

WMO TOEZICHT

Onderzoeksrapport

Definitief rapport kwaliteitsonderzoek
Naam: impegno Begeleiding B.V. (KvK 27261487)
Adres: Louis Braillelaan 100
Postcode en woonplaats: 2719 EK Zoetermeer
Product: begeleiding regulier en begeleiding specialistisch

Datum inspectie: 9 oktober 2023
Datum rapport: 13 december 2023
In opdracht van: gemeente Ede

Inhoudsopgave

Gegevensoverzicht	3
Inleiding	4
Historie	4
Onderzoek: aanleiding en belang	5
Korte beschrijving van de organisatie en de doelgroep	5
Conclusies en advies	7
Advies aan de gemeente	8
Bevindingen	9
1 Doelmatigheid voorziening	9
2 Veiligheid	12
3 Samenwerking en afstemming	16
4 Kwaliteit van personeel en organisatie	17
5 Rechten van de cliënt	21
Zienswijze aanbieder	26
Bijlage 1: Bronnen	29

Gegevensoverzicht

Basisgegevens

Naam : impegno Begeleiding B.V.
Adres : Louis Braillelaan 100
Postcode en woonplaats : 2719 EK Zoetermeer
Telefoonnummer : 085-4834500
Website aanbieder : www.impegno.nl
Rechtsvorm : Besloten Vennootschap
HKZ/ISO gecertificeerd : NEN EN 15224 (ISO 9001)
KVK-nummer : 27261487

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 : toezichtwmo@ede.nl

Planning

Datum onderzoek : 9 oktober 2023
Opstellen concept onderzoeksrapport : 20 november 2023
Hoor/wederhoor : 4 december 2023
Zienswijze ontvangen : 8 december 2023
Vaststelling onderzoeksrapport : 13 december 2023
Verzending onderzoeksrapport : 13 december 2023

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 toezichhoudend ambtenaar aanwijzen. Het college van B&W van de gemeente Ede heeft 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.

De toetsing door de Wmo toezichthouder 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.

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.

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.

Historie

Op 25 mei 2023 heeft de Wmo toezichthouder van GGD Gelderland-Midden in opdracht van de gemeente Ede een quickscan uitgevoerd bij de begeleiding die wordt geboden door impegno Begeleiding B.V. (hierna: impegno) aan cliënten met een Wmo beschikking van de gemeente Ede. Een quickscan is een verkorte variant van een kwaliteitsonderzoek waarbij enkele basiseisen getoetst worden.

De Wmo toezichthouder constateerde dat de aanbieder niet geheel voldeed aan de eisen ten aanzien van:

- Inhoud van het ondersteuningsplan;
- Ondertekening van evaluatieverslagen;
- Aansluiting bij een beroeps- of branchevereniging;
- Kwalificaties en VOG's.

De Wmo toezichthouder adviseerde de gemeente Ede hierop om een volledig kwaliteitsonderzoek uit te (laten) voeren, waarvan dit rapport een weergave is.

Diverse Wmo toezichthouders van GGD-en in andere regio's hebben eerder kwaliteitsonderzoeken uitgevoerd bij de aanbieder. De rapporten deze onderzoeken zijn door impegno gedeeld met de toezichthouder van GGD Gelderland-Midden.

Onderzoek: aanleiding en belang

Dit onderzoek heeft plaatsgevonden op verzoek van de gemeente Ede naar aanleiding van de uitkomsten van de quickscan op 25 mei 2023.

Het onderzoek had als doel na te gaan of de aanbieder voldoet aan de wettelijke (kwaliteits)eisen vanuit de Wmo en de aanvullende gemeentelijke (kwaliteits)eisen.

Het inspectiebezoek vond plaats op 9 oktober 2023. Het betrof een aangekondigd bezoek aan een kantoor van de aanbieder op het adres Vijftien Morgen 7 te Veenendaal.

Het onderzoek bestond uit observatie, bronnenonderzoek (bijlage 1) en interviews. Er hebben tijdens het inspectiebezoek gesprekken plaatsgevonden met de directeur, de teamcoördinator en een medewerker van het projectteam zorgkwaliteit. Tevens zijn gesprekken gevoerd met twee medewerkers. De leidinggevende was bij de gesprekken met medewerkers niet aanwezig.

Na het inspectiebezoek zijn vier cliënten en een partner van een cliënt bezocht of telefonisch gesproken en zijn gesprekken gevoerd met twee Wmo consulenten van de gemeente Ede.

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

Korte beschrijving van de organisatie en de doelgroep

Impegno biedt sinds 2003 behandeling, gezinsondersteuning en begeleiding aan volwassenen met GGZ- problematiek in 150 gemeenten in Nederland in Noord-Brabant, Utrecht, Gelderland en Zuid-Holland. Impegno doet dit vanuit de volgende missie en visie (uit kwaliteitshandboek):

"impegno biedt tijdelijke ondersteuning thuis voor mensen die psychische en/of maatschappelijke moeilijkheden ervaren. Gezinnen, volwassenen, jeugdigen en kinderen verdienen een toegewijde en efficiënte houding van onze zorgprofessionals. Een medewerker kan zelfstandig (naar de hulpvraag van de cliënt) met de cliënt beslissen over de geleverde zorg. De competenties en mogelijkheden van de cliënt zijn daarbij het uitgangspunt. Onze kennis van wijkomstandigheden helpt bij het versterken van het lokale netwerk van de cliënt. Impegno werkt samen met de cliënt (en zijn omgeving) aan duurzame en meetbare resultaten. We leveren samen betere zorg door lef en doortastendheid, toegankelijkheid en oprechte verbinding met cliënten, collega's en partners. Een cliënt ondersteunen alsof het familie is, maar dan met een professionele jas aan. Impegno gelooft in, en ondersteunt professionele autonomie van goed opgeleide medewerkers in kleinschalige teams. Onze medewerkers kunnen naar eigen inzicht efficiënte en onorthodoxe oplossingen bieden. Onze medewerkers geven minder snel op, durven verder te gaan".

Ambulante begeleiding wordt geboden door 260 medewerkers aan 3000 cliënten met problemen op diverse levensgebieden.

Het betreft ondersteuning op basis van Zorg in Natura.

Momenteel wordt aan 81 cliënten vallend onder de Wmo begeleiding regulier (42) of begeleiding specialistisch (39) geboden met een beschikking van de gemeente Ede.

De begeleiding in Ede wordt geboden aan cliënten die zelfstandig wonen en cliënten die wonen binnen het project Roots. Dit betreft een samenwerking tussen de gemeente Ede, verhuurder en impegno waarbij 62 mensen, vanuit een situatie van dakloosheid of huisvestingsproblemen, gedurende een periode van twee jaar kunnen wonen in een studio aan de Posthoornstraat. Aan de helft van de mensen die binnen dit project woont wordt door impegno begeleiding geboden.

Impegno werkt met kleine zorgorganiserende teams. Het team dat onder andere begeleiding in de gemeente Ede biedt, bestaat uit 13 begeleiders. Dagelijkse aansturing vindt plaats door een teamcoördinator die naast coördinerende werkzaamheden begeleiding aan cliënten biedt. De teamcoördinator legt verantwoording af aan de directie.

Er zijn momenteel geen stagiaires of vrijwilligers werkzaam voor het team.

Impegno is NEN EN 15224 (ISO 9001) gecertificeerd.

Conclusies 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 impegno wordt voldaan aan het merendeel van de gestelde wettelijke (kwaliteits)eisen en gemeentelijke eisen, zie hiervoor de bevindingen in het rapport.

De gesproken cliënten zijn tevreden over de ondersteuning die zij ontvangen. De bejegening van begeleiders is prettig en sluit aan op wat cliënten nodig hebben.

Wmo consulenten van de gemeenten Ede zijn ook tevreden. Zij geven aan dat de lijnen kort zijn en dat zij bij bijzonderheden geïnformeerd worden door de begeleiders. Op- en afschaling vindt plaats en er wordt gewerkt aan het bevorderen van zelfredzaamheid en richting uitstroom.

De aanbieder heeft een kwaliteitskeurmerk en een werkend kwaliteitssysteem met actuele protocollen en werkafspraken. Protocollen en werkafspraken zijn duidelijk en medewerkers zijn op de hoogte van de gemaakte afspraken.

Alle cliënten hebben een actueel ondersteuningsplan waarin concrete doelen zijn opgenomen waaraan acties en termijnen zijn gekoppeld. De begeleiding vindt doelgericht plaats. De afspraken uit het plan worden in de praktijk nagekomen en uitgevoerd. Het netwerk van de client wordt bij het plan en de ondersteuning betrokken.

In het plan ontbreekt nog de vraag van de client. Deze wordt bij de start wel geïnventariseerd, maar is geen onderdeel van het ondersteuningsplan. Ook de datum van evaluatie ontbreekt in het plan.

Evaluatie vindt ieder half jaar plaats en is doelgericht. Van de evaluatie wordt verslag opgemaakt, dit verslag wordt enkel bij het aflopen van de beschikking ondertekend. Niet bij tussentijdse evaluaties.

De aanbieder heeft veel aandacht voor veiligheid.

Risico's worden bij de start, ieder half jaar en bij incidenten geïnventariseerd en hierop worden indien van toepassing afspraken gemaakt met de client in een signaleringsplan.

Incidenten worden gemeld, geanalyseerd en hierop worden verbetermaatregelen gesteld. Hierin is aandacht voor nazorg aan medewerkers en cliënten.

De aanbieder heeft een volledige meldcode opgesteld die geïmplementeerd is. Medewerkers moeten een training volgen en er is veel aandacht voor de meldcode in overleggen en binnen bijvoorbeeld themamaanden.

Een agressieprotocol is opgesteld en medewerkers kunnen een training volgen in het omgaan met agressie. Niet alle medewerkers zijn hierin nu echter geschoold. De aanbieder is bezig met een

aanpassing van het scholingsbeleid waardoor een training in het omgaan met agressie een verplicht karakter krijgt.

De aanbieder gaat zorgvuldig om met privacy en de uitwisseling van gegevens. Cliënten worden geïnformeerd over hun rechten en plichten met een duidelijke folder die bij de start van de ondersteuning verstrekt wordt. Hierin is onder andere informatie over klachten en privacy opgenomen.

De aanbieder voldoet niet aan de kwalificatie-eisen van de gemeente Ede. Ondersteuningsplannen worden niet altijd opgesteld door een Hbo geschoolde medewerker en evaluatie van het plan vindt niet altijd plaats door een Hbo geschoolde medewerker. Ook wordt specialistische begeleiding niet altijd geboden door Hbo geschoolde medewerkers en biedt een niet gekwalificeerde medewerker (onder supervisie) begeleiding aan cliënten. Alle begeleiders hebben een VOG kunnen overleggen en de aanbieder geeft aan dat medewerkers niet mogen starten zonder VOG. In de gedragscode is echter opgenomen dat deze in de proeftijd nog overlegd mag worden, waarmee beleid onduidelijk is.

De aanbieder is op dit moment niet aangesloten bij een beroeps- of branchevereniging en beraadt zich op de verschillende opties. In de loop van 2024 zal hierover een besluit worden genomen.

De toezichthouder concludeert tekortkomingen ten aanzien van:

- Opnemen van vraag en datum van evaluatie in het ondersteuningsplan;
- Ondertekening van evaluatieverslagen bij tussentijdse evaluaties;
- Kwalificaties van medewerkers;
- Scholing in het omgaan met agressie;
- Aansluiting bij een beroeps- of branchevereniging.

Advies aan de gemeente

De toezichthouder geeft het advies aan de gemeente Ede om op de eisen waaraan de aanbieder niet voldoet te handhaven conform handhavingsbeleid.

De gemeente Ede laat schriftelijk aan de zorgaanbieder weten of en hoe zij dit advies opvolgen.

Toelichting handhaving

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

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

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

Bevindingen

1 Doelmatigheid voorziening	
<i>Wettelijke kwaliteitseis: De voorziening is doelmatig, doeltreffend en cliëntgericht (Wmo 2015, art. 3.1, tweede lid sub a).</i>	
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).	
1.1 Ondersteunings- / begeleidingsplan	Ja/nee/deels n.v.t./n.b.¹
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
Voor begeleiding en dagbesteding: Het begeleidingsplan is opgesteld door een ten minste (post-) Hbo geschoolde medewerker, zoals omschreven in de productomschrijving.	Deels
Het plan omvat een omschrijving van de vraag van de cliënt.	Nee
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.	Ja
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
Voor begeleiding en dagbesteding: een ten minste op (post-) Hbo geschoolde medewerker evalueert minimaal één keer per zes maanden, of zoveel vaker dan nodig, met de cliënt de voortgang en doelmatigheid van de geboden voorziening.	Deels
Van deze evaluatie wordt verslag opgemaakt.	Ja

¹ N.b. betekent 'niet beoordeeld'.

De cliënt heeft het evaluatieverslag ondertekend.	Deels
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

Constatering

Bij een aanmelding voor begeleiding wordt een eerste screening gedaan door één van de medewerkers. Met de cliënt wordt de hulpvraag besproken en bepaald of de ondersteuning vanuit impegno hierbij aansluit. Vervolgens wordt de cliënt verwezen naar het sociaal team voor een Wmo-indicatie.

Als de Wmo indicatie wordt afgegeven volgt een intake. Hierin wordt een screeningslijst doorgenomen waarin op alle levensgebieden situatie en hulpvraag in kaart worden gebracht. De ZRM (zelfredzaamheidsmatrix) en risico-inventarisatie worden standaard afgenomen, een toestemmingsformulier voor de uitwisseling van gegevens wordt ingevuld en de zorgovereenkomst wordt ondertekend.

Na de start van de begeleiding wordt binnen zes weken een ondersteuningsplan met de cliënt opgesteld.

Ten behoeve van het onderzoek zijn drie zorgdossiers met ondersteuningsplannen ingezien. In de zorgdossiers is een uitgebreide screening opgenomen. Ook zijn betrokken ketenpartners, zoals de huisarts, in het dossier weergegeven. Het eerste en tweede aanspreekpunt vanuit impegno zijn opgenomen.

De ondersteuningsplannen bevatten concrete doelen waaraan acties met termijnen zijn verbonden. De plannen zijn voor akkoord door de cliënt ondertekend.

In de ondersteuningsplannen ontbreekt de hulpvraag van de cliënt. De naam van de eerstverantwoordelijke medewerker is niet opgenomen in het ondersteuningsplan, maar is wel opgenomen in het zorgdossier. Ook de datum van de eerstvolgend evaluatie is niet in het ondersteuningsplan opgenomen. Wel kent het ondersteuningsplan een looptijd en geeft de kwaliteitsmonitor voor het aflopen van het ondersteuningsplan een signaal af waarop de evaluatie wordt ingepland.

Voor heel impegno wil de aanbieder de hulpvraag van de cliënt in het plan opnemen, evenals concrete afspraken ten aanzien van de inzet van het netwerk.

De plannen worden opgesteld door Hbo geschoolde medewerkers, Mbo-4 geschoolde medewerkers en een medewerker in opleiding. Dit is niet conform gestelde eisen van de gemeente Ede. De aanbieder is zich hiervan bewust en is bezig met een aanpassing in de werkwijze. De teamcoördinator (Hbo geschoold) zal met niet Hbo geschoolde medewerkers gezamenlijk het plan opstellen en evaluaties uitvoeren. De gesproken Mbo geschoolde medewerker geeft echter sinds kort aan dit juist zelfstandig te mogen doen en plannen niet meer te hoeven laten accorderen door de teamcoördinator. Hiermee is sprake van onduidelijkheid.

Evaluatie vindt standaard iedere zes maanden plaats, waarbij de ZRM wordt afgenomen en de risico-taxatie opnieuw wordt uitgevoerd. De evaluatie is doelgericht.

Bij het aflopen van de indicatie wordt een uitgebreid evaluatieverslag geschreven dat voor akkoord door de cliënt wordt ondertekend. Uit het verslag blijkt duidelijk of een doel behaald is of niet. Bij tussentijdse evaluaties is het verslag minder uitgebreid en ontbreekt de ondertekening door de client.

In de dossiers wordt over ieder contactmoment gerapporteerd, waarbij vermeld wordt of een contactmoment telefonisch plaatsvond of een fysieke afspraak betrof.

Urenregistratie vindt plaats via de agenda's van de medewerkers, waarbij in het registratiesysteem gezien kan worden hoeveel van de beschikte trajecturen al ingezet zijn. Hierbij wordt onderscheid gemaakt in reguliere en specialistische uren.

Cliënten hebben inzicht in hun zorgdossier via een eigen inlog.

De cliënten die door de toezichthouder zijn gesproken kennen hun ondersteuningsplan, geven aan hiervoor input te hebben geleverd en hiermee akkoord te zijn gegaan. Ze geven aan dat er wordt gewerkt aan de doelen uit het plan en de acties in de praktijk uitgevoerd worden. Ook geven allen aan dat regelmatig evaluatie van het plan plaatsvindt en dat het plan hierop zo nodig wordt bijgesteld. Een van de cliënten noemt dat het netwerk ook goed bij het plan en de afspraken betrokken wordt. Ook de afspraken uit het signaleringsplan zijn met de partner besproken zodat deze handvatten heeft voor in de praktijk.

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 multidisciplinaire 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
Voor begeleiding regulier: de ondersteuning is gericht op: <ul style="list-style-type: none"> • Het oefenen met- of ondersteunen van reeds aangeleerde vaardigheden of handelingen die noodzakelijk zijn om de algemene dagelijkse levensverrichtingen uit te kunnen voeren. • Het oefenen met- of ondersteunen met het voeren van regie. • Het oefenen met- of ondersteunen met aanbrengen van structuur. • Aansturen/ stimuleren van gedrag. • Stimuleren bij de mogelijke integratie in de samenleving en de sociale participatie (bijvoorbeeld hulp bij de opbouw van een sociaal netwerk) • Afstemming met andere domeinen (onderwijs, WLZ, participatie, etc.) 	Ja

<p>Voor begeleiding specialistisch: de ondersteuning is gericht op:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Het oefenen met- en stimuleren van reeds aangeleerde vaardigheden of handelingen die noodzakelijk zijn om de algemene dagelijkse levensverrichtingen uit te kunnen voeren. • Het oefenen met- en stimuleren van het voeren van regie. • Het oefenen met- en stimuleren van het aan aanbrengen van structuur. • Aanleren van vaardigheden ter compensatie van de beperking. • Beïnvloeden/corrigeren van gedrag en het ontwikkelen van coping strategieën. • Begeleiden bij de mogelijke integratie in de samenleving en de sociale participatie (bijvoorbeeld hulp bij de opbouw van een sociaal netwerk) • Leren van het netwerk om te gaan met de aandoening/ziekteproces van de cliënt. • Afstemming met andere domeinen (onderwijs, WLZ, participatie, etc.). 	Ja
--	----

Constatering

<p>Uit de gesprekken met medewerkers en cliënten en uit inzage in de dossiers blijkt dat de ondersteuning plaatsvindt op verschillende levensgebieden en gericht is op gespreksvoering, vaardigheden aanleren, regulatie van emoties, maar ook het aanleren van praktische vaardigheden of bijvoorbeeld het uitbreiden van het sociaal netwerk.</p> <p>Eén van de medewerkers geeft aan dat voor ondersteuning ook de vrijwilligerscentrale in Ede ingezet wordt.</p> <p>Het bevorderen van zelfredzaamheid is altijd onderwerp en er wordt toewerkt naar afschaling van de zorg of uitstroom. Het jaarverslag 2022 zegt hierover bijvoorbeeld: <i>“Een cliënt krijgt alle ondersteuning die nodig is. Goed is goed genoeg. Waar mogelijk wordt minder zorg geleverd”</i>.</p> <p>De gesproken cliënten geven aan dat bij afgesproken acties ondersteuning plaatsvindt maar de actie door hen zelf moet worden uitgevoerd.</p> <p>De gesproken Wmo consulenten van de gemeente Ede zijn erg tevreden over de ondersteuning. Zij zien dat zelfredzaamheid bevordert wordt en waar mogelijk begeleiding gericht is op het aanleren van vaardigheden. Waar nodig vindt opschaling plaats of wordt zorg afgeschaald, in uren of van specialistisch naar basis. Als cliënten wonen binnen het project Roots is het doel altijd gericht op uitstromen omdat het project maar 2 jaar woonruimte biedt.</p>

2 Veiligheid	
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.	
2.1 Protocollen en afspraken	Ja/nee/deels n.v.t./n.b.
De organisatie heeft werkinstructies en handelingsprotocollen.	Ja
De instructies en protocollen zijn actueel.	Ja
De aanbieder kent een agressieprotocol.	Ja
Het personeel is geschoold in het omgaan met agressie.	Nee

Constatering

De aanbieder heeft actuele werkinstructies en protocollen waarin op het voorblad van het document duidelijk is opgenomen wanneer wijzigingen of controle van het document heeft plaatsgevonden. Controle van de documenten vindt jaarlijks plaats.

De gesproken medewerkers zijn bekend met de protocollen en geven aan dat deze voor hen vindbaar zijn. Protocollen worden regelmatig besproken in het teamoverleg.

De aanbieder kent een agressieprotocol. Hierin is opgenomen wat agressie is en wat een medewerker kan doen bij agressie. Ook de handelingen na agressie, zoals het doen van een incidentmelding zijn hierin opgenomen, evenals maatregelen om de veiligheid van medewerkers te waarborgen.

Beide gesproken medewerkers geven aan niet via Impegno geschoold te zijn in omgaan met agressie. In het agressiebeleid is opgenomen: *De organisatie stelt via de GGZ Ecademy de e-learnings 'Omgaan met agressie' en 'Escalatie en de-escalatie' beschikbaar voor de medewerkers. In de trainingen komen voornamelijk het omgaan met verbale agressie en de fysieke vormen van agressie aan bod. Daarbij is ook aandacht voor de-escalatie en preventie.*

Tot op heden bood de aanbieder daarnaast vrijblijvend fysieke training agressie aan de medewerkers. Hiervan werd echter minimaal gebruik gemaakt. Daarom is de aanbieder voornemens om vanaf volgend jaar een digitale training omgaan met agressie verplicht te stellen. Dit is opgenomen in het concept opleidingsplan 2024. In het plan is de module e-learning omgaan met agressie als verplicht onderdeel opgenomen binnen twee jaar na indiensttreding.

2.2 Medicatie en verdoevende middelen (alleen indien van toepassing)	Ja/nee/deels n.v.t./n.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 ² '.	N.v.t.
Elk medicijn dat wordt toegediend wordt op datum en tijdstip afgetekend op een aftekenlijst.	N.v.t.
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">• in de koelkast gescheiden van voedingsmiddelen;• in een afgesloten medicijnkast;• opiaten in afgesloten kast/kist gescheiden van de overige medicatie;• sleutelbeheer is adequaat geregeld;• houdbaarheidsdata actueel.	N.v.t.

² Handreiking werkvoorraad geneesmiddelen. Actiz, GGZNederland, VGN 2011

Bij toediening van medicatie die niet in een GDS-verpakking ³ 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

De aanbieder geeft aan vanuit de begeleiding niets met medicatie te doen en geen ondersteuning met drang en dwang te bieden.

Impegno-breed is een medicatieprotocol opgesteld, waarin het voorschrijven van medicatie door de psychiater is beschreven. Dit protocol is echter niet van toepassing op de ambulante begeleiding.

De aanbieder heeft beleid opgesteld ten aanzien van het gebruik van middelen. Hierin is onder andere opgenomen: *“Beleidsuitgangspunt bij middelengebruik is dan ook dat het traject erop is gericht om verslaving en middelengebruik te stabiliseren en waar mogelijk terug te brengen tot een acceptabel niveau. Hierbij kunnen kansen die zich voordoen om het middelengebruik te reduceren individueel worden vastgesteld en binnen de mogelijkheden van de hulpvrager naar een niveau wordt gebracht, dat zo optimaal mogelijk maatschappelijk functioneren kan worden bewerkstelligd”.*

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.	Ja
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 ⁴ .	N.v.t.
Periodiek wordt ontruiming geoefend.	N.v.t.
Het gebouw en de inventaris zijn schoon en onderhouden.	N.v.t.

Constatering

Voor iedere cliënt wordt bij de start een ZRM (zelfredzaamheidsmatrix) en een risico-inventarisatie ingevuld. Hierin is onder andere risico op huiselijk geweld, kindermishandeling en suïcide opgenomen. Ook is hierin een onderdeel ten aanzien van het gebruik van medicatie opgenomen.

De ZRM en risico-inventarisatie worden ieder half jaar herhaald. Ook bij een incident wordt de risico-inventarisatie opnieuw uitgevoerd. Als een item in de risico-inventarisatie als hoog wordt beoordeeld wordt een signaleringsplan of veiligheidsplan gemaakt. Alle zorgdossiers die zijn ingezien bevatten een actuele risico-inventarisatie en een signaleringsplan bij een score hoog in de inventarisatie.

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

⁴ 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.

Het belang van het afnemen van de risico-inventarisaties is in diverse documenten opgenomen, zoals het kwaliteitshandboek en het agressieprotocol.

Twee gesproken cliënten noemen een signaleringsplan te hebben waarbij middels een stoplicht acties aan bepaalde fasen gekoppeld zijn.

De aanbieder heeft geen woonvoorziening, de begeleiding vindt bij cliënten in de woonsituatie plaats. Bij Roots in Ede huren cliënten zelf zelfstandige woonruimte. Hierdoor zijn eisen ten aanzien van brandveiligheids- of ontruimingsplan niet van toepassing.

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 kent beleid ten aanzien van vriendschap, intimiteit, seksualiteit en seksueel grensoverschrijdend gedrag, preventie van seksueel misbruik en het melden van misbruik. Deze is opgenomen in diverse protocollen, zoals de gedragscode, protocol sanctie, de meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling, agressieprotocol en incidentenbeleid.

Zo zijn in de gedragscode voor medewerkers, stagiaires en vrijwilligers afspraken omtrent relaties tussen medewerkers en relaties tussen medewerkers en cliënten opgenomen evenals regels omtrent seksuele gedragingen met een duidelijke uitwerking en voorbeelden van ontoelaatbaar gedrag.

Gesproken medewerkers noemen dat beleid omtrent afstand en nabijheid in het team regelmatig besproken wordt. Ook zijn vriendschap, intimiteit en grensoverschrijdend gedrag in contact met cliënten regelmatig onderwerp in begeleidingsgesprekken.

De aanbieder geeft aan momenteel, in het kader van Coming Out Day, aandacht te willen besteden aan LHBT.

De aanbieder heeft een meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling opgesteld, waarin de stappen zijn uitgewerkt en verantwoordelijkheden zijn vastgelegd. Er zijn aandachtfunctionarissen aangesteld voor de meldcode (twee voor begeleiding en twee voor jeugd) die externe training hebben gevolgd en intern fungeren als aanspreekpunt. Ook kunnen zij interne trainingen verzorgen.

De meldcode is geïmplementeerd, medewerkers moeten verplicht een training over de meldcode volgen bij indiensttreding en deze wordt regelmatig besproken met medewerkers.

De aanbieder is momenteel beleid ten aanzien van bijscholing aan het herzien. In het nieuwe beleid moeten medewerkers straks eens per twee jaar de training over de meldcode volgen.

Sinds januari werkt de aanbieder met themamaanden; iedere maand wordt aandacht besteed aan een thema dat betrekking heeft op veiligheid. De meldcode was in het afgelopen jaar een maand het thema. Protocollen en beleidsstukken die horen bij dit onderwerp zijn doorgestuurd naar de coördinatoren en besproken in alle teamoverleggen.

3 Samenwerking en afstemming	
<i>Wettelijke kwaliteitseis: De voorziening is afgestemd op de reële behoefte van de cliënt en andere vormen van zorg of hulp (Wmo 2015 art. 3.1, tweede lid sub b)</i>	
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.	
3.1 Afstemming met andere hulp- of zorgverleners	Ja/nee/deels n.v.t./n.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

Afstemming met andere zorg- of hulpverleners vindt plaats. Bij de start van de begeleiding worden hierover met de cliënt afspraken gemaakt en wordt toestemming gevraagd voor onderlinge afstemming. De gesproken cliënten kennen de afspraken die hierover gemaakt zijn.

De website van de aanbieder zegt over samenwerking: *“Binnen de begeleiding vinden wij het belangrijk om de samenwerking te zoeken met zowel het sociaal als het professioneel netwerk rondom een cliënt, dit om tot een zo efficiënt mogelijk begeleidingstraject te kunnen komen. Waar mogelijk wordt de regie zoveel mogelijk bij de cliënt gelaten, om zo de zelfredzaamheid te vergroten”.*

Uit de gesprekken met medewerkers en inzage in zorgdossiers blijkt dat bij meervoudige, complexe problematiek afspraken worden gemaakt omtrent taken, verantwoordelijkheden en regie en dat bij decompensatie actie ondernomen wordt richting behandelaar huisarts.

3.2 Samenwerking en afstemming met de gemeente (Wmo consulent)	Ja/nee/deels n.v.t./n.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

De afstemming met Wmo consulenten van de gemeente Ede verloopt goed en de onderlinge lijnen zijn kort. Medewerkers van impegno noemen het wel een nadeel dat in de gemeente Ede geen Wmo consulent gekoppeld wordt aan de individuele client.

De gesproken Wmo consulenten hebben voornamelijk ervaring met de aanbieder binnen het project Roots. De samenwerking hier verloopt heel goed. De Wmo consulenten geven beide aan dat de aanbieder laagdrempelig contact opneemt bij bijzonderheden.

Het aanvragen van herindicaties en delen van ondersteuningsplan of evaluatieverslag is niet aan de orde binnen het project. Hierover zijn afwijkende afspraken gemaakt met de gemeente Ede. Twee keer zijn voor alle cliënten binnen het project op een bepaald moment de indicaties verlengd.

4 Kwaliteit van personeel en organisatie	
<i>Wettelijke kwaliteitseis: De voorziening wordt verstrekt in overeenstemming met de op de beroepskracht rustende verantwoordelijkheid o.b.v. de professionele standaard (Wmo 2015, art. 3.1, tweede lid sub c.)</i>	
De beroepskracht is voldoende op de hoogte van de persoonlijke omstandigheden en levensgeschiedenis van de cliënt.	
4.1 Kwaliteitsborging	Ja/nee/deels n.v.t./n.b.
Er is een kwaliteitsmanagementsysteem in gebruik (processen worden structureel volgens (een aanwezig) plan geëvalueerd en de documenten zijn niet ouder dan drie jaar).	Ja
De 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"> • HKZ • ISO voor de zorg • NIAZ • PREZO • Kwaliteitswaarborg Zorgboerderijen 	Ja

De organisatie is aangesloten bij een beroepsvereniging/ branchevereniging.	Nee
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

<p>De aanbieder is NEN-EN 15224 gecertificeerd, eisen hiervan zijn gebaseerd op ISO 9001.</p> <p>De aanbieder heeft een werkend kwaliteitsmanagementsysteem. Documenten wordt jaarlijks gecontroleerd en zijn allen actueel. Medewerkers zijn op de hoogte van het bestaan en de inhoud.</p> <p>Medewerkers- en cliënttevredenheidsonderzoeken worden jaarlijks uitgevoerd.</p> <p>Het laatste cliënttevredenheidsonderzoek, van december 2022 is door de toezichthouder ingezien. Het cijfer voor de tevredenheid voor de begeleiding in de regio Veluwe Gelderland was hier 8.6.</p> <p>De aanbieder geeft aan dat aandachtspunten uit de tevredenheidsonderzoeken in het verleden onvoldoende werden opgepakt. De werkwijze is nu aangepast en er zijn verbeterplannen geschreven op de aandachtspunten uit de laatste tevredenheidsonderzoeken.</p> <p>Er wordt ook gekeken naar de wijze van uitvraag bij het cliënttevredenheidsonderzoek. Met de leverancier van het systeem wordt gekeken naar de uitvraag en hoe deze passender gemaakt kan worden om zo de respons te verhogen.</p> <p>De aanbieder is op dit moment niet aangesloten bij een beroeps- of branchevereniging en beraadt zich momenteel op de verschillende opties. In de loop van 2024 zal hierover een besluit worden genomen.</p>
--

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.	Deels
De aanbieder heeft beleid t.a.v. verantwoorde inzet van vrijwilligers.	N.v.t.
<p>Alle medewerkers en vrijwilligers hebben een verklaring omtrent gedrag (VOG) overlegd, die maximaal drie jaar oud is en minimaal getoetst is op:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Het verlenen van diensten (nr. 41); • Het verlenen van diensten in de persoonlijke leefomgeving (nr. 43); • Belast zijn met de zorg voor (hulpbehoevende) personen, zoals ouderen en gehandicapten (nr. 85) • Screeningsprofiel 45 'gezondheidszorg en welzijn van mens en dier'. 	Ja

De aanbieder heeft een ondernemingsraad (or) of personeelsvertegenwoordiging (pvt) bestaande uit democratisch gekozen werknemers ⁵ .	Ja
De aanbieder meet periodiek de medewerkerstevredenheid.	Ja

Constatering

Vanuit het team Veluwe-Gelderland wordt begeleiding geboden in de regio Ede, Arnhem, Veenendaal en Rivierenland.

In januari 2023 heeft een reorganisatie plaatsgevonden waarbij de teams zelforganiserend zijn geworden en teamcoördinatoren zijn aangesteld die operationeel het team aansturen en daarnaast begeleidingswerkzaamheden aan cliënten uitvoeren. Hiervoor kende de organisatie teams die werden aangestuurd door managers.

Voor de functies zijn functieprofielen opgesteld voor ondersteunend begeleider, ambulante begeleider, ambulante begeleider II en teamcoördinator, die door de toezichthouder zijn ingezien. Voor de gesproken medewerkers zijn taken en verantwoordelijkheden duidelijk.

Niet alle medewerkers voldoen echter aan de kwalificatie-eisen, waardoor zij niet allen vakbekwaam zijn. Zie hiervoor 4.3.

Het team Veluwe-Gelderland bestaat uit 13 personen, twee van hen voeren de begeleidingswerkzaamheden op ZZP basis uit. De anderen zijn in dienst bij Impegno.

Tien medewerkers hebben de functie van ambulante begeleider, één heeft de functie van ondersteunend begeleider, één van ambulante begeleider II (voor complexe casuïstiek) en één de functie van teamcoördinator.

Ten behoeve van het onderzoek zijn twee medewerkers gesproken. Beide ervaren de werksfeer als prettig. Zij kunnen onvrede en feedback uiten en voelen zich gehoord door de organisatie. De werkdruk wordt door één van de medewerkers wel als aandachtspunt genoemd.

Personeelsverloop was in het verleden groot, maar dit is nu niet meer het geval.

Impegno kent een ondernemingsraad en de medewerkerstevredenheid wordt jaarlijks gemeten.

De aanbieder geeft aan beleid te hanteren dat VOG's iedere drie jaar opnieuw aangevraagd moeten worden en dat medewerkers niet mogen starten met werkzaamheden als zij geen VOG hebben overlegd. In de gedragscode voor medewerkers is echter opgenomen dat de VOG moet zijn ontvangen voor het einde van de proeftijd. Hiermee is de informatie van de aanbieder en de informatie in beleid afwijkend, waardoor sprake is van onduidelijkheid.

Alle medewerkers hebben ten tijde van het inspectiebezoek een VOG overlegd dat is aangevraagd op functieprofiel gezondheidzorg en welzijn van mens en dier. Bijna alle VOG's die zijn ingezien zijn actueel en conform beleid van Impegno, niet ouder dan 3 jaar. Eén van de ZZP'ers heeft een verouderde VOG uit januari 2019.

VOG's worden aangevraagd middels e-herkenning.

De gesproken medewerkers zijn op de hoogte van de persoonlijke omstandigheden van de cliënten.

Gesproken cliënten geven aan dat sprake is van continuïteit, zij hebben al lange tijd dezelfde begeleider. Bij vakantie of ziekte krijgen zij, indien gewenst, een vervangende begeleider.

⁵ 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 aanbieder stelt bij complexe casuïstiek een tweede begeleider aan, maar werkt meestal met een achterwacht die bij vakantie of ziekte contactpersoon voor de cliënt is.

4.3 Deskundigheidsbevordering	Ja/nee/deels n.v.t./n.b.
De beroepskrachten zijn opgeleid tot en deskundig voor wat betreft het ondersteunen van de doelgroep.	Deels
Voor begeleiding en dagbesteding: Toezicht op (de voortgang van) het begeleidingsplan vindt plaats door een ten minste (post-) Hbo geschoolde medewerker, zoals omschreven in de productomschrijving.	Deels
Voor begeleiding regulier: Het begeleidingsplan wordt uitgevoerd door een ten minste op Mbo niveau 4 of hoger geschoolde medewerker. Zoals omschreven in de productomschrijving.	Deels
Voor begeleiding specialistisch: Het begeleidingsplan wordt uitgevoerd door een ten minste op (post-) Hbo geschoolde medewerker, zoals omschreven in de productomschrijving.	Deels
Voor dagbesteding en begeleiding: Een (post-)Hbo geschoolde medewerker is te allen tijde bereikbaar en oproepbaar tijdens openstelling.	Ja
De aanbieder biedt de beroepskrachten passende bijscholing.	Ja

Constatering

Van alle 13 medewerkers zijn kwalificaties ingezien door de toezichthouder:

- Acht medewerkers hebben een diploma van een Hbo opleiding in zorg en welzijn;
- Vier medewerkers hebben een diploma van een Mbo 4 opleiding in zorg en welzijn;
- Eén medewerker, die als ondersteunend begeleider wordt ingezet, heeft geen diploma binnen zorg en welzijn, maar heeft een diploma Mbo horeca toerisme en voeding. Deze begeleider is momenteel wel bezig met een Hbo opleiding in zorg en welzijn.

Bij indiensttreding worden geen originele diploma's ingezien en echtheidscontroles uitgevoerd door de aanbieder. Het is wenselijk dit wel te doen om fraude te voorkomen.

In de quickscan van mei 2023 werd geconstateerd dat de aanbieder niet volledig voldeed aan de eisen van de gemeente Ede ten aanzien van kwalificaties. De aanbieder heeft hierop aanpassingen gedaan. Bij nieuwe aanmeldingen voor specialistische begeleiding wordt nu een Hbo geschoolde medewerker ingezet. Vanwege continuïteit van zorg is dit niet aangepast voor de huidige cliënten. De aanbieder geeft aan de cliënt niet te willen belasten met wisselingen. In enkele gevallen wordt daarom nu nog specialistische begeleiding geboden door Mbo geschoolde medewerkers. Dit is niet conform gestelde eisen.

De plannen worden opgesteld door Hbo geschoolde medewerkers, Mbo-4 geschoolde medewerkers en een medewerker in opleiding. Een gesproken Mbo 4 geschoolde begeleider geeft aan dat sinds kort geen toezicht door de teamcoördinator meer plaatsvindt op de door de begeleider opgestelde plannen. Dit is niet conform gestelde eisen van de gemeente Ede.

De ondersteunend ambulant begeleider zou conform diens functiebeschrijving een Mbo 3 opleiding afgerond moeten hebben, maar heeft geen passende opleiding in zorg en welzijn afgerond. Wel is deze momenteel bezig met een Hbo opleiding in zorg en welzijn.

De ondersteunend ambulant begeleider werkt onder supervisie van de teamcoördinator, omdat zij nog in opleiding is. De aanbieder geeft aan dat deze begeleider wel zelfstandig begeleiding uitvoert op basis van competenties. Tweemaal per week stemmen de ondersteunend begeleider en teamcoördinator onderling de begeleiding af. Gezamenlijk stellen zij ondersteuningsplannen op en voeren zij evaluaties uit. Dit is niet conform gestelde eisen waarbij het begeleidingsplan moet worden uitgevoerd door een ten minste Mbo 4 geschoolde medewerker zoals omschreven in de productomschrijving.

De aanbieder heeft een scholingsplan opgesteld en biedt actief bijscholing aan medewerkers, Medewerkers kunnen naar wens ongelimiteerd digitale trainingen volgen uit het trainingsaanbod van de aanbieder dat gericht is op begeleiding. Daarnaast is er opleidingsbudget.

De aanbieder heeft een inwerkprogramma voor medewerkers die in dienst komen. Medewerkers en de aanbieder geven aan dat een aantal trainingen verplicht doorlopen moeten worden bij indiensttreding.

Dit zijn:

- Training meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling;
- Training Tools for Success (methodiek);
- Training Suïcidepreventie.

De aanbieder is het scholingsbeleid aan het herzien. Een digitale agressietraining zal in het verplichte aanbod worden opgenomen. Suïcidepreventie wordt mogelijk fysieke training omdat begeleiders hiermee regelmatig te maken hebben.

Eens per 3 weken heeft het team teamoverleg.

Intervisie en casuïstiekbesprekingen (MDO) vinden maandelijks plaats.

Daarnaast is er wekelijks een kort contactmoment van 10 minuten voor het team om eventuele bijzonderheden te bespreken.

Maandelijks is binnen de organisatie aandacht voor een thema dat veelal betrekking heeft op veiligheid. Onderwerpen die aan bod zijn gekomen zijn: de meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling, BHV, suïcide, agressie en privacy.

5 Rechten van de cliënt	
<i>Wettelijke kwaliteitseis: De voorziening wordt verstrekt met respect en in acht neming van de rechten van de cliënt (Wmo 2015, art. 3.1, tweede lid sub d.).</i>	
De bejegening door de beroepskracht van de cliënt is passend en correct.	
5.1 Algemeen	Ja/nee/deels n.v.t./n.b.
De cliënt voelt zicht op zijn/ haar gemak op de plaats waar de voorziening wordt geboden.	Ja
Cliënten worden geïnformeerd over hun rechten en plichten.	Ja
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

Gesproken cliënten en een partner van een cliënt geven allen aan tevreden te zijn over de ondersteuning die geboden wordt. Medewerkers zijn bereikbaar voor cliënten, ook buiten afspraken. Allen vinden zij de bejegening erg prettig. De medewerkers zijn vriendelijk en respectvol. Ook wordt genoemd dat er sprake is van gelijkwaardigheid en openheid. Allen geven zij aan ook als zij het ergens niet mee eens zijn te voelen dat zij dit kunnen uiten.

De website van de aanbieder vermeldt duidelijke welke diensten aangeboden worden. Ook worden hier de volgende contra-indicaties voor begeleiding kenbaar gemaakt:

- Te weinig motivatie om te werken aan hulpverleningsdoelen;
- Als de veiligheid van medewerker, cliënt en/of diens omgeving niet gewaarborgd kan worden;
- Als er geen financiering mogelijk is;
- Als een postadres ontbreekt of men heeft geen inschrijfadres in Nederland.

Cliënten worden bij de start geïnformeerd over rechten en plichten middels een cliëntfolder. Hierin is duidelijke informatie opgenomen over onder andere klachten en privacy. Ook wordt hierin benoemd dat kindermishandeling of huiselijk geweld gemeld zal worden. Verder is informatie over de cliëntenraad, gedragsregels en informatie ten aanzien van bereikbaarheid opgenomen.

5.2 Cliëntparticipatie	Ja/nee/deels n.v.t./n.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 kent een centrale cliëntenraad met een andere zorgorganisatie waarmee staffuncties gezamenlijk zijn ingericht.

In de zorgovereenkomst wordt de cliënt gewezen op de aanwezigheid van de cliëntenraad en kan de cliënt aangeven of deze hiermee contact wenst.

Cliënten worden in de begeleiding gewezen op patiëntenverenigingen en lotgenotencontactgroepen.

Een medewerker zegt hierover: *“we kijken naar de behoefte van de cliënt. Niet iedereen heeft behoefte aan contact met lotgenoten”*.

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

In de zorgovereenkomst zijn afspraken omtrent de verwerking van persoonsgegevens en de uitwisseling van informatie opgenomen. Voor de uitwisseling van informatie wordt gebruik gemaakt van toestemmingsformulieren die standaard bij het afsluiten van de zorgovereenkomst ingevuld worden. In de machtiging voor uitwisseling van informatie is ook toestemming opgenomen voor het uitwisselen van informatie tussen de verschillende medewerkers van impegno als aan meerdere trajecten deelgenomen wordt.

Gesproken cliënten geven aan dat met hen afspraken zijn gemaakt over gegevensuitwisseling. In de cliëntfolder, die cliënten ontvangen bij de start van de ondersteuning, is informatie opgenomen over privacy, het uitwisselen en/of opvragen van informatie bij andere hulpverlenende instanties en beleid ten aanzien van social media en beeld en geluidsopnamen.

In de gedragscode voor medewerkers zijn afspraken omtrent omgang met privacygevoelige informatie opgenomen evenals de geheimhoudingsplicht.

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

De aanbieder heeft beleid opgesteld ten aanzien van het melden van incidenten. Meldingen moeten gemeld worden middels een formulier. Hierop vindt zorgvuldige analyse en registratie plaats door de afdeling kwaliteit. Hierin is oog voor verbetermaatregelen en wordt de behoefte van de medewerker aan nazorg uitgevraagd.

Indien medewerkers meerdere incidenten melden wordt contact met hen opgenomen vanuit het oogpunt van welzijn van de medewerker. Indien over een cliënt meerdere incidentmeldingen gedaan worden dan wordt de inhoud van de begeleiding besproken met de begeleider. Incidenten worden besproken in het teamoverleg en een MIZ-commissie analyseert de meldingen ieder kwartaal.

Uit gesprekken met medewerkers en inzage in de incidentenregistratie blijkt dat incidenten worden gemeld. Medewerkers geven aan met incidenten te maken te hebben, zoals agressie en suïcide(pogingen). Bij incidenten stemmen zij inhoudelijk af met de teamcoördinator waarna ze melding doen van het incident.

Na ieder incident wordt de risico-inventarisatie bekeken en zo nodig herzien.

De aanbieder kent een klachtenregeling voor cliënten en een klachtenregeling voor medewerkers. Hierin is een klachtenfunctionaris opgenomen. Daarnaast beschikt de aanbieder over een cliëntvertrouwenspersoon, een familievertrouwenspersoon en een vertrouwenspersoon voor medewerkers.

Op de website van de aanbieder is informatie over de klachtenregeling opgenomen. De klachtenregeling is ook toegelicht in de informatiefolder die cliënten bij start van de zorg ontvangen. Indien een klacht wordt ingediend vindt hiervan registratie plaats, inclusief de afhandeling. Het afgelopen jaar zijn geen klachten ingediend.

5.5 Melden calamiteiten en geweldsincidenten	Ja/nee/deels n.v.t./n.b.
De aanbieder doet binnen 2 werkdagen na de calamiteit/geweldsincident melding bij de toezichthoudend ambtenaar Wmo.	Ja
Bij een calamiteitenonderzoek door de aanbieder: Het rapport voldoet aan de 'Richtlijn calamiteitenrapportage IGJ' Vanaf 1/1/2021: De 'Richtlijn rapportage over een calamiteit/geweld bij de verstrekking van een voorziening of andere gebeurtenis'.	N.b.
Indien mogelijk wordt het sociaal netwerk betrokken bij het onderzoek.	N.b.

Constatering

De aanbieder is bekend met de meldplicht bij calamiteiten en geweld en heeft dit vastgelegd in beleid. In gesprek vertelt de aanbieder dat onder andere suicides gemeld worden bij de betreffende GGD. In het calamiteitenbeleid is opgenomen dat gemeenten doorgaans een eigen calamiteitenprotocol hebben en de medewerkers op de hoogte dienen te zijn van de procedures en protocollen in de gemeente waarin zij werkzaam zijn.

In het calamiteitenbeleid zijn schematisch de taken per functie weergegeven in geval van een calamiteit. Melding bij de toezichthouder en het inzetten van nazorg is hierin opgenomen.

In het beleid is de definitie opgenomen van een calamiteit en zijn voorbeelden hiervan weergegeven. Een uitwerking van geweld bij de verstrekking van de voorziening of gebeurtenissen met mogelijke impact of onrust ontbreekt hier. Het is wenselijk dit in beleid op te nemen.

Tot op heden hebben zich in de gemeente Ede geen calamiteiten voorgedaan. Hierdoor zijn de eisen die betrekking hebben op het uitvoeren van het onderzoek niet beoordeeld.

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

Constatering

De aanbieder heeft sanctiebeleid toegestuurd waarin staat hoe wordt omgegaan met het overtreden van gedragsregels. Het ontbinden van de zorgovereenkomst is hierin opgenomen. Onmiddellijke ontbinding kan plaatsvinden bij ernstige (verbale) bedreiging, ernstige agressie of fysiek geweld door een cliënt richting een medewerker en/of een mede-cliënt

Ook is opgenomen: *“Indien de zorgovereenkomst zal worden ontbonden, moet wel op voorhand gewaarborgd worden dat er een vervangende hulpverlener bij de cliënt betrokken kan worden. Hiertoe informeer je de verwijzer (huisarts), gemeente of WMO-consulent van het voornemen om de zorg te beëindigen. Tot het moment dat een andere zorgverlener is gevonden, kan, afhankelijk van de omstandigheden, van een zorgaanbieder worden verwacht dat zij de noodzakelijke zorg blijft verlenen: er moet met de leidinggevende worden afgestemd wanneer hier sprake van is”.*

Zienswijze aanbieder

Verzonden op 8 december 2023 door Directeur impegno Begeleiding.

Geachte *(naam toezichthouder verwijderd)*,

Hierbij ontvangt u onze schriftelijke reactie op het tweede concept inspectierapport van het op 9 oktober 2023 uitgevoerde kwaliteitsonderzoek bij de begeleiding die wordt geboden door impegno Begeleiding B.V. aan cliënten in de gemeente Ede.

Ten aanzien van de tekortkomingen die u concludeert zal ik u hieronder per tekortkoming van een reactie voorzien.

1. Opnemen van vraag en datum van evaluatie in het ondersteuningsplan

In het rapport staat beschreven dat *'de hulpvraag van de cliënt en de datum van de eerstvolgende evaluatie ontbreekt'*.

Reactie: De hulpvraag van de cliënt staat uitgebreid omschreven in de analyse van de gemeente. In onze ondersteuningsplannen staan de doelen welke voortkomen uit de deze hulpvraag omschreven. Wij zullen vanaf heden de hulpvraag zelf ook opnemen in het ondersteuningsplan van de cliënt als ook de datum van de eerstvolgende evaluatie.

2. Ondertekening van evaluatieverslagen bij tussentijdse evaluaties

In het rapport staat beschreven *'Bij tussentijdse evaluaties is het verslag minder uitgebreid en ontbreekt de ondertekening door de cliënt'*.

Reactie: In onze ogen voldoen we wel aan de eis aangezien de evaluatieverslagen die worden geschreven voor de herbeschikking gewoon ondertekend zijn door de cliënt. Daarnaast heeft iedere cliënt, volgens de wettelijke eis, een ondertekend plan wat niet ouder is dan 1 jaar. De genoemde tussentijdse evaluaties zijn evaluaties die wij vanuit intern beleid schrijven en volgens dit beleid hoeven deze niet ondertekend te worden.

3. Kwalificaties van medewerkers

In het rapport staat beschreven:

'De plannen worden opgesteld door HBO-geschoolde medewerkers, MBO-4 geschoolde medewerkers en 1 medewerker in opleiding. Dit is niet conform gestelde eisen van de gemeente Ede'.

Reactie: Ten aanzien van de medewerker in opleiding zijn we het erover eens dat dit anders moet, dit is ook niet conform het beleid van impegno. De teamcoördinator (HBO-geschoold) zal vanaf heden met alle MBO-geschoolde medewerkers en medewerkers in opleiding, gezamenlijk het plan opstellen en evaluaties uitvoeren.

'In de quickscan van mei 2023 werd geconstateerd dat de aanbieder niet volledig voldeed aan de eisen van de gemeente Ede ten aanzien van kwalificaties. De aanbieder heeft hierop aanpassingen gedaan. Bij nieuwe aanmeldingen voor specialistische begeleiding wordt nu een Hbo geschoolde medewerker ingezet. Vanwege continuïteit van zorg is dit niet aangepast voor de huidige cliënten. De aanbieder geeft aan de cliënt niet te willen belasten met wisselingen. In enkele gevallen wordt daarom nu nog specialistische begeleiding geboden door Mbo geschoolde medewerkers. Dit is niet conform gesteld eisen.'

Reactie: Bovenstaande is correct echter voert de MBO geschoolde medewerker werkzaamheden uit onder toezicht en supervisie van een HBO-geschoolde medewerker.

'In het document Informatie en gedragscode staat beschreven dat de VOG uiterlijk voor het einde van de proeftijd in het bezit van de aanbieder dient te zijn. Hiermee wordt niet voldaan aan de eis, omdat de VOG voor aanvang van het dienstverband in bezit van de aanbieder dient te zijn.'

Reactie: Alle medewerkers die werken in de gemeente Ede hebben een VOG.

In de meeste gevallen is de VOG voor de eerste werkdag aanwezig bij impegno, daar streven wij ook naar. Desondanks is niet onredelijk, in deze tijd van de arbeidsmarkt krapte in de zorg, dat impegno uiterlijk voor einde proeftijd als werkgever in het bezit wil zijn van de VOG. Het kan zo zijn dat iemand bij ons solliciteert en 2-4 weken later al aan de slag kan/ gaat. Mogelijk is de VOG dan (net) nog niet binnen bij ons, maar uiteraard wel al aangevraagd. Als je ontvangt VOG voor aanvang dienstverband zou hanteren, zou dat in de praktijk kunnen betekenen dat je geen zekerheid hebt of iemand daadwerkelijk op een bepaalde afgesproken in dienstdatum kan starten. Bedrijfsmatig gezien is onzekerheid over een startdatum niet wenselijk, want je houdt ook rekening met opvolging, overdracht voorganger en allerlei andere praktische zaken waarop je de in dienstdatum afstemt. Daarnaast is het voor de continuïteit van de client ook van belang. Op de website van Justis staat overigens het volgende: 'Uw medewerker ontvangt in de meeste gevallen binnen 1 tot 4 weken bericht van Justis of hij of zij een VOG krijgt. Maar soms duurt dit langer, bijvoorbeeld door drukte, of doordat uw werknemer een andere EU-nationaliteit heeft.'

'1 Ondersteunend ambulant begeleider zou conform diens functiebeschrijving een Mbo 3 opleiding afgerond moeten hebben, maar heeft geen passende opleiding in zorg en welzijn afgerond. Wel is deze momenteel bezig met een Hbo opleiding in zorg en welzijn. De ondersteunend ambulant begeleider werkt onder supervisie van de teamcoördinator, omdat zij nog in opleiding is. De aanbieder geeft aan dat deze begeleider wel zelfstandig begeleiding uitvoert op basis van competenties. Tweemaal per week stemmen de ondersteunend begeleider en teamcoördinator onderling de begeleiding af. Gezamenlijk stellen zij ondersteuningsplannen op en voeren zij evaluaties uit. Dit is niet conform gestelde eisen waarbij het begeleidingsplan moet worden uitgevoerd door een ten minste Mbo 4 geschoolde medewerker zoals omschreven in de productomschrijving.'

Reactie: Deze medewerker is aangenomen voor wat eerder heette het "Welkom"-project, nu "Roots" als zijnde groepswerker. Zij heeft wel een MBO-4 diploma maar niet specifiek voor de zorg. Echter had/ heeft zij veel ervaring en kennis van de GGZ en is zij door ons aangenomen op basis van de volgende aanwezige competenties:

- MBO werk, - en denkniveau.
- Kennis van, en kunnen werken met cliënten met psychische en/of psychiatrische problematiek.
- Heeft een signalerende functie binnen crisissituaties.
- Basiskennis van en kunnen werken vanuit de presentiebenadering.
- Basiskennis van schuldhulpverlening en uitkeringen.
- Het kunnen overleggen van een VOG.

Generiek:

- A. Is contactueel en communicatief vaardig
- B. Werkt vraag- en oplossingsgericht
- C. Werkt doel- en resultaatgericht
- D. Is ondernemend, flexibel en innovatief
- E. Werkt inzichtelijk en verantwoord
- F. Werkt samen in (multidisciplinaire) netwerken en zelfsturende teams
- G. Werkt professioneel en kwaliteitsgericht

Specifiek:

- A. Past (zelf)reflectie toe
- B. Ondersteunt de cliënt in het proces naar meer zelfredzaamheid
- C. Kan ongewenst gedrag van cliënt hanteren
- D. Gaat uit van de wensen en mogelijkheden (krachten) van de cliënt (vanuit de benaderingswijze en tools van Signs of Safety)
- E. Motiveert en ondersteunt bij gedragsverandering

Momenteel zit medewerker in het laatste jaar van de HBO opleiding toegepaste psychologie.

4. Scholing in het omgaan met agressie

In het rapport staat beschreven *'Beide gesproken medewerkers geven aan niet via Impegno geschoold te zijn in omgaan met agressie. In het agressiebeleid is opgenomen: De organisatie stelt via de GGZ Ecademy de e-learnings 'Omgaan met agressie' en 'Escalatie en de-escalatie' beschikbaar voor de medewerkers. In de trainingen komen voornamelijk het omgaan met verbale agressie en de fysieke vormen van agressie aan bod. Daarbij is ook aandacht voor de-escalatie en preventie. Tot op heden bood de aanbieder daarnaast vrijblijvend fysieke training agressie aan de medewerkers. Hiervan werd echter minimaal gebruik gemaakt. Daarom is de aanbieder voornemens om vanaf volgend jaar een digitale training omgaan met agressie verplicht te stellen. Dit is opgenomen in het concept opleidingsplan 2024. In het plan is de module e-learning omgaan met agressie als verplicht onderdeel opgenomen binnen twee jaar na indiensttreding.'*

Reactie: Bovenstaande is correct en opgenomen in het opleidingsplan 2024

5. Aansluiting bij een beroeps- of branchevereniging.

In het rapport staat beschreven *'De aanbieder is op dit moment niet aangesloten bij een beroeps- of branchevereniging en beraadt zich op de verschillende opties. In de loop van 2024 zal hierover een besluit worden genomen.'*

Reactie: Bovenstaande is correct.

Hopende u zo voldoende geïnformeerd te hebben. In afwachting van uw reactie.

Met vriendelijke groet,

(Naam verwijderd door toezichthouder)

Directeur impegno Begeleiding

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

Bijlage 1: Bronnen

Observatie

Interviews:

- Directeur;
- Teamcoördinator team Veluwe-Gelderland;
- Medewerker projectteam kwaliteit;
- Twee ambulante begeleiders;
- Vier cliënten en een partner van een client (waarvan twee telefonisch);
- Twee Wmo consulenten gemeente Ede.

Ingezien

- Scholingsplan 2023;
- Concept scholingsplan 2024;
- Drie zorgdossiers met zorgplannen, risicotaxaties, screenings en evaluatieverslagen;
- Kwalificaties en VOG's van 13 medewerkers;
- Incidentregistratie 2023;
- Klachtenregistratie 2023.

Verstuurd:

- Resultaat cliënttevredenheidsonderzoek impegno 2022- Teamresultaat Begeleiding;
- Resultaat cliënttevredenheidsonderzoek impegno 2022 – Begeleiding;
- Rapport kwaliteitsonderzoek Wmo impegno begeleiding BV GGD regio Utrecht 15-03-2022;
- Rapport kwaliteitsonderzoek Wmo impegno GGD Brabant-Zuidoost 29-08-2019 en 12-09-2019;
- Rapport Keurmerkinstuut, project 5193, rapportdatum 01-06-2023;
- Protocol meldingen incidenten in de Zorg, versie 24-08-2023;
- Protocol Meldcode versie 15-05-2023;
- Protocol Klachtenreglement cliënten versie 06-02-2023;
- Protocol Klachtenregeling werknemers versie 14-11-22;
- Medewerkerstevredenheidsonderzoek impegno, geen datum;
- Medezeggenschapsovereenkomst Cliëntenraad impegno- de Kraamvogel 7 juli 2021;
- Landelijke cliëntenraad impegno notulen vergadering 28-08-2023
- Landelijke cliëntenraad impegno notulen vergadering 17-04-2023;
- Kwaliteitshandboek impegno versie 4.1.23, december 2022;
- Financieel verslag 2022 impegno begeleiding BV Zoetermeer datum 31 mei 2023;
- Financieel verslag 2021 impegno begeleiding BV Zoetermeer datum 30 mei 2022;
- Functieprofiel ondersteunend begeleider, geen versienummer of datum;
- Functieprofiel ambulante begeleider, geen versienummer of datum;
- Functieprofiel ambulante begeleider II, geen versienummer of datum;
- Functiebeschrijving Teamcoördinator Begeleiding, geen versienummer of datum;
- GGD Haaglanden Rapportage Toezicht kwaliteit Wmo Preventief onderzoek impegno ambulante begeleiding 11 augustus 2022;
- GGD Haaglanden Onderzoeksrapport Toezicht kwaliteit Wmo Opvolgonderzoek impegno Ambulante begeleiding 7 december 2022.

Verstuurd na het inspectiebezoek

- Kwaliteitscertificaat geldigheid tot 19 februari 2024;
- Protocol calamiteiten datum 30-03-2022;
- Protocol Veiligheid, alarmering en omgaan met agressie, datum 07-03-2023;
- BG Zorgovereenkomst en machtiging begeleiding versie 1-11-2022;
- Protocol Sanctie, datum 01-11-2022;
- Informatie en gedragscode datum 07-06-2021;
- Beleid middelengebruik, datum 01-09-2022;
- Medicatiebeleid 02-03-2023;
- Cliëntfolder.

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