



Wmo-toezicht Gelderland-Zuid

Rapport van bevindingen

Wmo-toezicht Socra Zorggroep

8 juli 2025







Inhoudsopgave

1.	Inleiding	4
1.1.	Aanleiding	4
1.2.	Werkwijze	4
1.3.	Reikwijdte van het onderzoek	5
1.4.	Leeswijzer	5
2.	Beknopte beschrijving Socra	6
2.1.	Algemeen	6
2.2.	Organisatiestructuur	6
2.3.	Organisatie	6
3.	Bevindingen	7
3.1.	Cliëntgerichtheid	7
3.2.	Veiligheid van de cliënt	19
3.3.	Deskundigheid van de professional	22
3.4.	Kwaliteitsbeheersing	27
4.	Oordeel	31
4.1.	Conclusies van het onderzoek	31
4.2.	Vervolg en advies	31
5.	Bijlage: Bronnenlijst	32
5.1.	Interviews	32
5.2.	Cliënt Dossiers	32
5.3.	personeelsdossiers	32
5.4.	Beleid	32
5.5.	Overige relevante bronnen	33



1. Inleiding

1.1. Aanleiding

Tussen januari en april 2025 heeft het Wmo-toezicht van GGD Gelderland-Zuid onderzoek gedaan bij Socra Zorggroep (hierna Socra of de aanbieder). Aanleiding voor dit onderzoek waren meerdere calamiteiten die in 2023 en 2024 bij de toezichthouder zijn gemeld.

De toezichthouder heeft op 4 juli 2024 twee van de calamiteitenmeldingen uit 2023 afgesloten. De calamiteitenonderzoeken die Socra naar aanleiding van deze meldingen moest uitvoeren waren beoordeeld als onvoldoende. Uit de calamiteitenonderzoeken bleek dat de veiligheidsrisico's van cliënten onvoldoende in beeld waren waardoor er niet adequaat naar gehandeld kan worden. Ook bleek Socra niet instaat te zijn om incidenten gestructureerd te analyseren. Dit wordt bevestigd door in het HKZ-auditrapport van 2024 die Socra met de toezichthouder heeft gedeeld.

De toezichthouder heeft daarom op 4 juli 2024 in dezelfde brief aangekondigd dat er binnen enkele maanden een signaal gestuurd toezicht opgestart zal worden. Gezien de zorgen omtrent de veiligheid van cliënten heeft de toezichthouder, in afwachting van het onderzoek, Socra gevraagd wekelijks informatie aan te leveren. Dit betrof zowel informatie over incidentmeldingen en de opvolging daarvan als het in kaart brengen en houden van de risico's van cliënten. Dit verzoek gold gedurende de gehele looptijd van het onderzoek.

Het onderzoek richtte zich op de actuele situatie en werkwijze van Socra, zoals die golden tijdens de onderzoeksperiode.

1.2. Werkwijze

Het onderzoek richt zich op de ambulante begeleiding die Socra biedt in de regio Rijk van Nijmegen.

De Wmo-toezichthouders van de aanpalende regio's zijn in kennis gesteld van het voorgenomen onderzoek, om samenloop van toezicht te vermijden.

De toezichthouder heeft informatie verzameld door middel van:

- Analyse van beleid en documenten.
- Controle van alle personeelsdossiers.
- Steekproefsgewijze controle van zeven cliëntendossiers.
- Interviews met de bestuurder, zorgcoördinator, kwaliteitsmedewerker, drie ambulant begeleiders.
- Interviews met vier cliënten.
- Interviews met samenwerkingspartners.



Daarnaast heeft de toezichthouder alle calamiteiten, gemeld door Socra en meldingen waarbij cliënten van Socra betrokken waren, in de periode 2023 t/m mei 2025 betrokken bij het onderzoek. Dit betreft zowel de meldingen, de opvolging na een melding als de monitoring van de verbeterpunten.

Tevens zijn ook de wekelijkse rapportages, plannen van aanpak na risico-inventarisaties en de MIC-meldingen meegenomen in het onderzoek.

De uitkomsten van bovenstaande werkwijze zijn gebruikt om een oordeel te geven over de kwaliteit van de maatschappelijke ondersteuning door Socra. De toezichthouder beschrijft haar bevindingen in dit rapport.

Als bijlage bij het rapport is een overzicht van de bronnen opgenomen.

1.3. Reikwijdte van het onderzoek

Het Wmo-toezicht heeft voor het geven van een oordeel [het toetsingskader Wmo-toezicht Gelderland-Zuid](#) gebruikt. Het Wmo-toezicht toetst op de thema's: [1] cliëntgerichtheid, [2] veiligheid van de cliënt, [3] deskundigheid van de professional, [4] kwaliteitsbeheersing. Het onderzoek bij Socra richt zich op het gehele toetsingskader met uitzondering van norm 2.2 en 2.3 die betrekking hebben op beschermd wonen en dagbesteding en norm 3.5 die betrekking heeft op leerlingen, stagiaires, vrijwilligers en ervaringsdeskundige.

1.4. Leeswijzer

Hoofdstuk 2 begint met een beschrijving van Socra. Hoofdstuk 3 geeft per thema de bevindingen van het Wmo-toezicht weer. Vervolgens beschrijft hoofdstuk 4 het oordeel. Ook het advies aan de gemeenten staat hier beschreven. In de bijlage zijn de geraadpleegde bronnen beschreven.

2. Beknopte beschrijving Socra

2.1. Algemeen

Socra is een zorgaanbieder die ambulante begeleiding biedt in de regio Rijk van Nijmegen.

Socra omschrijft zichzelf op haar website als volgt:

Socra zorggroep biedt ambulante begeleiding aan mensen met uiteenlopende problematiek, met een grote affiniteit en kunde voor de complexere vragen en problemen bij mensen met een psychiatrische problematiek.

Wij werken vanuit de gedachten dat ieder mens ongeacht welke problemen, uitdagingen en behoeftes, maar ook wensen en mogelijkheden zich het beste ontwikkelen vanuit hun eigen woon- en leefomgeving.

Onze ambulante begeleiding op basis van kleinschaligheid en vastigheid waarborgt een persoonlijke benadering. Door de persoonlijke benadering ontstaat er een vertrouwensband waar vanuit jij echt samen met de hulpverlener kan werken aan zijn of haar toekomst. Deze vertrouwensband is de basis om persoonlijke groei in gang te zetten en vervolgens te blijven groeien.

Onze begeleidingsstijl en werkwijze is gebaseerd op presentie, er zijn! Socra zorggroep in het algemeen maar de begeleiders in het bijzonder creëren veiligheid, nabijheid en aandacht voor de mensen die worden begeleidt. Socra zorggroep streeft ernaar om voor iedereen een aanspreekbare en benaderbare organisatie te zijn.

Er voor iemand zijn is voor Socra zorggroep een vanzelfsprekendheid!

2.2. Organisatiestructuur

Socra is opgericht in 2014. De huidige eigenaar is in functie sinds 2017. Het is een eenmanszaak. De directeur voert het dagelijks bestuur met ondersteuning van een zorgcoördinator. Socra heeft geen raad van toezicht, raad van commissarissen of cliëntenraad.

2.3. Organisatie

Socra heeft een kantoor op de Tweede Oude Heselaan in Nijmegen. Naast werkplekken biedt het kantoor ook de mogelijkheid om cliënten te spreken op kantoor.

De zeven aangesloten gemeenten in de regio Rijk van Nijmegen hebben contracten met Socra voor reguliere begeleiding volwassenen en specialistische begeleiding volwassenen.

Socra biedt begeleiding en ondersteuning aan cliënten met een Wmo-indicatie. In juni 2024 waren er circa 110 Wmo-clieuten, gedurende het toezicht is dit aantal gegroeid naar circa 135 in april 2025. Socra heeft ten tijde van het onderzoek 18 medewerkers in dienst: 14 ambulant begeleiders, een zorgcoördinator, een kwaliteitsmedewerker, een administratief medewerker en een student. Daarnaast leidt de bestuurder de organisatie. Socra maakt geen gebruik van zzp'ers of uitzendkrachten.

3. Bevindingen

In dit hoofdstuk worden de resultaten van het toezicht gepresenteerd aan de hand van de vier thema's uit het [Toetsingskader Wmo-toezicht Gelderland-Zuid](#): cliëntgerichtheid, veiligheid van de cliënt, deskundigheid van de professional en kwaliteitsbeheersing. Deze thema's zijn uitgewerkt in normen. Per norm wordt een oordeel gegeven: **voldoet** aan de norm, **voldoet grotendeels** aan de norm of **voldoet niet** aan de norm. Per norm wordt toegelicht waar de toezichthouder naar heeft gekeken en wat haar bevindingen zijn.

Bij de normen waar Socra grotendeels aan voldoet zijn er (enkele) tekortkomingen op deelonderwerpen. Hier zijn verbeterpunten geformuleerd. Bij de normen waar Socra niet aan voldoet, kunnen toch bepaalde deelgebieden in orde zijn.

Uit de toelichting wordt duidelijk waarom Socra wel of niet aan de norm voldoet. Indien niet aan de norm wordt voldaan, wordt beschreven wat nodig is om wél aan de norm te voldoen.

3.1. Cliëntgerichtheid

	Norm
1.1	De cliënt krijgt ondersteuning die aansluit bij zijn achtergrond, zijn mogelijkheden en zijn ondersteuningsbehoefte en de cliënt heeft voldoende regie ten aanzien van de ondersteuning.
	Toelichting: <i>Er wordt samen met de cliënt een ondersteuningsplan gemaakt, dat is afgestemd op de achtergrond, de mogelijkheden en de wensen van de cliënt.</i> <i>De professional kent de cliënt en sluit aan bij diens achtergrond, mogelijkheden en ondersteuningsbehoefte en stimuleert de zelfredzaamheid van de cliënt.</i> <i>De professional signaleert veranderende mogelijkheden bij de cliënt en past de ondersteuning hierop aan.</i> Bevindingen Cliënten geven aan dat ze samen met hun ambulant begeleider het begeleidingsplan opstellen. Tijdens interviews beschrijven ambulant begeleiders hoe ze de behoeftes van de cliënt inzichtelijk maken en meenemen in het opstellen van een begeleidingsplan. Alle cliënten geven aan dat hun begeleider ze goed kent. In het beleid van Socra én in interviews met medewerkers komt naar voren dat er bij start van het traject tijd en aandacht wordt besteed aan het leren kennen van cliënten. In de bekeken dossiers is een duidelijk en compleet persoonsbeeld van de cliënt te vinden. Uit de interviews met cliënten én de dossiercontrole komt een duidelijk beeld naar voren

	dat cliënten worden gestimuleerd zelfredzaam te worden en met hun doelen aan de slag te gaan. Waar nodig ondersteunt de begeleiding, zonder dat de cliënt afhankelijk wordt van de begeleiding. Een van de geïnterviewde cliënten gaf bijvoorbeeld aan, hoe er aan zijn doel werd gewerkt om zelfstandig naar de winkel te gaan. In de eerste periode ging de begeleiding mee met cliënt. Vervolgens maakte de cliënt samen met zijn begeleider een lijstje voor het winkelen en bleef begeleider voor de winkel wachten, om uiteindelijk geheel zelfstandig naar de winkel te gaan. Hieruit merkt de toezichthouder op dat begeleiding ondersteuning aanpast op de veranderende situatie. Conclusie Socra voldoet aan de norm "De cliënt krijgt ondersteuning die aansluit bij zijn achtergrond, zijn mogelijkheden en zijn ondersteuningsbehoefte en de cliënt heeft voldoende regie ten aanzien van de ondersteuning."
1.2	De cliënt krijgt gestructureerde, planmatige ondersteuning.
	Toelichting: <i>De professional werkt methodisch en legt dit hele proces inzichtelijk vast in het cliëntdossier.</i> <i>Het ondersteuningsplan is geënt op de inhoud van de beschikking, die door de gemeente is afgegeven.</i> <i>Het ondersteuningsplan bevat concreet geformuleerde doelen en acties, die met elkaar samenhangen en gericht zijn op het vergroten van de eigen regie en de zelfredzaamheid van de cliënt en op maatschappelijke participatie.</i> <i>Het ondersteuningsplan wordt minimaal 1 x per jaar met de cliënt geëvalueerd en bijgesteld.</i> <i>De professional rapporteert in een frequentie die voldoende is, gezien de aard van de indicatie.</i> <i>De rapportage is gericht op de doelen van de cliënt.</i> <i>Ook acties t.b.v. de cliënt en afspraken met derden betreffende de cliënt worden gerapporteerd.</i> Bevindingen Ten tijde van het onderzoek zat Socra in een overgang naar een nieuw dossiersysteem (ONS). Tijdens de dossiercontrole heeft de toezichthouder in zowel het oude systeem als het nieuwe systeem documenten en dossiers bekeken. Het oude dossiersysteem was voor de toezichthouder onoverzichtelijk. Gedurende het toezichtstraject is het oude systeem voor medewerkers niet meer toegankelijk gemaakt. Het management heeft nog wel inzage in het oude systeem voor het geval er zaken

blijken te missen. De toezichthouder heeft gedurende het toezicht niet kunnen toetsen of alle relevante informatie overzichtelijk in het nieuwe systeem is opgeslagen.

Wanneer een nieuwe cliënt wordt aangemeld voor ondersteuning bij Socra, vindt er eerst een kort telefonisch gesprek tussen de bestuurder en de verwijzer plaats. Vervolgens wordt er door bestuurder gekeken welke begeleider ruimte heeft voor een nieuwe cliënt. Ook wordt er gekeken of de problematiek van de cliënt aansluit bij de ervaring van de beoogde begeleider. De begeleider doet de verdere kennismaking en brengt de cliënt in beeld. Onderzoeksverslagen vanuit de verwijzer komen vaak pas nadat de ondersteuning is opgestart bij Socra. De toezichthouder heeft aan de hand van calamiteitenmeldingen gezien dat risico's hierdoor te laat in beeld komen.

In de onderzochte dossiers heeft de toezichthouder twee uitgebreide onderzoeksverslagen aangetroffen. In twee andere dossiers was dit een kort verslag en in drie dossiers is geen onderzoeksverslag van de indicatiesteller aangetroffen. Ook zijn er geen intakeverslagen gevonden. De bestuurder onderkent dat de intakeprocedure tekortschiet. Hij geeft aan dat de onderzoeksverslagen niet meer standaard via de indicerende consultants bij Socra komen. Gedurende het onderzoek heeft Socra aangegeven haar beleid te hebben aangepast. De bestuurder heeft aangegeven begeleiding niet meer op te willen starten zonder uitgebreide onderzoeksverslagen van de indicatiesteller.

De begeleidingsplannen worden volgens een vast format gemaakt dat in ONS staat. In de bekeken dossiers is een duidelijk en compleet persoonsbeeld van de cliënt te vinden. Daarnaast ziet de toezichthouder concrete doelen. Deze zijn opgedeeld in korte- en lange termijn doelen. Deze doelen zijn daarnaast uitgewerkt in acties voor cliënt en begeleiding.

Begeleiders werken met hun cliënten duidelijk aan doelen. In de interviews gaven cliënten duidelijke voorbeelden, zoals het leren omgaan met negatieve gedachten. De cliënt ontving een praktische oefening van zijn begeleider om zelfstandig aan de slag te kunnen. In het beleid van de aanbieder zijn richtlijnen en afspraken opgenomen die betrekking hebben op het rapporteren. In de bekeken dossiers zijn feitelijke en korte rapportages te zien. Begeleiders geven aan na ieder contactmoment te rapporteren.

Evalueren

In de bekeken dossiers zijn uitgebreide evaluaties van de geboden begeleiding te zien. Ook begeleiders en cliënten vertellen dat er jaarlijks wordt geëvalueerd. Samen met de cliënt wordt besproken welke doelen zijn behaald, welke doelen eventueel moeten worden bijgesteld en of er nieuwe doelen nodig zijn. De toezichthouder zag in verschillende dossiers dat de begeleiding toewerkt naar afronding.

	Conclusie Socra voldoet grotendeels aan de norm “De cliënt krijgt gestructureerde, planmatige ondersteuning.” Positieve punten: - De cliënten zijn goed in beeld. - Er zijn kwalitatief goede plannen voor de lange en korte termijn. - Er wordt duidelijk gewerkt aan zelfstandigheid en zelfredzaamheid. - Rapportages zijn goed qua frequentie en kwaliteit. - Er wordt geëvalueerd op de doelen. Verbeterpunten: - Zorg voor een goede intake en leg dit vast in een intakeverslag. - Zorg dat dossiers van cliënten compleet en overzichtelijk zijn.
1.3	De cliënt wordt respectvol bejegend en zijn rechten worden gewaarborgd.
	Toelichting: <i>De bejegening van de cliënt door de professional is passend en correct.</i> <i>De cliënt ervaart betrokkenheid, vertrouwen en begrip.</i> <i>De aanbieder waarborgt de rechten van de cliënt.</i> Bevindingen Socra heeft een gedragscode opgenomen in het beleid, zowel voor cliënten als voor medewerkers. De geïnterviewde cliënten zijn erg tevreden met de begeleiding. Meerdere cliënten geven aan dat de ambulant begeleiders naast ze staan en op professionele wijze omgaan met grenzen. Hoewel bejegening geen vast onderwerp is op teambesprekingen, is het wel een onderwerp van gesprek op de werkvloer. De zorgcoördinator geeft aan met ambulant begeleiders in gesprek te gaan en aanwijzingen te geven over bejegening bij cliënten. De zorgcoördinator benoemde een voorbeeld waarin cliënten die van een andere organisatie bij Socra kwamen, het gewend waren te knuffelen met hun begeleider. De zorgcoördinator heeft bij de begeleiding aangegeven en benadrukt dat dit niet binnen de werkwijze van Socra past. Ook geeft een ambulant begeleidster voorbeelden van het niet toevoegen van cliënten op sociale media of geen privé contactgegevens te delen met cliënten. Verder geven alle gesproken medewerkers aan dat bejegening, afstand- en nabijheid en professionaliteit onderdeel zijn van de grondslag van het vak.

	Eén van de gesproken ketenpartners gaf aan dat er bij een MDO-afspraken zijn gemaakt over de bejegening van een cliënt. Begeleiders geven aan regelmatig aan cliënten te vragen of ze behoefte hebben om eigen rapportages in te zien. Ook cliënten geven aan dat dit aan ze gevraagd wordt. Sommige cliënten willen het dossier af en toe inzien, andere geven aan hier geen behoefte aan te hebben. Conclusie Socra voldoet aan de norm "De cliënt wordt respectvol bejegend en zijn rechten worden gewaarborgd."
1.4	De cliënt ervaart continuïteit in de ondersteuning.
	Toelichting: <i>De aanbieder maakt in samenspraak met de cliënt afspraken over wie de vaste ondersteuner is en wie het aanspreekpunt is voor vragen van de cliënt.</i> <i>De aanbieder maakt afspraken met de cliënt over vervanging, als de vaste ondersteuner afwezig is.</i> Bevindingen Uit beleidsstukken en interviews met medewerkers, cliënten en de bestuurder blijkt dat cliënten altijd een vaste begeleider hebben. Uit interviews met begeleiders blijkt dat er in duo's wordt gewerkt als de casuïstiek uitzonderlijk ingewikkeld is, er veel uren geïndiceerd zijn of het als cliënten hierom vragen. Dit is niet opgenomen in het beleid. Uit calamiteitenmeldingen blijkt dat niet bij alle complexe casuïstiek een tweede begeleider wordt ingezet. De zorgcoördinator is wel nauw betrokken bij deze casuïstiek. Bij afwezigheid van begeleider is er duidelijk beleid over vervanging. Er wordt overlegd met cliënten of ze behoefte hebben aan vervanging tijdens vakantie van de vaste begeleider. Als er geen behoefte is aan vervanging tijdens een vakantieperiode, weten cliënten wel hoe ze contact kunnen krijgen met Socra als het nodig is. Als er twijfels zijn of een cliënt tijdelijk zonder begeleiding kan, wordt er niet gevraagd of er behoefte is aan vervanging. In plaats daarvan wordt het als mededeling gebracht, zodat een cliënt gezien blijft. Socra maakt zo veel mogelijk gebruik van vaste collega's ter vervanging. Er zijn overdrachtsverslagen gezien wanneer er vervanging is ingezet. In het verleden is er veel wisseling geweest in begeleiding, mede door een hoog ziekteverzuim. Recent is er meer continuïteit in het personeelsbestand gekomen, aldus de

	bestuurder. Conclusie Socra voldoet aan de norm "De cliënt ervaart continuïteit in de ondersteuning. "
1.5	De cliënt kan zijn mening geven over de ontvangen begeleiding.
	<i>Toelichting:</i> <i>De aanbieder onderzoekt regelmatig of cliënten tevreden zijn over de ondersteuning en over de kwaliteit van de organisatie.</i> <i>De aanbieder brengt zo nodig verbeteringen aan.</i> Bevindingen Binnen Socra is er ruimte voor de cliënt om zijn of haar mening te geven over de ontvangen begeleiding. Ambulant begeleiders controleren regelmatig hoe cliënten de geboden ondersteuning ervaren. Uit gesprekken met cliënten en medewerkers blijkt dat dit informeel gebeurt, tijdens begeleidingsmomenten. Daarnaast is in cliëntdossiers gezien dat er jaarlijks een evaluatie plaats vindt waarin cliënten formeel kunnen reflecteren op de ontvangen begeleiding. Tijdens een van de interviews met cliënten is er een concreet voorbeeld benoemd waar de ambulant begeleider actief om feedback vroeg naar aanleiding van een incident. Dit werd door de cliënt als erg waardevol ervaren. Ook noemt een cliënt een voorbeeld waar hij aangaf geen klik te voelen met de begeleider. Socra zorgt dan voor een nieuwe begeleider. In het beleid staat dat er jaarlijks een cliënttevredenheidsonderzoek (CTO) wordt gehouden. De toezichthouder heeft het meest recente CTO uit 2023 ingezien. De kwaliteitsmedewerker vertelt over verbeterpunten die uit vorige CTO's zijn gekomen. Een van de punten was het borgen van voldoende tijd voor cliënten waardoor cliënten zich gezien en gehoord voelen. In het beleid wordt het gebruik van exit formulieren beschreven. Door dit formulier samen met de uitstromende cliënten in te vullen, wordt de begeleiding gestructureerd geëvalueerd, aldus het beleid. Tevens staat er beschreven dat de formulieren jaarlijks worden geanalyseerd om leer- en verbeterpunten inzichtelijk te krijgen. De toezichthouder heeft één voorbeeld van een ingevuld formulier uit februari 2025 ingezien, welke summier was ingevuld. De jaarlijkse evaluaties kon de organisatie niet overleggen.

	Ook wordt er in het beleid beschreven dat er een cliëntenraad (CR) is. Uit het interview met de bestuurder blijkt dat er geen cliëntenraad is. Conclusie Socra voldoet grotendeels aan de norm "De cliënt kan zijn mening geven over de ontvangen begeleiding." Positieve punten: - Begeleiders vragen actief aan cliënten hoe de begeleiding wordt ervaren. - Cliënten en begeleiders evalueren jaarlijks. Verbeterpunten: - Zorg dat beleid en praktijk overeenkomen.
1.6	De cliënt ontvangt relevante informatie van de aanbieder.
	<i>Toelichting:</i> <i>De aanbieder voorziet de cliënt van relevante informatie, die betrekking heeft op alle aspecten die samenhangen met de ondersteuning aan de cliënt.</i> Bevindingen In het beleid wordt beschreven dat cliënten in het begin van hun begeleidingstraject het "groene boekje" ontvangen. Dit is een verzamelmap met onder andere de missie en visie van Socra, protocollen, omgangsnormen, en informatie over de klachtencommissie. Alle medewerkers onderschrijven dat het "groene boekje" wordt overhandigd aan cliënten als ze ondersteuning ontvangen van Socra. Cliënten geven aan dat ze voldoende informatie hebben ontvangen van Socra. In interviews met cliënten en medewerkers wordt aangegeven dat cliënten ook mondeling uitleg krijgen over de werkwijze van Socra. Cliënten geven aan dat ze goed weten wie ze op welke manier kunnen bereiken als ze vragen of klachten hebben. Ook op de website is veel informatie te vinden. Onder andere de klachtenregeling, missie- en visie, de gebruikte methodiek, en de privacyverklaring. Conclusie Socra voldoet aan de norm "De cliënt ontvangt relevante informatie van de aanbieder."

1.7	De cliënt wordt ondersteund om zijn informele netwerk in stand te houden of uit te breiden.
	<i>Toelichting:</i> <i>De aanbieder gaat na of mantelzorgers of vrijwilligers ingezet kunnen worden.</i> <i>De professional heeft aandacht voor de belangen en belastbaarheid van mantelzorgers.</i> Bevindingen Tijdens de controle van de cliëntendossiers waren contactgegevens van het sociaal netwerk in twee van de zeven gevallen duidelijk te vinden. In de overige vijf dossiers was er uit de rapportage op te maken dat er wel een sociaal netwerk was, maar stonden deze gegevens niet duidelijk of centraal genoteerd. Het nieuwe dossiersysteem ONS biedt hier mogelijkheden voor. Begeleiders en cliënten geven in interviews aan dat er gebruik wordt gemaakt van sociale netwerk, als dit er is. Begeleiders motiveren en stimuleren daarnaast cliënten om gebruik te maken van voorliggende voorzieningen en lid te worden van bijvoorbeeld sportclubs om zo hun netwerk uit te bereiden. In de notulen van een teamoverleg staan aanwijzingen en tips hoe begeleiders gebruik kunnen maken van voorliggende voorzieningen. De zorgcoördinator onderschrijft dat het inzetten van het sociale netwerk onderwerp van gesprek is. Conclusie Socra voldoet grotendeels aan de norm "De cliënt wordt ondersteund om zijn informele netwerk in stand te houden of uit te breiden." Positieve punten: - Cliënten worden aangemoedigd gebruik te maken van voorliggende voorzieningen. - Gebruik maken van voorliggende voorzieningen is een onderwerp van gesprek. Verbeterpunt: - Noteer gegevens van het sociaal netwerk op de daarvoor bestemde plaats in het dossier.

1.8	De cliënt krijgt integrale ondersteuning.
	<i>Toelichting:</i> <i>De professional zorgt dat hij beschikt over relevante informatie van de overige betrokken hulp¹- en zorgverleners en informeert hen binnen de wettelijke kaders over relevante gegevens en bevindingen zodat gezamenlijk verantwoorde ondersteuning, hulp, zorg en behandeling gegeven kan worden.</i> <i>De professional maakt, in samenspraak met de cliënt, duidelijke afspraken met overige betrokken hulp- en zorgverleners over de verdeling van taken en verantwoordelijkheden met betrekking tot de geboden ondersteuning aan cliënt.</i> <i>De professional stemt, in samenspraak met de cliënt, regelmatig het ondersteuningsplan af met de overige betrokken hulp- en zorgverleners. Tezamen kijkt en handelt men vanuit het principe één huishouden, één plan, gericht op het belang van de cliënt.</i> <i>De professional bespreekt met de cliënt regelmatig diens ervaringen met het samenwerkingsverband.</i> <i>De professional werkt samen met andere partijen in de keten van voor- en na-traject. Er wordt gezorgd voor een naadloze aansluiting en een zorgvuldige overdracht.</i> Bevindingen Naar aanleiding van meerdere calamiteitenmeldingen heeft de toezichthouder Socra opgedragen om, in casussen waarin meerdere partijen betrokken zijn, duidelijke afspraken te maken over de regievoering en deze schriftelijk vast te leggen. Uit interviews met medewerkers en ketenpartners blijkt echter dat er regelmatig onduidelijkheid bestaat over wie op welk moment de regie voert binnen een casus. Om de regie te beleggen heeft Socra voor een groot aantal casussen MDO's georganiseerd. In de dossiers zijn MDO-verslagen gezien waarin de regie wordt belegd. Echter zijn er ook MDO-verslagen gezien waarin de regie niet expliciet wordt vastgelegd. De MDO-verslagen zijn niet op een vaste plek in de dossiers terug te vinden. Soms zijn verslagen terug te vinden in losse documenten, soms in de rapportages. In ONS is er de mogelijkheid om alle MDO verslagen op één overzichtelijke plek op te slaan. Contactgegevens van netwerkpartners worden niet in een duidelijk overzicht op een centrale plek genoteerd. In de rapportages worden verschillende netwerkpartners genoemd. Deze stonden verspreid op verschillende plekken in het dossier. In sommige gevallen staan hier contactgegevens bij, in andere enkel de namen van de betrokken organisaties of individuele medewerkers. Het nieuwe dossiersysteem ONS biedt de

¹ Met hulpverleners wordt ook het informele netwerk van de cliënt bedoeld.

	mogelijkheid om contactgegevens van netwerkpartners centraal en overzichtelijk te noteren. In de rapportages ziet de toezichthouder dat Socra vaak probeert netwerkpartners op te zoeken voor samenwerking, zeker in crisissituaties. Dit is echter niet altijd met het gewenste resultaat. De bestuurder geeft aan, met name bij behandelaars, tegen een dichte deur aan te lopen. Uit calamiteitenonderzoek blijkt dat Socra geen afspraken of beleid heeft over hoe te handelen wanneer de samenwerking met netwerkpartners vastloopt. Zo kan het voorkomen dat begeleiders geen contact krijgen met een behandelaar of andere netwerkpartners en het daar vervolgens bij laten. Uit interviews met ketenpartners komt een wisselend beeld naar voren. Sommige ketenpartners zijn erg tevreden over de samenwerking met de aanbieder, komen makkelijk in contact en trekken gezamenlijk op. Een andere ketenpartner had veel moeite om goed in contact te komen met Socra. Dit veranderde na een MDO. In dossiers ziet de toezichthouder voorbeelden waarbij de begeleiding duidelijk aansluit bij de lijn die wordt uitgezet door een betrokken behandelaar of psycholoog. Dit wordt onderschreven in interviews met cliënten. De toezichthouder hoort ook van cliënten en begeleiders dat cliënten regelmatig aansluiten bij deze MDO's en zo dus ook betrokken blijven bij hun eigen ontwikkeling. Conclusie Socra voldoet niet aan de norm "De cliënt krijgt integrale ondersteuning". Om aan de norm te voldoen zijn de volgende aanpassingen nodig: - Zorg dat de regie altijd wordt uitgesproken en vastgelegd in casuïstiek met meerdere partijen. - Zorg dat MDO verslagen altijd op de daarvoor bestemde plaats staan in het dossier. - Zorg dat alle contactgegevens van betrokken netwerkpartners op de daarvoor bestemde plaats staan in het dossier. - Zorg dat medewerkers weten hoe te handelen bij als de samenwerking met netwerkpartners vastloopt.
1.9	De privacy van de cliënt is gewaarborgd.
	<i>Toelichting:</i> <i>De aanbieder beschikt over een vastgelegd privacy-beleid, dat voldoet aan wet- en regelgeving, en handelt daarnaar.</i>

De aanbieder geeft of vraagt alleen informatie aan derden over de cliënt, nadat de cliënt geïnformeerd is over welke gegevens het betreft en waarom dit nodig is, en hiervoor schriftelijk toestemming heeft gegeven.

De aanbieder geeft binnen de organisatie slechts toegang tot de gegevens van cliënten aan medewerkers, voor wie dit noodzakelijk is voor het uitoefenen van hun taak.

Bevindingen

In alle onderzochte cliëntdossiers is een ondertekende toestemmingsverklaring gevonden voor het delen van informatie met derden. De toestemmingsverklaring is echter ontoereikend volgens de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG). Volgens de AVG moet de cliënt voor elke uitwisseling van informatie toestemming geven. Ook moet de cliënt worden geïnformeerd welke informatie wordt gedeeld, met wie, met welk doel, en over welke periode.

Cliënten en medewerkers geven aan dat cliënten altijd mondeling worden geïnformeerd als er informatie met derden wordt gedeeld. Dit is niet teruggevonden in de dossiers. Soms zijn cliënten aanwezig tijdens deze informatie-uitwisseling of overleggen.

Socra maakt gebruik van een beveiligd mailsysteem, Zivver.

In ONS is per medewerker vastgelegd dat ze alleen dossiers in kunnen zien van cliënten die ze begeleiden. Het management heeft toegang tot alle cliëntendossiers.

Medewerkers geven aan soms gebruik te maken van WhatsApp. Hier bespreken ze geen inhoudelijke zaken, maar gebruiken dit om bijvoorbeeld afspraken te maken of te verzetten. In het gebruik van WhatsApp schuilt altijd een risico, volgens de toezichthouder.

De aanbieder heeft een uitgebreid privacy beleid op papier.

Conclusie

Socra **voldoet grotendeels** aan de norm "De privacy van de cliënt is gewaarborgd."

Positieve punten:

- Cliënten zijn vaak aanwezig bij overleggen of als er informatie wordt uitgewisseld.
- Socra maakt gebruik van een beveiligd mailsysteem.
- In het nieuwe dossiersysteem kan per medewerkers worden bepaald welke toegang ze krijgen.

	Verbeterpunten: - Leg de toestemming van cliënten voor informatie-uitwisseling vast, bijvoorbeeld door te werken met schriftelijke toestemmingsverklaringen en/of duidelijk in het dossier te rapporteren dat de cliënt toestemming heeft gegeven en waarvoor (welke informatie, met wie delen, met welk doel, periode)
--	--

3.2. Veiligheid van de cliënt

	Norm
2.1	Veiligheidsrisico's voor de cliënt worden onderkend en beperkt.
	<i>Toelichting:</i> <i>De aanbieder signaleert eventuele veiligheidsrisico's voor de cliënt en is gericht op preventie hiervan.</i> <i>Zo nodig wordt een risico-inventarisatie of veiligheidscheck opgenomen in het cliëntdossier.</i> <i>De aanbieder werkt met in- en exclusiecriteria, zodat slechts begeleiding wordt geboden aan cliënten, van wie de problematiek past bij het aanbod en de expertise van de aanbieder.</i> <i>De aanbieder bespreekt met de cliënt eventuele risico's voor zijn veiligheid.</i> <i>De professional werkt volgens veiligheidsprotocollen, zoals een gedragscode, meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling, omgaan met agressie, omgaan met suicide-dreiging.</i> <i>De professional treedt bij acute onveiligheid actief op.</i> <i>De aanbieder organiseert het omgaan met medicatie zorgvuldig en legt per cliënt afspraken hierover vast in het cliëntdossier.</i> <i>De aanbieder zet ter ondersteuning van cliënten uitsluitend medewerkers, stagiaires of vrijwilligers in die beschikken over een Verklaring omtrent gedrag (VOG), gericht op het screeningsprofiel gezondheidszorg en welzijn van mens en dier.</i> Bevindingen Tijdens het controleren van de personeelsdossiers waren 16 van de 20 originele VOG's in het bezit van Socra. Van één ambulant begeleider was er een VOG van een vorige werkgever aanwezig, van twee medewerkers en de bestuurder was er geen origineel VOG aanwezig. Lopende het onderzoek zijn de ontbrekende VOG's aangevraagd en aan de toezichthouder overlegt. De toezichthouder heeft op 4 juli 2024, naar aanleiding van calamiteitenonderzoek, Socra opgedragen risico-inventarisaties te maken voor alle cliënten. Tijdens de dossiercontrole in januari 2025 is in alle onderzochte dossiers een risico-inventarisatie aangetroffen. De kwaliteit van deze inventarisaties is onvoldoende. De toezichthouder ziet dat er in de meeste gevallen maar één risico in beeld wordt gebracht, ook als er uit het dossier duidelijk naar voren komt dat er meerdere risico's bij cliënt spelen. Daarnaast is de invulling van de risico-inventarisaties onvoldoende. Zo worden de termen oorzaken, effecten en risico's verkeerd toegepast. De risico classificatie wordt

onvoldoende onderbouwd. Er zijn geen heldere definities voor het invullen van de gebruikte vijfpuntsschaal.

Volgens het managementteam is het format voor risico-inventarisaties zelf ontwikkeld. Het is gebaseerd op eigen onderzoek en online documenten, maar het is geen gevalideerd middel.

Alle cliënten beschikken over een signaleringsplan. Indien aanwezig wordt het signaleringsplan van de behandelaar gebruikt. In de overige gevallen worden de signaleringsplannen samen met cliënt en begeleider opgesteld. Een begeleider vertelt dat ze wel eens telefonisch met een cliënt en signaleringsplan heeft doorgenomen op het moment dat deze in paniek belde. In een andere rapportage van een cliënt waren duidelijk signalen te zien die waren opgenomen in het signaleringsplan, die er op wezen dat het niet goed ging met de cliënt. Hier is echter geen concrete actie op ondernomen, terwijl er handelingswijzen in het plan waren opgenomen.

De aanbieder heeft een meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling opgenomen in zijn beleidsstukken. In de meldcode is ook de kindcheck opgenomen. Het is een concreet document met handelingsperspectief. Het is erg gedetailleerd met betrekking tot de juridische grondslag. In het beleidsstuk wordt veel aandacht besteed aan het beroepsgeheim. Het gaat minder uitgebreid in op de noodzaak om te melden en het evident belang wanneer het beroepsgeheim doorbroken kan worden.

De aanbieder heeft enkele contra-indicaties in zijn beleid opgenomen. Uit het interview met de bestuurder en uit verschillende calamiteitenonderzoeken blijkt echter dat de contra-indicaties niet altijd gevolgd worden. De bestuurder geeft aan kritischer te willen gaan toetsen bij het aannemen van nieuwe cliënten. De bestuurder en medewerkers noemen ook voorbeelden van cliënten waarvan ze wel afscheid hebben moeten nemen in verband met de contra-indicaties.

Er is geen beleid rondom suïcide of agressie. Begeleiders geven aan in gevallen van acute onveiligheid 112 te bellen. Door het gebrek aan protocollen is de veiligheid in dit soort situaties afhankelijk van de expertise en individuele kennis van de begeleiding, maar wordt dit niet geborgd op organisatorisch niveau.

Conclusie

Socra **voldoet niet** aan de norm "Veiligheidsrisico's voor de cliënt worden onderkend en beperkt." Om aan de norm te voldoen zijn de volgende aanpassingen nodig:

- Zorg dat er te allen tijde voor alle medewerkers een verifieerbaar VOG aanwezig

	is. - Zorg voor complete en kloppende risico-inventarisaties waarin alle risico's van een cliënt in beeld worden gebracht. - Maak altijd gebruik van de opgestelde signaleringsplannen en handel naar deze plannen. - Maak zo veel mogelijk gebruik van signaleringsplannen opgesteld door de behandelaar. - Volg de eigen contra-indicaties bij het aannemen van nieuwe cliënten. - Toets gedurende een begeleidingstraject structureel of de contra-indicaties van toepassing zijn bij cliënten, en handel hiernaar. - Zorg voor veiligheidsprotocollen met een duidelijk handelingsperspectief voor medewerkers, in ieder geval met betrekking tot agressie en suïcidaliteit.
2.2	Veiligheidsrisico's voor cliënten, die verblijven bij locaties Beschermd Wonen of Maatschappelijke Opvang, worden beperkt; cliënten voelen zich veilig in hun woning.
	<i>Toelichting:</i> Omdat er tijdens het onderzoek geen Wmo-cliënten op een woon- of verblijfslocatie van Socra verbleven, is deze norm niet getoetst.
2.3	Woningen of ruimtes voor dagbesteding, waar cliënten worden opgevangen, zijn veilig en hebben voldoende voorzieningen.
	<i>Toelichting:</i> Omdat er tijdens het onderzoek geen Wmo-cliënten op een woon- of verblijfslocatie van Socra verbleven, is deze norm niet getoetst.

3.3. Deskundigheid van de professional

	Norm
3.1	De cliënt krijgt ondersteuning van bekwame en bevoegde professionals.
	<i>Toelichting:</i> <i>Professionals hebben competenties en vaardigheden die in lijn liggen met de professionele standaard en die aansluiten bij wat de doelgroep nodig heeft, en houden deze op peil.</i> <i>Professionals handelen volgens de professionele standaard.</i> <i>Professionals handelen volgens de afspraken zoals beschreven in protocollen, richtlijnen en handreikingen.</i> <i>Professionals betrekken zo nodig externe deskundigheid.</i> <i>Professionals verwijzen de cliënt, zo nodig en in overleg met de oorspronkelijke verwijzer, door.</i> De zorgaanbieder heeft in totaal 18 medewerkers in dienst, waaronder 14 ambulant begeleiders, een zorgcoördinator, een kwaliteitsmedewerker, een administratief medewerker en een student. De student is voor 16 uur per week werkzaam binnen de organisatie, voert een afstudeeronderzoek uit en ondersteunt daarnaast de zorgcoördinator in diens werkzaamheden. Daarnaast leidt de bestuurder de organisatie. Socra maakt geen gebruik van zzp'ers of uitzendkrachten. Van de 14 ambulant begeleiders bezitten acht medewerkers een passend hbo-diploma, vier medewerkers hebben een passend mbo-diploma. Bestuurder geeft aan dat één begeleider geen passend diploma heeft, maar gelet op de ervaring en aanvullende cursussen toch voldoende kennis en ervaring heeft om met de doelgroep te werken. De toezichthouder kan zich, gelet op de aangetoonde kennis en ervaring, hierin vinden. Van één begeleider geeft bestuurder aan dat deze niet beschikt over de juiste kennis en ervaring. Deze medewerker is per mei 2025 uitgestroomd uit de organisatie en werd ten tijde van het onderzoek niet ingezet in de begeleiding. De kwaliteitsmedewerker en de zorgcoördinator begeleiden in drukke tijden ook cliënten. Dit doen ze naast, of in plaats van, de eigen werkzaamheden. De kwaliteitsmedewerker heeft een diploma als "Gespecialiseerd pedagogische medewerker 4". De toezichthouder vindt enkel dit diploma niet voldoende om te werken met de doelgroep van Socra. Echter is de toezichthouder van mening dat op basis van voorgaande werkervaring de kwaliteitsmedewerker hier wel voor kan worden ingezet. De zorgcoördinator heeft een zorg gerelateerd hbo-diploma. De bestuurder geeft aan dat hij het belangrijk vindt dat personeel handelt naar de

	professionele standaard. Tijdens de dossiercontrole heeft de toezichthouder gezien dat de bestuurder personeel formeel aanspreekt als er niet volgens deze standaard wordt gewerkt. Bij één medewerker heeft dit er uiteindelijk in geresulteerd dat de organisatie afscheid van betreffende medewerker heeft genomen. Conclusie Socra voldoet grotendeels aan de norm "De cliënt krijgt ondersteuning van bekwame en bevoegde professionals." Positieve punten: - Personeel heeft voldoende kennis en ervaring voor het uitvoeren van haar taak. - Er wordt gestuurd op het professioneel handelen. Verbeterpunten: - Zorg dat vóór indiensttreding altijd duidelijk is of personeel bevoegd en bekwaam is.
3.2	De aanbieder zorgt dat er voldoende deskundige professionals beschikbaar zijn, afgestemd op de aanwezige cliënten en actuele ondersteuningsvragen.
	<i>Toelichting:</i> <i>De aanbieder zet voldoende professionals in, zodat zij hun taken goed uit kunnen voeren.</i> <i>De aanbieder zet professionals in die passen bij de actuele ondersteuningsvraag of behoefte van de cliënt.</i> <i>De aanbieder zorgt voor continuïteit in het personeelsbestand.</i> Bevindingen Ambulant begeleiders hebben de agenda in eigen beheer. Ze geven allemaal aan voldoende tijd te hebben voor de cliënten, werkzaamheden en administratieve taken. In 2023 en 2024 heeft de aanbieder last gehad van een hoog ziekteverzuim, aldus de bestuurder. In die periode zijn de zorgcoördinator, bestuurder en kwaliteitsmedewerker ingezet in de begeleiding. Dit om de continuïteit van de begeleiding te borgen. Hierdoor bleven in deze periode alle niet cliëntgebonden zaken liggen en ontstonden er achterstanden. Er was sprake van verwaarlozing van belangrijke secundaire taken. Gedurende het onderzoek is het ziekteverzuim gedaald. Hierdoor konden de ondersteunde medewerkers de eigen taken weer uitvoeren. Socra is gedurende de onderzoeksperiode van ongeveer 110 naar 135 cliënten gegroeid. Door deze sterke groei is er veel druk op het gehele managementteam komen te liggen. Het managementteam wordt ondersteund door een student die naast haar

	afstudeeronderzoek werkzaamheden uitvoert. De bestuurder geeft aan dat het managementteam uitgebreid wordt als er een stabiele financiële situatie is. Conclusie Socra voldoet aan de norm "De aanbieder zorgt dat er voldoende deskundige professionals beschikbaar zijn, afgestemd op de aanwezige cliënten en actuele ondersteuningsvragen."
3.3	De aanbieder betoont zich een goed werkgever.
	<i>Toelichting:</i> <i>De aanbieder hanteert een goede verhouding tussen vast en flexibel personeel.</i> <i>De aanbieder leeft de wettelijke en cao-gebonden regelingen na.</i> <i>Taken en verantwoordelijkheden binnen de organisatie zijn duidelijk voor medewerkers en vastgelegd in functiebeschrijvingen.</i> <i>Medewerkers hebben inspraak in de organisatie en klachten van medewerkers worden adequaat behandeld.</i> <i>Medewerkers voelen zich prettig en veilig binnen de organisatie.</i> Bevindingen Alle medewerkers die zijn gesproken door de toezichthouder geven aan zich prettig en veilig te voelen binnen de organisatie. Uit de interviews ontstaat een beeld van een open cultuur met lage drempels waar medewerkers zich kunnen uitspreken. Er is veel beleid met betrekking tot het personeel. Er zijn beleidsstukken rondom arbeidsomstandigheden, inwerkprocessen en het welzijn van medewerkers. Ook is er een preventiemedewerker binnen Socra. De aanbieder werkt niet met ZZP'ers, maar heeft uitsluitend medewerkers in loondienst. Uit de controle van personeelsdossiers komt naar voren dat de meeste medewerkers na twee jaar een vast contract krijgen. Als gevolg van de sterke groei is er onduidelijkheid over de invulling en verhouding binnen het managementteam. Een voorbeeld hiervan horen we terug in de interviews met de kwaliteitsmedewerker en de zorgcoördinator. Beide vertellen dat specifieke taken en verantwoordelijkheden rond MIC-meldingen niet bij zichzelf maar bij de ander collega liggen. Ook de functieomschrijvingen geven geen duidelijkheid in de taken en verantwoordelijkheden van het management.

	Conclusie Socra voldoet grotendeels aan de norm “De aanbieder betoont zich een goed werkgever”. Positieve punten: - Alle medewerkers voelen zich veilig en prettig binnen de organisatie. - Er is aandacht voor arbeidsomstandigheden. Verbeterpunt: - Zorg voor een duidelijke verdeling van taken binnen het managementteam, en leg dit vast.
3.4	De aanbieder ondersteunt en stimuleert zijn professionals en bevordert hun ontwikkeling. <i>Toelichting:</i> <i>Regelmatig vinden gesprekken plaats tussen de aanbieder en de professional over zijn functioneren, over gewenste ontwikkelingen en over facilitering hiervan.</i> <i>De aanbieder zorgt dat professionals ruimte krijgen om systematisch te reflecteren op goede, veilige en cliëntgerichte ondersteuning.</i> <i>De aanbieder zorgt voor passende bij- en nascholing.</i> Bevindingen Zoals eerder beschreven heeft de aanbieder een lastige periode met veel ziekteverzuim achter de rug. De bestuurder geeft aan dat dit ervoor heeft gezorgd dat er in de afgelopen tijd onvoldoende aandacht is geweest voor ontwikkeling, scholing, en intervisie. In de personeelsdossiers heeft de toezichthouder sporadisch persoonlijke ontwikkelingsgesprekken (POG) verslagen gevonden. De bestuurder geeft aan dat er geen POG's hebben plaatsgevonden. Hij heeft tijdens het onderzoek aangeven de POG's nieuw leven in te willen blazen aan de hand van competenties. Er is geen actueel opleidingsplan. Ook medewerkers geven aan geen persoonlijk opleidingsplan te hebben. Wel kunnen medewerkers aangeven als ze behoefte hebben aan meer kennis over een bepaald thema of onderwerp. Hier wordt dan aandacht aan besteed tijdens teamoverleggen. In principe wordt er niet in duo's gewerkt bij Socra. Hierdoor wordt de mogelijkheid om te reflecteren op werkwijze beperkt. Ook zijn er geen intervisiemomenten waar medewerkers kunnen reflecteren over het professioneel handelen.

	Conclusie Socra voldoet niet aan de norm “De aanbieder ondersteunt en stimuleert zijn professionals en bevordert hun ontwikkeling.” Om aan de norm te voldoen zijn de volgende aanpassingen nodig: - Zorg voor een actueel opleidingsplan om ambulant begeleiders verder te ontwikkelen. - Zorg voor periodieke POG’s met alle medewerkers en leg dit vast in de personeelsdossiers. - Zorg voor structurele intervisiemomenten voor medewerkers waar ze kunnen reflecteren en leren.
3.5	Leerlingen, stagiaires en vrijwilligers worden adequaat begeleid. Dit is ook het geval bij ervaringsdeskundigen zonder de vereiste diploma’s.
	<i>Toelichting:</i> <i>De aanbieder laat leerlingen, stagiaires, vrijwilligers en ervaringsdeskundigen begeleiden door een medewerker die daarvoor bekwaam en bevoegd is.</i> Tijdens het onderzoek van Wmo-toezicht doet een student haar afstudeeronderzoek bij Socra. Deze student heeft geen cliënt contact en draait niet mee in de begeleiding. De bestuurder heeft aangegeven geen gebruik te maken van stagiaires, leerlingen, vrijwilligers, of ervaringsdeskundigen bij Socra. Deze norm is om die reden niet getoetst.

3.4. Kwaliteitsbeheersing

4.1	Klachten van de cliënt worden adequaat behandeld.
	<i>Toelichting:</i> <i>De aanbieder heeft een klachtenregeling vastgesteld die laagdrempelig is voor cliënten.</i> <i>De aanbieder voorziet in een externe onafhankelijke behandeling van de klacht.</i> <i>De aanbieder treft zo nodig verbetermaatregelen n.a.v. klachten.</i> Bevindingen De cliënten krijgen uitleg over de klachtenprocedure in het "groene boekje". Deze uitleg is ook te vinden op de website van de aanbieder. De klachtenprocedure beschrijft hoe cliënten een klacht kunnen indienen, maar niet hoe het vervolgtraject er uit ziet. Socra is aangesloten bij een externe klachtenfunctionaris om officiële klachten af te handelen. De toezichthouder heeft een voorbeeld gezien van een officiële klacht uit 2024 die samen met de externe klachtenfunctionaris is afgehandeld. Naast de officiële klachtenprocedure hoort de toezichthouder in cliënteninterviews een laagdrempelige werkwijze waar cliënten zich makkelijk uitspreken richting begeleiding en het managementteam. Cliënten geven aan dat als ze klachten over de begeleiding hebben, ze contact op zouden nemen met de bestuurder of zorgcoördinator. In interviews met cliënten heeft de toezichthouder voorbeelden gehoord waar aanpassingen zijn gemaakt naar aanleiding van informele klachten. Conclusie Socra voldoet aan de norm "Klachten van de cliënt worden adequaat behandeld."
4.2	Cliënten hebben medezeggenschap over de manier waarop de ondersteuning wordt georganiseerd en uitgevoerd.
	<i>Toelichting:</i> <i>De aanbieder beschikt over een regeling voor de medezeggenschap van cliënten over voorgenomen besluiten van de aanbieder welke voor de cliënten van belang zijn.</i> <i>Cliënten kunnen daadwerkelijk de medezeggenschap uitoefenen.</i> Bevindingen De aanbieder heeft in onvoldoende mate de medezeggenschap ingericht voor zijn cliënten.

	In het beleid wordt geschreven over de aanwezigheid van een cliëntenraad. Deze is er in de praktijk niet, dit wordt onderschreven door de bestuurder, zorgcoördinator en cliënten. De bestuurder geeft aan dat er op een andere manier ook geen inspraak is geregeld voor cliënten. De toezichthouder ziet wel dat er op individueel niveau informeel inspraak is in begeleiding. Conclusie Socra voldoet niet aan de norm "Cliënten hebben medezeggenschap over de manier waarop de ondersteuning wordt georganiseerd en uitgevoerd." Om aan de norm te voldoen zijn de volgende aanpassingen nodig: - Organiseer medezeggenschap voor cliënten en borg dit.
4.3	De aanbieder leert van incidenten.
	<i>Toelichting:</i> <i>De aanbieder hanteert een meldingssysteem voor incidenten.</i> <i>De aanbieder neemt zo nodig verbetermaatregelen n.a.v. de incidentmeldingen.</i> <i>De aanbieder meldt calamiteiten en geweldsincidenten bij het Wmo-toezicht.</i> Bevindingen Socra heeft in 2023 drie calamiteiten bij het Wmo-toezicht gemeld. Uit de opvolging van deze meldingen bleek dat Socra onvoldoende kennis in huis had om incidenten te kunnen analyseren en hiervan te leren. De toezichthouder heeft de aanbieder naar aanleiding van calamiteitenonderzoek in de tweede helft van 2024 en eerste helft 2025 verbetermaatregelen opgelegd. Daarnaast heeft de aanbieder naar aanleiding van een aantal van deze calamiteitenonderzoeken zelf (aanvullende) verbeterpunten geformuleerd. Gedurende het toezichtstraject blijkt uit dossieronderzoek, beleid en interviews dat van de 29 opgestelde verbeterpunten er negen punten zijn geïmplementeerd en geborgd in de organisatie. De overige 20 punten zijn niet of gedeeltelijk geïmplementeerd. Het beleid van de organisatie is niet op alle punten kloppend en toereikend. Zo wordt er onder andere in het beleid niets beschreven over (seksueel) geweld. Daarnaast biedt het beleid onvoldoende handelingsperspectief aan medewerkers. Dit betreft zowel het melden van (bijna) incidenten binnen de organisatie (MIC) als het melden van calamiteiten en geweldsincidenten bij de Wmo-toezichthouder.

	Daarnaast is de toezichthouder lopende het onderzoek veelvuldig gevraagd of een voorval gemeld moest worden als MIC, calamiteit, geweldsincident of het incident relateerde aan de problematiek van de cliënt en niet meldenswaardig was. Vóór 2025 was er de mogelijkheid om via losse Word documenten MIC-meldingen te maken. De toezichthouder heeft in twee dossiers MIC-meldingen aangetroffen. Uit deze dossiers wordt niet duidelijk of er opvolging is gegeven aan deze meldingen. Daarnaast stonden er in dossiers van cliënten waar calamiteiten gemeld waren, geen MIC-meldingen. Er zijn geen kwartaal- of jaar rapportages gevonden. De zorgcoördinator geeft aan dat er voor de start van het onderzoek geen MIC-meldingen werden gemaakt. Vanaf 2025 is er in het nieuwe dossier systeem ONS de mogelijkheid om MIC-meldingen te maken. Deze meldingen komen in het dossier van de cliënt te staan, maar gaan ook naar de zorgcoördinator. De zorgcoördinator bespreekt de melding met de begeleider en agendeert deze op het teamoverleg. Uit de notulen van het teamoverleg werd duidelijk dat de MIC-meldingen in de eerste drie maanden van 2025 niet waren besproken, terwijl de toezichthouder heeft gezien dat er wel MIC-meldingen zijn gedaan. Bestuurder geeft aan dat de MIC-meldingen de afgelopen 5 maanden niet zijn besproken. Ook in 2025 zijn er geen kwartaalrapportages gemaakt. Daarnaast heeft de aanbieder bij navraag geen casus overstijgende leerpunten kunnen aandragen. Socra meldt calamiteiten volgens procedure bij het Wmo-toezicht. Conclusie Socra voldoet niet aan de norm "De aanbieder leert van incidenten." Om aan de norm te voldoen zijn de volgende aanpassingen nodig: - Zorg voor een kloppend MIC-beleid met daarbij duidelijke definities, omschrijvingen en voorbeelden van meldingswaardige incidenten. - Zorg voor opvolging van MIC-meldingen en leg dit vast. - Maak periodieke rapportages om casusoverstijgend te leren. - Zorg voor kloppend beleid rondom het melden van calamiteiten en geweldsincidenten. - Voer verbeterpunten geformuleerd naar aanleiding van calamiteitenmeldingen door.
4.4	De kwaliteit van de ondersteuning wordt systematisch geborgd en verbeterd.
	<i>Toelichting:</i>

De kwaliteit wordt systematisch geborgd door middel van een kwaliteitskeurmerk of het aantoonbaar werken met een kwaliteitssysteem.

De aanbieder schept voorwaarden voor een cultuur gericht op leren en verbeteren.

Bevindingen

De aanbieder heeft een kwaliteitsmanagementsysteem. Er zijn documenten zoals een jaarplan, interne auditplanning, risico- en conclusies en een directiebeoordeling. In deze laatste wordt echter beschreven dat het kwaliteitssysteem op dit moment (nog) onvoldoende benut wordt. De bestuurder geeft aan dat, mede door de financiële situatie en het hoge ziekteverzuim, er in de voorgaande jaren geen mogelijkheid is geweest om op kwaliteitsontwikkeling te sturen.

De bestuurder heeft veel plannen en ambities om het kwaliteitssysteem goed neer te zetten, nu er geld en ruimte komt. De aanbieder heeft deze ambitie vaker uitgesproken.

In reactie op de feitelijke onjuistheden heeft de bestuurder de HKZ-audit van april 2025 gedeeld. Hieruit blijkt dat de verbeterpunten van de HKZ-audit uit 2024 zijn doorgevoerd. Er zijn echter nog verbetermogelijkheden bijvoorbeeld met betrekking tot interne auditplanning en rapportage van uitgevoerde audits en de professionele afwegingen over de veiligheid van cliënten.

Er zijn meerdere beleidsstukken met betrekking tot kwaliteit. Medewerkers geven in interviews aan dat ze weten dat beleid bestaat, maar het beleid niet standaard raadplegen.

Zoals te lezen is in norm 4.3 is er geen cyclisch leerproces aanwezig rondom calamiteitenmeldingen en incidenten. Socra heeft ook op een andere wijze geen cultuur gericht op leren en verbeteren.

Conclusie

Socra **voldoet niet** aan de norm "De kwaliteit van de ondersteuning wordt systematisch geborgd en verbeterd." Om aan de norm te voldoen zijn de volgende aanpassingen nodig:

- Zorg voor een goed werkend kwaliteitsmanagementsysteem.
- Zorg dat medewerkers beleid kennen en gebruiken.
- Zorg dat leren en verbeteren onderdeel uitmaakt van de cultuur van Socra.



4. Oordeel

Dit hoofdstuk beschrijft het oordeel van het Wmo-toezicht over de kwaliteit van de maatschappelijke ondersteuning bij Socra. Ook wordt het advies van de toezichthouder aan de gemeenten beschreven en het vervolg.

4.1. Conclusies van het onderzoek

De toezichthouder heeft vier thema's onderzocht: cliëntgerichtheid (norm 1.1 t/m 1.9), veiligheid van de cliënt (norm 2.1), deskundigheid van de professional (norm 3.1 t/m 3.4) en kwaliteitsbeheersing (norm 4.1 t/m 4.4).

De toezichthouder heeft 18 van de 21 normen getoetst. Socra **voldoet** aan zes van de getoetste normen, **voldoet grotendeels** aan zes van de getoetste normen en **voldoet niet** aan zes van de getoetste normen. Drie normen zijn niet van toepassing of niet onderzocht.

Bij de normen die grotendeels voldoen heeft de toezichthouder aangegeven, waar op deelgebieden nog zaken verbeterd moeten worden. Bij de normen die niet voldoen geeft de toelichting voldoende aanknopingspunten om te onderkennen welke zaken verbeterd moeten worden, om te voldoen aan de norm.

4.2. Vervolg en advies

Dit onderzoeksrapport stuurt het Wmo-toezicht aan Socra en aan de gemeenten in Regio Rijk van Nijmegen, die Socra gecontracteerd hebben.

De gemeenten zijn verantwoordelijk voor de kwaliteit van de maatschappelijke ondersteuning. Dit betekent dat zij bevoegd zijn tot het nemen van maatregelen in het kader van handhaving. Of en wanneer dit aan de orde is, bepalen de gemeenten.

De toezichthouder adviseert de gemeenten in de regio Rijk van Nijmegen om Socra het volgende op te dragen:

- Zo spoedig mogelijk te voldoen aan de norm die de toezichthouder als niet voldaan heeft beoordeeld;
- Zo spoedig mogelijk alle verbeterpunten die in hoofdstuk 3 worden genoemd door te voeren;
- Inzichtelijk te maken hoe bovenstaande te bewerkstellingen door middel van een verbeterplan en dit plan aan de toezichthouder te overleggen.

5. Bijlage: Bronnenlijst

In deze bijlage vindt u de geraadpleegde bronnen en de datum van raadpleging.

5.1. Interviews

Cliënten:

- Cliënt A 3 maart 2025
- Cliënt B 11 maart 2025
- Cliënt C 17 maart 2025
- Cliënt D 18 maart 2025

Medewerkers:

- Begeleider A 27 januari 2025
- Begeleider B 27 januari 2025
- Begeleider C 27 januari 2025
- Kwaliteitsmedewerker 11 februari 2025
- Zorgcoördinator 28 januari 2025
- Bestuurder 2 april 2025

Ketenpartners

- Ketenpartner A (behandelaar) 19 februari 2025
- Ketenpartner B (behandelaar) 25 maart 2025
- Ketenpartner C (indicatiesteller) 8 april 2025
- Ketenpartner D (Veilig Thuis) 13 maart 2025

5.2. Cliënt Dossiers

Er zijn op 23 januari 2025 steekproefsgewijs zeven cliëntendossiers ingezien. De vragen die zijn ontstaan bij het inzien van de dossiers zijn direct gesteld aan de zorgcoördinator die aanwezig was bij deze inzage.

5.3. personeelsdossiers

Op 4 februari en 17 februari zijn de personeelsdossiers van alle 20 medewerkers ingezien. Tevens zijn de VOG's gecontroleerd. Op 24 februari zijn de ontbrekende VOG's overlegd.

5.4. Beleid

Naam	Datum ontvangst	versie	Datum document
8fase model	23-1-2025	7	Oktober 2024
Introductie inwerkmap	23-1-2025	-	-
Kwaliteitshandboek 2024	23-1-2025	5	januari 2025
Procedure meldingen incidenten en calamiteiten	23-1-2025	3	januari 2025
protocol beveiligd documenten versturen	23-1-2025	3	Februari 2024
GM privacyverklaring	23-1-2025	7	Oktober 2024
gedragscode medewerkers sep 24	23-1-2025	-	-
procedure toewijzing WMO indicatie GGD	23-1-2025	-	-
Procedure herindicatie	23-1-2025	-	-
proces inwerkperiode	23-1-2025	-	-
klachtenprocedure voor cliënten	23-1-2025	6	Februari 2023

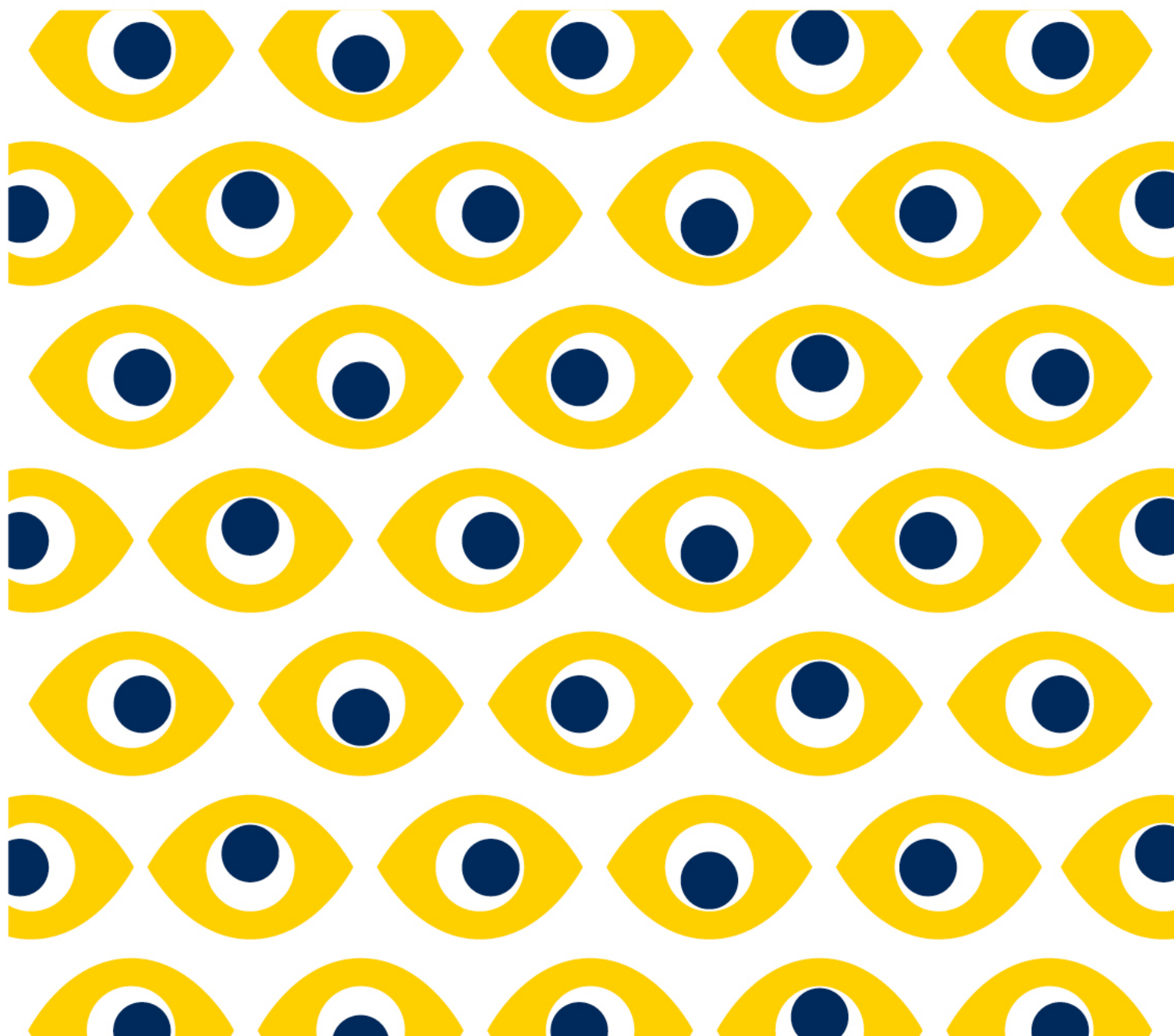
code gewenst gedrag cliënten	23-1-2025	-	-
bereikbaarheid Socra aangepast	23-1-2025	3	Februari 2024
verzuimbeleid	23-1-2025	1	Februari 2023
meldcode Huiselijk Geweld en kindermishandeling	23-1-2025	5	Juni 2024
geheimhouding	23-1-2025	3	September 2018
Toelichting 'groene mapje' instroom	29-1-2025	-	-
Privacyverklaring	29-1-2025	-	-
Presentie benadering Socra	29-1-2025	-	-
Missie, visie en ambitie	29-1-2025	-	-
Informatie eigen bijdragen CAK	29-1-2025	-	-
Code gewenst gedrag cliënten	29-1-2025	-	-

5.5. Overige relevante bronnen

Naam	Datum ontvangst
Overzicht medewerkers in dienst 2025	7-1-2025
Calamiteitenmeldingen (17)	Tussen 2023 en mei 2025
Overzicht risico-inventarisaties	Wekelijks vanaf juli 2024 tot en met juni 2025
Plannen van aanpak n.a.v. risico-inventarisaties	Wekelijks vanaf juli 2024 tot en met juni 2025
MIC-meldingen	Wekelijks vanaf juli 2024 tot en met juni 2025
Jaarplan Socra 2025	23-1-2025
HKZ-audit 2022, 2023, 2024	23-1-2025
Organogram	23-1-2025
Presentatie beleidsdag maart 2025	23-1-2025
Bijsluiters kwaliteitsbeleid PDCA	23-1-2025
Stukken m.b.t. interne audit 2023	14-3-2025
Overzicht klachten 2023 en 2024	14-3-2025
Verslag van bevindingen CTO 2023	14-3-2025
Notulen teamoverleg 6-2-25	14-3-2025
Exit formulier	14-3-2025
Directiebeoordeling 2023	14-3-2025
Cliënttevredenheidsonderzoek 2023	14-3-2025
Checklijst inlezen protocol en procedure	14-3-2025
Functieomschrijving zorgcoördinator	14-3-2025
Functieomschrijving ambulant begeleider	14-3-2025
Functieomschrijving administratief medewerker	14-3-2025
Directiebeoordeling 2024	7-4-2025
HKZ-audit april 2025	24-06-2025



Gelderland-Zuid



Wmo-toezicht GGD Gelderland-Zuid
Postbus 1120, 6501 BC Nijmegen
T 088 - 144 70 10
E wmotoezicht@ggdgelderlandzuid.nl
I www.ggdgelderlandzuid.nl

