



WMO TOEZICHT

Definitief rapport kwaliteitsonderzoek GGz Centraal

Naam locatie: Wmo teams Barneveld
Adres: Bouwheerstraat 46
Postcode en woonplaats: 3772 AL Barneveld

Vangnetvoorzieningen
- Beschermd thuis

Datum inspectie: 27 september 2021

Opdrachtgevende gemeente: Gemeente Barneveld en gemeente Scherpenzeel



Gelderland-Midden

INHOUDSOPGAVE

GEGEVENSOVERZICHT	3
INLEIDING	4
Inspectiehistorie	4
Onderzoek: aanleiding en belang	5
Korte beschrijving van de locatie en de doelgroep	5
CONCLUSIE EN ADVIES	6
Advies aan de gemeente	6
BEVINDINGEN.....	7
1 Doelmatigheid voorziening.....	7
2 Veiligheid	9
3 Samenwerking en afstemming.....	11
4 Kwaliteit van personeel en organisatie	12
5 Rechten van de cliënt.....	14
ZIENSWIJZE AANBIEDER	18

GEGEGENSOVERZICHT

Gegevens aanbieder

Naam : GGz Centraal
Adres : Bouwheerstraat 46
Postcode en woonplaats : 3772 AL Barneveld
Website aanbieder : www.ggzcentraal.nl
Aantal medewerkers : 10
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

Naam : Gemeente Scherpenzeel
Adres : Postbus 100
Postcode en woonplaats : 3925 ZJ Scherpenzeel

Planning

Datum inspectie : 27-09-2021
Opstellen eerste concept inspectierapport : 26-10-2021
Hoor/wederhoor : 09-11-2021
Opstellen tweede concept inspectierapport : 09-11-2021
Zienswijze ontvangen : -
Vaststelling inspectierapport : 15-11-2021
Verzending inspectierapport : 15-11-2021

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 toezichthoudend ambtenaar aanwijzen. Het college van B&W van de gemeenten Barneveld en Scherpenzeel hebben de Directeur Publieke Gezondheid van GGD Gelderland-Midden aangewezen als toezichthoudend ambtenaar met de mogelijkheid deze toezichthoudende 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”* en *“Programma van Eisen Inkoop Ambulante Jeugdhulp 18+”*.

Inspectiehistorie

Op 20 februari 2017 heeft de GGD Gelderland-Midden in opdracht van de gemeente Barneveld een kwaliteitsonderzoek uitgevoerd bij de wooncoaching van GGz Centraal.

Tijdens dit onderzoek werden de volgende aandachtspunten gesteld:

- Het ondertekenen van het herstelplan;
- Aanwezigheid van Verklaring Omtrent Gedrag (VOG);
- Het verstrekken van begrijpelijk informatie aan cliënten over het aanbod van de aanbieder en over rechten en plichten;
- De uitwisseling van gevoelige informatie en toestemming hiervoor door de cliënt;
- De klachtenregeling voor cliënten;
- Het openbaar maken van relaties met andere organisatorische eenheden.

De Wmo toezichthouder adviseerde de gemeente Barneveld om drie jaar nadien opnieuw een inspectie uit te voeren. Ook werd geadviseerd om de items met betrekking tot de klachtenregeling en informatievoorziening na een jaar opnieuw te toetsen.

Ook heeft de GGD Gelderland-Midden in opdracht van de gemeente Scherpenzeel een kwaliteitsonderzoek uitgevoerd op 1 juli 2020 bij de wooncoaching van GGz Centraal. Uit dit onderzoek is gebleken dat GGz Centraal voldeed aan het merendeel van de gestelde wettelijke (kwaliteits)eisen en gemeentelijke eisen. Aandachtspunten werden gesteld ten aanzien van het inventariseren van fysieke risico's voor cliënten en ten aanzien van sanctiebeleid.

De Wmo toezichthouder adviseerde de gemeente Scherpenzeel om kennis te nemen van het rapport en niet te handhaven.

Onderzoek: aanleiding en belang

Dit onderzoek heeft plaatsgevonden op verzoek van de gemeenten Barneveld en Scherpenzeel.

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 27 september 2021. Het betrof een aangekondigd bezoek. Het onderzoek bestond uit observatie, bronnenonderzoek (o.a. cliëntdossiers) en interviews. Er hebben gesprekken plaats gevonden met de teamleider ambulante woonbegeleiding van GGz Centraal.

Tevens zijn gesprekken gevoerd met drie cliënten en drie medewerkers. De leidinggevende was bij de gesprekken met cliënten en medewerkers niet aanwezig.

Ook is ten behoeve van het onderzoek met twee Wmo consultants van de gemeente Barneveld gesproken.

Personen stelden zich coöperatief op. De gesprekken verliepen in een open en professionele sfeer.

Korte beschrijving van de locatie en de doelgroep

GGz Centraal biedt diagnostiek, behandeling, begeleiding, preventie en voorlichting aan mensen met psychische, psychiatrische en/of psychosociale problematiek vanuit de kernwaarden *'dichtbij en deskundig'*. In totaal biedt GGz Centraal hulp aan 25.000 cliënten verspreid over midden Nederland.

Het ambulante team in Barneveld biedt naast wooncoaching en wooncoaching extra ook beschermd thuis. Dit team bestaat uit 10 medewerkers, waarvan er vijf zijn aangewezen om ook beschermd thuis te bieden.

Door het ambulante team Barneveld wordt nauw samengewerkt met twee beschermde woonvormen van GGz Centraal in Barneveld. Iedere cliënt wordt aan een woonvorm gekoppeld. Benodigde zorg buiten kantooruren wordt door medewerkers van de beschermde woonvorm gegeven en cliënten kunnen bij activiteiten op de woonvorm aansluiten zoals samen koken.

Beschermd thuis wordt geboden aan acht cliënten, allen met een beschikking van de gemeente Barneveld. Het merendeel van de cliënten ontvangt ook behandeling van GGz Centraal. Er zijn ten tijde van het onderzoek geen cliënten die beschermd thuis ontvangen met een beschikking van de gemeente Scherpenzeel.

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

CONCLUSIE EN ADVIES

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

Wat gaat goed:

- De aanbieder beschikt over een ruim scholingsaanbod;
- Cliënten zijn tevreden met de geleverde ondersteuning.

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 opgesteld door een professionele medewerker met diploma op minimaal HBO niveau.
 - Het ondersteuningsplan/trajectovereenkomst wordt geëvalueerd op de met de deelnemer afgesproken momenten. De datum van evaluatie is in het ondersteuningsplan/trajectovereenkomst opgenomen.
 - Iedere 6 maanden wordt een narratief verslag aangeleverd inzake de voortgang van de ondersteuning.
 - De levering van de ondersteuning dient binnen 10 werkdagen na ontvangst van de opdracht/beschikking te starten.

- **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.).**
 - De coachende ondersteuning wordt geleverd door medewerkers op HBO niveau.

Advies aan de gemeente

De toezichthouder geeft het advies aan de gemeenten Barneveld en Scherpenzeel om te handhaven op de eisen waaraan niet wordt voldaan (conform handhavingsbeleid).

Toelichting handhaving

De toezichthouder geeft aan de gemeente het advies om wel of niet te handhaven. Handhaving is een verzamelnaam voor activiteiten die zijn gericht op het bewerkstelligen van een goede naleving of een goede kwaliteit". (Bron: Rijksoverheid)

Er zijn verschillende vormen van handhaving, enkele voorbeelden: een (normoverdragend) gesprek voeren, een schriftelijke waarschuwing geven, last onder dwangsom, last onder bestuursdwang, het opleggen van een cliëntenstop, contractontbinding, etc.

Afhankelijk van o.a. de ernst en/of hoeveelheid van de overtreding(en), of sprake is van een recidive en de bereidheid van de aanbieder om de overtreding te beëindigen, besluit de gemeente, op basis van het gemeentelijk handhavingsbeleid, welke vorm van handhaving wordt ingezet.

INSPECTIE-ITEMS

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 Cliëntgerichtheid	Ja/nee/deels n.v.t./n.b.¹
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 is opgesteld door een professionele medewerker met diploma op minimaal HBO niveau.	Deels
Het ondersteuningsplan sluit aan bij het Gespreksverslag dat met de aanmelding is meegestuurd.	Ja
De activiteiten en frequentie zijn zoveel mogelijk afgestemd op de wensen/mogelijkheden van de leefeenheid en direct bij de leefeenheid betrokken mantelzorgers.	Ja
Het ondersteuningsplan is voorzien van een vaststellingsdatum en is ondertekend door belanghebbenden.	Ja
Het ondersteuningsplan/trajectovereenkomst wordt geëvalueerd op de met de deelnemer afgesproken momenten. De datum van evaluatie is in het ondersteuningsplan/trajectovereenkomst opgenomen.	Deels
Iedere 6 maanden wordt een narratief verslag aangeleverd inzake de voortgang van de ondersteuning.	Nee
De levering van de ondersteuning dient binnen 10 werkdagen na ontvangst van de opdracht/beschikking te starten.	Nee
De ondersteuning wordt in principe bij de cliënt thuis geboden.	Ja

Constatering

Na een nieuwe aanmelding van een cliënt volgt een intakegesprek met de teamleider. Nieuwe aanmeldingen worden wekelijks in het teamoverleg besproken, waar een medewerker aan de client toegewezen wordt. Toegewezen medewerker plant vervolgens een kennismakingsgesprek met de cliënt.
 De aanbieder geeft aan dat de begeleiding vaak niet binnen 10 werkdagen gestart kan worden en noemt een maand reëler te vinden.
 De ondersteuning vindt bij de cliënt thuis plaats.

De toezichthouder heeft drie ondersteuningsplannen van cliënten ingezien. Het Gespreksverslag van de gemeente dient als basis voor het ondersteuningsplan. Een Wmo consulent noemt hierover het volgende:

"Het ondersteuningsplan is een mooie concrete vertaling van het Gespreksverslag".

De ondersteuningsplannen bevatten leefdomeinen die standaard met de cliënt worden doorlopen. Op de leefdomeinen worden doelenafspraken gemaakt.

¹ N.b. betekent 'niet beoordeeld'.

De ondersteuningsplannen zijn voorzien van een vaststellingsdatum en ondertekening van de cliënt. In één ondersteuningsplan ontbreekt een eerstvolgende evaluatiedatum.
De ondersteuningsplannen worden deels opgesteld door Hbo geschoold personeel. Van de vijf medewerkers die beschermd thuis bieden is er één medewerker werkzaam die (nog) niet beschikt over een Hbo diploma en van één medewerker ontbreekt het diploma in het personeelsdossier.

Ondersteuningsplannen worden jaarlijks geëvalueerd. Er wordt geen evaluatieverslag geschreven. Het plan wordt enkel aangepast op basis van de evaluatie.
Een narratief verslag inzake de voortgang van de ondersteuning wordt niet halfjaarlijks geschreven en aangeleverd. De aanbieder geeft aan dat het wijkteam hier ook niet om vraagt.

Rapportage wordt veelal algemeen beschreven. De medewerker kan wel een bepaalde vraag of doel opnemen in de rapportage, zodat hier standaard op gerapporteerd wordt.
Indien de cliënt ook behandeling van GGz Centraal ontvangt hebben behandelaar en begeleider, mits toestemming door de cliënt is gegeven, inzage in elkaars rapportage.

De aanbieder geeft aan dat de duur van de trajecten erg wisselt, waar een aantal trajecten vijf jaar hebben geduurd. De aanbieder benoemt dat het een doelgroep betreft die vanuit opname of beschermd wonen zelfstandig is gaan wonen. Deze omschakeling en de problematiek van cliënten zorgen veelal voor een lange wenperiode.
Als een cliënt uitstroomt uit beschermd wonen wordt de persoonlijk begeleider van de beschermde woonvorm vaak ook nog tijdelijk ingezet naast een medewerker uit het ambulante team ter ondersteuning.

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 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
Het sociale netwerk wordt waar mogelijk ingeschakeld, versterkt en uitgebouwd.	Ja
De medewerker ondersteunt de leefeenheid waar nodig in contacten met officiële instanties.	Ja

Constatering

Het netwerk van de cliënt wordt, indien gewenst, betrokken bij de begeleiding. Contact met het netwerk vindt altijd plaats met de cliënt en anders met medeweten en toestemming.
Alle gesproken cliënten geven aan dat het netwerk betrokken wordt bij de ondersteuning die zij ontvangen.

De aanbieder heeft een familievertrouwenspersoon in dienst waar familie en/of naasten van de cliënt om informatie en ondersteuning kunnen vragen.
Informatie over de familievertrouwenspersoon is te vinden op de website van de aanbieder.

Alle gesproken cliënten geven aan dat samen met hen een ondersteuningsplan is opgesteld.
Met betrekking tot de voortgang noemen cliënten het volgende:

“Er wordt wel aan de doelen gewerkt, maar op de lange termijn. Als dingen veranderen heb ik daar moeite mee dus de begeleiding moet veel geduld met me hebben. Er is wel resultaat geboekt door de jaren heen. Ik had vooral veel last van agressie en moeite met het op orde houden van het huishouden. Dit gaat nu beter”.

“Het ondersteuningsplan heb ik ook zelf in een map. Het doel is voornamelijk om stabiel te blijven op bepaalde punten. Dit is ook onderwerp van gesprek”.

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

Constatering

De aanbieder heeft actuele werkinstructies en handelingsprotocollen. Zie hiervoor ook constatering 4.1.

De aanbieder heeft een interne regeling voor calamiteiten en geweldsincidenten. Zie voor een verdere toelichting constatering 5.4.

2.2 Risico- inventarisatie	Ja/nee/deels n.v.t./n.b.
De aanbieder heeft geïnventariseerd of er en zo ja welke fysieke risico's er voor cliënten zijn.	Ja
Medewerkers die contact hebben met de cliënten hebben voldoende training en kennis om 'niet pluis' signalen te herkennen en adequaat te handelen.	Ja
Er wordt 24 uren bereikbaarheid geboden.	Ja
Indien van toepassing vindt inzet plaats van een Time-out bed	Ja

Constatering

Tijdens het intakegesprek wordt besproken waar medewerkers rekening mee dienen te houden in de begeleiding en waar op gelet moet worden. Bijzonderheden worden verwerkt in het ondersteuningsplan en gedeeld met de woonvorm waar de cliënt aan gekoppeld is. Indien nodig kan hiervoor een document worden opgesteld met informatie over medicatie, bejegening en aandachtspunten wat wordt gedeeld met de woonvorm.

Een signaleringsplan is enkel aanwezig als deze door de behandelaar is opgesteld. Als er een signaleringsplan nodig blijkt te zijn voor een cliënt, wordt dit met behandelaar besproken.

Buiten kantooruren kunnen de cliënten terecht bij de woonbegeleiders van de woonvorm, waarmee 24uurs bereikbaarheid geborgd is.

Er vindt met enige regelmaat inzet plaats van een time-out bed. Op een beschermde woonvorm van de aanbieder zijn vier time-out bedden beschikbaar waar cliënten gebruik van kunnen maken.

Als een cliënt in aanmerking wil komen voor een time-out bed wordt dit gemeld bij enkele speciaal aangewezen teamleden van de beschermde woonvorm. Zij doen een intake met de cliënt en beoordelen of de vraag passend is voor een time-out bed. De aanbieder noemt over de inzet van time-out bedden het volgende:

“Het mag geen crisis zijn. Een time-out is meer om crisis te voorkomen”.

Indien een time-out passend is worden afspraken gemaakt over de duur van de time-out en de inhoud van de begeleiding. Veelal wordt gestart met een week en kan een time-out voor maximaal drie weken worden ingezet.

Medewerkers hebben voldoende kennis en deskundigheid om ‘niet pluis’ signalen te herkennen. Zie hiervoor constatering 4.3.

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

Constatering

Beleid ten aanzien van vriendschap, intimiteit etc. is opgenomen in de algemene huisregels die aan cliënten wordt verstrekt bij start van zorg.

De aanbieder heeft hierover het volgende op haar website opgenomen:

“GGz Centraal keurt iedere vorm van seksueel of intiem contact tussen hulpverleners en cliënten af. Seksueel gedrag van medewerkers – zowel tijdens de hulpverlening als tot zes maanden na afsluiting daarvan – is niet toegestaan en kan dus ook nooit onderdeel van de behandeling zijn”.

De aanbieder heeft een meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling in gebruik waar medewerkers mee bekend zijn. Ook is er een aandachtfunctionaris aangesteld voor de meldcode in het ambulante team en stelt de aanbieder een training meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling verplicht voor medewerkers.

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/deels n.v.t./n.b.	
Het ondersteuningsplan per deelnemer is zo nodig met andere aanbieders opgesteld.	Ja
In het ondersteuningsplan is aangegeven wie regie op zich neemt.	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

Zowel de aanbieder als de gesproken Wmo consultants ervaren de onderlinge samenwerking als goed. Er vindt regelmatig overleg plaats en de aanbieder geeft aan dat de Wmo consultants goed oog hebben voor de doelgroep.

Gemaakte afspraken worden nagekomen en de Wmo consultants noemen de aanbieder te vertrouwen met complexe casuïstiek.

Ten aanzien van afschaling noemen de Wmo consultants het volgende:

“Op- of afschalen gebeurt nauwelijks. Ik zou willen dat ze wat prijsbewuster werken. Als het gaat om ophogen van de uren zijn ze heel vocaal, maar als het wat minder kan zijn ze wat minder vocaal. Dit verschilt wel per begeleider. Eén begeleider is bijvoorbeeld heel goed en denkt ook mee over afschalen. Dan is er een eerlijke discussie”.

“Ik denk dat zij langer vinden dat beschermd thuis nodig is. Dit is wel onderwerp van discussie. Ze verrichten wel heel goed werk en er is deskundigheid. Maar ze zouden pro actiever toe kunnen werken aan afschaling. Ik twijfel of afschaling voldoende aandacht heeft”.

De gesproken medewerkers geven aan vanuit de herstel ondersteunende methodiek te werken en aansluiting te zoeken bij de wensen van de cliënt. Medewerkers noemen de ondersteuning tijdelijk in te zetten, maar dat het per traject verschilt hoe lang een cliënt beschermd thuis nodig heeft.

Indien gewenst wordt het netwerk van de cliënt actief bij de begeleiding betrokken. Contact met derden vindt altijd met medeweten en toestemming van de cliënt plaats.

Als de cliënt ook behandeling van GGz Centraal ontvangt kunnen behandelaar en begeleiders in elkaars rapportage, mits hier toestemming voor is gegeven door de cliënt. Ook worden afspraken met elkaar gemaakt over talen en verantwoordelijkheden, zodat de begeleiding aansluit op de behandeling.

Uit de ondersteuningsplannen valt op te maken wie de regie op zich neemt.

Met de beschermde woonvormen waar cliënten aan gekoppeld zijn vindt indien nodig afstemming plaats. Gesproken cliënten geven aan regelmatig beroep te doen op de beschermde woonvorm of hier activiteiten te volgen. Dit wordt als prettig ervaren en door de Wmo consultants als een meerwaarde omschreven.

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/deels 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).	Ja
De organisatie heeft een kwaliteitskeurmerk.	Ja
Kwaliteitsverbeteringen op basis van signalen van deelnemers (zoals klachten) en van cliënt- en medewerkerstevredenheidsonderzoeken zijn aantoonbaar.	Ja
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

De aanbieder heeft een kwaliteitsmanagementsysteem in gebruik. Documenten en werkinstructies zijn actueel en niet ouder dan drie jaar.
 De aanbieder is HKZ gecertificeerd.

De aanbieder is tijdens kantoortijden goed bereikbaar.

Jaarlijks vindt kwaliteitstoetsing plaats op steeds een ander zorgonderdeel over cliënttevredenheid bij GGz Centraal. Dit wordt vormgegeven door de cliëntenraden van GGz Centraal in samenwerking met het Landelijk Steunpunt Medezeggenschap (LSR). Ten behoeve van het onderzoek wordt gesproken met cliënten, medewerkers, teamleiding, management en de directie.
 Rapporten en verbeterplannen zijn te vinden op de website van de aanbieder. Het beschermd thuis is als zorgonderdeel tot op heden niet getoetst.

Verdere input vanuit onderzoeken, klachten en dergelijke worden door de afdeling beleid verzameld en teruggelegd bij betreffende leidinggevende. De leidinggevende bespreekt deze input met het team om hier aandachtspunten uit te halen die vervolgens worden meegenomen in het jaarplan en/of worden besproken tijdens een teamdag.
 Een jaarplan is omwille van COVID-19 in 2020 niet geschreven met het team.

De aanbieder heeft een meerjarenbeleidsplan, te vinden op de website en voor medewerkers inzichtelijk op intranet. Het beleidsplan is in 2019 herzien, waarna er geen vastomlijnd meerjarenbeleidsplan is geschreven maar een dynamisch kader. Hierin zijn de volgende speerpunten opgenomen:

- Brede geestelijke gezondheidszorg;
- Geïnspireerde medewerkers;
- 1+1=3;
- Opleiden, onderzoek en innovatie;
- Financieel op orde;
- Ons portfolio;
- Verbinden als strategische keuze.

4.2 Personeel	Ja/nee/deels n.v.t./n.b.
Er is een goede verhouding tussen aantal medewerkers en aantal cliënten.	Ja
De coachende ondersteuning wordt geleverd door medewerkers op HBO niveau.	Deels
Niet professionele inzet is deskundig en competent en vindt plaats onder supervisie van een professionele medewerker.	N.v.t.
De professionele inzet is groter dan de niet professionele inzet.	Ja
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.	N.v.t.
Alle professionele en vrijwillige medewerkers en vrijwilligers hebben een verklaring omtrent gedrag (VOG) overlegd.	Ja

Constatering

Het ambulante team in Barneveld biedt naast wooncoaching en wooncoaching extra ook beschermd thuis. Dit team bestaat uit 10 medewerkers, waarvan er vijf zijn aangewezen om ook beschermd thuis te bieden.

Drie medewerkers van het ambulante team werken ook op een beschermde woonvorm van GGz Centraal.

De toezichthouder heeft zeven diploma's van medewerkers ingezien. Zes medewerkers zijn Hbo geschoold en één medewerker heeft een Mbo niveau 4 diploma in de richting van Zorg van Welzijn.

Er ontbraken ten tijde van het onderzoek drie diploma's in personeelsdossiers. Hiervan zijn twee diploma's niet in het personeelsdossier opgenomen en één medewerker zit in het laatste jaar van een Hbo studie en beschikt (nog) niet over een diploma.

Van de begeleiders met een ontbrekend diploma leveren er twee beschermd thuis. Hiermee wordt niet aan gestelde eis voldaan.

Hersteltermijn

De toezichthouder heeft de aanbieder de mogelijkheid geboden om binnen een vastgestelde termijn de twee ontbrekende diploma's van medewerkers op te nemen in het personeelsdossier.

De aanbieder heeft geen gebruik gemaakt van de aangeboden hersteltermijn.

De toezichthouder heeft van alle medewerkers uit het ambulante team een geldig VOG ingezien.

Afhankelijk van de zorgzwaarte en problematiek worden er één of twee medewerkers aan de cliënt gekoppeld. In geval van uitval of vakantie wordt dit opgevangen door de medewerkers die beschermd thuis bieden. Indien nodig kan beschermd thuis worden opgevangen door de rest van het ambulante team.

In het ambulante team zijn geen stagiaires en vrijwilligers werkzaam.

De gesproken wijkconsulenten geven over de deskundigheid van de medewerkers het volgende aan:

"Ik vind ze wel deskundig en ze verrichten heel goed werk. Ze weten in grote lijnen waar ze het over hebben, voornamelijk op gebied van psychiatrische problematiek".

"Het is echt een meerwaarde dat ze cliënten uitnodigen op de woonlocatie. Dit maakt het heel makkelijk en toegankelijk".

"In complexe situaties worden vaak twee begeleiders ingezet. Dit vind ik een plus. Ik vertrouw hen met de meest ingewikkelde casuïstiek en ik ervaar de begeleiders als heel betrokken en goede hulpverleners".

Iedere week vindt een werkoverleg plaats en maandelijks een begeleidingsplanbespreking. Iedere cliënt wordt jaarlijks in deze bespreking besproken om de voortgang te bespreken. Alle medewerkers hebben jaarlijks een functioneringsgesprek met de leidinggevende, waar zij hun behoeften en wensen kunnen uitspreken.

Alle gesproken begeleiders uiten zich tevreden over hun werkzaamheden en het team waar zij in werken.

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

Constatering

De aanbieder beschikt over een online leerplatform waar het scholingsaanbod in te vinden is. Het online leerplatform omvat zowel e-learnings als fysieke scholingen waar medewerkers zich op kunnen inschrijven.

Als een medewerker zich inschrijft voor een training ontvangt de teamleider hier een melding van. De teamleider dient de training goed te keuren.

De aanbieder stelt een aantal cursussen verplicht:

- Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling;
- Herstelondersteunende zorg;
- Suïcidepreventie;
- Medicatie.

Daarnaast vindt sinds mei dit jaar iedere zes weken intervisie plaats in het ambulante team. Via het online leerplatform wordt een intervisor gezocht die hierbij aansluit.

Normaliter wordt er jaarlijks per team een scholingsplan opgesteld. In 2020 is geen scholingsplan gemaakt, omdat fysieke scholing door COVID-19 niet door konden gaan. Dit zal in oktober 2021 weer opgepakt worden.

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.	N.v.t.

Constatering

Alle gesproken cliënten geven aan tevreden te zijn met de begeleiding die zij ontvangen. Ze worden met respect bejegend en voelen zich op hun gemak.

Bij start van zorg ontvangen cliënten een 'welkomstmap' waarmee zij onder andere worden geïnformeerd over de klachtenregeling en de algemene huisregels.

De aanbieder heeft een actuele en toegankelijke website.
 Uitsluitingscriteria zijn door de aanbieder niet opgesteld. Op de website van de aanbieder is wel te vinden aan welke doelgroep de aanbieder welke producten biedt. Sanctiebeleid is niet opgesteld. Als zich iets voordoet wordt over het algemeen met de cliënt het gesprek aan gegaan.

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 organisatie heeft een centrale cliëntenraad en zes regionale cliëntenraden. De centrale cliëntenraad bestaat uit de vertegenwoordigers van de regionale cliëntenraden. De regionale cliëntenraden vertegenwoordigen de belangen van cliënten die zorg ontvangen van de aanbieder in betreffende regio.
 Informatie over de cliëntenraden staat beschreven op de website van de aanbieder.

Daarnaast zijn er vier regionale familie- en naastenraden opgezet die zich inzetten voor de belangen van naasten, familieleden en de cliënten.

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

Bij start van de zorg wordt een toestemmingsformulier voor het uitwisselen van informatie met derden besproken en ondertekend met en door de cliënt.

Dit gaat enkel over afstemming met het professionele netwerk. Indien afstemming met het sociale netwerk nodig is worden hier mondeling afspraken over gemaakt met de cliënt.

Voor dossierinzage door of namens de gemeente - ter toetsing van de inhoud van het coachingsplan - is schriftelijke toestemming gevraagd aan de cliënt.
 De aanbieder heeft privacybeleid opgesteld.

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.	Ja
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

De aanbieder heeft een intern meldingssysteem voor calamiteiten en incidenten. In het protocol 'veilig incidenten melden en afhandelen' staat het proces omtrent het doen van een melding beschreven.

De meldplicht bij calamiteiten bij de IGJ is ook in dit beleid opgenomen. De aanbieder werkt daarnaast met een protocol van de gemeente waarin meldplicht bij de Wmo toezichthouder is opgenomen.

Een incident of calamiteit kan door medewerkers in het daarvoor bedoelde registratiesysteem gemeld worden. De teamleider ontvangt vervolgens de melding en dient deze verder af te handelen.

Na het beoordelen van de melding kan de teamleider kiezen uit de volgende vervolgstappen:

- Registreren, ter kennis aannemen zonder vervolgactie
- In behandeling nemen, vervolgacties ondernemen
- Doorgeven, melding doorgeven aan een andere afdeling ter afhandeling
- Afhandelen, registreren welke acties zijn ondernemen

De teamleider beoordeelt of de gebeurtenis voldoende is beschreven en welke acties al zijn uitgevoerd. Indien sprake is van een ernstig incident of een calamiteit stelt de teamleider de directie en/of raad van bestuur op de hoogte.

De teamleider bespreekt tevens de gebeurtenis met betrokkene(n).

Als zich een incident of calamiteit heeft voortgedaan wordt deze in het wekelijkse teamoverleg besproken. Ook worden afspraken gemaakt over vervolgstappen en verbetermaatregelen. De teamleider is verantwoordelijk voor borging van gestelde verbetermaatregelen.

Daarnaast vindt regelmatig analyse plaats door de aanbieder om de hoeveel en aard van de meldingen in kaart te brengen en kan op basis hiervan verbetermaatregelen voorstellen.

Nazorg na incidenten of calamiteiten aan de cliënt kan door de medewerker of vertrouwenspersoon worden geboden.

Voor medewerkers is er een interne commissie waar zij op kunnen terugvallen.

De aanbieder heeft een klachtenregeling die te vinden is op de website van de aanbieder. Cliënten geven aan bekend te zijn met de klachtenregeling en ontvangen deze ook bij start van zorg.

Bronnen

1. Interviews met:

- Eén teamleider beschermd thuis
- Twee Wmo consulenten
- Drie begeleiders
- Drie cliënten

2. Observaties tijdens het inspectiebezoek

- Drie ondersteuningsplannen van cliënten
- Rapportage van één cliënt
- Eén ingevuld AVG toestemmingsformulier
- Eén ingevuld signaleringsplan
- Werkrooster ambulante begeleiding
- Kwaliteitsmanagementsysteem
- Leerplein
- Meldingssysteem voor incidenten en calamiteiten

3. Documenten met betrekking tot het toezicht

- Huisregels GGz Centraal, januari 2020
- Rapportage externe audit, december 2020
- Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling, juni 2020
- Procedure veilig incidenten melden en afhandeling, november 2019
- Protocol toezicht calamiteiten gemeente
- Jaarverslag 2020 cliëntenraad GGz Centraal Veluwe en Veluwe Vallei, februari 2021
- Reglement regionale klachtencommissie Midden-Nederland, januari 2021
- Privacyreglement, maart 2021

4. Documenten met betrekking tot het personeel

- 10 VOG's van begeleiders
- Zeven diploma's van medewerkers

5. Overig

- Website van de aanbieder

ZIENSWIJZE AANBIEDER

De aanbieder heeft geen gebruik gemaakt van de gelegenheid om een zienswijze aan te leveren.

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



Gelderland-Midden