



WMO TOEZICHT

Definitief rapport kwaliteitsonderzoek

Naam locatie: Jan Arends B.V.

Adres: Koolhovenstraat 2

Postcode en woonplaats: 3772 MT Barneveld

Vangnetvoorzieningen

- Wooncoaching
- Wooncoaching Extra
- Ambulante Jeugdhulp 18+

Datum inspectie: 6 oktober 2021

Opdrachtgevende gemeente: gemeente Barneveld



Gelderland-Midden

INHOUDSOPGAVE

GEGEVENSOVERZICHT	3
INLEIDING	4
Inspectiehistorie	4
Onderzoek: aanleiding en belang	5
Korte beschrijving van de locatie en de doelgroep	6
CONCLUSIE EN ADVIES.....	6
Advies aan de gemeente.....	7
BEVINDINGEN.....	8
1 Doelmatigheid voorziening.....	8
2 Veiligheid.....	11
3 Samenwerking en afstemming.....	13
4 Kwaliteit van personeel en organisatie	13
5 Rechten van de cliënt.....	16
ZIENSWIJZE AANBIEDER	20

GEGEVENS OVERZICHT

Gegevens aanbieder

Naam : Jan Arends B.V.
Adres : Koolhovenstraat 2
Postcode en woonplaats : 3772 MT Barneveld
Website aanbieder : www.janarends.nl
Aantal medewerkers : 11
Rechtsvorm : B.V.
HKZ/ISO gecertificeerd : HKZ

Gegevens toezicht

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

Gegevens opdrachtgever

Naam : Gemeente Barneveld
Adres : Postbus 63
Postcode en woonplaats : 3770 AB Barneveld

Planning

Datum inspectie : 6 oktober 2021
Opstellen eerste concept inspectierapport : 9 november 2021
Hoor/wederhoor : 16 november 2021
Opstellen tweede concept inspectierapport : -
Zienswijze ontvangen : 23 november 2021
Vaststelling inspectierapport : 24 november 2021
Verzending inspectierapport : 24 november 2021

INLEIDING

Gemeenten zijn sinds 1 januari 2015 verantwoordelijk voor de kwaliteit van voorzieningen die verstrekt worden in het kader van de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo 2015).

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

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

Het werkdocument *model toetsingskader kwaliteitstoezicht Wmo* dat door het Verwey-Jonker Instituut in samenwerking met GGD GHOR Nederland is opgesteld, is gebruikt als uitgangspunt voor het toezicht. Het toetsingskader is aangevuld met kwaliteitscriteria uit de *“Europese aanbesteding vangnetvoorzieningen Wmo 2019 gemeente Barneveld en gemeente Scherpenzeel”* en *“Programma van Eisen Inkoop Ambulante Jeugdhulp 18+”*.

Inspectiehistorie

In het verleden heeft niet eerder een kwaliteitsonderzoek plaatsgevonden in opdracht van de gemeente Barneveld.

Onderzoek: aanleiding en belang

Dit onderzoek heeft plaatsgevonden op verzoek van de gemeente Barneveld. Het onderzoek had als doel na te gaan of de aanbieder voldoet aan de wettelijke kwaliteitseisen en aan de aanvullende eisen vanuit de gemeentelijke verordening en overeenkomsten.

Het inspectiebezoek vond plaats op 6 oktober 2021. Het betrof een aangekondigd bezoek. Het onderzoek bestond uit observatie, bronnenonderzoek (o.a. cliëntdossiers) en interviews. Er hebben gesprekken plaats gevonden met een directielid, een kwaliteitsmanager en twee medewerkers van Jan Arends. Ook zijn gesprekken gevoerd met twee cliënten en twee Wmo consulenten van de gemeente Barneveld.

De leidinggevende was bij de gesprekken met cliënten en medewerkers niet aanwezig.

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

Korte beschrijving van de locatie en de doelgroep

Jan Arends verleent begeleiding, training en opvang en omschrijft zichzelf en haar doelgroep als volgt:

“Jan Arends biedt begeleiding, training en opvang aan jongeren en volwassenen. Dit zijn meestal mensen met een psychische, psychiatrische, verstandelijke en/of sociale beperking, een detentieverleden, een (ex)verslaving of een combinatie van factoren. Jan Arends sluit “moeilijke mensen” niet uit. Dus of iemand nu een psychiatrische en/of sociale beperking heeft of in de gevangenis heeft gezeten, verslaafd is geweest of dakloos is, voor ons is hij of zij een mens als ieder ander. De cliënt kan gewoon meedoen in de maatschappij, op zijn of haar eigen manier. Daar gaan we voor bij Jan Arends. Dat is waar we samen met de cliënt mee aan de slag gaan”.

Er wordt aan 12 cliënten vallend onder de Wmo ambulante begeleiding geboden in de gemeente Barneveld. Hiervan hebben zes cliënten een beschikking voor wooncoaching en zes voor ambulante jeugdhulp 18+.

Ten tijde van het onderzoek zijn er geen cliënten die wooncoaching extra ontvangen, waardoor de eisen die enkel gericht zijn op wooncoaching extra door de toezichthouder niet zijn beoordeeld in dit onderzoek.

De ambulante begeleiding wordt verleend door één ambulant team, werkzaam in de Foodvalley. Het ambulant team bestaat uit negen medewerkers. Daarnaast is er een teammanager en een gedragswetenschapper gekoppeld aan het team.

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

CONCLUSIE EN ADVIES

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

Wat gaat goed:

- Werkinstructies en protocollen zijn volledig en actueel;
- De aanbieder werkt met een functioneel en volledig cliëntregistratiesysteem;
- Cliënten zijn tevreden over de geleverde ondersteuning.

Er wordt nog niet voldaan aan:

- **Wettelijke kwaliteitseis: De voorziening is doelmatig, doeltreffend en cliëntgericht (Wmo 2015, art. 3.1, tweede lid sub a).**
 - Het ondersteuningsplan is opgesteld door een professionele medewerker met diploma op minimaal MBO-4 niveau (wooncoaching)
 - Het plan omvat een toekomstplan waarin de beoogde doelen/ resultaten met de daarbij behorende activiteiten, frequentie, uren en evaluatiemomenten worden beschreven (ambulante jeugdhulp 18+).
 - Het ondersteuningsplan/trajectovereenkomst wordt geëvalueerd op de met de deelnemer afgesproken momenten. De datum van evaluatie is in het ondersteuningsplan/trajectovereenkomst opgenomen.
 - De levering van de ondersteuning dient binnen 10 werkdagen na ontvangst van de opdracht/beschikking te starten.
- **Wettelijke kwaliteitseis: De voorziening wordt verstrekt in overeenstemming met de op de beroepskracht rustende verantwoordelijkheid o.b.v. de professionele standaard (Wmo 2015, art. 3.1, tweede lid sub c.).**
 - De aanbieder stelt periodiek een beleidsplan vast en maakt dit openbaar
 - Medewerkers hebben aantoonbare vakinhoudelijke kennis en competenties op het gebied van hulpverlening aan de doelgroep om de noodzakelijke ondersteuning te bieden (ambulante jeugdhulp 18+).
 - Professionele medewerkers hebben een sociaal-agogische diploma op ten minste MBO-4 niveau (wooncoaching).
 - De coachende ondersteuning wordt geleverd door medewerkers op HBO niveau (wooncoaching extra, ambulante jeugdhulp 18+).
 - De aanbieder biedt de medewerkers passende bijscholing.
- **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.).**
 - De aanbieder heeft een effectieve en laagdrempelige regeling voor medezeggenschap van deelnemers over het beleid van de aanbieder.

Advies aan de gemeente

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

Toelichting handhaving

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

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

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

INSPECTIE-ITEMS

1 Doelmatigheid voorziening	
<i>Wettelijke kwaliteitseis: De voorziening is doelmatig, doeltreffend en cliëntgericht (Wmo 2015, art. 3.1, tweede lid sub a).</i>	
1.1 Cliëntgerichtheid	Ja/nee/deels n.v.t./n.b.¹
De aanbieder heeft per deelnemer een ondersteuningsplan of trajectovereenkomst.	Ja
In het ondersteuningsplan/trajectovereenkomst staan de doelen met bijbehorende activiteiten beschreven.	Ja
Bij het ondersteuningsplan zijn de leefeenheid en/of mantelzorgers betrokken. (wooncoaching en wooncoaching extra)	Ja
Het ondersteuningsplan is opgesteld door een professionele medewerker met diploma op minimaal MBO-4 niveau (wooncoaching)	Deels
Het ondersteuningsplan is opgesteld door een professionele medewerker met diploma op minimaal HBO niveau (wooncoaching extra)	N.B.
Het ondersteuningsplan sluit aan bij het Gespreksverslag dat met de aanmelding is meegestuurd. (wooncoaching en wooncoaching extra)	Ja
De activiteiten en frequentie zijn zoveel mogelijk afgestemd op de wensen/mogelijkheden van de leefeenheid en direct bij de leefeenheid betrokken mantelzorgers (wooncoaching extra)	N.B.
Het ondersteuningsplan is voorzien van een vaststellingsdatum (ambulante jeugdhulp 18+).	Ja
Het plan omvat een toekomstplan waarin de beoogde doelen/ resultaten met de daarbij behorende activiteiten, frequentie, uren en evaluatiemomenten worden beschreven (ambulante jeugdhulp 18+).	Deels
Het ondersteuningsplan is voorzien van een vaststellingsdatum en is ondertekend door belanghebbenden. (wooncoaching en wooncoaching extra)	Ja
Het ondersteuningsplan/trajectovereenkomst wordt geëvalueerd op de met de deelnemer afgesproken momenten. De datum van evaluatie is in het ondersteuningsplan/trajectovereenkomst opgenomen.	Nee
Minimaal 8 weken voor afloop van de beschikking van de Client legt de Opdrachtnemer (indien mogelijk samen met inwoner/Cliënt) contact met de gespreksvoerders Wmo, zodat tijdig opnieuw de ondersteuningsbehoefte in kaart kan worden gebracht en - indien noodzakelijk - tijdig passende ondersteuning voor het vervolg kan worden geborgd (ambulante jeugdhulp 18+).	Ja
De levering van de ondersteuning dient binnen 10 werkdagen na ontvangst van de opdracht/beschikking te starten.	Deels
Op individueel deelnemersniveau wordt geleverd wat nodig is om het resultaat te behalen en hiervan vindt (uren)registratie plaats	Ja
De ondersteuning wordt in principe bij de cliënt thuis geboden (wooncoaching en wooncoaching extra)	Ja

¹ N.b. betekent 'niet beoordeeld'.

Constatering

In het ambulante team zijn twee medewerkers aangewezen die het intakeproces met de cliënt doorlopen. Een intakegesprek wordt doorgaans binnen twee weken na aanmelding gepland. Hierna volgt een kennismakingsgesprek met de cliënt en gekoppelde medewerker waarna de zorg van start gaat.

Het verschilt wanneer de aanbieder de beschikking van de gemeente ontvangt, waardoor het wisselt of de ondersteuning binnen 10 werkdagen na ontvangst van de beschikking wordt ingezet.

De gesproken Wmo consultants geven aan dat ondersteuningsplannen en evaluatieverslagen volledig aan hen worden aangeleverd.

De toezichthouder heeft vier ondersteuningsplannen van cliënten ingezien. De zelfredzaamheidsmatrix (ZRM) dient als basis voor het ondersteuningsplan.

Alle ondersteuningsplannen zijn voorzien van een vaststellingsdatum en zijn ondertekend door de cliënt. Doelen voor cliënten die wooncoaching ontvangen zijn SMART geformuleerd. Afspraken over wie wat doet, worden per leefdoel gemaakt en standaard in het ondersteuningsplan opgenomen. Het netwerk van de cliënt wordt hier ook in meegenomen. In het ondersteuningsplan voor 'ambulante jeugdhulp 18+' zijn beoogde doelen en daarbij horende activiteiten opgenomen. Frequentie, uren en evaluatiemomenten ontbreken echter.

Iedere zes maanden dient, volgens beleid van de aanbieder, evaluatie plaats te vinden van het ondersteuningsplan, de ZRM en de risico inventarisatie. Wanneer één van de drie net genoemde onderdelen in het cliëntdossier na een half jaar niet is herzien, ontvangt de medewerker een reminder van het systeem.

Het bedrijfsbureau kan ook zien of medewerkers achterlopen in werkzaamheden en hen hierop wijzen.

Twee ondersteuningsplannen die door de toezichthouder zijn ingezien zijn echter ouder dan een half jaar, waarvan één al in juni 2020 is opgesteld. Daarnaast zijn twee risico inventarisaties in 2019 geschreven en ontbreekt in één cliëntdossier een risico inventarisatie. Een eerstvolgende evaluatiedatum wordt niet vastgelegd in het ondersteuningsplan.

In één cliëntdossier zat naast een ondersteuningsplan ook een stabiliseringsplan. De aanbieder geeft hierover het volgende aan:

"Een stabiliseringsplan zetten we in als blijkt dat, door bijvoorbeeld een depressie, niet aan gestelde doelen in het ondersteuningsplan gewerkt kan worden. Er wordt dan, samen met cliënt en gedragswetenschapper, een stabiliseringsplan voor maximaal drie maanden opgesteld om weer stabiel te worden. Daarna wordt het ondersteuningsplan weer opgepakt".

Ondersteuningsplannen worden opgesteld door toegewezen medewerker. De ondersteuningsplannen van cliënten die wooncoaching ontvangen zijn deels opgesteld door medewerkers met minimaal een Mbo niveau 4 diploma. Zie constatering 4.2 voor een beschrijving van de personeelskwalificaties.

Na ieder cliëntbezoek dient door de medewerker gerapporteerd te worden. In deze rapportage dient de medewerker ook de ureninzet te registeren. De cliënt ontvangt maandelijks vanuit het systeem een bericht, waarmee de cliënt de rapportage en de uren kan controleren en ondertekenen ter goedkeuring.

Cliënten kunnen ook zelf inloggen in het registratiesysteem om hun plannen in te zien, rapportage te lezen en geregistreerde uren te controleren.

Geregistreerde uren worden door het bedrijfsbureau uit het systeem gehaald en zij zorgen voor declaratie.

1.2 Doeltreffendheid	Ja/nee/deels n.v.t./n.b.
Medewerkers werken vanuit de lokale visie op maatschappelijke ondersteuning waarbij wordt uitgegaan van wat een cliënt (nog) wel zelf kan of wellicht kan leren en wat mensen in het sociaal netwerk of algemene voorziening kunnen betekenen en pas daarna de inzet van professionele ondersteuning in beeld komt.	Ja
De ondersteuning is oplossingsgericht. (ambulante jeugdhulp 18+).	Ja
Met de cliënt worden competenties in beeld gebracht en aangeboord om de eigen kracht optimaal te benutten. (ambulante jeugdhulp 18+).	Ja
De afspraken uit het ondersteuningsplan/trajectovereenkomst worden in de praktijk nagekomen. Afwijkingen van het plan worden gemotiveerd toegelicht en besproken met de deelnemer.	Ja
Medewerkers hebben oog voor de draagkracht/draaglast van de evt. leefeenheid en mantelzorger van de deelnemer.	Ja
Het sociale netwerk wordt waar mogelijk ingeschakeld, versterkt en uitgebouwd (wooncoaching en wooncoaching extra).	Ja
De medewerker ondersteunt de leefeenheid waar nodig in contacten met officiële instanties (wooncoaching extra)	Ja

Constatering

Bij het opstellen van het ondersteuningsplan wordt vanuit het systeem per doel benoemd wat het netwerk hierin kan betekenen. Indien gewenst wordt het netwerk betrokken en worden afspraken gemaakt.

Medewerkers zeggen hierover het volgende:

"Ik ben er van overtuigd dat je een cliënt niet kunt bedienen zonder het netwerk erbij te betrekken. Ik probeer bij iedereen het professionele netwerk om tafel te krijgen, maar ook het sociale netwerk. Ook vraag ik gericht aan de cliënt wie hem/haar kan ondersteunen bij een taak of een doel".

"Het netwerk wordt standaard betrokken, maar soms moet je prioriteiten kiezen. Ik begeleid één jongen waarbij ik dat niet kan motiveren. Dan blijft dit zeker een onderwerp wat we bespreken".

Er wordt soms ook ondersteuning geboden aan gezinnen, waarbij veelal twee medewerkers in één gezin werkzaam zijn. Met het gezin worden dan afspraken gemaakt ten aanzien van de uitvoering van de ondersteuning. Eén medewerker kan bijvoorbeeld worden ingezet ter ondersteuning van de ouders en de ander voor het kind.

De aanbieder werkt vanuit een oplossingsgerichte methodiek.

Cliënten geven aan dat aan de doelen uit het ondersteuningsplan wordt gewerkt en dat er afspraken over de betrokkenheid van het netwerk zijn gemaakt. Eén cliënt geeft aan bezig te zijn met afbouw van de uren. De ondersteuning vond eerst wekelijks plaats, waar dit nu vooral telefonisch is en de medewerker minder vaak langskomt. De cliënt geeft aan dat dit erg goed bevalt en dat het streven is dat de begeleiding komende zomer zal stoppen.

Voor cliënten met een beschikking voor ambulante jeugdhulp 18+ wordt standaard een zelfredzaamheidsmatrix voor jeugd ingevuld. Hiermee worden zowel competenties van de cliënt in kaart gebracht als ontwikkelpunten.

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

Constatering

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

Daarnaast heeft de aanbieder een operationeel intern meldingssysteem in gebruik voor incidenten en calamiteiten. Zie voor een verdere uitleg ook constatering 5.4.

2.2 Risico- inventarisatie	Ja/nee/deels n.v.t./n.b.
De aanbieder heeft geïnventariseerd of er en zo ja welke fysieke risico's er voor cliënten zijn.	Ja
Medewerkers die contact hebben met de cliënten hebben voldoende training en kennis om 'niet pluis' signalen te herkennen en adequaat te handelen.	Ja
Zo nodig is sprake van 24 uren bereikbaarheid (wooncoaching extra)	N.B.

Constatering

Risico's zijn tijdens het intakegesprek onderwerp van gesprek. Zoals in constatering 1.1 staat beschreven dient ook met iedere cliënt een risico inventarisatie te worden ingevuld. De toezichthouder heeft drie risico inventarisaties ingezien. In één cliëntdossier ontbreekt een risico inventarisatie.

De risico inventarisatie is opgedeeld in scores van één t/m vijf. Hoe hoger het cijfer hoe hoger het risico. Daarnaast wordt bij elk risico beschreven hoe de cliënt, betrokken professional en de sociale omgeving moet handelen.

De scores uit de risico inventarisatie kunnen gekoppeld worden aan de cliëntrapportage. Dit komt vervolgens terug in het registratiesysteem om hier overzicht per cliënt in te houden. Als er bijvoorbeeld drie keer in een maand een hoge score is gerapporteerd, wordt hier met de gedragswetenschapper een plan op gesteld.

Maandelijks vindt een gesprek plaats tussen de gedragswetenschapper en medewerker om casuïstiek te bespreken. Tijdens dit gesprek is onder andere ruimte om 'niet pluis' signalen en risico's te bespreken. Ook vindt maandelijks intervisie plaats en is de meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling onderwerp van gesprek binnen het ambulante team.

2.3 Grensoverschrijdend gedrag	Ja/nee/deels n.v.t./n.b.
Medewerkers zijn bekend met het beleid en de visie van de aanbieder rondom vriendschap, intimiteit, seksualiteit en seksueel grensoverschrijdend gedrag, preventie van seksueel misbruik en het melden van seksueel misbruik.	Ja
Medewerkers zijn geïnstrueerd over en in staat tot het hanteren van de <i>Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling</i> .	Ja
De aanbieder hanteert een verwijfsindex risicojongeren (ambulante jeugdhulp 18+).	Ja

Constatering

De aanbieder heeft in de gedragscode haar visie ten aanzien van grensoverschrijdend gedrag opgenomen. Hierover schrijft de aanbieder onder andere het volgende:

“Cliënten en collega’s dienen te allen tijde zorgvuldig en met respect bejegend te worden. Er geldt een verbod op ieder misbruik van de positie van de medewerker. Discriminatie op het gebied van ras, sekse, seksuele voorkeur, politieke gezindheid, gezondheid en levensbeschouwing is nadrukkelijk niet toegestaan evenmin als seksuele intimidatie en seksueel misbruik. Seksueel getint gedrag van een medewerker van Jan Arends tegen een collega of een cliënt zowel tijdens de hulpverlening als tot 6 maanden na afsluiting daarvan is niet toegestaan en kan dus ook nooit onderdeel van de begeleiding zijn. Ook als het gebeurt met instemming van de cliënt”.

De gedragscode wordt door medewerkers ondertekend en in het personeelsdossier opgenomen.

De aanbieder heeft een meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling opgesteld. Ook is er een aandachtfunctionaris binnen de organisatie aangesteld.

In het ambulante team is de meldcode regelmatig onderwerp van gesprek en is bekend hoe deze te hanteren. Eén medewerker geeft aan dat vanuit de organisatie echter weinig aandacht wordt besteed aan implementatie van werkinstructies en protocollen als de meldcode, maar dat hier binnen het team veel oog voor is.

In het Excel bestand waar meldingen worden opgenomen wordt tevens aandacht aan de meldcode besteed. Als de meldcode wordt ingezet wordt dit, en de voortgang, hierin genoteerd.

De aanbieder hanteert de verwijfsindex risicojongeren.

3 Samenwerking en afstemming	
<i>Wettelijke kwaliteitseis: De voorziening is afgestemd op de reële behoefte van de cliënt en andere vormen van zorg of hulp (Wmo 2015 art. 3.1, tweede lid sub b)</i>	
3.1 Afstemming met andere hulp- of zorgverleners	Ja/nee/deels n.v.t./n.b.
Het ondersteuningsplan per deelnemer is zo nodig met andere aanbieders opgesteld.	Ja
In het ondersteuningsplan is aangegeven wie regie op zich neemt (wooncoaching extra)	N.B.
Met andere hulp- en zorgverleners (bijv. huisartsen, wijkverpleging) vindt zo nodig afstemming en de noodzakelijke gegevensuitwisseling plaats.	Ja
De medewerkers hebben voldoende kennis van de lokale sociale kaart van de gemeente Barneveld / Scherpenzeel en aangrenzende gemeenten om de werkzaamheden goed uit te voeren.	Ja

Constatering

Zoals in constatering 1.2 staat beschreven wordt het netwerk indien gewenst betrokken bij de ondersteuning. Over de inzet van het professionele netwerk noemt een medewerker het volgende:

“Waar het kan wordt het netwerk zeker betrokken, bijvoorbeeld door inzet van een multi disciplinair overleg. Indien nodig wordt met betrokken professionals één integraal plan geschreven, om dubbel werk te voorkomen en elkaar aan te vullen”.

Gesproken cliënten geven aan dat andere zorg- en hulpverleners betrokken worden bij de begeleiding en dat hierover afspraken zijn gemaakt.

4 Kwaliteit van personeel en organisatie	
<i>Wettelijke kwaliteitseis: De voorziening wordt verstrekt in overeenstemming met de op de beroepskracht rustende verantwoordelijkheid o.b.v. de professionele standaard (Wmo 2015, art. 3.1, tweede lid sub c.)</i>	
4.1 Kwaliteitsborging	Ja/nee/deels n.v.t./n.b.
Er is een kwaliteitsmanagementsysteem in gebruik (processen worden structureel volgens (een aanwezig) plan geëvalueerd en de documenten zijn niet ouder dan drie jaar).	Ja
De organisatie heeft een kwaliteitskeurmerk.	Ja
Kwaliteitsverbeteringen op basis van signalen van deelnemers (zoals klachten) en van cliënt- en medewerkerstevredenheidsonderzoeken) zijn aantoonbaar.	Ja
De continuïteit van de geboden voorziening is gewaarborgd.	Ja
De aanbieder is tenminste tijdens kantoortijden bereikbaar (fysiek, telefonisch en via email).	Ja
De aanbieder stelt periodiek een beleidsplan vast en maakt dit openbaar	Deels
De aanbieder evalueert beleid periodiek en stelt dit zo nodig bij	Ja

Constatering

De aanbieder heeft een kwaliteitsmanagementsysteem in gebruik en documenten zijn niet ouder dan drie jaar.

De aanbieder is HKZ gecertificeerd.

Ieder half jaar wordt een cliënttevredenheidsonderzoek afgenomen. Cliënten ontvangen hiervoor per sms een uitnodiging en kunnen online de vragenlijst invullen. De aanbieder heeft onderscheid gemaakt in jeugd, ouder/voogd, huizen en ambulante.

Resultaten worden in het managementoverleg geanalyseerd en er worden vervolgens aandachtspunten uit gehaald. Verbetermaatregelen komen terug in de notulen van het managementoverleg.

Medewerkerstevredenheid wordt jaarlijks getoetst door middel van een vragenlijst. Resultaten komen net als cliënttevredenheidsonderzoek terug in het managementoverleg.

De aanbieder heeft de medewerkerstevredenheidsonderzoeken van de afgelopen jaren naast elkaar gelegd om in kaart te brengen in hoeverre eerdere aandachtspunten zijn verbeterd. Hieruit is bijvoorbeeld gekomen dat bijscholing aandacht behoeft, waarna beleid hierop door de aanbieder is aangepast.

Afhankelijk van de complexiteit van de casus worden één of twee medewerkers aan een cliënt gekoppeld. De inzet van een tweede medewerker wordt altijd afgestemd met de gedragswetenschapper.

Uitval en vakanties worden door het eigen team opgevangen. Indien nodig kan de ondersteuning door medewerkers uit een ander ambulante team worden opgevangen.

Er is een jaarplan en een ondernemingsplan voor de duur van twee jaar door de aanbieder geschreven. Daarnaast schrijft de aanbieder jaarlijks een directiebeoordeling. Hierin zijn resultaten en verbeterpunten ten aanzien van actuele onderdelen beschreven.

Een beleidsplan ontbreekt op de website van de aanbieder.

4.2 Personeel	Ja/nee/deels n.v.t./n.b.
Er is een goede verhouding tussen aantal medewerkers en aantal cliënten.	Ja
Medewerkers hebben aantoonbare vakinhoudelijke kennis en competenties op het gebied van hulpverlening aan de doelgroep om de noodzakelijke ondersteuning te bieden (ambulante jeugdhulp 18+).	Nee
Professionele medewerkers hebben een sociaal-agogische diploma op ten minste MBO-4 niveau (wooncoaching).	Deels
De coachende ondersteuning wordt geleverd door medewerkers op HBO niveau (wooncoaching extra, ambulante jeugdhulp 18+).	Nee
Niet professionele inzet is deskundig en competent en vindt plaats onder supervisie van een professionele medewerker.	N.v.t.
De professionele inzet is groter dan de niet professionele inzet.	Ja
De Opdrachtnemer garandeert de vervanging van de hulpverlener in geval van ziekte en vakantie (ambulante jeugdhulp 18+).	Ja
De medewerkers kunnen terugvallen op de expertise van een gedragswetenschapper (ambulante jeugdhulp 18+).	Ja
De verdeling van taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden is duidelijk voor de medewerkers.	Ja
De medewerkers handelen in overeenstemming met de professionele standaard.	Ja

De aanbieder heeft beleid t.a.v. verantwoorde inzet van vrijwilligers.	N.v.t.
Alle professionele en vrijwillige medewerkers en vrijwilligers hebben een verklaring omtrent gedrag (VOG) overlegd.	Ja

Constatering

Het ambulante team bestaat uit negen medewerkers. Aan het ambulante team is een gedragswetenschapper gekoppeld ter ondersteuning en waarmee medewerkers casuïstiek kunnen bespreken.

De toezichthouder heeft van acht medewerkers de volgende diploma's ingezien:

- Hbo Social Work
- Hbo Maatschappelijk Werk en Dienstverlening
- Hbo Sociaal Pedagogische Hulpverlening
- Mbo niveau 4 Sociaal Maatschappelijk Dienstverlener
- Mbo niveau 4 Sport- en bewegingscoördinator
- Mbo niveau 4 Pedagogisch Werker Jeugdzorg
- Propedeuse Hbo Maatschappelijk Werk en Dienstverlening
- Propedeuse Hbo Toegepaste Psychologie

Er is één medewerker zonder diploma die zowel wooncoaching als ambulante jeugdhulp 18+ levert. Daarnaast wordt er ambulante jeugdhulp 18+ geleverd door medewerkers die Mbo geschoold zijn, waarvan één medewerker beschikt over een Mbo diploma Sport- en bewegingscoördinator. Dit diploma valt niet onder een sociaal agogisch diploma. Ook beschikken twee medewerkers niet over een afgerond diploma. Zij hebben enkel een propedeuse behaald. Hiermee wordt niet voldaan aan gestelde eisen ten aanzien van kwalificaties voor medewerkers.

Alle medewerkers beschikken over een geldige VOG. De aanbieder geeft aan iedere drie jaar opnieuw een VOG voor medewerkers aan te vragen. Vier VOG's zijn echter ouder dan drie jaar, waaruit blijkt dat de aanbieder eigen beleid ten aanzien van VOG's niet nakomt.

Nieuwe medewerkers dienen eerst een inwerkprogramma te volgen, bestaande uit verschillende onderdelen als informatievoorziening, trainingen en evaluatie.

Iedere maand vindt intervisie en een werkoverleg plaats.

In constatering 4.1 staat beschreven hoe de aanbieder omgaat met uitval en vakantie.

Over de deskundigheid van medewerkers wordt door de gesproken Wmo consulenten het volgende gezegd:

"Ik heb in één casus bijna regie moeten voeren. Hierbij nam de begeleider steeds contact op met de vraag wat wij zouden willen en dat ze niet aan doelen konden werken. Het doel was om de cliënt zo stabiel mogelijk te houden. Uiteindelijk heeft een andere begeleider de casus opgepakt en dit werkte heel goed. Conclusie van het voorval was eigenlijk dat ze zich blind staarden op het vergroten van de zelfredzaamheid. Nobél streven, maar niet altijd realistisch. Mijn algemene beeld is dat ze kwaliteit leveren, professionaliteit nastreven en professionele mensen in dienst hebben, maar waar ik me aan stoorde is dat ze niet flexibel waren naar wat de cliënt nodig had. Zij zaten erg in hun eigen straatje".

"Ze zijn over het algemeen deskundig in wat ze doen en in principe een prima organisatie waar goed mee samengewerkt kan worden. Ik heb verder ook geen verbeterpunten, maar op individueel niveau zijn er soms aandachtspunten".

Momenteel zijn er geen stagiaires werkzaam in het ambulante team.

Vrijwilligers worden niet ingezet in het ambulante team.

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

Constatering

De aanbieder geeft aan dat deskundigheidsbevordering als volgt is vormgegeven:

- Maandelijks gesprek tussen coach en gedragswetenschapper;
- Maandelijks intervisie;
- Verplichte bijscholingen als BHV, weerbaarheidstraining en de meldcode huiselijk geweld;
- Loopbaanbudget voor iedere medewerker om vrij in te vullen;
- Twee keer per jaar een kennisdeeldag waarbij medewerkers worden uitgenodigd om workshops te volgen.

De afgelopen twee jaar hebben de kennisdeeldagen door COVID-19 niet plaatsgevonden.

De gesproken medewerkers noemen echter dat er geen sprake is van verplichte bijscholing. Zij geven aan enkel over een loopbaanbudget te beschikken, waarmee zij zelf bijscholing moeten creëren. Hierover noemt één medewerker het volgende:

“Er is financiële ruimte voor bijscholing, maar er is geen sprake van verplichte scholingen. Vanuit buitenaf wordt weinig geïnitieerd. Hier moet je echt zelf achteraan. Het mag en kan wel, maar ik verwacht iets meer initiatief daarin. Dit is ook meermaals door het team teruggelegd”.

Ook uit het medewerkerstevredenheidsonderzoek van 2020 blijkt dat medewerkers behoefte hebben aan meer bijscholing. De aanbieder geeft aan dat bijscholing een punt van aandacht is geweest en dat dit onderwerp in het managementoverleg is besproken, waarna beleid hierop is aangepast.

5 Rechten van de cliënt	
<i>Wettelijke kwaliteitseis: De voorziening wordt verstrekt met respect en in acht neming van de rechten van de cliënt (Wmo 2015, art. 3.1, tweede lid sub d.).</i>	
5.1 Algemeen	
De deelnemers worden met respect bejegend.	Ja
De deelnemers voelen zich op hun gemak op de plaats waar de voorziening wordt geboden.	Ja
Aan (potentiële) deelnemers wordt begrijpelijke informatie verstrekt over de aanbieder en het aanbod.	Ja
De medewerkers communiceren met deelnemers (en hun evt. mantelzorgers) op voor hen verstaanbare wijze.	Ja
Cliënten worden op begrijpelijke wijze geïnformeerd over hun rechten en plichten.	Ja
De aanbieder bevordert toegankelijkheid van de website (conform EN 301 549/ WCAG 2.0).	Ja
Als de aanbieder uitsluitingscriteria en sanctiebeleid heeft vastgesteld dan zijn deze begrijpelijk en redelijk.	Ja

Constatering

Gesproken cliënten noemen het volgende over de ondersteuning die zij ontvangen:

“De ondersteuning bevalt goed en helpt me ontzettend. Ik kan niet anders zeggen dan dat ik tevreden ben”.

“Mijn begeleider is deskundig en de prettigste begeleider die ik heb gehad. Het contact is goed en ze weet hoe ze in situaties moet handelen. Ze geeft daarnaast ook veel vertrouwen”.

Bij start van zorg worden cliënten geïnformeerd over hun rechten en plichten, zoals de klachtenregeling. Dit wordt door de gesproken cliënten bevestigd.

Sanctiebeleid is begrijpelijk en redelijk beschreven. Uitsluitingscriteria zijn niet op papier gezet. Op de website van de aanbieder staat helder beschreven aan welke doelgroep ondersteuning kan worden geleverd.

5.2 Medezeggenschap	Ja/nee/deels n.v.t./n.b.
De aanbieder heeft een effectieve en laagdrempelige regeling voor medezeggenschap van deelnemers over het beleid van de aanbieder.	Nee

Constatering

De aanbieder is bezig om medezeggenschap via een cliëntenraadplatform genaamd ‘tapster’ te organiseren.

Cliënten kunnen zich dan aanmelden in het systeem en meedenken over ontwikkelingen binnen de organisatie. Er zullen bijvoorbeeld stellingen en vragen in het platform gedeeld worden door een onafhankelijke voorzitter waar cliënten op kunnen reageren. Het streven is dat eind oktober 2021 met het platform gewerkt gaat worden.

5.3 Privacy	Ja/nee/deels n.v.t./n.b.
De aanbieder respecteert de privacy van de deelnemers.	Ja
Er wordt zorgvuldig omgegaan met de uitwisseling van gevoelige informatie (persoonsgegevens, medische gegevens e.d.).	Ja

Constatering

Bij start van zorg wordt een toestemmingsverklaring voor het ontvangen en uitwisselen van gegevens ingevuld door de cliënt. Gesproken cliënten en medewerkers geven aan dat afstemming over het uitwisselen van informatie plaatsvindt en ook vaak samen plaatsvindt. Voor dossierinzage door of namens de gemeente - ter toetsing van de inhoud van het coachingsplan - is schriftelijke toestemming gevraagd aan de cliënt.

De aanbieder heeft beleid omtrent privacy geschreven. Deze is te vinden op de website van de aanbieder.

5.4 Melden incidenten en klachten	Ja/nee/deels n.v.t./n.b.
Er is een operationeel intern meldingssysteem voor calamiteiten en geweldsincidenten. Iedere calamiteit en geweldsincident wordt direct na constatering gemeld bij de Wmo toezichthouder.	Ja
Er is een intern meldingssysteem voor incidenten, fouten en bijna fouten dat operationeel is. Melden, registreren, analyse, verbeteractie en terugkoppelen van incidenten, fouten en bijna fouten aan melder en team is geregeld. Incidenten worden intern besproken en er worden verbetervoorstellen geformuleerd.	Ja
Er is sprake van een lerende organisatie.	Ja
Nazorg bij calamiteiten en incidenten is geregeld.	Ja
Er is een effectieve en laagdrempelige klachtenregeling voor cliënten.	Ja
De klachtenregeling is bekend bij de cliënten.	Ja
De aanbieder neemt eventuele klachten in behandeling en handelt die tijdig en passend af.	Ja

Constatering

De aanbieder heeft een operationeel intern meldingssysteem voor incidenten en calamiteiten. De meldplicht bij calamiteiten is in beleid opgenomen.

Als zich een situatie voordoet bespreekt de begeleider deze eerst met de gedragswetenschapper om vervolgstappen te bespreken. Als een melding wordt gemaakt wordt deze afgehandeld door het '4K team' en indien nodig wordt een aandachtfunctionaris betrokken. Het 4K team staat voor kennis, kunde, kunst en kwaliteit en bestaat uit gedragswetenschappers, de kwaliteitsmanager en trainers.
Alle meldingen van het ambulante team worden verwerkt in een Excel bestand met daarin de soort melding, oorzaak en de genomen maatregelen.

Daarnaast ontvangt de MIC commissie de melding. Indien sprake is van een acute situatie komt de commissie bijeen en anders vindt vier keer per jaar een vergadering plaats om de meldingen te analyseren. Na analyse wordt verbetermaatregelen in de notulen opgenomen. Deze zijn vervolgens voor medewerkers te vinden in het systeem.

Nazorg wordt door de teammanager verleend aan medewerkers. Door de teammanager wordt na een incident contact gezocht met betrokken medewerkers om de gebeurtenis na te bespreken. De teammanager zet verder actie uit op basis van de behoefte van de medewerker. Het proces omtrent nazorg is in beleid opgenomen.

De aanbieder beschikt over een klachtenregeling, die ook te vinden is op de website van de aanbieder. Klachten worden binnen zes weken afgehandeld.
Cliënten ontvangen de klachtenregeling bij start van zorg.

Bronnen

1. Interviews met:

- Eén directeur van Jan Arends
- Eén gedragswetenschapper
- Twee medewerkers
- Twee wijkconsulenten
- Twee cliënten

2. Observaties zijn het inspectiebezoek

- Eén ondertekende gedragscode
- Kwaliteitsmanagementsysteem
- Medewerkersbestand

3. Documenten met betrekking tot het toezicht

- Gedragscode, juni 2019
- Protocol kindermishandeling en huiselijk geweld, april 2021
- Meldingen 2020 en 2021
- Protocol meldingen, augustus 2020
- Risico inventarisatieproces, februari 2021
- Protocol begeleidingsproces, maart 2021
- Protocol agressie/ grensoverschrijdend gedrag, december 2020
- Privacy en informatiebeveiliging, april 2021
- Notulen teamvergadering juni, juli en augustus 2021
- Organogram Jan Arends
- Klachtenreglement, december 2019
- Deskundigheidsbevordering Jan Arends
- Deskundigheidsbevordering deel 2 – 2021
- Overzicht tevredenheid medewerkers, 2020
- MIC vergadering directie, april en juli 2021
- Inwerkprogramma Jan Arends, april 2019
- Cliënttevredenheidsonderzoek, september 2020 en maart 2021
- Jaarplan 2021, december 2020
- Directiebeoordeling Jan Arends, 2020
- Ondernemingsplan, 2018-2020
- Protocol werving en selectie, februari 2021
- Protocol stage, augustus 2020
- HKZ certificaat
- Informatie tapster

4. Documenten met betrekking tot het personeel

- Zes diploma's medewerkers
- Twee propedeusediploma's van medewerkers
- Negen VOG's van medewerkers

5. Documenten met betrekking tot cliënten

- Vier ondersteuningsplannen van cliënten
- Vier zelfredzaamheidsmatrixen van cliënten
- Drie risico inventarisaties van cliënten
- Eén stabiliseringsplan van een cliënt
- Rapportage en urenregistratie van vier cliënten

6. Overig

- Website van de aanbieder

ZIENSWIJZE AANBIEDER

Hierbij wil ik nog een aantal zaken aanhalen m.b.t. onze zienswijze op dit rapport.

Ad 1: Cliëntenraad: Op dit moment zijn wij een nieuwe opzet voor een cliëntenraad aan het introduceren. Dit gebeurt via Tapster, een soort forum waar de HKZ destijds enthousiast over was gezien de tijdelijkheid van de doelgroep die bij ons zit. Ik mis dat stuk in het rapport.

Ad2: Opleidingen:

Als ik kijk naar de samenstelling van het team dan zijn er een paar zaken incompleet:

Degene met een propedeuse HBO MWD is in juni 2019 afgestudeerd. Vermoedelijk heb ik haar diploma niet meegestuurd gekregen. Ze is nu met zwangerschapsverlof maar probeer dit nog te ontvangen.

Degene met MBO SMD heeft inmiddels een EVC afgerond. Zie bijlage.

Degene met MBO PMjeugdzorg zit in een EVC en heeft 5 van de 6 onderdelen gehaald. (Ik zou die certificaten nog krijgen, wel heb ik de goedkeuring van destijds in mail toegevoegd). Het laatste werd afgelast vanwege corona. En ze is daarna zelf langere tijd uitgevallen wegens prive omstandigheden.

Qua bijscholing: Zowel [REDACTED] hebben BHV opleiding gevolgd. De laatste verplichte bijscholing was de JA dag in november 2019. De workshops en trainingen staan in mail bijlage. Daarnaast heeft elke medewerker elke maand intervisie over professioneel handelen en elke medewerker minimaal 2 uur individuele casuïstiek bespreking met gedragswetenschapper. Deze zijn beide ook verplicht. De medewerkers hebben zelf de mogelijkheid om hun loopbaanbudget te gebruiken. Dit stimuleren wij maar is ook verantwoordelijkheid van medewerkers zelf.

Ik heb hieronder de uitgaven aan opleidingen sinds 2019 toegevoegd, zodat je kan zien dat we substantieel bedrag hieraan besteden. 2021 loopt achter door toedoen van corona.:

2021 t/m Q3 Opleidingskosten	13.481	4.455	5.080
2020 t/m Q4 Opleidingskosten	11.007	13.428	7.997
2019 t/m Q4 Opleidingskosten	19.018	46.070	26.724

Ad 3: werkplannen: geen verdere opmerkingen.

Dank alvast voor de prettige samenwerking.

GGD Gelderland-Midden

is onderdeel van de Veiligheids- en Gezondheidsregio Gelderland-Midden



GGD Gelderland-Midden

Postbus 5364

6802 EJ ARNHEM

T 0800 8446 000

E ggd@vggm.nl

I www.vggm.nl



Gelderland-Midden