Stichting Bronx Begeleid Wonen
Comeniusstraat 499
1065 BX Amsterdam

Toezichthouder	: GGD Kennemerland
In opdracht van gemeentes	: gemeente Haarlem
Datum start onderzoek	: 20 mei 2026
Type onderzoek	: Proactief toezicht
Status	: Definitief
Datum vaststellen rapport	: 14 oktober 2026

Inhoudsopgave

Bevindingen 11
1. Cliënt 11
1.1 Doelen en dossier 11
1.2 Rechten cliënt 16
1.3 Ondersteuning in de praktijk 20
1.4 Afstemming met (in)formele netwerk 26
Gebruikte bronnen: 30
2. Veiligheid 31
Veiligheid algemeen 31
Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling 31
(artikel 3.3 Wmo 2015) 31
Meldplicht calamiteiten en geweldsincidenten 31
(artikel 3.4 Wmo 2015) 31
2.1 Omgaan met risico's cliënt 32
2.2 Veiligheidsbeleid 34
2.3 Veilige omgeving 40
Gebruikte bronnen: 43
3. Professionaliteit 45
3.1 Personeel 45
3.2 Kwaliteitsbeleid 52
Gebruikte bronnen: 55
Bijlage: zienswijze 59
Gemeente: Haarlem en Zandvoort 66

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 toezichthouder toetst 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 legt de toezichthouder accenten. De toezichthouder kan aanvullende gemeentelijke eisen toetsen en beschrijven.

Onderzoeksmethoden

De toezichthouder hanteert verschillende onderzoeksmethoden om informatie te verzamelen. Onderzoeksmethoden zijn bijvoorbeeld documentenonderzoek, observaties, interviews met cliënten en medewerkers, en inzage in personeels- en cliëntdossiers. De toezichthouder vormt 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; aanleiding en belang

Onderzoeksopzet

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

Het toezicht op de naleving van de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 omvat de bij en krachtens de Wmo 2015 gestelde regels. Ten eerste zijn dit de regels uit de Wmo 2015 zelf aangevuld met:

- De verordening Wmo gemeente Haarlem 2024;
- De uitvoeringsregels maatschappelijke opvang gemeente Haarlem 2024;
- De aanbestedingsleidraad “Zo Thuis Mogelijk” met het bijbehorende programma van eisen.
- Aanbestedingsleidraad BW en MO 2024-2028 - Regio Zuid Kennemerland, IJmond en Haarlemmermeer

In het kader van het toezicht op de Wmo en bovenstaande wet en regelgeving heeft GGD Kennemerland in opdracht van de gemeente Haarlem een proactief onderzoek uitgevoerd bij Stichting Bronx Begeleid Wonen gericht op het onderdeel Beschermd Wonen, waaronder de percelen Trajectbegeleiding en Verblijf Beschermd Wonen.

Aanleiding voor dit onderzoek waren bevindingen uit een kwaliteitsmeting die op 18 februari 2026 bij de aanbieder is uitgevoerd door de strategisch contractmanager Maatschappelijke Opvang & Beschermd Wonen, de toezichthouder Rechtmatige Zorg en de toezichthouder Wmo. Deze kwaliteitsmeting vond plaats in de vorm van een onaangekondigd bezoek, waarbij op basis van observaties en gesprekken een indruk is verkregen van de kwaliteit van de geboden ondersteuning. De bevindingen uit deze kwaliteitsmeting gaven aanleiding tot nader onderzoek naar zowel de kwaliteit als de rechtmatigheid van de geboden ondersteuning. De gemeente Haarlem heeft daarop GGD Kennemerland opdracht gegeven een proactief kwaliteitsonderzoek uit te voeren. Daarnaast is door de gemeente Haarlem aan het team Sociale Recherche van de afdeling SMSR opdracht verstrekt een rechtmatigheidsonderzoek uit te voeren. Beide onderzoeken zijn in afstemming met elkaar uitgevoerd. De toezichthouder Wmo van GGD Kennemerland en de toezichthouder Rechtmatige Zorg van SMSR hebben de locatiebezoeken gezamenlijk uitgevoerd, gezamenlijk gesprekken gevoerd en gezamenlijk de opgevraagde documenten beoordeeld. De resultaten zijn verwerkt in afzonderlijke rapportages vanuit de eigen toezichthoudende verantwoordelijkheid.

In dit proactieve kwaliteitsonderzoek heeft de toezichthouder beoordeeld of de ondersteuning die Stichting Bronx Begeleid Wonen biedt aan cliënten met een indicatie voor Beschermd Wonen redelijkerwijs voldoet aan de eisen die hieraan op grond van de Wmo 2015, de Verordening maatschappelijke ondersteuning gemeente Haarlem en de van toepassing zijnde kwaliteitsvereisten worden gesteld.

De toezichthouder heeft de volgende inspectieactiviteiten uitgevoerd:

- documentenonderzoek;
- locatiebezoeken;
- gesprekken met cliënten;
- gesprekken met medewerkers (begeleider en HR medewerker);
- gesprekken met de zorgcoördinator en de directeur.

In het rapport beschrijft de toezichthouder bij de betreffende onderwerpen de getoetste normen met de bevindingen en conclusie per norm. Per onderwerp staat beschreven welke kwaliteitseisen gelden met een toelichting op de kwaliteitseisen.

Korte beschrijving over de aanbieder

Stichting Bronx Begeleid Wonen is een zorgaanbieder die ondersteuning biedt aan cliënten uit verschillende gemeenten binnen Noordwest-Nederland en Flevoland. De cliëntenpopulatie bestaat uit zowel jeugdigen als jongvolwassenen. De ondersteuning aan jeugdigen die wordt verleend op grond van een ander wettelijk kader dan de Wmo 2015 is niet betrokken in dit onderzoek. Dit onderzoek richt zich uitsluitend op de ondersteuning die onder de Wmo 2015 wordt geboden.

Volgens informatie op de website biedt Stichting Bronx Begeleid Wonen verschillende vormen van ondersteuning, waaronder verblijf, ambulante begeleiding, activiteiten, behandeling en crisisopvang. Het verblijf wordt omschreven als ondersteuning binnen een 24-uurssetting, groepswoningen en individuele woningen. Ambulante begeleiding is volgens de website gericht op cliënten die (semi-)zelfstandig wonen, al dan niet met één of twee huisgenoten of in een studio. Deze cliënten ontvangen begeleiding in de thuissituatie en ondersteuning bij het vinden en behouden van een passende dagbesteding, zoals onderwijs, een stageplaats of werk.

Daarnaast vermeldt de aanbieder op de website dat cliënten gebruik kunnen maken van een eigen sportcomplex en werkzaamheden kunnen verrichten binnen een eigen horecagelegenheid. Verder staat beschreven dat verschillende vormen van behandeling worden aangeboden, waaronder psycho-educatie, cognitieve gedragstherapie (CGT), traumabehandeling en emotieregulatie.

Op de website van de aanbieder worden geen adressen van verblijfs- of opvanglocaties vermeld. Hierdoor is op basis van de openbaar beschikbare informatie niet inzichtelijk over hoeveel locaties de aanbieder beschikt en op welke locaties ondersteuning wordt geboden.

Cliëntenbestand en personele inzet

De aanbieder heeft gedurende het onderzoek een organogram verstrekt waaruit de verschillende functies binnen de organisatie blijken. Het team bestaat uit een directeur, een HR- en backoffice medewerker, een teamleider, een zorgcoördinator, drie gedragswetenschappers, een kwaliteitsmanager, maatschappelijk werkers, sociaal werkers en nachtwerkers. Uit het online registratiesysteem van de aanbieder, ingezien op 20 mei 2026, blijkt dat de aanbieder

ondersteuning biedt aan in totaal 52 cliënten. Het betreft volgens de getoonde gegevens 10 cliënten uit Haarlem, 3 cliënten uit Purmerend, 27 cliënten uit Flevoland, 1 cliënt uit Amstelveen, 10 cliënten uit Zaanstad en 1 cliënt die ondersteuning ontvangt vanuit een maatwerkvoorziening begeleiding. Volgens de HR-medewerker bevinden zich onder de cliënten uit Flevoland veel jeugdigen.

Gelet op het aantal cliënten dat ondersteuning ontvangt, de spreiding over verschillende gemeenten en de aanwezigheid van diverse cliëntgroepen, is inzicht in de omvang en verdeling van de personele inzet van belang. Gedurende het onderzoek is onvoldoende inzichtelijk geworden wat de feitelijke bezetting per functiegroep, locatie en cliëntgroep is. Daarbij komt dat in de aangeleverde informatie verschillende functiebenamingen worden gehanteerd, waardoor de feitelijke personele inzet niet eenduidig kan worden vastgesteld. Hierdoor ontstaat geen volledig beeld van de wijze waarop de personele inzet binnen de organisatie is ingericht en verdeeld in relatie tot de omvang en samenstelling van de cliëntenpopulatie.

Haarlemse cliënten en betrokken functionarissen
Gedurende de onderzoeksperiode, vanaf de start van het onderzoek tot het afronden van de conceptrapportage, ontvingen 11 cliënten ondersteuning op grond van een Wmo-indicatie verstrekt door de gemeente Haarlem.

De aanbieder heeft gedurende het onderzoek geen eenduidig en volledig inzicht verschaft in het aantal Haarlemse cliënten dat ondersteuning ontving. In een door de aanbieder op 11 juli 2026 aangeleverd overzicht zijn 10 van de 11 Haarlemse cliënten opgenomen. Van de 11 Haarlemse cliënten heeft de aanbieder voor 8 cliënten een begeleidingsplan en cliëntdossier beschikbaar gesteld. Deze dossiers zijn betrokken bij het dossieronderzoek.

De indicaties beschermd wonen zijn inhoudelijk vergelijkbaar voor alle Haarlemse cliënten; uitsluitend de omvang van de trajectbegeleiding verschilt per cliënt. De indicatie beschermd wonen houdt onder meer in dat op de locaties waar Haarlemse cliënten verblijven dagelijks van 07.00 uur tot 23.00 uur doorlopend een begeleider aanwezig is. Daarnaast is tussen 23.00 uur en 07.00 uur een begeleider oproepbaar en, indien nodig, binnen 30 minuten aanwezig bij de cliënt, conform de informatie op de website van de aanbieder. Uit dossieronderzoek, gesprekken met cliënten, gesprekken met medewerkers en observaties tijdens de locatiebezoeken blijkt dat de feitelijke ondersteuning op meerdere onderdelen afwijkt van hetgeen op grond van de indicaties van cliënten mag worden verwacht. Hierdoor heeft de aanbieder onvoldoende aannemelijk gemaakt dat Haarlemse cliënten ondersteuning ontvangen overeenkomstig de afgegeven indicaties.

Voor de cliënten uit Haarlem zijn volgens opgave een sociaal werker, een persoonlijk begeleider, een ambulant persoonlijk begeleider en een ambulante begeleider betrokken bij de uitvoering van de ondersteuning. Zij worden ondersteund door de zorgcoördinator en een gedragswetenschapper. De directeur is eindverantwoordelijk en wordt tevens ingezet als bereikbaarheidsdienst.

Conclusie proactief onderzoek 20 mei 2026
Op basis van het onderzoek constateert de toezichthouder dat het onderdeel ‘Trajectbegeleiding’ en ‘Verblijf Beschermd Wonen’ niet aantoonbaar voldoet aan alle daaraan gestelde normen.

Onderstaand wordt een opsomming gegeven van de belangrijkste bevindingen:

Onvoldoende borging van kwaliteitsbeleid in de praktijk
De toezichthouder constateert dat de aanbieder beschikt over diverse randvoorwaarden voor het leveren van kwalitatief verantwoorde ondersteuning. Zo beschikt de aanbieder onder meer over een kwaliteitsmanagementsysteem gebaseerd op HKZ Kleine Organisaties 2021, zijn beleidsdocumenten aanwezig op het gebied van kwaliteit, veiligheid, personeelsbeleid, informatiebeveiliging en deskundigheidsbevordering en wordt geïnvesteerd in scholing van medewerkers. Daarnaast beschikt de aanbieder over een Meldcode Huiselijk Geweld en Kindermishandeling en wordt aandacht besteed aan deskundigheidsbevordering op dit onderwerp.

Tegelijkertijd blijkt uit het onderzoek dat de uitvoering van de ondersteuning in de praktijk op meerdere onderdelen onvoldoende is geborgd. Zo is vastgesteld dat beleid, werkinstructies en feitelijke uitvoering niet altijd met elkaar in overeenstemming zijn. Dit geldt onder meer voor de wijze van rapporteren, het gebruik van agenda's en de invulling van de bereikbaarheid en beschikbaarheid van begeleiding. Hierdoor ontstaat onvoldoende inzicht in de wijze waarop de begeleiding daadwerkelijk wordt georganiseerd en uitgevoerd. De toezichthouder acht dit zorgelijk, omdat de aanwezigheid van beleid, procedures en kwaliteitsdocumenten op zichzelf onvoldoende waarborg biedt voor goede ondersteuning. Van belang is dat deze ook daadwerkelijk worden nageleefd en aantoonbaar worden toegepast in de dagelijkse praktijk. Nu beleid, werkinstructies en feitelijke uitvoering op meerdere onderdelen niet met elkaar in overeenstemming blijken, heeft de aanbieder onvoldoende aannemelijk gemaakt dat de kwaliteit, continuïteit en veiligheid van de ondersteuning structureel worden geborgd.

Onvoldoende borging van ondersteuning conform indicatie
Uit dossieronderzoek, gesprekken met cliënten, gesprekken met medewerkers en observaties tijdens de locatiebezoeken blijkt onvoldoende dat Haarlemse cliënten ondersteuning ontvangen overeenkomstig de afgegeven indicaties. Gezien de kwetsbaarheid van de doelgroep en de vaak complexe problematiek waarvoor begeleiding is geïndiceerd, is het van belang dat cliënten kunnen rekenen op tijdige, passende en voldoende ondersteuning. Zowel ten aanzien van de beschikbaarheid van woonbegeleiding als ten aanzien van de omvang van de trajectbegeleiding heeft de aanbieder onvoldoende aannemelijk gemaakt dat de ondersteuning wordt geleverd zoals geïndiceerd. De toezichthouder acht dit zorgelijk, omdat hierdoor onvoldoende is geborgd dat cliënten de ondersteuning ontvangen die noodzakelijk is om hun zelfredzaamheid, participatie, stabiliteit en veiligheid te behouden of te versterken.

Onvoldoende borging van deskundige en beschikbare ondersteuning
De aanbieder heeft onvoldoende aannemelijk gemaakt dat voldoende deskundige beroepskrachten beschikbaar zijn om aan te sluiten bij de ondersteuningsbehoefte van cliënten. Ook de continuïteit van ondersteuning, de vervanging bij afwezigheid van medewerkers en de organisatie van de bereikbaarheidsdienst zijn onvoldoende aantoonbaar geborgd. De toezichthouder acht dit zorgelijk, omdat cliënten met een indicatie beschermd wonen afhankelijk kunnen zijn van tijdige en deskundige ondersteuning bij problemen op verschillende leefgebieden en in crisissituaties. Wanneer de beschikbaarheid van deskundige medewerkers en de continuïteit van ondersteuning onvoldoende zijn geborgd, bestaat het risico dat noodzakelijke ondersteuning niet tijdig wordt ingezet.

Tekortkomingen in veiligheid, woonomgeving en kwaliteitsbewaking
Verder blijkt dat veiligheidsrisico's onvoldoende structureel en aantoonbaar worden gemonitord, geëvalueerd en opgevolgd. In combinatie met de geconstateerde tekortkomingen op het gebied van brandveiligheid, onderhoud, leefbaarheid en de passendheid van de woonvoorzieningen acht de toezichthouder dit zorgelijk, omdat onvoldoende is geborgd dat cliënten verblijven in een veilige en passende woonomgeving. Daarnaast heeft de aanbieder onvoldoende aannemelijk gemaakt dat de kwaliteit van de ondersteuning in de dagelijkse praktijk systematisch wordt bewaakt, geëvalueerd en waar nodig bijgestuurd. De toezichthouder acht dit zorgelijk, omdat hierdoor het risico bestaat dat tekortkomingen in de ondersteuning niet tijdig worden gesignaleerd en gecorrigeerd.

Administratieve organisatie en dossiervoering onvoldoende op orde
De toezichthouder constateert tevens aandachtspunten in de administratieve organisatie en dossiervoering. Gedurende het onderzoek bleken verschillende documenten niet direct beschikbaar. Zo konden begeleidingsplannen niet worden teruggevonden in het registratiesysteem en zijn diverse documenten pas na aanvullende uitvragen aangeleverd. Ondanks deze aanvullende uitvragen bleef het beeld op onderdelen onvolledig. Zo zijn van de 11 Haarlemse cliënten uiteindelijk slechts 8 begeleidingsplannen aangeleverd en waren van slechts 9 cliënten de verblijfslocaties bekend. Deze voorbeelden zijn niet limitatief.
Hierdoor heeft de aanbieder onvoldoende inzichtelijk gemaakt dat de ondersteuning, de personele inzet en de kwaliteitsborging ten aanzien van alle Haarlemse cliënten op een navolgbare en controleerbare wijze zijn georganiseerd en vastgelegd. De toezichthouder acht dit zorgelijk, omdat een deugdelijke en navolgbare vastlegging van cliëntgegevens, begeleiding en kwaliteitsinformatie een essentiële voorwaarde vormt voor het bieden, monitoren en verantwoorden van passende ondersteuning aan deze kwetsbare doelgroep. Door de onvolledige informatievoorziening kan niet worden vastgesteld of cliënten tijdig de benodigde ondersteuning ontvangen en of risico's, veranderingen in de ondersteuningsbehoefte en aandachtspunten in de begeleiding adequaat worden gesignaleerd en opgevolgd.

Een nadere toelichting op bovenstaande bevindingen is opgenomen bij de betreffende onderwerpen in dit rapport. Niet alle kwaliteitseisen zijn onderzocht. Indien hiervan sprake is, wordt dit bij de betreffende kwaliteitseis vermeld.

Kernbevinding
Ondanks de aanwezigheid van beleid, kwaliteitsinstrumenten en een kwaliteitsmanagementsysteem heeft de aanbieder onvoldoende aannemelijk gemaakt dat Haarlemse cliënten ondersteuning ontvangen overeenkomstig de afgegeven indicaties en hun ondersteuningsbehoefte. Ook heeft de aanbieder onvoldoende aannemelijk gemaakt dat de kwaliteit, veiligheid, continuïteit van ondersteuning en personele inzet in de dagelijkse praktijk voldoende zijn geborgd. Daarnaast zijn tekortkomingen vastgesteld in de administratieve organisatie en dossiervoering, waardoor onvoldoende inzicht bestaat in de uitvoering, monitoring en kwaliteitsborging van de ondersteuning. De geconstateerde tekortkomingen zijn niet incidenteel van aard, maar raken meerdere onderdelen van de organisatie. Hierdoor bestaan gegronde twijfels of de ondersteuning op een structurele, navolgbare en beheerste wijze wordt uitgevoerd. Daarmee heeft de aanbieder onvoldoende aannemelijk gemaakt dat wordt voldaan aan de kwaliteitseisen van artikel 3.1, tweede lid, van de Wmo 2015.

Advies aan College van B&W
De toezichthouder geeft het advies aan de gemeente Haarlem te handhaven en de aanbieder op te dragen maatregelen ter bevordering van de kwaliteit te nemen. Middels deze handhaving zal de aanbieder aangezet moeten worden tot herstel van de onvolkomenheden en de naleving van de vereisten op het gebied van de kwaliteit.

Beoogd wordt de aanbieder aan te zetten tot herstel van alle geconstateerde tekortkomingen en tot naleving van de vereisten op het gebied van kwaliteit, zoals vastgelegd in de Wmo 2015.

Geldende kwaliteitseisen, normen en bevindingen (oordeel en conclusie)

Bevindingen

1. Cliënt

Geldende kwaliteitseisen Wmo 2015

- 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, Wmo 2015)
- De voorziening wordt verstrekt met respect voor en inachtneming van de rechten van de cliënt. (art. 3.1, tweede lid sub d, Wmo 2015);
- Kwaliteitseisen in gemeentelijke verordeningen (art. 2.1.3, tweede lid, sub c. Wmo2015);

Toelichting geldende kwaliteitseisen

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.

1.1 Doelen en dossier

Norm 'Doelen en dossier'		
1.1.1	De cliënt bepaalt binnen de mogelijkheden, in samenspraak met de beroepskracht de hulpvraag en de doelen van de geboden ondersteuning.	• Doelen en gemaakte afspraken zijn concreet en inzichtelijk. • De cliënt stemt aantoonbaar in met het plan en de gemaakte afspraken.

1.1.2	Beroepskrachten werken cyclisch. Zij leggen dit hele proces inzichtelijk vast.	• De beroepskracht evalueert periodiek, samen met de cliënt, de doelen van de verleende ondersteuning en de ontwikkeling van de cliënt. • De beroepskracht stelt, waar nodig, het plan bij, in samenspraak met de cliënt en, indien van toepassing, in afstemming met het (in)formele netwerk.

Bevindingen en conclusies getoetste norm 'Doelen en dossier'

1.1.1. De cliënt bepaalt binnen de mogelijkheden, in samenspraak met de beroepskracht de hulpvraag en de doelen van de geboden ondersteuning.

In de leidraad personeel is vastgelegd dat het begeleidingsplan binnen één week na opstelling met de cliënt wordt besproken en dat de cliënt het plan ondertekent of digitaal akkoord geeft in Nedap ONS. De toezichthouder heeft echter niet kunnen vaststellen dat deze digitale instemming in de beoordeelde dossiers aantoonbaar is vastgelegd. Van de acht beoordeelde begeleidingsplannen bevat één plan handgeschreven ondertekeningen. In de overige plannen zijn uitsluitend getypte namen van betrokkenen opgenomen of ontbreekt een vorm van ondertekening geheel.

Daarnaast blijkt uit gesprekken met drie cliënten dat zij niet of slechts beperkt bekend zijn met de inhoud van hun begeleidingsplan. Sommige cliënten kunnen wel een doel noemen waaraan wordt gewerkt, maar zijn niet op de hoogte van het volledige plan en de daarin vastgelegde afspraken. De toezichthouder heeft de aanmaak- en printdata van de ontvangen begeleidingsplannen uit ONS (het elektronisch cliëntdossier) gecontroleerd. Op alle onderzochte begeleidingsplannen staat 26 juni 2026 als printdatum vermeld. Op vier van de ontvangen begeleidingsplannen is daarnaast 26 juni 2026 als aanmaakdatum vermeld. Deze plannen hebben betrekking op perioden die reeds waren aangevangen voordat deze aanmaakdatum was bereikt. Zo is een begeleidingsplan dat betrekking heeft op de periode januari 2026 tot en met juli 2026 opgesteld op 26 juni 2026. Een ander begeleidingsplan, opgesteld op dezelfde datum, ziet op de periode februari 2026 tot en met juni 2026. Ook een derde begeleidingsplan is op 26 juni 2026 opgesteld, terwijl dit betrekking heeft op de periode februari 2026 tot en met augustus 2026. Op basis van de onderzochte gegevens kan niet worden vastgesteld dat deze begeleidingsplannen vanaf de ingangsdatum beschikbaar waren en gedurende de gehele planperiode als sturend document voor de begeleiding hebben gefunctioneerd. De tijdige totstandkoming en vastlegging van deze begeleidingsplannen zijn daarmee onvoldoende aantoonbaar. De toezichthouder acht dit zorgelijk, omdat hierdoor onvoldoende aannemelijk is dat de begeleidingsplannen gedurende het ondersteuningstraject daadwerkelijk hebben gefunctioneerd als sturend document voor de begeleiding. De beperkte bekendheid van de gesproken cliënten met de

inhoud van hun begeleidingsplan ondersteunt bovendien de constatering dat onvoldoende aantoonbaar is dat de plannen tijdig en in samenspraak met de cliënten tot stand zijn gekomen en gedurende de planperiode richting hebben gegeven aan de ondersteuning.

Conclusie
De toezichthouder constateert dat onvoldoende aantoonbaar is dat cliënten instemmen met hun begeleidingsplan en de daarin opgenomen doelen en afspraken. Daarnaast blijkt uit de onderzoeksbevindingen dat cliënten niet altijd bekend zijn met de inhoud van hun begeleidingsplan. Ook kan voor een deel van de onderzochte begeleidingsplannen niet worden vastgesteld dat deze vanaf de ingangsdatum beschikbaar waren en gedurende de gehele planperiode als sturend document voor de begeleiding hebben gefunctioneerd.

Hierdoor heeft de aanbieder onvoldoende aannemelijk gemaakt dat cliënten binnen de mogelijkheden daadwerkelijk betrokken worden bij het formuleren van hun hulpvraag, het vaststellen van doelen en het vormgeven van de ondersteuning. Daarmee is onvoldoende geborgd dat uitvoering wordt gegeven aan het uitgangspunt dat de cliënt in samenspraak met de beroepskracht de hulpvraag en doelen van de ondersteuning bepaalt.

1.1.2. Beroepskrachten werken cyclisch. Zij leggen dit hele proces inzichtelijk vast.

Ten tijde van het locatiebezoek op 20 mei 2026 waren niet van alle cliënten de meest recente begeleidingsplannen beschikbaar. Volgens de HR-medewerker konden niet alle begeleidingsplannen in het registratiesysteem worden teruggevonden. Op 23 juni 2026 heeft de toezichthouder de aanbieder verzocht de begeleidingsplannen uiterlijk 8 juli 2026 aan te leveren. Vervolgens heeft de toezichthouder acht begeleidingsplannen ontvangen, terwijl op dat moment in totaal elf Haarlemse cliënten in zorg waren.

Op vier van de acht ontvangen begeleidingsplannen is 26 juni 2026 als aanmaakdatum vermeld. Deze datum ligt na de ingangsdatum van de betreffende planperioden en na het verzoek van de toezichthouder om toezending van de begeleidingsplannen. Daarnaast bevatten de plannen diverse onvolkomenheden, waaronder onjuiste adresgegevens en afwijkende of handmatig gewijzigde gegevens. Gelet hierop kan niet worden vastgesteld dat deze begeleidingsplannen vanaf de ingangsdatum beschikbaar waren en gedurende de gehele planperiode als sturend document voor de begeleiding hebben gefunctioneerd. Dit doet afbreuk aan de betrouwbaarheid, actualiteit en navolgbaarheid van de dossiervoering. De toezichthouder acht dit zorgelijk, omdat hierdoor onvoldoende aannemelijk is dat de begeleidingsplannen gedurende het ondersteuningstraject daadwerkelijk hebben gefunctioneerd als sturend document voor de begeleiding. De geconstateerde onvolkomenheden en geregistreerde aanmaakdata beperken de navolgbaarheid van de ondersteuning, waardoor niet kan worden vastgesteld of cliënten gedurende de planperiode tijdig passende ondersteuning hebben ontvangen overeenkomstig hun ondersteuningsbehoefte.

In de ingeziene begeleidingsplannen zijn ondersteuningsdoelen opgenomen op verschillende leefgebieden, waaronder wonen, financiën, werk, opleiding, gezondheid en sociaal netwerk. In meerdere begeleidingsplannen zijn evaluaties van eerder gestelde doelen opgenomen en zijn op basis

daarvan nieuwe doelen geformuleerd. Hieruit blijkt dat de aanbieder beoogt de ondersteuning planmatig vorm te geven. Tegelijkertijd constateert de toezichthouder dat de kwaliteit, actualiteit en uitwerking van de begeleidingsplannen wisselend zijn. Doelen zijn niet altijd voldoende concreet uitgewerkt en de tijdige totstandkoming van meerdere plannen is onvoldoende aannemelijk. Hierdoor is niet altijd navolgbaar op welke wijze de ondersteuning gedurende het traject wordt gestuurd, gevolgd en geëvalueerd.

In het kwaliteitshandboek is vastgelegd dat contactmomenten en afspraken worden geregistreerd en dat de continuïteit van de ondersteuning wordt gemonitord. De toezichthouder constateert echter dat deze werkwijze in de praktijk onvoldoende aantoonbaar wordt uitgevoerd. Tijdens het dossieronderzoek bleek dat in sommige gevallen gedurende meerdere weken geen rapportages waren vastgelegd in cliëntdossiers. Daarnaast sloten geregistreerde contactmomenten regelmatig niet aan bij de geplande afspraken. Ook bevatte de dossiervoering onjuiste cliëntgegevens en waren rapportages niet altijd tijdig opgesteld. Hierdoor kan onvoldoende worden geverifieerd of de begeleiding daadwerkelijk heeft plaatsgevonden en op welke wijze invulling is gegeven aan de ondersteuning. De zorgcoördinator verklaarde dat rapportages periodiek worden gecontroleerd. Zij bleek echter niet op de hoogte van de geconstateerde hiaten en kon hiervoor geen verklaring geven. Dit roept vragen op over de feitelijke uitvoering en effectiviteit van de interne controle op de kwaliteit en continuïteit van de ondersteuning.

Verder bleek tijdens het onderzoek dat betrokken functionarissen niet altijd beschikken over een actueel beeld van de situatie van cliënten. Zo gaf de zorgcoördinator aan dat een cliënt vier tot vijf dagen per week werkte. Tijdens het locatiebezoek gaf de betreffende cliënt echter aan geen werk of dagbesteding te hebben. Dit werd bevestigd door de betrokken begeleider. Deze tegenstrijdigheid wijst erop dat informatie over de actuele situatie en voortgang van cliënten niet altijd actueel en eenduidig beschikbaar is binnen de organisatie. De toezichthouder acht dit zorgelijk, omdat voor het bieden van passende ondersteuning noodzakelijk is dat betrokken medewerkers beschikken over een actueel en juist beeld van de situatie van cliënten. Wanneer informatie over de actuele omstandigheden, voortgang en daginvulling van cliënten niet eenduidig bekend is binnen de organisatie, bestaat het risico dat de ondersteuning onvoldoende aansluit bij de feitelijke ondersteuningsbehoefte van cliënten en dat relevante signalen niet tijdig worden herkend en opgevolgd.

Conclusie

De toezichthouder stelt vast dat de aanbieder werkt met begeleidingsplannen, ondersteuningsdoelen en evaluaties. Tegelijkertijd heeft de aanbieder onvoldoende aannemelijk gemaakt dat het cyclisch werken in de praktijk structureel en navolgbaar wordt uitgevoerd en vastgelegd. Begeleidingsplannen zijn niet altijd tijdig beschikbaar of voldoende aantoonbaar actueel, rapportages bevatten hiaten en onjuistheden en de voortgang van cliënten wordt niet in alle gevallen aantoonbaar gemonitord en vastgelegd. Daarnaast beschikken betrokken functionarissen niet altijd over een actueel en eenduidig beeld van de situatie van cliënten. Hierdoor is onvoldoende geborgd dat de ondersteuning

systematisch wordt gevolgd, geëvalueerd en waar nodig bijgesteld op basis van de actuele ondersteuningsbehoefte van cliënten.

1.2 Rechten cliënt

Norm 'Rechten cliënt'		
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.
1.2.2	De cliënt heeft medezeggenschap.	• De aanbieder heeft een vorm van medezeggenschap waarin voorgenomen besluiten die belangrijk zijn voor de cliënten, aan cliënten worden voorgelegd. • De aanbieder brengt cliënten en beroepskrachten aantoonbaar op de hoogte van de regelingen voor medezeggenschap. • De aanbieder motiveert cliënten aantoonbaar om van de inspraakmogelijkheid gebruik te maken. • De aanbieder onderzoekt periodiek of cliënten tevreden zijn over de ondersteuning en over de kwaliteit van de organisatie. De aanbieder brengt zo nodig verbeteringen aan.

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.
1.2.4	De aanbieder borgt de privacy van de cliënt.	• De aanbieder beschikt over een privacy beleid conform wet- en regelgeving en past dit toe. • De aanbieder en de beroepskrachten delen informatie over de cliënt, als daar toestemming voor vereist is, alleen na toestemming van de cliënt.

Bevindingen en conclusies getoetste norm 'Rechten cliënt'

1.2.1 De beroepskracht bejegent de cliënt op professionele wijze.

De aanbieder beschikt over een gedragscode die is opgenomen in de personeelsgids. Hierin is onder andere vastgelegd dat medewerkers cliënten respectvol, zorgvuldig en professioneel benaderen. Iedere medewerker ontvangt de personeelsgids bij indiensttreding en wordt geacht kennis te nemen van de inhoud en hiernaar te handelen.

Uit gesprekken met drie cliënten blijkt dat zij over het algemeen tevreden zijn over de begeleiding die zij ontvangen. Tijdens het onderzoek zijn geen signalen ontvangen van respectloze, ongepaste of onprofessionele bejegening door medewerkers.

Conclusie

Op basis van het onderzoek constateert de toezichthouder dat de aanbieder er voldoende zorg voor draagt dat beroepskrachten cliënten op een professionele wijze bejegenen.

1.2.2 De cliënt heeft medezeggenschap

In de personeelsgids is beschreven dat er een cliëntenraad is die de belangen van cliënten vertegenwoordigt, de directie adviseert over onderwerpen die betrekking hebben op de kwaliteit van zorg- en dienstverlening en bijdraagt aan cliënttevredenheid en participatie. In het door de aanbieder aangeleverde organogram zijn vijf leden van de cliëntenraad opgenomen.

In de aangeleverde beleidsdocumenten is niet nader uitgewerkt op welke wijze cliënten en beroepskrachten aantoonbaar op de hoogte worden gebracht van de medezeggenschapsregeling. Evenmin is beschreven op welke wijze cliënten worden gestimuleerd gebruik te maken van de beschikbare inspraakmogelijkheden.

De aanbieder voert periodiek een cliënttevredenheidsonderzoek uit. In 2025 hebben tien cliënten deelgenomen aan dit onderzoek. Uit het onderzoek blijkt dat de deelnemers voornamelijk jeugdigen binnen beschermd wonen betroffen. Hierdoor geeft het onderzoek beperkt inzicht in de tevredenheid van de Wmo-cliënten waarop dit toezicht betrekking heeft.

De toezichthouder heeft binnen dit onderzoek niet specifiek onderzocht op welke wijze de medezeggenschap in de praktijk functioneert. Om die reden is deze voorwaarde niet beoordeeld.

1.2.3 De aanbieder beschikt over een klachtenregeling.

De aanbieder beschikt over een klachtenregeling, deze is opgenomen in het kwaliteitshandboek. Beschreven is dat cliënten een klacht kunnen bespreken met de begeleider. Indien dit niet tot een oplossing leidt, kan een klacht worden ingediend bij de directie. Wanneer de cliënt er met de directie niet uitkomt, kan de klacht worden voorgelegd aan een onafhankelijke geschillencommissie. De aanbieder is aangesloten bij Klachtenportaal Zorg en Jeugdstem. Daarnaast is vastgelegd dat cliënten worden geïnformeerd over hun rechten en plichten, waaronder de klachtenregeling.

De toezichthouder heeft binnen dit onderzoek niet specifiek onderzocht op welke wijze de klachtenregeling in de praktijk wordt uitgevoerd en functioneert. Om die reden is deze voorwaarde niet beoordeeld.

1.2.4 De aanbieder borgt de privacy van de cliënt.

De aanbieder beschikt over beleid ten aanzien van privacy, gegevensbescherming, datalekken en informatiebeveiliging. In het kwaliteitshandboek zijn onder meer een privacyverklaring, een procedure voor het melden van datalekken, een procedure voor verzoeken van betrokkenen op grond van de AVG en een informatiebeveiligingsbeleid opgenomen. Hierin is beschreven op welke wijze persoonsgegevens worden verwerkt en beschermd, welke rechten betrokkenen hebben en hoe wordt gehandeld bij een datalek. Daarnaast is vastgelegd dat voor het gebruik van bijvoorbeeld foto- en beeldmateriaal toestemming van de cliënt wordt gevraagd en vastgelegd in het cliëntdossier.

Ook is in het beleid opgenomen dat persoonsgegevens en cliëntinformatie uitsluitend toegankelijk zijn voor bevoegde personen en dat gevoelige informatie alleen via beveiligde communicatiekanalen wordt gedeeld. Daarnaast beschikt de aanbieder over een procedure voor de afhandeling van verzoeken van betrokkenen op grond van de AVG.

Tijdens het onderzoek is geconstateerd dat naast begeleiders ook andere functionarissen toegang hebben tot cliëntdossiers, waaronder een HR-medewerker. Uit het functieprofiel van de HR-medewerker, zoals beschreven in de personeelsgids, blijkt niet dat toegang tot cliëntdossiers onderdeel uitmaakt van de functie. Of de verleende autorisatie noodzakelijk is voor de uitoefening van de functie is tijdens dit onderzoek niet nader beoordeeld.

De toezichthouder constateert op basis van de beschikbare documentatie dat de aanbieder beschikt over privacybeleid conform wet- en regelgeving. De feitelijke toepassing van dit beleid, de verleende autorisaties en de wijze waarop in de praktijk wordt omgegaan met toestemming voor het delen van cliëntinformatie zijn tijdens dit onderzoek niet beoordeeld.

1.3 Ondersteuning in de praktijk

Norm 'Ondersteuning in de praktijk'		
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.
1.3.2	Er is continuïteit in de verleende ondersteuning.	• De cliënt weet wie zijn ondersteuning coördineert en welke beroepskracht verantwoordelijk is voor welk onderdeel van de ondersteuning. • De cliënt ontvangt ondersteuning van één of meerdere vaste beroepskracht(en). • De cliënt weet hoe en wanneer hij de beroepskracht kan bereiken. • De cliënt ontvangt passende vervanging bij afwezigheid van de beroepskracht.

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 en conclusies getoetst norm 'Ondersteuning in de praktijk

1.3.1 aansluiten bij wensen, mogelijkheden en ondersteuningsbehoefte

Uit dossieronderzoek, gesprekken met cliënten, gesprekken met medewerkers en observaties tijdens de locatiebezoeken blijkt onvoldoende dat cliënten ondersteuning ontvangen die aansluit bij hun ondersteuningsbehoefte. Dit is zorgelijk omdat het gaat om een kwetsbare doelgroep met psychische en psychosociale problematiek die is aangewezen op beschermd wonen en doorlopende begeleiding. Juist bij deze cliënten is het van belang dat ondersteuning aansluit bij de actuele ondersteuningsbehoefte en dat veranderingen in functioneren, risico's en ondersteuningsvragen tijdig worden gesignaleerd en opgevolgd.

De zorgcoördinator heeft verklaard dat begeleiding tijdens kantoortijden (08.00 uur tot 17.30 uur) oproepbaar is en binnen 30 minuten aanwezig kan zijn bij cliënten. Buiten kantoortijden en in het weekend kunnen cliënten volgens de zorgcoördinator gebruikmaken van een noodnummer. Deze werkwijze komt niet overeen met de indicaties van de onderzochte cliënten, waarin is opgenomen dat van 07.00 uur tot 23.00 uur begeleiding aanwezig is op de locatie van de cliënt.

De cliënten verblijven verspreid over verschillende locaties in Amsterdam en Zaandam. De toezichthouder heeft op respectievelijk 20 mei en 8 juni 2026 in totaal zes* locaties bezocht. Tijdens geen van deze locatiebezoeken was begeleiding aanwezig. Op drie locaties waren cliënten aanwezig. Deze cliënten hebben verklaard dat begeleiding niet op vaste momenten aanwezig is. Daarnaast is tijdens de locatiebezoeken vastgesteld dat niet op alle bezochte woonlocaties een kantoorruimte, begeleidersruimte of gemeenschappelijke ruimte aanwezig is waar medewerkers structureel aanwezig kunnen zijn.

Verder heeft de zorgcoördinator verklaard dat de begeleiding van de Haarlemse cliënten wordt uitgevoerd door drie vaste begeleiders, één invalbegeleider en de zorgcoördinator. Begeleiders hebben daarbij verklaard niet werkzaam te zijn in de weekenden.

**Eén van de zes bezochte locaties bleek niet de actuele verblijfslocatie van de betreffende cliënt te zijn. Later in het onderzoek is door de aanbieder een aangepast overzicht overgelegd met verblijflocaties van cliënten. Hierin zijn de verblijfslocaties van 9 van de 11 Haarlemse cliënten opgenomen.*

Gelet het beperkte aantal beschikbare medewerkers, de spreiding van cliënten over verschillende locaties, het ontbreken van begeleiding tijdens de locatiebezoeken, de verklaringen van cliënten en de door de zorgcoördinator gegeven toelichting op de organisatie van de begeleiding, heeft de aanbieder onvoldoende aannemelijk gemaakt dat uitvoering wordt gegeven aan de geïndiceerde vorm van doorlopende woonbegeleiding. Hierdoor is onvoldoende aannemelijk dat de vereiste aanwezigheid van begeleiding van 07.00 uur tot 23.00 uur in de praktijk wordt gerealiseerd.

Ook is onvoldoende aantoonbaar dat de trajectbegeleiding wordt geboden overeenkomstig de afgegeven indicaties. Verklaringen van cliënten, begeleiders en de zorgcoördinator over de frequentie van begeleidingscontacten komen niet altijd met elkaar overeen. Uit rapportages blijkt bovendien dat cliënten in de onderzoeksperiode beperkt contact hebben gehad met hun begeleiders. Hierdoor is onvoldoende aannemelijk dat cliënten de trajectbegeleiding ontvangen die past bij hun indicatie en ondersteuningsbehoefte. De toezichthouder acht dit zorgelijk, omdat niet aannemelijk is gemaakt dat cliënten kunnen rekenen op de geïndiceerde beschikbaarheid van woonbegeleiding. Wanneer de vereiste aanwezigheid van begeleiding in de praktijk niet wordt gerealiseerd, bestaat het risico dat cliënten onvoldoende ondersteuning ontvangen en dat problemen, veiligheidsrisico’s of crisissituaties niet tijdig worden gesignaleerd en aangepakt.

De toezichthouder heeft tijdens het onderzoek gesproken met drie cliënten. De gesproken cliënten geven aan een vaste begeleider te hebben. Echter komt het aantal begeleidingsuren dat de cliënten noemen niet altijd overeen met het aantal begeleidingsuren dat de begeleider en zorg coördinator noemen. N.B. Uit gesprekken met de cliënten blijkt dat zij niet op de hoogte zijn van hun indicatie en de hoeveelheid zorg die zij zouden kunnen ontvangen.

Er worden geen vaste roosters bijgehouden, waardoor niet inzichtelijk is welke medewerkers op welke momenten beschikbaar zijn voor cliënten. Op 11 juli 2026 heeft de aanbieder op verzoek van de toezichthouder screenshots van Outlookagenda's van medewerkers aangeleverd. Volgens de personeelsgids dienen agenda's actueel en naar waarheid te worden bijgehouden. Uit vergelijking van deze agenda's met cliëntdossiers, rapportages, verklaringen van cliënten en het door de aanbieder aangeleverde personeelsoverzicht blijkt dat deze informatie op meerdere punten niet met elkaar

overeenkomt. Zo sluiten ingeplande afspraken niet altijd aan bij gerapporteerde begeleidingscontacten en komen de agenda's niet steeds overeen met de werkdagen en inzet van medewerkers zoals door de aanbieder is opgegeven. Hierdoor kan de toezichthouder niet vaststellen welke begeleiding daadwerkelijk is geboden en welke medewerkers op welke momenten beschikbaar waren voor cliënten.

Verder blijkt dat betrokken functionarissen niet altijd beschikken over een actueel beeld van de situatie van cliënten. Zo gaf de zorgcoördinator aan dat cliënten minimaal twee keer per week een fysieke afspraak hebben met hun begeleider, terwijl uit gesprekken met cliënten en rapportages blijkt dat dit niet altijd het geval is. Daarnaast gaf de zorgcoördinator aan dat een cliënt weer beschikte over dagbesteding, terwijl zowel de cliënt als de betrokken begeleider aangaven dat hiervan geen sprake was. Dit is zorgelijk, omdat een actueel beeld van de situatie van cliënten noodzakelijk is om begeleiding af te stemmen op de ondersteuningsbehoefte, veranderingen in het functioneren tijdig te signaleren en waar nodig de begeleiding bij te stellen. Wanneer verantwoordelijke functionarissen niet beschikken over actuele informatie, is onvoldoende gewaarborgd dat cliënten de ondersteuning ontvangen die aansluit bij hun situatie.

Conclusie

De toezichthouder concludeert dat onvoldoende is aangetoond dat cliënten ondersteuning ontvangen die aansluit bij hun mogelijkheden en ondersteuningsbehoefte. Daarnaast is onvoldoende gebleken dat de aanbieder beschikt over voldoende randvoorwaarden om de geïndiceerde begeleiding structureel te kunnen bieden en te monitoren. Ook blijkt dat betrokken functionarissen niet altijd beschikken over een actueel beeld van de situatie van cliënten. Hierdoor is onvoldoende gewaarborgd dat ondersteuning wordt geboden overeenkomstig de behoeften van de cliënt en de gemaakte afspraken.

1.3.2. Er is continuïteit in de verleende ondersteuning.

Uit gesprekken met drie cliënten blijkt dat zij weten wie hun vaste begeleider is en over het algemeen ook wie de ondersteuning coördineert. De cliënten geven aan een vaste begeleider te hebben en weten op welke wijze zij contact kunnen opnemen met hun begeleider.

Tegelijkertijd constateert de toezichthouder verschillende tekortkomingen ten aanzien van de continuïteit van de ondersteuning.

Er worden geen vaste roosters bijgehouden waaruit blijkt welke medewerkers op welke momenten beschikbaar zijn voor cliënten. De door de aanbieder aangeleverde agenda's, cliëntdossiers, rapportages en personeelsgegevens komen op meerdere punten niet met elkaar overeen. Hierdoor kan de toezichthouder niet vaststellen welke medewerkers op welke momenten beschikbaar waren voor cliënten en op welke wijze vervanging bij afwezigheid feitelijk werd georganiseerd. De aanbieder heeft daarmee onvoldoende aannemelijk gemaakt dat de continuïteit en vervanging van ondersteuning structureel zijn gewaarborgd.

Conclusie

De toezichthouder concludeert dat onvoldoende aannemelijk is gemaakt dat de continuïteit en varvanging van de ondersteuning structureel is gewaarborgd.

1.3.3 stimuleren zelfredzaamheid en participatie van de cliënt

Uit gesprekken met drie cliënten blijkt dat één cliënt geen dagbesteding heeft en dat bij een tweede cliënt slechts beperkt sprake is van dagbesteding. Deze cliënten hebben volgens de afgegeven indicatie behoefte aan een sterk gestructureerde daginvulling. De zorgcoördinator heeft aangegeven dat het deelnemen aan werk of dagbesteding primair de verantwoordelijkheid van de cliënt zelf is. Dit staat echter op gespannen voet met de informatie op de website van Bronx, waar wordt beschreven dat cliënten begeleiding ontvangen bij het vinden, behouden en volhouden van werk of dagbesteding.

Daarnaast blijkt uit het gesprek met de zorgcoördinator dat zij niet altijd beschikt over een actueel beeld van de situatie van cliënten. Zo gaf zij aan dat één cliënt onlangs weer beschikte over dagbesteding, terwijl zowel de betreffende cliënt als de betrokken begeleider verklaarden dat hiervan geen sprake was.

Uit de ingeziene begeleidingsplannen blijkt dat voor cliënten doelen zijn geformuleerd op verschillende leefgebieden, waaronder dagbesteding, wonen, financiën en participatie. In de rapportages is zichtbaar dat begeleiding plaatsvindt en dat aan verschillende doelen wordt gewerkt. Tegelijkertijd constateert de toezichthouder dat niet altijd navolgbaar is welke concrete ondersteuning is geboden, met welke frequentie deze ondersteuning heeft plaatsgevonden en welke resultaten daarmee zijn bereikt. Ook blijkt uit de rapportages onvoldoende op welke wijze cliënten worden gestimuleerd en ondersteund bij het verkrijgen, behouden of uitbreiden van dagbesteding en andere vormen van maatschappelijke participatie.

Hierdoor is onvoldoende inzichtelijk in hoeverre alle Haarlemse cliënten structureel en doelgericht worden ondersteund bij het behouden en vergroten van hun zelfredzaamheid en maatschappelijke participatie.

Conclusie

De toezichthouder constateert dat onvoldoende aannemelijk is gemaakt dat alle Haarlemse cliënten op een structurele, doelgerichte en navolgbare wijze worden ondersteund bij het behouden en vergroten van hun zelfredzaamheid en maatschappelijke participatie. Onvoldoende aangetoond is dat de geboden ondersteuning aantoonbaar aansluit bij de actuele mogelijkheden en ondersteuningsbehoeften van alle Haarlemse cliënten.

1.4 Afstemming met (in)formele netwerk

Norm 'Afstemming met (in)formele netwerk'		
1.4.1	Interne afstemming De beroepskrachten stemmen onderling af over de ondersteuning van de cliënt.	• Beroepskrachten stemmen met elkaar af over de situatie en ontwikkeling van de cliënt en de te leveren ondersteuning. • Alle betrokken beroepskrachten informeren elkaar over bijzonderheden in de situatie en ontwikkeling van de cliënt. • Er zijn overleggen om casuïstiek met elkaar te bespreken.
1.4.2	Externe afstemming met formele netwerk: De beroepskrachten stemmen de ondersteuning aan de cliënt af op andere vormen van geboden hulp of zorg.	• De beroepskracht kent het formele netwerk van de cliënt en stemt met externe professionals af. Afspraken zijn vastgelegd. • De beroepskracht maakt afspraken met de cliënt over de afstemming met andere professionals. Hij heeft de afspraken met de cliënt hierover vastgelegd. • De beroepskracht heeft -indien nodig- afspraken met andere professionals gemaakt over regievoering'. Hij heeft de afspraken over de invulling vastgelegd.
1.4.3	Afstemming met het informele netwerk:	• De beroepskracht en de cliënt onderzoeken de mogelijkheden van het inzetten van het informele netwerk. Zij houden hierbij rekening met de belastbaarheid en de (on)mogelijkheden

	Het netwerk van de cliënt wordt betrokken, ondersteund en actief benut.	van dit netwerk. • Afspraken zijn vastgelegd.

Bevindingen en conclusies getoetste norm 'Afstemming met (in)formele netwerk'

1.4.1 Interne afstemming

De zorgcoördinator heeft tijdens het onderzoek verklaard dat zij periodiek de rapportages van begeleiders controleert en hierover caseloadgesprekken voert. Tegelijkertijd heeft de toezichthouder in meerdere cliëntdossiers vastgesteld dat gedurende meerdere weken achtereen geen rapportages zijn opgenomen. De zorgcoördinator gaf aan verrast te zijn door deze bevinding. Op welke wijze de periodieke controle van rapportages en de opvolging hiervan in de praktijk plaatsvinden, kon tijdens het onderzoek niet voldoende worden toegelicht.

Hoewel uit het kwaliteitshandboek blijkt dat overleg- en afstemmingsmomenten zijn ingericht, is op basis van het onderzoek onvoldoende navolgbaar hoe deze overlegstructuren in de praktijk worden uitgevoerd en geborgd. Hierdoor kan de toezichthouder onvoldoende vaststellen in hoeverre beroepskrachten elkaar structureel informeren over bijzonderheden in de situatie en ontwikkeling van cliënten en op welke wijze de uitvoering van de ondersteuning onderling wordt afgestemd.

Conclusie

De aanbieder heeft interne overleg- en afstemmingsstructuren beschreven in beleid en procedures. De praktische uitvoering en borging hiervan zijn echter onvoldoende navolgbaar. Hierdoor kan onvoldoende worden vastgesteld dat de interne afstemming tussen beroepskrachten structureel en aantoonbaar plaatsvindt.

1.4.2 Externe afstemming met formele netwerk

In de *Leidraad Personeel Bronx Begeleid Wonen 2026-2027* staat beschreven dat samenwerking met betrokken hulpverleners, verwijzers en ketenpartners een belangrijk onderdeel vormt van de begeleiding. Daarnaast staat beschreven dat bij aanvang van een traject wordt geïnventariseerd welke ketenpartners betrokken zijn en welke rol zij vervullen binnen het ondersteuningsproces. Volgens de leidraad vindt afstemming met ketenpartners plaats wanneer dit van meerwaarde is voor de begeleiding, veiligheid of ontwikkeling van de cliënt. Verder staat beschreven dat medewerkers een signalerende en verbindende rol hebben binnen het netwerk rondom de cliënt, dat wordt gestreefd naar duidelijkheid over rollen en verantwoordelijkheden van betrokken partijen en dat cliënten actief worden betrokken bij afstemming en besluitvorming rondom de begeleiding.

Uit de ingeziene dossiers blijkt dat beroepskrachten zicht hebben op het formele netwerk van cliënten en afstemmen met betrokken professionals en instanties. Daarbij zijn verschillende externe partijen betrokken, afhankelijk van de ondersteuningsvraag van de cliënt. In de dossiers zijn contacten en afstemming zichtbaar met diverse betrokken professionals en organisaties. Ook blijkt uit de dossiers dat cliënten worden betrokken bij deze contacten en dat hierover afspraken zijn opgenomen in begeleidingsplannen en rapportages.

De wijze waarop afstemming met externe partijen wordt vastgelegd verschilt echter per dossier. In sommige dossiers zijn contactmomenten en gemaakte afspraken uitgebreider beschreven dan in andere dossiers. Hierdoor is niet in alle gevallen op dezelfde wijze navolgbaar wanneer afstemming heeft plaatsgevonden en welke afspraken daaruit zijn voortgekomen. De toezichthouder ziet hierin een aandachtspunt voor de dossiervoering. Het meer eenduidig vastleggen van contactmomenten met externe professionals en de daaruit voortvloeiende afspraken kan de navolgbaarheid van de ondersteuning verder versterken.

Conclusie

De toezichthouder constateert dat beroepskrachten afstemmen met betrokken professionals en instanties rondom cliënten. Wel ziet de toezichthouder een aandachtspunt in het meer uniform vastleggen van contactmomenten met externe professionals en de daaruit voortvloeiende afspraken.

1.4.3 Afstemming met het informele netwerk

In de *Leidraad Personeel Bronx Begeleid Wonen 2026-2027* staat beschreven dat veel waarde wordt gehecht aan het betrekken van het netwerk van de cliënt binnen het begeleidingstraject. Volgens de leidraad wordt per cliënt een netwerkanalyse opgesteld, waarbij wordt onderzocht welke personen een belangrijke rol spelen of kunnen spelen binnen het leven van de cliënt en welke invloed zij hebben op het functioneren, gedrag en welzijn van de cliënt. Daarnaast staat beschreven dat medewerkers zowel beschermende als risicovolle factoren binnen het netwerk in kaart brengen en zicht houden op veranderingen binnen het netwerk en de invloed daarvan op het begeleidingstraject. Positieve steunfiguren worden, waar mogelijk, actief betrokken bij het traject. Ook staat beschreven dat ondersteuning kan worden geboden bij herstel van contacten binnen het netwerk en dat systeemgericht werken onderdeel uitmaakt van de begeleiding.

Uit de acht ingeziene dossiers blijkt dat aandacht wordt besteed aan het informele netwerk van cliënten. In de begeleidingsplannen zijn beschrijvingen opgenomen van personen uit het netwerk van cliënten, zoals familieleden, partners, vrienden en andere steunfiguren. Daarnaast zijn in verschillende dossiers doelen, aandachtspunten of afspraken opgenomen die betrekking hebben op het onderhouden, versterken of in kaart brengen van sociale contacten en ondersteuning vanuit het netwerk.

Ook blijkt uit de dossiers dat beroepskrachten met cliënten spreken over de rol van personen uit hun omgeving, de invloed van deze contacten op het functioneren van de cliënt en het behouden of versterken van ondersteunende contacten. In meerdere dossiers is beschreven dat het netwerk wordt meegenomen bij doelen rondom zelfstandigheid, wonen, daginvulling, sociale contacten en persoonlijke ontwikkeling.

De mate waarin afspraken over het informele netwerk worden vastgelegd verschilt echter per dossier. In sommige dossiers is uitgebreider beschreven welke personen betrokken zijn, welke rol zij vervullen en welke afspraken hierover zijn gemaakt. In andere dossiers blijft dit beperkter tot een beschrijving van aanwezige contacten of algemene doelen rondom het netwerk. Hierdoor is niet in alle gevallen even duidelijk zichtbaar hoe de mogelijkheden van het informele netwerk zijn onderzocht en welke concrete afspraken hierover zijn gemaakt. De toezichthouder ziet hierin een aandachtspunt voor de dossiervoering. Het explicieter vastleggen van de afwegingen rondom de inzet van het informele netwerk, de belastbaarheid van betrokkenen en de daarover gemaakte afspraken kan de navolgbaarheid van de ondersteuning versterken.

Conclusie

De toezichthouder constateert dat de aanbieder aandacht besteedt aan het informele netwerk van cliënten en dat het netwerk wordt betrokken bij de begeleiding waar dit passend wordt geacht. Wel ziet de toezichthouder een aandachtspunt in het meer eenduidig vastleggen van de afwegingen en afspraken rondom de inzet van het informele netwerk.

Gebruikte bronnen:

- Gesprekken met medewerkers (begeleider en HR medewerker)
- Gesprekken met cliënten
- Gesprek met de zorgcoördinator en directeur
- Locatiebezoeken Beschermd Wonen locaties
- Organogram
- Website www.bronxbegeleidwonen.nl
- Overzicht nachttelefoon 1 mei t/m 8 juni 2026
- Personeelsoverzicht(en) aangeleverd door de aanbieder
- Outlook-agenda's begeleiders, periode 27 april 2026 tot en met 5 juli 2026.
- E-mailcorrespondentie tussen toezichthouder en aanbieder inzake aanvullende informatieverzoeken
- Medewerkerstevredenheidsonderzoek team 2025
- Analyse Cliënttevredenheidsonderzoek 2025, Stichting Bronx Begeleid Wonen.
- Inzage begeleidingsplannen
- Inzage cliëntdossiers en rapportages
- MIC-formulier
- De aanbestedingsleidraad "Zo Thuis Mogelijk" met het bijbehorende programma van eisen en de productstructuur en tarieven 2024
- Aanbestedingsleidraad BW en MO 2024-2028 - Regio Zuid Kennemerland, IJmond en Haarlemmermeer
- Documenten:
  - Kwaliteitshandboek HKZ Kleine Organisaties 2026, Stichting Bronx Begeleid Wonen, versie 1.1
  - Leidraad Personeel Bronx Begeleid Wonen 2026-2027, versie 1.0
  - Personeelsgids Bronx Begeleid Wonen 2026-2027, versie 1.0
  - Opleidings- en BPV-beleidsplan Bronx Begeleid Wonen 2025-2026 versie 1.1

2. Veiligheid

Veiligheid algemeen

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

Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling
(artikel 3.3 Wmo 2015)

- 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 Wmo 2015)

- 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 geldende kwaliteitseisen

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 Omgaan met risico’s cliënt

Norm ‘Omgaan met risico’s cliënt’		
2.1.1	De beroepskracht is zich bewust van de veiligheidsrisico’s van cliënt.	• De beroepskracht brengt samen met de cliënt en diens formele netwerk periodiek de veiligheidsrisico’s voor cliënt in kaart en legt deze vast. • De beroepskracht neemt samen met de cliënt maatregelen om de veiligheidsrisico’s waar mogelijk te verkleinen of uit te sluiten en legt deze vast. • De beroepskracht treedt bij acute onveiligheid op.

Bevindingen en conclusies getoetste norm ‘Omgaan met risico’s cliënt’

In de *Leidraad Personeel Bronx Begeleid Wonen 2026-2027* is vastgelegd dat bij cliënten een risicotaxatie wordt uitgevoerd met behulp van de SDQ en SCL-90. Op basis hiervan wordt een persoonlijke risicotaxatie opgesteld. De uitkomsten worden opgenomen in het begeleidingsplan, besproken met de cliënt en het betrokken netwerk en gekoppeld aan begeleidingsdoelen. Daarnaast is vastgelegd dat beroepskrachten signalen van spanning, terugval en gedragsverandering observeren, rapporteren en monitoren. Veiligheidsrisico's worden volgens het beleid periodiek geëvalueerd en bij acute problematiek wordt opgeschaald naar passende hulpverlening.

Uit de beoordeelde dossiers blijkt dat veiligheidsrisico's over het algemeen in beeld zijn gebracht en zijn vertaald naar doelen of begeleidingsafspraken. De mate waarin risico's, beheersmaatregelen en evaluaties zijn uitgewerkt verschilt echter per dossier. Zo zijn in enkele dossiers verhoogde risico's beschreven op het gebied van psychisch functioneren, lichamelijke klachten, sociale contacten, wonen of zelfredzaamheid, terwijl niet altijd zichtbaar is welke concrete beheersmaatregelen hieraan zijn gekoppeld of hoe de evaluatie hiervan plaatsvindt.

Daarnaast is niet in alle dossiers voldoende navolgbaar dat de uitkomsten van risicotaxaties worden besproken met het betrokken netwerk en dat gedragsveranderingen waar nodig met het betrokken systeem worden besproken, terwijl dit wel als werkwijze in de leidraad

personeel is opgenomen. Zo zijn in meerdere dossiers verhoogde scores beschreven op verschillende onderdelen van de SDQ en/of SCL-90.
In de dossiers is echter niet altijd zichtbaar vastgelegd met welke betrokken netwerk- of systeempartners deze uitkomsten zijn besproken en welke eventuele vervolgafspraken of acties daaruit zijn voortgekomen.

De zorgcoördinator verklaart dat rapportages periodiek worden gecontroleerd, echter bleek zij niet op de hoogte dat gedurende meerdere weken geen rapportages waren vastgelegd in de clientendossiers en kon zij hiervoor ook geen verklaring geven. Hierdoor is onvoldoende navolgbaar dat veiligheidsrisico's met de afgesproken frequentie worden gemonitord, geëvalueerd en opgevolgd.

Tevens blijkt uit het dossieronderzoek dat begeleidingscontacten niet altijd volgens planning plaatsvinden en dat de feitelijk geboden ondersteuning niet aansluit bij de geïndiceerde ondersteuning.

Conclusie

Veiligheidsrisico’s worden doorgaans geïnventariseerd en vertaald naar begeleidingsafspraken, maar de vastlegging, monitoring en evaluatie hiervan is niet in alle gevallen voldoende concreet, uniform en navolgbaar. Daarnaast blijkt uit dossieronderzoek dat begeleidingscontacten niet altijd volgens planning plaatsvinden en de geboden ondersteuning niet aansluit bij de indicatie. Hierdoor is onvoldoende aantoonbaar dat veiligheidsrisico’s structureel worden gemonitord, geëvalueerd en opgevolgd.

2.2 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 en conclusies getoetste norm 'Veiligheidsbeleid'

2.2.1 Borgen veiligheid van de cliënten en beroepskrachten

Deze beoordeling richt zich specifiek op de borging van de bereikbaarheidsdienst buiten kantooruren. De bereikbaarheid van ondersteuning in noodsituaties vormt een belangrijke voorwaarde voor de veiligheid van cliënten en beroepskrachten.

In het kwaliteitshandboek van de aanbieder is het protocol Doorlopend oproepbare begeleiding opgenomen. Het protocol beschrijft onder meer de bereikbaarheid buiten reguliere begeleidingsmomenten, de beoordeling van hulpvragen en de besluitvorming over eventuele vervolgacties. Uit het protocol blijkt dat de bestuurder verantwoordelijk is voor de beoordeling van de aard en urgentie van hulpvragen, veiligheidsrisico's voor cliënten of hun omgeving en de noodzaak van directe begeleiding.

Uit gesprekken met medewerkers, de zorgcoördinator en de bestuurder blijkt dat de bereikbaarheidsdienst in de praktijk onvoldoende navolgbaar is georganiseerd. Gesproken medewerkers konden niet aangeven wie verantwoordelijk was voor het beheer van het noodnummer. Ook de zorgcoördinator kon hierover geen duidelijkheid geven. De bestuurder verklaarde dat het noodnummer rouleert tussen meerdere personen, maar kon tijdens het onderzoek niet aangeven welke personen dit waren. Pas na uitvraag door de toezichthouder heeft de bestuurder een overzicht van de bereikbaarheidsdienst overgelegd. Uit dit overzicht blijkt dat de bereikbaarheidsdienst in de periode van 1 mei 2026 tot en met 8 juni 2026 vrijwel volledig werd uitgevoerd door de bestuurder zelf.

Tijdens het onderzoek is daarnaast gebleken dat een cliënt in de nachtelijke uren geen toegang had tot de woning. Naar aanleiding hiervan heeft de aanbieder een MIC-melding overgelegd. Uit deze melding blijkt dat een medebewoner omstreeks 01.30 uur telefonisch contact heeft gezocht met de

bestuurder, maar daarbij gebruik heeft gemaakt van het reguliere zakelijke telefoonnummer in plaats van het calamiteitennummer. De oproep werd volgens de melding pas omstreeks 05.00 uur opgemerkt, waarna contact werd opgenomen en de situatie werd opgelost. Deze melding roept vragen op over de bekendheid van cliënten met de bereikbaarheidsregeling en maakt niet zonder meer aannemelijk dat de bereikbaarheid van ondersteuning in noodsituaties voldoende is geborgd.

NB 1: In het protocol wordt gesproken over doorlopend oproepbare begeleiding, terwijl de Haarlemse cliënten allen beschikken over een beschikking voor doorlopende begeleiding.

NB 2: Gezien het zorginhoudelijke karakter van de bereikbaarheidsdienst en de hiermee samenhangende werkzaamheden acht de toezichthouder het van belang dat deze worden uitgevoerd door een passend opgeleide en deskundige beroepskracht. Dit is onvoldoende aangetoond. De bestuurder beschikt over een SKJ-registratie. De toezichthouder heeft de vermelde opleidingsgegevens echter niet kunnen verifiëren omdat geen diploma of ander bewijsstuk is overgelegd. Ook van de tweede persoon die in de periode van 1 mei 2026 tot en met 8 juni 2026 is ingezet is geen diploma of ander bewijsstuk overgelegd.

Conclusie

Op basis van bovenstaande bevindingen heeft de aanbieder onvoldoende aannemelijk gemaakt dat de bereikbaarheidsdienst buiten kantooruren zodanig is georganiseerd dat de bereikbaarheid, continuïteit en tijdige inzet van ondersteuning in noodsituaties zijn gewaarborgd. Hierdoor is onvoldoende geborgd dat cliënten in noodsituaties tijdig passende ondersteuning ontvangen en dat hun veiligheid voldoende wordt beschermd.

2.2.2 De aanbieder stelt een Meldcode Huiselijk Geweld en Kindermishandeling vast en past deze toe in de praktijk

In het kwaliteitshandboek heeft de aanbieder een Meldcode Huiselijk Geweld en Kindermishandeling opgenomen. Hierin is vastgelegd dat beroepskrachten bij signalen van huiselijk geweld of kindermishandeling de stappen van de meldcode doorlopen. De aanbieder beschrijft dat signaleren onderdeel is van de professionele beroepshouding van medewerkers en heeft een vijfstappenplan opgenomen bestaande uit het signaleren en vastleggen van signalen, overleg met een collega of aandachtsfunctionaris, het voeren van een gesprek met de cliënt, het wegen van de aard en ernst van de situatie en het nemen van een besluit over melden en/of het organiseren van hulp. Tevens is opgenomen dat bij vermoedens van acute of structurele onveiligheid een melding bij Veilig Thuis dient te worden gedaan. Het kwaliteitshandboek bevat daarnaast een afwegingskader dat aansluit bij de wettelijke meldcode.

Uit de aangeleverde stukken blijkt dat de aanbieder aandacht besteedt aan het bevorderen van kennis over de meldcode onder medewerkers. Op 17 april 2025 heeft een personeelsbijeenkomst plaatsgevonden waarin de meldcode centraal stond. Tijdens deze bijeenkomst zijn de definities van huiselijk geweld en kindermishandeling besproken, is aandacht besteed aan de wettelijke verplichting om de meldcode te gebruiken en zijn de verschillende stappen van de meldcode toegelicht. Ook is besproken bij welke interne functionarissen medewerkers terecht kunnen voor overleg en ondersteuning. Daarnaast zijn medewerkers geïnformeerd over het gebruik van het landelijke afwegingskader en de beschikbare applicatie voor het doorlopen van de meldcode bij twijfelgevallen. Praktijkcasussen en een kennisquiz maakten eveneens onderdeel uit van de bijeenkomst.

Uit de notulen van deze bijeenkomst blijkt dat persoonlijk begeleiders de meldcode over het algemeen goed konden toelichten.

Aanbeveling

Een aandachtspunt betreft het ontbreken van een sociale kaart als onderdeel van de meldcode. In de beschikbare documenten is geen overzicht opgenomen van relevante ketenpartners, crisisdiensten en samenwerkingsorganisaties die bij signalen van huiselijk geweld, kindermishandeling of andere onveiligheidssituaties kunnen worden geraadpleegd. Een sociale kaart kan beroepskrachten ondersteunen bij het tijdig en adequaat inschakelen van organisaties zoals Veilig Thuis, de GGZ-crisisdienst en andere relevante samenwerkingspartners.

Conclusie

De aanbieder heeft een Meldcode Huiselijk Geweld en Kindermishandeling vastgesteld. Uit de beoordeelde documenten blijkt daarnaast dat medewerkers zijn geïnformeerd over de meldcode en het toepassen daarvan in de praktijk. Een aandachtspunt betreft het ontbreken van een sociale kaart als onderdeel van de meldcode. Het opnemen van een overzicht van relevante ketenpartners, crisisdiensten en samenwerkingsorganisaties kan beroepskrachten ondersteunen bij het tijdig en adequaat inschakelen van passende hulp en advies.

2.2.3 De aanbieder leert van incidenten

De aanbieder beschikt over een werkwijze voor het melden, registreren en evalueren van incidenten. Deze werkwijze is vastgelegd in het kwaliteitshandboek. Uit de beoordeelde MIC-meldingen blijkt dat incidenten worden vastgelegd en geëvalueerd. In de meldingen zijn de aard van het incident, mogelijke oorzaken, de kans op herhaling, vervolgacties en verbetermaatregelen beschreven.

Tegelijkertijd blijkt uit de onderzochte dossiers dat binnen de doelgroep sprake is van diverse veiligheidsrisico's en kwetsbaarheden, terwijl in 2026 slechts drie incidenten zijn geregistreerd. Uit de dossiers blijkt bijvoorbeeld dat meerdere cliënt in de onderzochte periode ingrijpende veranderingen en stressvolle gebeurtenissen hebben meegemaakt die van invloed waren op hun stabiliteit en mentale belastbaarheid. Tevens is in één van de dossiers terug te lezen dat binnen één van de woonsettings een incident heeft plaatsgevonden tussen bewoners. Dit incident is niet teruggevonden in de incidentregistratie. Daarnaast wordt bij een andere cliënt melding gemaakt van zelfbeschadigend gedrag, terwijl hiervoor slechts één incidentmelding is geregistreerd. Gelet op de aard van de problematiek en de beschreven risico's in het dossier is onvoldoende aannemelijk dat alle incidenten en risicovolle situaties daadwerkelijk als incident worden herkend, gemeld en geregistreerd.

In combinatie met de eerdere bevinding dat begeleidingscontacten niet altijd navolgbaar aansluiten bij de indicatie en niet altijd structureel zijn vastgelegd, roepen deze bevindingen de vraag op of signalen, risico's en incidenten steeds tijdig in beeld komen en worden geregistreerd.

Conclusie

Hoewel de aanbieder beschikt over een werkwijze voor incidentenmelding en de beoordeelde MIC-meldingen zijn geëvalueerd, is onvoldoende navolgbaar in hoeverre incidenten en risicovolle situaties daadwerkelijk worden herkend, gemeld en geregistreerd. Hierdoor is onvoldoende aannemelijk dat de aanbieder volledig leert van incidenten en risicovolle situaties. Dit houdt tevens

verband met de eerder vastgestelde tekortkoming dat de feitelijk geboden begeleiding niet altijd aansluit bij de indicatie en begeleidingscontacten niet altijd navolgbaar zijn vastgelegd.

2.3 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 en conclusie getoetste norm 'Veilige omgeving'

2.3.1 bieden veilige, schone, passende en leefbare (woon)omgeving

Voor cliënten die beschermd wonen is een veilige, schone en passende woonomgeving een belangrijke randvoorwaarde voor het ontvangen van ondersteuning. In het onderzoek is daarom gekeken naar de brandveiligheid van de woningen, de staat van onderhoud en leefbaarheid van de

woonvoorzieningen en de passendheid van de woonvorm in relatie tot de afgegeven indicaties. Hierbij zijn documenten beoordeeld, locatiebezoeken afgelegd en gesprekken gevoerd met cliënten.

De toezichthouder heeft in het kader van dit onderzoek niet alle onderdelen van deze norm beoordeeld. Over de aanwezigheid van BHV- en EHBO-voorzieningen, huisregels en de veiligheid bij gecombineerde opvang van verschillende doelgroepen zijn geen bevindingen opgenomen.

Brandveiligheid

Uit de aangeleverde calamiteitenplannen blijkt dat cliënten instructies ontvangen over het handelen bij brand, geweld, ongewenst bezoek en andere calamiteiten. Daarnaast zijn alarmnummers, het noodnummer van de aanbieder en instructies voor evacuatie opgenomen. In de calamiteitenplannen is beschreven dat in de woningen brandblussers en blusdekens aanwezig zijn.

Uit de controlelijst brandveiligheid blijkt dat de aanbieder periodiek controles uitvoert op de aanwezigheid van brandmelders, brandblussers, blusdekens, EHBO-materialen en calamiteitenplannen. Ook blijkt dat geconstateerde gebreken worden geregistreerd en opgevolgd.

Tijdens het locatiebezoek zijn echter verschillende tekortkomingen ten aanzien van de brandveiligheid geconstateerd. Zo is een brandblusser aangetroffen waarvan het etiket sterk beschadigd was en slijtage zichtbaar was aan de buitenzijde. Hierdoor maakte de brandblusser geen goed onderhouden indruk. (zie afbeelding 1.). Daarnaast waren in een woning en in een trappenhuis obstakels aanwezig die de vrije doorgang beperken en daarmee de vluchtmogelijkheden bij een calamiteit kunnen belemmeren.



Afbeelding 1.

Ook blijkt uit gesprekken met cliënten dat de kennis van calamiteitenafspraken beperkt is. Twee van de drie gesproken cliënten konden niet aangeven wat zij moeten doen in geval van brand. Een derde cliënt gaf aan dat hierover informatie in een map aanwezig is, maar kon niet toelichten welke handelingsstappen in een noodsituatie moeten worden genomen. Hierdoor is niet aannemelijk geworden dat cliënten voldoende bekend zijn met de calamiteiteninstructies en in een noodsituatie direct weten hoe zij moeten handelen.

Hygiëne, onderhoud en leefbaarheid

Tijdens de locatiebezoeken is vastgesteld dat een door een cliënt bewoonde woning aanzienlijke onderhoudsgebreken vertoonde. In de woning waren omvangrijke vocht- en waterschades zichtbaar aan plafonds en wanden (zie afbeelding 2.) en ontbrak passende raambekleding (zie afbeelding 3.). Hierdoor is de woning beperkt beschermd tegen direct zonlicht en opwarming. Dit kan gevolgen hebben voor het wooncomfort en het binnenklimaat van de woning, met name tijdens warme periodes. In een andere woning was sprake van een beschadigde ruit (zie afbeelding 4.).



Afbeelding 2.



Afbeelding 3.



Afbeelding 4.

Deze bevindingen sluiten niet aan bij hetgeen redelijkerwijs mag worden verwacht van een veilige, schone en leefbare woonomgeving. Daarbij is van belang dat in het dossier van één van de betreffende cliënten is vastgelegd dat de woning wekelijks wordt schoongemaakt en dat begeleiding toezicht houdt op de woonsituatie en periodiek controleert of de woning schoon en op orde is. De tijdens het locatiebezoek aangetroffen situatie komt niet overeen met dit beschreven beeld. Hierdoor rijst de vraag in hoeverre begeleiding daadwerkelijk voldoende zicht heeft op de feitelijke

woonomstandigheden van cliënten en of onderhouds- en leefbaarheidsproblemen tijdig worden gesignaleerd en opgevolgd.

Passendheid van de woonvoorziening

De indicaties beschermd wonen van de Haarlemse cliënten gaan uit van een woonvorm waarbij tussen 07.00 uur en 23.00 uur begeleiding doorlopend aanwezig is en buiten deze tijden oproepbaar beschikbaar is. Tijdens het locatiebezoek is echter op ten minste twee bezochte locaties geen gezamenlijke verblijfsruimte, kantoorruimte of andere vaste werkplek voor begeleiding aangetroffen. Dit sluit niet aan bij een woonvorm waarin structureel en doorlopend begeleiding aanwezig behoort te zijn.

Conclusie

Ondanks de aanwezigheid van calamiteitenplannen en geregistreerde brandveiligheidscontroles zijn tijdens de locatiebezoeken tekortkomingen ten aanzien van de brandveiligheid vastgesteld. Tevens heeft de toezichthouder tijdens de locatiebezoeken meerdere tekortkomingen vastgesteld op het gebied onderhoud, leefbaarheid en passendheid van de woonvoorzieningen. Daarmee is onvoldoende gewaarborgd dat cliënten beschikken over een veilige, schone, passende en leefbare woonomgeving

Gebruikte bronnen:

- Gesprekken met medewerkers (begeleider en HR medewerker)
- Gesprekken met cliënten
- Gesprek met een zorgcoördinator en directeur
- Locatiebezoek Beschermd Wonen locaties
- Website www.bronxbegeleidwonen.nl
- De aanbestedingsleidraad “Zo Thuis Mogelijk” met het bijbehorende programma van eisen en de productstructuur en tarieven 2024
- Aanbestedingsleidraad BW en MO 2024-2028 - Regio Zuid Kennemerland, IJmond en Haarlemmermeer
- Personeelsoverzicht(en) aangeleverd door de aanbieder
- Outlook-agenda’s begeleiders, periode 27 april 2026 tot en met 5 juli 2026.
- MIC-formulieren / incidentmeldingen 2025-2026.
- Controlelijst Brandveiligheid 2026
- Overzicht nachttelefoon 1 mei t/m 8 juni 2026

- E-mailcorrespondentie tussen toezichthouder en aanbieder inzake aanvullende informatieverzoeken
- Offerte E-learning Zorgvuldig Rapporteren en Meldcode Huiselijk Geweld en Kindermishandeling
- Overzicht nachttelefoon 1 mei tot en met 8 juni 2026
- Calamiteitenplan Amsterdam
- Calamiteitenplan Zaandam
- Calamiteitenplan versie 1.6, 19 november 2025
- Documenten:
    - Kwaliteitshandboek HKZ Kleine Organisaties 2026, Stichting Bronx Begeleid Wonen, versie 1.1
    - Leidraad Personeel Bronx Begeleid Wonen 2026-2027, versie 1.0
    - Personeelsgids Bronx Begeleid Wonen 2026-2027, versie 1.0
    - Externe HKZ-surveillanceaudit d.d. 8 juni 2026
    - Opleidingsplan 2025 en 2026 Stichting Bronx Begeleid Wonen
    - Medewerkerstevredenheidsonderzoek team 2025

3. Professionaliteit

Geldende kwaliteitseisen 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 geldende kwaliteitseisen

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 Personeel[1]

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

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

		deskundige beroepskrachten zijn, afgestemd op de cliënt en de ondersteuningsbehoefte.
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.
3.1.4	De aanbieder zorgt voor verantwoorde inzet en begeleiding van vrijwilligers, stagiaires en ervaringsdeskundigen zonder kwalificatie.	• Aanbieder heeft beleid voor een verantwoorde inzet van vrijwilligers en overig niet- gekwalificeerd medewerkers. • Inzet van niet-gekwalificeerde beroepskrachten vindt plaats onder de verantwoordelijkheid van een gekwalificeerde beroepskracht. De inzet is altijd in redelijke verhouding met de

		professionele inzet, afgestemd op de doelgroep en de ondersteuningsbehoefte. • Vrijwilligers en overig niet-gekwalificeerde medewerkers zijn op de hoogte van de voor hun taak relevante binnen de organisatie geldende procedures en richtlijnen.

Bevindingen en conclusies getoetste norm 'Personeel'

3.1.1 Vakbekwaamheid en kwalificatie

De beroepskracht is passend opgeleid, middels erkend diploma of certificaat en conform brancheafspraken.

De aanbieder heeft functieprofielen vastgesteld voor de verschillende binnen de organisatie voorkomende functies, waaronder sociaal werkers, maatschappelijk werkers, zorgcoördinatoren, gedragswetenschappers en leidinggevenden. In deze functieprofielen zijn taken, verantwoordelijkheden, opleidingsvereisten, benodigde kennis en competenties uitgewerkt.

Daarnaast heeft de aanbieder twee personeels- en functieoverzichten overgelegd. In het eerste overzicht zijn de medewerkers opgenomen die volgens de aanbieder betrokken zijn bij de ondersteuning van de Haarlemse cliënten, inclusief hun functie, opleiding en aanvullende kwalificaties. Dit overzicht bleek echter niet volledig. Zo ontbraken hierin onder meer medewerkers die in de periode van 1 mei tot en met 8 juni 2026 waren ingezet voor de bereikbaarheidsdienst. Na uitvraag door de toezichthouder heeft de aanbieder een aangepast overzicht verstrekt. Het feit dat medewerkers die een rol vervulden in de bereikbaarheidsdienst niet waren opgenomen in het aanvankelijk overgelegde overzicht, terwijl zij betrokken waren bij de uitvoering van de ondersteuning, duidt op tekortkomingen in de personeelsadministratie en interne informatievoorziening. Hierdoor is niet zonder meer uit te gaan van de volledigheid en betrouwbaarheid van de door de aanbieder aangeleverde gegevens.

Niet van alle in het personeelsoverzicht genoemde diploma's en kwalificaties zijn bewijsstukken overgelegd. Zo zijn van de medewerkers die in de periode van 1 mei tot en met 8 juni 2026 zijn ingezet voor de bereikbaarheidsdienst (waaronder de bestuurder*) geen diploma's, certificaten of

andere opleidingsbewijzen overgelegd. Gezien het zorginhoudelijke karakter van de werkzaamheden die samenhangen met de bereikbaarheidsdienst acht de toezichthouder het van belang dat deze worden uitgevoerd door passend opgeleide en deskundige beroepskrachten.

** Uit het personeelsoverzicht blijkt dat de bestuurder beschikt over een SKJ-registratie. De toezichthouder heeft de daarbij vermelde opleidingsgegevens echter niet kunnen verifiëren, omdat hiervoor geen bewijsstukken zijn overgelegd.*

Daarnaast constateert de toezichthouder dat de in het personeelsoverzicht opgenomen opleidingsgegevens niet in alle gevallen overeenkomen met de daadwerkelijk aangeleverde diploma's en certificaten. Ook dit roept vragen op over de volledigheid en betrouwbaarheid van de door de aanbieder aangeleverde personeelsinformatie.

Tijdens het inspectiebezoek op 20 mei 2026 kon van één begeleider geen aanvullend bewijs van een passende beroepskwalificatie worden overgelegd. De HR-medewerker, die verantwoordelijk is voor het beheer van de personeelsdossiers, kon deze informatie niet inzien of verstrekken. Vervolgens is de aanbieder in de gelegenheid gesteld het betreffende bewijsstuk alsnog aan te leveren. Op 8 juni 2026 ontving de toezichthouder uitsluitend een curriculum vitae van de betreffende medewerker. Een curriculum vitae vormt geen objectief bewijs van een behaalde beroepskwalificatie..

Pas na een nadere informatie-uitvraag heeft de aanbieder aanvullende documentatie overgelegd. De aangeleverde documentatie komt echter niet volledig overeen met de opleidingsgegevens zoals vermeld in het personeelsoverzicht. In het overzicht staat vermeld dat de medewerker beschikt over een afgeronde MBO-4-opleiding, terwijl uitsluitend een deelcertificaat van deze opleiding is overgelegd.

Hoewel uiteindelijk aannemelijk is geworden dat de betreffende medewerker beschikt over een passende beroepskwalificatie, blijkt uit de gang van zaken dat de aanbieder ten tijde van het toezicht onvoldoende zicht had op de relevante kwalificatiegegevens van medewerkers. Zowel tijdens het inspectiebezoek als bij de eerste informatieaanlevering kon geen verifieerbaar bewijs van de beroepskwalificatie worden overgelegd.

De toezichthouder stelt vast dat de onderzochte begeleiders beschikken over een afgeronde hbo-opleiding en een geldige SKJ-registratie. Voor deze beroepskrachten is daarmee voldoende aannemelijk geworden dat zij passend zijn opgeleid en gekwalificeerd voor de uitvoering van hun werkzaamheden.

Van een aanbieder mag worden verwacht dat diploma's en andere relevante kwalificatiebewijzen systematisch in de personeelsdossiers worden opgenomen en direct beschikbaar zijn wanneer daarom wordt gevraagd. De geconstateerde tekortkomingen hebben dan ook geen betrekking op de vastgestelde kwalificaties van de onderzochte begeleiders, maar op de wijze waarop de aanbieder deze gegevens registreert, beheert en beschikbaar stelt. Dit vormt een kwetsbaarheid ten aanzien van de kwaliteit van de personeelsadministratie en de interne borging van de inzet van gekwalificeerde beroepskrachten.

Uit het onderzoek blijkt dat de aanbieder onvoldoende aannemelijk heeft gemaakt dat de beschikbare personele capaciteit aansluit bij de ondersteuningsbehoefte van de cliënten.

De indicatie beschermd wonen vereist dat op de locaties waar de Haarlemse cliënten verblijven dagelijks tussen 07.00 uur en 23.00 uur begeleiding aanwezig is. Uit het onderzoek blijkt onvoldoende dat hiervan in de praktijk sprake is. Uit de beoordeelde Outlookagenda's van de betrokken medewerkers blijkt bovendien dat de inzet van medewerkers niet gelijkmatig over de week is verdeeld. Met name op vrijdagen is beperkt of geen begeleiding zichtbaar.

Gelet op het beperkte aantal beschikbare medewerkers, de afwezigheid van personeel gedurende bepaalde perioden, de spreiding van cliënten over meerdere locaties en de omvang van de uit te voeren werkzaamheden, heeft de aanbieder onvoldoende inzichtelijk gemaakt hoe de continuïteit van ondersteuning in voldoende mate wordt gewaarborgd.

De toezichthouder acht dit zorgelijk. Gelet op de kwetsbaarheid van de doelgroep en de vereiste aanwezigheid van begeleiding tussen 07.00 uur en 23.00 uur bestaat hierdoor het risico dat ondersteuningsvragen niet tijdig worden opgepakt, begeleiding niet beschikbaar is op momenten dat cliënten deze nodig hebben en signalen van achteruitgang of veiligheidsrisico’s onvoldoende worden opgemerkt en opgevolgd.

Conclusie

De toezichthouder constateert dat de aanbieder onvoldoende aannemelijk heeft gemaakt dat de inzet van vakbekwame en gekwalificeerde beroepskrachten structureel is geborgd. De personeelsinformatie was niet volledig en niet alle opgegeven diploma's en kwalificaties konden met bewijsstukken worden onderbouwd. Daarnaast heeft de aanbieder onvoldoende inzichtelijk gemaakt dat de beschikbare personele capaciteit aansluit bij de ondersteuningsbehoefte van cliënten. Hierdoor is onvoldoende aangetoond dat cliënten op alle momenten kunnen rekenen op voldoende deskundige ondersteuning.

3.1.2 Stimuleren, ondersteunen en bevorderen ontwikkeling

De aanbieder beschikt over een Opleidingsplan 2025 en 2026. Daarnaast zijn diverse stukken overgelegd waaruit blijkt dat wordt geïnvesteerd in de deskundigheidsbevordering van medewerkers, waaronder BHV-trainingen, scholing in de Krachtwerkmethodiek, e-learnings, trainingen op het gebied van de meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling en conflicthantering. Ook zijn scholingsactiviteiten opgenomen die gericht zijn op coaching, supervisie, casuïstiekbespreking en reflectie op het professioneel handelen van medewerkers. Daarbij wordt opgemerkt dat een aanzienlijk deel van de geplande inhoudelijke scholing in 2026 ten tijde van het onderzoek nog niet was uitgevoerd.

Uit het in 2025 uitgevoerde medewerkerstevredenheidsonderzoek blijkt dat medewerkers het onderwerp opleiding en ontwikkeling beoordelen met een 6,5. Als aandachtspunten noemen medewerkers de behoefte aan aanvullende bijscholing en meer informatie over de beschikbare ontwikkel- en opleidingsmogelijkheden binnen de organisatie.

Conclusie

De aanbieder beschikt over een opleidingsaanbod dat aansluit bij de doelgroep en werkzaamheden en heeft mogelijkheden ingericht voor coaching, supervisie en reflectie. Tegelijkertijd blijkt uit het medewerkerstevredenheidsonderzoek dat medewerkers behoefte hebben aan aanvullende scholing en meer duidelijkheid over ontwikkelmogelijkheden binnen de organisatie. Daarnaast was een aanzienlijk deel van de voor 2026 geplande inhoudelijke scholing ten tijde van het onderzoek nog niet uitgevoerd. Daarmee is deskundigheidsbevordering binnen de organisatie ingericht, maar de uitvoering hiervan vraagt nog aandacht.

3.1.3 Passende VOG

Tijdens het onderzoek zijn voor een aantal medewerkers de VOG's ingezien in aanwezigheid van de HR-medewerker. Hieruit blijkt dat voor deze medewerkers een VOG aanwezig is en dat deze voorafgaand aan indiensttreding is aangevraagd.

Hoewel in het beleid is opgenomen dat medewerkers periodiek een nieuwe VOG dienen aan te leveren, is niet uitgewerkt na welke termijn dit moet plaatsvinden. Daarnaast is vastgesteld dat ten minste één van de beoordeelde VOG's dateert van 15 februari 2022. Hierdoor is onvoldoende navolgbaar hoe de aanbieder borgt dat VOG's actueel blijven.

Op 27 mei 2026 heeft de toezichthouder de aanbieder verzocht een actueel overzicht aan te leveren van alle medewerkers, uitzendkrachten en zzp’ers die betrokken zijn bij de ondersteuning van cliënten uit Haarlem, alsmede van overige medewerkers, uitzendkrachten en/of zzp’ers die uit hoofde van hun functie toegang hebben tot cliëntinformatie en/of cliëntlocaties van Haarlemse cliënten. In het verzoek is tevens gevraagd om onder meer de functie, datum indiensttreding, datum afgifte VOG en relevante opleidingen en registraties van deze personen aan te leveren.

De aanbieder heeft vervolgens een personeelsoverzicht aangeleverd. Dit overzicht bevatte uitsluitend de ambulant begeleiders, de zorgcoördinator en de gedragswetenschapper. Uit het onderzoek bleek echter dat ook andere medewerkers betrokken zijn bij de organisatie en toegang kunnen hebben tot cliënten, cliëntlocaties en/of cliëntinformatie. Zo verklaarde een cliënt dat een facilitair medewerker toegang heeft tot de woonlocatie en de kamer van de cliënt. Ook de directeur en de HR-medewerker waren niet opgenomen in het overzicht, terwijl uit het onderzoek is gebleken dat zij toegang hebben tot cliëntinformatie.

Op 5 juli 2026 heeft de toezichthouder de aanbieder verzocht het personeelsoverzicht aan te vullen. Naar aanleiding hiervan zijn extra medewerkers toegevoegd. Ondanks deze aanvulling bleef onduidelijk of het overzicht een volledig beeld geeft van alle personen die vanuit hun werkzaamheden toegang hebben tot cliënten, cliëntinformatie en/of cliëntlocaties. De facilitair medewerker, die tijdens het onderzoek naar voren kwam als persoon met toegang tot een cliëntlocatie, is bijvoorbeeld niet opgenomen in het overzicht.

Als gevolg hiervan heeft de toezichthouder niet kunnen vaststellen of voor alle relevante personen een geldige VOG aanwezig is.

Conclusie

De aanbieder heeft geen volledig overzicht aangeleverd van alle personen die beroepsmatig contact kunnen hebben met cliënten of toegang hebben tot cliëntinformatie en/of cliëntlocaties. Hierdoor heeft de toezichthouder niet kunnen vaststellen of voor al deze personen een geldige VOG aanwezig is. Tevens is is onvoldoende navolgbaar hoe de aanbieder borgt dat VOG's actueel blijven.

3.2 Kwaliteitsbeleid

Norm 'Kwaliteitsbeleid'		
3.2.1	De aanbieder borgt en bewaakt systematisch de kwaliteit van de ondersteuning.	• De aanbieder heeft actueel beleid, passend bij de doelgroep en evalueert en stelt het bij op regelmatige basis. • De aanbieder borgt en bewaakt systematisch de kwaliteit van de ondersteuning. • De aanbieder schept voorwaarden voor een cultuur gericht op leren en verbeteren.
3.2.2	De aanbieder draagt zorg voor samenwerking intern en met andere organisaties.	• De aanbieder draagt aantoonbaar zorg voor een verdeling van taken en verantwoordelijkheden. • De aanbieder werkt op organisatieniveau samen met andere organisaties.

Bevindingen en conclusies getoetste norm 'Kwaliteitsbeleid'

3.2.1 Borging en bewaking kwaliteit van de ondersteuning

De aanbieder beschikt over een kwaliteitshandboek, voert cliënt- en medewerkerstevredenheidsonderzoeken uit, werkt met een systeem van organisatiebeoordelingen en heeft in juni 2026 een positieve externe HKZ-audit doorlopen. Daarnaast zijn verschillende kwaliteitsdoelstellingen, risicoanalyses, procedures en werkinstructies vastgesteld.

Tegelijkertijd blijkt uit het onderzoek dat de werking van deze kwaliteitscyclus in de dagelijkse praktijk onvoldoende zichtbaar is. Zo kon geen volledig overzicht van medewerkers worden overgelegd, is onvoldoende inzicht geboden in de inzet van medewerkers, is geen volledig overzicht verstrekt van de verblijfslocaties van alle Haarlemse cliënten en bleek de zorgcoördinator niet op de

hoogte van langdurige hiaten in de rapportage. Daarnaast sluit de feitelijk geboden ondersteuning op meerdere onderdelen niet aantoonbaar aan bij de afgegeven indicaties van de Haarlemse cliënten.

Opvallend is dat ook uit het medewerkerstevredenheidsonderzoek aandachtspunten naar voren komen die aansluiten bij de bevindingen van de toezichthouder. Medewerkers geven onder meer aan behoefte te hebben aan meer teamoverleggen, verdere professionalisering, duidelijkere functieomschrijvingen en meer duidelijkheid over verantwoordelijkheden en onderlinge afstemming. Ook wordt aangegeven dat meer sturing vanuit de organisatie wenselijk is.

Deze bevindingen wijzen erop dat binnen de organisatie signalen aanwezig zijn die raken aan de kwaliteit en organisatie van de ondersteuning. De aanbieder heeft onvoldoende aannemelijk gemaakt dat dergelijke signalen systematisch worden geanalyseerd, opgevolgd en vertaald naar concrete verbetermaatregelen. Hierdoor is onvoldoende zichtbaar dat het kwaliteitsmanagementsysteem daadwerkelijk leidt tot sturing, borging en verbetering van de kwaliteit van de ondersteuning in de dagelijkse praktijk.

Conclusie

De aanbieder beschikt over verschillende instrumenten om de kwaliteit van ondersteuning te bewaken en verbeteren. Uit het onderzoek blijkt echter dat de kwaliteit van de ondersteuning in de praktijk onvoldoende systematisch wordt bewaakt en geborgd.

3.2.2 Samenwerking intern en met andere organisaties

Samenwerking intern

Uit het onderzoek blijkt dat binnen de organisatie niet altijd duidelijk is hoe taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden zijn verdeeld. Er bestond onder meer onduidelijkheid over de inzet van medewerkers, vervanging bij afwezigheid en de uitvoering van controlerende taken.

Deze bevindingen sluiten aan bij de uitkomsten van het medewerkerstevredenheidsonderzoek 2025. Medewerkers geven hierin aan behoefte te hebben aan meer duidelijkheid over functieomschrijvingen, verantwoordelijkheden, teamoverleggen, professionalisering en sturing binnen de organisatie.

Samenwerking met andere organisaties

De aanbieder werkt samen met verschillende externe partijen, waaronder SamenSterk, Saaamzorg, Accuraat Begeleid Wonen* en zzp'ers. In het kwaliteitshandboek is het volgende opgenomen '*Als er onderaannemers worden gecontracteerd worden in contracten afspraken vastgelegd. Er zijn in ieder geval afspraken over het omgaan met klachten, het veilig omgaan met cliëntgegevens en de verantwoordelijkheidsverdeling tussen hoofd- en onderaannemer. Daarnaast worden er eisen gesteld aan onderaannemers op gebied van SKJ registratie (indien van toepassing) en het hebben van een VOG.'*

Uit de beschikbare informatie is onvoldoende inzichtelijk geworden hoe verantwoordelijkheden tussen samenwerkingspartners in de praktijk zijn verdeeld en op welke wijze toezicht wordt gehouden op de uitvoering en kwaliteit van de door samenwerkingspartners geleverde ondersteuning. Hierdoor heeft de toezichthouder niet kunnen beoordelen of de gemaakte samenwerkingsafspraken voldoende waarborgen bieden voor een duidelijke verantwoordelijkheidsverdeling, adequate aansturing en toezicht op de kwaliteit van de ondersteuning. Gelet op de eindverantwoordelijkheid van de aanbieder voor de geboden ondersteuning acht de toezichthouder het van belang dat verantwoordelijkheden, bevoegdheden en toezicht binnen samenwerkingsrelaties eenduidig en navolgbaar zijn vastgelegd.

* N.B. Vanwege de bij de toezichthouder bekende signalen ten aanzien van Accuraat Begeleid Wonen acht de toezichthouder het van extra groot belang dat binnen samenwerkingsrelaties verantwoordelijkheden, bevoegdheden, sturing en toezicht eenduidig zijn belegd en navolgbaar zijn vastgelegd.

Conclusie

De aanbieder heeft onvoldoende aannemelijk gemaakt dat sprake is van een duidelijke en aantoonbare verdeling van taken en verantwoordelijkheden binnen de organisatie.

De toezichthouder constateert dat onvoldoende inzichtelijk is geworden hoe verantwoordelijkheden, sturing en toezicht binnen samenwerkingsrelaties zijn vormgegeven. Gelet op de bij de toezichthouder bekende signalen ten aanzien van Accuraat Begeleid Wonen acht de toezichthouder het van extra groot belang dat deze verantwoordelijkheden eenduidig en navolgbaar zijn vastgelegd. De aanbieder blijft te allen tijde eindverantwoordelijk voor de geboden ondersteuning.

Gebruikte bronnen:

- Gesprekken met medewerkers (begeleider en HR medewerker)
- Gesprekken met cliënten
- Gesprek met een zorgcoördinator en directeur
- Locatiebezoeken Beschermd Wonen locaties
- Inzage dossiers personeel (diploma, datum in dienst en VOG)
- Website www.bronxbegeleidwonen.nl
- De aanbestedingsleidraad “Zo Thuis Mogelijk” met het bijbehorende programma van eisen en de productstructuur en tarieven 2024
- Aanbestedingsleidraad BW en MO 2024-2028 - Regio Zuid Kennemerland, IJmond en Haarlemmermeer
- Personeelsoverzicht(en) aangeleverd door de aanbieder
- Outlook-agenda’s begeleiders, periode 27 april 2026 tot en met 5 juli 2026.
- Overzicht nachttelefoon 1 mei t/m 8 juni 2026
- E-mailcorrespondentie tussen toezichthouder en aanbieder inzake aanvullende informatieverzoeken
- Offerte Maatwerk Incompanytraining Professioneel Begrenzen, Conflicthantering & De-escalerend Handelen
- Getekende offerte traject Krachtwerk d.d. 10 juni 2025
- Externe HKZ-surveillanceaudit d.d. 8 juni 2026
- Medewerkerstevredenheidsonderzoek team 2025

- Opleidingsplan 2025 en 2026 Stichting Bronx Begeleid Wonen
- Overzicht personeel (2x)
- VOG's medewerkers
- Diploma/kwalificatie medewerkers
- Documenten:
    - Kwaliteitshandboek HKZ Kleine Organisaties 2026, Stichting Bronx Begeleid Wonen, versie 1.1
    - Leidraad Personeel Bronx Begeleid Wonen 2026-2027, versie 1.0
    - Personeelsgids Bronx Begeleid Wonen 2026-2027, versie 1.0
    - Opleidings- en BPV-beleidsplan Bronx Begeleid Wonen 2025-2026 versie 1.1.

Gegevens onderzoek

Gegevens aanbieder

Naam locatie	:	Stichting Bronx Begeleid Wonen
Adres	:	Comeniusstraat 499
Postcode en plaats	:	1065 BX Amsterdam
Telefoonnummer	:	020-3418665
Contactpersoon	:	Dhr. M. Chahman (directeur)
Kwaliteitssysteem	:	HKZ Kleine Organisaties 2021
E-mail/website	:	www.bronxbegeleidwonen.nl / m.chahman@bronxbegeleidwonen.nl

Gegevens toezichthouder (GGD)

GGD	:	GGD Kennemerland
Adres	:	Postbus 5514
Postcode en plaats	:	2000 GM HAARLEM
Telefoonnummer	:	023-515 9500

Gegevens opdrachtgever (gemeente)

Naam gemeente	:	Haarlem
Adres	:	Postbus 551

Postcode en plaats	:	2003 PB Haarlem

Planning

Datum start onderzoek	:	20-05-2026
Opstellen concept rapport	:	14-09-2026
Vaststelling rapport	:	14-10-2026
Verzenden rapport naar aanbieder	:	14-10-2026
Verzenden rapport naar gemeente	:	14-10-2026



Bijlage: zienswijze

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

Zienswijze

Concept rapport proactief onderzoek toezicht Wmo

1. Inleiding
Stichting Bronx Begeleid Wonen (hierna: Bronx) heeft kennisgenomen van het conceptrapport van GGD Kennemerland naar aanleiding van het proactieve toezicht dat op 20 mei 2026 is gestart. Bronx onderschrijft het belang van onafhankelijk toezicht en van zorgvuldige, toetsbare en navolgbare ondersteuning.

Met deze zienswijze geeft Bronx haar perspectief op de bevindingen en conclusies. Om herhaling te voorkomen zijn terugkerende thema's gebundeld. Per thema wordt verwezen naar de relevante onderdelen van het toezichtsrapport. Bronx maakt daarbij onderscheid tussen feitelijke correcties of noodzakelijke nuanceringen enerzijds en verbeterpunten die Bronx erkent en gebruikt om de uitvoering en aantoonbaarheid van de kwaliteit verder te versterken anderzijds.

Een belangrijk uitgangspunt is dat 'niet aangetroffen' of 'niet direct aantoonbaar in de onderzochte stukken' niet zonder meer gelijkstaat aan 'niet uitgevoerd' of 'niet aanwezig'. Tegelijkertijd erkent Bronx dat de administratieve vastlegging en navolgbaarheid op onderdelen verder kunnen worden versterkt. Waar dat aan de orde is, zijn maatregelen getroffen of wordt de werkwijze verder aangescherpt.

2. Gebundelde reactie op de bevindingen

2.1 Begeleidingsplannen, cliëntbetrokkenheid, dossiervoering en interne afstemming

Betreft met name onderdelen 1.1.1, 1.1.2 en 1.4.1 van het toezichtsrapport.

Bronx kan zich niet verenigen met de conclusie dat onvoldoende aantoonbaar is dat cliënten bij hun begeleidingsplan en doelen zijn betrokken. Sinds maart 2026 werkt Bronx organisatiebreed met digitale begeleidingsplannen in ONS. Het ontbreken van een handgeschreven ondertekening op een digitaal plan betekent niet zonder meer dat cliëntbetrokkenheid of instemming heeft ontbroken. Naar aanleiding van de bevindingen heeft Bronx de relevante rapportages nader beoordeeld. Daarin is terug te zien dat met cliënten is gesproken over wat zij willen bereiken en welke doelen en aandachtspunten in het begeleidingsplan zijn opgenomen. De datum 26 juni 2026 op verschillende geprinte plannen betreft bovendien de print- of downloaddatum uit ONS en niet zonder meer de datum waarop het plan is opgesteld. De periode waarop het plan betrekking heeft, staat afzonderlijk in het document vermeld.

Ook de drie begeleidingsplannen die tijdens de eerste dossierinzage op 20 mei 2026 nog niet beschikbaar waren, dienen in hun tijdlijn te worden beoordeeld. De betreffende cliënten waren op 13

mei, 19 mei en 26 mei 2026 ingestroomd. De termijnen van zes weken liepen respectievelijk tot 24 juni, 30 juni en 7 juli 2026. De eerste twee plannen waren binnen die termijn opgesteld en geaccordeerd. Het derde plan was opgesteld en bevond zich nog in de fase van accordering met de cliënt. Bij de aanlevering van 8 juli zijn de twee reeds geaccordeerde plannen onbedoeld niet meegestuurd.

Bronx erkent dat de navolgbaarheid van cliëntbetrokkenheid, interne afstemming en de relatie tussen plan, rapportage en evaluatie zo eenduidig mogelijk in het cliëntdossier zichtbaar moet zijn. De dossiervoering wordt daarom verder aangescherpt, waarbij nadrukkelijker wordt gestuurd op tijdige en volledige rapportage en een herkenbare koppeling tussen doelen, begeleiding en evaluatie. De zorgcoördinator en kwaliteitsfunctionaris volgen deze werkwijze binnen de periodieke dossier- en kwaliteitscontroles. De werking van deze aanscherping wordt meegenomen in de reguliere kwaliteitscyclus en waar nodig verder bijgesteld.

Tijdens het hoor- en wederhoor is aangegeven dat geen aanvullende documenten of bewijsstukken meer worden geaccepteerd. Bronx acht het daarom van belang dat onderscheid wordt gemaakt tussen informatie die tijdens het onderzoek niet of onvoldoende aantoonbaar was en de feitelijke uitvoering van de ondersteuning. Het feit dat aanvullende rapportages niet meer konden worden aangeleverd, betekent naar de mening van Bronx niet dat cliëntbetrokkenheid of de betreffende begeleiding feitelijk heeft ontbroken. Met deze toelichting legt Bronx haar standpunt op dit onderdeel vast als onderdeel van de zienswijze.

2.2 Organisatie van begeleiding, aanwezigheid, continuïteit en participatie

Betreft met name onderdelen 1.3.1, 1.3.2 en 1.3.3 van het toezichtsrapport.

Bronx kan zich niet vinden in de conclusie dat het ontbreken van een medewerker op een afzonderlijke woonlocatie tijdens een aantal onaangekondigde bezoekmomenten zonder meer betekent dat niet aan de contractuele eisen ten aanzien van begeleiding en beschikbaarheid is voldaan.

In het Programma van Eisen (PvE), onder Perceel 2 Verblijf Beschermd Wonen, is in eis 75 bepaald dat de ondersteuning gericht is op het zoveel mogelijk zelfstandig gaan wonen van cliënten en zo kort als mogelijk en zo lang als nodig wordt geboden. Aansluitend bepaalt eis 76 dat toezicht en begeleiding 24 uur per dag op afroep beschikbaar zijn voor cliënten en dat het aan de opdrachtnemer is om, conform de landelijke richtlijnen, te bepalen hoe dit wordt georganiseerd.

Bronx werkt met meerdere kleinschalige woonlocaties en heeft begeleiding, bereikbaarheid en beschikbaarheid vanuit deze organisatiestructuur ingericht, waarbij het bevorderen van de zelfstandigheid van cliënten een belangrijk uitgangspunt vormt. Naar de mening van Bronx volgt uit de samenhang tussen deze bepalingen niet dat iedere afzonderlijke kleinschalige woonlocatie gedurende de gehele dag permanent fysiek bemand moet zijn.

Bronx wenst daarom nadrukkelijk vast te leggen dat zij zich niet kan verenigen met een conclusie waarbij uit het ontbreken van een medewerker op een specifieke woonlocatie tijdens een bezoekmoment wordt afgeleid dat niet aan de vereisten voor toezicht en begeleiding is voldaan. Een dergelijke

constatering dient te worden onderscheiden van de vraag of toezicht en begeleiding overeenkomstig eis 76 daadwerkelijk 24 uur per dag op afroep beschikbaar waren en of de geïndiceerde ondersteuning aan de betreffende cliënten is geleverd.
Ten aanzien van continuïteit heeft Bronx tijdens het onderzoek een overzicht aangeleverd waarin per cliënt is aangegeven welke medewerker als vaste begeleider is gekoppeld en welke medewerkers bij afwezigheid kunnen waarnemen. De vervanging vindt plaats vanuit een vooraf bekende groep medewerkers. Dit sluit aan bij het PvE, waarin de opdrachtnemer verantwoordelijk is voor continuïteit en vervanging bij het eerstvolgende leveringsmoment.

Bronx begeleidt en stimuleert cliënten daarnaast actief bij dagbesteding, opleiding, werk en maatschappelijke participatie. De opmerking over de eigen verantwoordelijkheid van cliënten had betrekking op de daadwerkelijke deelname: Bronx kan ondersteunen, motiveren en begeleiden, maar deelname niet afdwingen.

2.3 Privacy, veiligheid, bereikbaarheidsdienst, incidenten en woonomgeving

Betreft met name onderdelen 1.2.4, 2.1.1, 2.2.1, 2.2.3 en 2.3.1 van het toezichtsrapport.

De HR-medewerker heeft vanuit haar beheerfunctie technische toegang tot ONS voor administratieve en beheertaken, waaronder het aanmaken en autoriseren van medewerkers, zodat zij toegang krijgen tot de cliënten en afdelingen waarvoor zij vanuit hun functie en werkzaamheden geautoriseerd zijn om te rapporteren. Deze toegang is niet bedoeld voor het inhoudelijk uitvoeren van cliëntbegeleiding. Bronx acht het van belang dat bij de beoordeling onderscheid wordt gemaakt tussen technische beheerautorisatie en inhoudelijke toegang voor cliëntbegeleiding.

Ten aanzien van veiligheidsrisico's merkt Bronx op dat voor het onderzoek rapportages over de periode 1 tot en met 31 mei 2026 zijn opgevraagd. Een periode van één maand geeft niet zonder meer een volledig beeld van risicobeheersing gedurende een volledig begeleidingstraject. De GGD constateert zelf dat veiligheidsrisico's over het algemeen in beeld zijn en zijn vertaald naar doelen en afspraken. Bronx erkent tegelijkertijd het belang dat beheersmaatregelen, evaluaties en netwerkafstemming goed navolgbaar in het dossier worden vastgelegd. Dit punt wordt meegenomen in de aangescherpte dossiercontroles.

De bereikbaarheidsdienst is niet uitsluitend afhankelijk van de bestuurder. Bij diens afwezigheid beheert een andere medewerker het noodnummer. De bestuurder beschikt over een hbo-opleiding SPH en is SKJ-geregistreerd; de andere medewerker die in de lijst is opgenomen beschikt over een mbo-4-opleiding Sociaal Werk. Bronx kreeg op 14 september 2026 voor het eerst te horen dat deze diploma's volgens de toezichthouder niet waren aangeleverd dan wel niet konden worden geverifieerd. Toen Bronx hierover duidelijkheid kreeg, konden de stukken niet alsnog worden aangeleverd omdat tijdens het hooren wederhoor is aangegeven dat geen nieuwe bewijsstukken meer worden geaccepteerd. Het niet kunnen verifiëren van een diploma dient daarom te worden onderscheiden van het feitelijk niet beschikken over de betreffende kwalificatie.

Bronx herkent zich niet in de conclusie dat onvoldoende aannemelijk is dat incidenten en risicovolle situaties worden herkend, gemeld en geregistreerd. Binnen Bronx is hiervoor een vaste MIC-werkwijze ingericht. MIC-meldingen worden door de gedragswetenschapper inhoudelijk beoordeeld en geëvalueerd, waarbij onder meer wordt gekeken naar de aard en oorzaak van het incident, het risico op herhaling, noodzakelijke vervolgacties en eventuele verbetermaatregelen.

Deze verantwoordelijkheid van de gedragswetenschapper blijkt tevens uit de door Bronx aan de toezichthouder verstrekte Leidraad. Onder punt 6, 'Risicotaxatie en veiligheid', staat duidelijk beschreven dat de gedragswetenschapper hierin een inhoudelijke verantwoordelijkheid heeft. De rol van de gedragswetenschapper binnen de beoordeling en opvolging van risico's en veiligheid is daarmee onderdeel van de door Bronx vastgelegde en reeds aangeleverde werkwijze.

De toezichthouders hebben in het kader van het onderzoek niet met de gedragswetenschapper gesproken. Hierdoor is de wijze waarop MIC-meldingen inhoudelijk worden beoordeeld, geëvalueerd en opgevolgd niet rechtstreeks met deze inhoudelijk verantwoordelijke functionaris besproken. Dit is naar de mening van Bronx relevant bij de beoordeling van de conclusie dat onvoldoende aannemelijk zou zijn gemaakt dat incidenten en risicovolle situaties worden herkend, gemeld en geregistreerd.

Bronx onderschrijft het belang dat medewerkers incidenten en risicovolle situaties tijdig herkennen en op eenduidige wijze melden en registreren. Daarbij is echter van belang onderscheid te maken tussen een risicosignaal, een begeleidingssituatie en een incident dat volgens de MIC-werkwijze moet worden gemeld. Het enkele feit dat in cliëntdossiers stressvolle gebeurtenissen, kwetsbaarheden of risicosignalen worden beschreven, betekent daarom niet zonder meer dat voor iedere dergelijke situatie een MIC-melding had moeten worden gedaan. De toepassing van de MIC-werkwijze en de opvolging en evaluatie van meldingen blijven onderdeel van de kwaliteitsbewaking binnen Bronx.

Voor de woonomgeving is Bronx van mening dat de genoemde bevindingen per locatie en per feitelijke situatie afzonderlijk moeten worden beoordeeld en niet zonder nadere context gezamenlijk kunnen worden gebruikt voor de conclusie dat sprake is van een onvoldoende veilige of passende woonomgeving.

Ten aanzien van de woning waar vocht en waterschade is geconstateerd, ontbreekt naar onze mening belangrijke context. Nadat de waterschade tijdens het verblijf bekend was geworden, heeft Bronx meerdere pogingen ondernomen om de betreffende cliënt tijdelijk naar een andere woning over te plaatsen, zodat de cliënt gedurende het herstel elders kon verblijven. De betreffende cliënt en diens ouders hebben deze tijdelijke verhuizing echter geweigerd. Bronx heeft de mogelijkheid tot tijdelijke herhuisvesting dus wel aangeboden, maar kon deze niet tegen de wens van de cliënt en diens ouders uitvoeren.

Deze gang van zaken kan door Bronx worden onderbouwd met WhatsApp-correspondentie en cliënt-/begeleidingsrapportages, waaruit blijkt dat de tijdelijke verhuizing meerdere malen is besproken en aangeboden en dat hiervan door de cliënt en diens ouders geen gebruik is gemaakt. Daarnaast beschikt Bronx over e-mailcorrespondentie met de beheerder/VvE, waaruit blijkt dat de waterschade is gemeld, hierover contact is onderhouden en actie is ondernomen richting de verantwoordelijke beheerpartij met

het oog op herstel van de woning. Hiermee kan worden onderbouwd dat Bronx de situatie niet onbehandeld heeft gelaten, maar zowel richting de cliënt en diens ouders als richting de beheerder/VvE actief heeft gehandeld.

Voor de overige genoemde punten, waaronder de brandblusser, obstakels in vluchtwegen, kennis van calamiteitenafspraken, raambekleding en de beschadigde ruit, acht Bronx het eveneens van belang onderscheid te maken tussen een concrete constatering op een bepaald moment en de vraag of sprake is van een structureel veiligheidsprobleem. Waar concrete gebreken zijn vastgesteld, worden deze beoordeeld en waar noodzakelijk hersteld of opgevolgd.

Voor zover hersteldata of afzonderlijke uitgevoerde herstelhandelingen niet reeds onderdeel zijn van het onderzochte dossier, worden in deze zienswijze geen nieuwe feiten of bewijsstukken toegevoegd. Bronx beperkt zich tot haar reactie op de bevindingen, conform de tijdens het hoor- en wederhoor aangegeven werkwijze.

2.4 Vakbekwaamheid, VOG's, scholing, kwaliteit en interne organisatie

Betreft met name onderdelen 3.1.1, 3.1.2, 3.1.3, 3.2.1 en 3.2.2 van het toezichtsrapport.

Bij de eerste uitvraag heeft Bronx diploma's en VOG's aangeleverd van de medewerkers die rechtstreeks betrokken waren bij de ondersteuning van de onderzochte Haarlemse cliënten. Pas bij het aanvullende verzoek van 7 juli 2026 werd voor Bronx duidelijk dat de toezichthouder daarnaast ook personeelsgegevens wenste van functionarissen die organisatiebreed worden ingezet, waaronder de HR-medewerker, administratieve medewerker en medewerkers die betrokken zijn bij de bereikbaarheidsdienst.

Bronx acht dit onderscheid in de reikwijdte van de informatie-uitvraag van belang voor de duiding van de bevindingen. Het feit dat bepaalde personeelsgegevens niet bij de eerste aanlevering waren opgenomen, dient naar de mening van Bronx daarom niet zonder meer te worden uitgelegd als het ontbreken van deze gegevens of van de vereiste deskundigheid, maar mede te worden bezien in het licht van de verschillende uitvragen gedurende het onderzoek. Met deze toelichting wenst Bronx haar standpunt op dit onderdeel nadrukkelijk vast te leggen als onderdeel van de zienswijze.

De genoemde VOG uit 2022 betreft de HR-medewerker, die geen direct cliëntcontact heeft en niet belast is met inhoudelijke cliëntbegeleiding. Voor deze HR-medewerker is inmiddels een nieuwe VOG afgegeven op 16 juli 2026. Daarmee is de personeelsdocumentatie op dit onderdeel geactualiseerd. Bronx heeft daarnaast geen facilitair medewerker in loondienst; voor onderhoud en reparaties wordt waar nodig een extern klusbedrijf ingezet. Bij de beoordeling van personeelsgegevens dient daarom onderscheid te worden gemaakt tussen cliëntgebonden functies, technische of ondersteunende functies en externe werkzaamheden.

Bronx erkent het belang van aantoonbare deskundigheid, actuele personeelsdocumentatie en een heldere registratie van rollen en bevoegdheden. Deze punten worden meegenomen in de verdere aanscherping van de personeels- en autorisatiecontrole.

De uitkomsten van het MTO 2025 zijn gebruikt als belangrijk uitgangspunt voor concrete verbetermaatregelen. Het onderdeel opleiden en ontwikkelen scoorde een 6,5 en het MTO als geheel een 7,6. Naar aanleiding van het MTO 2025 heeft Bronx nadrukkelijk geluisterd naar de ervaringen, behoeften en aandachtspunten die vanuit het team naar voren zijn gebracht. Mede op basis van deze input is besloten om te gaan werken met de Krachtwerk-methodiek, met als doel medewerkers meer houvast en een eenduidige methodische werkwijze te bieden in de begeleiding van cliënten.

Daarnaast investeert Bronx in BHV, e-learnings, meldcode, conflicthantering, coaching, supervisie en reflectie. Ook is de coördinatiestructuur in 2026 uitgebreid met een aanvullende teamcoördinator en een externe kwaliteitsfunctionaris, waarmee de dagelijkse aansturing, taakverdeling, werkprocessen, dossiervoering en kwaliteitsborging verder zijn versterkt.

De effectiviteit van deze maatregelen wordt niet als vanzelfsprekend verondersteld. Het MTO 2026 vormt een volgend meetmoment om te beoordelen hoe medewerkers de ingezette veranderingen ervaren. Daarnaast worden de dossiervoering en werkprocessen gevolgd via de reguliere kwaliteits- en dossiercontroles. Op basis van deze uitkomsten kan Bronx waar nodig verder bijsturen. Hiermee wordt invulling gegeven aan een continue verbetercyclus van signaleren, uitvoeren, controleren en verbeteren.

2.5 Reikwijdte van het onderzoek en samenwerkingsrelaties

Betreft met name onderdeel 3.2.2 en de integrale beoordeling in het toezichtsrapport.

Bronx acht het niet juist dat samenwerkingsrelaties bij de beoordeling worden betrokken wanneer deze geen betrekking hebben op de uitvoering van de Wmo-overeenkomst met de gemeente Haarlem. De in het conceptrapport genoemde organisaties SamenSterk, Saaamzorg en Accuraat Begeleid Wonen zijn niet ingezet voor de ondersteuning van de Haarlemse cliënten die onderwerp zijn van dit onderzoek. Naar de mening van Bronx dient de beoordeling zich te richten op de wijze waarop Bronx de ondersteuning van de onderzochte Haarlemse cliënten heeft georganiseerd en uitgevoerd. Samenwerkingsrelaties die geen betrekking hebben op deze cliënten of op de uitvoering van de Haarlemse Wmo-overeenkomst dienen niet zonder een concrete en aantoonbare relatie met de onderzochte dienstverlening bij de conclusies te worden betrokken.

Dit geldt eveneens voor eventuele bij de toezichthouder bekende signalen over Accuraat Begeleid Wonen als afzonderlijke zorgaanbieder. Zonder concrete onderbouwing en aantoonbare relatie met de onderzochte Haarlemse cliënten kunnen dergelijke signalen niet aan Bronx worden toegerekend of worden gebruikt voor de beoordeling van de door Bronx in Haarlem geleverde ondersteuning.

3. Integrale reactie en verzoek aan de toezichthouder

Bronx kan zich niet verenigen met de overkoepelende conclusie voor zover verschillende afzonderlijke bevindingen worden samengevoegd tot een algemeen oordeel over de kwaliteit van de dienstverlening zonder voldoende onderscheid tussen feitelijk vastgestelde tekortkomingen, administratieve verbeterpunten, interpretatieverschillen over de toepasselijke norm en informatie die tijdens het onderzoek niet of onvoldoende aantoonbaar was.

Tegelijkertijd gebruikt Bronx de bevindingen uit het toezicht om de organisatie verder te versterken. De aangescherpte aandacht voor dossiervoering en navolgbaarheid, de uitbreiding van de coördinatiestructuur, de inzet van een externe kwaliteitsfunctionaris, de implementatie van Krachtwerk, deskundigheidsbevordering en de periodieke kwaliteits- en dossiercontroles zijn voorbeelden van maatregelen waarmee Bronx opvolging geeft aan relevante verbeterpunten.

Voor Bronx is het van belang dat de bevindingen worden bezien in relatie tot de concrete cliënt, locatie, onderzoeksperiode en toepasselijke norm, waarbij tevens de context en de reeds tijdens het onderzoek aangeleverde informatie wordt betrokken. Ten aanzien van de organisatie van de ondersteuning wijst

Bronx in het bijzonder op de samenhang tussen de eisen 75 en 76 van het PvE. Eis 75 bepaalt dat de ondersteuning gericht is op het zoveel mogelijk zelfstandig gaan wonen van cliënten. Aansluitend bepaalt eis 76 dat toezicht en begeleiding 24 uur per dag op afroep beschikbaar zijn en dat het aan de opdrachtnemer is om, conform de landelijke richtlijnen, te bepalen hoe dit wordt georganiseerd. Naar de mening van Bronx volgt uit deze bepalingen niet dat iedere afzonderlijke kleinschalige woonlocatie permanent fysiek bemand dient te zijn.

Daarnaast acht Bronx het van belang onderscheid te maken tussen informatie die tijdens het onderzoek niet direct aantoonbaar of verifieerbaar was en de feitelijke uitvoering van de ondersteuning. Dit geldt in het bijzonder voor situaties waarin Bronx pas op een later moment is gewezen op ontbrekende of nietverifieerbare informatie en vervolgens geen aanvullende documentatie meer mocht aanleveren. Het niet direct aantoonbaar zijn van informatie kan naar de mening van Bronx niet zonder nadere inhoudelijke beoordeling worden gelijkgesteld aan het feitelijk niet leveren van ondersteuning of het ontbreken van kwaliteit, deskundigheid, continuïteit of veiligheid.

Met deze toelichting legt Bronx haar standpunt op deze onderdelen vast als onderdeel van de zienswijze en acht zij deze context van belang voor een evenwichtig beeld van de wijze waarop de ondersteuning aan de onderzochte cliënten is georganiseerd en uitgevoerd.

4. Afsluiting

Met deze zienswijze geeft Bronx haar perspectief op de bevindingen en conclusies in het toezichtsrapport. Op verschillende onderdelen acht Bronx nadere context en nuancering van belang voor een evenwichtig beeld van de geboden ondersteuning. Tegelijkertijd neemt Bronx de geconstateerde verbeterpunten serieus en werkt zij aan verdere versterking van de uitvoering en aantoonbaarheid van de kwaliteit. Het perspectief en de veiligheid van cliënten staan daarbij centraal.

Met vriendelijke groet,
Namens de bestuurder van St. Bronx Begeleid Wonen

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.