

WMO TOEZICHT

Onderzoeksrapport

Definitief rapport nader kwaliteitsonderzoek
Naam: Zorgcentrum Bontekoe B.V.
Adres: De Kist 57
Postcode en woonplaats: 6661 ZE Elst
KvK nummer: 75059274

Zorgvorm: groepsbegeleiding

Datum inspectie: 19 januari 2023
In opdracht van: Modulaire Gemeenschappelijke Regeling sociaal domein regio Centraal Gelderland en gemeente Overbetuwe

Inhoudsopgave

Inleiding	3
Korte beschrijving van de locatie en de doelgroep	3
Onderzoek: aanleiding en belang	4
Inspectiehistorie	5
Conclusie en advies	6
Advies aan de gemeente	8
Bevindingen	9
1 Doelmatigheid voorziening	9
1.1 Ondersteuningsplan	9
1.2 Evaluatie	9
1.3 Ondersteuning	10
2 Veiligheid	10
2.1 Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling	10
2.2 Intern meldingssysteem incidenten/bijna incidenten	11
3 Kwaliteit van personeel en organisatie	11
3.1 Kwaliteitssysteem	11
3.2 Personeelsbeleid	12
3.3 Medewerkers: Verklaring omtrent gedrag (VOG)	12
3.4 Informatievoorziening en website	13
4 Rechten van de cliënt	13
4.1 Klachtenregeling	13
4.2 Rechten van de cliënt en gedragscode	13
Schriftelijke reactie Zorgcentrum Bontekoe B.V.	14
Bronoverzicht	15
Gegevensoverzicht	16
Bijlage 1 Eisen	17
1 Doelmatigheid voorziening	17
2 Veiligheid	19
3 Kwaliteit van personeel en organisatie	20
4 Rechten van de cliënt	22

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).

11 Gemeenten in de regio Centraal Gelderland hebben deze taak ondergebracht bij Modulaire Gemeenschappelijke Regeling sociaal domein regio Centraal Gelderland (MGR), te weten Arnhem, Doesburg, Duiven, Lingewaard, Overbetuwe, Renkum, Rheden, Rozendaal, Wageningen, Westervoort en Zevenaar.

De Wmo 2015 regelt in artikel 6.1. dat gemeenten een toezichhoudend ambtenaar aanwijzen. De colleges van B&W van deze 11 gemeenten hebben de Directeur Publieke Gezondheid van GGD Gelderland-Midden als toezichhoudend ambtenaar aangewezen met de mogelijkheid deze toezichhoudende taak te mandateren aan medewerkers van GGD Gelderland-Midden.

Dit onderzoek heeft plaatsgevonden in opdracht van de Modulaire Gemeenschappelijke Regeling sociaal domein regio Centraal Gelderland (hierna te noemen MGR SDCG), waarbij de gemeente Overbetuwe als opdrachtgevende gemeente optreedt.

Uitgangspunt voor het toezicht zijn de kwaliteitscriteria uit de Wmo 2015 aangevuld met alle eisen en voorwaarden waaronder de aanbieder gecontracteerd is binnen Inkoop 2020.

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

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

Bezwaar op de openbaarmaking van het rapport van het kwaliteitsonderzoek uitgevoerd bij Zorgcentrum Bontekoe B.V. kan worden ingediend bij de gemeente Overbetuwe.

Korte beschrijving van de locatie en de doelgroep

Zorgcentrum Bontekoe B.V. (hierna: Bontekoe) verleent sinds 2021 ondersteuning binnen de zorgvorm groepsbegeleiding.

Er wordt aan negen cliënten vallend onder de Wmo groepsbegeleiding basis geboden. Daarnaast ontvangen twee cliënten dagbesteding met een Wlz indicatie. In het algemeen betreft het ouderen met somatische en/of psychogeriatrische problematiek.

Op de dagopvang, waar de groepsbegeleiding wordt geboden, worden activiteiten aangeboden variërend van spelletjes, seizoensgebonden activiteiten, tot het bespreken van actualiteiten, sport en ontspanning.

Naast groepsbegeleiding wordt in hetzelfde pand, sinds 2019, door de aanbieder intramurale zorg vanuit de Wlz geboden.

Het pand heeft aan beide zijden een woonkamer en woningen voor Wlz cliënten. De groepsbegeleiding werd tot november 2021 geboden in één van deze woonkamers, maar is verplaatst om meer ruimte te creëren voor de Wlz cliënten. De groepsbegeleiding vindt sindsdien plaats in een voormalig kantoor van de aanbieder aan de linkerzijde van het pand.

Iedere maandag t/m donderdag is de groepsbegeleiding geopend voor van 10.00 tot 16.00 uur. Per dagdeel ontvangt de aanbieder maximaal 10 cliënten.

Tijdens het inspectiebezoek geeft de aanbieder aan voornemens te zijn de dagbesteding op een andere locatie te laten plaatsvinden, zodat er meer ruimte komt om de huidige cliënten te ontvangen.

De aanbieder benoemt hiervoor nog geen passende ruimte te hebben gevonden.

Voorheen kende de Bontekoe drie directieleden. In juni 2022 is één directielid gestopt en sindsdien bestaat de directie uit twee leden. Zij zijn eindverantwoordelijk.

De groepsbegeleiding wordt geboden door twee medewerkers, aangevuld met vrijwilligers en een stagiaire.

De aanbieder werkt vanuit de Wmo niet met of als onderaannemer.

Onderzoek: aanleiding en belang

Dit onderzoek is een nader onderzoek op een eerder uitgevoerd kwaliteitsonderzoek uitgevoerd door de Wmo toezichthouder. Het nader onderzoek heeft plaatsgevonden in opdracht van de MGR SDCG waarbij de gemeente Overbetuwe als opdrachtgevende gemeente optreedt.

Tijdens dit nader onderzoek zijn de kwaliteitseisen beoordeeld waarvan tijdens het onderzoek dd. 15 maart 2022 werd geconstateerd dat hieraan niet werd voldaan.

Gedurende het onderzoek constateert de toezichthouder echter ook tekortkomingen die betrekking hebben op eisen waaraan tijdens het onderzoek dd. 15 maart 2022 wel werd voldaan. Het betreft eisen ten aanzien van 'ondersteuning'. Deze eisen zijn om deze reden meegenomen in het nader onderzoek en weergegeven in deze rapportage.

Het nader onderzoek vond plaats op 19 januari 2023. Het betrof een aangekondigd inspectiebezoek.

Op dat moment waren er vijf cliënten aanwezig op de dagbesteding. Het onderzoek bestond uit observatie, bronnenonderzoek (o.a. cliëntdossiers) en interviews.

Er hebben gesprekken plaats gevonden met twee directieleden en één medewerker van Zorgcentrum Bontekoe.

Na het inspectiebezoek zijn ten behoeve van het onderzoek gesprekken gevoerd met één medewerker, één Wmo consulent van de gemeente Overbetuwe, twee cliënten en drie mantelzorgers.

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

Inspectiehistorie

Op **18 januari 2022** heeft door de Wmo toezichthouder van GGD Gelderland-Midden pro actief toezicht plaatsgevonden bij de aanbieder middels een Quickscan in opdracht van de MGR SDCG op het product groepsbegeleiding.

Uit de Quickscan bleken verbeterpunten ten aanzien van de ondersteuningsplannen, veiligheid, kwaliteitssysteem, meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling, klachtenregeling, calamiteitenbeleid, intern meldingssysteem, kwalificaties en VOG's van personeel en de website van de aanbieder.

De Wmo toezichthouder adviseerde de MGR SDCG om een volledig onderzoek uit te laten voeren.

Op **15 maart 2022** heeft de GGD Gelderland-Midden in opdracht van de MGR SDCG een kwaliteitsonderzoek uitgevoerd bij de aanbieder. Uit dit onderzoek bleek dat de aanbieder niet voldeed aan een deel van de gestelde wettelijke (kwaliteits)eisen en gemeentelijke eisen.

Er werden tekortkomingen gesteld ten aanzien van ondersteuningsplannen, evaluaties, meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling, kwalificaties en VOG's van medewerkers en vrijwilligers, de website van de aanbieder, het systematisch evalueren van kwaliteit en beleid, het opstellen van personeelsbeleid en het opzetten van een cliëntenraad.

De Wmo toezichthouder gaf het advies aan de MGR SDCG en de gemeente Overbetuwe om te handhaven conform handhavingsbeleid.

De MGR SDCG heeft vervolgens de GGD Gelderland-Midden ongeveer een jaar na dit onderzoek opdracht gegeven een nader kwaliteitsonderzoek uit te voeren waarvan dit rapport een weergave is.

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 Zorgcentrum Bontekoe B.V. niet wordt voldaan aan een deel van de gestelde wettelijke (kwaliteits)eisen en gemeentelijke eisen, zie hiervoor de bevindingen in het rapport.

Uit het nader onderzoek blijkt dat de aanbieder een aantal verbeteringen heeft doorgevoerd binnen de organisatie. De website van de aanbieder is inmiddels aangevuld met een klachtenjaarverslag en met de tijden waarop de dagbesteding bereikbaar is.

De aanbieder heeft werkafspraken gemaakt ten aanzien van het invullen en bijhouden van de cliëntdossiers. Sinds januari 2023 zijn de medewerkers van de dagbesteding verantwoordelijk voor de inhoud van de cliëntdossiers. Het ondersteuningsplan wordt nu ieder half jaar geëvalueerd, waarna een evaluatieverslag wordt geschreven. In evaluatieverslagen is de voortgang van de gestelde doelen echter onvoldoende beschreven. Ook wordt het evaluatieverslag niet ondertekend door de cliënt en gedeeld met de opdrachtgever.

De ruimte waar de groepsbegeleiding wordt geboden is nu anders ingedeeld, waardoor deze ietwat ruimer aanvoelt. De groeps grootte is ondanks de grootte van de ruimte, net als tijdens het inspectiebezoek dd. 15 maart 2022, maximaal 10 personen. De drie gesproken mantelzorgers benoemen de ruimte waar de dagbesteding wordt gegeven te klein te vinden. De toezichthouder adviseert aandacht te houden voor de groeps grootte i.c.m. de ruimte waar de groepsbegeleiding wordt geboden om de groepsbegeleiding naar behoren te kunnen blijven uitvoeren, of de dagbesteding onder te brengen in een andere (grotere) ruimte.

Ook blijkt uit de gevoerde gesprekken dat afgelopen winter een evaluatiegesprek buiten heeft plaatsgevonden met een cliënt en diens mantelzorger, omdat er binnen onvoldoende ruimte was. De toezichthouder ziet dit als een onwenselijke situatie.

Een groot deel van de aandachtspunten uit het onderzoek van maart 2022 voldoen ook tijdens het nader kwaliteitsonderzoek niet aan de gestelde kwaliteitseisen. De aanbieder maakt tijdens het inspectiebezoek kenbaar hier mee bezig te zijn. De aanbieder heeft sinds januari 2023 toegang tot een nieuw kwaliteitsmanagementsysteem en geeft aan voornemens te zijn dit jaar de ISO certificering te behalen. Dit kwaliteitsmanagementsysteem moet nog gevuld en vervolgens geïmplementeerd worden binnen de organisatie. Een systeem om periodiek te evalueren en/of documenten te herzien ontbreekt vooralsnog.

Verder is de meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling onvoldoende geïmplementeerd en heeft de aanbieder niet kunnen aantonen dat het melden van incidenten geborgd is.

Op dit moment wordt de ondersteuning geboden door medewerkers die Mbo niveau 4 geschoold zijn. Op de dagbesteding zijn geen Hbo geschoolde medewerkers werkzaam waarmee niet aan de eisen ten aanzien van kwalificaties wordt voldaan. Daarnaast heeft de aanbieder geen beleid ten aanzien van de inzet van vrijwilligers en/of stagiaires en beleid ten aanzien van (bij)scholing kunnen aantonen.

Naar aanleiding van het inspectiebezoek heeft de toezichthouder de aanbieder verzocht om binnen enkele werkdagen nog diverse beleidstukken, notulen, VOG's en contactgegevens aan te leveren. De aanbieder heeft de gevraagde informatie niet bij de toezichthouder aangeleverd.

De toezichthouder heeft de aanbieder hier zowel telefonisch als per mail op geattendeerd. Per mail heeft de toezichthouder nog tweemaal de mogelijkheid geboden om de gevraagde informatie alsnog aan te leveren. De toezichthouder heeft hierop geen reactie ontvangen.

Op basis van de gevoerde gesprekken tijdens het onderzoek vraagt de toezichthouder zich verder af of de werkcultuur binnen de organisatie voldoende veilig is voor medewerkers om signalen van onvrede bespreekbaar te maken.

De toezichthouder concludeert naar aanleiding van het nader onderzoek tekortkomingen ten aanzien van:

- De inhoud van evaluatieverslagen en ondertekening door de cliënt;
- Het delen van evaluatieverslagen met de opdrachtgever;
- Evaluatiedatum in het ondersteuningsplan;
- Het bieden van ondersteuning conform de gestelde uitgangspunten;
- Implementeren van de meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling;
- Intern meldingssysteem voor incidenten en calamiteiten;
- Het systematisch evalueren van kwaliteit en beleid;
- Het opstellen van beleid t.a.v. bijscholing voor medewerkers van de dagopvang en inzet van vrijwilligers;
- Inzet van gekwalificeerd personeel;
- Het inzetten van passende vervanging bij uitval van medewerkers;
- VOG's van vrijwilligers en stagiaire;
- Het opzetten van een cliëntenraad.

Advies aan de gemeente

De Wmo toezichthouder van de VGGM geeft het advies aan de MGR SDCG en gemeente Overbetuwe te handhaven (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.

Bevindingen

1 Doelmatigheid voorziening

Wettelijke kwaliteitseis: De voorziening is doelmatig, doeltreffend en cliëntgericht (Wmo 2015, art. 3.1, tweede lid sub a).

1.1 Ondersteuningsplan

Deelconclusie: Aan de gestelde eis wordt niet voldaan. Een eerstvolgende evaluatiedatum ontbreekt nog in het ondersteuningsplan.

Beschrijving:

Uit het vorige inspectiebezoek dd. 15 maart 2022 bleek dat er geen eenduidige afspraken waren gemaakt over het opstellen van de ondersteuningsplannen voor cliënten. Deze werden destijds opgesteld door één directielid en de medewerkers. De aanbieder gaf aan voornemens te zijn om medewerkers de ondersteuningsplannen te laten opstellen.

Sinds januari 2023 stellen de medewerkers de ondersteuningsplannen zelf op. De twee gesproken medewerkers geven hierover het volgende aan:

"Sinds januari gelden er nieuwe afspraken. Het directielid is dan ook niet meer betrokken in het opstellen van de ondersteuningsplannen. We deden dit het afgelopen jaar gezamenlijk, maar wilden dit helemaal zelf doen. Dit hebben we beetje bij beetje opgebouwd".

"We doen sinds kort alles in het cliëntdossier zelf en daar waren we ook aan toe".

Eén gesproken medewerker geeft aan dat er inmiddels heldere afspraken zijn gemaakt en uit zich hierover tevreden. Op vraag van de medewerkers zal binnenkort bijscholing plaatsvinden over het opstellen van ondersteuningsplannen.

Een eerstvolgende evaluatiedatum wordt in de agenda (zowel digitaal als op papier) gezet. Deze ontbreekt echter in het ondersteuningsplan van de cliënt, waarmee niet wordt voldaan aan de gestelde eis.

1.2 Evaluatie

Deelconclusie: Aan de gestelde eis wordt deels voldaan. De ondersteuning wordt inmiddels halfjaarlijks geëvalueerd met cliënten. Ook wordt na iedere evaluatie een evaluatieverslag geschreven. De voortgang van de doelen wordt echter onvoldoende beschreven en het evaluatieverslag wordt niet ondertekend door de cliënt. Evaluatieverslagen worden daarnaast niet gedeeld met de opdrachtgever.

Beschrijving:

Er vindt nu ieder half jaar een evaluatie plaats met de cliënt, en waar mogelijk diens netwerk. Na iedere evaluatie wordt een evaluatieverslag opgesteld in het cliëntregistratiesysteem.

De evaluatieverslagen zijn summier geschreven.

Daarnaast ontbreekt ondertekening van de evaluatieverslagen door de cliënt.

Evaluatieverslagen worden niet gedeeld met het wijkteam. Uit gesprekken met de twee medewerkers en de Wmo consulent blijkt dat zij geen onderling contact met elkaar hebben. De gesproken Wmo consulent geeft hierover het volgende aan:

"Het aanvragen van de herindicatie verloopt veelal via familie of via de cliënt. Het contact met de aanbieder is minimaal. De keren dat ik contact heb gehad met de aanbieder was dit met één directielid".

1.3 Ondersteuning

Deelconclusie: Aan de gestelde eis wordt deels voldaan. De aanbieder houdt onvoldoende rekening met de uitgangspunten voor groepsbegeleiding. Afgelopen winter heeft een evaluatiegesprek buiten plaatsgevonden met een cliënt en diens mantelzorger, omdat hiervoor binnen onvoldoende ruimte was. Uit gesprekken blijkt verder dat er onvoldoende passende ondersteuning geboden kan worden in de ruimte waar de dagbesteding geboden wordt.

Beschrijving:

Naar aanleiding van het onderzoek dd. 15 maart 2022 concludeerde de toezichthouder dat de aanbieder voldeed aan de eisen ten aanzien van 'ondersteuning'. De ruimte waar de dagbesteding wordt geboden werd wel als aandachtspunt beschreven. Gedurende het nader onderzoek blijkt dat de aanbieder nu niet voldoet aan deze eisen. De gesproken cliënten en mantelzorgers uiten zich tevreden over de medewerkers op de dagbesteding en geven aan dat zij zich inzetten om de dagbesteding zo goed mogelijk vorm te geven. Uit deze gesprekken blijkt echter dat de ruimte waar de dagbesteding geboden wordt i.c.m. de groeps grootte hier onvoldoende mogelijkheid toe biedt. Hierover wordt door één mantelzorger het volgende gezegd:

"De begeleiders kunnen er niets aan doen, maar het leveren van goede hulpverlening is gewoon niet te doen in deze ruimte. De cliënten hebben geen beweging meer en zitten de hele dag op een stoel".

Hieruit blijkt dat onvoldoende rekening wordt gehouden met het uitgangspunt 'zo passend mogelijk' en 'gericht op de zelfredzaamheid' voor groepsbegeleiding.

Uit gesprekken met de mantelzorgers blijkt verder dat er (in de winter) een evaluatiegesprek buiten heeft plaatsgevonden, omdat er binnen geen ruimte was om deze uit te voeren. Daarnaast geven de gesproken mantelzorgers allen aan dat zij de ruimte waar de dagbesteding wordt geboden als te klein ervaren, waarvan één mantelzorger zich zorgen maakt over de veiligheid in de ruimte.

2 Veiligheid

Wettelijke kwaliteitseis: De voorziening is veilig (Wmo 2015, art. 3.1, tweede lid sub a.).

2.1 Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling

Deelconclusie: Aan de gestelde eis wordt niet voldaan. De meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling is onvoldoende onder de aandacht gebracht bij medewerkers.

Beschrijving:

De meldcode is, net als tijdens het inspectiebezoek dd. 15 maart 2022 werd geconstateerd, onvoldoende geïmplementeerd. Er heeft naar aanleiding van dit inspectiebezoek geen scholing of bespreking van de meldcode plaatsgevonden.

Het gebruik van de meldcode wordt onvoldoende bevorderd en dient verder geïmplementeerd te worden.

2.2 Intern meldingssysteem incidenten/bijna incidenten

Deelconclusie: Aan de gestelde eis wordt deels voldaan. De aanbieder beschikt over een intern meldings-/registratiesysteem. De aanbieder heeft geen incidentenbeleid aangetoond. Hiermee blijft het melden, registreren, analyseren, verbeteren en terugkoppelen aan de melder onvoldoende geborgd.

Beschrijving:

Een intern meldingssysteem is net als voorgaand inspectiebezoek in gebruik. Beleid waar in staat beschreven wat een incident definieert, wanneer een melding gedaan moet worden en hoe deze vervolgens wordt afgehandeld is niet bij de toezichthouder aangeleverd.

De toezichthouder heeft, na het nader inspectiebezoek, aan de aanbieder gevraagd om haar incidentenbeleid aan te leveren. De aanbieder heeft van deze mogelijkheid geen gebruik gemaakt. Hiermee wordt niet voldaan aan de gestelde eis.

Uit gesprekken met medewerkers blijkt dat zij weten waar zij een MIC melding kunnen maken, maar dat onvoldoende duidelijk is wat er van hen wordt verwacht ten aanzien van het melden van incidenten en hoe deze vervolgens intern worden opgepakt en afgehandeld.

3 Kwaliteit van personeel en organisatie

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.)

3.1 Kwaliteitssysteem

Deelconclusie: Aan de gestelde eis wordt niet voldaan. Er is (nog) geen sprake van een systeem om periodiek te evalueren en/of documenten te herzien.

Beschrijving:

Tijdens het vorige inspectiebezoek dd. 15 maart 2022 beschikte de aanbieder over een kwaliteitshandboek, maar niet over een systeem/ werkwijze met betrekking tot het evalueren en actueel houden van beleid. Ook had de aanbieder geen kwaliteitscertificaat. De aanbieder gaf aan voornemens te zijn een kwaliteitscertificaat te behalen.

De aanbieder heeft sinds begin januari 2023 toegang tot een nieuw kwaliteitsmanagementsysteem. Deze moet nog volledig worden gevuld en vervolgens geïmplementeerd worden. Zodra dit gebeurt is zal de aanbieder toewerken naar ISO certificering.

Ten tijde van dit nader onderzoek is nog geen sprake van een systeem of werkwijze met betrekking tot het evalueren en/of herzien van beleid. Hierdoor wordt niet aan de gestelde eis voldaan.

3.2 Personeelsbeleid

Deelconclusie: Aan de gestelde eis wordt deels voldaan. De aanbieder heeft niet (binnen gestelde termijn) beleid kunnen aantonen over de inzet van vrijwilligers/stagiaires en scholing aan medewerkers. Daarnaast wordt niet altijd gezorgd voor passende vervanging in geval van afwezigheid van medewerkers en is er geen Hbo geschoold personeel in dienst dat 20% van de ondersteuning levert aan cliënten.

Beschrijving:

Het afgelopen jaar zijn geen personeelwisselingen geweest in het team dat werkzaam is op de dagbesteding. Het team bestaat nog steeds uit twee medewerkers en drie vrijwilligers. Daarnaast is er momenteel één stagiaire werkzaam. De stagiaire wordt zowel op de dagbesteding ingezet als intramuraal bij Wlz cliënten. Uit gesprekken met mantelzorgers blijkt dat er niet altijd een medewerker aanwezig is op de groep, waardoor niet aan de gestelde eis wordt voldaan. Hierover wordt o.a. het volgende gezegd:

“Soms zitten cliënten een hele tijd alleen op de groep met één vrijwilliger of niemand. Eén medewerker wordt vaak weggehaald van de groep”.

“Ik hoorde van een andere cliënt dat de begeleiding soms weg is”.

Op basis van de gevoerde gesprekken tijdens het onderzoek vraagt de toezichthouder zich verder af of de werkcultuur binnen de organisatie voldoende veilig is voor medewerkers om signalen van onvrede bespreekbaar te maken.

De twee medewerkers beschikken over een Mbo niveau 4 diploma conform gestelde eisen. Echter dient, conform de eisen geldend vanaf 1 juli 2022, ook 20% van de ondersteuning geleverd te worden door een Hbo geschoolde medewerker. Hier is geen sprake van, waardoor niet aan betreffende eis wordt voldaan.

In geval van uitval of vakantie vangen de twee medewerkers elkaar op. Voorheen nam een vrijwilliger (Mbo niveau 3) indien nodig enkele diensten over. Hier is geen sprake meer van.

Als beide medewerkers niet aanwezig kunnen zijn, wordt geen passende vervanging ingezet. Dit heeft als gevolg dat de dagbesteding dan sluit voor cliënten. Onlangs is dit één keer voorgekomen.

Over de inzet van de twee medewerkers uiten zowel cliënten als mantelzorgers zich positief. Allen ervaren dat de medewerkers hun best doen om een prettige dagbesteding te verzorgen.

De aanbieder heeft geen beleid aangetoond waarin staat beschreven hoe de organisatie omgaat met de inzet van vrijwilligers/stagiaires en scholing aan medewerkers van de dagbesteding. Hierdoor wordt niet voldaan aan gestelde eis.

3.3 Medewerkers: Verklaring omtrent gedrag (VOG)

Deelconclusie: Aan de gestelde eis wordt niet voldaan. De twee medewerkers beschikken over een geldig VOG. De VOG's van drie vrijwilligers en één stagiaire zijn door de aanbieder niet tijdig aangetoond.

Beschrijving:

Tijdens het nader onderzoek heeft de toezichthouder de VOG's van de twee medewerkers ingezien. Zij beschikken beide over een geldig VOG.

De VOG's van vrijwilligers en de stagiaire heeft de aanbieder niet aangetoond, waardoor niet wordt voldaan aan de gestelde eis.

3.4 Informatievoorziening en website

Deelconclusie: Aan de gestelde eis wordt wel voldaan. De website van de aanbieder beschikt inmiddels over het klachtenjaarverslag en tijden waarop de organisatie te bereiken is.

Beschrijving:

De aanbieder heeft haar website inmiddels aangepast en hierin het klachtenjaarverslag en de tijden waarop de organisatie te bereiken is opgenomen.

4 Rechten van de cliënt

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.).

4.1 Klachtenregeling

Deelconclusie: Aan de gestelde eis wordt wel voldaan. Een klachtenjaarslag is gepubliceerd op de website van de aanbieder.

Beschrijving:

De aanbieder heeft op haar website het klachtenjaarverslag gepubliceerd. Er zijn tot op heden geen formele klachten ingediend.

4.2 Rechten van de cliënt en gedragscode

Deelconclusie: Aan de gestelde eis wordt niet voldaan. Cliënten kunnen niet participeren in een cliëntenraad of vergelijkbaar platform.

Beschrijving:

Er is nog geen regeling voor medezeggenschap opgesteld en cliënten kunnen tot op heden niet participeren in een cliëntenraad. De aanbieder noemt hierover het volgende:

“Er komt binnenkort een nieuwsbrief, waar informatie over de cliëntenraad in wordt opgenomen. Deze zal wel gericht zijn op mantelzorgers/familie gezien de doelgroep. We willen de cliëntenraad binnenkort opzetten en dan kijken hoe het gaat. Zij zullen dan twee tot drie keer per jaar bijeenkomen”.

Schriftelijke reactie Zorgcentrum Bontekoe B.V.

De aanbieder heeft geen gebruik gemaakt van de gelegenheid om een schriftelijke reactie te geven.

Bronoverzicht

Gesprekken met:

- Twee directieleden;
- Twee medewerkers;
- Eén Wmo consultant van de gemeente Overbetuwe.
- Twee cliënten;
- Drie mantelzorgers.

Doelmatigheid voorziening:

- Twee ondersteuningsplannen van cliënten;
- Twee evaluatieverslagen van cliënten.

Kwaliteit van personeel en organisatie:

- Twee VOG's van medewerkers;
- Het (nog in te vullen) kwaliteitsmanagementsysteem.

Gegevensoverzicht

Opvanggegevens

Naam	: Zorgcentrum Bontekoe B.V.
Adres	: De Kist 57
Postcode en woonplaats	: 6661 ZE Elst
Telefoonnummer	: 06-39633506
Website aanbieder	: www.zorgcentrumbontekoe.nl
Email aanbieder	: info@bontekoe.nl
Aantal medewerkers	: Twee
Rechtsvorm	: B.V.
HKZ/ISO gecertificeerd	: -

Gegevens toezicht

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

Gegevens opdrachtgever

Naam	: Modulaire Gemeenschappelijke Regeling sociaal domein regio Centraal Gelderland
Adres	: Dorpsplein 1
Postcode en woonplaats	: 6931 CZ Westervoort

Gegevens gemeente voor bezwaar tegen openbaarmaking

Naam	: Gemeente Overbetuwe
Adres	: Dorpsstraat 67
Postcode en woonplaats	: 6661 EH Elst

Planning

Datum inspectie	: 19-01-2023
Opstellen concept inspectierapport	: 23-02-2023
Hoor/wederhoor	: -
Zienswijze ontvangen	: -
Vaststelling inspectierapport	: 09-03-2023
Verzending inspectierapport	: 09-03-2023

Bijlage 1 Eisen

1 Doelmatigheid voorziening

Wettelijke kwaliteitseis: De voorziening is doelmatig, doeltreffend en cliëntgericht (Wmo 2015, art. 3.1, tweede lid sub a).

1.1 Ondersteuningsplan	Eisen zijn van toepassing op	Ja/Nee/Deels /N.v.t.
Eis 2 Inkoopdocument Algemeen programma van eisen	Alle zorgvormen, behalve als alleen groepsbegeleiding stabiel wordt geboden	
In het ondersteuningsplan zijn in ieder geval de volgende onderwerpen beschreven: - Wanneer geëvalueerd wordt (datum vastgelegd).		Nee

¹ Op de website www.inkoopscg.nl staat een limitatief overzicht met relevante mbo-/hbo-/wo-opleidingen richting Zorg en Welzijn

1.2 Evaluatie	Eisen zijn van toepassing op	Ja/Nee/Deels /N.v.t.
Eis 3 Inkoopdocument Algemeen programma van eisen	alle zorgvormen	
Op initiatief van opdrachtnemer vindt, tenminste 6 weken voor afloop van de indicatie, evaluatie plaats van het ondersteunings- of behandelplan en de uitvoering daarvan. Wanneer het traject langer duurt dan een jaar vinden er in overleg meerdere evaluaties plaats.		Ja
Elke evaluatie wordt besproken met de cliënt en er wordt een verslag gemaakt, dat ondertekend is door de cliënt en/of wettelijke vertegenwoordiger, zodat helder is dat deze evaluatie is besproken met de desbetreffende cliënt.		Deels
Uit de evaluatie blijkt in hoeverre de gestelde doelen zijn behaald. Als een doel of een resultaat niet wordt gehaald, is de opdrachtnemer verantwoordelijk voor de motivering waarom dat doel of resultaat niet gehaald is. De opdrachtnemer beschrijft de wijze waarop de gestelde doelen alsnog behaald kunnen worden of dienen te worden bijgesteld.		Nee
De evaluatie wordt altijd gedeeld met de opdrachtgever indien de opdrachtgever de verwijzer is. Is de opdrachtgever niet de verwijzer, dan kan, op verzoek van de opdrachtgever en met toestemming van cliënt en/of wettelijke vertegenwoordiger, de evaluatie worden gedeeld met opdrachtgever. Dit is nodig om de toewijzing en vordering hiervan te monitoren. Hierbij wordt rekening gehouden met de privacyregels.		Nee

1.3 Ondersteuning	Eisen zijn van toepassing op	Ja/Nee/Deels /N.v.t.
Inkoopdocument Groepsbegeleiding Zorgvorm specifieke eisen	Groepsbegeleiding stabiel Groepsbegeleiding ontwikkeling	
De aanbieder houdt bij het samenstellen van de groep rekening met de uitgangspunten van groepsbegeleiding, specifiek het uitgangspunt 'zo passend mogelijk': De groepsgrootte sluit aan bij de talenten, mogelijkheden en ondersteuningsbehoefte van de cliënt.		Deels
Inkoopdocument Groepsbegeleiding Productbeschrijving 07A52 Inkoopdocument Groepsbegeleiding Productbeschrijving 07A51	Groepsbegeleiding ontwikkeling Groepsbegeleiding stabiel	
Er wordt vanuit de volgende uitgangspunten gewerkt: <ul style="list-style-type: none"> - Zo passend mogelijk: de talenten, mogelijkheden en ondersteuningsbehoefte van de cliënt staan centraal (niet de problematiek); - Zo inclusief mogelijk: elke groepsbegeleidingsplek voorziet in een inclusief aanbod (niet gericht op specifieke problematiek); - Zo lokaal mogelijk: groepsbegeleiding vindt plaats in de wijk waar de cliënt woont. Als de benodigde groepsbegeleiding niet aanwezig is in de wijk, wordt naar het dichtstbijzijnde alternatief gekeken; - Gericht op zelfredzaamheid: er is zoveel mogelijk aandacht voor de zelfredzaamheid van de cliënt. 		Deels

2 Veiligheid

Wettelijke kwaliteitseis: De voorziening is veilig (Wmo 2015, art. 3.1, tweede lid sub a.).

2.1 Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling	Eisen zijn van toepassing op	Ja/Nee/Deels /N.v.t.
Eis 8 Inkoopdocument Algemeen Programma van eisen	Alle zorgvormen	
Opdrachtnemer houdt zich bij de verlening van hulp/ondersteuning aan de toepassing (d.w.z. implementatie binnen de organisatie) van de verplichte meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling. Dat wil zeggen dat de opdrachtnemer een meldcode moet hebben, deze geïmplementeerd moet zijn, dat volgens deze meldcode wordt gewerkt en dat het gebruik daarvan wordt bevorderd.		Deels

2.2 Intern meldingssysteem incidenten/bijna incidenten	Eisen zijn van toepassing op	Ja/Nee/Deels /N.v.t.
Eis 11 Inkoopdocument Algemeen Programma van eisen	Alle zorgvormen, behalve als alleen activerend Werk geboden wordt	
Er is een intern meldings-/registratiesysteem voor incidenten, fouten en bijna fouten dat operationeel is (VIM: Veilig Incident Melden). Het melden, registreren, analyseren, verbeteren en terugkoppelen aan melder is georganiseerd en geborgd. Het betreft incidenten of bijna incidenten, die zijn gekoppeld aan het handelen door zorgprofessionals. (In afwijking van eis 11 van het Inkoopdocument Algemeen programma van eisen geldt voor aanbieders Activerend werk, alleen een registratie van incidenten die verband houden met uitvoering van Activerend werk (datum, wie, wat en bij wie gemeld en welke acties), de analyse (hoe heeft het kunnen gebeuren), verbeteracties en borging (hoe voorkomen dat het nogmaals gebeurd).		Deels

3 Kwaliteit van personeel en organisatie

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.)

3.1 Kwaliteitssysteem	Eisen zijn van toepassing op	Ja/Nee/Deels /N.v.t.
Eis 7 Inkoopdocument Algemeen programma van eisen	Van toepassing op alle zorgvormen	
De opdrachtnemer werkt aantoonbaar aan kwaliteit: de inschrijver beschikt over een kwaliteitssysteem (beleid, protocol of beschreven werkwijze vertaald in een kwaliteitshandboek). Onder een kwaliteitsbeleid/werkend kwaliteitssysteem wordt tenminste verstaan: het systematisch uitvoeren van zelfevaluaties over de bereikte kwaliteit en de daaruit voortkomende verbeterplannen.		Deels

3.2 Personeelsbeleid	Eisen zijn van toepassing op	Ja/Nee/Deels /N.v.t.
Eis 13 Inkoopdocument Algemeen programma van eisen	Alle zorgvormen, behalve als alleen activerend werkgeboden wordt	
De opdrachtnemer is zelf bekwaam en gekwalificeerd en/of beschikt over aantoonbaar gekwalificeerde medewerkers voor het uitvoeren van de gevraagde dienstverlening, zet gekwalificeerde medewerkers in en dient dit op ieder moment aan opdrachtgever te kunnen aantonen.	Alle zorgvormen, behalve als alleen activerend werkgeboden wordt	Deels
Opdrachtnemer heeft passend beleid waarin minimaal beschreven staat: <ul style="list-style-type: none"> - Hoe de opdrachtnemer omgaat met opleiding en scholing, met als doel het behouden en verder ontwikkelen van kennis en kunde van zichzelf en de in te zetten medewerkers. - Inzet van vrijwilligers, stagiaires en medewerkers in opleiding is altijd onder verantwoordelijkheid van bekwaam en gekwalificeerde medewerkers. - Borging van een duurzame inzetbaarheid van zichzelf en voor de opdracht in te zetten medewerkers. - Hoe de opdrachtnemer ervoor zorgt dat hij zelf en zijn voor de opdracht in te zetten medewerkers op de hoogte is van de laatste ontwikkelingen binnen de branche. (Eis 13 van het Algemeen programma van eisen is in zijn geheel niet van toepassing voor aanbieders Activerend werk)		Nee
Eis 19 Inkoopdocument Algemeen Programma van eisen	Alle zorgvormen	
De opdrachtnemer draagt zorg voor passende vervanging bij afwezigheid (bijvoorbeeld of in het geval van vakantie) van de vaste medewerker.		Deels
Inkoopdocument Groepsbegeleiding Productbeschrijving 07A52 Inkoopdocument Groepsbegeleiding Productbeschrijving 07A51	Groepsbegeleiding ontwikkeling Groepsbegeleiding stabiel	

Groepsbegeleiding wordt uitgevoerd door een professional die aanwezig is op de groep.		Deels
Inkoopdocument Groepsbegeleiding Productbeschrijving 07A51	Groepsbegeleiding stabiel	
<u>Tot 1 juli 2022:</u> Opleidingsniveau - mbo 4 werk- en denkniveau VVT, WMD, GGZ of een vergelijkbare richting. Met minimaal 20% ondersteuning en consultatie van een hbo-professional, geschoold in een vergelijkbare richting.		Ja
<u>Vanaf 1 juli 2022:</u> Minimaal 20% van de begeleiding wordt uitgevoerd door een professional met een afgeronde hbo-opleiding Zorg en Welzijn ¹ , waarbij de inhoud en de opzet van de opleiding aansluiten bij de hulpverlening die de professional levert binnen het product.		Nee
<u>Vanaf 1 juli 2022:</u> De invulling van voornoemde eis dient door aanbieder aantoonbaar te worden gemaakt middels het dienstrooster.		Nee
<u>Vanaf 1 juli 2022:</u> De overige begeleiding wordt uitgevoerd door een professional met een afgeronde mbo-4 opleiding richting Zorg en Welzijn ¹ , waarbij de inhoud en de opzet van de opleiding aansluiten bij de hulpverlening die de professional levert binnen het product.		Ja

1 Op de website www.inkoopscg.nl staat een limitatief overzicht met relevante mbo-/hbo-/wo-opleidingen richting Zorg en Welzijn

3.3 Medewerkers: Verklaring omtrent gedrag (VOG)	Eisen zijn van toepassing op	Ja/Nee/Deels /N.v.t.
Eis 15 Inkoopdocument Algemeen Programma van eisen	Van toepassing op alle zorgvormen	
Bestuurders (conform uittreksel KvK) en alle hulpverleners (alle medewerkers, inclusief uitzendkrachten, zzp'ers, stagiaires en vrijwilligers), die direct contact hebben met cliënten zijn in het bezit van een Verklaring Omtrent Gedrag (VOG) die bij indiensttreding niet ouder is dan 3 maanden en bij het inzetten op de gecontracteerde zorg door Inkoop SDCG, niet ouder dan 3 jaar. Dat betekent dat medewerkers in dienst bij de opdrachtnemer, die geen direct contact met de cliënt hebben, niet hoeven te beschikken over een VOG, met uitzondering van bestuurder(s) en met uitzondering van medewerkers die toegang hebben tot systemen waarin vertrouwelijke en gevoelige gegevens zijn opgeslagen. Indien opdrachtnemer met onderaannemers werkt, geldt deze eis ook voor de onderaannemers. (Voor aanbieders Activerend werk wordt onder alle hulpverleners verstaan alle betrokken en verantwoordelijke traject- en werkbegeleiders. De eis VOG rechtspersoon voor bestuurders blijft onveranderd gelden.)		Deels

3.4 Informatievoorziening en website	Eisen zijn van toepassing op	Ja/Nee/Deels /N.v.t.
Eis 16 Inkoopdocument Algemeen programma van eisen	Van toepassing op alle zorgvormen	
De opdrachtnemer beschikt over een actuele website, waar hij tenminste op publiceert: <ul style="list-style-type: none"> - Een actueel overzicht van de gecontracteerde producten en diensten aan cliënten. - De klachtenregeling incl. het klachtenjaarsverslag. - Wijze van omgaan met privacy (AVG). - Wachttijden. - Eventuele certificeringen. - Telefoonnummer en/of andere contactgegevens van de organisatie, incl. tijden waarop de organisatie bereikbaar is. 		Ja

(In afwijking van eis 16 algemeen programma van eisen geldt voor Activerend werk dat het voldoende is dat organisatie beschikt over een website met minimaal informatie over de organisatie en contactgegevens van de aanbieder).

4 Rechten van de cliënt

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.).

4.1 Klachtenregeling	Eisen zijn van toepassing op	Ja/Nee/Deels /N.v.t.
Eis 9 Inkoopdocument Algemeen programma van eisen	Alle zorgvormen, behalve indien alleen activerend werk wordt geboden.	
De opdrachtnemer stelt jaarlijks een openbaar klachtenjaerverslag/klachtenlijst op en publiceert dit op zijn website.		Ja
In het klachtenjaerverslag/klachtenlijst is minimaal beschreven: <ul style="list-style-type: none"> - Hoeveel klachten zijn ingediend. - Welke klachten zijn ingediend (beschrijving van de klacht, incl. het thema van de klacht). - De afhandelingstermijn (per klacht). - De wijze waarop de klachten zijn afgehandeld (per klacht). - De wijze van communicatie en opvolging van de klachten (per klacht). - Welke verbetermaatregelen naar aanleiding van de klachten zijn genomen (per klacht). 		Ja

4.2 Rechten van de cliënt en gedragscode	Eisen zijn van toepassing op	Ja/Nee/Deels /N.v.t.
Eis 17 Inkoopdocument Algemeen programma van eisen	Van toepassing op alle zorgvormen, behalve enkel activerend werk	
De cliënt kan participeren in een cliëntenraad of een vergelijkbaar platform.		Nee

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.ggdgm.nl



Gelderland-Midden