



## WMO TOEZICHT

Definitief rapport kwaliteitsonderzoek

Stichting Christelijke Zorgorganisatie Norschoten

Naam locatie: Klaverweide

Adres: Klaverweide 1

Postcode en woonplaats: 3773 AW Barneveld

Vangnetvoorzieningen

- Dagopvang Basis
- Dagopvang Extra

Datum inspectie: 9 december 2020

Opdrachtgevende gemeente: gemeente Barneveld



**Gelderland-Midden**

# INHOUDSOPGAVE

WMO TOEZICHT .....	
GEGEVENSOVERZICHT .....	3
INLEIDING .....	4
Inspectiehistorie .....	4
Onderzoek: aanleiding en belang .....	4
Korte beschrijving van de locatie en de doelgroep .....	5
CONCLUSIE EN ADVIES .....	6
Advies aan de gemeente .....	6
INSPECTIE-ITEMS .....	7
1 Doelmatigheid voorziening .....	7
2 Veiligheid .....	10
3 Samenwerking en afstemming .....	12
4 Kwaliteit van personeel en organisatie .....	12
5 Rechten van de cliënt .....	15
ZIENSWIJZE AANBIEDER .....	19

## GEGEVENSOVERZICHT

### Gegevens aanbieder

Naam : Stichting Christelijke Zorgorganisatie  
Norschoten  
Adres : Klaverweide 1  
Postcode en woonplaats : 3773 AW Barneveld  
Website aanbieder : www.norschoten.nl  
Aantal medewerkers : Vier  
Rechtsvorm : Stichting  
HKZ/ISO gecertificeerd : HKZ

### Gegevens toezicht

Naam GGD : GGD Gelderland-Midden  
Adres : Postbus 5364  
Postcode en woonplaats : 6802 EJ ARNHEM  
Telefoonnummer : 0800-8446000

### Gegevens opdrachtgever

Naam : Gemeente Barneveld  
Adres : Postbus 63  
Postcode en woonplaats : 3770 AB Barneveld

### Planning

Datum inspectie : 09-12-2020  
Opstellen eerste concept inspectierapport : 21-01-2021  
Hoor/wederhoor : 28-01-2021  
Opstellen tweede concept inspectierapport : 28-01-2021  
Zienswijze ontvangen : 03-02-2021  
Vaststelling inspectierapport : 04-02-2021  
Verzending inspectierapport : 08-02-2021

## 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 toezichhoudend ambtenaar aanwijzen. Het college van B&W van de gemeente Barneveld heeft de Directeur Publieke Gezondheid van GGD Gelderland-Midden aangewezen als toezichhoudend ambtenaar met de mogelijkheid deze toezichhoudende taak te mandateren aan medewerkers van GGD Gelderland-Midden.

Aanbieders 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 aangevuld met kwaliteitscriteria uit de *“Europese aanbesteding vangnetvoorzieningen Wmo 2019 gemeente Barneveld en gemeente Scherpenzeel”*.

### Inspectiehistorie

In 2019 heeft in opdracht van een andere gemeente in de regio Gelderland Midden een kwaliteitsinspectie plaatsgevonden bij Stichting Christelijke Zorgorganisatie Norschoten door de Wmo toezichthouder van GGD Gelderland-Midden.

Vastgesteld werd dat de aanbieder voldeed aan het merendeel van de gestelde wettelijke (kwaliteits)eisen en gemeentelijke eisen.

Verbeterpunten werden gesteld ten aanzien van kwalificaties van personeel en het meten van cliënttevredenheid.

### Onderzoek: aanleiding en belang

Dit onderzoek heeft plaatsgevonden op verzoek van de gemeente Barneveld. Het onderzoek had als doel na te gaan of de aanbieder voldoet aan de wettelijke kwaliteitseisen en aan de aanvullende eisen vanuit de gemeentelijke verordening en overeenkomsten.

Het inspectiebezoek vond plaats op 9 december 2020. Het betrof een aangekondigd bezoek. Het onderzoek bestond uit observatie, bronnenonderzoek (o.a. cliëntdossiers) en interviews. Er hebben gesprekken plaats gevonden met de manager zorg en welzijn, het hoofd van het dagcentrum (leidinggevende) en de beleidsadviseur kwaliteit.

Gezien de maatregelen omtrent COVID-19 hebben telefonisch interviews plaatsgevonden met twee cliënten en twee medewerkers.

Daarnaast heeft de toezichthouder ten behoeve van het onderzoek met één Wmo consulent van de gemeente Barneveld gesproken.

Alle personen die zijn gesproken ten behoeve van het onderzoek stelden zich coöperatief op. De gesprekken verliepen allen in een open en professionele sfeer.

## **Korte beschrijving van de locatie en de doelgroep**

Stichting Christelijke Zorgorganisatie Norschoten (hierna: Norschoten) is in 1998 gestart als voorziening voor mensen met een verpleeghuiszorgindicatie. Ondertussen heeft de aanbieder zich ontwikkeld tot een middelgrote organisatie, die verpleeghuiszorg en dagopvang biedt vanuit de volgende missie:

*“De cliënt treft in zorgorganisatie Norschoten een informele, warme en gemoedelijke sfeer aan. We bieden zorg, behandeling, welzijn en wonen. Dit doen we van hart tot hart, vanuit een veelkleurige christelijke identiteit. Het totale welbevinden van de cliënt staat voorop, met als basis de beschermwaardigheid van het leven.*

*Norschoten is specialist in behandeling en begeleiding van cliënten met dementie en/of somatische aandoeningen en is sterk in palliatieve zorg.*

*Wij zijn expert in multidisciplinaire behandeling van complexe aandoeningen (zoals Parkinson, niet-aangeboren hersenletsel, CVA), behandeling op het gebied van geriatrie en revalidatie”.*

Het team dat werkzaam is op de dagopvang op locatie Klaverweide bestaat uit vier medewerkers. De dagopvang biedt normaliter plek voor 10 á 11 cliënten per dagdeel. Door de maatregelen omtrent COVID-19 is nu plek voor zeven á acht cliënten per dag.

De dagopvang is van maandag tot en met vrijdag dagelijks twee dagdelen geopend;

- Van 10.00 tot 13.00
- Van 13.00 tot 16.00

Momenteel ontvangen 21 cliënten dagopvang op locatie Klaverweide te Barneveld. Hiervan hebben acht cliënten een Wmo beschikking, 11 cliënten ontvangen dagopvang vanuit de Wlz en twee cliënten vanuit een subsidieregeling.

De ondersteuning vindt plaats op basis van Zorg in Natura financiering.

## CONCLUSIE EN ADVIES

Uit onderzoek blijkt dat bij Norschoten wordt voldaan aan het merendeel van de gestelde wettelijke (kwaliteits)eisen en gemeentelijke eisen.

Wat gaat goed:

- Risico's worden doeltreffend in kaart gebracht door middel van diverse risico inventarisaties;
- Het netwerk van de cliënt wordt betrokken, hierbij wordt actief gekeken naar de draaglast en draagkracht van het netwerk;
- Cliënten voelen zich op hun gemak.

Er wordt nog niet voldaan aan:

- **Wettelijke kwaliteitseis: De voorziening is doelmatig, doeltreffend en cliëntgericht (Wmo 2015, art. 3.1, tweede lid sub a).**
  - Het ondersteuningsplan is voorzien van een vaststellingsdatum en is ondertekend door belanghebbenden.
- **Wettelijke kwaliteitseis: De voorziening is veilig (Wmo 2015, art. 3.1, tweede lid sub a).**
  - De aanbieder heeft actuele werkinstructies en handelingsprotocollen.
- **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).
  - Kwaliteitsverbeteringen op basis van signalen van deelnemers (zoals klachten) en van cliënt- en medewerkerstevredenheidsonderzoeken) zijn aantoonbaar.
  - Per groep zijn minimaal 2 medewerkers aanwezig, waarvan minimaal 1 professionele medewerker met diploma op minimaal MBO niveau 4, dagopvang basis.
  - Per groep zijn minimaal 2 professionele medewerkers aanwezig waarvan 1 medewerker met diploma op minimaal MBO niveau 4, dagopvang extra.
  - Alle professionele en vrijwillige medewerkers en vrijwilligers hebben een verklaring omtrent gedrag (VOG) overlegd.
- **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.).**
  - Er is een operationeel intern meldingssysteem voor calamiteiten en geweldsincidenten. Iedere calamiteit en geweldsincident wordt direct na constatering gemeld bij de Wmo toezichthouder.

Daarnaast constateert de toezichthouder een volgend aandachtspunt:

- Het strategisch beleidsplan is enkel via Google te vinden. De toezichthouder adviseert de aanbieder de vindbaarheid van het strategisch beleidsplan te vergroten.

### Advies aan de gemeente

De toezichthouder adviseert de gemeente Barneveld om aan Norschoten een hersteltermijn te geven van drie maanden.

## INSPECTIE-ITEMS

<b>1 Doelmatigheid voorziening</b>	
<i>Wettelijke kwaliteitseis: De voorziening is doelmatig, doeltreffend en cliëntgericht (Wmo 2015, art. 3.1, tweede lid sub a).</i>	
<b>1.1 Cliëntgerichtheid</b>	<b>Ja/nee/deels n.v.t./n.b.<sup>1</sup></b>
De aanbieder heeft per deelnemer een ondersteuningsplan of trajectovereenkomst.	Ja
In het ondersteuningsplan/trajectovereenkomst staan de doelen met bijbehorende activiteiten beschreven.	Ja
Bij het ondersteuningsplan zijn de leefeenheid en/of mantelzorgers betrokken.	Ja
Het ondersteuningsplan sluit aan bij het Gespreksverslag dat met de aanmelding is meegestuurd.	Ja
Het ondersteuningsplan is voorzien van een vaststellingsdatum en is ondertekend door belanghebbenden.	Deels
Het ondersteuningsplan/trajectovereenkomst wordt geëvalueerd op de met de deelnemer afgesproken momenten. De datum van evaluatie is in het ondersteuningsplan/trajectovereenkomst opgenomen.	Ja
De dagopvang is gestart binnen 20 werkdagen na ontvangst van de aanmelding door de gemeente. Indien de dagopvang dient ter ontlasting van de mantelzorg is de dagopvang gestart binnen 10 werkdagen na ontvangst van de aanmelding.	Ja
Op individueel deelnemersniveau wordt geleverd wat nodig is om het resultaat te behalen en hiervan vindt (uren)registratie plaats	Ja
De dagopvang wordt in dagdelen aangeboden. Een dagdeel bestaat uit minimaal 3 uur exclusief reistijd.	Ja
De dagopvang wordt aangeboden in de gemeente Barneveld/Scherpenzeel of een aangrenzende gemeente.	Ja
De locatie waar de dagopvang/beschermd werkplek wordt geboden is goed toegankelijk en geschikt voor minder valide personen.	Ja

### Constatering

Een aanmelding komt binnen bij het cliënt service bureau van Norschoten. De zorgconsulent verwerkt de aanmelding, waarna een intakegesprek volgt met de eerstverantwoordelijke verzorgende (EVV'er) van de dagopvang, de cliënt en diens contactpersoon. Tijdens het intakegesprek worden onder andere de reden van aanmelding en het aanbod van de dagopvang besproken.

Normaliter kan een cliënt voor start van de begeleiding de dagopvang alvast bezoeken voor een kennismaking. Gezien de maatregelen omtrent COVID-19 vervalt momenteel deze kennismaking.

Na start van de dagopvang volgt een observatieperiode van zes weken. Na deze observatieperiode vindt een familiegesprek plaats met de eerstverantwoordelijke verzorgende, de cliënt en diens contactpersoon.

<sup>1</sup> N.b. betekent 'niet beoordeeld'.

De eerstverantwoordelijke verzorgende is verantwoordelijk voor het opstellen van de ondersteuningsplannen en het uitvoeren van de evaluaties.  
Een week voorafgaand aan het familiegesprek na de observatieperiode neemt de eerstverantwoordelijke verzorgende het ondersteuningsplan met de cliënt door, waarna de cliënt het ondersteuningsplan alvast meeneemt naar diens contactpersoon.  
Tijdens het familiegesprek wordt het ondersteuningsplan besproken, waarna deze wordt vastgesteld.

De toezichthouder heeft drie ondersteuningsplannen van cliënten ingezien. Deze waren voorzien van SMART geformuleerde doelen en een vaststellingsdatum.  
De ondersteuningsplannen bevatten bijbehorende acties, waarbij staat beschreven wie betrokken zijn bij de uitvoering hiervan.  
In het ondersteuningsplan wordt genoemd op welke termijn evaluatie plaats dient te vinden. Daarnaast wordt door de eerstverantwoordelijke verzorgende een lijst bijgehouden met evaluatiedata.

Het ondersteuningsplan werd voorheen ondertekend door de cliënt en de eerstverantwoordelijke verzorgende en in het dossier van de cliënt opgenomen.  
Vanaf 2020 wordt enkel mondeling akkoord gegeven door de cliënt, waarna de eerstverantwoordelijke verzorgende hiervan een notitie maakt in het ondersteuningsplan.  
Hiermee wordt niet aan gestelde eis voldaan.

Ondersteuningsplannen worden voor de duur van een jaar opgesteld en jaarlijks geëvalueerd. Indien sprake is van dagopvang basis vindt jaarlijks een familiegesprek plaats, waarin evaluatie plaatsvindt op onder andere het ondersteuningsplan.  
In geval van dagopvang extra vindt jaarlijks een multidisciplinair overleg plaats, waar tevens een specialist ouderengeneeskunde bij aansluit en indien gewenst andere zorgaanbieders. In beide gevallen sluit ook de eerste contactpersoon aan.  
Wanneer blijkt dat een ondersteuningsplan eerder aandacht nodig heeft, dan wordt deze eerder geëvalueerd met de cliënt en aangepast.

De aanbieder geeft aan altijd te kijken wie er betrokken zijn bij de cliënt en waarmee verbinding gelegd kan worden. De naam van de eerste contactpersoon wordt altijd vastgelegd in het dossier van de cliënt. Daarnaast werkt de aanbieder met toestemmingsformulieren voor het uitwisselen van gegevens en het zoeken van afstemming met bijvoorbeeld externe zorgaanbieders, de eerste contactpersoon en/of ander netwerk van de cliënt.

De dagopvang is van maandag tot en met vrijdag dagelijks twee dagdelen geopend;

- Van 10.00 tot 13.00;
- Van 13.00 tot 16.00.

Medewerkers van de dagopvang houden dagelijks urenregistratie bij in een Excelbestand. Dit bestand wordt wekelijks naar de zorgregistratie verstuurd, die dit vertaalt in een factuur naar de gemeente Barneveld.



1.2 Doeltreffendheid	Ja/nee/deels n.v.t./n.b.
Medewerkers werken vanuit de lokale visie op maatschappelijke ondersteuning waarbij wordt uitgegaan van wat een cliënt (nog) wel zelf kan of wellicht kan leren en wat mensen in het sociaal netwerk of algemene voorziening kunnen betekenen en pas daarna de inzet van professionele ondersteuning in beeld komt.	Ja
De aanbieder zorgt dat de deelnemers naar de activiteiten kunnen komen en weer thuis.	Ja
Medewerkers stimuleren waardevol contact tussen deelnemers onderling.	Ja
De afspraken uit het ondersteuningsplan/trajectovereenkomst worden in de praktijk nagekomen. Afwijkingen van het plan worden gemotiveerd toegelicht en besproken met de deelnemer.	Ja
Medewerkers hebben oog voor de draagkracht/draaglast van de evt. leefeenheid en mantelzorger van de deelnemer.	Ja

### Constatering

Het doel van de dagopvang is om cliënten zo lang mogelijk zelfstandig te laten wonen. Per cliënt wordt gekeken wat deze nog kan en middels activiteiten kan behouden. Medewerkers nemen beslissingen zo veel mogelijk in samenspraak met de cliënt, waarmee aangesloten wordt bij de cliënt.

De aangeboden activiteiten vinden zowel individueel als in groepsverband plaats. Indien een hulpvraag ligt op mobiliteit worden hier bijvoorbeeld activiteiten voor afgesproken. Daarnaast wordt de zelfstandigheid gestimuleerd door cliënten bijvoorbeeld te betrekken bij het koken. Dit gebeurt door de maatregelen omtrent COVID-19 momenteel niet.

Normaliter wordt onderling contact tussen de cliënten actief gestimuleerd door de aangeboden groepsactiviteiten en door cliënten elkaar te laten helpen. De aanbieder heeft oog voor de groepsdynamiek door bij een nieuwe aanmelding te bekijken op welke dagen deze het beste past in de groep van de dagopvang. Gezien de maatregelen omtrent COVID-19 is de sociale interactie verminderd, waardoor het onderlinge contact moeilijker gestimuleerd kan worden.

Indien een cliënt door COVID-19 niet naar de dagopvang durft te komen vinden huisbezoeken plaats en worden activiteiten thuis aangeboden. Daarnaast vindt tussentijds telefonisch contact plaats met bijvoorbeeld de mantelzorger van de cliënt.

De dagopvang richt zich daarnaast op de draagkracht en draaglast van het netwerk van de cliënt. De aanbieder werkt met een formulier 'ervaren druk door informele druk', die door het netwerk wordt ingevuld. Dit formulier brengt in kaart op welke aspecten het netwerk druk ervaart.

Dit formulier wordt niet standaard met iedere cliënt ingevuld, maar enkel als het ondersteunen van mantelzorg een doel van de cliënt is. Indien dit formulier is ingevuld wordt deze jaarlijks herzien, om de draagkracht en draaglast in beeld te houden en hierop waar mogelijk te kunnen aansluiten vanuit de dagopvang.

De aanbieder draagt zorg voor het vervoer naar de dagopvang en weer naar huis. Enkele cliënten worden gebracht en gehaald door het netwerk, waar ook gebruik gemaakt kan worden van vervoer van de aanbieder of een extern vervoersbedrijf.

<b>2 Veiligheid</b>	
Wettelijke kwaliteitseis: De voorziening is veilig (Wmo 2015, art. 3.1, tweede lid sub a.).	
<b>2.1 Protocollen</b>	<b>Ja/nee/deels n.v.t./n.b.</b>
De aanbieder heeft actuele werkinstructies en handelingsprotocollen.	Deels
Er is een operationeel intern meldingssysteem (interne regeling) voor calamiteiten en geweldsincidenten	Ja

### Constatering

Vrijwel alle werkinstructies en handelingsprotocollen waar de aanbieder over beschikt zijn actueel. Twee documenten die de toezichthouder heeft ingezien zijn verouderd en dienen te worden herzien.

Op één document na zijn alle documenten voorzien van een opstellingsdatum.

Indien sprake is van een incident of calamiteit kunnen medewerkers hiervan melding doen in het registratiesysteem. De melding wordt vervolgens beoordeeld door de eerstverantwoordelijke verpleegkundige en het hoofd dagcentrum.

De leidinggevende is verantwoordelijk voor analyse van de meldingen en het uitzetten van maatregelen/ vervolgacties om de kwaliteit van de zorg te waarborgen.

Zo nodig worden betrokken zorgverleners, medewerkers of andere deskundigen betrokken.

De specialisten ouderengeneeskunde dragen verantwoordelijkheid bij meldingen die medische problematiek betreffen. De aanbieder heeft een tevens een MIC-commissie aangesteld, die analyse en beoordeling uitvoert op meldingen die zijn gedaan. Meldingen worden in ernst gescoord, waar per score staat beschreven wat hierop het vervolg is. Afhankelijk van deze score wordt een incident of calamiteit middels de PRISMA methode geanalyseerd.

Per kwartaal wordt een rapportage uitgebracht met een advies aan de leidinggevendenden.

De dagopvang houdt daarnaast zelf een registratie bij van incidenten binnen de dagopvang en de hierop gestelde verbetermaatregelen.

<b>2.2 Risico- inventarisatie</b>	<b>Ja/nee/deels n.v.t./n.b.</b>
De aanbieder kent een brandveiligheids- en ontruimingsplan. Periodiek wordt ontruiming geoefend.	Ja
Op de locatie is een gediplomeerd en getraind BHV- er aanwezig (deze persoon hoeft niet tot de organisatie te behoren).	Ja
De aanbieder heeft geïnventariseerd of er en zo ja welke fysieke risico's er voor cliënten zijn.	Ja
Preventie infectieziekten: het gebouw en de inventaris zijn schoon en onderhouden.	Ja
Medewerkers die contact hebben met de cliënten hebben voldoende training en kennis om 'niet pluis' signalen te herkennen en adequaat te handelen.	Ja

### Constatering

De aanbieder heeft een calamiteitenprotocol opgesteld, dat onder andere bestaat uit een brandveiligheids- en ontruimingsplan. Daarnaast hangt op diverse plekken in het gebouw een ontruimingsplan.

Per kwartaal vindt er op alle locaties van de aanbieder een controle plaats op materialen en middelen door de technische dienst, waarbij een checklist en het logboek worden doorlopen.

Ontruiming wordt periodiek geïmplementeerd. Dit heeft anderhalf jaar geleden voor het laatst plaatsgevonden met alle cliënten.

In beleid staat aangegeven dat minimaal één keer per jaar ontruiming plaatsvindt. Door de maatregelen omtrent COVID-19 heeft in 2020 geen ontruiming plaatsgevonden.

Het gebouw wordt verder goed onderhouden en is schoon. De dagopvang werkt met een schoonmaaklijst, waarin staat wat op welk moment schoongemaakt moet worden. Indien dit is gebeurd, tekent de medewerker dit af op de lijst.

Op locatie Klaverweide bevinden zich woonlocaties met BHV geschoolde medewerkers en het hoofd facilitaire dienst, gevestigd naast de dagopvang, is BHV geschoold. Gezien op de locatie voldoende BHV geschoolde medewerkers aanwezig zijn, ontvangen medewerkers op de dagopvang geen scholing omtrent BHV.

Met cliënten worden standaard drie risicolijsten ingevuld;

- Depressie screeningslijst;
- Slikproblemen screeningslijst;
- Val risico score lijst.

Deze risicolijsten worden jaarlijks herzien. De risicolijsten zijn voorzien van een score en hierin is opgenomen vanaf welke score overleg met een arts gewenst is. Resultaten van de scorelijsten worden besproken tijdens familiegesprekken. Indien zich tussentijds een gedragsverandering voordoet kan de risicolijst(en) eerder herzien worden.

Medewerkers hebben voldoende training en scholing ontvangen om 'niet plus' signalen te herkennen. Het scholingsaanbod staat verder beschreven bij constatering 4.3.

<b>2.3 Grensoverschrijdend gedrag</b>	<b>Ja/nee/deels n.v.t./n.b.</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 seksueel misbruik.	Ja
Medewerkers zijn geïnstrueerd over en in staat tot het hanteren van de <i>Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling</i> .	Ja

### **Constatering**

In het protocol 'ongewenste omgangsvormen' en de gedragscode is beleid opgenomen ten aanzien van seksualiteit, vriendschap e.d.  
De aanbieder heeft een meldcode huiselijk geweld opgesteld. Medewerkers zijn met beide protocollen bekend.

De aanbieder geeft aan dat de meldcode huiselijk geweld recent weer onderwerp van gesprek in verschillende teams is geweest. Hierbij is nagegaan of er bij medewerkers behoefte heerst aan bijscholing.

De leidinggevende is verantwoordelijk voor het inventariseren van de scholingsbehoefte omtrent de meldcode huiselijk geweld.

De eerstverantwoordelijke verzorgende benoemt met andere eerstverantwoordelijke verzorgenden binnen de organisatie regelmatig overleg te hebben, waarin de meldcode huiselijk geweld ook onderwerp van gesprek kan zijn.

<b>3 Samenwerking en afstemming</b>	
<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>	
<b>3.1 Afstemming met andere hulp- of zorgverleners</b>	<b>Ja/nee/deels n.v.t./n.b.</b>
Het ondersteuningsplan per deelnemer is zo nodig met andere aanbieders opgesteld.	Ja
Met andere hulp- en zorgverleners (bijv. huisartsen, wijkverpleging ) vindt zo nodig afstemming en de noodzakelijke gegevensuitwisseling plaats.	Ja
De medewerkers hebben voldoende kennis van de lokale sociale kaart van de gemeente Barneveld / Scherpenzeel en aangrenzende gemeenten om de werkzaamheden goed uit te voeren.	Ja

### Constatering

Bij start van zorg worden afspraken gemaakt ten aanzien van gegevensuitwisseling met de cliënt.

Indien gewenst worden externe hulp- en zorgverleners betrokken bij de begeleiding.

Tussentijds vindt, indien nodig, afstemming plaats met zowel netwerk van de cliënt als externe zorg- en hulpverleners.

Daarnaast kan iedere cliënt een 'communicatieboekje' ontvangen, waarin door medewerkers wordt bijgehouden hoe de dag is verlopen en wat de cliënt heeft gedaan. Dit boekje heeft als doel om het netwerk van de cliënt op de hoogte te houden. Netwerk van de cliënt kan hierin ook zaken zetten die belangrijk of leuk zijn voor begeleiding om te weten.

Indien de dagopvang niet toereikend blijkt te zijn voor de cliënt of een Wmo beschikking niet meer voldoet, vindt hierover afstemming plaats met de cliënt, diens contactpersoon en de Wmo consulent.

De Wmo consulent van de gemeente Barneveld noemt de aanbieder betrokken en geeft als voorbeeld één casus waarvoor de aanbieder zelf contact heeft opgenomen, omdat de ondersteuning niet meer toereikend was. De aanbieder heeft in dit geval zelf gekeken naar een passende plek voor betreffende cliënt.

<b>4 Kwaliteit van personeel en organisatie</b>	
<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>	
<b>4.1 Kwaliteitsborging</b>	<b>Ja/nee/deels n.v.t./n.b.</b>
Er is een kwaliteitsmanagementsysteem in gebruik (processen worden structureel volgens (een aanwezig) plan geëvalueerd en de documenten zijn niet ouder dan drie jaar).	Deels
De organisatie heeft een kwaliteitskeurmerk.	Ja
Kwaliteitsverbeteringen op basis van signalen van deelnemers (zoals klachten) en van cliënt- en medewerkerstevredenheidsonderzoeken zijn aantoonbaar.	Deels
De continuïteit van de geboden voorziening is gewaarborgd.	Ja

De aanbieder is tenminste tijdens kantoortijden bereikbaar (fysiek, telefonisch en via email).	Ja
De aanbieder stelt periodiek een beleidsplan vast en maakt dit openbaar	Ja
De aanbieder evalueert beleid periodiek en stelt dit zo nodig bij	Ja

### Constatering

Er is een kwaliteitssysteem in gebruik, waarin vrijwel alle documenten niet ouder zijn dan drie jaar. Twee documenten die de toezichthouder heeft ingezien zijn verouderd en dienen te worden herzien.

Op één document na zijn alle documenten voorzien van een opstellingsdatum.

Alle documenten en werkinstructies zijn op een digitaal platform te vinden voor medewerkers. In de documentgegevens is een revisiedatum opgenomen. De systeembeheerder krijgt een melding wanneer een document herzien dient te worden. Vervolgens zet de systeembeheerder opdracht uit naar betreffende medewerker, waarin staat beschreven wanneer betreffend document herzien dient te worden.

Als betreffende medewerker het document heeft herzien, wordt deze nog gecontroleerd door een andere medewerker. In het systeem wordt door de medewerker aangevinkt wanneer het document klaar is. Vervolgens doorloopt de systeembeheerder de wijzigingen ter controle. Eén keer per kwartaal ontvangt de kwaliteitscoördinator een verslag van de stand van zaken, over bijvoorbeeld documenten die niet tijdig zijn herzien. De kwaliteitscoördinator zet hier vervolgens actie op uit.

Cliënttevredenheid is onderwerp van gesprek tijdens evaluaties, waarnaast gebruik wordt gemaakt van de Zorgkaart Nederland. De aanbieder is voornemens in februari 2021 een cliënttevredenheidsonderzoek af te nemen, waarnaast de aanbieder bezig is met een (online) formulier dat cliënten twee keer per jaar kunnen invullen ten aanzien van cliënttevredenheid.

Iedere twee jaar vindt een medewerkerstevredenheidsonderzoek plaats. De resultaten worden door de leidinggevende besproken met de medewerkers. Uitkomsten worden tevens verwerkt in het jaarplan, wat door iedere leidinggevende wordt opgesteld naar aanleiding van het strategisch beleidsplan.

Het strategisch beleidsplan is openbaar gemaakt. Echter is deze alleen te vinden wanneer deze via Google wordt opgezocht. De toezichthouder adviseert de aanbieder de vindbaarheid van het strategisch beleidsplan te vergroten.  
 De aanbieder is HKZ gecertificeerd.

De receptie op locatie Klaverweide is iedere werkdag van 08.00 tot 21.00 te bereiken. Daarnaast heeft de dagopvang ook een eigen direct telefoonnummer.

4.2 Personeel	Ja/nee/deels n.v.t./n.b.
Er is een goede verhouding tussen aantal medewerkers en aantal cliënten.	Ja
De maximale groepsomvang is 12 deelnemers.	Ja
Per 6 deelnemers is minimaal 1 medewerker aanwezig, dagopvang basis	Ja
Per 3 deelnemers is minimaal 1 medewerker aanwezig, dagopvang extra	Ja
Per groep zijn minimaal 2 medewerkers aanwezig, waarvan minimaal 1 professionele medewerker met diploma op minimaal MBO niveau 4, dagopvang basis.	Nee
Per groep zijn minimaal 2 professionele medewerkers aanwezig waarvan 1 medewerker met diploma op minimaal MBO niveau 4, dagopvang extra.	Nee

De verdeling van taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden is duidelijk voor de medewerkers.	Ja
De medewerkers handelen in overeenstemming met de professionele standaard.	Ja
De aanbieder heeft beleid t.a.v. verantwoorde inzet van vrijwilligers.	Ja
Alle professionele en vrijwillige medewerkers en vrijwilligers hebben een verklaring omtrent gedrag (VOG) overlegd.	Nee

### Constatering

Dagopvang locatie Klaverweide biedt normaliter plek voor 10 á 11 cliënten per dagdeel. Door de maatregelen omtrent COVID-19 is er nu ruimte voor zeven á acht cliënten per dag. De dagopvang is van maandag tot en met vrijdag dagelijks twee dagdelen geopend;

- Van 10.00 tot 13.00;
- Van 13.00 tot 16.00.

Op de dagopvang zijn vier medewerkers werkzaam die beschikken over de volgende diploma's:

- Verpleegkundige A Mbo niveau 4;
- Ziekenverzorging Mbo niveau 3;
- Verzorgende IG Mbo niveau 3;
- Gezinshelpster Mbo niveau 1.

Dagelijks zijn twee medewerkers aanwezig op de dagopvang. Daarnaast wordt door een vrijwilliger op afgesproken tijden ondersteuning geboden, bijvoorbeeld om te koken. Gezien COVID-19 wordt wisselend een vrijwilliger ingezet.

Ook is normaliter een stagiaire werkzaam op de dagopvang. Hier is door COVID-19 momenteel geen sprake van.

De medewerker die Mbo niveau 4 is geschoold, beoefent de functie van eerstverantwoordelijke verpleegkundige. De eerstverantwoordelijke verpleegkundige is drie dagen werkzaam op de dagopvang. Hierdoor is niet dagelijks een medewerker aanwezig met een Mbo niveau 4 diploma.

Indien sprake is van uitval in het team, wordt vanuit de flexpool van Norschoten vervanging ingezet.

De helft van de medewerkers en vrijwilligers heeft geen VOG overlegd. De aanbieder heeft na de VOG verplichting vanuit de Wmo in 2016, enkel een VOG verplicht gesteld voor nieuwe medewerkers.

De aanbieder geeft aan dat vrijwilligers per 1 januari 2020 een VOG dienen aan te leveren.

De aanbieder werkt met een inwerkprogramma voor nieuwe medewerkers, waarnaast een aftekenlijst wordt hanteert waarin onder andere staat vermeld dat nieuwe medewerkers geïnformeerd dienen te worden over de calamiteitenmap, het kwaliteitshandboek en de meldcode huiselijk geweld.

Zowel cliënten als de Wmo consulent van de gemeente Barneveld uiten zich tevreden over de deskundigheid van de medewerkers.

4.3 Deskundigheidsbevordering	Ja/nee/deels n.v.t./n.b.
De aanbieder biedt de medewerkers passende bijscholing.	Ja

#### Constatering

De aanbieder heeft een strategisch opleidingsbeleidsplan opgesteld voor 2021 – 2025. In het opleidingsbeleidsplan staat beschreven welke doelen de aanbieder heeft opgesteld ten aanzien van scholing en hoe de aanbieder deze wil behalen.

Jaarlijks wordt door de aanbieder tevens een scholingsplan opgesteld. Het scholingsaanbod is voor medewerkers te vinden in een online systeem.  
 Naast fysieke scholing werkt de aanbieder met e-learnings. Per functiegroep worden e-learnings verplicht gesteld, waarnaast medewerkers vrije keuze hebben in het aanbod.

Medewerkers geven aan dat de aanbieder een uitgebreid scholingsaanbod aanbiedt, waarin medewerkers scholingsbehoefte kenbaar kunnen maken.

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/deels n.v.t./n.b.
De deelnemers worden met respect bejegend.	Ja
De deelnemers voelen zich op hun gemak op de plaats waar de voorziening wordt geboden.	Ja
Aan (potentiële) deelnemers wordt begrijpelijke informatie verstrekt over de aanbieder en het aanbod.	Ja
De medewerkers communiceren met deelnemers (en hun evt. mantelzorgers) op voor hen verstaanbare wijze.	Ja
Cliënten worden op begrijpelijke wijze geïnformeerd over hun rechten en plichten.	Ja
De aanbieder bevordert toegankelijkheid van de website (conform EN 301 549/ WCAG 2.0).	Ja
Als de aanbieder uitsluitingscriteria en sanctiebeleid heeft vastgesteld dan zijn deze begrijpelijk en redelijk.	Ja

#### Constatering

Bij de start van de zorg worden cliënten geïnformeerd over hun rechten en plichten. Informatie voor cliënten is tevens opgenomen op de website van de aanbieder, waar cliënten tevens op worden gewezen. Indien gewenst, kan een cliënt een informatiepakket op papier ontvangen.

De twee gesproken cliënten geven aan met respect bejegend te worden en zich op hun gemak te voelen op de dagopvang.

De aanbieder heeft uitsluitingscriteria opgesteld, die aansluiten bij de geboden begeleiding. Sanctiebeleid is niet opgesteld.

5.2 Medezeggenschap	Ja/nee/deels n.v.t./n.b.
De aanbieder heeft een effectieve en laagdrempelige regeling voor medezeggenschap van deelnemers over het beleid van de aanbieder.	Ja

#### Constatering

De aanbieder heeft een cliëntenraad bestaande uit cliënten, familieleden van cliënten en andere relaties van cliënten. Elk lid is gekoppeld aan een locatie van de aanbieder.

De cliëntenraad komt minimaal maandelijks bij elkaar.

5.3 Privacy	Ja/nee/deels n.v.t./n.b.
De aanbieder respecteert de privacy van de deelnemers.	Ja
Er wordt zorgvuldig omgegaan met de uitwisseling van gevoelige informatie (persoonsgegevens, medische gegevens e.d.).	Ja

#### Constatering

De aanbieder werkt met toestemmingsformulieren voor het verstrekken van informatie en voor afstemming met het netwerk van de cliënt.  
 Voor dossierinzage door of namens de gemeente - ter toetsing van de inhoud van het ondersteuningsplan - wordt schriftelijke toestemming gevraagd aan de cliënt.

Daarnaast heeft de aanbieder een privacyverklaring opgesteld, waarin staat beschreven hoe de aanbieder omgaat met persoonsgegevens van de cliënt en welke rechten de cliënt heeft. Cliënten geven aan dat de aanbieder zorgvuldig omgaat met de privacy van de cliënt.

5.4 Melden incidenten en klachten	Ja/nee/deels n.v.t./n.b.
Er is een operationeel intern meldingssysteem voor calamiteiten en geweldsincidenten. Iedere calamiteit en geweldsincident wordt direct na constatering gemeld bij de Wmo toezichthouder.	Deels
Er is een intern meldingssysteem voor incidenten, fouten en bijna fouten dat operationeel is. Melden, registreren, analyse, verbeteractie en terugkoppelen van incidenten, fouten en bijna fouten aan melder en team is geregeld. Incidenten worden intern besproken en er worden verbetervoorstellen geformuleerd.	Ja
Er is sprake van een lerende organisatie.	Ja
Nazorg bij calamiteiten en incidenten is geregeld.	Ja
Er is een effectieve en laagdrempelige klachtenregeling voor cliënten.	Ja
De klachtenregeling is bekend bij de cliënten.	Ja
De aanbieder neemt eventuele klachten in behandeling en handelt die tijdig en passend af.	Ja



### **Constatering**

Indien sprake is van een incident of calamiteit kunnen medewerkers hiervan melding doen in het registratiesysteem.

De interne regeling omtrent incidenten staat verder beschreven bij constatering 2.1.

In beleid is informatie omtrent calamiteiten en meldplicht bij de Inspectie voor Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) opgenomen. Meldplicht bij de Wmo toezichthouder ontbreekt en is niet bekend bij de aanbieder.

Daarnaast ontbreekt een juiste definitie van een calamiteit in de zin van de Wmo.

Nazorg bij calamiteiten en incidenten is geregeld. De eerstverantwoordelijke verzorgende bespreekt situaties na met de cliënt en diens familie en/of contactpersoon.

Daarnaast biedt het team elkaar nazorg en kan, indien gewenst, nazorg worden verleend door de leidinggevende of een onafhankelijke preventiemedewerker.

De aanbieder heeft een klachtenregeling die te vinden is op de website van de aanbieder. Bij start van zorg worden cliënten door de zorgconsulent op de klachtenregeling gewezen. Formele klachten zijn vanuit de dagopvang nog niet gemeld.

## Bronnen

### 1. Interviews met:

- Eén hoofd zorg en welzijn
- Eén hoofd dagcentrum (leidinggevende)
- Eén beleidsadviseur kwaliteit
- Twee medewerkers van de dagopvang
- Twee cliënten
- Eén Wmo consulent

### 2. Observaties tijdens het inspectiebezoek:

- Drie ondersteuningsplannen van cliënten
- Eén document ter ondertekening van ondersteuningsplan
- Eén depressie screeningslijst
- Eén slikproblemen screeningslijst
- Eén val risico score lijst
- Kruisjeslijst voor urenregistratie
- Formulier 'ervaren druk door informele druk'
- Aftekenlijst inwerken medewerkers
- Kwaliteitsmanagementsysteem

### 3. Documenten met betrekking tot het toezicht:

- Stroomschema klachtenregeling, juni 2020
- Procedure melding incidenten cliënten, juni 2020
- Presentatie resultaten MTO, 2019
- Klachtenregeling cliënten, juli 2020
- Incident Registratie Overzicht 2020
- Cliëntenoverzicht
- Document benoemen vertegenwoordiger cliënt
- Toestemmingsformulier uitwisselen van (medische) gegevens
- Privacyverklaring Stichting Christelijke Zorgorganisatie Norschoten – (toekomstige cliënten), oktober 2018
- Formulier benoemen vertegenwoordiger cliënt, januari 2020
- Formulier levensgeschiedenis, juni 2018
- Strategienotitie Norschoten 2020 – 2025, december 2019
- Werkinstructie medicatiedistributie, 2020
- Ongewenste omgangsvormen, maart 2019
- Foto ontruimingsplan
- Calamiteiten beleid en scholing, juni 2017
- Schoonmaaklijst dagbehandeling (ruimte en hulpmiddelen)
- Strategisch opleidingsbeleidsplan 2021 – 2025
- Medicijnlijst Dagcentrum Norschoten, december 2020
- Inclusie en exclusie criteria dagcentrum
- Meldcode huiselijk geweld, oktober 2018
- Inwerkprogramma, augustus 2013
- Gedragscode, november 2014
- Maatregelen bij gedragsproblematiek
- Gedragsproblematiek cliënten, juni 2018
- Lijst MDO
- Calamiteiten Klaverweide (kaart), september 2018

### 4. Documenten met betrekking tot het personeel:

- Vier diploma's van medewerkers
- Twee VOG's van medewerkers
- Vrijwilligersbeleid
- Werkrooster medewerkers

### 5. Overig:

- Website van de aanbieder

## ZIENSWIJZE AANBIEDER

Hieronder volgt een reactie vanuit Zorgorganisatie Norschoten op het tweede rapport kwaliteitsonderzoek van de WMO toezichthouder over Dagcentrum Klaverweide. Het rapport is duidelijk. Het is goed te lezen dat aan het merendeel van de gestelde eisen voldaan wordt. De verbeterpunten zullen opgenomen worden in een plan van aanpak en omgezet in acties die zullen leiden tot een (nog) betere kwaliteit van zorg op het dagcentrum.

Naast bovengenoemde inhoudelijke verbeterpunten zijn er toch ook een drietal onderwerpen die uit de audit naar voren kwamen en waar we graag een eigen zienswijze tegenover willen stellen.

Het betreft de onderwerpen:

1. administratieve lasten,
2. kwaliteitsmanagementsysteem,
3. scholingsniveau medewerkers.

### 1. Administratieve lasten

In de WLZ zijn een aantal verbeteringen doorgevoerd om administratieve lasten te verminderen. De term 'paarse krokodil' heeft eraan bijgedragen om onnodige administratieve taken af te schaffen.

Een voorbeeld hierin is het ondertekenen van een zorg – behandelplan op een apart formulier en het uploaden daarvan. Dit is vervangen door tijdens de bespreking goedkeuring te vragen en deze goedkeuring in het plan op te nemen. In het ECD is dit na te lezen. Voor cliënten met een WLZ indicatie is dit nu de werkwijze. Evenals voor de cliënten die via de WMO bij ons komen. Helaas blijkt dit nu niet toereikend voor de toezichthouder, omdat de WMO hier andere afspraken over heeft. Vraag: In de WLZ is men actief aan het zoeken naar administratieve lastenverlichting. Wat doet de WMO om de administratieve lasten te verlichten?

### 2. Kwaliteitsmanagementsysteem

Kwaliteit is een van de vier pijlers van de organisatie. Dat is zichtbaar door de goede kwaliteit van zorg die wordt gegeven, een hoge cliënt- en medewerkerstevredenheid. Daarnaast is Norschoten HKZ gecertificeerd. Gedurende de WMO audit blijkt dat er ten aanzien van de vragen veel overlap is met een HKZ audit (ISO).

Vraag: Waarom is de WMO audit niet aanvullend in de vraagstelling als een organisatie aan de HKZ eisen voldoet?

### 3. Scholingsniveau medewerker

De eis is: Per groep zijn minimaal 2 medewerkers aanwezig, waarvan minimaal 1 professionele medewerker met diploma op minimaal MBO niveau 4, dagopvang basis en dagopvang extra. Norschoten voldoet niet aan die eis.

Er is in het team een medewerker niveau 4 werkzaam in dit team, zij werkt niet elke dag op de groep, maar heeft het overzicht voor ondersteuningsplannen, familiegesprekken en contacten met familie dan wel het netwerk.

Daarnaast is het dagcentrum op Klaverweide in pandig in de zorgorganisatie en kan dus bij calamiteiten en incidenten 24/7 gebruik maken van alle diensten die in de zorgorganisatie aanwezig zijn.

In onze zienswijze is het voor het waarborgen van de kwaliteit niet noodzakelijk dat een medewerker niveau 4 de hele week op de groep aanwezig is.

Tot slot nog een opmerking. Deze had gemeld moeten worden tijdens de hoor/wederhoor op 28 januari 2021, maar niet aan de orde gekomen. Het betreft de constatering op blz. 9, waar we graag nog het volgende willen aanvullen:

De dagopvang richt zich daarnaast op de draagkracht en draaglast van het netwerk van de cliënt. De aanbieder werkt met een formulier 'ervaren druk door informele druk', die door het netwerk wordt ingevuld. Dit formulier brengt in kaart op welke aspecten het netwerk druk ervaart. Dit formulier dient jaarlijks te worden herzien, om de draagkracht en draaglast in beeld te houden en hierop waar mogelijk te kunnen aansluiten vanuit de dagopvang. Dit formulier dient door het netwerk van iedere cliënt te worden ingevuld, maar is niet in elk cliëntdossier opgenomen.

Dit formulier word alleen ingevuld als "ondersteuning van de mantelzorg" een doel is waarmee de cliënt komt. Hier wordt dus maatwerk verleend en wordt niet standaard gedaan.

Overigens interessant om te bespreken of de verantwoordelijkheid voor het meten van de informele druk bij de zorgaanbieder of bij de gemeente ligt.

Met vriendelijke groet,

Zorgorganisatie Norschoten

- De toezichthouder ziet in de zienswijze aanleiding om een wijziging aan te brengen in de rapportage. De toezichthouder heeft een aanpassing gedaan in constatering 1.2, waar beschreven stond dat het formulier 'ervaren druk door informele druk' door het netwerk van iedere cliënt dient te worden ingevuld. Dit is aangepast naar: "*Dit formulier wordt niet standaard met iedere cliënt ingevuld, maar enkel als het ondersteunen van mantelzorg een doel van de cliënt is*".

**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](mailto:ggd@vggm.nl)

I [www.vggm.nl](http://www.vggm.nl)



**Gelderland-Midden**