

WMO TOEZICHT

Definitieve rapportage kwaliteitsonderzoek
Naam: FactorThuis B.V.
Adres: Molenweg 32
Postcode en woonplaats: 3862 CB Nijkerk

Zorgvorm: Lichte begeleiding

Datum inspectie: 12 april 2022
Datum rapport: 24 mei 2022
In opdracht van de gemeente Nijkerk



Gelderland-Midden

INHOUDSOPGAVE

GEGEVENSOVERZICHT	3
INLEIDING	4
Historie.....	4
Onderzoek: aanleiding en belang	5
Korte beschrijving van de organisatie en de doelgroep	5
CONCLUSIE EN ADVIES	6
Advies aan de gemeente.....	6
BEVINDINGEN.....	8
1 Doelmatigheid voorziening.....	8
2 Veiligheid	10
3 Samenwerking en afstemming.....	12
4 Kwaliteit van personeel en organisatie	14
5 Rechten van de cliënt.....	16
ZIENSWIJZE AANBIEDER	20
BIJLAGE 1: BRONNEN	21

GEGEVENSOVERZICHT

Basisgegevens

Naam : FactorThuis B.V.
Adres : Molenweg 32
Postcode en woonplaats : 3862 CB Nijkerk
Telefoonnummer : 06-26419227
Website aanbieder : www.factorthuis.nl
Rechtsvorm : B.V.
HKZ/ISO gecertificeerd : Nee
KVK nummer : 64331229

Gegevens toezicht

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

Gegevens opdrachtgever

Naam : Gemeente Nijkerk
Adres : Kolkstraat 27
Postcode en woonplaats : 3860 BA Nijkerk

Planning

Datum onderzoek : 12 april 2022
Opstellen concept onderzoeksrapport : 10 mei 2022
Hoor/wederhoor : 18 mei 2022
Zienswijze ontvangen : 24 mei 2022
Vaststelling onderzoeksrapport : 24 mei 2022
Verzending onderzoeksrapport : 24 mei 2022

INLEIDING

Het college van de gemeenten (hierna: 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 Nijkerk heeft het Team Toezicht van GGD Gelderland-Midden als toezichthoudend ambtenaar aangewezen.

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.

De toetsing is gebaseerd op wettelijke regelingen waaronder de Wmo, aangevuld met de kwaliteitscriteria uit de gemeentelijke Wmo verordening, inkoopvoorwaarden, toekenningsbeschikkingen en/of uit overeenkomsten met zorgaanbieder

De rapporten van Wmo kwaliteitstoezicht uitgevoerd door de toezichthouders van de GGD Gelderland-Midden worden gepubliceerd op de website www.vggm.nl

Dit onderzoek heeft plaatsgevonden in opdracht van de gemeente Nijkerk. Bezwaar op de openbaarmaking van het rapport van het kwaliteitsonderzoek uitgevoerd bij FactorThuis B.V. (hierna: FactorThuis) kan worden ingediend bij de gemeente Nijkerk.

Historie

Op 25 november 2020 heeft de Wmo toezichthouder van GGD Gelderland-Midden in opdracht van de gemeente Nijkerk een kwaliteitsonderzoek uitgevoerd bij de ambulante begeleiding van FactorThuis te Nijkerk. Uit dit onderzoek is gebleken dat FactorThuis niet voldeed aan het merendeel van de gestelde wettelijke (kwaliteits)eisen en gemeentelijke eisen.

De Wmo toezichthouder constateerde tekortkomingen ten aanzien van:

- Doelmatigheid van de geleverde zorg;
- Het uitwisselen van gegevens met ketenpartners;
- Veiligheid van de voorziening;
- Kwalificaties en VOG's van personeel;
- Werkinstructies en protocollen.

De Wmo toezichthouder verzocht de aanbieder om de geconstateerde aandachtspunten te verbeteren.

Naar aanleiding van dit kwaliteitsonderzoek (dd. 25 november 2020) heeft op 26 mei 2021 een nader onderzoek plaatsgevonden.

Uit het nader onderzoek bleek dat FactorThuis nog niet voldeed aan een deel van de gestelde wettelijke (kwaliteits)eisen en gemeentelijke eisen.

De toezichthouder concludeerde dat FactorThuis naar aanleiding van de kwaliteitsinspectie in november 2020 een kwaliteitsslag had gemaakt en verbetermaatregelen had getroffen op de gestelde aandachtspunten. Implementatie had echter nog onvoldoende plaatsgevonden.

De Wmo toezichthouder verzocht FactorThuis nogmaals om geconstateerde aandachtspunten te verbeteren. Daarnaast stelde de toezichthouder om begin 2022 opnieuw een kwaliteitsonderzoek uit te voeren aan de hand van de nieuwe kaders en eisen die door de gemeente Nijkerk zijn opgesteld in 2021.

Uit beide kwaliteitsonderzoeken kwam hiernaast een aandachtspunt voor de gemeente Nijkerk ten aanzien van het delen van de ondersteuningsplannen die worden opgesteld door het gebiedsteam met FactorThuis. De toezichthouder heeft in beide kwaliteitsonderzoeken aan de gemeente Nijkerk geadviseerd om afspraken te maken ten aanzien van het verstrekken van ondersteuningsplannen van het gebiedsteam aan zorgaanbieders.

Onderzoek: aanleiding en belang

Dit onderzoek heeft plaatsgevonden op verzoek van de gemeente Nijkerk. Het onderzoek had als doel na te gaan of de aanbieder voldoet aan de wettelijke (kwaliteits)eisen vanuit de Wmo en de aanvullende gemeentelijke (kwaliteits)eisen.

Het inspectiebezoek vond plaats op 12 april 2022. Het betrof een aangekondigd bezoek dat, vanwege gebrek aan ruimte bij de aanbieder, heeft plaatsgevonden in het gemeentehuis van de gemeente Nijkerk. Het onderzoek bestond uit observatie, bronnenonderzoek (bijlage 1) en interviews.

Er heeft een gesprek plaats gevonden met de zorgcoördinator van FactorThuis. Tevens zijn gesprekken gevoerd met één medewerker en drie cliënten. De leidinggevende was bij de gesprekken met cliënten en medewerker niet aanwezig. Tot slot is ten behoeve van het onderzoek gesproken met drie medewerkers van het gebiedsteam in Nijkerk.

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

Korte beschrijving van de organisatie en de doelgroep

FactorThuis verleent sinds 2015 huishoudelijke ondersteuning en ambulante begeleiding in de gemeente Nijkerk vanuit de volgende missie:

“Onze missie is het bevorderen van het zo lang mogelijk zelfstandig blijven functioneren van de cliënt in zijn eigen thuissituatie door cliënt gerichte ondersteuning van FactorThuis”.

Dit onderzoek heeft zich enkel gericht op de lichte begeleiding die door FactorThuis wordt geboden, een lichte vorm van ambulante begeleiding. De doelgroep die lichte begeleiding ontvangt is divers. Het kan gaan om volwassenen of ouderen met lichamelijke of psychische problematiek. De lichte begeleiding bestaat vooral uit het bieden van een luisterend oor en praktische ondersteuning aan cliënten, bijvoorbeeld bij het koken of huishouden.

Momenteel wordt aan zeven cliënten vallend onder de Wmo lichte begeleiding geboden op basis van Zorg in Natura. De lichte begeleiding wordt door één medewerker geboden. Deze medewerker wordt aangestuurd door de zorgcoördinator en de directrice.

De aanbieder heeft geen kwaliteitskeurmerk.
De aanbieder werkt niet met stagiaires of vrijwilligers.

CONCLUSIE EN ADVIES

De kwaliteitscriteria uit de Wmo 2015 aangevuld met aanvullende eisen vanuit de gemeentelijke verordening zijn door de toezichthouder beoordeeld.

De kwaliteitscriteria uit de Wmo 2015 betreffen:

- *De voorziening is doelmatig, doeltreffend en cliëntgericht (Wmo 2015, art. 3.1, tweede lid sub a).*
- *De voorziening is veilig (Wmo 2015, art. 3.1, tweede lid sub a.).*
- *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).*
- *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 voorziening wordt verstrekt met respect en in acht neming van de rechten van de cliënt (Wmo 2015, art. 3.1, tweede lid sub d.).*

Uit het onderzoek blijkt dat bij FactorThuis wordt voldaan aan het merendeel van de gestelde wettelijke (kwaliteits)eisen en gemeentelijke eisen, zie hiervoor de bevindingen in het rapport.

Naar aanleiding van voorgaande inspectiebezoeken, op 25 november 2020 en 26 mei 2021, heeft de aanbieder verbetering getroffen op de destijds gestelde aandachtspunten. De aanbieder beschikt over duidelijke werkinstructies en protocollen die zijn gedeeld met de medewerkers. Cliënten en medewerkers van het gebiedsteam uiten zich tevreden over de geleverde ondersteuning. Zij laten weten dat de medewerker die de lichte begeleiding uitvoert deskundig is en zorg op maat levert.

Ondersteuningsplannen worden opgesteld en er vindt half jaarlijks evaluatie plaats op de geboden ondersteuning. De grootte en inhoud van de cliëntdossiers verschillen per cliënt, waaruit geen eenduidige werkwijze blijkt in het vormgeven van het cliëntdossier. De aanbieder zou baat hebben bij het maken van afspraken over het vormgeven van het cliëntdossier.

De toezichthouder concludeert tekortkomingen ten aanzien van:

- Bijscholing van personeel;
- Implementatie van de meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling;
- De wijze van het analyseren en het opstellen van verbetermaatregelen naar aanleiding van incidenten in de organisatie en borging van dit proces;
- Het opstellen en versturen van evaluatieverslagen naar het gebiedsteam;
- Medezeggenschap van cliënten;
- Informeren van cliënten over het gebruik van een onafhankelijke cliëntondersteuner;
- Kwaliteitscertificaat;
- Brancheorganisatie/ beroepsvereniging.

Over de eisen met betrekking tot het kwaliteitscertificaat en de brancheorganisatie/ beroepsvereniging heeft de gemeente Nijkerk afwijkende afspraken gemaakt met de aanbieder.

De aanbieder heeft het afgelopen jaar een verbeter slag gemaakt en stelt zich leerbaar op tijdens het inspectiebezoek.

Daarnaast concludeert de toezichthouder dat de gemeente Nijkerk naar aanleiding van voorgaande inspectiebezoeken, op 25 november 2020 en 26 mei 2021, nog geen afspraken heeft gemaakt met betrekking tot het delen van ondersteuningsplannen, die zijn opgesteld door het gebiedsteam, met zorgaanbieders.

Advies aan de gemeente

De Wmo toezichthouder van de VGGM geeft het advies aan de gemeente Nijkerk wel te handhaven (conform handhavingsbeleid).
Ook adviseert de Wmo toezichthouder nogmaals aan de gemeente Nijkerk om afspraken te maken ten aanzien van het verstrekken van ondersteuningsplannen door het gebiedsteam.

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.

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 Ondersteunings- / begeleidingsplan	Ja/nee/deels n.v.t./n.b.¹
De begeleider is verantwoordelijk voor het aanvullen van het ondersteuningsplan wat in hoofdlijnen door de consulent is opgesteld. De begeleider vult aan waar de cliënt tegenaan loopt en wat de doelen zijn voor de cliënt	Ja
Uit het plan blijkt aandacht voor de signalerende functie binnen de lichte begeleiding	Ja
De ondersteuning sluit(en) aan op de reële behoefte en mogelijkheden van de cliënt en zijn/haar sociale netwerk.	Ja
Het plan heeft de instemming van de cliënt en is ondertekend door de cliënt of diens vertegenwoordiger.	Ja
De afspraken uit het zorgplan worden uitgevoerd/nagekomen	Ja
In het plan staat de naam van de eerstverantwoordelijke medewerker vermeld.	Ja
De eerstverantwoordelijke of diens vervanger is goed bereikbaar.	Ja
Elk halfjaar vindt er een evaluatie plaats met de casemanager/consulent. - Is de zorg nog passend? - Kan er afgeschaald worden naar een voorliggende voorziening? (Wlz, algemene voorziening)	Ja

Constatering

De aanbieder heeft voor iedere cliënt een ondersteuningsplan opgesteld. Het ondersteuningsplan dat is opgesteld door het gebiedsteam fungeert als leidraad. Vanwege privacyoverwegingen heeft de aanbieder van drie van de zeven cliënten geen ondersteuningsplan ontvangen van het gebiedsteam.

Het aanleveren van het ondersteuningsplan door het gebiedsteam is in de voorgaande onderzoeken, van 25 november 2020 en 26 mei 2021, al als aandachtspunt gesteld door de aanbieder en Wmo toezichthouder aan de gemeente Nijkerk.

Het ondersteuningsplan bevat de hulpvraag van de cliënt en bijbehorende doelen. Ook is de naam van de eerstverantwoordelijke medewerker opgenomen en zijn de ondersteuningsplannen ondertekend door de cliënt.

Ieder cliëntdossier bevat daarnaast een activiteitenoverzicht. Hierin staat beschreven wat er is gedaan tijdens de cliëntbezoeken. Twee cliëntdossiers bevatten een aanvullend document met meer uitgebreide doelafspraken. Het verschilt per cliëntdossier hoe uitgebreid de doelen zijn beschreven.

Hieruit blijkt geen eenduidige werkwijze in het vormgeven van het cliëntdossier. De toezichthouder adviseert om hier afspraken over te maken.

Halfjaarlijks vindt evaluatie plaats op het ondersteuningsplan. Uit gesprekken met de medewerker, medewerkers van het gebiedsteam, cliënten en de evaluatieverslagen die de toezichthouder heeft ingezien valt op te maken dat de evaluatie zich richt op afschalen van zorg en het maken van afspraken voor de komende periode.

¹ N.b. betekent 'niet beoordeeld'.

--

1.2 Zelfredzaamheid	Ja/nee/deels n.v.t./n.b.
De ondersteuning is gericht op het vergroten van de zelfredzaamheid en maatschappelijke participatie van cliënten	Ja
Er wordt gewerkt richting de uitstroom van cliënten waarbij aandacht is voor de eigen kracht en het sociale netwerk van de cliënt.	Ja

Constatering

De ondersteuning richt zich op het behouden en vergroten van de zelfredzaamheid en maatschappelijke participatie van cliënten.
Uit gesprekken met de medewerker, cliënten en medewerkers van het gebiedsteam blijkt dat er wordt gewerkt richting uitstroom van cliënten. Zij zeggen hierover het volgende:

"De taken zijn heel divers. Dit ligt aan de hulpvraag van de cliënt. Ik bied bijvoorbeeld een luisterend oor, ondersteun bij huishoudelijke taken en maak schema's voor de cliënt. In het begin neem ik het vaak over om het daarna samen op te pakken, zodat de cliënt het indien mogelijk weer zelf kan gaan doen. Bij dementerenden houd ik een oogje in het zeil en maak ik maaltijden klaar. Indien het slechter gaat neem ik contact op met het netwerk en/of het gebiedsteam".

"Ik merk dat afschaling kan plaatsvinden. De medewerker kijkt ook naar wat mensen zelf kunnen. Eén cliënt vond het bijvoorbeeld heel spannend om zelf te koken. Dit heeft ze helemaal samen opgepakt en is nu zo ver dat ze zelf durft te koken".

"Ik ontvang inmiddels één jaar begeleiding van FactorThuis. Eerder ontving ik twee keer per week ondersteuning, maar dit is kort geleden veranderd naar één keer per twee weken".

"Uit de evaluatie bleek dat er wordt gewerkt aan de doelen van de cliënt. De lichte begeleiding geeft de cliënt veel rust en meer regie. Ik merk dat het een situatie is die vaak op en neer ging, richting crisis, maar dat er door de lichte begeleiding een bepaalde basis is vastgezet".

"In het begin ben ik heel erg geholpen met koken en huishoudelijke taken. Koken ben ik steeds meer zelf gaan doen en dit is echt wel goed in kleine stapjes opgebouwd".

2 Veiligheid	
Wettelijke kwaliteitseis: De voorziening is veilig (Wmo 2015, art. 3.1, tweede lid sub a.).	
2.1 Protocollen en afspraken	Ja/nee/deels n.v.t./n.b.
De organisatie heeft werkinstructies en handelingsprotocollen.	Ja
De instructies en protocollen zijn actueel	Ja
De aanbieder kent een agressieprotocol.	Ja
Het personeel is geschoold in het omgaan met agressie.	Nee

Constatering

De aanbieder beschikt over actuele werkinstructies en handelingsprotocollen, waaronder een agressieprotocol.

Medewerkers ontvangen bij indiensttreding een map waar onder andere de meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling, agressiebeleid, incidentenbeleid en beleid ten aanzien van grensoverschrijdend gedrag in zijn opgenomen. De medewerker die is gesproken ten behoeve van het onderzoek geeft aan deze map te hebben ontvangen en bekend te

Medewerkers zijn niet geschoold in het omgaan met agressie.

2.2 Medicatie en verdovende middelen (alleen indien van toepassing)	Ja/nee/deels n.v.t./n.b.
De organisatie heeft afspraken gemaakt over het gebruik van alcohol en verdovende middelen.	Ja

Constatering

De aanbieder heeft een protocol 'grensoverschrijdend gedrag' opgesteld. In dit protocol is opgenomen wat de aanbieder verstaat onder grensoverschrijdend gedrag en hoe medewerkers dienen te handelen bij een dergelijke situatie.
In dit protocol is ook het gebruik van alcohol en drugs opgenomen.

Bij de huidige cliëntgroep is geen sprake van gebruik van alcohol en verdovende middelen en zijn hierover geen individuele afspraken met cliënten gemaakt.

2.3 Risico-inventarisatie	Ja/nee/deels n.v.t./n.b.
Eventuele veiligheidsrisico's en de eigen verantwoordelijkheid van de cliënt zijn besproken met cliënt en zijn/haar sociale netwerk.	Ja

Constatering

Eventuele veiligheidsrisico's zijn onderwerp van gesprek tijdens het intakegesprek. De aanbieder noemt het volgende over eventuele risico's:

"Risico's worden wel meegenomen en hier wordt aandacht aan besteed. Als we weten dat er iets is wordt dit tijdens het intakegesprek besproken en meegenomen in het plan van aanpak".

Als er zorgen zijn omtrent een cliënt dan wordt contact opgenomen met het gebiedsteam om hen te informeren en om af te stemmen.

De medewerker noemt hierover het volgende:

"Bij bijvoorbeeld dementerenden ouderen hou ik een oogje in het zeil. Ik rapporteer als het slechter gaat en neem dan contact op met het netwerk van de cliënt. Bij één cliënt met dementie bespreek ik regelmatig dat ik even contact heb opgenomen met zijn/haar schoonzoon als ik iets heb gesignaleerd wat belangrijk is om te melden".

Uit gesprekken met de aanbieder en de medewerker blijkt voldoende oog voor de veiligheid van de cliënt.

2.4 Grensoverschrijdend gedrag	Ja/nee/deels n.v.t./n.b.
Medewerkers zijn bekend met het beleid en de visie rondom vriendschap, intimiteit, seksualiteit en seksueel grensoverschrijdend gedrag, preventie van seksueel misbruik en het melden van misbruik.	Ja
Medewerkers kunnen aantonen dat zij aandacht besteden aan vriendschap, intimiteit, seksualiteit en het voorkomen van seksueel grensoverschrijdend gedrag.	Ja
De aanbieder, niet zijnde een aanbieder die hulpmiddelen of woningaanpassingen levert, stelt een meldcode vast waarin stapsgewijs wordt aangegeven hoe met signalen van huiselijk geweld of kindermishandeling wordt omgegaan en die er redelijkerwijs aan bijdraagt dat zo snel en adequaat mogelijk hulp kan worden geboden.	Ja
De aanbieder bevordert de kennis en het gebruik van de meldcode	Nee
Medewerkers zijn geïnstrueerd over en in staat tot het hanteren van de meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling.	Nee

Constatering

Zoals in constatering 2.1 staat beschreven ontvangen medewerkers bij indiensttreding een map met actuele werkinstructies en protocollen.

Hiermee worden medewerkers op de hoogte gesteld van onder andere de meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling en beleid ten aanzien van vriendschap, intimiteit, seksualiteit en dergelijke.

De aanbieder heeft een meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling in gebruik waar stapsgewijs in staat beschreven hoe met signalen moet worden omgegaan.

Vorig jaar zou bijscholing plaatsvinden over de meldcode. Dit heeft niet plaatsgevonden door COVID-19 en hier staat nog geen nieuwe datum voor gepland.

Het gebruik van de meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling is verder niet geïnstrueerd, waardoor de meldcode onvoldoende is geïmplementeerd binnen de organisatie.

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.
Met andere hulp- en zorgverleners (0 ^e , 1 ^e en 2 ^e lijn) vindt afstemming en de noodzakelijke gegevensuitwisseling plaats.	Ja
De afspraken 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 samenwerking met de regisseur of coördinator die de samenhang en continuïteit bewaakt en toegang heeft tot de noodzakelijke gegevens.	Ja
Indien betrokken zijn met de tweede lijn afspraken gemaakt omtrent beschikbaarheid	Ja
Bij mogelijke decompensatie onderneemt de begeleiding actie richting casemanager/consulent	Ja
Er wordt een dossier opgesteld zodat overdracht mogelijk is.	Ja

Constatering

Indien mogelijk en nodig vindt afstemming plaats met het netwerk van de cliënt. Bij de start van zorg wordt een toestemmingsformulier voor het uitwisselen van informatie aan derden ingevuld. Hiermee wordt in kaart gebracht met welke partijen afstemming mag plaatsvinden.

Over de samenwerking wordt door de medewerker het volgende gezegd:

“Het verschilt per cliënt of afstemming nodig is. Bij één casus is ook een andere begeleider betrokken. In het begin zei de cliënt onze afspraken continu af, waarna ik contact heb gezocht met de begeleider en afspraken heb gemaakt om de samenwerking met elkaar te zoeken. Dit is uiteindelijk wel gelukt”.

Een medewerker van het gebiedsteam noemt hierover het volgende:

“De medewerker is echt heel fijn. Zij is nu betrokken bij een cliënt met forse psychische problematiek waar al reguliere begeleiding bij betrokken was. De medewerker kijkt nu met de cliënt waar hulp nodig is en doet veel samen met de cliënt. De cliënt voelt zich echt gesteund. Dit is prachtig, want door deze samenwerking kan de reguliere begeleiding zich op haar taken richten”.

3.2 Samenwerking en afstemming met de gemeente (casemanager)	Ja/nee/deels n.v.t./n.b.
De begeleider is gericht op actieve signalering van veranderingen in gezondheids- en/of sociale situatie van de cliënt. Indien deze veranderingen dusdanig zijn dat de beschikking bijgesteld moet worden neemt de begeleider contact op met de casemanager.	Ja
Gedurende de ondersteuning legt de begeleider, indien nodig, verantwoording af aan de casemanager. De casemanager is vaak de consulent van de gemeente. Mocht een casemanager ontbreken legt de begeleider verantwoording af binnen de eigen organisatie.	Ja
Een evaluatie met een aanvraag voor verlenging van de indicatie wordt uiterlijk zes weken voor afloop van de indicatie aan de gemeente opgestuurd.	Deels

Constatering

Er wordt regelmatig afstemming gezocht met medewerkers van het gebiedsteam. Hierover wordt het volgende gezegd door de medewerker en medewerkers van het gebiedsteam:

“Met het gebiedsteam heb ik regelmatig contact. Ik stem met hen af over de evaluatie en deze plan ik vervolgens zelf in. Als het slechter gaat met de cliënt dan neem ik rechtstreeks contact op om te bespreken wat we kunnen gaan doen”.

“Als er problemen zijn wordt er overleg gepleegd met het gebiedsteam”.

De gesproken medewerkers van het gebiedsteam uiten zich tevreden over de onderlinge samenwerking.

Met betrekking tot het opstellen en delen van evaluatieverslagen aan medewerkers van het gebiedsteam wordt door de medewerker en medewerkers van het gebiedsteam het volgende gezegd:

“Ik schrijf de belangrijkste punten en afspraken naar aanleiding van de evaluatie wel op, maar deze deel ik niet met het gebiedsteam”.

“Ik heb voorafgaand aan de evaluatie geen evaluatieverslag ontvangen. Hier heeft de aanbieder volgens mij ook geen format voor. Ik heb wel regelmatig een update per mail ontvangen over de cliënten en verlenging van de indicatie wordt tijdig aangevraagd”.

Er wordt tijdig een aanvraag voor verlenging van de indicatie gedaan bij het gebiedsteam. Een eenduidige werkwijze voor het opstellen van een evaluatieverslag ontbreekt en evaluatieverslagen worden niet consequent met het gebiedsteam gedeeld.

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.	Nee
De organisatie is aangesloten bij een beroepsvereniging/ branchevereniging	Nee
De continuïteit van de geboden voorziening is gewaarborgd.	Ja
De organisatie integreert de veranderingen op het gebied van de kanteling in de zorg binnen de eigen instelling.	Ja

Constatering

Er is een kwaliteitsmanagementsysteem in gebruik. Documenten bevatten een versiedatum en zijn niet ouder dan drie jaar.
 Eventuele veranderingen worden in beleid opgenomen. Indien zich een wijziging voordoet in een document worden medewerkers hiervan per mail over op de hoogte gesteld.

De continuïteit van de geboden voorziening is geborgd doordat er een medewerker in dienst is die de ondersteuning zou kunnen overnemen indien nodig.

De aanbieder heeft geen kwaliteitskeurmerk en is niet aangesloten bij een beroepsvereniging of branchevereniging. Hierover heeft de aanbieder met de gemeente Nijkerk echter afwijkende afspraken gemaakt.

4.2 Personeel	Ja/nee/deels n.v.t./n.b.
De medewerkers zijn op de hoogte van de persoonlijke omstandigheden en levensgeschiedenis van de cliënt.	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, die minimaal getoetst is op: <ul style="list-style-type: none"> • Het verlenen van diensten (nr. 41); • Het verlenen van diensten in de persoonlijke leefomgeving (nr. 43); • Belast zijn met de zorg voor (hulpbehoevende) personen, zoals ouderen en gehandicapten (nr. 85). 	Ja

Constatering

Er is één medewerker in dienst bij de aanbieder die de lichte begeleiding uitvoert. In geval van uitval of vakantie is er een medewerker die de ondersteuning over kan nemen. Beide medewerkers beschikken over een VOG conform gestelde eisen.

Taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden zijn duidelijk voor de medewerker en deze is op de hoogte van de persoonlijke omstandigheden van de cliënt. Over de deskundigheid van de medewerker wordt door een medewerker van het gebiedsteam het volgende gezegd:

“Mijn ervaring is ontzettend goed. Ik ken de medewerker al vanuit de pilot en ze doet haar werk gewoon heel goed. Ook cliënten geven aan dat ze veel aan haar hebben, hun verhaal kwijt kunnen en dat ze situaties goed kan inschatten”.

Er worden geen vrijwilligers ingezet op de lichte begeleiding.

4.3 Deskundigheidsbevordering	Ja/nee/deels n.v.t./n.b.
De beroepskrachten zijn opgeleid tot en deskundig voor wat betreft het ondersteunen van de doelgroep.	Ja
Begeleiding wordt uitgevoerd door een professional met minimaal MBO 2/3 denk en werk niveau VVT, WMD, GGZ of een vergelijkbare richting	Ja
De aanbieder biedt de beroepskrachten passende bijscholing.	Nee

Constatering

De medewerker die de lichte begeleiding uitvoert beschikt over een diploma conform gestelde eisen en is deskundig in het ondersteunen van de doelgroep.

In geval van uitval of vakantie is er een medewerker die de ondersteuning over kan nemen. Deze medewerker beschikt ook over een diploma conform gestelde eisen. Bij vakantie of kortdurende uitval wordt met cliënten besproken of zij behoefte hebben aan vervanging. Cliënten hebben hier tot op heden nog geen gebruik van gemaakt.

Bijscholing dient nog verder vorm gegeven te worden door de aanbieder. Bijscholing heeft het afgelopen jaar mede door COVID-19 niet plaatsgevonden. Er stond een training over de meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling gepland die om deze reden niet heeft plaatsgevonden.

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 bejegening door de beroepskracht van de cliënt is passend en correct.	Ja
De cliënt voelt zicht op zijn/ haar gemak op de plaats waar de voorziening wordt geboden.	Ja
Cliënten worden geïnformeerd over hun rechten en plichten.	Ja

Constatering

Alle gesproken cliënten uiten zich tevreden over de ondersteuning die zij ontvangen van de aanbieder. Hierover zeggen zij het volgende:

“De ondersteuning is goed. Er kan niks anders of beter, ik ben tevreden”.

“Ik ben heel blij dat mijn begeleider er is. Ze is altijd vrolijk en als ik het zelf niet meer weet geeft ze opties en betreft ze me bij het proces. Ik ben heel erg tevreden”.

Cliënten ontvangen bij start van de zorg de ‘algemene voorwaarden’ en worden hiermee geïnformeerd over hun rechten en plichten.

De ‘algemene voorwaarden’ bevat informatie over onder andere de leveringsvoorwaarden, klachtenregeling, privacy, toestemmingsverklaring en bereikbaarheid.

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

Constatering

De aanbieder heeft geen beleid ten aanzien van cliëntparticipatie/ medezeggenschap. De cliënt kan niet desgewenst participeren in een cliëntenraad of vergelijkbaar platform. De aanbieder noemt hierover het volgende:

“We zijn nog startende met de lichte begeleiding, dus dit is nog niet realiseerbaar maar een punt voor in de toekomst. Het zit hem ook in de lage cliëntaantallen waardoor het moeilijk te realiseren is”.

Cliënten worden niet gewezen op het bestaan van patiëntenverenigingen en lotgenotencontactgroepen.

5.3 Privacy	Ja/nee/deels n.v.t./n.b.
De organisatie respecteert de privacy van de cliënt.	Ja
Er wordt zorgvuldig omgegaan met de uitwisseling van gevoelige informatie. De organisatie voldoet aan de algemene verordening gegevensbescherming (AVG).	Ja

Constatering

De aanbieder heeft informatie ten aanzien van privacy en geheimhouding opgenomen in de 'algemene voorwaarden' die met cliënten wordt gedeeld.
Ook werkt de aanbieder met een toestemmingsformulier voor het delen van informatie en afstemmen met derden.

5.4 Melden incidenten en klachten	Ja/nee/deels 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 aan melder en team is geregeld.	Deels
Er is sprake van een lerende organisatie.	Ja
Een speciale commissie behandelt incidentmeldingen en brengt verbetervoorstellen uit.	Ja
Nazorg bij incidenten is geregeld.	Ja
Er is een klachtenregeling.	Ja
De 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
De aanbieder brengt de cliënt op de hoogte dat hij/zij gebruik kan maken van onafhankelijke cliëntondersteuner bij het indienen van klachten.	Nee

Constatering

De aanbieder heeft een intern meldingssysteem voor incidenten, fouten en bijna fouten in gebruik.
In beleid is een stappenplan voor het melden van incidenten opgenomen waar in staat beschreven wat medewerkers moeten melden, hoe zij moeten melden en hoe de melding vervolgens worden opgepakt.
Het melden, registreren en het terugkoppelen aan de melder is geborgd. Het analyseren en opstellen van verbetermaatregelen is niet georganiseerd en niet in beleid opgenomen en hiermee onvoldoende geborgd. De aanbieder heeft in beleid 'opvang en nazorg' opgenomen.
Er zijn tot op heden geen incidenten gemeld. Indien er een melding wordt gedaan zal deze worden opgepakt door de directrice en/of zorgcoördinator.
De aanbieder heeft een klachtenregeling opgesteld. Zoals beschreven in constatering 5.1 is deze opgenomen in de 'algemene voorwaarden' en worden cliënten hiermee bekend gemaakt bij de start van zorg.
Cliënten worden niet op de hoogte gebracht van de mogelijkheid om een onafhankelijke cliëntondersteuner in te schakelen bij het indienen van een klacht.

De aanbieder streeft er naar om klachten binnen zes weken af te handelen. Er zijn tot op heden geen klachten ingediend.

5.5 Melden calamiteiten en geweldsincidenten	Ja/nee/deels n.v.t./n.b.
De aanbieder doet binnen 3 werkdagen na de calamiteit/geweldsincident melding bij de toezichthoudend ambtenaar Wmo.	Ja
De aanbieder verricht eigen onderzoek binnen 6 weken bij onduidelijkheid of er sprake is van een calamiteit/geweldsincident.	N.B.
Het rapport voldoet aan de 'Richtlijn calamiteitenrapportage IGJ' Vanaf 1/1/2021: De 'Richtlijn rapportage over een calamiteit/geweld bij de verstrekking van een voorziening of andere gebeurtenis'.	N.B.
Minimaal 1 persoon van de onderzoekscommissie is onafhankelijk.	N.B.
Indien mogelijk wordt het sociaal netwerk betrokken bij het onderzoek.	N.B.

Constatering

De aanbieder heeft in beleid de meldplicht bij een calamiteit opgenomen. Een calamiteit heeft zich tot op heden niet voorgedaan, waardoor gestelde eisen over de uitvoering van een intern onderzoek niet zijn beoordeeld door de toezichthouder.

5.6 Opschorten of beëindiging ondersteuning	Ja/nee/deels n.v.t./n.b.
Voor het opschorten of beëindigen van ondersteuning door de aanbieder is toestemming van de cliënt vereist.	N.B.
De aanbieder kan de ondersteuning eenzijdig opschorten of beëindigen op grond van zwaarwegende redenen. Onder zwaarwegende redenen worden ten minste verstaan: <ul style="list-style-type: none"> • Een ernstige mate van bedreiging of intimidatie geuit door de cliënt en/of zijn sociaal netwerk, waardoor de persoonlijke veiligheid of vrijheid van andere cliënten en/of personeel van de aanbieder in gevaar zijn; • Een onherstelbaar verstoorde vertrouwensrelatie; • Hygiënische omstandigheden die ernstige gezondheidsrisico's opleveren voor andere cliënten en/of personeel van de aanbieder; • Het niet nakomen van essentiële verplichtingen of regels door de cliënt, ook niet na herhaaldelijk (schriftelijk) aandringen of waarschuwen door de aanbieder. 	N.B.
Voor het eenzijdig opschorten of beëindigen van ondersteuning door de aanbieder is toestemming van de gemeente vereist.	N.B.
De aanbieder draagt er zorg voor dat de reeds aangevangen ondersteuning wordt voortgezet of overgedragen totdat er een definitieve oplossing is gevonden, tenzij dit naar het oordeel van de gemeente in redelijkheid niet van de aanbieder kan worden verlangd.	N.B.

Constatering

De aanbieder geeft aan dat als zich een onwenselijk situatie voortdoet die zou kunnen leiden tot het opschorten of beëindigen van de zorg dat er contact wordt opgenomen met het gebiedsteam.

Een dergelijke situatie heeft zich echter nog niet voorgedaan, waardoor de toezichthouder gestelde eisen ten aanzien van opschorten en beëindiging van de ondersteuning niet heeft kunnen beoordelen.

SCHRIFTELIJKE REACTIE AANBIEDER

Dit inspectierapport gaat over de Lichte Begeleiding. Deze tak bestaat bij FactorThuis sinds December 2021. Op het moment van deze inspectie heeft FactorThuis één begeleider in dienst voor de Lichte begeleiding.

FactorThuis wil graag de historie en situatieschets bijstellen op het punt dat de inspectie heeft plaatsgevonden tijdens de Corona-periode.

De coronaperiode en bijbehorende lockdowns in de afgelopen twee jaren gaven onze organisatie niet alleen uitdagingen in de personeelsbezetting, maar ook geen mogelijkheden voor bijeenkomsten van personeel. De bijscholing van personeel, op het gebruik van de meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling, stond gepland in 2021. Deze moest hierdoor worden uitgesteld.

FactorThuis gaat werken aan de consistentie van de evaluatieverslagen en de informatie die hierin komt. FactorThuis heeft hier een nieuw systeem voor aangeschaft. Dit hangt echter ook samen met de informatie in de ondersteuningsplannen die de gemeente Nijkerk moet verstrekken. Het gegeven dat deze tak nieuw is (sinds december 2021) en de invloed van wet- en regelgeving (onder andere privacywetgeving) zorgt ervoor dat beide partijen zoeken naar de juiste vorm en frequentie. Hopelijk komt er in de nabije toekomst een aanpassing vanuit de gemeente Nijkerk die het mogelijk maakt om hier samen consistent en snel mee te kunnen werken.

FactorThuis zal verder kijken naar de mogelijkheden voor de medezeggenschap van cliënten, en de verbetering van de informatieverstrekking omtrent de onafhankelijke cliëntondersteuner.

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

BIJLAGE 1: BRONNEN

Gesprekken met:

- Eén zorgcoördinator
- Eén medewerker
- Drie cliënten
- Drie medewerkers van het gebiedsteam

Doelmatigheid voorziening:

- Zeven ondersteuningsplannen cliënten
- Zeven toewijzingen Wmo ondersteuning van cliënten
- Rapportage van één cliënt
- Activiteitenoverzicht van zes cliënten
- Twee aanvullende documenten van cliënten met doelafspraken

Veiligheid:

- Stappenplan meldcode, november 2021
- Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling, juni 2021
- Protocol meldcode uitgebreide versie, november 2021
- Stappenplan FactorThuis voor schade incidenten, mei 2021
- Stappenplan FactorThuis voor het melden van incidenten, mei 2021
- Veilig (bijna-)incidenten melden – meldformulier, mei 2021
- Protocol grensoverschrijdend gedrag, november 2021
- Protocol omgaan met agressie, januari 2021
- Stappenplan FactorThuis voor het melden van calamiteiten, mei 2021

Kwaliteit van personeel en organisatie:

- Kwaliteitsbeleid FactorThuis 2022
- Missie en beleid van de organisatie 2022
- Samenvatting R&I FactorThuis, 18 maart 2022
- Controlelijst veilig werken bij cliënten thuis
- Algemene richtlijnen hygiëne in de thuiszorg
- Uitkomsten medewerkerstevredenheidsformulier FactorThuis 2022
- Twee diploma's van medewerkers
- Twee VOG's van medewerkers

Rechten van de cliënt:

- Algemene voorwaarden 2022
- Cliënttevredenheidsformulieren van zeven cliënten, maart 2022
- Toestemmingsformulier uitwisselen informatie met derden

Overig:

- Website van de aanbieder

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