bevordert. Uit gesprekken met meerdere beroepskrachten, waaronder uitzendkrachten, die worden ingezet blijkt dat deze onvoldoende op de hoogte zijn van de Meldcode.

2.2.3

Door incidenten op te schrijven en te documenteren kan de aanbieder er zorg voor dragen dat beroepskrachten continu kunnen leren van wat er gebeurt en dat draagt bij aan een veilige en lerende cultuur binnen de organisatie.

De toezichthouders hebben één ingevuld VIM-formulier (Veilig Incident Melden-formulier) ontvangen. En drie MIM-formulieren (Melding Incident Formulier). Deze formulieren zijn bedoeld om incidenten te melden om van incidenten te leren en de kwaliteit en veiligheid van zorg te verbeteren.

In de formulieren ontbreekt een stukje reflectie van de beroepskrachten op het eigen handelen in de beschreven situaties. In het VIM formulier is dit niet meegenomen. In de MIM formulieren is onvoldoende concreet beschreven wat de bijdrage was van de beroepskracht in het beschreven conflict. Zo staat bij 1 van de formulieren bijvoorbeeld: *'Hierna werd hij weer boos en begon weer met opmerkingen waardoor we beide tegen elkaar op een geïrriteerde manier in gesprek waren en het gesprek hebben beëindigd.'* Niet duidelijk is wat 'geïrriteerd' inhoudt. Ook de te nemen stappen door de aanbieder zijn onvoldoende concreet beschreven. Zo is bij één van de incidenten beschreven: *'Verdere interne stappen worden ondernomen'*. Niet duidelijk is wat deze stappen inhouden.

Uit gesprekken met beroepskrachten en cliënten blijkt daarnaast dat het aannemelijk is dat er meerdere incidenten, gericht op verbale agressie, hebben plaatsgevonden. Hiervan zijn geen registraties overgelegd.

Door een gebrek aan transparantie over deze incidenten kan de aanbieder onvoldoende aantonen dat er passende verbetermaatregelen worden getroffen naar aanleiding van incidenten.

Calamiteiten en geweldsincidenten dienen tijdig bij de toezichthouder gemeld te worden. Uit een gesprek met de directeur en de kwaliteitsmanager op 17 juli 2025 en een gesprek met de zorgcoördinator op 14 juli 2025 blijkt dat dezen hier niet van op de hoogte zijn. Eind 2024 heeft een



geweldsincident plaatsgevonden waarvoor een melding gedaan had moeten worden bij de toezichthouder. Aanbieder heeft wel een melding gedaan bij de gemeente Haarlem.

2.2 Veilige omgeving

Norm	
Veilige omgeving	
2.3.1	De aanbieder biedt een veilige, schone, passende en leefbare (woon)omgeving. Dit betekent in ieder geval dat: • De (woon)voorziening is voorzien van brand(preventie)middelen. • Bedrijfshulpverlening/ EHBO in de voorziening is geborgd. • Alle ruimtes die in gebruik zijn schoon zijn. • Er huisregels zijn opgesteld en gecommuniceerd met cliënten en beroepskrachten. • De ruimte is ingericht op de ondersteuning die wordt geboden aan de cliënt. • De aanbieder zorgt voor een veilige omgeving indien verschillende doelgroepen op één locatie worden opgevangen.

Bevindingen:

2.3.1

Hygiëne

Tijdens de externe audit van 27 augustus 2024 is geconstateerd dat er een afwijking was met betrekking tot de hygiëne. Als voorbeeld werd genoemd dat de koelkast en diepvries niet voldoende werden schoongehouden (oude etenswaren, vervuilde diepvries). Dit punt is inmiddels opgepakt; bleek uit observaties van de toezichthouders op 26 juni 2025. Echter werden er nu andere tekortkomingen geconstateerd met betrekking tot de hygiëne.

Uit gesprekken met beroepskrachten en cliënten blijkt dat de cliënten zelf verantwoordelijk worden gehouden voor de schoonmaak van het pand. Dit komt niet overeen met de functieomschrijving 'Woonbegeleider' (versie 24 juni 2025), de beschrijving in het Introductieboekje Centrum Stepping Stone en een gesprek met de directeur en de kwaliteitsmanager op 17 juli 2025.



In de functieomschrijving is opgenomen dat de woonbegeleider zorgt voor een veilig en schoon leefklimaat en dat deze ondersteunt bij schoonmaakwerkzaamheden. Dit wordt ook zo benoemd door de directeur en de kwaliteitsmanager op 17 juli 2025. De begeleiders geven zelf aan dat de cliënten hiervoor verantwoordelijk zijn.

Uit observaties d.d. 26 juni 2025 bij Agape blijkt dat de schoonmaak niet voldoende toereikend is. De badkamer is zichtbaar vervuild, de bank in de woonkamer ook, niet alle vuilnisbakken zijn afgesloten en er staan open zakken vuilnis in de gang waar ongedierte op afkomt. De afzuigkap in de keuken moet grondig worden schoongemaakt. Er zit nu een vette laag over het rooster, waardoor de zuigkracht minder wordt en de kans op brand groter is. Op de muur is waterschade waarneembaar. Het is belangrijk om lekkages zo snel mogelijk te detecteren en te repareren, omdat een lekkage in de muur kan leiden tot schimmelgroei in huis. Ook uit gesprekken met cliënten blijkt dat de woning als onhygiënisch wordt ervaren. Zo geven meerdere cliënten aan last gehad te hebben van schimmel in de woning, met name in de badkamer.

Bij locatie Yahweh zijn er eveneens signalen dat de schoonmaak niet altijd voldoende toereikend is geweest. Een cliënt geeft aan dat er door een lekkage op een gegeven moment paddenstoelen uit de muur groeiden. De cliënt geeft aan dat dit probleem pas maanden na melding werd verholpen.

Ook beroepskrachten geven aan dat het vaak lang duurt voordat zaken worden opgepakt; bijvoorbeeld waterschade, schimmelvorming, problemen met de verwarming. Dit zorgt voor overlast en onvrede bij de cliënten en komt ook niet ten goede van de huiselijke sfeer. Beroepskrachten geven aan afhankelijk te zijn van de verhurende partij die niet altijd adequaat deze aandachtspunten en /of reparaties oppakt.

(Brand)Veiligheid

Tijdens het locatiebezoek op Agape constateren de toezichthouders dat rookmelders, een brandblusser en branddeken aanwezig zijn. Uit een gesprek met de aanwezige medewerker blijkt echter dat er nog geen ontruimingsoefening gedaan. Ook bij locatie Yahweh is nog geen ontruimingsoefening gedaan. Tevens constateren de toezichthouders dat er nog geen noodplan/vluchtroute opgesteld voor deze locaties. In de hal van beide locaties staan spullen (vuilniszakken, emmers met dweilwater, enz.) wat naast onhygiënisch ook gevaarlijk is in het geval van een ontruiming omdat het de doorgang belemmert in de toch al smalle gangen.

Aanbieder verklaart dat een noodplan en vluchtroutes inmiddels in de woningen hangen en dat ontruimingsoefeningen (2) zijn gepland met de begeleiders en bewoners. Aanbevolen wordt deze ook onaangekondigd uit te voeren.



N.B. Het is de verantwoordelijkheid van de aanbieder dat een veilige, schone, passende en leefbare (woon)omgeving wordt gewaarborgd. Dit is tijdens het onderzoek onvoldoende aangetoond.

Aanbieder is op de hoogte van bovenstaande en voornemens dit verder op te pakken. Hiertoe zijn ook al stappen gezet door de aanbieder zoals hierboven beschreven.



Gebruikte bronnen:

- Interviews met medewerkers, cliënten en de Zorgcoördinator WMO
- Observaties d.d. 26 juni 2025
- Documenten:
 - Beleid en procedure in zake melding huiselijk geweld en kindermishandeling
 - Rapport Externe Audit 27-08-2024
 - Schoonmaakschema van de periode 1 tot en met 26 juni 2025
 - Ontvangen beeldmateriaal d.d. 25 juni 2025
 - Beleid Centrum Stepping Stone Compensatie Consignatiedienst (versie 1.0 april 2025)
 - Introductieboekje Centrum Stepping Stone
- Website: <https://centrumsteppingstone.nl/>



3. Professionaliteit

Wmo 2015:

- De voorziening wordt verstrekt in overeenstemming met de op de beroepskracht rustende verantwoordelijkheid o.b.v. de professionele standaard. (art. 3.1, tweede lid sub c)

Toelichting:

De cliënt ontvangt ondersteuning van gekwalificeerde beroepskrachten die in bezit zijn van een Verklaring Omtrent het Gedrag. De beroepskrachten ontvangen bijscholing gericht op het werk dat zij uitvoeren. De aanbieder stelt kwaliteitsbeleid vast, houdt dit actueel en faciliteert beroepskrachten bij de uitvoering hiervan.

3.1 Personeel¹

Norm		
Personeel		
3.1.1	De beroepskracht is vakbekwaam en gekwalificeerd.	• De beroepskracht is passend opgeleid, middels erkend diploma of certificaat en conform brancheafspraken. • De beroepskracht heeft een duidelijk takenpakket, dat past bij de eigen bekwaamheid en bij de ondersteuningsbehoefte van de cliënt. • De aanbieder zorgt dat er voldoende deskundige beroepskrachten zijn, afgestemd op de cliënt en de ondersteuningsbehoefte.

¹ Wanneer de aanbieder met onderaannemers of ZZP'ers werkt, gelden de eisen ook voor de onderaannemers en ZZP'ers.



3.1.2	De aanbieder stimuleert en ondersteunt de beroepskrachten en bevordert hun ontwikkeling.	- De aanbieder zorgt voor bijscholing die is afgestemd op de doelgroep en de werkzaamheden. - Binnen de organisatie zijn voldoende mogelijkheden voor beroepskrachten om periodiek te reflecteren op hun werkzaamheden.
3.1.3	Beroepskrachten en vrijwilligers beschikken over een passende VOG.	- De aanbieder beschikt over de VOG's van een aanbieder die werkt als solistisch natuurlijk persoon, beroepskrachten, vrijwilligers die direct contact hebben met cliënten, en andere personen die beroepsmatig contact kunnen hebben met cliënten. - De VOG is niet ouder dan 3 maanden, op het moment dat de beroepskracht of vrijwilliger voor de aanbieder is gaan werken.

Bevindingen:

3.1.1

Woonbegeleiding met gezette tijden

Bij Agape is sprake van woonbegeleiding met gezette tijden. Voor de beroepskrachten die aangesteld zijn voor de woonbegeleiding van deze cliënten moet minimaal 10% van de beroepskrachten in het bezit zijn van een afgeronde opleiding op minimaal hbo-niveau. Deze kwalificatie-eis is vastgelegd in het document 'Opbouw tarieven BW en MO Haarlemmermeer, IJmond en Zuid-Kennemerland', versie 2023, opgesteld door gemeente Haarlemmermeer, IJmond en Zuid-Kennemerland. Professionele zorgverlening zal dan beter geborgd kunnen worden. In de overeenkomst 'zo thuis mogelijk' die de aanbieder is aangegaan met de opdrachtgever gemeente Haarlem is opgenomen dat de opdrachtnemer voor de uitvoering van de Dienst beroepskrachten in dient te zetten die gekwalificeerd zijn voor de werkzaamheden die zij uitvoeren.

Uit de toegestuurde roosters van de periode 1 tot en met 26 juni 2025 blijkt dat er niet aan de kwalificatie-eis voldaan wordt, namelijk: alle beroepskrachten die in deze periode zijn ingezet zijn in het bezit van een MBO4 diploma.



Trajectbegeleiding

Voor de trajectbegeleiding van de cliënten zijn zowel de woonbegeleiders als de zorgcoördinator verantwoordelijk. Dit blijkt uit een gesprek met de zorgcoördinator en een gesprek met de woonbegeleider die op de dag van het inspectiebezoek d.d. 26 juni 2025 aanwezig is op Agape.

De omschrijving in het functieprofiel: Begeleider 'Complexe Doelgroepen' (versie 24 juni 2025) en de taakomschrijving die de woonbegeleider zelf benoemt komen met elkaar overeen. In dit functieprofiel is beschreven dat de begeleider verantwoordelijk is voor het opstellen, uitvoeren en bijstellen van individuele begeleidingsplannen. In het functieprofiel 'Begeleider complexe doelgroepen' is beschreven dat een afgeronde relevante opleiding op minimaal HBO-niveau (zoals Social Work, SPH, MWD, of HBO-V met GGZ-module) vereist is. Echter zijn alle drie de vaste begeleiders en de twee uitzendkrachten die ten tijde van het onderzoek worden ingezet bij CSS in bezit van een MBO4 diploma.

In de omschrijving in het functieprofiel: 'Zorgcoördinator en intaker WMO' (versie 24 juni 2025) is opgenomen dat deze verantwoordelijk is voor het coördineren en monitoren van de begeleidingstrajecten binnen de WMO-doelgroep en voor het coachen van begeleiders in het opstellen van begeleidingsplannen. Dit blijkt ook uit het gesprek met de zorgcoördinator. De zorgcoördinator is in bezit van een afgeronde opleiding op HBO+ niveau.

Voor de beroepskrachten die aangesteld zijn voor trajectbegeleiding van de cliënten moet minimaal 80% in het bezit zijn van een afgeronde opleiding op minimaal hbo-niveau en 1% op HBO+ niveau. Deze kwalificatie-eis en functiemix zijn vastgelegd in het document 'Opbouw tarieven BW en MO Haarlemmermeer, IJmond en Zuid-Kennemerland', versie 2023, opgesteld door gemeente Haarlemmermeer, IJmond en Zuid-Kennemerland. Professionele zorgverlening zal dan beter geborgd kunnen worden. In de overeenkomst 'zo thuis mogelijk' die de aanbieder is aangegaan met de opdrachtgever gemeente Haarlem is opgenomen dat de opdrachtnemer voor de uitvoering van de Dienst beroepskrachten in dient te zetten die gekwalificeerd zijn voor de werkzaamheden die zij uitvoeren.

Uit bovenstaande bevindingen blijkt dat hier onvoldoende aan wordt voldaan. Zowel de woonbegeleider als de zorgcoördinator zijn verantwoordelijk voor de trajectbegeleiding. De zorgcoördinator is in het bezit van een opleiding op HBO+ niveau, alle begeleiders die worden ingezet zijn in het bezit van een diploma op MBO4 niveau. Hiermee wordt niet voldaan aan de eis dat de ondersteuning wordt geboden door professionals met een – per product en zwaarte – specifiek opleidingsniveau.



3.1.2

De aanbieder heeft een opleidingsplan opgesteld voor 2025-2027 en deze naar de toezichthouders gestuurd. Hierin staat beschreven welke cursussen/trainingen aangeboden worden. Daarnaast is hierin opgenomen dat alle personeelsleden, incl. uitzendkrachten, ZZP'ers en stagiaires, tien trainingen gevolgd moeten hebben, binnen zes maanden:

1. Consensusbespreking en MDO
2. De forensische cliënt/ de WMO cliënt
3. De rol van de forensische professional
4. Introductie wet- en regelgeving
5. Ketensamenwerking in de forensische zorg
6. Omgaan met cliënten met een LVB
7. Lifewise
8. Meldcode opfrismodules
9. De-escalerend handelen
10. Overdracht en tegenoverdracht

Hierbij moet worden opgemerkt dat het onduidelijk is wanneer deze trainingen aangeboden worden en wie deze afgerond hebben. Verder is niet beschreven door welk opleidingsinstituut dit aangeboden wordt of dat dit overzicht betrekking heeft op interne trainingen die verzorgd en aangeboden worden door de kwaliteitsmanager van CSS. Ten slotte, is onduidelijk of deze trainingen vrijblijvend of verplicht zijn. De aanbieder verklaart dat alle medewerkers "de Forensische leerlijn" moeten volgen. Volgens de aanbieder ziet de zorgadministratie erop toe dat de medewerkers aan deze cursus deelnemen en afronden. Er wordt een systeem gebruikt waarin dit bijgehouden en gemonitord wordt.

Alle beroepskrachten zijn minimaal een halfjaar in dienst bij CSS of draaien sindsdien diensten in de vorm van uitzendwerk of als zelfstandige. Uit de gesprekken met een vaste beroepskracht en twee uitzendkrachten is gebleken dat zij voor alsnog geen trainingen vanuit CSS gevolgd hebben en/of dat er op korte termijn geen zicht is op een geplande cursus/training. De aanbieder verklaart hierover dat de betreffende beroepskracht een link toegezonden heeft gekregen voor de opleiding "Forensische leerlijn".



Verder is opvallend dat de Meldcode-opfrismodule ook gepland staat voor dit tijdvak, terwijl uit de gesprekken met de beroepskrachten is gebleken dat zij onvoldoende inhoudelijk op de hoogte zijn van de meldcode, zoals eerder is beschreven in hoofdstuk 2.

De aanbieder heeft hiermee onvoldoende aangetoond dat er voldoende zorg wordt gedragen voor bijscholing die is afgestemd op de doelgroep en de werkzaamheden.

3.1.3

Nagegaan is of de beroepskrachten pas worden ingezet als er een VOG overgelegd is, dus voor de aanvang van de werkzaamheden. Daarnaast is getoetst of de aanbieder VOG's periodiek opnieuw laat aanvragen daar het een momentopname is.

In het beleid VOG/ BIG-registratie van de aanbieder (versie: 24-06-2025) is beschreven dat de VOG wordt opgevraagd vóór de start van de werkzaamheden en dat bij contractverlenging na 2 jaar, of indien er aanleiding toe is, wederom een VOG *kan* worden gevraagd.

Voor twee beroepskrachten is de VOG pas aangeleverd nadat zij in dienst waren getreden, voor één beroepskrachten was deze twee dagen te laat aangeleverd en voor één beroepskracht een maand te laat.

Aanbieder heeft aangegeven dat de afdeling P&O aan de slag gaat om alle medewerkers, ZZP'ers en uitzendkrachten te benaderen voor nieuwe VOG's en dat deze in hun dossier geplaatst zullen worden.

Gebruikte bronnen:

- Interviews met medewerkers, cliënten en de Zorgcoördinator WMO
- Documenten:
 - Organogram organisatie
 - Kwaliteitsborgingscertificaat
 - Rapportage externe audit
 - OPLEIDINGSPLAN CSS - MEDEWERKERS/ ZZP'ERS/ UK'S 2025-2027, excel bestand
 - Opleidingsplan Centrum Stepping Stone 2025-2027, word bestand
 - Overzicht medewerkers
 - Overzicht met functies gericht op aanbod
 - Opleidingseisen medewerkers aanbod
 - Functieomschrijvingen relevant voor aanbod
 - Diploma's medewerkers ingezien op locatie d.d. 17 juli 2025



- Beleid VOG en BIG-registratie
- VOG's medewerkers ingezien op locatie d.d. 17 juli 2025
- Beleid rondom samenwerking/afstemming met ketenpartners
- Opbouw tarieven BW en MO Haarlemmermeer, IJmond en Zuid-Kennemerland', versie 2023
- Website: <https://centrumsteppingstone.nl/>



Gegevens onderzoek

Gegevens aanbieder

Naam locatie	: Centrum Stepping Stone
Adres	: Kruitberg 2006B
Postcode en plaats	: 1104 CA Amsterdam
Telefoonnummer	: 0206000418
Contactpersoon	: Mevr. D. Martis
Kwaliteitssysteem	: ISO 9001:2015
E-mail/website	: centrumsteppingstone.nl

Gegevens toezichthouder (GGD)

GGD	: GGD Kennemerland
Adres	: Postbus 5514
Postcode en plaats	: 2000 GM HAARLEM
Telefoonnummer	: 023-515 9500
Toezichthouders	: L. Osterhaus en C. van Opstal

Gegevens opdrachtgever (gemeente)

Naam gemeente	: Gemeente Haarlem
Adres	: Postbus 551
Postcode en plaats	: 2003PD Haarlem



Gegevens opdrachtgever (gemeente)

Naam gemeente : Gemeente Haarlem
Adres : Postbus 551
Postcode en plaats : 2003PD Haarlem

Planning

Datum start onderzoek : 26-06-2025
Opstellen concept rapport : 11-08-2025
Vaststelling rapport : 28-08-2025
Verzenden rapport naar aanbieder : 28-08-2025
Verzenden rapport naar gemeente : 28-08-2025



Bijlage: zienswijze

De zienswijze betreft een schriftelijke reactie van de aanbieder op de inhoud van het rapport.

Reactie op GGD-rapport Kennemerland

Na de mogelijkheid van hoor en wederhoor willen wij van de gelegenheid gebruik maken om onze schriftelijke zienswijze in te dienen op de inhoud van het onderzoeksrapport en welke acties wij hierop zullen nemen.

Werknemers:

Door op elke locatie een hbo-professional in te zetten, wordt gewerkt aan het verbeteren van de deskundigheid, professionele werkhouding, visie en opvattingen. Hierbij staan de zelfredzaamheid, activering, motivatie en zelfstandigheid van de cliënt centraal. Daarnaast wordt aandacht besteed aan de ontwikkeling van vaardigheden, evenals aan het methodisch en professioneel handelen van de medewerkers, inclusief de uitzendkrachten en zzp'ers.

Uitwerking waaraan medewerkers, uitzendkrachten en ZZ-pers moeten houden: Naar aanleiding van de uitkomst van het onderzoek hebben wij onze werkwijze aangescherpt en voegen wij dit tevens toe in de Handleiding voor de medewerkers. Dit wordt gemonitord door de Zorgcoördinator.

Ontwikkeling m.b.t. medewerkers en overigen

Trainingen en deskundigheidsbevordering aanbieden (intern en extern)
Geef aan welke trainingen voor eind 2025 nog aangeboden worden en welke in 2026.
Datatrainingen, duur (begin- en einddatum)
Doelen, de locatie
Verplichting voor medewerkers, uitzendkrachten of ZZP-ers

Cliëntenoverleg

Verplicht voor vaste uitzendkrachten, inclusief de ZZP-ers i.v.m. de rapportage over en de begeleiding en ontwikkeling van de cliënten. Zelfreflectie op eigen professioneel en methodisch handelen continue aan de orde stellen.

Inspraak cliënten

De inspraak van cliënten bevorderen via de persoonlijke begeleidingsmomenten met begeleiders, de housemeetings, specifieke contacten met de zorg coördinator en de MDO-bijeenkomsten.

Schoonmaak interieur

Taak van alle medewerkers, uitzendkrachten en ZZP-ers in samenwerking met de cliënten. Bevorderen van ADL. Wekelijkse controles uitvoeren. Woonbeheerder zal



meer aandacht besteden aan het wegwerken van achterstallig en incidenteel onderhoud. Periodieke controle doormiddel van het systeem Riewerkt- Sociaalwerk.

Interieur & Keukens

Zo spoedig mogelijk aantrekkelijk maken via posters, planten e.d. De huidige opzet en plan van aanpak verder uitwerken in de vorm van een project in samenwerking met de cliënten.

Veiligheid

Schematisch per protocol aangeven wanneer er per locatie ontruimingsoefeningen zullen plaatsvinden. Met cliënten overleggen t.a.v. gebruik blussers, ontvluchttingsplan, gevolg roken op kamers, brandmelders per kamer.

Rapportages

Alle medewerkers, zzp-ers en vaste uitzendkrachten moeten tijdig, op dezelfde dag of zo kort daarna de rapportages op orde hebben.

Meldcode

2 medewerkers zijn reeds aangemeld voor de externe training meldcode Huiselijk Geweld. Alle medewerkers, zzp-ers en vaste uitzendkrachten zullen hierna de training volgen.

Incidentmeldingen

Tijdens Cliëntenoverleg en Intervisie bespreken van de noodzaak van correct rapporteren, registreren van Incidenten m.b.t. de cliënten en medewerkers zelf. De professionele zelfreflectie daarin op te nemen en bij de GGD te melden. Concreet de interventies benoemen en aangeven die ingezet zijn na een incident en wie wat doet.

Administratie

Invoeren van verscherpte controles op de inlevering en aanwezigheid van alle actuele en relevante informatie m.b.t. het personeel.



Gemeente: Haarlem en Zandvoort

Aanvullende gemeentelijke eisen naast het algemene toetsingskader in het kader van het toezicht op de kwaliteit van de Wmo aanbieder:

- De aanbieders dienen te beschikken over een volledig geïntegreerd kwaliteitssysteem (cf ISO-9001: 2015 of EN 15224) en daarvoor te zijn gecertificeerd.
- We verwachten van de aanbieders een gedegen kennis van de sociale kaart van Zuid-Kennemerland en IJmond en dat zij hun ondersteuning kunnen leveren in de directe woonomgeving van de cliënten.
- De aanbieder volgt de vigerende Cao's
- De aanbieder werkt mee aan van toepassing zijnde inspecties door de daarvoor aangewezen organisaties en geeft opvolging aan aanbevelingen die hieruit naar voren komen.
- In aanvulling op de wettelijke eis dat Calamiteiten en geweld moeten worden gemeld bij de (wettelijk) toezichthouder, meldt de aanbieder deze ook aan de gemeente.
- De aanbieder ondersteunt op actieve wijze cliëntparticipatie door het faciliteren van een cliënten- en/of familieraad.
- De aanbieder draagt zorg voor de beschikbaarheid van een cliëntvertrouwenspersoon.
- De ondersteuning wordt geboden door professionals met een – per product en zwaarte – specifiek opleidingsniveau en – in geval van dagbesteding – in groepen met een specifieke aantal cliënten per professional.

