

# WMO TOEZICHT

## Onderzoeksrapport

Definitieve rapportage kwaliteitsonderzoek  
Naam: Stichting 's Heeren Loo Zorggroep  
Locatie: De Noorderbrug  
Adres: Oostriksdwarsweg 1  
Postcode en woonplaats: 7429 AZ Deventer

Zorgvorm: specialistische begeleiding

Datum inspectie: 30 september 2022  
Datum rapport: 2 december 2022  
In opdracht van de gemeente Ede

# Inhoudsopgave

Gegevensoverzicht	3
Inleiding	4
Historie	7
Onderzoek: aanleiding en belang	5
Korte beschrijving van de organisatie en de doelgroep	6
Conclusies en advies	8
Advies aan de gemeente	9
Bevindingen	10
1 Doelmatigheid voorziening	10
2 Veiligheid	13
3 Samenwerking en afstemming	16
4 Kwaliteit van personeel en organisatie	17
5 Rechten van de cliënt	21
Zienswijze aanbieder	26
Bijlage 1: Bronnen	27

## Gegevensoverzicht

### Basisgegevens

Naam	: Stichting 's Heeren Loo Zorggroep
Adres	: Oostriksdwarsweg 1
Postcode en woonplaats	: 7429 AZ Deventer
Telefoonnummer	: 0800-3555555
Website aanbieder	: <a href="http://www.sheerenloo.nl">www.sheerenloo.nl</a>
Rechtsvorm	: Stichting
HKZ/ISO gecertificeerd	: ISO
KVK-nummer	: 41190166

### Gegevens toezicht

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

### Gegevens opdrachtgever

Naam	: Gemeente Ede
Adres	: Postbus 9022
Postcode en woonplaats	: 6710 HK Ede
E-mailadres	: <a href="mailto:toezichtwmo@ede.nl">toezichtwmo@ede.nl</a>

### Planning

Datum onderzoek	: 30 september 2022
Opstellen concept onderzoeksrapport	: 02 november 2022
Hoor/wederhoor	: 09 november 2022
Zienswijze ontvangen	: 02 december 2022
Vaststelling onderzoeksrapport	: 02 december 2022
Verzending onderzoeksrapport	: 02 december 2022

## Inleiding

Het college van de gemeenten (hierna: gemeenten) zijn 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 Ede heeft de Directeur Publieke Gezondheid van GGD Gelderland-Midden als toezichthoudend ambtenaar aangewezen met de mogelijkheid deze toezichthoudende taak te mandateren aan medewerkers van GGD Gelderland-Midden.

Zorgaanbieders die Wmo ondersteuning bieden, leveren vaak ook andere vormen van zorg, zoals langdurige zorg (Wlz) of jeugdhulp. 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 overeenkomst(en) met de zorgaanbieder. Omdat de ondersteuning van locatie de Noorderbrug landelijk is ingekocht door de VNG zijn de eisen met betrekking tot kwalificaties van personeel uit de *'Landelijke Overeenkomst Inkoopafspraken Specialistische Ondersteuning Wmo ZG 2019-2020'* ook meegenomen in deze kwaliteitscontrole.

Het inspectierapport wordt gepubliceerd op de website van de toezichthouder en/of de gemeente Ede. Zo kunnen inwoners zien hoe de kwaliteit van Wmo-voorzieningen gecontroleerd wordt en het helpt inwoners bij het kiezen van kwalitatief goede zorg. De zorgaanbieder wordt na het vaststellen van het rapport nader geïnformeerd over de procedure.

## Onderzoek: aanleiding en belang

Aanleiding voor dit onderzoek was een rapportage voortkomend uit een intern calamiteitenonderzoek dat door Stichting 's Heeren Loo Zorggroep is uitgevoerd naar aanleiding van een calamiteit en waarover aan de Wmo toezichthouder is gerapporteerd. Deze rapportage voldeed niet aan de *'richtlijn rapportage over een calamiteit/geweld bij de verstrekking van een voorziening of andere gebeurtenis'*.

Dit onderzoek heeft plaatsgevonden op verzoek van de gemeente Ede. De ondersteuning die wordt geleverd door de Noorderbrug is landelijk ingekocht door de VNG (Vereniging van Nederlandse Gemeenten). De VNG heeft landelijke inkoopvoorwaarden opgesteld die zijn opgenomen in een raamovereenkomst die wordt afgesloten met aanbieders die ondersteuning leveren aan bijvoorbeeld cliënten met een audiovisuele beperking. De Noorderbrug heeft met de VNG betreffende raamovereenkomst afgesloten en biedt op basis hiervan ondersteuning aan cliënten.

Over de kwaliteitstoetsing bij aanbieders, waarvan de ondersteuning landelijk is ingekocht, heeft de gemeente Ede voorafgaand aan het inspectiebezoek afstemming gezocht met de VNG. Omdat de gemeente verantwoordelijk is voor de kwaliteit van de geleverde ondersteuning is afgesproken dat tijdens dit onderzoek zal worden nagegaan of de aanbieder voldoet aan de wettelijke (kwaliteits-)eisen vanuit de Wmo, de aanvullende gemeentelijke (kwaliteits-)eisen en de eisen met betrekking tot kwalificaties van personeel (paragraaf 2.1, 3.2.1 en 3.2.2) uit de *'Landelijke Overeenkomst Inkoopafspraken Specialistische Ondersteuning Wmo ZG 2019-2020'* opgesteld door de VNG.

## Het inspectiebezoek

Het inspectiebezoek vond plaats op 30 september 2022. Het betrof een aangekondigd bezoek. Het onderzoek bestond uit observatie, bronnenonderzoek (bijlage 1) en interviews. Er hebben gesprekken plaats gevonden met een manager zorg woon- en talentencentrum voor doven, een manager BI en een senior beleidsmedewerker.

Daarnaast is ten behoeve van het onderzoek gesproken met twee medewerkers, waarvan één medewerker aanwezig was tijdens het inspectiebezoek op 30 september 2022. Ook zijn gesprekken gevoerd met één cliënt en drie Wmo consultants van de gemeente Ede.

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

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

Stichting 's Heeren Loo Zorggroep (hierna: 's Heeren Loo) verleent sinds 130 jaar begeleiding. Sinds 2020 is de Noorderbrug onderdeel van 's Heeren Loo en wordt ervan elkaars expertise gebruik gemaakt. De Noorderbrug maakt gebruik van het beleid en systemen van de aanbieder.

De Noorderbrug wordt op de website van de aanbieder als volgt omschreven:

*“Al ruim 50 jaar is De Noorderbrug gespecialiseerd in het behandelen en begeleiden van mensen met niet-aangeboren hersenletsel (NAH), doofheid met complexe problematiek en chronische neurologische en neuromusculaire aandoeningen (bijvoorbeeld de ziekte van Huntington en de ziekte van Duchenne). We behandelen en begeleiden hen zowel thuis als in een van onze wooncentra en talentencentra. Dit doen we vooral in het Noorden van het land”.*

Zoals eerder in dit rapport staat beschreven heeft de Noorderbrug een raamovereenkomst met de VNG afgesloten en bieden zij op basis hiervan ondersteuning. Beschikkingen voor de te leveren ondersteuning worden door de gemeente afgegeven waar de cliënt woonachtig is.

Het ambulante team van de Noorderbrug dat werkzaam is in midden Nederland levert onder andere de ondersteuning in de gemeente Ede. Er wordt momenteel aan 10 cliënten met een beschikking van de gemeente Ede specialistische ambulante ondersteuning geleverd. Daarnaast ontvangt er één cliënt ondersteuning met een Wlz indicatie.

Het team Midden-Nederland bestaat uit acht begeleiders. Hiervan leveren twee begeleiders de ondersteuning in de gemeente Ede. Er is daarnaast één begeleider die de ondersteuning in geval van vakantie of uitval kan overnemen. Het team wordt aangestuurd door een manager.

Er zijn geen stagiaires of vrijwilligers werkzaam in het ambulante team.  
's Heeren Loo is ISO 9001 gecertificeerd.

## Historie

Op 16 augustus 2021 heeft door de Wmo toezichthouder van GGD Gelderland-Midden proactief toezicht plaatsgevonden bij de aanbieder middels een QuickScan in opdracht van de gemeente Ede op het product begeleiding. De QuickScan was gericht op het reguliere ambulante team van 's Heeren Loo werkzaam in de gemeente Ede.

Uit de QuickScan bleek een aandachtspunt ten aanzien van het calamiteitenprotocol. De Wmo toezichthouder adviseerde de gemeente Ede om verbeteringen mee te nemen in een accountgesprek met de aanbieder.

De betreffende locatie, het ambulante team van de Noorderbrug, heeft voorafgaand aan het onderzoek een calamiteitenmelding gedaan bij de Wmo toezichthouder.

Naar aanleiding van deze melding heeft de aanbieder de gebeurtenis intern onderzocht en hierover aan de toezichthouder gerapporteerd.

Omdat de aangeleverde rapportage van de aanbieder niet voldeed aan de *'richtlijn rapportage over een calamiteit/geweld bij de verstrekking van een voorziening of andere gebeurtenis'* heeft de gemeente Ede de Wmo toezichthouder gevraagd dit volledige kwaliteitsonderzoek uit te voeren.

## Conclusies en advies

De kwaliteitscriteria uit de Wmo 2015 aangevuld met aanvullende eisen vanuit de gemeentelijke verordening en de kwalificatie eisen uit de raamovereenkomst die door de VNG met de aanbieder is afgesloten 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 Stichting 's Heeren Loo Zorggroep wordt voldaan aan het merendeel van de gestelde wettelijke (kwaliteits-)eisen en gemeentelijke eisen, zie hiervoor de bevindingen in het rapport.

De cliëntdossiers hebben op een professionele en heldere wijze invulling gekregen. Er wordt met iedere cliënt een ondersteuningsplan opgesteld. Dit ondersteuningsplan wordt ten minste jaarlijks geëvalueerd, waarna hiervan een verslag wordt opgesteld.

Uit gesprekken met medewerkers, Wmo consultants en de cliënt blijkt dat begeleiders van locatie de Noorderbrug, die ambulante ondersteuning leveren in Ede, over voldoende kennis beschikken om aan te sluiten bij de doelgroep. Er is sprake van een hoge mate van betrokkenheid bij de cliënt en de gesproken cliënt uit zich tevreden over de geleverde ondersteuning.

Sinds 2020 is de Noorderbrug onderdeel van Stichting 's Heeren Loo Zorggroep en maken zij gebruik van elkaar systemen en beleid. Werkinstructies en protocollen zijn actueel en bekend bij medewerkers.

De toezichthouder concludeert tekortkomingen ten aanzien van:

- Ondertekening van ondersteuningsplannen en evaluatieverslagen;
- Het opnemen van een eerstvolgende evaluatiedatum in het ondersteuningsplan;
- Het afnemen van risico-inventarisaties met cliënten;
- Het tijdig melden van calamiteiten;
- Het aanleveren van een calamiteitenrapportage conform gestelde eisen naar aanleiding van een intern calamiteitenonderzoek.



## **Advies aan de gemeente**

De toezichthouder geeft het advies aan de gemeente Ede te handhaven op de gestelde aandachtspunten.

### ***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 (norm overdragend) 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

<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>	
Alle cliënten hebben een actueel ondersteunings- / begeleidingsplan (een plan waaruit blijkt wat de kansen, mogelijkheden en ondersteuningsbehoeften zijn van de cliënt en welke voorziening wordt geboden).	
<b>1.1 Ondersteunings- / begeleidingsplan</b>	<b>Ja/nee/deels n.v.t./n.b.<sup>1</sup></b>
De cliënt en de aanbieder bereiken overeenstemming over het begeleidingsplan. De cliënt en de aanbieder bereiken deze overeenstemming binnen zes weken nadat de cliënt is aangemeld bij de aanbieder.	Ja
Het plan omvat een omschrijving van de vraag van de cliënt.	Ja
Het plan omschrijft de kansen/mogelijkheden van de cliënt (eigen kracht/ sociale netwerk).	Ja
Het plan bevat concrete doelen en afspraken (wat, wanneer, wie) (SMART of PDCA-cyclus).	Ja
Het begeleidingsplan geeft aan welke voorziening wordt geboden.	Ja
Het sociale netwerk van de cliënt is actief betrokken bij bijvoorbeeld het opstellen van het plan.	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.	Deels
Afwijkingen van het plan worden gemotiveerd toegelicht en besproken met de cliënt en zijn/haar sociale netwerk.	Ja
In het plan staat de naam van de eerstverantwoordelijke medewerker vermeld.	Ja
De eerstverantwoordelijke of diens vervanger is goed bereikbaar.	Ja
Het plan wordt minimaal jaarlijks geëvalueerd.	Ja
Van deze evaluatie wordt verslag opgemaakt.	Ja
De cliënt heeft het evaluatieverslag ondertekend.	Nee
De datum van de eerstvolgende evaluatie staat in het plan genoteerd.	Nee
Signalen die duiden op mogelijke decompensatie of andere incidenten/calamiteiten worden vastgelegd.	Ja

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

## Constatering

Begeleiders van de Noorderbrug zijn sinds dit jaar met het cliëntregistratiesysteem gaan werken waar binnen de rest van de organisatie al mee werd gewerkt.

De toezichthouder heeft vier digitale cliëntdossiers ingezien. Het cliëntdossier bevat onder andere een profielschets van de cliënt, een afsprakenblad en de naam van de eerstverantwoordelijke begeleider.

Alle cliëntdossiers bevatten tevens een omschrijving van de vraag en de problematiek van de cliënt, diens kansen en mogelijkheden en SMART opgestelde doelen.

Indien gewenst wordt het sociale netwerk van cliënt betrokken bij het opstellen van het ondersteuningsplan. In de doelafspraken is te lezen dat het sociale netwerk, waar mogelijk, wordt betrokken bij de uitvoering van het ondersteuningsplan. Dit is echter niet altijd wenselijk.

Hierover zeggen de twee gesproken begeleiders het volgende:

*“Als het gaat om familie of betrokkenen proberen we hier zo min mogelijk contact mee te hebben, en enkel waar nodig samen te werken. Contacten zijn heel belangrijk, maar kunnen ook heel belastend zijn voor familie. Dat wil je voorkomen. Je wilt dat het netwerk elkaar steunt en stimuleert en dat zij dit volhouden”.*

*“Het netwerk is in bijvoorbeeld één casus sterk betrokken. Familie wordt bijvoorbeeld betrokken bij de financiën, waar het de cliënt, na een lang leerproces, lukt om onderscheid te maken in post en de juiste informatie door te sturen naar familie. Ik merk hierin ook dat de cliënt dit nu al meer zelf doet en niet meer wacht totdat ik er ben”.*

Er kan pas met het ondersteuningsplan worden gewerkt als de cliënt akkoord heeft gegeven voor de inhoud. Dit wordt echter enkel met een ‘vinkje’ aangegeven in het ondersteuningsplan. Daadwerkelijke ondertekening van de cliënt met een handtekening ontbreekt.

Uit de inhoud van cliëntdossiers en gesprekken met Wmo consulenten, cliënt en medewerkers concludeert de toezichthouder dat de ondersteuning aansluit bij de behoefte en mogelijkheden van de cliënt.

Er wordt actief gewerkt aan de opgestelde doelen en indien zich een afwijking voordoet wordt dit gecommuniceerd met de cliënt en/of diens vertegenwoordiger.

Evaluatie van het ondersteuningsplan vindt minimaal één keer per jaar plaats. Er wordt na iedere evaluatie een evaluatieverslag geschreven waarin per doel staat beschreven in hoeverre deze is behaald en aan welke doelen de komende periode gewerkt zal gaan worden.

Een eerstvolgende evaluatiedatum wordt niet direct afgesproken en opgenomen in het ondersteuningsplan. Evaluatieverslagen worden daarnaast niet ondertekend door de cliënt.

Als er signalen zijn die duiden op decompensatie of andere incidenten/ calamiteiten worden deze vastgelegd in het cliëntdossier.

1.2 Uitvoering begeleiding en aansluiting op de Wmo doelen	Ja/nee/deels n.v.t./n.b.
24 uren zorg/begeleiding is gewaarborgd.	N.v.t.
Het ondersteuningsaanbod van de aanbieder is gericht op vergroten van de zelfredzaamheid en de participatie van de cliënten.	Ja
Er wordt gewerkt richting de uitstroom van de cliënten (bijv. richting een vervolgtraject). Indien van toepassing is er sprake van afschaling van begeleiding.	Ja
De inbreng van een multidisciplinair team (indien van toepassing) is zichtbaar in het ondersteuningsplan.	Ja
De afstemming tussen dagbesteding, werk en wonen, is zichtbaar in het plan (1 cliënt, 1 plan).	Ja
De aanbieder legt schriftelijk vast hoe de ondersteuning georganiseerd is. De aanbieder maakt gebruik van bewezen effectieve interventies en/of best practices.	Ja

### Constatering

Er wordt geen 24 uren begeleiding gewaarborgd, omdat het ambulante begeleiding betreft. De begeleiding bestaat, voornamelijk, uit vaste begeleidingsafspraken met de cliënt.

De ondersteuning richt zich op het behouden en/of vergroten van de zelfredzaamheid van de cliënt. De gesproken begeleiders zeggen het volgende over de geleverde ondersteuning:

*"De hulpvragen van cliënten zijn heel verschillend en heel praktisch. Cliënten zijn vaak ook heel zelfstandig. We beginnen vaak met de hulpverlening en signaleren dan gaandeweg zaken. Er komen dan soms ook andere hulpvragen naar voren".*

*"Er wordt in situaties wel op- of afgeschaald, maar je kunt ervan uit gaan dat de ondersteuning langdurig plaatsvindt. Er zijn natuurlijk casussen te bedenken waar tijdelijk ondersteuning nodig is, maar iemand moet wel leerbaar zijn. De ondersteuning is voornamelijk gericht op het behouden van vaardigheden. De leerbaarheid ligt laag, dus als zich ontwikkeling voortdoet gaat dit in kleine stapjes".*

Eén gesproken Wmo consulent geeft hierover het volgende aan:

*"Tot nu toe heb ik ervaren dat de ondersteuning heel passend is. Er wordt aan de doelen gewerkt. De begeleider ondersteunt de cliënt hierbij. Tijdens gesprekken kon de cliënt ook uitleggen waar de ondersteuning voor is. De ondersteuning wordt met respect geleverd".*

Indien er ketenpartners betrokken zijn bij de cliënt worden afspraken hierover opgenomen in het cliëntdossier, en indien nodig in het ondersteuningsplan.

Bij de Noorderbrug wordt gebruik gemaakt van de methodiek 'hooi op je vork'. Het informeren van nieuwe medewerkers over deze methodiek is onderdeel van het inwerkprogramma. Daarnaast wordt hier periodiek bijscholing over gegeven aan begeleiders.

<b>2 Veiligheid</b>	
Wettelijke kwaliteitseis: De voorziening is veilig (Wmo 2015, art. 3.1, tweede lid sub a.).	
In het kader van de geboden voorziening wordt de veiligheid van de cliënt gewaarborgd.	
<b>2.1 Protocollen en afspraken</b>	<b>Ja/nee/deels n.v.t./n.b.</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.	Ja

### Constatering

<p>De aanbieder heeft diverse actuele werkinstructies en handelingsprotocollen, waaronder een agressieprotocol.</p> <p>Alle werkinstructies en handelingsprotocollen zijn voor medewerkers te vinden op het intranet van de aanbieder. De gesproken begeleiders geven aan hiermee bekend te zijn.</p> <p>De begeleiders zijn geschoold in het omgaan met agressie. Hier heeft onlangs nog bijscholing over plaatsgevonden.</p> <p>In constatering 4.3 staat verder beschreven hoe de aanbieder met bijscholing omgaat.</p>
--

<b>2.2 Medicatie en verdovende middelen (alleen indien van toepassing)</b>	<b>Ja/nee/deels n.v.t./n.b.</b>
De organisatie kent een medicatieprotocol.	N.v.t.
De organisatie kent een protocol drang- en dwangmaatregelen.	N.v.t.
Voor iedere cliënt is een actueel medicatieoverzicht (toedienlijst of deellijst) aanwezig.	N.v.t.
In het ondersteuningsplan van de cliënt is dit medicatieoverzicht (zonder doseringen) opgenomen, met vermelding van reden van gebruik.	N.v.t.
Alle medicatie staat op naam van cliënten. Geen voorraden zonder naam, m.u.v. een werkvoorraad die voldoet aan de 'handreiking werkvoorraad geneesmiddelen' <sup>2</sup> .	N.v.t.
Elk medicijn dat wordt toegediend wordt op datum en tijdstip afgetekend op een aftekenlijst.	N.v.t.

<sup>2</sup> Handreiking werkvoorraad geneesmiddelen. Actiz, GGZNederland, VGN 2011

Medicatie wordt onder de goede condities bewaard en is niet toegankelijk voor onbevoegden. Hieraan is alleen voldaan als onderstaande elementen aanwezig zijn: <ul style="list-style-type: none"> <li>• in de koelkast gescheiden van voedingsmiddelen;</li> <li>• in een afgesloten medicijnkast;</li> <li>• opiaten in afgesloten kast/kist gescheiden van de overige medicatie;</li> <li>• sleutelbeheer is adequaat geregeld;</li> <li>• houdbaarheidsdata actueel.</li> </ul>	N.v.t.
Bij toediening van medicatie die niet in een GDS-verpakking <sup>3</sup> zit (=baxter) en waarbij sprake is van aantoonbaar risico in geval van verkeerde dosering vindt aantoonbaar controle plaats door een tweede, bekwame persoon.	N.v.t.
De organisatie heeft afspraken gemaakt over het gebruik van alcohol en verdovende middelen.	Ja

### Constatering

<p>De aanbieder heeft een medicatieprotocol en een protocol dwang- en dwangmaatregelen opgesteld. Deze zijn echter niet van toepassing voor de Wmo cliënten die ambulante ondersteuning ontvangen in Ede. De ondersteuning is op vrijwillige basis en cliënten zijn zelf verantwoordelijk voor het beheren van hun medicatie.</p> <p>In de gedragscode voor medewerkers is opgenomen dat het gebruik van, bezit van en/of handelen in alcohol en drugs voor en tijdens werktijd niet is toegestaan. Daarnaast is in de algemene voorwaarden voor cliënten opgenomen dat zij zich dienen te onthouden van onder andere buitensporig alcohol- en drugsgebruik in het bijzijn van een medewerker. Indien nodig worden afspraken in het cliëntdossier opgenomen ten aanzien van het gebruik van alcohol en verdovende middelen.</p>
---

2.3 Risico-inventarisatie	Ja/nee/deels n.v.t./n.b.
Het ondersteuningsplan bevat een risico-inventarisatie op die onderwerpen die voor de cliënt van toepassing zijn.	Deels
Eventuele veiligheidsrisico's en de eigen verantwoordelijkheid van de cliënt zijn besproken met cliënt en zijn/haar sociale netwerk.	Ja
Als wordt afgeweken van de risicoanalyse wordt dit gemotiveerd en besproken met cliënt en zijn haar sociale netwerk.	Ja
De organisatie kent een brandveiligheids- en ontruimingsplan <sup>4</sup> .	N.v.t.
Periodiek wordt ontruiming geoefend.	N.v.t.
Het gebouw en de inventaris zijn schoon en onderhouden.	N.v.t.

### Constatering

<sup>3</sup> GDS= Geneesmiddelen Distributie Systeem. Bij gebruik van en GDS heeft de apotheek de geneesmiddelen per client per toedientijdstip verpakt.

<sup>4</sup> De Wmo toezichthouder verricht geen technisch onderzoek naar brandveiligheid in zorgvoorzieningen. Vragen zijn gesteld op basis van veiligheid van de deelnemer, gericht op het veiligheidsbeleid en procedures van de aanbieder.

Uit gesprekken tijdens het inspectiebezoek en met begeleiders blijkt dat er niet altijd een risico-inventarisatie met Wmo cliënten wordt afgenomen. Ook blijkt uit deze gesprekken dat het onduidelijk is op basis waarvan een afweging wordt gemaakt ten aanzien van het wel/niet invullen van een risico-inventarisatie met Wmo cliënten.

In drie van de vier cliëntdossiers die door de toezichthouder zijn ingezien ontbreekt een risico-inventarisatie. De toezichthouder heeft van één cliënt wel een risico-inventarisatie ingezien. Ook het format dat hiervoor wordt gehanteerd is ingezien.

Eventuele risico's zijn wel onderwerp van gesprek tijdens het intakegesprek. Als er een risico-inventarisatie is afgenomen worden afspraken gemaakt over de geïnventariseerde risico's. Deze worden vastgelegd in het cliëntdossier. Afspraken worden vervolgens jaarlijks geëvalueerd en als hiervan wordt afgeweken wordt dit met de cliënt besproken.

De eisen met betrekking tot brandveiligheid en ontruiming zijn niet van toepassing, omdat de ondersteuning plaatsvindt in de thuissituatie 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.	Ja
Medewerkers zijn geïnstrueerd over en in staat tot het hanteren van de meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling.	Ja

### Constatering

De aanbieder heeft een meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling vastgesteld waarin de vijf stappen zijn uitgewerkt.

De gesproken begeleiders geven aan hiermee bekend te zijn en weten beleid hierover te vinden. De meldcode komt daarnaast geregeld terug in het werkoverleg.

In de gedragscode is beleid ten aanzien van onder andere vriendschap, seksualiteit en grensoverschrijdend gedrag opgenomen. Eén begeleider geeft hierover het volgende aan:

*"Ik ben bekend met het beleid en heb afstand en nabijheid toevallig vorige week nog besproken met een cliënt en hier een duidelijke grens in getrokken. Er zijn veel aspecten die doven als kind niet hebben aangeleerd, omdat zij niet alles hebben meegekregen. Dit gaat om dingen als sociale vaardigheden en normen en waarden die expliciet aangeleerd moeten worden".*

<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>	
Afspraken over de benodigde zorg/ondersteuning, alsmede afspraken over de afstemming met andere partijen, waaronder overdracht, zijn vastgelegd in het ondersteuningsdossier en zijn bekend bij de cliënt en zijn sociale netwerk.	
<b>3.1 Afstemming met andere hulp- of zorgverleners</b>	<b>Ja/nee/deels n.v.t./n.b.</b>
Met andere hulp- en zorgverleners (huisartsen, wijkverpleging e.d.) vindt afstemming en de noodzakelijke gegevensuitwisseling plaats.	Ja
De afspraken worden schriftelijk vastgelegd.	Ja
Bij samenwerking met andere hulp- en zorgverleners wordt vastgelegd wat de aard is van de relatie, waaronder begrepen verantwoordelijkheden, taken en beslissingsbevoegdheden.	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
Wanneer een cliënt instroomt vanuit een andere aanbieder, dan wel uitstroomt naar een andere aanbieder, vindt zorgvuldige overdracht tussen aanbieders plaats.	Ja
Bij meervoudige, complexe problematiek is er één regisseur of coördinator die de samenhang en continuïteit bewaakt en toegang heeft tot de noodzakelijke gegevens.	Ja
De tweede lijn is direct beschikbaar.	Ja
Bij mogelijke decompensatie onderneemt de begeleiding actie richting behandelaar/ huisarts.	Ja

### **Constatering**

<p>Zowel het professionele als sociale netwerk van de cliënt wordt geïnventariseerd en opgenomen in het cliëntdossier. Het netwerk van de cliënt wordt, indien gewenst, betrokken bij de ondersteuning.</p> <p>Afspraken ten aanzien van afstemming, en eventueel casusregie, zijn in het cliëntdossier opgenomen en helder omschreven. Hierdoor is het voor de begeleiders duidelijk wanneer zij contact dienen te leggen met het netwerk, in geval van bijvoorbeeld decompensatie.</p> <p>Zowel bij instroom en/of uitstroom van nieuwe cliënten wordt zorggedragen voor een warme overdracht. De werkwijze omtrent in- en uitstroom is tevens in beleid vastgelegd.</p>
--



<b>3.2 Samenwerking en afstemming met de gemeente (Wmo consulent)</b>	<b>Ja/nee/deels n.v.t./n.b.</b>
De gemeente Ede is regisseur op het proces en coördineert de samenwerking vanuit het gedachtegoed 'één gezin, één plan, één regisseur'. De aanbieder voert regie op de inhoudelijke uitvoering van het begeleidingsplan.	Ja
De aanbieder informeert de gemeente in het kader van het uitvoeren van de herindicatie tijdig wanneer de door de gemeente gestelde doelen/resultaten niet binnen de gestelde termijn realiseerbaar blijken.	Ja

### Constatering

<p>Uit gesprekken met de begeleiders en Wmo consulenten blijkt dat er weinig onderling met elkaar wordt afgestemd. Er vindt in principe enkel contact plaats bij het aanvragen van een herindicatie.</p> <p>Alle gesproken Wmo consulenten geven aan dat zij enkel een huisbezoek afleggen en dat daarna een beschikking wordt afgegeven. Zij blijven niet verbonden aan een betreffende casus, tenzij deze dusdanig complex is en er een actieve samenwerking gewenst is in het belang van de cliënt. Een aanvraag voor een herindicatie wordt ook niet persé door hen opgepakt, maar dit is een taak van een apart team van het wijkteam.</p> <p>Over de enkele momenten dat er wel afstemming met elkaar heeft plaatsgevonden uiten de Wmo consulenten zich positief.</p>
--

<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>	
De beroepskracht is voldoende op de hoogte van de persoonlijke omstandigheden en levensgeschiedenis van de cliënt.	
<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).	Ja
De aanbieder beschikt over een kwaliteitsborgingscertificaat afgegeven door een door de Raad voor Accreditatie (RvA) aangewezen instelling. Voorbeelden van certificaten zijn: <ul style="list-style-type: none"> <li>• HKZ</li> <li>• ISO voor de zorg</li> <li>• NIAZ</li> <li>• PREZO</li> <li>• Kwaliteitswaarborg Zorgboerderijen</li> </ul>	Ja
De organisatie is aangesloten bij een beroepsvereniging/ branchevereniging.	Ja

Kwaliteitsverbeteringen op basis van signalen van cliënten (zoals klachten) en van cliënt- en medewerkerstevredenheidsonderzoeken) zijn aantoonbaar.	Ja
De continuïteit van de geboden voorziening is gewaarborgd.	Ja
De organisatie integreert de veranderingen op het gebied van de kanteling in de zorg binnen de eigen instelling.	Ja

### Constatering

De aanbieder beschikt over een kwaliteitsmanagementsysteem. Alle werkinstructies en protocollen zijn op intranet voor medewerkers te vinden. Documenten zijn voorzien van een opstellingsdatum en niet ouder dan drie jaar.

Documenten worden voor de gehele organisatie opgesteld en bijgehouden. Sinds de Noorderbrug onderdeel is geworden van 's Heeren Loo is gewerkt aan het harmoniseren van beleid en zorgprocessen. Specifiek beleid voor de doelgroep dient nog verder vormgegeven te worden.

De aanbieder is ISO gecertificeerd en is aangesloten bij een beroepsvereniging.

Periodiek vindt een kwaliteitsreflectie plaats met het team, aangestuurd door de manager. De volgende vier speerpunten zijn opgesteld door de aanbieder en dienen als leidraad voor de kwaliteitsreflectie:

- Cliëntervaring en cliënttevredenheid;
- Ondersteuningsplan en zorgafspraken;
- Cliëntvrijheid en -veiligheid;
- Medewerkers en teams.

Op basis van onder andere de kwaliteitsreflecties, kwartaalrapportages, incidenten, tevredenheidsonderzoeken en klachten wordt jaarlijks een kwaliteitsrapport opgesteld door de aanbieder over de gehele organisatie.

Per onderdeel wordt in het kwaliteitsrapport beschreven hoe de aanbieder wil werken, wat er is gedaan en wat er nog gedaan moet worden.

Het kwaliteitsrapport wordt op de website van de aanbieder gepubliceerd, waarmee voor iedereen aantoonbaar is hoe de aanbieder werkt aan kwaliteitsverbetering.

Uit alle jaarverslagen en documenten blijkt dat de aanbieder veranderingen op het gebied van de kanteling in de zorg voldoende integreert.

Er wordt veelal één begeleider aan een cliënt gekoppeld. In een enkele situatie, afhankelijk van bijvoorbeeld de complexiteit of beschikte uren, zijn twee begeleiders gekoppeld aan een cliënt.

Bij uitval of vakantie van een begeleider worden met de cliënt afspraken gemaakt over vervanging. Als een begeleider langer dan twee weken is uitgevallen wordt de ondersteuning overgenomen. Dit gebeurt altijd door één van de twee begeleiders die werkzaam zijn in Ede, of door één andere begeleider uit het team.

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. <sup>5</sup>	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: 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
De aanbieder heeft een ondernemingsraad (or) of personeelsvertegenwoordiging (pvt) bestaande uit democratisch gekozen werknemers <sup>6</sup> .	Ja
De aanbieder meet periodiek de medewerkerstevredenheid.	Ja

### Constatering

Het ambulante team in midden Nederland bestaat uit acht begeleiders, waarvan twee begeleiders ondersteuning bieden in de gemeente Ede. Er is daarnaast één begeleider aangewezen in het team die, in geval van vakantie of uitval, ook aan cliënten in Ede de ondersteuning kan leveren. Het team wordt aangestuurd door een manager.

Bij de meeste teams in de organisatie is ook een gedragswetenschapper betrokken. Hier is bij het ambulante team van de Noorderbrug geen sprake van, maar in geval van complexe casuïstiek kan op consultbasis beroep worden gedaan op een gedragswetenschapper.

Van de acht begeleiders zijn er drie slechthorend en één doof en is gebarentaal hun moedertaal. De andere vier begeleiders zijn gebarentaalvaardig. Doof zijn of ervaring hebben met doofheid is een vereiste maar geen pré. Als er een medewerker in dienst komt die niet doof- en gebarentaalvaardig is volgt er een cursus voor het leren van gebarentaal en een training omtrent doofheid en complexe problematiek. Ook volgt er een inwerkproces waarin nieuwe medewerkers enkele weken meelopen met een andere medewerker om onder andere meer ingewerkt te raken in de communicatie. De aanbieder noemt hierover het volgende:

*"Gebarentaal is een belangrijk onderdeel, maar er zijn een heleboel varianten om met een cliënt in contact te komen. Bijvoorbeeld schrijven, foto's, wijzen of door middel van filmpjes. Het gaat erom dat je elkaar begrijpt. We bieden mensen een jaarcontract, met zicht op een vast contract als ze gebarentaalvaardig zijn. Je moet dit uiteindelijk wel kunnen beheersen."*

<sup>5</sup> Zie voor de getoetste eisen ten aanzien van vakbekwaamheid van personeel paragraaf 2.1 uit de 'Landelijke Overeenkomst Inkoopafspraken Specialistische Ondersteuning Wmo ZG 2019-2020' opgesteld door de VNG.

<sup>6</sup> In ondernemingen waar 10 tot 50 mensen werken en waar geen ondernemingsraad is, kan een personeelsvertegenwoordiging (PVT) in het leven worden geroepen. De organisatie is daartoe verplicht als meer dan de helft van het personeel aangeeft behoefte aan een PVT te hebben (WOR, art. 35).

De toezichthouder heeft van de drie begeleiders die de begeleiding (kunnen) uitvoeren aan cliënten in de gemeente Ede een VOG ingezien. Allen beschikken over een geldige VOG conform gestelde eisen.

Medewerkerstevredenheid wordt periodiek gemeten. Gezien de Noorderbrug meer locaties heeft in het land zijn in 2021 de uitkomsten met betreffende locaties gedeeld.

Uit gesprekken blijkt dat de verdeling van taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden duidelijk is voor medewerkers.

Er zijn geen stagiaires of vrijwilligers werkzaam in het ambulante team.

De aanbieder heeft een ondernemingsraad.

<b>4.3 Deskundigheidsbevordering</b>	<b>Ja/nee/deels n.v.t./n.b.</b>
De beroepskrachten zijn opgeleid tot en deskundig voor wat betreft het ondersteunen van de doelgroep <sup>7</sup> .	N.B.
De aanbieder biedt de beroepskrachten passende bijscholing.	Ja

### **Constatering**

De drie begeleiders die de ondersteuning aan cliënten met een beschikking van de gemeente Ede leveren beschikken over de volgende diploma's:

- Sociaal Pedagogisch Werk, mbo-niveau 3; Onderwijsassistent, mbo-niveau 4 en Leraar Nederlands Gebarentaal Hbo;
- Sociaal Pedagogisch Werk, mbo-niveau 4;
- Verpleegkundige, mbo-niveau 4.

Op basis van de eisen voor kwalificaties van personeel van de VNG heeft de toezichthouder onvoldoende kunnen beoordelen of hier door de aanbieder aan wordt voldaan.

De aanbieder maakt nog gebruik van de functieomschrijving dd. 2015 van de Noorderbrug. Deze zal in de toekomst nog worden aangepast. De aanbieder geeft aan dat dit proces een jaar geleden in gang is gezet en nog loopt. De aanbieder noemt het volgende over de deskundigheid van personeel:

*"Er wordt Hbo werk- en denkniveau gevraagd. Daarnaast is het belangrijk dat je in ontwikkeling wilt blijven, oftewel intrinsieke motivatie. 's Heeren Loo kijkt naar kansen en modulaire bijscholing om het werk goed uit te kunnen voeren. We leiden bijvoorbeeld ook intern mensen op, of er wordt een deeltijdopleiding aangeboden".*

De aanbieder beschikt over een online leeromgeving waar medewerkers zich voor scholing kunnen opgeven en/of e-learning kunnen volgen.

De teammanager stelt daarnaast jaarlijks, in overleg met de medewerkers, een scholingsplan op. Er zijn enkele (jaarlijkse) verplichte scholingen omtrent doofheid en complexe problematiek

Daarnaast vindt er iedere maand een werkoverleg plaats, gevolgd door intervisie.

<sup>7</sup> Zie voor de getoetste eisen ten aanzien van personeelskwalificaties paragraaf 3.2.1. en 3.2.2. uit de 'Landelijke Overeenkomst Inkoopafspraken Specialistische Ondersteuning Wmo ZG 2019-2020' opgesteld door de VNG.

<b>5 Rechten van de cliënt</b>	
<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>	
De bejegening door de beroepskracht van de cliënt is passend en correct.	
<b>5.1 Algemeen</b>	<b>Ja/nee/deels n.v.t./n.b.</b>
De cliënt voelt zich op zijn/ haar gemak op de plaats waar de voorziening wordt geboden.	Ja
Cliënten worden geïnformeerd over hun rechten en plichten.	Ja
De aanbieder heeft op de eigen website op een begrijpelijke wijze kenbaar gemaakt welke diensten hij aanbiedt en op welke plek deze diensten geboden worden.	Ja

### **Constatering**

De gesproken cliënt uit zich tevreden over de ondersteuning die wordt geleverd en geeft aan hier heel dankbaar voor te zijn.

Uit gesprekken met medewerkers blijkt een hoge mate van betrokkenheid. Eén gesproken Wmo consulent geeft dit tevens aan in een gesprek met de toezichthouder.

Cliënten ontvangen bij de start van de zorg een welkomstbrochure waarmee zij geïnformeerd worden over hun rechten en plichten. In deze brochure is onder andere informatie opgenomen over:

- Klachten- en complimentenregeling;
- De vertrouwenspersoon;
- De organisatie;
- Werkwijze van de Noorderbrug en de methodiek waarmee wordt gewerkt;
- Medezeggenschap van cliënten;
- Gedragscode;
- Privacy.

Op de website van de aanbieder staat helder beschreven over welke locaties de aanbieder beschikt en welke ondersteuning/behandeling er waar wordt geboden.

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

## Constatering

De aanbieder beschikt over een regionale en centrale cliëntenraad en heeft passend beleid opgesteld ten aanzien van cliëntparticipatie. Informatie over medezeggenschap van cliënten, inclusief het beleid, is tevens te vinden op de website van de aanbieder.

Cliënten worden, indien passend in het ondersteuningstraject, gewezen op het bestaan van patiëntenverenigingen en lotgenotencontactgroepen. Eén Wmo consulent noemt hierover het volgende:

*"In één casus heeft de begeleider bijvoorbeeld met de cliënt gekeken naar een passende dagbesteding, waar mensen komen met soortgelijke problematiek. Op deze manier zou de cliënt ook aan diens eigen netwerk kunnen werken".*

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 (persoonsgegevens, medische gegevens e.d.).	Ja

## Constatering

Er wordt zorgvuldig omgegaan met de uitwisseling van gevoelige informatie van cliënten. Dit blijkt uit zowel beleid als gesprekken met medewerkers, de aanbieder en Wmo consulenten.

De aanbieder heeft in beleid opgenomen hoe er binnen de organisatie met privacy dient te worden omgegaan. Hier wordt tevens naar verwezen in de 'informatiemap arbeidsvoorwaarden deel 2', die medewerkers bij indiensttreding ontvangen en cliënten worden hier in de 'welkomstbrochure' op gewezen.

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.	Ja
Er is sprake van een lerende organisatie.	Ja
Een speciale commissie behandelt incidentmeldingen en brengt verbetervoorstellen uit.	Ja
Nazorg bij incidenten is geregeld.	Ja
De aanbieder hanteert een klachtenregeling voor de afhandeling van klachten van de cliënt over gedragingen van de aanbieder jegens de cliënt. De klachtenregeling is door de aanbieder schriftelijk vastgelegd.	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
---	----

### Constatering

<p>De aanbieder beschikt over een intern meldingssysteem voor incidenten, fouten en bijna fouten. In het beleid 'samenhangend melden en verbeteren' is uitgebreid opgenomen hoe het intern meldingssysteem in elkaar zit en staat beschreven wie welke taken en verantwoordelijkheden draagt. Hoe nazorg is geregeld is tevens in dit beleid opgenomen.</p> <p>Er zijn tot op heden geen incidenten gemeld door begeleiders werkzaam in de gemeente Ede. De begeleiders geven aan bekend te zijn met het intern meldingssysteem en bijbehorend beleid.</p> <p>De aanbieder heeft een klachtenregeling opgesteld voor cliënten. De klachtenregeling is zowel op papier als met pictogrammen uitgewerkt en hiermee afgestemd op de diverse doelgroepen waar binnen de organisatie mee wordt gewerkt.</p> <p>Er zijn tot op heden geen klachten gemeld door cliënten. De aanbieder heeft in iedere regio een klachtenfunctionaris aangesteld. Alle klachten worden door de klachtenfunctionaris geregistreerd en opgepakt volgens procedure. Als een klacht niet naar behoren is afgehandeld, kan de cliënt terecht bij de klachtencommissie.</p> <p>Ieder kwartaal worden o.a. alle klachten en incidenten geïventariseerd en besproken door het bestuur. Deze informatie komt terug in een kwartaalrapportage. Jaarlijks wordt een kwaliteitsrapport door de aanbieder opgesteld, waar onder andere wordt teruggeblikt op de incidenten en klachten die zijn ingediend. In dit rapport is tevens het totaal van de ingediende klachten opgenomen.</p>
--

<b>5.5 Melden calamiteiten en geweldsincidenten</b>	<b>Ja/nee/deels n.v.t./n.b.</b>
De aanbieder doet binnen 2 werkdagen na de calamiteit/geweldsincident melding bij de toezichthoudend ambtenaar Wmo.	Nee
Bij intern onderzoek: 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'.	Nee
Indien mogelijk wordt het sociaal netwerk betrokken bij het onderzoek.	Ja

### Constatering

<p>In het afgelopen jaar heeft de toezichthouder één calamiteitenmelding van locatie de Noorderbrug ontvangen, waarbij het een cliënt met een beschikking van de gemeente Ede betrof. Deze melding is niet binnen twee werkdagen aan de Wmo toezichthouder gemeld.</p> <p>Na deze melding heeft de Wmo toezichthouder aan de aanbieder gevraagd om de gebeurtenis zelf te onderzoeken en hierover te rapporteren aan de Wmo toezichthouder. De rapportage van de aanbieder voldeed niet aan de '<i>richtlijn rapportage over een calamiteit/geweld bij de verstrekking van een voorziening of andere gebeurtenis</i>'.</p>
--

Hierover noemt de aanbieder het volgende:

*"'s Heeren Loo hecht eraan om nogmaals aan te geven dat de manier waarop in deze casus de rapportage tot stand is gekomen niet onze gebruikelijke werkwijze is. In deze situatie hebben verschillende zaken ertoe geleid dat de rapportage niet aan de gebruikelijke, ook onze interne, eisen voldeed. Minder beïnvloedbare omstandigheden in combinatie met de tijdslijn melding calamiteitenrapportage van de gemeente Ede waren hiervan de aanleiding, evenals het gegeven dat de hoofdbehandelaar de GGZ-instelling was van de betrokken cliënt.*

*Normaliter start de organisatie (als er sprake is van een calamiteit die voldoet aan de richtlijn van de IGJ, zoals ook de Gemeente Ede die hanteert) na een opdracht tot onderzoek met een onafhankelijk onderzoekscommissie. Met behulp van de PRISMA onderzoeksmethode onderzoekt deze commissie aan welke veiligheidsmechanisme het heeft ontbroken met als doel te leren van de situatie en daar waar de veiligheidsmechanisme onvoldoende zijn geweest deze te verbeteren".*

Tijdens het inspectiebezoek laat de aanbieder weten verder opvolging te geven aan de gebeurtenis die dit betreft. De aanbieder benoemt actiepunten ten aanzien van efficiënt samenwerken met ketenpartners (wanneer er geen toestemming voor afstemming door cliënt wordt gegeven), de inzet van een tolk (begrijpelijk communiceren) en er zal nog een evaluatie volgen met betrokken ketenpartner en familie.

Bovenstaande actiepunten moeten nog verder vormgegeven worden. Gedurende de kwaliteitsinspectie heeft de aanbieder laten weten medio oktober 2022 een afspraak te hebben met een ketenpartner om afspraken te maken over efficiënt samenwerken.

Hieruit blijkt dat de aanbieder zich inzet om lering te trekken uit de gebeurtenis om de kwaliteit van de ondersteuning te verbeteren.

De hierboven genoemde actiepunten zijn passend en sluiten aan bij de gebeurtenis, maar dienen nog verder opvolging te krijgen.

<b>5.6 Opschorten of beëindiging ondersteuning</b>	<b>Ja/nee/deels n.v.t./n.b.</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"><li>• 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;</li><li>• Een onherstelbaar verstoorde vertrouwensrelatie;</li><li>• Hygiënische omstandigheden die ernstige gezondheidsrisico's opleveren voor andere cliënten en/of personeel van de aanbieder;</li><li>• Het niet nakomen van essentiële verplichtingen of regels door de cliënt, ook niet na herhaaldelijk (schriftelijk) aandringen of waarschuwen door de aanbieder.</li></ul>	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 heeft in de zorgovereenkomst opgenomen hoe zij omgaat met het (eenzijdig) beëindigen van de ondersteuning.

Ook heeft de aanbieder een stappenplan en een checklist opgesteld voor het zorgvuldig opzeggen van de zorgovereenkomst.

Er heeft zich tot op heden geen situatie voorgedaan waarbij de ondersteuning eenzijdig is opgeschort of beëindigt. Om deze reden heeft de toezichthouder deze eisen niet kunnen beoordelen.

## Schriftelijke reactie aanbieder

In het rapport wordt een drietal punten geconstateerd waarvoor aandacht wordt gevraagd. Bij de bespreking van het conceptrapport met de onderzoeker is aangegeven dat 's Heeren Loo dit op een andere wijze doet en heeft geïntegreerd in haar ECD. De reactie hierop was dat in het contract met de Gemeente Ede hierover andere afspraken zijn gemaakt. Bij de aanvang van het onderzoek is door ons aangegeven dat De Noorderbrug zorg levert bij de Gemeente Ede vanuit de raamovereenkomst Doven en Slechthorenden met de VNG. In die raamovereenkomst zijn deze criteria niet opgenomen.

## Bijlage 1: Bronnen

### Gesprekken met:

- Eén manager zorg woon- en talentencentrum voor doven
- Eén manager BI
- Eén senior beleidsmedewerker
- Twee medewerkers
- Eén cliënt
- Drie Wmo consultants van de gemeente Ede

### Doelmatigheid voorziening

- Vier ondersteuningsplannen
- Twee evaluatieverslagen
- Eén risico-inventarisatie
- Drie ingevulde 'jouw profiel'
- Eén levensgeschiedenis
- Twee rapportages van cliënten
- Methodisch werken met het ECD, juni 2021

### Veiligheid

- Procedure (vermoeden) (huiselijk) geweld, (kinder-)mishandeling en/of seksueel misbruik, februari 2021
- Stroomschema Meldcode (vermoeden) huiselijk geweld, (kinder-)mishandeling en seksueel misbruik
- Waaier Samenhangend Melden en Verbeteren, september 2021
- Agressieprotocol
- Gedragscode medewerkers, januari 2020

### Samenwerking en afstemming

- Drie afsprakenbladen van cliënten

### Kwaliteit van personeel en organisatie

- Fube begeleider C De Noorderbrug, december 2019
- Informatiemap arbeidsvoorwaarden, deel 1 en 2
- Rapport ISO-certificering, maart 2022
- Rapport uitkomsten medewerkerstevredenheidsonderzoek 2021
- Uitkomsten en voorstel vervolproces medewerkerstevredenheidsonderzoek 2021
- Verslag RCR-regiodirectie vergadering, april 2022
- Verslag RCR-interne vergadering, augustus 2022
- Kwaliteitsrapport 2021
- ISO-certificaat, december 2021
- Gespreksleidraad kwaliteitsreflectie
- Gespreksleidraad invulformulier
- Gedragscode, januari 2020
- Vijf diploma's van drie medewerkers
- Drie VOG's

### **Rechten van de cliënt**

- Kader 'dit vind ik ervan', juli 2017
- Dit vind ik ervan – Richtlijn, maart 2020
- Folder klachtenregeling cliënten
- Jaarverslag Centrale Cliëntenraad, 2021
- Medezeggenschapsregeling Regionale Cliëntenraad, november 2021
- Klachtenregeling cliënten 2022, picoversie.
- Klachtenregeling cliënten 's Heeren Loo, maart 2022
- Checklist zorgvuldig opzeggen van de overeenkomst met de cliënt, 2021
- Stappenplan zorgvuldig opzeggen zorgovereenkomst, maart 2017
- Brochure cliënten 2022

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

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



Gelderland-Midden