

WMO TOEZICHT

Definitieve rapportage kwaliteitsonderzoek

Naam: Harmonie in Hulp en Zorg B.V.

Adres: Nieuweweg 36

Postcode en woonplaats: 3901 BE Veenendaal

Zorgvorm: Reguliere begeleiding

Datum inspectie: 23 juni 2022

Datum rapport: 2 augustus 2022

In opdracht van de gemeente Nijkerk



Gelderland-Midden

INHOUDSOPGAVE

GEGEVENSOVERZICHT	3
INLEIDING	4
Historie.....	4
Onderzoek: aanleiding en belang	4
Korte beschrijving van de organisatie en de doelgroep	5
CONCLUSIE EN ADVIES	6
Advies aan de gemeente.....	6
BEVINDINGEN.....	8
1 Doelmatigheid voorziening.....	8
2 Veiligheid	11
3 Samenwerking en afstemming.....	15
4 Kwaliteit van personeel en organisatie	16
5 Rechten van de cliënt.....	18
ZIENSWIJZE AANBIEDER	23
BIJLAGE 1: BRONNEN	24

GEGEVENSOVERZICHT

Basisgegevens

Naam : Harmonie in Hulp en Zorg B.V.
Adres : Nieuweweg 36
Postcode en woonplaats : 3901 BE Veenendaal
Telefoonnummer : 0318-756918
Website aanbieder : www.harmonieinhulp.nl
Rechtsvorm : B.V.
HKZ/ISO gecertificeerd : HKZ
KVK nummer : 63755793

Gegevens toezicht

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

Gegevens opdrachtgever

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

Planning

Datum onderzoek : 23 juni 2022
Opstellen concept onderzoeksrapport : 18 juli 2022
Hoor/wederhoor : 26 juli 2022
Zienswijze ontvangen : 2 augustus 2022
Vaststelling onderzoeksrapport : 2 augustus 2022
Verzending onderzoeksrapport : 2 augustus 2022

INLEIDING

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

De Wmo 2015 regelt in artikel 6.1. dat gemeenten een toezichthoudende ambtenaar aanwijzen. Het college van B&W van de gemeente Nijkerk heeft het Team Toezicht van GGD Gelderland-Midden als toezichthoudend ambtenaar aangewezen.

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

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

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

Dit onderzoek heeft plaatsgevonden in opdracht van de gemeente Nijkerk. Bezwaar op de openbaarmaking van het rapport van het kwaliteitsonderzoek uitgevoerd bij Harmonie in Hulp en Zorg kan worden ingediend bij de gemeente Nijkerk.

Historie

In het verleden zijn niet eerder inspecties uitgevoerd bij Harmonie in Hulp en Zorg door de Wmo toezichthouder of de Inspectie voor de Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ).

Onderzoek: aanleiding en belang

Dit onderzoek heeft plaatsgevonden op verzoek van de gemeente Nijkerk.

Het onderzoek had als doel na te gaan of de aanbieder voldoet aan de wettelijke (kwaliteits)eisen vanuit de Wmo en de aanvullende gemeentelijke (kwaliteits)eisen. Omdat er ten tijde van de kwaliteitsinspectie geen cliënten waren die specialistische begeleiding, dagbesteding en kortdurend verblijf ontvangen met een beschikking van de gemeente Nijkerk zijn de eisen die hieraan worden gesteld niet beoordeeld door de toezichthouder.

Het onderzoek heeft zich enkel gericht op reguliere Wmo begeleiding.

Het inspectiebezoek vond plaats op 23 juni 2022. Het betrof een aangekondigd bezoek. Het onderzoek bestond uit observatie, bronnenonderzoek (bijlage 1) en interviews. Er hebben gesprekken plaats gevonden met de twee meewerkend eigenaren van Harmonie in Hulp en Zorg.

Tevens zijn gesprekken gevoerd met twee cliënten en drie medewerkers van het gebiedsteam in Nijkerk. De leidinggevende was bij de gesprekken met cliënten niet aanwezig. Personen stelden zich coöperatief op. De gesprekken verliepen in een open en professionele sfeer.

Korte beschrijving van de organisatie en de doelgroep

Harmonie in Hulp en Zorg (hierna: Harmonie) verleent sinds 2011 ondersteuning in en rondom de Gelderse Vallei. Zij zeggen hierover het volgende:

"Harmonie in Hulp en Zorg is gespecialiseerd in IGGZ (interculturele geestelijke gezondheidszorg) begeleiding en richt zich op de diversiteit in de Nederlandse samenleving. Wij bieden hulp en begeleiding aan mensen met diverse culturele achtergronden."

De aanbieder heeft zich onder twee rechtsvormen ingeschreven bij de Kamer van Koophandel (KvK). De aanbieder is in 2011 begonnen met een V.O.F., maar heeft zich daarna door een gemeente tijdens een aanbestedingsprocedure laten adviseren om een B.V. te worden. Alle activiteiten zijn overgezet naar de B.V. De V.O.F. bestaat enkel nog omdat de aanbieder dit beschrijft als haar eerste trots.

Harmonie is in de gemeente Nijkerk gecontracteerd voor begeleiding, dagbesteding en kortdurend verblijf.

Er zijn ten tijde van de kwaliteitsinspectie geen cliënten die dagbesteding of kortdurend verblijf ontvangen met een beschikking van de gemeente Nijkerk.

Dagbesteding wordt door de aanbieder wel geboden in Veenendaal. Hier komen momenteel echter enkel cliënten vanuit een andere financiering of gemeente.

Er ontvangen vier cliënten ondersteuning met een Wmo beschikking voor reguliere begeleiding van de gemeente Nijkerk. Specialistische begeleiding wordt op dit moment door de aanbieder niet geboden.

De ondersteuning wordt geboden op basis van Zorg in Natura financiering. In een enkel geval kan een cliënt ondersteuning ontvangen vanuit een persoonsgebonden budget.

Daarnaast levert de aanbieder ondersteuning vanuit de jeugdwet en de Wlz.

De ondersteuning in Nijkerk wordt momenteel geboden door één van de eigenaren. De andere eigenaar is achterwacht en kan de ondersteuning indien nodig overnemen.

Er zijn daarnaast nog vier medewerkers in dienst bij de aanbieder, die momenteel werkzaam zijn op de dagbesteding en/of ambulante ondersteuning leveren aan cliënten vanuit een andere financiering en gemeente.

Harmonie in Hulp en Zorg is HKZ gecertificeerd.

CONCLUSIE EN ADVIES

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

De kwaliteitscriteria uit de Wmo 2015 betreffen:

- *De voorziening is doelmatig, doeltreffend en cliëntgericht (Wmo 2015, art. 3.1, tweede lid sub a).*
- *De voorziening is veilig (Wmo 2015, art. 3.1, tweede lid sub a.).*
- *De voorziening is afgestemd op de reële behoefte van de cliënt en andere vormen van zorg of hulp (Wmo 2015 art. 3.1, tweede lid sub b).*
- *De voorziening wordt verstrekt in overeenstemming met de op de beroepskracht rustende verantwoordelijkheid o.b.v. de professionele standaard (Wmo 2015, art. 3.1, tweede lid sub c.).*
- *De voorziening wordt verstrekt met respect en in acht neming van de rechten van de cliënt (Wmo 2015, art. 3.1, tweede lid sub d.).*

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

De aanbieder levert op een laagdrempelige wijze ondersteuning aan een multiculturele doelgroep. Uit gesprekken met medewerkers van het gebiedsteam en cliënten blijkt dat de ondersteuning zich richt op de met de cliënt afgesproken doelen. Cliënten uiten zich tevreden over de geleverde ondersteuning en voelen zich op hun gemak.

De aanbieder beschikt over actuele werkinstructies en handelingsprotocollen. De toezichthouder adviseert de aanbieder om enkele werkinstructies te herzien op onder andere typfouten en dubbelingen, zodat deze duidelijker en meer bruikbaar zijn als een situatie hierom vraagt. Het gaat hier in het bijzonder om de meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling en het risicoprotocol.

De toezichthouder concludeert tekortkomingen ten aanzien van:

- *Ondersteuningsplannen;*
- *Evaluatie;*
- *Het invullen en verwerken van een risico inventarisatie;*
- *De inhoud van de meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling;*
- *Het maken van afspraken over het gebruik van alcohol en verdovende middelen;*
- *Melden van calamiteiten bij de Wmo toezichthouder;*
- *Het wijzen van cliënten op het bestaan van lotgenotengroepen/ patiëntenverenigingen.*

Ten aanzien van het opstellen van een cliëntdossier wordt gebruik gemaakt van zowel de G-schijf als een digitaal cliëntregistratiesysteem. Dit is onwenselijk.

De toezichthouder adviseert de aanbieder om één werkwijze te hanteren voor het opstellen van het cliëntdossier.

Advies aan de gemeente

De Wmo toezichthouder van de VGGM geeft het advies aan de gemeente Nijkerk om wel te handhaven (conform handhavingsbeleid).

Toelichting handhaving

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

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

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

BEVINDINGEN

1 Doelmatigheid voorziening	
<i>Wettelijke kwaliteitseis: De voorziening is doelmatig, doeltreffend en cliëntgericht (Wmo 2015, art. 3.1, tweede lid sub a).</i>	
1.1 Ondersteunings- / begeleidingsplan	Ja/nee/deels n.v.t./n.b.¹
Alle cliënten hebben een actueel zorgplan.	Deels
Dit plan is gebaseerd op de doelen die door de consulent van de gemeente zijn opgesteld in het ondersteuningsplan.	Deels
De cliënt heeft zijn/haar ondersteuningsvraag kunnen formuleren en is betrokken geweest bij het opstellen van het zorgplan.	Ja
Het plan omvat een omschrijving van de vraag van de cliënt.	Ja
Uit het plan blijkt wat de kansen/mogelijkheden en ondersteuningsbehoeften zijn van de cliënt	Ja
Het zorgplan bevat een analyse van de problematiek en 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 wordt actief betrokken bij bijvoorbeeld het opstellen van het zorgplan, indien gewenst door de cliënt.	Ja
De ondersteuning sluit(en) aan op de reële behoefte en mogelijkheden van de cliënt en zijn/haar sociale netwerk.	Ja
Het plan heeft de instemming van de cliënt en is ondertekend door de cliënt of diens vertegenwoordiger.	Deels
De afspraken uit het zorgplan worden uitgevoerd/nagekomen	Ja
Afwijkingen van het plan worden gemotiveerd toegelicht in het zorgplan en besproken met de cliënt en zijn/haar sociale netwerk.	Ja
De afstemming tussen de voorzieningen op alle leefgebieden is zichtbaar in het zorgplan.	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	Deels
Van deze evaluatie wordt verslag opgemaakt.	Nee
De cliënt heeft het evaluatieverslag ondertekend.	Nee
De datum van de eerstvolgende evaluatie staat in het plan genoteerd.	Ja
Het evaluatieverslag wordt aan de gemeente verstuurd.	Nee
Signalen die duiden op mogelijke decompensatie of andere incidenten/calamiteiten worden vastgelegd in een signaleringsplan	Nee

¹ N.b. betekent 'niet beoordeeld'.

Constatering

Na aanmelding vindt een intakegesprek plaats met de cliënt en een medewerker van het gebiedsteam. Bij start van de ondersteuning ontvangt de aanbieder, indien de cliënt hiervoor toestemming heeft gegeven, het door het gebiedsteam opgestelde ondersteuningsplan.

Als een ondersteuningsplan van het gebiedsteam is aangeleverd stelt de aanbieder zelf geen ondersteuningsplan op met de cliënt. Een deel van de inhoud van dat ondersteuningsplan wordt dan opgenomen in het eigen format van de aanbieder, maar niet verder uitgewerkt.

Voor twee van de vier cliënten heeft de aanbieder wel zelf een ondersteuningsplan opgesteld, waarin de doelen die zijn gesteld door het gebiedsteam verder zijn uitgewerkt. In deze twee ondersteuningsplannen zijn acties en afspraken aan de doelen gekoppeld. Daarnaast bevatten deze twee ondersteuningsplannen een omschrijving van de vraag van de cliënt, de kansen/mogelijkheden en de ondersteuningsbehoefte. In alle ondersteuningsplannen is de naam van de eerstverantwoordelijke begeleider opgenomen en staat beschreven welke voorziening er wordt geboden.

In het ondersteuningsplan staat beschreven dat deze in overleg met de cliënt tot stand is gekomen en dat de cliënt hiermee akkoord is. Dit blijkt ook uit gesprekken met de cliënten. Daadwerkelijke ondertekening van het ondersteuningsplan door de cliënt vindt echter niet plaats ten tijde van het inspectiebezoek.

Uit gesprekken met de cliënten blijkt dat er wordt gewerkt aan de gestelde doelen. Zij geven daarnaast beide aan dat de aanbieder hen laagdrempelig ondersteunt. Beide cliënten hopen om op den duur hun zelfredzaamheid te vergroten.

Indien mogelijk, en gewenst, wordt het netwerk van de cliënt betrokken bij de ondersteuning. Het netwerk wordt tijdens de intake in kaart gebracht en waar nodig onderdeel gemaakt van het ondersteuningsplan.

De aanbieder maakt gebruik van een digitaal cliëntregistratiesysteem. In beleid is terug te lezen dat hiermee gewerkt dient te worden. De begeleider die de ondersteuning uitvoert werkt echter zowel vanuit het cliëntregistratiesysteem als de G-schijf. Dit betekent dat er op twee verschillende plekken informatie te vinden is. De toezichthouder adviseert om één werkwijze te hanteren.

Signalen die mogelijk zouden kunnen duiden op decompensatie of andere incidenten/ calamiteiten worden niet vastgelegd in een signaleringsplan.

In beleid staat beschreven dat de ondersteuning half jaarlijks wordt geëvalueerd, waarna een verslag wordt opgesteld en de cliënt dit verslag dient te ondertekenen. In de ondersteuningsplannen staat echter beschreven dat er drie maanden na start van de ondersteuning geëvalueerd zal worden. Van de vier cliënten zijn er twee langer in zorg dan drie maanden zonder dat er aantoonbaar geëvalueerd is. Eén cliënt geeft aan dat er na drie maanden een evaluatie heeft plaatsgevonden, maar dat hier geen verslag van is opgesteld door de aanbieder. Voor één cliënt is de beschikking recent na een jaar verlopen zonder dat er een evaluatie heeft plaatsgevonden. Er heeft enkel mailcontact met een medewerker van het gebiedsteam plaatsgevonden waarin is aangegeven dat een herindicatie niet nodig is.

De aanbieder beschikt over vier verschillende formats voor evaluatie. Het is onduidelijk in welke situatie welk format gehanteerd dient te worden. Hieruit blijkt geen eenduidige werkwijze in het plannen, uitvoeren en vastleggen van evaluatie. De toezichthouder adviseert de aanbieder om één format voor evaluatie te hanteren en evaluatie conform beleid uit te voeren.

1.2 Zelfredzaamheid	Ja/nee/deels n.v.t./n.b. ²
De ondersteuning is gericht op het vergroten van de zelfredzaamheid en maatschappelijke participatie van cliënten	Ja
Er wordt gewerkt richting de uitstroom van cliënten waarbij aandacht is voor de eigen kracht en het sociale netwerk van de cliënt.	Ja

Constatering

De ondersteuning wordt altijd geboden door één van de twee eigenaren. Indien nodig wordt er nog een medewerker binnen de organisatie betrokken die de taal van de cliënt beheerst, zodat de ondersteuning goed kan worden vormgegeven.

De gesproken cliënten zeggen het volgende over de ondersteuning:

“Ik krijg wekelijks ondersteuning, waarin aan de gestelde doelen wordt gewerkt. Er wordt goed naar me geluisterd en we hebben waardevolle gesprekken die mij houvast bieden”.

“Ik ervaar de ondersteuning als goed. Ik vind het vooral fijn dat mijn begeleider mee gaat naar afspraken, zodat ik weet wat er aan de hand is en wat ik kan doen”.

Bij de huidige cliëntgroep is uitstroom (nog) niet aan de orde. Uit gesprekken met cliënten, medewerkers van het gebiedsteam en de cliëntdossiers blijkt dat de aanbieder aansluit bij de wensen van de cliënt.

Medewerkers van het gebiedsteam zeggen hierover het volgende:

“De ondersteuning die ingezet moet worden is heel laagdrempelig. Ik ben tevreden over de hulp die wordt ingezet”.

“Ik heb per app contact gehad met de inwoner en deze geeft aan tevreden te zijn”.

De huidige cliënten ontvangen vooral praktische ondersteuning, waarin laagdrempelig wordt toegewerkt aan het vergroten van de zelfredzaamheid.

Naast de vaste afspraken kunnen cliënten ook beroep doen op de aanbieder. Hierover wordt door de aanbieder het volgende gezegd:

“We kijken continu wat we kunnen doen. Het is zo’n andere cultuur, waardoor we per cliënt kijken hoe dat past in deze cultuur. Dit vraagt veel geduld. Het begint vaak met taal, praktische hulp en op de lange termijn kijken wat mensen hierin zelf kunnen opbouwen. Het is een proces.

We doen ook veel extra, op vrijwillige basis. We doen meer dan 200% proces, zodat de cliënt en de gemeente tevreden is. De gemeente wil graag vooruitgang zien bij de cliënt en daar doen we ons best voor”.

Ook biedt de aanbieder nog ‘nazorg’ wanneer de zorg is beëindigd. Dit houdt in de praktijk in dat de aanbieder nog een enkele keer de cliënt bezoekt op vrijwillige basis om langzaam het contact af te bouwen.

² N.b. betekent ‘niet beoordeeld’.

2 Veiligheid	
Wettelijke kwaliteitseis: De voorziening is veilig (Wmo 2015, art. 3.1, tweede lid sub a.).	
2.1 Protocollen en afspraken	Ja/nee/deels n.v.t./n.b.³
De organisatie heeft werkinstructies en handelingsprotocollen.	Ja
De instructies en protocollen zijn actueel	Ja
De aanbieder kent een agressieprotocol.	Ja
Het personeel is geschoold in het omgaan met agressie.	Ja

Constatering

De aanbieder heeft diverse werkinstructies en handelingsprotocollen opgesteld. De toezichthouder adviseert de aanbieder om enkele werkinstructies te herzien op onder andere typfouten en dubbelingen, zodat deze duidelijker zijn en beter toepasbaar zijn als een situatie hierom vraagt. Het gaat hier in het bijzonder om de meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling en het risicoprotocol. Ook adviseert de toezichthouder om onderwerpen die niet van toepassing zijn voor de te leveren ondersteuning, bijvoorbeeld het tillen van cliënten in het risico protocol, uit beleid te verwijderen.

De aanbieder heeft een risico protocol opgesteld, waarin beleid ten aanzien van agressie en ongewenst gedrag is opgenomen.

Medewerkers zijn geschoold in het omgaan met agressie.

2.2 Medicatie en verdovende middelen (alleen indien van toepassing)	Ja/nee/deels n.v.t./n.b.⁴
De organisatie kent een medicatieprotocol.	Ja
De organisatie kent een protocol drang- en dwangmaatregelen	N.v.t.
Voor iedere cliënt is een actueel medicatieoverzicht (toedienlijst of deellijst) aanwezig.(niet van toepassing bij lichte begeleiding)	N.v.t.
In het ondersteuningsplan van de cliënt is dit medicatieoverzicht (zonder doseringen) opgenomen, met vermelding van reden van gebruik. .(niet van toepassing bij lichte begeleiding)	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 ⁵ '. .(niet van toepassing bij lichte begeleiding)	N.v.t.
Elk medicijn dat wordt toegediend wordt op datum en tijdstip afgetekend op een aftekenlijst. .(niet van toepassing bij lichte begeleiding)	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. (niet van toepassing bij lichte begeleiding)	N.v.t.
Bij toediening van medicatie die niet in een GDS-verpakking ⁶ zit (=baxter) en waarbij sprake is van aantoonbaar risico in geval van verkeerde dosering vindt aantoonbaar controle plaats door een tweede, bekwame persoon. (niet van toepassing bij lichte begeleiding)	N.v.t.
De organisatie heeft afspraken gemaakt over het gebruik van alcohol en verdovende middelen.	Nee

Constatering

In het medicatiebeleid van de aanbieder staat beschreven dat zij enkel bij start van zorg inventariseren of en welke medicatie de cliënt inneemt. Dit wordt enkel geïnterpreteerd, zodat in geval van nood adequaat gehandeld kan worden.

Er wordt geen medicatie door de aanbieder verstrekt.

Betreft een protocol dwang- en drangmaatregelen heeft de aanbieder in haar beleid opgenomen dat zij geen gedwongen hulp leveren aan cliënten.

De aanbieder geeft aan dat verslaving en ernstige GGZ problematiek een uitsluitingscriteria is. In het risico protocol is enkel opgenomen dat bij gebruik van alcohol en/of drugs de cliënt op dat moment geen zorg zal ontvangen.

Er zijn verder geen afspraken gemaakt over het gebruik van alcohol en verdovende middelen.

⁴ N.b. betekent 'niet beoordeeld'.

⁵ Handreiking werkvoorraad geneesmiddelen. Actiz, GGZNederland, VGN 2011

⁶ GDS= Geneesmiddelen Distributie Systeem. Bij gebruik van en GDS heeft de apotheek de geneesmiddelen per client per toedientijdstip verpakt.

2.3 Risico-inventarisatie	Ja/nee/deels n.v.t./n.b.⁷
Het ondersteuningsplan bevat een risico-inventarisatie op die onderwerpen die voor de cliënt van toepassing zijn.	Nee
De risico-inventarisatie leidt tot concrete begeleidingsafspraken ter preventie van de genoemde risico's.	Nee
Eventuele veiligheidsrisico's en de eigen verantwoordelijkheid van de cliënt zijn besproken met cliënt en zijn/haar sociale netwerk.	Ja
De organisatie kent een brandveiligheids- en ontruimingsplan ⁸ .	Ja
Periodiek wordt ontruiming geoefend.	Ja
Het gebouw en de inventaris zijn schoon en onderhouden.	Ja

Constatering

De aanbieder geeft aan tijdens het intakegesprek een risico inventarisatie te doorlopen. Hier heeft de aanbieder een format voor opgesteld.

Dit format wordt enkel mondeling doorlopen en niet ingevuld om vervolgens onderdeel te maken van het cliëntdossier, waardoor niet aan te tonen is dat deze hebben geleid tot concrete begeleidingsafspraken.

De aanbieder beschikt over een calamiteitenplan. Dit plan omvat onder andere een ontruimingsplan. Periodiek wordt ontruiming geoefend in samenwerking met een andere zorginstelling die in hetzelfde pand is gevestigd.

De laatste ontruimingsoefening heeft in maart 2022 plaatsgevonden.

Het gebouw en de inventaris zijn schoon en onderhouden.

⁷ N.b. betekent 'niet beoordeeld'.

⁸ 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.

2.4 Grensoverschrijdend gedrag	Ja/nee/deels n.v.t./n.b.⁹
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.	Nee
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

Er is een meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling opgesteld door de aanbieder. In deze meldcode zijn de vijf stappen opgenomen. Er is echter niet stapsgewijs beschreven hoe binnen de organisatie wordt omgegaan met signalen van huiselijk geweld en kindermishandeling. In de meldcode is opgenomen dat de eigenaren verantwoordelijk zijn voor het doorlopen van de meldcode binnen de organisatie.

De aanbieder heeft verder aanvullende informatie, onder andere vanuit een handreiking voor de meldcode, in de meldcode opgenomen. Om de leesbaarheid van het document te vergroten adviseert de toezichthouder om de meldcode te herzien en te verduidelijken.

Ook vindt er jaarlijks bijscholing plaats over de meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling en staat dit onderwerp twee keer per jaar op de agenda van het werkoverleg.

⁹ N.b. betekent 'niet beoordeeld'.

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.¹⁰
Afspraken over de benodigde zorg/ondersteuning, alsmede over de afstemming met andere partijen, waaronder overdracht, zijn vastgelegd in het zorgplan en zijn bekend bij de cliënt en zijn/haar sociale netwerk.	Ja
Met andere hulp- en zorgverleners (0 ^e , 1 ^e en 2 ^e lijn) vindt afstemming en de noodzakelijke gegevensuitwisseling plaats.	Ja
De afspraken worden schriftelijk vastgelegd.	Ja
De met andere hulp- en zorgverleners gemaakte afspraken worden regelmatig besproken met de cliënt en zijn/haar sociale netwerk en worden zo nodig bijgesteld.	Ja
Bij meervoudige, complexe problematiek is er samenwerking met de regisseur of coördinator die de samenhang en continuïteit bewaakt en toegang heeft tot de noodzakelijke gegevens.	Ja
Indien deze betrokken zijn, zijn met de tweede lijn afspraken gemaakt omtrent beschikbaarheid	Ja
Bij mogelijke decompensatie onderneemt de begeleiding actie richting behandelaar/huisarts.	Ja
Er wordt een dossier opgesteld zodat overdracht mogelijk is.	Ja

Constatering

De aanbieder benoemt indien nodig contact te hebben met medewerkers van het gebiedsteam. Dit kan gaan om het bijstellen van doelen of wanneer er zorgen zijn.

Als er ketenpartners betrokken zijn bij de cliënt vindt hiermee, indien mogelijk, afstemming plaats. Bij start van zorg wordt een toestemmingsverklaring met de cliënt ingevuld en worden afspraken ten aanzien van afstemming gemaakt. Het netwerk van de cliënt wordt daarnaast opgenomen in het ondersteuningsplan.

Over het netwerk van cliënten wordt door de aanbieder het volgende gezegd:

“Er is vaak sprake van een klein netwerk. We vragen wel door wie er betrokken zijn, zowel informeel als formeel. Niet altijd voor het behalen van de doelen, maar ook meer als achterwacht of om te kijken hoe we het netwerk van de cliënt indien gewenst zouden kunnen vergroten”.

3.2 Samenwerking en afstemming met de gemeente (casemanager)	Ja/nee/deels n.v.t./n.b.¹¹
Een evaluatie met een aanvraag voor verlenging van de indicatie wordt uiterlijk zes weken voor afloop van de indicatie aan de gemeente opgestuurd.	N.B.

Constatering

Er zijn geen cliënten geweest, waarbij de beschikking afliep en verlenging van de indicatie gewenst was. Om deze reden heeft de toezichthouder deze eis niet kunnen beoordelen.

¹⁰ N.b. betekent 'niet beoordeeld'.

¹¹ N.b. betekent 'niet beoordeeld'.

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.¹²
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
De organisatie is aangesloten bij een beroepsvereniging/ branchevereniging	Ja
De continuïteit van de geboden voorziening is gewaarborgd.	Ja
De organisatie integreert de veranderingen op het gebied van de kanteling in de zorg binnen de eigen instelling.	Ja

Constatering

De aanbieder is HKZ gecertificeerd en heeft een kwaliteitsmanagementsysteem in gebruik. Jaarlijks worden documenten herzien en indien nodig aangepast. Indien zich een wijziging in een document heeft voorgedaan worden medewerkers hiervan op de hoogte gesteld.

Ook is de aanbieder aangesloten bij een beroepsvereniging. De aanbieder sluit regelmatig aan bij netwerkbijeenkomsten die door de beroepsvereniging worden georganiseerd om onder andere op de hoogte te blijven van alle ontwikkeling in de zorg.

Jaarlijks schrijft de aanbieder een organisatiebeoordeling op basis van bijvoorbeeld uitkomsten van medewerkers- en cliënttevredenheidsonderzoeken, klachten en incidenten. Verbeteracties voortkomend uit de organisatiebeoordeling worden opgenomen in het verbeterregister.

¹² N.b. betekent 'niet beoordeeld'.

4.2 Personeel	Ja/nee/deels n.v.t./n.b. ¹³
De medewerkers zijn op de hoogte van de persoonlijke omstandigheden en levensgeschiedenis van de cliënt.	Ja
De verdeling van taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden is duidelijk voor de medewerkers.	Ja
De aangewezen beroepskracht is vakbekwaam	Ja
Uitvoering kan plaatsvinden door een professional van minimaal MBO- niveau 4 MWD, GGZ, VVT of een vergelijkbare richting. Het wordt uitgevoerd onder de verantwoordelijkheid van een professional met een afgeronde opleiding van minimaal hbo-niveau. (reguliere begeleiding)	Ja
Begeleiding wordt uitgevoerd door een professional met een afgeronde opleiding van minimaal hbo-niveau VVT, WMD, GGZ of een vergelijkbare richting. (specialistische begeleiding)	N.B.
Er wordt uitgegaan van een groepsgrootte van gemiddeld 7 personen per in te zetten professional. (dagbesteding)	N.B.
De uitvoering vindt plaats door een professional met een afgeronde opleiding op tenminste MBO-niveau 3 MWD, GGZ of een vergelijkbare richting. De eindverantwoordelijkheid voor het opstellen en uitvoeren van het plan ligt bij een minimaal MBO-niveau 4 MWD, GGZ, VVT geschoolde professional. (dagbesteding)	N.B.
De uitvoering vindt plaats door professionals met een afgeronde opleiding van minimaal MBO-niveau 3 MWD, GGZ of een vergelijkbare richting. (kortdurend verblijf)	N.B.
Het toezicht is intensief, omdat er 24 uren toezicht in de nabijheid aanwezig is. Dit kan op zowel regelmatige als onregelmatige momenten zijn. (kortdurend verblijf)	N.B.
De aanbieder heeft beleid t.a.v. verantwoorde inzet van vrijwilligers.	N.v.t.
Alle medewerkers en vrijwilligers hebben een verklaring omtrent gedrag (VOG) overlegd, die minimaal getoetst is op: <ul style="list-style-type: none"> • Het verlenen van diensten (nr. 41); • Het verlenen van diensten in de persoonlijke leefomgeving (nr. 43); • Belast zijn met de zorg voor (hulpbehoevende) personen, zoals ouderen en gehandicapten (nr. 85). 	Ja

Constatering

De Wmo ondersteuning in de gemeente Nijkerk wordt op dit moment door één eigenaar geboden. In geval van ziekte of vakantie wordt de ondersteuning overgenomen door de andere eigenaar. Er zijn daarnaast nog vier medewerkers in dienst bij de aanbieder, die momenteel werkzaam zijn op de dagbesteding en/of ambulante ondersteuning leveren aan cliënten vanuit een andere financiering en gemeente.

De toezichthouder heeft van beide eigenaren een diploma ingezien. De eigenaar die momenteel de ondersteuning in Nijkerk levert heeft een diploma op Hbo niveau en de andere eigenaar beschikt over een diploma op Mbo niveau 4. Hiermee wordt voldaan aan de opleidingseisen die worden gesteld aan de reguliere begeleiding.

Als er specialistische begeleiding geboden zal gaan worden zal deze in eerste instantie door de eigenaar met een Hbo diploma geboden gaan worden.

Daarnaast beschikken beide eigenaren over een geldige VOG conform gestelde eisen.

Er worden geen vrijwilligers ingezet op de begeleiding.

Beide eigenaren zijn bekend met de levensgeschiedenis van de cliënt en diens persoonlijke omstandigheden.

¹³ N.b. betekent 'niet beoordeeld'.

--

4.3 Deskundigheidsbevordering	Ja/nee/deels n.v.t./n.b.¹⁴
De beroepskrachten zijn opgeleid tot en deskundig voor wat betreft het ondersteunen van de doelgroep.	Ja
De aanbieder biedt de beroepskrachten passende bijscholing.	Ja

Constatering

Beide eigenaren zijn opgeleid en deskundig voor het ondersteunen van de doelgroep. Bijscholing vindt regelmatig plaats, waaronder jaarlijks een training over de meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling. Daarnaast sluit de aanbieder regelmatig aan bij bijeenkomsten georganiseerd door de branchevereniging en is één eigenaar sinds kort SKJ geregistreerd. De andere eigenaar is nog bezig deze registratie te behalen.

5 Rechten van de cliënt	
<i>Wettelijke kwaliteitseis: De voorziening wordt verstrekt met respect en in acht neming van de rechten van de cliënt (Wmo 2015, art. 3.1, tweede lid sub d.).</i>	
5.1 Algemeen	Ja/nee/deels n.v.t./n.b.¹⁵
De bejegening door de beroepskracht van de cliënt is passend en correct.	Ja
De cliënt voelt zich op zijn/ haar gemak op de plaats waar de voorziening wordt geboden.	Ja
Cliënten worden geïnformeerd over hun rechten en plichten.	Ja

Constatering

Beide gesproken cliënten geven aan zich veilig en op hun gemak te voelen tijdens de ondersteuningsmomenten.

Middels de zorgovereenkomst worden cliënten geïnformeerd over hun rechten en plichten, waaronder privacybeleid en de klachtenregeling.

¹⁴ N.b. betekent 'niet beoordeeld'.

¹⁵ N.b. betekent 'niet beoordeeld'.

5.2 Cliëntparticipatie	Ja/nee/deels n.v.t./n.b. ¹⁶
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.	Nee

Constatering

De aanbieder heeft in het kwaliteitshandboek het belang en bestaan van een cliëntenraad opgenomen. Het kwaliteitshandboek wordt jaarlijks geëvalueerd, waardoor ook het stuk met betrekking tot medezeggenschap van cliënten.

Cliënten kunnen participeren in een cliëntenraad. Deze komt twee keer per jaar bij elkaar. Gemaakte afspraken worden vervolgens in de notulen wordt opgenomen en waar nodig worden verbetervoorstellen opgenomen in het verbeterregister.

De cliënt wordt niet gewezen op het bestaan van patiëntenverenigingen en lotgenotencontactgroepen. De aanbieder geeft aan hier geen aansluiting in te vinden gezien de doelgroep waar mee gewerkt wordt. Wel worden, waar mogelijk, cliënten ondersteunt in het uitbreiden van sociale contacten gezien eenzaamheid en hen mede door deze wijze te helpen om te integreren.

5.3 Privacy	Ja/nee/deels n.v.t./n.b. ¹⁷
De organisatie respecteert de privacy van de cliënt.	Ja
Er wordt zorgvuldig omgegaan met de uitwisseling van gevoelige informatie. De organisatie voldoet aan de algemene verordening gegevensbescherming (AVG).	Ja

Constatering

De aanbieder heeft in diverse beleidsstukken opgenomen hoe zij omgaan met privacy en met gevoelige informatie. Daarnaast vult de aanbieder bij start van zorg een toestemmingsverklaring in met de cliënt, zodat helder is met wie de aanbieder contact mag opnemen en wanneer.

¹⁶ N.b. betekent 'niet beoordeeld'.

¹⁷ N.b. betekent 'niet beoordeeld'.

5.4 Melden incidenten en klachten	Ja/nee/deels n.v.t./n.b.¹⁸
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
Er is een klachtenregeling.	Ja
De klachtenregeling is bekend bij de cliënt/gemakkelijk te vinden voor de cliënt.	Ja
De aanbieder neemt eventuele klachten in behandeling en handelt die tijdig en passend af.	N.B.
De aanbieder brengt de cliënt op de hoogte dat hij/zij gebruik kan maken van onafhankelijke cliëntondersteuner bij het indienen van klachten.	Ja

Constatering

Er is een intern meldingssysteem in gebruik voor incidenten, fouten en bijna fouten. De aanbieder heeft in beleid de incidentenprocedure beschreven. In deze procedure staat hoe een incident gemeld kan worden, zal worden afgehandeld en hoe nazorg is geregeld.

Indien zich een incident voordoet wordt de melding opgepakt door de directie. De directie zorgt ervoor dat de melding wordt opgenomen in het verbeter- of risicoregister.
Er zijn tot op heden geen incidenten voorgevallen.

De aanbieder beschikt over een klachtenregeling en is aangesloten bij een onafhankelijke klachtencommissie. Cliënten worden, via de zorgovereenkomst, over de klachtenregeling geïnformeerd bij start van zorg.

Er zijn tot op heden geen klachten ingediend bij de aanbieder. De eis met betrekking tot de duur en het passend afhandelen van een klacht is om deze reden niet beoordeeld.

¹⁸ N.b. betekent 'niet beoordeeld'.

5.5 Melden calamiteiten en geweldsincidenten	Ja/nee/deels n.v.t./n.b. ¹⁹
De aanbieder doet binnen 3 werkdagen na de calamiteit/geweldsincident melding bij de toezichthoudend ambtenaar Wmo.	Nee
De aanbieder verricht eigen onderzoek binnen 6 weken bij onduidelijkheid of er sprake is van een calamiteit/geweldsincident.	N.B.
Het rapport voldoet aan de 'Richtlijn calamiteitenrapportage IGJ' Vanaf 1/1/2021: De 'Richtlijn rapportage over een calamiteit/geweld bij de verstrekking van een voorziening of andere gebeurtenis'.	N.B.
Minimaal 1 persoon van de onderzoekscommissie is onafhankelijk.	N.B.
Indien mogelijk wordt het sociaal netwerk betrokken bij het onderzoek.	N.B.

Constatering

De aanbieder heeft in haar incidentenbeleid de definitie van een calamiteit opgenomen en de meldplicht bij de IGJ.
 In beleid ontbreekt de meldplicht voor Wmo cliënten bij de Wmo toezichthouder. De aanbieder is hiermee onvoldoende bekend en dient dit in beleid aan te passen.

5.6 Opschorten of beëindiging ondersteuning	Ja/nee/deels n.v.t./n.b. ²⁰
Voor het opschorten of beëindigen van ondersteuning door de aanbieder is toestemming van de cliënt vereist.	Ja
De aanbieder kan de ondersteuning eenzijdig opschorten of beëindigen op grond van zwaarwegende redenen. Onder zwaarwegende redenen worden ten minste verstaan: <ul style="list-style-type: none"> • Een ernstige mate van bedreiging of intimidatie geuit door de cliënt en/of zijn sociaal netwerk, waardoor de persoonlijke veiligheid of vrijheid van andere cliënten en/of personeel van de aanbieder in gevaar zijn; • Een onherstelbaar verstoorde vertrouwensrelatie; • Hygiënische omstandigheden die ernstige gezondheidsrisico's opleveren voor andere cliënten en/of personeel van de aanbieder; • Het niet nakomen van essentiële verplichtingen of regels door de cliënt, ook niet na herhaaldelijk (schriftelijk) aandringen of waarschuwen door de aanbieder. 	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 geeft aan één situatie te hebben meegemaakt waarin de ondersteuning eenzijdig is beëindigd. Hierover zegt de aanbieder het volgende:

"In samenspraak met de gemeente is de zorg destijds beëindigd. Problematiek van de cliënt stond op de voorgrond, waardoor de begeleiding niet van de grond is gekomen. We hebben toen zelf contact gezocht met de gemeente, waarna zij toestemming hebben gegeven om de zorg te beëindigen".

¹⁹ N.b. betekent 'niet beoordeeld'.

²⁰ N.b. betekent 'niet beoordeeld'.

Een werkwijze voor het opschorten of beëindigen van de ondersteuning is niet in beleid opgenomen. Om dit proces te borgen adviseert de toezichthouder een werkwijze omtrent het opschorten en/of beëindigen van de ondersteuning op te stellen.

SCHRIFTELIJKE REACTIE AANBIEDER

Tijdens de nabespreking op 23 juli 2022 van het kwaliteit onderzoek met ████████ bleek dat er een misverstand was ten aanzien van het door Harmonie in Hulp en Zorg aangeboden kortdurend verblijf. Er is een nadere toelichting gegeven dat het wel een product is dat door Harmonie in Hulp en Zorg aangeboden wordt maar dat er echter mede door de coronapandemie nog geen aanmeldingen zijn geweest.

Uitgelegd dat daardoor een aanpassing van de website hierover niet noodzakelijk is en product wordt gewoon geleverd. ████████ zegt toe dit aan te passen.

Ten aanzien van de risico-inventarisatie wordt nadere toelichting gevraagd. Er moet in ieder geval in het cliëntdossier een hoofdstuk worden opgenomen over de risico's. Harmonie zegt toe dit advies op te volgen. Er is al een afspraak gemaakt met Zilliz hoe dit te implementeren. Indien mogelijk wordt het meteen in Zilliz verwerkt en anders wordt het via eigen format geupload.

Ten aanzien van het ondersteuningsplan wordt in rapportage vermeld dat cliënten niet daadwerkelijk het plan ondertekenen. Door de aanbieder wordt in gesprek uitgelegd dat in veel gevallen niet mogelijk is dat daadwerkelijke ondertekening plaatsvindt in verband met taalbarrière en analfabetisme.

In die gevallen waar ondertekening wel mogelijk is zal dit in het ondersteuning plan worden opgenomen en daadwerkelijk ondertekend.

Ten aanzien van de rapportage op zowel het clientregistratiesysteem als de G-schijf wordt met rapporteur afgesproken dat zoveel mogelijk op clientregistratiesysteem wordt gewerkt. Dus dit advies voor een werkwijze wordt overgenomen.

Ten aanzien van de evaluatie is er bij rapporteur onduidelijkheid over de formats die worden gebruikt bij de evaluatie. Het advies om zoveel mogelijk een format te hanteren zal ook overgenomen worden. Harmonie zal zorgdragen voor een eenduidige werkwijze in het plannen, uitvoeren en vastleggen van de evaluatie.

Tijdens gesprek met rapporteur komt naar voren dat verslaglegging niet altijd volledig is door de grote werkdruk en Harmonie in Hulp en Zorg geeft aan hier in toekomst verbetering in aan te brengen.

Tijdens gesprek tussen Harmonie in Hulp en Zorg en rapporteur komt naar voren dat er niet voldoende rekening is gehouden met de specifieke doelgroep van Harmonie, zoals onder andere: Taalbarrière, vluchtelingenproblematiek, analfabetisme en grote cultuurverschillen. De eisen van de gemeente sluiten niet altijd goed aan bij de doelgroep van Harmonie in hulp en zorg. De rapporteur geeft aan deze problematiek te onderkennen.

Ten aanzien van het meldcode huiselijk geweld wordt toegezegd de vijf stappen van de code nader uit te werken. Er zal duidelijker worden beschreven wie welke stap neemt en wie wat doet, dus een betere uitwerking naar de eigen organisatie.

De code zal beter worden geïmplementeerd binnen de organisatie.

Ten aanzien van het gebruik van alcohol en drugs zal advies van rapporteur overgenomen worden. Er wordt duidelijk onderscheid tussen gebruik van alcohol en drugs en het echt verslaafd zijn. Er worden dus cliënten begeleid die wel af en toe alcohol c.q. drugs gebruiken, er wordt hier echter duidelijk verschil gemaakt tussen cliënten die zodanig verslaafd zijn dat ze hierdoor niet te begeleiden zijn en cliënten die af en toe recreatief gebruiken maar wel goed te helpen zijn.

Ten aanzien van de meldplicht voor WMO-cliënten bij de WMO-toezichthouder zegt Harmonie in Hulp en Zorg toe het beleid hierop aan te passen. Harmonie in Hulp en Zorg gaat zich hier meer in verdiepen in deze meldplicht.

Ten aanzien van de werkwijze voor het opschorten beëindigen van de ondersteuning van een cliënt zal Harmonie in Hulp en Zorg een protocol opstellen.

Ten aanzien van het beleid wordt opgemerkt dat door de specifieke doelgroep van Harmonie in Hulp en Zorg vaak wordt doorverwezen naar moskee of bijeenkomsten in kerk. Daar waar wel van toepassing is zal worden doorverwezen naar patiëntenverenigingen en lorgenotencontactgroepen.

Deze zienswijze is op 1 augustus 2022 opgemaakt door,

BIJLAGE 1: BRONNEN

1. Gesprekken met:

- Twee, meewerkend, eigenaren van Harmonie in Hulp en Zorg
- Drie medewerkers van het gebiedsteam Nijkerk
- Twee cliënten

2. Doelmatigheid voorziening:

- Vijf ondersteuningsplannen van cliënten
- Format risico inventarisatie
- Vier formats voor evaluatieverslagen
- Intakeformulier Harmonie in Hulp en Zorg
- Toestemmingsverklaring voor afstemming

3. Documenten met betrekking tot het toezicht

- Medicatiebeleid 2022, april 2018
- Calamiteitenplan, juni 2022
- Kwaliteitshandboek Harmonie in Hulp en Zorg, juni 2022
- Clean Desk Clear Screen (CDCS), november 2017
- Suïcideprotocol 22(tentamen), april 2018
- Notulen cliëntenraad, december 2021
- Klachten verbeterregister HIH en zorg
- Protocol Meldcode Huiselijk Geweld en Kindermishandeling,
- HIH veilig en solist werken 2020 risico protocol
- Klachtenregeling (Quasir) voor cliënten van Harmonie in Hulp en zorg
- HKZ certificaat, november 2021
- Auditrapport Dekra Harmonie in Hulp en Zorg, juli 2021
- Verbeterregister Harmonie in Hulp en Zorg
- Gedragscode Harmonie in Hulp en Zorg, april 2018
- Organisatiebeoordeling Harmonie in Hulp en Zorg, juni 2022

4. Documenten met betrekking tot het personeel

- Twee certificaten meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling
- Twee functieomschrijvingen voor beide eigenaren
- Verwijsindex training Regio Foodvalley
- Twee diploma's van de eigenaren
- Twee VOG's van de eigenaren

5. Overig

- Website van de aanbieder

GGD Gelderland-Midden

is onderdeel van de Veiligheids- en Gezondheidsregio Gelderland-Midden



GGD Gelderland-Midden

Postbus 5364

6802 EJ ARNHEM

T 0800 8446 000

E ggd@vggm.nl

I www.vggm.nl