



WMO TOEZICHT

Definitief rapport kwaliteitsonderzoek beschermd wonen en ambulante begeleiding

Naam: JP van den Bent Stichting

Adres: Ketsheuvel 2

Postcode en woonplaats: 6871 EA Renkum

Datum inspectie: 24 januari 2020

Opdrachtgevende gemeente: Renkum



Gelderland-Midden

INHOUDSOPGAVE

WMO TOEZICHT	
INLEIDING	3
Inspectiehistorie	3
Onderzoek: aanleiding en belang	3
Korte beschrijving van de locatie en de doelgroep	4
CONCLUSIE EN ADVIES	4
Advies aan de gemeente	6
BEVINDINGEN	6
1 Doelmatigheid voorziening	6
2 Veiligheid	9
3 Samenwerking en afstemming	12
4 Kwaliteit van personeel en organisatie	14
5 Rechten van de cliënt	18
ZIENSWIJZE AANBIEDER	22
GEGEEVENSOVERZICHT	23

INLEIDING

Gemeenten zijn sinds 1 januari 2015 verantwoordelijk voor de kwaliteit van voorzieningen die verstrekt worden in het kader van de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo 2015).

De Wmo 2015 regelt in artikel 6.1. dat gemeenten een toezichthoudende ambtenaar aanwijzen. Het college van B&W van de gemeente Renkum heeft de Directeur Publieke Gezondheid van GGD Gelderland-Midden als toezichthoudend ambtenaar aangewezen met de mogelijkheid deze toezichthoudende taak te mandateren aan medewerkers van GGD Gelderland-Midden.

Zorgaanbieders die Wmo ondersteuning bieden, leveren vaak ook langdurige zorg (Wlz). Op de langdurige zorg wordt toezicht gehouden door de Inspectie voor de Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ). Gegevens en bevindingen in dit rapport beperken zich tot Wmo verstrekkingen.

Het werkdocument *model toetsingskader kwaliteitstoezicht Wmo* dat door het Verwey-Jonker Instituut in samenwerking met GGD GHOR Nederland is opgesteld, is gebruikt als uitgangspunt voor het toezicht. Het toetsingskader is waar nodig aangevuld met kwaliteitscriteria uit de gemeentelijke Wmo verordening, inkoopvoorwaarden, toekenningsbeschikkingen of uit overeenkomsten met zorgaanbieders.

Inspectiehistorie

In het verleden is geen kwaliteitsonderzoek gehouden op deze locatie door de Wmo toezichthouder of Inspectie voor de Gezondheidszorg en Jeugd.

Onderzoek: aanleiding en belang

Dit onderzoek heeft plaatsgevonden op verzoek van de gemeente Renkum.

Aanleiding voor dit onderzoek waren de vele signalen die bij de gemeente en politie zijn binnen gekomen. Deze signalen hadden betrekking op overlast en onveilige situaties voor en door cliënten woonachtig op de locatie Ketsheuvel van de JP van de Bent Stichting.

Op 5 december 2019 zijn medewerkers van de afdeling Zorg en Veiligheid van de gemeente Renkum samen met de wijkagent met de aanbieder in gesprek gegaan over de signalen. De waarnemingen van de medewerkers van de gemeente Renkum, contacten met begeleiders en het gesprek met de aanwezige locatie-coördinatoren waren voor de gemeente aanleiding tot het geven van een opdracht voor een kwaliteitsonderzoek door de Wmo toezichthouder.

Daarnaast kregen de locatiecoördinatoren van de locatie Ketsheuvel van JP van de Bent van de gemeente Renkum het verzoek om:

- huisregels/regels en consequenties in te voeren
- bij andere zorgaanbieders te gaan kijken hoe zij het doen
- de begeleiders beter te faciliteren in het optreden bij beginnende problematiek om erger te voorkomen.

Op 6 januari 2020 stond afspraak voor een evaluatie gepland, deze afspraak is verplaatst naar 27 januari 2020 en heeft ten tijde van dit onderzoek dus nog niet plaatsgevonden.

Het inspectiebezoek door de Wmo toezichthouder vond plaats op 24 januari 2020. Het betrof een aangekondigd bezoek.

Het onderzoek heeft zich niet alleen gericht op de betreffende signalen, maar op alle (kwaliteits)eisen vanuit de Wmo en aanvullende eisen vanuit de gemeentelijke overeenkomsten.

Het onderzoek bestond uit observatie, bronnenonderzoek (o.a. cliëntdossiers) en interviews. Er hebben gesprekken plaats gevonden met de regiocoördinator en de beide locatiecoördinatoren. Personen stelden zich coöperatief op. De gesprekken verliepen in een open en professionele sfeer.

Tevens zijn gesprekken gevoerd met twee cliënten en twee medewerkers. De locatiecoördinator was bij de gesprekken met cliënten en medewerkers niet aanwezig.

Korte beschrijving van de locatie en de doelgroep

De JP van den Bent stichting verleent sinds 2010 ondersteuning en begeleiding op de locatie Ketsheuvel in Renkum, één van de 165 locaties van JP van de Bent in Gelderland, Overijssel, Flevoland, Friesland en Groningen.

Een deel van de hier wonende mensen heeft een licht verstandelijke beperking. Alle cliënten moeten mobiel zijn, er is nl. geen lift in het appartementencomplex dat 3 etages telt.

Op de website schrijft de aanbieder:

“In dit appartementencomplex wonen 16 mensen in hun appartement. We bieden met name ondersteuning aan jongeren en volwassenen die willen werken aan hun zelfstandigheid. Zo leren we ze bijvoorbeeld koken, boodschappen doen, schoonmaken en de financiën bijhouden. Maar ook regelmaat houden, telefoongesprekken voeren en contact krijgen en houden met vrienden of familie. We bieden ondersteuning op basis van de persoonlijke leerdoelen.”

In 2019 is het aantal cliënten teruggebracht van 16 naar 10. Er is gekozen voor minder cliënten omdat de nieuwe cliënten op de wachtlijst een grote zorgvraag hadden of bijvoorbeeld een reclasseringsachtergrond. JP van den Bent besloot dat Renkum op dat moment niet de juiste plek was om deze ondersteuning te bieden en reclasseringscliënten eerst geplaatst worden op een KVT-locatie om de ondersteuningsbehoefte goed in kaart te brengen.

Stichting JP van den Bent verleent op zowel intramuraal beschermd wonen als begeleiding aan individueel wonende op de locatie Ketsheuvel in Renkum.

Momenteel ontvangen 9 cliënten huisvesting en begeleiding waarbij er 24 uur per dag en 7 dagen per week begeleiders aanwezig zijn.

De zorg vindt plaats op basis van Wmo financiering aan twee cliënten.

Eén van hen heeft een beschikking voor Intramuraal, beschermd wonen intensief LVB voor 7 etmalen per week, de ander heeft een beschikking voor Begeleiding regulier, inspanningsgericht 6 uur per week.

De andere cliënten hebben een beschikking vanuit de Wlz en Jeugdzorg.

Naast de twee locatiecoördinatoren zijn 12 begeleiders, 1 huishoudelijk medewerker en 1 onderhoudsmedewerker werkzaam op deze locatie.

CONCLUSIE EN ADVIES

Uit onderzoek blijkt dat bij Stichting JP van den Bent, locatie Ketsheuvel Renkum, wordt voldaan aan het merendeel van de gestelde wettelijke (kwaliteits)eisen en gemeentelijke eisen.

Wat gaat goed:

De tevredenheid over de begeleiding is bij de cliënten en hun verwanten overwegend positief.

Ook medewerkers zijn grotendeels positief over hun werk bij JP van den Bent.

Aandachtspunten vanuit cliënten en/of medewerkers worden door de aanbieder opgepakt.

De voorziening is doelmatig, doeltreffend en cliëntgericht.

De voorziening is afgestemd op de reële behoefte van de cliënt waarbij de toezichthouder concludeert dat duidelijke regels en sancties in het belang zijn van cliënten en medewerkers, maar bij de aanbieder momenteel ontbreken.

JP van den Bent heeft in haar document “Hoe het voor ons werkt” beschreven wat haar waarden zijn van waaruit de medewerkers werken:

- We handelen vanuit **authenticiteit**: onze motivatie is intrinsiek.
- We zijn betrokken en voelen **verbinding** met elkaar en met de mensen die wij ondersteunen bij hun leven.
- Wie we zijn als mens is van directe invloed op ons werk. We zijn **ons eigen instrument**.
- Om jezelf als instrument te kunnen inzetten, krijg je het vertrouwen en de **verantwoordelijkheid** om te handelen en dus eigen besluiten te nemen. De wijze waarop we zijn georganiseerd, maakt dat je je niet kunt onttrekken aan verantwoordelijkheid.
- We hebben **vertrouwen** in de deskundigheid en het gedrag van onze medewerkers. We verwachten van iedere betrokkene **integriteit**. We zijn helder en duidelijk als niet wordt voldaan aan onze verwachtingen.
- We zijn **eigenaar** van ons werk. Wij verwachten dat je de ander deelgenoot maakt van dat wat je doet en wat jij waarneemt.

- We zijn **transparant** over ons handelen. We kunnen uitleggen waarom we de dingen doen zoals we ze doen. Dat doen we in openheid, door zichtbaar en aanspreekbaar te zijn.
- We zijn met elkaar in gesprek over ons gedrag: wat doen we?, hoe doen we dat?, waarom doen we dat? en reflecteren op ons handelen. We kijken naar wat anders kan en passen dat waar nodig aan. Daarbij hoort dat we mogen leren van onze fouten. Zo geven wij ons **leerklimaat** vorm.
- We **doen gewoon**: we behandelen de ander zoals we zelf behandeld willen worden.
- Wij zijn ondernemend, praktisch: **gewoon doen**. Je ziet wat nodig is en dat regel je.
- Ieder mens is uniek, we omarmen diversiteit. Voor ons is ondersteuning **maatwerk**.
- Onze manier van werken vraagt om **moed**. De moed om te doen wat jij vindt dat juist is, ook als dat tegen de stroom in gaat.
- In alles wat we doen, blijven we **zelf nadenken**.
- We streven naar **eenvoud**. We halen wat daarin belemmert weg of maken het anders zo simpel mogelijk.

De aanbieder stelt op basis van deze visie dat zij zo min mogelijk documenten en protocollen wil opstellen. Wat hieruit voortkomt is het ontbreken van heldere huisregels die voor iedereen gelden, een sanctiebeleid en uitsluitingscriteria.

Begeleiders en cliënten vragen in de interviews met de Wmo-toezichthouder echter om duidelijke handvatten die ontbreken én er niet gaan komen. De toezichthouder ziet hierin een oorzaak voor de signalen die de gemeente en de politie hebben bereikt betreffende overlast en onveilige situaties, die aanleiding zijn geweest voor dit onderzoek.

Er wordt nog niet voldaan aan:

- **Wettelijke kwaliteitseis: De voorziening is veilig (Wmo 2015, art. 3.1, tweede lid sub a.).**
 - De aanbieder heeft actuele werkinstructies en handelingsprotocollen.
 - Het personeel is geschoold in het omgaan met agressie
 - De aanbieder kent een medicatieprotocol
 - De aanbieder heeft huisregels die besproken zijn met de cliënten.
- **Wettelijke kwaliteitseis: De voorziening is afgestemd op de reële behoefte van de cliënt en andere vormen van zorg of hulp (Wmo 2015 art. 3.1, tweede lid sub b)**
 - Consulanten zijn tevreden over de kwaliteit van de geleverde zorg/dienstverlening door de zorgaanbieder.
- **Wettelijke kwaliteitseis: De voorziening wordt verstrekt in overeenstemming met de op de beroepskracht rustende verantwoordelijkheid o.b.v. de professionele standaard (Wmo 2015, art. 3.1, tweede lid sub c.).**
 - Er is een kwaliteitsmanagementsysteem in gebruik (processen worden structureel volgens (een aanwezig) plan geëvalueerd en de documenten zijn niet ouder dan drie jaar).
 - De aanbieder heeft een ondernemingsraad (or) of personeelsvertegenwoordiging (pvt) bestaande uit democratisch gekozen werknemers¹.
- **Wettelijke kwaliteitseis: De voorziening wordt verstrekt met respect en in acht neming van de rechten van de cliënt (Wmo 2015, art. 3.1, tweede lid sub d.).**
 - Uitsluitingscriteria en sanctiebeleid zijn redelijk en zijn begrijpelijk
 - De cliënt kan desgewenst participeren in een cliëntenraad of vergelijkbaar platform.

¹ In ondernemingen waar 10 tot 50 mensen werken en waar geen ondernemingsraad is, kan een personeelsvertegenwoordiging (PVT) in het leven worden geroepen. De organisatie is daartoe verplicht als meer dan de helft van het personeel aangeeft behoefte aan een PVT te hebben (WOR, art. 35).

Advies aan de gemeente

Door de aanbieder is gedurende het onderzoek aangegeven dat deze niet voornemens is een deel van de tekortkomingen op te heffen omdat zij vindt dat dit niet in lijn is met de visie van de organisatie.

De toezichthouder geeft om deze reden niet het advies om een hersteltermijn te geven, maar geeft het advies aan de gemeente Renkum / Regio Centraal Gelderland te handhaven met betrekking tot de hierboven genoemde tekortkomingen.

BEVINDINGEN

1 Doelmatigheid voorziening	
<i>Wettelijke kwaliteitseis: De voorziening is doelmatig, doeltreffend en cliëntgericht (Wmo 2015, art. 3.1, tweede lid sub a).</i>	
1.1 Zorgplan/ Ondersteuningsplan/Activiteitenplan	Ja/nee/deels n.v.t./n.b. ²
De aanbieder heeft voor elke cliënt een zorgplan/ ondersteuningsplan.	Ja
Het zorgplan/ ondersteuningsplan is opgesteld door een Hbo geschoolde medewerker	Ja
Het zorgplan/ ondersteuningsplan omvat een omschrijving van de vraag van de cliënt	Ja
In het zorgplan/ ondersteuningsplan zijn doelen opgesteld met een omschrijving hoe deze bereikt gaan worden, op welke onderdelen en binnen welk tijdsbestek (SMART)	Ja
In het zorgplan/ondersteuningsplan zijn afspraken gemaakt over de signaleringsfunctie van de aanbieder, bijvoorbeeld ten aanzien van dreigende achteruitgang of signalen van zorgmijding	Ja
Het zorgplan/ondersteuningsplan omschrijft de kansen/ mogelijkheden van de cliënt (eigen kracht/ sociale netwerk).	Ja
Het zorgplan/ ondersteuningsplan geeft aan welke voorziening wordt geboden.	Ja
Het sociale netwerk van de cliënt is actief betrokken bij het opstellen van het zorgplan/ondersteuningsplan.	Ja
De geboden ondersteuning/ activiteiten sluit(en) aan op de reële behoefte en mogelijkheden van de cliënt en zijn/haar sociale netwerk.	Ja
Het zorgplan/ ondersteuningsplan heeft de instemming van de cliënt en is ondertekend door de cliënt of diens vertegenwoordiger.	Ja
Afwijkingen van het zorgplan/ondersteuningsplan worden gemotiveerd toegelicht en besproken met de cliënt en zijn/haar sociale netwerk.	Ja

² N.b. betekent 'niet beoordeeld'.

In het zorgplan/ ondersteuningsplan staat de naam van de eerstverantwoordelijke medewerker vermeld.	Ja
De eerstverantwoordelijke medewerker of diens vervanger is goed bereikbaar.	Ja
Het zorgplan/ ondersteuningsplan wordt regelmatig (minimaal jaarlijks) geëvalueerd en zo nodig bijgesteld.	Ja
Van de evaluatie wordt verslag opgemaakt.	Ja
De cliënt heeft het evaluatieverslag ondertekend.	Ja
De datum van de eerstvolgende evaluatie staat in het zorgplan/ ondersteuningsplan genoteerd.	Ja
Dag- of weekrapportages worden gekoppeld aan doelen/activiteiten die staan beschreven in het zorgplan/ondersteuningsplan/ activiteitenplan.	Ja
Gefactureerde/ te factureren uren zijn gekoppeld aan beschreven begeleiding.	Ja

Constatering

JP van den Bent werkt met een digitaal registratiesysteem waarin alle cliëntdossiers digitaal worden bewaard, zorgplannen en evaluaties worden opgesteld, en dagrapportage wordt geschreven.

JP van de Bent schrijft in haar visiedocument 'Hoe het voor ons werkt':

Onze ondersteuning zien we als een cyclisch proces:

- Kennismaken: wie ben je?, wat zijn je mogelijkheden?, wat zijn je beperkingen?
- Samen kijken wat er mogelijk is.
- Gemaakte afspraken en verkende wensen zijn de basis voor het ondersteuningsplan, een werkplan.
- Onze ondersteuning, en daarmee het ondersteuningsplan, is dynamisch en wordt niet alleen bijgesteld na een jaarlijkse evaluatie. Ondersteunen bij leven is het continu aansluiten op dat wat nodig is en daarmee zo nodig het bijstellen van afspraken of het stellen van nieuwe leerdoelen. Het is een cyclisch proces.

Als een cliënt aangemeld wordt vindt er eerst een oriënterend gesprek plaats waarbij bekeken wordt of de vraag van de cliënt past bij de begeleiding die op de locatie Ketsheuvel geboden kan worden. Als er een match is volgt er een intakegesprek waarbij de Wmo-consulent van de cliënt aanwezig is, evenals eventueel betrokken begeleiders van andere organisaties. Indien mogelijk is er steeds een warme overdracht tussen medewerkers van een eerdere zorgaanbieder en JP van de Bent.

Binnen zes weken wordt met de cliënt een ondersteuningsplan opgesteld waarbij het netwerk van de cliënt betrokken kan zijn, dit is afhankelijk van de contacten die de cliënt al dan niet met zijn netwerk heeft.

Dit ondersteuningsplan bestaat uit een persoonsbeeld op de onderwerpen:

- Karakter
- Wonen
- Dagelijks leven
- Werk
- Familie en vrienden
- Toekomst

Per onderwerp waarop ondersteuning nodig is zijn ondersteuningsvragen geformuleerd waarbij met de cliënt is vastgelegd hoe hij daarbij ondersteuning wil krijgen.

In het ondersteuningsplan zijn geen termijnen vastgelegd waarin een doel behaald kan/zal worden.

In het digitale dossier is te zien dat minimaal elk kwartaal het ondersteuningsplan geëvalueerd is met de cliënt waarbij in ieder geval jaarlijks de Wmo-consulent van de cliënt aanwezig is.

Beide geïnterviewde cliënten geven aan hun ondersteuningsplan op papier in hun bezit te hebben. De plannen van deze cliënten zijn opgesteld door hun persoonlijk begeleider met

een Hbo-opleiding.

Begeleiders rapporteren dagelijks over de contacten die er die dag zijn geweest met de cliënt. Deze rapportages zijn gekoppeld aan de opgestelde begeleidingsdoelen.

Bij een afwijking van de gestelde doelen neemt de begeleider contact op met de Wmo-consulent om samen met de cliënt vast te stellen waarom een doel niet behaald kan worden, en wat het nieuwe doel gaat zijn.

In het zorgplan/ondersteuningsplan zijn met cliënten bij wie dit van toepassing is, afspraken gemaakt over de signaleringsfunctie van de begeleider, bijvoorbeeld ten aanzien van dreigende achteruitgang of signalen van zorgmijding.

1.2 Uitvoering activiteiten, ondersteuning en begeleiding en aansluiting op de Wmo doelen	Ja/nee/n.v.t./n.b.
De activiteit/ondersteuning/begeleiding is gericht op het vergroten van de zelfredzaamheid en de participatie van de cliënten.	Ja
Er wordt gewerkt richting de uitstroom van de cliënten (bijv. richting een vervolgtraject). Indien van toepassing is er sprake van afschaling van begeleiding.	Ja
Bij perspectief op zelfstandig wonen schrijft een cliënt zich als woningzoekende in bij de woningcorporaties	Ja
De cliënt is tevreden over de geboden activiteiten/ ondersteuning/ begeleiding.	Ja
De medewerkers zijn op de hoogte van de persoonlijke omstandigheden en levensgeschiedenis van de cliënt.	Ja
De aangeboden voorziening is voldoende afgestemd op andere vormen van geboden hulp en zorg.	Ja
De afstemming tussen dagbesteding, werk en wonen, is zichtbaar in het zorgplan/ ondersteuningsplan (1 cliënt, 1 plan).	Ja
Bij beschermd wonen is 24 uren zorg/begeleiding gewaarborgd.	Ja

Constatering

In het ondersteuningsplan zijn persoonlijke omstandigheden en de levensgeschiedenis van de cliënt opgenomen waardoor alle begeleiders hiervan op de hoogte zijn.

Locatiecoördinatoren en begeleiders geven aan dat alle begeleiding die op deze locatie aan de cliënten wordt geboden, gericht is op het vergroten van de zelfstandigheid van de cliënt tot het hoogst haalbare niveau.

Bij één van de twee huidige Wmo-clieñten is afgelopen jaar sprake geweest van het afschalen van het aantal uren begeleiding; van 9 naar 6 uur per week. Deze cliënt geeft aan ingeschreven te zijn als woningzoekende.

In het ondersteuningsplan is afstemming tussen werk, wonen en begeleiding en, indien van toepassing, behandeling opgenomen. Begeleidingsmomenten worden bijvoorbeeld afgestemd op de werktijden van de cliënt.

Op deze locatie is 24 uren zorg/begeleiding gewaarborgd.

2 Veiligheid	
Wettelijke kwaliteitseis: De voorziening is veilig (Wmo 2015, art. 3.1, tweede lid sub a.).	
2.1 Protocollen en afspraken	Ja/nee/ n.v.t./n.b.
De aanbieder heeft actuele werkinstructies en handelingsprotocollen.	Deels
De aanbieder heeft huisregels die besproken zijn met de cliënten.	Deels
De aanbieder kent een agressieprotocol.	Ja
Het personeel is geschoold in het omgaan met agressie.	Deels
De aanbieder kent een medicatieprotocol.	Nee
De aanbieder is ervan op de hoogte dat calamiteiten en geweldsincidenten gemeld dienen te worden aan de toezichthoudend ambtenaar Wmo van de gemeente ³ .	Ja

Constatering

De aanbieder heeft minimale werkinstructies en handelingsprotocollen opgesteld. Zodra een medewerker beseft dat een werkinstructie of handelingsprotocol niet meer passend is meldt de medewerker dit waarna het wordt aangepast. Op de documenten is geen versienummer of evaluatiedatum opgenomen waardoor niet vastgesteld kan worden of de documenten actueel zijn.

In het document 'Hoe het voor ons werkt' is daarover geschreven:

NIET ALLES VASTLEGGEN

Door het geven van vertrouwen en consequent vragen te stellen als 'hoe zou je het thuis doen?' en 'hoe zou jij het oplossen?' vermijd je overbodige regels, beleidsstukken en protocollen. Er is een ruimtegevend kader waarbinnen medewerkers naar eigen inzicht handelen.

De regels die we hebben, zijn dienend aan de medewerkers. Zo hebben we vier protocollen (over infectieziekten, ziekteverlof, seksueel grensoverschrijdend gedrag en verzet bij vrijheidsbeperkende maatregelen) en is het aantal richtlijnen tot een minimum beperkt (op dit moment zijn het er 37).

Algemene huisregels zijn niet vastgesteld. Wel zijn met individuele cliënten (gedrags)regels opgesteld die passend zijn bij (de mogelijkheden van) de cliënt en de fase waarin de begeleiding zich bevindt.

De aanbieder heeft een richtlijn opgesteld omtrent 'Veiligheid & opvang traumatische situaties' en een richtlijn 'Ongewenst gedrag'.

De aanbieder heeft een aantal verplichte trainingen vastgesteld voor medewerkers, waaronder de interne training conflicthantering. Een deel van het team heeft de training reeds gevolgd, een ander deel gaat deze nog volgen.

Daarnaast heeft de aanbieder op deze locatie in januari 2019 een interne audit met als onderwerp 'Begrenzen' gehouden. In het auditverslag staat:

³ Zie: Wmo 2015 art. 3.4 "De aanbieder doet bij de toezichthoudende ambtenaar, bedoeld in [artikel 6.1](#), onverwijld melding van: a. iedere calamiteit die bij de verstrekking van een voorziening heeft plaatsgevonden;

b. geweld bij de verstrekking van een voorziening". GGD Gelderland Midden is de toezichthoudend ambtenaar voor de opdrachtgevende gemeente.

'De locatie heeft zichzelf aangemeld voor deze interne audit na een heftige periode waarbij de IGJ is ingeschakeld. Deze situatie had ook veel te maken met grenzen en begrenzen.'

Ondanks de training, de interne audit en de thema-ochtenden 'Grenzen en begrenzen' in 2019 zeggen de geïnterviewde medewerkers dat zij duidelijke handvatten hieromtrent nog altijd missen.

In het document 'Melding calamiteiten, ernstige zaken & klachten' wordt gesproken over melding doen bij de IGJ. Dit geldt echter niet voor Wmo-cliënten, waarvan calamiteiten en geweldsincidenten gemeld moeten worden bij de Wmo-toezichthouder. Beide locatiecoördinatoren geven aan hiervan wel op de hoogte te zijn en zullen ervoor zorgen dat het document wordt aangepast.

2.2 Medicatie en verdovende middelen (alleen indien van toepassing)	Ja/nee/ n.v.t./n.b.
Alle medicatie staat op naam van cliënten. Geen voorraden zonder naam, m.u.v. een werkvoorraad die voldoet aan de 'handreiking werkvoorraad geneesmiddelen ⁴ '.	Ja
Voor iedere cliënt is een actueel medicatieoverzicht (toedienlijst of deellijst) aanwezig.	Ja
In het zorgplan/ondersteuningsplan zijn indien van toepassing afspraken gemaakt over het beheer en de toediening van medicatie	Ja
In het zorgplan/ondersteuningsplan van de cliënt is een medicatieoverzicht (zonder doseringen) opgenomen, met vermelding van reden van gebruik.	Ja
Medicatie wordt onder de goede condities bewaard en is niet toegankelijk voor onbevoegden. Score alleen ja als alle onderstaande elementen aanwezig zijn: - in de koelkast (indien noodzakelijk) gescheiden van voedingsmiddelen; - in een afgesloten medicijnkast; - opiaten in afgesloten kast/kist gescheiden van de overige medicatie; - sleutelbeheer is adequaat geregeld; - houdbaarheidsdata actueel.	Ja
Elk medicijn dat wordt toegediend wordt op datum en tijdstip afgetekend op een aftekenlijst.	Ja
Bij toediening van medicatie die niet in een GDS-verpakking ⁵ zit en waarbij sprake is van aantoonbaar risico in geval van verkeerde dosering vindt aantoonbaar controle plaats door een tweede, bekwame persoon.	N.v.t.
De aanbieder heeft afspraken met de cliënten gemaakt over het gebruik van alcohol en verdovende middelen.	Ja

Constatering

De cliënten die medicatie gebruiken hebben dit veelal in eigen beheer. Van enkele cliënten zijn baxters en/of een kleine voorraad vrij te verkrijgen medicatie (bijvoorbeeld paracetamol) in beheer van de begeleiders. Opiaten zijn niet aanwezig.
Deze medicatie staat per cliënt in een afgesloten bak, voorzien van de naam van de cliënt, in een kast in het kantoor van de begeleiders, die kan worden afgesloten.
Omdat cliënten niet zelfstandig toegang hebben tot dit kantoor (begeleiders beschikken over een eigen appartement op de begane grond van het appartementencomplex) is deze kast niet structureel afgesloten.

⁴ Handreiking werkvoorraad geneesmiddelen. Actiz, GGZNederland, VGN 2011

⁵ GDS= Geneesmiddelen Distributie Systeem. Bij gebruik van en GDS heeft de apotheek de geneesmiddelen per client per toedientijdstip verpakt.

Als medicatie is verstrekt aan een cliënt wordt dit afgetekend op de daartoe beschikbare toedienlijst.

Geen van de begeleiders is aantoonbaar bekwaam en bevoegd om medicatie te verstrekken. De aanbieder voorziet ook niet in bijscholing op dit vlak. Als er aanleiding toe is / behoefte aan is, wordt er scholing op maat op dit vlak aangeboden.

Met elke individuele cliënt zijn, indien van toepassing, afspraken omtrent gebruik van alcohol en/of verdovende middelen vastgelegd in het ondersteuningsplan van de cliënt. Daarnaast geeft de locatiecoördinator aan: "De algemene norm/wet die in de openbare ruimte gebruik van alcohol verbiedt geldt ook op deze locatie."

2.3 Risico-inventarisatie	Ja/nee/ n.v.t./n.b.
De aanbieder heeft geïnterviewd of er en zo ja welke fysieke risico's er voor cliënten zijn.	Ja
Het zorgplan/ ondersteuningsplan bevat een risico-inventarisatie op die onderwerpen die voor de cliënt van toepassing zijn.	Ja
De risico-inventarisatie leidt tot concrete begeleidingsafspraken ter preventie van genoemde risico's.	Ja
Eventuele veiligheidsrisico's en de eigen verantwoordelijkheid van de cliënt zijn besproken met cliënt en zijn/haar sociale netwerk.	Ja
Als wordt afgeweken van de risicoanalyse wordt dit gemotiveerd en besproken met de cliënt en zijn haar sociale netwerk.	Ja
De aanbieder kent een brandveiligheids- en ontruimingsplan.	Ja
Periodiek wordt ontruiming geoefend.	N.v.t.
Preventie infectieziekten: het gebouw en de inventaris zijn schoon en onderhouden.	Ja
Op de locatie is een gediplomeerd en getraind BHV'er (bedrijfshulpverlener) aanwezig.	Deels

Constatering

Met individuele cliënten zijn begeleidingsafspraken gemaakt op de risico's omtrent veiligheid van de cliënt. Dit kan gaan om zowel fysieke als sociale veiligheid. Begeleiding is er op gericht om de risico's te verkleinen.

Met alle cliënten is gesproken over hun veiligheid in het geval van brand of ontruiming om een andere reden. Er is een verzamelplek afgesproken. Daarnaast is met cliënten bij wie dat van toepassing is, afgesproken dat zij altijd laten weten of zij thuis zijn of afwezig. Cliënten en begeleiders kunnen ook via WhatsApp of telefoon in contact komen met elkaar in het geval van brand of ontruiming.

In de ondersteuningsplannen is het schoonhouden van het eigen appartement opgenomen als begeleidingsdoel waarbij de cliënt aangespoord en/of geholpen wordt bij het schoonmaken en het doen van de was.

Een deel van de begeleiders heeft een BHV-certificaat. Alle cliënten zijn echter fysiek in staat om zelf hun appartement te verlaten bij brand en/of ontruiming.

2.4 Grensoverschrijdend gedrag	Ja/nee/ n.v.t./n.b.
Medewerkers zijn bekend met het beleid en de visie van de aanbieder rondom vriendschap, intimiteit, seksualiteit en seksueel grensoverschrijdend gedrag, preventie van seksueel misbruik en het melden van misbruik	Ja
Medewerkers weten dat seksueel misbruik of grensoverschrijdend gedrag gemeld moet worden.	Ja
Medewerkers zijn geïnstrueerd over en in staat tot het hanteren van de meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling.	Ja

Constatering

De aanbieder heeft een 'meldcode kindermishandeling en huiselijk geweld' vastgesteld. Deze meldcode is digitaal voor medewerkers in te zien.
In de jaarplanning 2020 van de maandelijks overleggen met alle medewerkers van deze locatie is dit protocol in december opgenomen om besproken te worden.
In februari staat het protocol 'Seksueel grensoverschrijdend gedrag' geagendeerd.

De interne opleidingen 'bespreekbaar maken van seksualiteit' en 'seksueel grensoverschrijdend gedrag' zijn voor elke begeleider verplicht. Vanuit deze scholing zijn de begeleiders bekend met de protocollen en weten hoe te handelen.

De geïnterviewde begeleiders geven aan dat deze documenten jaarlijks worden geagendeerd maar dat door allerlei lopende zaken het bespreken van deze protocollen nog wel eens doorgeschoven of geannuleerd wordt.

3 Samenwerking en afstemming	
<i>Wettelijke kwaliteitseis: De voorziening is afgestemd op de reële behoefte van de cliënt en andere vormen van zorg of hulp (Wmo 2015 art. 3.1, tweede lid sub b)</i>	
3.1 Afstemming met andere hulp- of zorgverleners	Ja/nee/ n.v.t./n.b.
Met andere hulp- en zorgverleners (huisartsen, wijkverpleging e.d.) vindt afstemming en de noodzakelijke gegevensuitwisseling plaats.	Ja
De afspraken met andere hulp- en zorgverleners worden schriftelijk vastgelegd.	Ja
De met andere hulp- en zorgverleners gemaakte afspraken worden regelmatig besproken met de cliënt en zijn/haar sociale netwerk en worden zo nodig bijgesteld.	Ja
Bij meervoudige, complexe problematiek is er één regisseur of coördinator die de samenhang en continuïteit bewaakt en toegang heeft tot de noodzakelijke gegevens.	Ja
De tweede lijn is direct beschikbaar.	Ja
Bij mogelijke decompensatie onderneemt de begeleiding actie richting behandelaar/ huisarts.	Ja
Bij tussentijdse stopzetting van een traject wordt gezorgd voor een warme overdracht en vindt afstemming plaats met de wijkcoach	Ja

Constatering

De cliënt onderhoudt contacten met andere hulp- en zorgverleners, indien nodig samen met de begeleider. De cliënt bepaalt of de begeleider aanwezig is bij gesprekken met andere hulp- en zorgverleners, of dat de cliënt de begeleider op de hoogte stelt van hetgeen is besproken. Er kan ook afgesproken worden dat de begeleider het initiatief neemt om contact met anderen op te nemen. Dit is dan vastgelegd in het individuele ondersteuningsplan. Van deze contacten wordt verslaglegging opgenomen in het Cliëntkompas van de cliënt.

Bij meervoudige, complexe problematiek is de begeleider van de cliënt de coördinator die de samenhang en continuïteit bewaakt.

De begeleiding neemt bij decompensatie, na overleg met de cliënt, contact op met de behandelaar. Indien mogelijk zal de begeleider de cliënt stimuleren zelf contact op te nemen en de situatie te bespreken.

Als een begeleidingstraject wordt stopgezet zorgt de aanbieder, in overleg met de wijkcoach, in principe voor een warme overdracht naar een andere zorgaanbieder.

3.2 Samenwerking en afstemming met de gemeente (wijkcoaches)	Ja/nee/ n.v.t./n.b.
De consulent ziet als regisseur toe op de uitvoering van het ondersteuningsplan van de cliënt. Zorgaanbieder en wijkcoach evalueren regelmatig of de plannen nog passen bij de vraag.	Ja
Wanneer de indicatie van cliënt niet aansluit op de hulpvraag neemt de aanbieder contact op met de consulent.	Ja
Consulenten zijn tevreden over de kwaliteit van de geleverde zorg/dienstverlening door de zorgaanbieder.	Deels

Constatering

De geïnterviewde consulenten zijn tevreden over de samenwerking met JP van den Bent. Een volgende evaluatie van een ondersteuningsplan wordt steeds vastgelegd maar deze afspraken worden nogal eens uitgesteld, soms door JP van den Bent, soms door de consulent.

Met de aanbieder is een goed contact over het afgeven van beschikkingen. Consulenten zien soms sneller mogelijkheden tot afschalen van begeleidingsuren dan JP van den Bent. Consulenten zeggen: "Cliënten zijn niet altijd op de juiste plaats bij JP van den Bent. Deze cliënten hebben andere begeleiding nodig dan JP van den Bent op deze locatie kan bieden. Heldere uitsluitingscriteria hadden meegeholpen deze cliënten direct op een passende plek te krijgen."

4 Kwaliteit van personeel en organisatie	
<i>Wettelijke kwaliteitseis: De voorziening wordt verstrekt in overeenstemming met de op de beroepskracht rustende verantwoordelijkheid o.b.v. de professionele standaard (Wmo 2015, art. 3.1, tweede lid sub c.)</i>	
4.1 Kwaliteitsborging	Ja/nee/ n.v.t./n.b.
Er is een kwaliteitsmanagementsysteem in gebruik (processen worden structureel volgens (een aanwezig) plan geëvalueerd en de documenten zijn niet ouder dan drie jaar).	Nee
De aanbieder heeft een kwaliteitskeurmerk (HKZ, ISO etc.).	N.v.t.
De aanbieder is aangesloten bij een beroepsvereniging/ branchevereniging ⁶ .	Ja
Kwaliteitsverbeteringen op basis van signalen van cliënten (zoals klachten) en van cliënt- en medewerkerstevredenheidsonderzoeken) zijn aantoonbaar.	Ja
De continuïteit van de geboden voorziening is gewaarborgd.	Ja
De aanbieder integreert de veranderingen op het gebied van de kanteling in de zorg binnen de eigen instelling.	Ja

Constatering

De JP van den Bent stichting is lid van de VGN, de Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland.

De aanbieder kiest er bewust voor geen kwaliteitskeurmerk te behalen. De mens/de cliënt staat centraal, niet de processen.

Om die reden is er ook geen kwaliteitsmanagementsysteem in gebruik. Processen en documenten worden geëvalueerd op het moment dat een medewerker aangeeft dat een proces of document niet langer aansluit bij de praktijk, niet op een vooraf bepaald tijdstip.

Het ene jaar wordt de **tevredenheid van medewerkers** gemeten, het andere jaar de tevredenheid van cliënten en verwanten. Dit wordt tegelijkertijd voor de hele JP van den Bent stichting gedaan waarna een verslag wordt opgesteld waarin zowel de landelijke uitkomsten als de uitkomsten op locatieniveau zijn opgenomen. Aan de hand hiervan wordt op locatieniveau een actieplan opgesteld.

In 2018 is de tevredenheid onder de medewerkers gemeten. Op de locatie Renkum kwam naar voren dat er een grote tevredenheid is met het werk. Tevens gaven de medewerkers aan dat de relatie/het contact met hun coördinator heel goed is.

Er werd laag gescoord op:

- Binnen mijn team staat de vraag van de cliënt centraal (6,3)
- Binnen mijn team worden gemaakte afspraken met cliënten nagekomen (4,2)
- Ik ben tevreden over de door onze locatie geleverde zorg/dienstverlening aan de cliënt (5,6)
- Ik zoek actief de samenwerking op met mijn collega's van andere teams/afdelingen (2,7)

Naar aanleiding van deze punten en een onderzoeksrapport 'Geweld in de zorgrelatie' in opdracht van de IGJ is in februari 2019 een ontwikkelingsplan opgesteld voor deze locatie voor de termijn van anderhalf jaar.

In 2019 is de **tevredenheid onder cliënten en hun verwanten** gemeten, waarbij 100% respons was op de locatie Ketsheuvel in Renkum, tegenover een landelijke respons van 61%. De vragen waren ingedeeld in de rubrieken 'Begeleiding', 'Ondersteuningsplan', 'Huis en omgeving', 'Dagactiviteiten', 'Vrije tijd en contacten', 'Algemene vragen' en 'Open vragen'. 50-85% van de cliënten antwoordde op bijna alle vragen positief.

De begeleiders gaan met de cliënten die op één of meerdere vragen minder positief waren in

⁶ Aansluiting bij een beroeps- of branchevereniging is niet verplicht maar wordt wel aanbevolen.

gesprek om te bekijken waar de ondersteuning verbeterd kan worden. Indien van toepassing worden daar ook de verwanten van de cliënt bij betrokken.

ORGANOGRAM

Onderstaande weergave maakt voor ons duidelijk dat wij als JP het primaire proces - mensen ondersteunen bij leven - centraal stellen en al het andere daar ondersteunend aan is.



De **cliënt** en de **begeleider** zijn bij JP de top van de organisatie, de kern van onze dienstverlening.

Een locatie is een eigen eenheid, van waaruit ondersteuning wordt geboden.

De **gedragskundige** ondersteunt medewerkers, gevraagd en ongevraagd, met zorginhoudelijke kennis.

De **locatiecoördinator** is de spil van een locatie, een belangrijke cultuurdrager. De locatiecoördinator zorgt dat op de locatie de werkwijze van JP is ingebed en faciliteert teams zelf beslissingen te maken.

De **regiocoördinator** is wisselend coach en mentor van locatiecoördinatoren, iemand met senioriteit en mandaat.

De **raad van bestuur** is drager van de waarden en de cultuur van JP, is initiator en ondersteunt alle medewerkers en betrokkenen bij JP.

De leden van de **raad van toezicht** omarmen de cultuur en werkwijze van JP. Het controleren staat niet op de voorgrond, wel het stellen van de juiste, kritische vragen. Dat gebeurt vanuit ieders kijk op JP en de rol die zij spelen in de maatschappij. Leden van de raad van toezicht komen individueel op locatie en gaan met betrokkenen in gesprek.

Centrale ondersteuning richt zich op basisadministratie en het beschikbaar stellen van expertise, gericht op cliëntregistratie, personeelszaken en financiën.

4.2 Personeel	Ja/nee/ n.v.t./n.b.
Er is een goede verhouding tussen aantal medewerkers en aantal cliënten.	Ja
De verdeling van taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden is duidelijk voor de medewerkers.	Ja
De aangewezen beroepskracht is vakbekwaam.	Ja
De aanbieder heeft beleid t.a.v. verantwoorde inzet van vrijwilligers.	n.v.t.
Alle medewerkers en vrijwilligers hebben een verklaring omtrent gedrag (VOG) overlegd.	ja
De aanbieder heeft een ondernemingsraad (or) of personeelsvertegenwoordiging (pvt) bestaande uit democratisch gekozen werknemers ⁷ .	Nee
Regelmatig wordt werkoverleg gehouden.	Ja
De medewerkerstevredenheid is goed.	Ja
Het personeelsverloop was het afgelopen jaar beperkt.	Ja

⁷ In ondernemingen waar 10 tot 50 mensen werken en waar geen ondernemingsraad is, kan een personeelsvertegenwoordiging (PVT) in het leven worden geroepen. De organisatie is daartoe verplicht als meer dan de helft van het personeel aangeeft behoefte aan een PVT te hebben (WOR, art. 35).

Constatering

De verdeling van taken en verantwoordelijkheden is vastgelegd in functiebeschrijvingen en daardoor duidelijk voor de medewerkers.

De aanbieder werkt niet met vrijwilligers.

Elke dag is er een dagdienst van 9:00 uur – 16:30 uur.

Er is een avonddienst van 16:00 uur – 22:00 uur.

Er is een tweede avonddienst vanaf 16:00 uur die blijft slapen en tot 9:30 uur werkt (in het weekend tot 10:00 uur)

De huishoudelijk medewerker werkt 1 dag per week.

Alle medewerkers moeten voor aanvang van hun dienstverband een nieuwe Verklaring omtrent het gedrag aan de aanbieder overleggen. Deze VOG's zijn dus zo oud als dat de medewerker bij de aanbieder werkzaam is, soms al meer dan 10 jaar.

In 2018 is de tevredenheid onder de medewerkers gemeten op vier rubrieken. Op 'Bevlogenheid' werd in Renkum een 8,0 gescoord, op 'Betrokkenheid' een 8,3. 'Tevredenheid' werd gewaardeerd met een 7,8 en 'Werkgeverschap' met een 7,9.

In de toelichting bij 4.1 staat hierover meer geschreven.

Het personeelsverloop is beperkt, de laatste nieuwe begeleider werkt 1,5 jaar op deze locatie. Het team is in het laatste jaar wel kleiner geworden doordat van 16 cliënten terug is gegaan naar 10.

Elke maand is er in ieder geval één keer werkoverleg, soms is er daarnaast ook een thematische bijeenkomst.

Elke begeleider heeft 2 tot 5 cliënten waarvan hij/zij de persoonlijk begeleider is, afhankelijk van het aantal uren per week waarvoor de begeleider is aangesteld.

Niveau begeleiders:

2 personen hebben een Hbo-SPH

1 persoon heeft een Hbo-IW

1 persoon heeft een opleiding Zwakzinnigenzorg

1 persoon heeft een Mbo-SPW niveau 4

1 persoon heeft een Mdo-SPW

De functiebeschrijving van de begeleider zegt over "Leiding ontvangen / leiding geven":

De begeleider ontvangt hiërarchisch leiding van de locatiecoördinator of de regiocoördinator.

De begeleider kan daarnaast werkinhoudelijke instructies (richtlijnen) ontvangen van een coördinerend begeleider, gedragskundige en externe deskundigen.

De begeleider geeft aanwijzingen aan assistent begeleiders, locatie assistenten en huishoudelijk medewerkers.

De begeleider kan stagiaires begeleiden.

Over de verantwoordelijkheden van de begeleider zegt de functiebeschrijving:

De uitvoering van het persoonlijk begeleiderschap.

Het opstellen van het ondersteuningsplan, als persoonlijk begeleider.

De coördinatie van de ondersteuning aan de individuele cliënt, als persoonlijk begeleider.

De uitvoering van de ondersteuning aan de individuele cliënt.

De uitvoering van de informatie uitwisseling.

De uitvoering van overige werkzaamheden.

Niveau assistent-begeleiders:

1 persoon heeft Hbo-IW leerjaar 3 afgerond

1 persoon heeft Hbo-SPH

De functiebeschrijving van de assistent-begeleider zegt over "Leiding ontvangen / leiding geven":

De assistent begeleider ontvangt hiërarchisch leiding van de locatiecoördinator of de regiocoördinator.

De assistent begeleider ontvangt richtlijnen (werkinhoudelijke instructies) en aanwijzingen van een coördinerend begeleider, begeleider, gedragskundige en externe deskundigen.

Over de verantwoordelijkheden van de assistent-begeleider zegt de functiebeschrijving:

De uitvoering van de ondersteuning aan de individuele cliënt, onder verantwoordelijkheid van de persoonlijk begeleider.

*De uitvoering van de informatie uitwisseling.
De uitvoering van overige werkzaamheden.*

Tevens zijn er 3 leerlingen werkzaam:

- 1 persoon in het laatste jaar van de Mbo Begeleider Specifieke Doelgroepen niveau 3
- 2 personen volgen de interne verkorte opleiding 'JP Expeditie' op niveau 3 of 4.

JP van den Bent heeft besloten niet te werken met een ondernemingsraad. In het integraal kwaliteitsdocument uit 2017 schrijft de aanbieder hierover in een verslag van een externe visitatie:

'Het besluit om niet te werken met een OR ligt ten grondslag aan het positioneren van de medewerkers. Zeggenschap begint bij de medewerker. We hebben ervaren dat begeleiders (snel) naar de locatiecoördinatoren stappen. Ze laten zich wel horen, maar in hoeverre zijn medewerkers ook daadwerkelijk in staat om elkaar aan te spreken en te bevragen. In de nabespreking aan het eind van de visitatie bevestigden enkele medewerkers dat daar nog ontwikkelruimte ligt.

Tot hoever gaat hun stem de organisatie ook in? Blijft het niet hangen bij de locatiecoördinator?'

4.3 Deskundigheidsbevordering	Ja/nee/ n.v.t./n.b.
De beroepskrachten zijn opgeleid tot en deskundig voor wat betreft het ondersteunen van de doelgroep.	Ja
De aanbieder biedt de beroepskrachten passende bijscholing.	Ja

Constatering

De begeleiders en assistent-begeleiders zijn passend opgeleid voor het ondersteunen van de huidige cliënten.

De aanbieder biedt een breed scala aan bijscholing aan, zowel verplicht als facultatief. Zowel de locatiecoördinatoren als de begeleiders geven aan dat methodisch werken, en dan allemaal op dezelfde wijze, nog een speerpunt is.

Het team is sinds een jaar (interne audit omtrent Begrenzen in januari 2019) bezig om zich te verbeteren in het begrenzen van cliënten. Thema-ochtenden omtrent 'Geweldloos verzet' zijn daarvan momenteel nog onderdeel.

Een begeleider zegt hierover: *'Eerder kon je makkelijker schorsen, de cliënt ging dan bv. een week naar het kort-verblijfshuis. De wisseling in locatiecoördinatoren heeft er voor gezorgd dat er nu een andere visie (de visie van JP van den Bent) wordt uitgedragen. Ook de gedragsdeskundige is nu een ander. Nu wordt minder snel de keus tot schorsen genomen, hier lopen we wel tegenaan, welke sanctie zetten we dan wel in? Er zijn inmiddels meerdere teambijeenkomsten aan besteedt, maar echte handvatten missen nog steeds. We zijn wel op de goede weg. Hoe kunnen we voorkomen dat er escalaties komen?'*

Een andere begeleider zegt hierover: *'In het verleden werden grenzen duidelijk gesteld, ook sancties. Afgelopen jaar was dat niet het geval, nadat er een wisseling van locatiecoördinatoren is geweest.*

Nu is de insteek: Is de sanctie helpend voor de cliënt? Sanctie moet ook helpend/lerend zijn voor de cliënt. Als een sanctie is opgelegd wordt dit daarna besproken met de gedragskundige. Ik voel steun van collega's bij het opleggen van sancties.'

In het integraal kwaliteitsdocument van JP van den Bent (2017) staat over begrenzen:

'Wij werken volgens Waarnemen, Aansluiten, Toevoegen (WAT).

Met name zijn wij goed in het waarnemen en vervolgens aansluiten. We hebben gezien dat we de neiging hebben om lang te blijven aansluiten en niet toe te voegen. Dit gebeurt in de samenwerking met verwanten, maar ook in de samenwerking met bijvoorbeeld verwijzers,

gemeenten en justitie. Hierdoor gaan we weleens over onze grenzen heen. Vraaggericht werken betekent in een dialoog op zoek gaan naar de behoefte van de ander en hier in de ondersteuning antwoord op geven. Het betekent niet dat je geen grenzen aan mag geven. In een aantal situaties/locaties is zichtbaar geworden dat de verhoudingen uit balans zijn geraakt. Hierover in gesprek gaan met betrokkenen en duidelijk aangeven wat wel en niet tot de mogelijkheden behoort, heeft in een aantal situaties goed uitgepakt. Dit varieert van gesprekken met gemeenten of justitie over de volledigheid van ondersteuningsvragen tot gesprekken met verwanten over welk gedrag we wel en niet toelaatbaar vinden.'

Een cliënt zegt hierover: 'Overlast is er wel, voorheen waren er andere cliënten, nu is er een soort vriendengroepje, jonge jongens die het leuk vinden om soms ongein uit te halen en de boel te verstoren. Het is hier erg gehorig. Er was ook wel veel vuurwerk in december. Er wonen hier ook ouderen, die hadden daar last van. De overlast wordt wel minder. Leiding spreekt mensen vaker aan. Overlast is er niet alleen door cliënten, maar er zijn ook andere bewoners in dit pand. Er is een grote mix van bewoners.'

5 Rechten van de cliënt	
<i>Wettelijke kwaliteitseis: De voorziening wordt verstrekt met respect en in acht neming van de rechten van de cliënt (Wmo 2015, art. 3.1, tweede lid sub d.).</i>	
5.1 Algemeen	Ja/nee/ n.v.t./n.b.
De cliënt wordt met respect bejegend.	Ja
De cliënt voelt zich op zijn/ haar gemak op de plaats waar de voorziening wordt geboden.	Ja
Cliënten worden op begrijpelijke wijze geïnformeerd over hun rechten en plichten.	Ja
De aanbieder verstrekt actuele informatie over producten en diensten en heeft een up-to-date website	Ja
Uitsluitingscriteria en sanctiebeleid zijn redelijk en zijn begrijpelijk	Nee

Constatering

In het tevredenheidsonderzoek van 2019 geeft ca. 80% van de Renkumse cliënten aan tevreden te zijn over de bejegening en begeleiding. 81% geeft aan tevreden te zijn over hun appartement/studio en de omgeving.

Een Wmo-client zegt hierover: 'Ik ben tevreden over de begeleiding, ben tevreden over iedereen, ik zie dat ze hulp geven vanuit hun hart. Ze ondersteunen mij als ik een probleem heb.'

Een andere (geen Wmo) cliënt zegt: 'Ik ben niet tevreden over de begeleiding, ze luisteren niet, het zijn hun regels, hun bepalen, alsof ik op een groep zit. Hoe laat ik thuis moet zijn, wanneer ik mag logeren, wanneer ik ergens anders eet, wanneer ik vrienden zie, wanneer ik opsta, wanneer ik moet koken. Het begeleidingsplan is niet mijn plan maar het plan van begeleiders.'

Cliënten worden door middel van folders, een informatieboekje en de website van de aanbieder geïnformeerd over hun rechten en plichten en de producten en diensten die de aanbieder kan bieden. Daarnaast worden door de begeleider met de cliënt individuele afspraken/verplichtingen gemaakt en opgenomen in het ondersteuningsplan van de cliënt.

De aanbieder heeft, voortkomend uit hun visie, geen document opgesteld omtrent uitsluitingscriteria en/of sanctiebeleid voor deze of andere locaties van JP van den Bent. Als een cliënt aangemeld wordt is er eerst een oriënterend gesprek waarbij bekeken wordt of de vraag van de cliënt past bij de begeleiding die op de locatie Ketsheuvel geboden kan worden. In het document "Hoe het voor ons werkt" staat:
"We geloven niet in selectie aan de poort, in het categoriseren van vormen van dienstverlening of van doelgroepen. Ondersteunen bij leven is maatwerk. Daarbij kan veel, maar niet alles. Vanuit onze ervaring en onze professionele houding stellen we grenzen aan wat mogelijk en reëel is."

5.2 Cliëntparticipatie	Ja/nee/ n.v.t./n.b.
De aanbieder heeft beleid t.a.v. cliëntparticipatie/ medezeggenschap. De aanbieder reflecteert op dit beleid, evalueert dit en stelt het zo nodig bij.	Ja
De cliënt kan desgewenst participeren in een cliëntenraad of vergelijkbaar platform.	Nee
De cliënt wordt gewezen op het bestaan van patiëntenverenigingen en lotgenotencontactgroepen.	Ja

Constatering

Cliëntparticipatie is bij de aanbieder de basis in het contact tussen begeleider en cliënt. Om die reden is er geen sprake van een cliëntenraad. JP van de Bent heeft hierover onderstaand beleid vastgelegd.
Indien van toepassing en helpend binnen de begeleiding van de cliënt zal deze worden gewezen op een patiëntenvereniging en/of lotgenotencontactgroep.

Zeggenschap bij de JP

Bij de JP van den Bent stichting staat zeggenschap hoog in het vaandel. De manier waarop wij aan zeggenschap uitvoering geven, zit in onze manier van werken en is daarmee een natuurlijk onderdeel hiervan.

Het gesprek is bij JP een vanzelfsprekend onderdeel van het dagelijks werk. Het gaat om ontmoeting en dialoog. De uitwisseling van inzichten die dan ontstaat, is belangrijk.

Het gesprek tussen cliënt en begeleider en tussen cliënt, zijn ouders/verwanten en begeleider is de basis van onze ondersteuning. De individuele belangen van de cliënt staan in dit gesprek centraal. Het doel van dit gesprek is het leren kennen van de cliënt en helder krijgen waarbij ondersteuning is. De afspraken die hieruit voortvloeien worden vastgelegd in het ondersteuningsplan. Het bijstellen van afspraken en doelen gebeurt naar aanleiding van cliëntevaluaties en op geleide van wat nodig blijkt vanuit de dagelijkse praktijk.

De inzet is streven naar optimale zelfbeschikking. We zetten ons actief in, zodat mensen zoveel mogelijk zelf en/of samen met ouders/verwanten, binnen de grenzen van het toelaatbare, eigen keuzes kunnen maken. Zoveel mogelijk in iemands eigen omgeving, zo normaal mogelijk - in onze maatschappij.

Ondersteunen bij leven is het continue aansluiten op dat wat nodig is.

Cliëntenraden op regionaal en centraal niveau

Het individuele belang en de zeggenschap van de cliënt zijn uitgangspunt in de ondersteuning. Daarom zijn de regionale en centrale cliëntenraad op afroep beschikbaar.

Indien vertegenwoordiging op regionaal of centraal niveau wenselijk is, dan is het uitgangspunt dat vanuit de verschillende locaties binnen een bepaald werkgebied een evenwichtige verdeling is in de leden van de regionale- en de centrale cliëntenraad. De leden van deze raden hebben geen zitting in de lokale cliëntenraden. Hierover worden in overleg met de coördinator of bestuurder afspraken gemaakt.

5.3 Privacy	Ja/nee/ n.v.t./n.b.
De aanbieder respecteert de privacy van de cliënt.	Ja
Met de cliënt en/of zijn/haar sociale netwerk zijn afspraken gemaakt over gegevensuitwisseling.	Ja

Er wordt zorgvuldig omgegaan met de uitwisseling van gevoelige informatie (persoonsgegevens, medische gegevens e.d.).	Ja
---	----

Constatering

De cliënten op deze locatie wonen ieder in een appartement met een eigen voordeur. Een begeleider zal altijd aanbellen en wachten tot hij wordt binnengelaten, behalve als er zorgen met betrekking tot de veiligheid van een cliënt zijn. Dan is ook met de cliënt in het begeleidingsplan vastgelegd wanneer de begeleider de sleutel mag gebruiken om toegang te krijgen tot het appartement.

Voor gegevensuitwisseling geeft de cliënt schriftelijk toestemming als hij er niet bij aanwezig kan zijn. Uitgangspunt is dat de cliënt zelf aanwezig is.

5.4 Melden incidenten en klachten	Ja/nee/ n.v.t./n.b.
Er is een intern meldingssysteem voor incidenten, fouten en bijna fouten dat operationeel is.	Ja
Melden, registreren, analyse, verbeteractie en terugkoppelen van incidenten, fouten en bijna fouten aan melder en team is geregeld.	Ja
Incidenten worden intern besproken en er worden verbetervoorstellen geformuleerd.	Ja
De verbetervoorstellen n.a.v. incidenten worden doorgevoerd. Er is sprake van een lerende organisatie.	Ja
Nazorg bij incidenten is geregeld.	Ja
Er is een klachtenregeling.	Ja
Deze klachtenregeling is bekend bij de cliënt/gemakkelijk te vinden voor de cliënt.	Ja
De aanbieder neemt eventuele klachten in behandeling en handelt die tijdig en passend af.	Ja

Constatering

Het interne meldingssysteem voor calamiteiten, fouten, (bijna) ongevallen, klachten, ongewenst gedrag (waaronder agressie) met de naam 'verbeteracties' wordt actief gebruikt door de verschillende medewerkers. De betrokken medewerker vult de Verbeteractie digitaal in, en stuurt deze aan de locatiecoördinator en de gedragsdeskundige die feedback geven. De medewerker bespreekt de Verbeteractie in het maandelijkse teamoverleg, of zo nodig eerder met alle collega's. Indien van toepassing zorgt de medewerker dat het ondersteuningsplan wordt aangepast, waarna dit geëvalueerd wordt tijdens de 3-maandelijkse evaluatie.

Op de website van JP van den Bent staat onder het kopje "wat als de begeleiding niet goed gaat" informatie voor de cliënt over de klachtenregeling, de klachtenfunctionaris en de interne vertrouwenspersoon.

BRONNEN

1. Interviews met:

- De regiocoördinator
- Twee locatiecoördinatoren
- Twee begeleiders
- Twee Wmo-cliënten
- Drie consultants Wmo van de gemeente Renkum

2. Documenten met betrekking tot het toezicht:

- Indicaties van de Wmo-cliënten
- Gespreksverslag gemeente met aanbieder 5 dec. 2019
- Kennisgeving(brief) inspectie bij aanbieder van gemeente Renkum dd. 19 dec. 2019
- Programma van eisen Perceel Beschermd wonen Regio Centraal Gelderland versie aug. 2016
- Programma van eisen Perceel Ambulante ondersteuning versie aug. 2016
- Programma van eisen Perceel Verblijf versie aug. 2016

3. Documenten van de aanbieder:

- Verslag interne audit 'Begrenzen' 22 jan. 2019
- Document 'cliëntenraden' versie dec. 2019
- Document Melding calamiteiten, ernstige zaken & klachten
- Cliëntervaringsonderzoek JP van den Bent Renkum 2019
- Medewerkers-tevredenheidsonderzoek JP van den Bent Renkum 2018
- Visie/werkwijze document 'Hoe het voor ons werkt' 2017
- Intern scholingsoverzicht met verplichte en facultatieve trainingen
- Protocol Huiselijk geweld en kindermishandeling JP van den Bent
- Jaarverslag 2018 'Werken aan kwaliteit in 2018'
- Integraal kwaliteitsdocument JP van den Bent 2017
- Klachtenregeling JP van den Bent
- Onderzoeks-rapportage geweld in de zorgrelatie 'Renkum' op 29 juni 2018
- Overzicht interne opleidingen (verplicht en facultatief)
- Website www.jpvandenbent.nl
- Cliëntkompas (digitaal dossier) van beide Wmo-cliënten
- Gespreksverslag gemeente met aanbieder 5 dec. 2019 voorzien van aanvullingen door de aanbieder
- Ontwikkelingsplan n.a.v. een onderzoeksrapportage "geweld in de zorgrelatie" en het medewerkers onderzoek 2018
- Enkele 'Verbeteracties' en notulen van een teamoverleg in 2019 waarin de meest recente 'Verbeteracties' zijn besproken
- Richtlijn 'Ongewenst gedrag'
- Richtlijn 'Veiligheid & opvang traumatische situaties'

4. Documenten met betrekking tot personeel:

- Functiebeschrijving Assistent begeleider versie 15 jan. 2019
- Functiebeschrijving Begeleider versie 15 jan. 2019
- Functiebeschrijving Huishoudelijk medewerker versie 20 jan. 2020
- Functiebeschrijving Locatiecoördinator versie 15 jan. 2019
- Twee personeelsdossiers met daarin VOG, beroepskwalificatie, certificaten verplicht en facultatief gevolgde interne scholingen
- Overzicht medewerkers en hun behaalde beroepskwalificatie

ZIENSWIJZE AANBIEDER

Naar aanleiding van het bezoek van de toezichthouder bij onze locatie aan de Ketsheuvel in Renkum en het verslag "rapport kwaliteitsonderzoek" willen wij bij deze inhoudelijk reageren op een aantal punten uit het verslag. Echter allereerst willen we benoemen dat de gesprekken met de toezichthouder erg prettig zijn verlopen. Het bespreken van de werkwijze van de JP als organisatie en dit naast de inkoopvoorwaarden van de gemeente leggen, leverde wel een aantal inzichten op.

Hieronder onze reactie over een aantal onderdelen uit het rapport

OR

De OR/Medezeggenschap is geborgd in de organisatie. De oude OR-leden zijn lid van een centrale werkgroep die medezeggenschap activeren in de organisatie. Dit gebeurt middels bijeenkomsten, de zogenoemde In gesprek met.....- bijeenkomsten die door het land georganiseerd worden.

Clëntenraden

Op verschillende locaties binnen de JP van den Bent zijn verschillende cliëntenraden actief. Per locatie wordt gekeken of hier behoefte aan is. Op de locatie Ketsheuvel in Renkum is momenteel geen cliëntenraad, dit omdat de huidige cliënten daar geen behoefte aan is. Wel is er een verwantenraad van de regio Betuwe, waar locatie Ketsheuvel ook onder valt.

Medicatieprotocol

We hebben een richtlijn "medicatie" bij de JP.

Huisregels en handvatten

Wij vinden het belangrijk dat onze medewerkers kennis, vaardigheden en handvatten hebben om te kunnen werken. In het rapport staat dat duidelijke handvatten ontbreken en er niet gaan komen. Dit is ons inziens onjuist. Medewerkers geven aan dat ze soms onvoldoende handvatten hebben. Samen met het team zijn we aan het onderzoeken wat hiervoor nodig is. Een eerste stap is hierin gezet door de training Geweldloos Verzet te starten.

Alle cliënten die vanuit JP van den Bent Stichting ondersteuning krijgen op de Ketsheuvel hebben een eigen appartement, vanuit dit oogpunt bieden individuele ondersteuning en geen groepswonen, hierbij is het passend om de afspraken individueel vorm te geven.

Vanuit het verslag komt naar onze mening te weinig naar voren dat wij wel degelijk grenzen stellen. Nu lijkt het erop alsof we geen handvatten bieden, geen afspraken maken, geen huisregels hebben, geen sancties hebben, echter is alles toegepast op de individu. Daar waar we met de individuele cliënt en eventueel diens vertegenwoordigers afspraken en regels opstellen worden deze vastgelegd en geëvalueerd in het ondersteuningsplan.

Samen met de toezichthouder kwamen we tot de conclusie dat de verwachtingen van de Gemeente (huisregels maken en consequenties stellen) niet overeenkomt bij de visie en werkwijze van JP van den Bent.

De toezichthouder komt bij het onderdeel "advies gemeente" met het advies aan de gemeente om te handhaven met betrekking tot de tekortkomingen. Gezien de conclusie dat de verwachtingen van de gemeente niet overeenkomen met de visie en werkwijze van de JP lijkt het ons wenselijk om met elkaar rond de tafel te gaan en dit bespreekbaar te maken. Vanuit daar kunnen we met elkaar bespreken hoe de samenwerking vormgegeven kan worden.

- De toezichthouder ziet in de zienswijze geen aanleiding om haar beoordeling te wijzigen.

GEGEVENSOVERZICHT

Opvanggegevens

Naam	: JP van den Bent
Adres	: Ketsheuvel 2
Postcode en woonplaats	: 6871 EA Renkum
Telefoonnummer	: 0317 314833
Website aanbieder	: www.jpvandenbent.nl
Email aanbieder	: renkum2@jpvandenbent.nl
Aantal medewerkers	: 12
Rechtsvorm	: Stichting
HKZ/ISO gecertificeerd	: Nee

Gegevens toezicht

Naam GGD	: GGD Gelderland-Midden
Adres	: Postbus 5364
Postcode en woonplaats	: 6802EJ ARNHEM
Telefoonnummer	: 0800-8446000
Onderzoek uitgevoerd door	: Karen Stegeman

Gegevens opdrachtgever

Naam	: Gemeente Renkum
Adres	: Generaal Urquhartlaan 4
Postcode en woonplaats	: 6861 GG Oosterbeek

Planning

Datum inspectie	: 24-01-2020
Opstellen concept inspectierapport	: 17-02-2020
Hoor/wederhoor	: 25-02-2020
Opstellen 2 ^{de} concept inspectierapport	: 25-02-2020
Zienswijze ontvangen	: 05-03-2020
Vaststelling inspectierapport	: 12-03-2020
Verzending inspectierapport	: 13-03-2020

GGD Gelderland-Midden

is onderdeel van de Veiligheids- en Gezondheidsregio Gelderland-Midden

**GGD Gelderland-Midden**

Postbus 5364

6802 EJ ARNHEM

T 0800 8446 000

E ggd@vggm.nl

I www.vggm.nl