



IJsselland

Rapport

UZOZ

(Beschermd wonen)

Dokter van Deenweg 84
8025 BL Zwolle

Toezichthouder	: GGD IJsselland
In opdracht van de gemeente(n)	: Zwolle
Datum onderzoek	: 18-09-2020
Type onderzoek	: Signaalgestuurd toezicht onderzoek
Status	: definitief
Datum vaststellen rapport	: 14-12-2020

Inleiding

Waarom toezicht?

In de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo 2015) is opgenomen dat gemeenten per 1 januari 2015 verantwoordelijk zijn voor de organisatie van maatschappelijke ondersteuning van personen met een beperking en personen met psychische of psychosociale problemen. Om de kwaliteit van Wmo-voorzieningen te waarborgen wordt, door middel van toezicht op Wmo-voorzieningen, getoetst of aanbieders voldoen aan de wettelijke en gemeentelijke kwaliteitseisen.

Wie is waarvoor verantwoordelijk?

De aanbieder van een voorziening is verantwoordelijk voor de kwaliteit van de voorziening. Conform artikel 6.1 van de Wmo 2015 heeft het college van burgemeester en wethouders, GGD IJsselland aangewezen als toezichthouder. GGD IJsselland is daarmee belast met het houden van toezicht op de naleving van het bepaalde bij of krachtens de Wmo 2015; met andere woorden GGD IJsselland is toezichthouder op de kwaliteit van de voorziening. Zo nodig adviseert de GGD of maatregelen nodig zijn om de kwaliteit te waarborgen.

Waarop is het toezicht gebaseerd?

Het toezicht is gebaseerd op de kwaliteitseisen die zijn opgenomen in hoofdstuk 3 van de Wmo 2015, de gemeentelijke verordening en (eventuele) nadere regelgeving. Dit is vertaald naar een algemeen toetsingskader. Deze is in samenspraak met de gemeenten in de regio IJsselland bepaald.

Het toetsingskader is gepubliceerd op de website van GGD IJsselland.

Wat is het doel van dit rapport?

Dit rapport is opgesteld naar aanleiding van het onderzoek naar de kwaliteit van de voorziening, dat door de toezichthouder is uitgevoerd. Het doel van dit rapport is:

1. Beschrijven in hoeverre de kwaliteit van de voorziening gewaarborgd is;
2. Informeren van de aanbieder over de kwaliteit van de voorziening;
3. Informeren van de gemeente over de kwaliteit van de voorziening.

Leeswijzer

Het eerste hoofdstuk bevat een weergave van de onderzoeksopzet, beschouwing en de conclusie van het onderzoek.

In het tweede hoofdstuk staan per domein de observaties en bevindingen van de toezichthouder beschreven. Vervolgens bevat het rapport een overzicht van algemene gegevens van de aanbieder en toezichthouder.

Indien de aanbieder van de gelegenheid een reactie te geven op het rapport gebruik heeft gemaakt dan is deze in de bijlage van dit rapport toegevoegd.

Inhoudsopgave

Het onderzoek

Observaties en bevindingen

Clënten

- Cliëntgerichtheid
- Afstemming in de keten
- Medezeggenschap
- Klachtenregeling

Personeel

- Professionele standaard

Veiligheid

- Veilige verstrekking
- Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling
- Calamiteiten en meldingsplicht

Getoetste voorwaarden

Gegevens voorziening

Gegevens toezicht

Het onderzoek

Onderzoeksopzet

Gemeente Zwolle is centrumgemeente voor Beschermd Wonen. Vanuit die hoedanigheid heeft gemeente Zwolle naar aanleiding van signalen de toezichthouder Wmo (hierna te noemen: toezichthouder) opdracht gegeven om de kwaliteit van zorg ten aanzien van Beschermd Wonen te beoordelen, zoals geleverd door Zorggroep UZOZ, Uw Zorg is Onze Zorg (hierna te noemen: UZOZ). Het onderzoek is door de toezichthouder aangekondigd bij UZOZ.

Door middel van het onderzoek heeft de toezichthouder zich een oordeel gevormd over de kwaliteit van de voorziening welke door UZOZ in het kader van de Wmo 2015 (hierna te noemen: Wmo) wordt geleverd. Hierbij is met name gekeken naar de wijze waarop de aanbieder de cliëntgerichtheid, de professionele standaard en de veiligheid van de ondersteuning waarborgt en uitvoert.

De toezichthouder geeft een oordeel over de kwaliteit van de ondersteuning gefinancierd vanuit de Wmo. Aan het toezicht op rechtmatigheid geven de deelnemende gemeenten op een andere manier uitvoering.

Om tot een gefundeerd oordeel te komen zijn verschillende informatiebronnen gebruikt. Door de informatie uit deze bronnen te vergelijken en te wegen heeft de toezichthouder beoordeeld of de door UZOZ geboden zorg voldoet aan wet- en regelgeving, (beroeps)normen, richtlijnen en standaarden.

De volgende bronnen zijn geraadpleegd;

- 1 september 2020; gesprek met het managementteam;
- 4 september 2020; gesprek met medewerker en bestuurder;
- 7 september 2020; gesprek met cliënten en medewerkers / bezoek aan twee locaties;
- 8 september 2020; gesprek met cliënt;
- 24 september 2020; gesprek met cliënten en medewerkers.

Daarnaast zijn de diverse documenten aangeleverd en/of op locatie ingezien zoals;

- cliëntendossiers waaronder ondersteuningsplannen, rapportages en evaluaties;
- beroepskwalificaties;
- verklaringen omtrent het gedrag;
- kwaliteitshandboek, d.d. 22 oktober 2019;
- Kwaliteitsbeleid, d.d. 2 december 2018;
- beroepscode voor de sociaal werker;
- beroepscode jeugd- en gezinsprofessional;
- cliëntenlijst;
- website (<https://www.uzoz.nl/>);
- dienstrooster juli / augustus;
- kwaliteit zorg KPIs - AVR Toolbox;
- personeelshandboek en beleid;
- schema personeel augustus 2020;
- beleid cliëntenraad;
- beleid voorwerk toebedeling;
- instructies persoonsgegevens delen;
- instructies toestemmingsverklaring;
- klachtenregeling;
- meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling;
- opleiding en scholing;
- privacy reglement;
- veiligheid cliënten;
- uittreksel handelsregister Kamer van Koophandel, vervaardigd op 01-03-2019;
- medicatie proces en medicatiebeleid;

- afwegingskader norm verantwoorde werktoedeling;

Op 26 november 2020 is het concept rapport verstuurd naar de aanbieder. De aanbieder is in de gelegenheid gesteld om het rapport te controleren op feitelijke onjuistheden en een schriftelijke reactie toe te voegen. Op 10 december 2020 heeft de aanbieder een schriftelijke reactie aangeleverd welke is opgenomen in de bijlage van het rapport. De aanbieder heeft geen feitelijke onjuistheden aangemerkt.

Beschouwing

Korte beschrijving van de organisatie

UZOZ is ontstaan vanuit een familiale samenwerking. UZOZ biedt woonbegeleiding en dagbesteding aan cliënten met een (licht) verstandelijke beperking/psychische, psychiatrische en / of verslavingsproblematiek.

De aanbieder is actief in de gemeenten Zwolle en Hengelo. De activiteiten in gemeente Hengelo zullen op korte termijn worden beëindigd. De aanbieder heeft verschillende woonplekken in Zwolle, waaronder een grote woonlocatie met meerdere appartementen in het centrum. Daarnaast zijn er verschillende woningen (kamers) verspreid door de stad. Tevens is in het centrum van Zwolle een dagbestedingslocatie aanwezig. Op het moment van dit onderzoek maakt geen van de Wmo cliënten gebruik van de dagbesteding.

Ten tijde van het inspectiebezoek wordt er aan 17 cliënten zorg geboden;

- vier cliënten met een Wmo beschikking, begeleid wonen;
- één cliënt met een Wmo beschikking begeleid wonen, waarvan de ondersteuning wordt verleend buiten de gemeente Zwolle;
- twee (voormalig) cliënten met een verlopen Wmo beschikking;
- tien cliënten wiens zorg wordt gefinancierd vanuit de Wlz of Jeugdwet.

De aanbieder heeft geen subsidierelatie met de gemeente Zwolle en derhalve is de zorg van de cliënten gefinancierd middels het persoonsgebonden budget (PGB) van iedere cliënt.

Beschouwing

De aanbieder stelde zich coöperatief op gedurende het onderzoek. Een van beide bestuurders is met name gericht op het organisatorische deel. De andere bestuurder is uitvoerend en actief rondom personeelszaken. De directe aansturing is voornamelijk neergelegd bij de trajectbegeleider.

Wat opviel tijdens het bezoek was dat voorafgaand en tijdens het onderzoek veel wijzigingen zijn doorgevoerd in beleid en uitvoering. De bestuurder erkende dit. Hiermee anticipeert de aanbieder op tekortkomingen in de organisatie die worden aangegeven door externen. Dit is een reactieve wijze van het besturen van de organisatie.

Conclusie

Van een zorgverlener mag verwacht worden dat er een duidelijke visie aanwezig is waaruit goed zorgverlenerschap bestaat. Daarmee is onder andere zicht op kennis en kunde in relatie tot de doelgroep van belang, een proactieve wijze van aansturing en een duidelijke visie op de professionele beroepshouding. Dit ontbreekt bij UZOZ. De aanbieder is welwillend, maar de uitvoering in de praktijk is onvoldoende. Er moet een professionaliseringsslag gemaakt worden op verschillende domeinen om te kunnen spreken van voldoende kwaliteit van zorg.

Advies aan college van B&W

Aan de volgende getoetste voorwaarden wordt niet voldaan;

- De aanbieder draagt er zorg voor dat de ondersteuning is afgestemd op de reële behoeften

en mogelijkheden van de cliënt (en diens netwerk) en dat deze ondersteuning bijdraagt aan de zelfredzaamheid en participatie van de cliënt.

- De aanbieder draagt er zorg voor dat de medewerkers de cliënten op gepaste wijze en correct bejegenen.
- De aanbieder heeft een regeling voor de afhandeling van klachten over gedragingen van de aanbieder jegens cliënten vastgesteld.
- De door de aanbieder aangewezen medewerker beschikt over ervaringen en kwalificaties en/of opleidingen die passen bij de te verrichten werkzaamheden en bij de complexiteit en aard van de problematiek van de cliënt.
- De aanbieder heeft passend beleid ontwikkeld op het gebied van kwaliteitszorg, personeelsbeleid, opleiding en scholing, de omgang met en de uitwisseling van (privacygevoelige) persoonsgegevens.
- De aanbieder draagt er zorg voor dat de ondersteuning aan de cliënt veilig wordt verstrekt (door rekening te houden met de persoonlijke omstandigheden en keuzes van de cliënt).
- De aanbieder heeft een meldcode vastgesteld waarin stapsgewijs is opgenomen hoe met signalen van huiselijk geweld of (kinder)mishandeling wordt omgegaan en die er redelijkerwijs aan bijdraagt dat zo snel en adequaat mogelijk hulp kan worden geboden.
- De aanbieder bevordert de kennis en het gebruik van de meldcode.

Inhoudelijk zijn deze getoetste voorwaarden toegelicht bij de observaties en bevindingen.

Om te kunnen spreken van voldoende kwaliteit van zorg, zal de aanbieder aan bovenstaande voorwaarden moeten voldoen. De toezichthouder adviseert gemeente Zwolle om kennis te nemen van het rapport en te bepalen wat het vervolg moet zijn.

Observaties en bevindingen

Clënten

Clëntgerichtheid

Doelgroep en aanbod

In het kwaliteitshandboek is de doelgroep waarop de aanbieder zich richt als volgt omschreven; *"UZOZ wil zich daarbij richten op de mens met een (licht) verstandelijke beperking/psychische, psychiatrische en of verslavingsproblematiek, maar in het bijzonder richt UZOZ zich op cliënten met (ernstige) gedragsproblematiek en de zorgmijders."*

De aanbieder hanteert exclusiecriteria, te weten; te ernstige gedragsproblematiek, recidive / delinquenten, ernstige lichamelijke beperkingen. Volgens de bestuurder worden de exclusiecriteria ook benoemd in het kwaliteitshandboek. De toezichthouder heeft dit niet gevonden in het kwaliteitshandboek. Naast woonbegeleiding met 24-uurs bereikbaarheid wordt ook dagbesteding geboden, waarbij de bestuurder aangeeft dat op dit moment geen cliënten met een Wmo indicatie gebruik maken van de dagbesteding.

Het traject / instroom

Nieuwe cliënten worden voornamelijk aangemeld door mond-tot mondreclame. Verschillende cliënten vertellen de bestuurder te kennen en op deze manier in contact te zijn gekomen met de aanbieder. Een aantal cliënten zijn afkomstig van een organisatie die inmiddels niet meer bestaat.

De bestuurder is verantwoordelijk voor het proces rondom de aanmelding van nieuwe cliënten. De cliënten kunnen zich aanmelden via het aanmeldformulier op de website. Meestal neemt de bestuurder dan telefonisch contact op met de toekomstige cliënt om een afweging te maken of de gevraagde zorg geboden kan worden en of de cliënt passend is bij het aanbod. De bestuurder gaf aan dat hij tijdens het kennismakingsgesprek op basis van enkele vragen de afweging maakt of cliënt passend is. Op de vraag hoe de bestuurder deze afweging maakt zegt hij: *"als wij een goed gevoel hebben op basis van onze eigen criteria dan starten wij de hulp op"*. De bestuurder hanteert geen gestandaardiseerde vragenlijst bij het kennismakingsgesprek. De bestuurder vindt het belangrijk dat de cliënt zijn / haar probleem onderkent en wil veranderen. Gedurende het onderzoek ontving de toezichthouder een afwegingskader norm verantwoorde werktoedeling wat in het vervolg gebruikt gaat worden bij de aanmelding van nieuwe cliënten. Dit afwegingskader is inhoudelijk niet beoordeeld. Het is aan de bestuurder om te bepalen of dit document helpt bij het maken van een juiste afweging.

Wanneer de aanbieder van mening is dat het kennismakingsgesprek positief is, dan volgt het intakegesprek. Bij het intakegesprek zijn zowel de bestuurder als de trajectbegeleider aanwezig. De intake wordt gedaan aan de hand van een planmatige methode, waarin de eigen kracht van cliënten centraal staat; het zogeheten 8-fasenmodel.

Ondersteuningsplan

De trajectbegeleider stelt de begeleidingsplannen samen met de cliënt op. De afspraak is dat er drie of vier doelen worden geformuleerd in het begeleidingsplan. De trajectbegeleider geeft aan dat zij betrokken is bij alle cliënten. Naast de trajectbegeleider kan een tweede begeleider aan de cliënt gekoppeld worden.

De trajectbegeleider heeft onder andere als taak om geregeld de rapportages en begeleidingsplannen in te zien. Doel hiervan is inzicht krijgen in de werkwijze van individuele medewerkers ten aanzien van doelgericht rapporteren. De trajectbegeleider geeft aan dat zij de medewerkers aanspreekt als de rapportage niet doelgericht is. Volgens de trajectbegeleider komt het voor dat tijdens de evaluatie van de begeleidingsplannen niet alle acties zijn opgepakt. De gewenste wijze van rapporteren op de doelen is recent besproken met de medewerkers. Door doelgerichter te rapporteren moet in de toekomst voorkomen worden dat acties niet worden opgepakt. Gesproken cliënten weten dat over hen wordt gerapporteerd. De trajectbegeleider geeft

aan dat recent is besloten om met de zelfredzaamheidsmatrix te gaan werken. Aan dit besluit is ten tijde van het inspectieonderzoek nog geen uitvoering gegeven.

De documentatie rondom een cliënt, inclusief het begeleidingsplan, wordt vastgelegd in het digitale cliëntendossier Zilliz. Tijdens het onderzoek zijn vier cliëntendossiers ingezien. Bij één dossier is met enige regelmaat op de doelen gerapporteerd, uit de andere drie dossiers blijkt de doelgerichtheid en frequentie van de rapportage minder. Zo is er bij één cliënt drie en halve week geleden voor het laatst gerapporteerd. De bestuurder is samen met een persoonlijk begeleider aan het bekijken hoe het digitale cliëntendossier Zilliz beter benut kan worden. Er zijn recent meer mogelijkheden voor de begeleiders toegevoegd aan Zilliz waardoor onder andere een beter overzicht zou moeten ontstaan hoe aan de doelen is gewerkt door cliënt en persoonlijk begeleider.

Gesproken cliënten geven aan dat doelen samen met hen zijn opgesteld. Doelen zijn voornamelijk praktisch van aard. Het merendeel van de cliënten geeft aan een afschrift van het zorgplan te hebben. Opvallend is de wijze waarop de doelen in het ondersteuningsplan zijn geformuleerd. Op veel verschillende manieren wordt de hulpvraag beschreven alvorens acties worden geformuleerd. Bij een cliënt is bijvoorbeeld als actie geformuleerd; ik kom mijn afspraken na. Dit is viermaal met andere bewoordingen beschreven (als aanleiding, hoofddoel, doel) voordat het concreet is gemaakt. Dit leidt tot een lang plan, terwijl de inhoud over hetzelfde gaat. Dit kan leiden tot minder doelgerichtheid in de begeleiding aan cliënten. Een ondersteuningsplan moet doelgerichtheid in de hand werken en zal daarom het meest effectief werken als de doelen helder en duidelijk zijn geformuleerd.

Eén medewerker blijkt tijdens het gesprek niet op de hoogte te zijn van de inhoud van het laatste ondersteuningsplan van een cliënt waar deze medewerker begeleiding aan biedt. Van de medewerker mag verwacht worden dat al enkele maanden uitvoering wordt gegeven aan de opgestelde doelen in dat plan.

Bejegening en praktijkobservaties

De aanbieder heeft een gedragscode opgesteld waarin is beschreven hoe de medewerkers op passende en correcte wijze dienen om te gaan met de cliënten. De gesproken cliënten geven aan tevreden te zijn met de begeleiding die wordt geboden door de medewerkers.

De toezichthouder merkte bijzonderheden op ten aanzien van de bejegening van cliënten. Tijdens de gesprekken met medewerkers en cliënten en bij het inzien van cliëntendossiers valt op dat veel acties in de begeleiding controlerend zijn in plaats van het aanleren van vaardigheden. Bijvoorbeeld: checken bij verschillende cliënten of ze op hun kamer zijn en met wie. Het wordt niet duidelijk uit de gesprekken en de dossiers op welke manieren wordt gewerkt aan het ontwikkelen van vaardigheden of het stimuleren van zelfredzaamheid.

Een medewerker gaf aan een gesprek gehad te hebben met een cliënt die vele jaren verslaafd is. De medewerker vertelt twee uur met de cliënt gesproken te hebben en oprecht van mening te zijn dat de cliënt door dit gesprek overgehaald was om te stoppen met het middelengebruik. De toezichthouder plaats kanttekeningen bij hetgeen de medewerker verteld. Dit blijkt geen reële inschatting te zijn gezien de problematiek. In een dossier las de toezichthouder dat een medewerker een kennismakingsgesprek heeft gevoerd met een cliënt. Er wordt beschreven dat ze elkaar een knuffel hebben gegeven omdat cliënt dit nodig had. Met een aantal medewerkers is besproken hoe zij aankijken tegen afstand - nabijheid ten opzichte van een cliënt. Allen geven aan dat dit geen onderwerp van gesprek is vanuit de organisatie. Een medewerker vertelt van mening te zijn dat knuffelen wel moet kunnen omdat cliënten dat soms nodig hebben. Tevens geeft de medewerker aan dat dit nog nooit fout is gegaan. Een andere medewerker vertelt cliënten aan te raken en wel op te merken of cliënten dit fijn vinden.

Continuïteit van de ondersteuning

Elke cliënt heeft een vaste begeleider. De gesproken cliënten kunnen benoemen wie hun begeleider is. In de weekenden en in de nacht is een begeleider te bereiken middels een bereikbaarheidstelefoon. Deze bereikbaarheidsdiensten zijn onder de medewerkers verdeeld. Meerdere cliënten geven aan af en toe gebruik te maken van de bereikbaarheidstelefoon. De medewerkers kunnen binnen 30 minuten ter plaatsen zijn.

Informatie

Op de website (www.uzoz.nl) is informatie te vinden over de aanbieder, zoals het privacyreglement, klachtenregeling en de missie en visie. De bestuurder geeft aan dat er een informatieblad is voor de cliënten.

Deelconclusie

Aan de volgende getoetste voorwaarde is niet voldaan;

- De aanbieder draagt er zorg voor dat de ondersteuning is afgestemd op de reële behoeften en mogelijkheden van de cliënt (en diens netwerk) en dat deze ondersteuning bijdraagt aan de zelfredzaamheid en participatie van de cliënt.
- De aanbieder draagt er zorg voor dat de medewerkers de cliënten op gepaste wijze en correct bejegenen.

Toelichting;

Het proces rondom de aanneming van cliënten is subjectief. Kennis en kunde met betrekking tot eigen kunnen als organisatie in relatie tot de doelgroep is in beperkte mate aanwezig.

Niet alle medewerkers kennen het plan van de cliënt waar ze begeleiding aan bieden. Dit bevordert niet een eenduidige en doelgerichte werkwijze. Doelgericht rapporteren wordt niet door alle medewerkers gedaan en is niet voor iedereen helder. Ingezette acties zijn veelal controlerend, het is aan UZOZ de taak om na te gaan of men voldoende gericht is op het ontwikkelen van vaardigheden en zelfredzaamheid.

De professionele houding ten opzichte van cliënten is niet altijd passend. De organisatie zal de professionele afstand en nabijheid ten opzichte van cliënten moeten borgen binnen de organisatie.

Afstemming in de keten

Uit interviews met cliënten, begeleiders, bestuurders en door dossieronderzoek blijkt dat er wordt afgestemd met ketenpartners.

Afstemming vindt plaats met andere disciplines zoals huisarts, reclassering of andere hulpverleningsorganisaties. De cliënt is hiervan op de hoogte en heeft hier toestemming voor verleend, de toestemmingsverklaringen zijn opgeslagen in Zilliz. Medewerkers hebben door middel van Zilliz zicht op de externe behandelaars mochten die betrokken zijn bij de hulpverlening aan een cliënt.

Deelconclusie

De aanbieder voldoet aan de getoetste voorwaarden ten aanzien van het thema afstemming in de keten.

Medezeggenschap

De aanbieder heeft een regeling voor medezeggenschap getroffen. Hierin staat beschreven op welke manier de aanbieder inspraakmogelijkheden wil creëren voor de cliënten. De bestuurder geeft aan dat in augustus 2020 een vergadering van de cliëntenraad heeft plaatsgevonden. De notulen van deze vergadering konden niet getoond worden. De bestuurder geeft aan dat de cliëntenraad nu voornamelijk is gericht op de woonlocatie. Er is een nieuwe cliëntenraad voor de dagbesteding in oprichting.

Deelconclusie

De aanbieder voldoet aan de getoetste voorwaarden ten aanzien van medezeggenschap.

Klachtenregeling

UZOZ heeft de klachtenafhandeling geregeld door zich aan te sluiten bij Klachtenportaal Zorg. Op

de website van UZOZ is informatie te vinden over de klachtenregeling. In het kwaliteitshandboek onder paragraaf 8.2. staat deze procedure beschreven. Wat opvalt is dat in de procedure staat beschreven dat cliënten 'verplicht' zijn hun klacht te melden aan de aanbieder, alvorens zij zich kunnen richten tot de onafhankelijke klachtencommissie. Cliënten worden er niet over geïnformeerd dat zij ook rechtstreeks kunnen melden bij Klachtenportaal Zorg.

Cliënten geven aan bij klachten zich te richten tot hun begeleider. De gesproken cliënten kunnen niet benoemen hoe ze op een andere manier een klacht kunnen melden.

De bestuurder geeft aan dat er dit jaar geen officiële klachten zijn ingediend.

Deelconclusie

Aan de volgende getoetste voorwaarde is niet voldaan;

- De aanbieder heeft een regeling voor de afhandeling van klachten over gedragingen van de aanbieder jegens cliënten vastgesteld.

Toelichting;

Er is een klachtenregeling opgesteld. Aanbieder beschrijft in de procedure dat cliënten eerst de interne procedure moeten doorlopen. Zij worden niet gewezen op de mogelijkheid om ook rechtstreeks een klacht te kunnen melden bij Klachtenportaal Zorg.

Gebruikte bronnen

- Ondersteuningsplannen, rapportages en evaluaties; ingezien op 04-09-2020 en 24-09-2020;
- Interviews cliënten, 07-09-2020, 08-09-2020 en 24-09-2020;
- bijwonen van teamoverleg, 7 september 2020;
- Interviews medewerkers en/of bestuurders, 01-09-2020, 04-09-2020, 07-09-2020, 24-09-2020;
- Notulen cliëntenraad, 05-07-2019;
- Website (www.uzoz.nl), geraadpleegd op tussen 15-09-2020 tot 6-10-2020;
- Document, 'Beleid cliëntenraad'; geen versiedatum aangegeven;
- Klachtenregeling, versie 3.1 - 08-08-2020;
- Kwaliteitshandboek, versie 13 - 22-10-2019;
- Afwegingskader norm verantwoorde werktoedeling.

Personeel

Professionele standaard

Beroepskwalificaties

Een overzicht van medewerkers en beroepskwalificaties is opgevraagd. In het document 'medewerkers overzicht augustus 2020' staan de functies, opleidingen en gevolgde cursussen van de medewerkers benoemd. Tijdens het bezoek aan de aanbieder zijn de personeelsdossiers van alle medewerkers / zzp-ers ingezien die voor de aanbieder werkzaam zijn in de gemeente Zwolle.

Daaruit blijkt het volgende;

- één medewerker met de functie van trajectbegeleider (die tevens persoonlijk begeleider is) heeft een zorg gerelateerde beroepskwalificatie op hbo-niveau;
- één medewerker met de functie van persoonlijk begeleider heeft een zorg gerelateerde beroepskwalificatie op hbo-niveau;
- één medewerker met de functie van activiteiten begeleider en persoonlijk begeleider heeft een zorg gerelateerde beroepskwalificatie op mbo-niveau 4;
- één medewerker met de functie van activiteiten begeleider en woonbegeleider heeft geen zorg gerelateerde beroepskwalificatie;
- één medewerker (werkzaam als zzp-er) met de functie van persoonlijk begeleider heeft geen zorg gerelateerde beroepskwalificatie. De medewerker beschikt over een basiscertificaat verzorgende IG en is in 2019 gestart met zorg gerelateerde beroepsopleiding op mbo-niveau 4;
- één bestuurder met een zorginhoudelijke rol van zorgcoördinator en woonbegeleider heeft geen zorg gerelateerde beroepskwalificatie;
- één bestuurder met een zorginhoudelijke rol van persoonlijk begeleider heeft een zorg gerelateerde beroepskwalificatie op mbo-niveau 4.

In het document 'medewerkers overzicht augustus 2020' wordt aangegeven dat er via een zzp constructie een gedragswetenschapper beschikbaar is. Uit gesprekken met de medewerkers blijkt dat het niet bekend is wie de gedragswetenschapper is. De gedragswetenschapper blijkt momenteel niet betrokken bij de trajecten van cliënten.

Naast bovengenoemde medewerkers is er nog een medewerker werkzaam in Hengelo. Tevens is er nog een medewerker zonder direct cliëntencontact verbonden aan de organisatie als financieel controller.

Ten tijde van het onderzoek worden geen stagiaires ingezet door de aanbieder. De aanbieder maakt geen gebruik van vrijwilligers.

Aansturing

Het organogram in het kwaliteitshandboek geeft weer dat de bestuurder, die tevens de zorgcoördinator is, de medewerkers inhoudelijk aanstuurt. Tijdens de gesprekken met de bestuurders en medewerkers kwamen tegenstrijdige antwoorden met betrekking tot de aansturing van het team begeleiders. In de praktijk wordt de aansturing, in tegenstelling tot de beschrijving in het handboek, gedaan door de trajectbegeleider, aldus de bestuurder. Een medewerker geeft daaropvolgend echter aan niet te weten dat de trajectbegeleider deze rol heeft.

Verklaringen omtrent het gedrag

Er zijn acht getoonde verklaringen omtrent het gedrag bekeken van medewerkers die direct betrokken zijn bij de Wmo cliënten. De verklaringen zijn actueel en getoetst op passende functieaspecten. De aanbieder hanteert geen geldigheidstermijn voor een verklaring omtrent het gedrag voor de medewerkers.

(Kwaliteits)beleid

Er zijn diverse protocollen en richtlijnen aanwezig. De aanbieder beschikt over een kwaliteitscertificaat ISO:9001 (oktober 2019). De bestuurder geeft aan over te willen stappen naar de HKZ certificering, omdat de verwachting is dat deze certificering beter aansluit bij zijn

organisatie.

De trajectbegeleider heeft de taak om de medewerkers op de hoogte te houden over het te voeren beleid. Sinds enkele weken is een nieuw systeem in gebruik genomen, genaamd Scienta (intranet), waar een groot aantal beleidsdocumenten en protocollen te vinden zijn. Alle medewerkers hebben het verzoek gekregen de documenten door te lezen. De gesproken medewerkers bevestigen dat ze recent het verzoek hebben gekregen alle documenten door te lezen. Het merendeel van de medewerkers vertellen dat zij de documenten nog niet hebben gelezen, mede vanwege het aantal documenten.

De toezichthouder is aangesloten bij het teamoverleg. Het doornemen van de documenten door de medewerkers is door de trajectbegeleider geagendeerd tijdens het teamoverleg. Tijdens het overleg werd de vraag gesteld of de documenten doorgelezen zijn door de medewerkers.

Inhoudelijk werden de documenten niet besproken.

De bestuurder geeft aan dat beleid niet structureel wordt besproken, maar dat van de medewerkers wordt verwacht dat zij dit kennen / weten te vinden. Zo zegt de aanbieder bijvoorbeeld de beroepscode voor sociaal werker en jeugd- en gezinsproblematiek te hanteren. De medewerkers kennen de beroepscode niet. Kennis en gebruik van het beleid wordt onvoldoende bevorderd.

De bestuurder geeft aan dat recent een wijziging is gekomen in de overlegstructuur. De wijziging is dat de persoonlijk begeleiders en de medewerkers dagbesteding apart van elkaar overleggen. Wekelijks vindt een teamoverleg plaats. De trajectbegeleider heeft hiernaast wekelijks overleg met de bestuurders. De trajectbegeleider en een persoonlijk begeleider vertellen dat binnenkort gestart gaat worden met een intervisie groep.

Personeelsbeleid

De zorgaanbieder beschikt over een personeelshandboek met daarin onder andere een gedragscode, arbobeleid en afspraken omtrent gebruik van ICT.

In het kwaliteitshandboek van de aanbieder is verwoord dat in het personeelshandboek staat omschreven aan welke competenties de medewerkers per functie moeten voldoen. In het personeelshandboek is dit echter niet terug te vinden. Er is een document 'opleidingen' aanwezig, hierin staat beschreven dat binnen de organisatie wordt gewerkt met een loopbaanbudget. Medewerkers geven aan dat ze een opleiding of cursus kunnen volgen indien zij hier behoefte aan hebben. De persoonlijk begeleiders zijn verplicht de training 'medicatie en veiligheid' te volgen.

Privacybeleid

De aanbieder heeft maatregelen getroffen om de privacy van de cliënt te waarborgen. In het privacy reglement zijn onder andere de volgende onderdelen vastgelegd; bewaren van gegevens, verwerking van persoonsgegevens, recht op inzage van gegevens etcetera. De aanbieder heeft daarnaast ook beleid opgesteld ten aanzien van het delen van persoonsgegevens. Hierin staat de uitleg voor medewerkers hoe persoonsgegevens gedeeld kunnen worden met toestemming van de cliënt.

Deelconclusie

Aan de volgende getoetste voorwaarde is niet voldaan;

- De door de aanbieder aangewezen medewerker beschikt over ervaringen en kwalificaties en/of opleidingen die passen bij de te verrichten werkzaamheden en bij de complexiteit en aard van de problematiek van de cliënt.
- De aanbieder heeft passend beleid ontwikkeld op het gebied van kwaliteitszorg, personeelsbeleid, opleiding en scholing, de omgang met en de uitwisseling van (privacygevoelige) persoonsgegevens.

Toelichting;

Niet alle medewerkers, waaronder de bestuurder, beschikken over een beroepskwalificatie in de sector Zorg en Welzijn.

Er is beleid aanwezig met betrekking tot verschillende onderwerpen. Niet al het beleid komt overeen met de praktijk. De medewerkers hebben onvoldoende kennis van het beleid. Kennis en gebruik van het beleid wordt door de organisatie onvoldoende bevorderd.

Gebruikte bronnen

- Ondersteuningsplannen, rapportages en evaluaties; ingezien op 04-09-2020 en 24-09-2020;
- Interviews cliënten, 07-09-2020, 08-09-2020 en 24-09-2020;
- bijwonen van teamoverleg, 7 september 2020;
- Interviews medewerkers en/of bestuurders, 01-09-2020, 04-09-2020, 07-09-2020, 24-09-2020;
- Notulen cliëntenraad, 05-07-2019;
- Website (www.uzoz.nl), geraadpleegd op tussen 15-09-2020 tot 6-10-2020;
- Document, 'Beleid cliëntenraad'; geen versiedatum aangegeven;
- Klachtenregeling, versie 3.1 - 08-08-2020;
- Kwaliteitshandboek, versie 13 - 22-10-2019;
- Afwegingskader norm verantwoorde werktoedeling.

Veiligheid

Veilige verstrekking

Incidenten procedure

Incidenten kunnen door medewerkers worden gemeld via het online cliëntdossier Zillis. Tijdens het bezoek is gezien in het systeem dat meldingen worden gedaan. De meldingen worden beoordeeld door de bestuurder. Tijdens het gesprek met de bestuurder werd niet duidelijk hoe de incidenten worden beoordeeld. Er is geen instrument aanwezig om de zwaarte en de ernst te scoren en te beoordelen. In het systeem is niet navolgbaar wat met de gemelde incidenten is gebeurd.

Huisvesting

In verband met de maatregelen omtrent Covid-19 hebben de bezoeken in de woonomgeving zich beperkt tot twee locaties. De woonlocatie met meerdere appartementen is bezocht en er is een gesprek gevoerd bij een cliënt thuis. De gesprekken met de cliënten en medewerkers hebben hoofdzakelijk plaatsgevonden in de algemene ruimte van de grootste woonlocatie. De gesproken cliënten geven aan tevreden te zijn over hun huisvesting. Gebreken aan de appartementen worden hersteld.

Medicatieveiligheid

Vijf medewerkers beschikken over een certificaat medicatieveiligheid. Een medewerker geeft aan tijdens de avonddiensten medicatie te verstrekken aan enkele cliënten. In Zilliz staat vermeld welke medicatie de cliënten gebruiken. Tijdens het bekijken van de cliëntendossiers bleek dit nog niet eenduidig te worden ingevuld. In een aantal gevallen was het onderdeel medicatie niet ingevuld of werd het op een andere plek genoteerd.

De aanbieder heeft de taken, verantwoordelijkheden en afspraken beschreven in het medicatiebeleid.

Risico-inventarisatie

De aanbieder heeft per locatie een risico-inventarisatie gemaakt. Er staat een brandoefening met de bewoners gepland voor de grootste woonlocatie. Eén van de bestuurders en twee medewerkers zijn in het bezit van een BHV certificaat.

Er zijn huisregels opgesteld voor de grootste woonlocatie. Unaniem geven cliënten aan dat deze regels niet gehanteerd worden.

Deelconclusie

Aan de volgende getoetste voorwaarde wordt niet voldaan;

- De aanbieder draagt er zorg voor dat de ondersteuning aan de cliënt veilig wordt verstrekt (door rekening te houden met de persoonlijke omstandigheden en keuzes van de cliënt).

Toelichting;

De werkwijze rondom incidenten is niet navolgbaar en bevordert hiermee niet de veiligheid / kwaliteit van zorg. Medicatie is niet in alle gevallen conform het medicatiebeleid van de organisatie geregistreerd.

Opmerkelijk is dat alle gesproken cliënten van de grootste woonlocatie aangeven dat opgestelde huisregels niet worden gehanteerd.

Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling

De aanbieder heeft een meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling vastgesteld (versie 2.1. d.d. 20-08-2020). In de meldcode ontbreekt de toebedeling wie eindverantwoordelijk is voor de beslissing over het al dan niet doen van een melding. De meldcode is fysiek te vinden op alle locaties en in te zien via Scienta (intranet) van de aanbieder.

In het document 'opleidingen' van de aanbieder staat dat de training 'Praten over huiselijk geweld'

verplicht is voor de trajectbegeleider. De trajectbegeleider heeft deze training nog niet gevolgd. Wekelijks worden in het teamoverleg mogelijke signalen besproken, aldus de aanbieder. De toezichthouders hebben een teamoverleg bijgewoond. Tijdens dat teamoverleg werd de vraag gesteld of medewerkers iets hebben gesignaleerd.

Deelconclusie

Aan de volgende getoetste voorwaarden wordt niet voldaan;

- De aanbieder heeft een meldcode vastgesteld waarin stapsgewijs is opgenomen hoe met signalen van huiselijk geweld of (kinder)mishandeling wordt omgegaan en die er redelijkerwijs aan bijdraagt dat zo snel en adequaat mogelijk hulp kan worden geboden.
- De aanbieder bevordert de kennis en het gebruik van de meldcode.

Toelichting;

Er is een meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling aanwezig. Het toebedelen van verantwoordelijkheden binnen de organisatie en welke persoon eindverantwoordelijk is voor het beslissen over het al dan niet doen van een melding, is niet beschreven in de meldcode van de aanbieder. Hierdoor wordt niet voldaan aan de wettelijke vereiste.

De aanbieder bespreekt mogelijke signalen in het teamoverleg. De aanbieder dient ook de kennis en het gebruik van de meldcode onder de medewerkers te bevorderen.

Calamiteiten en meldingsplicht

De aanbieder heeft geen subsidierelatie met de gemeente en is hierdoor niet gehouden aan de verplichting om melding te maken van een calamiteit.

Aanbieder heeft tijdens het onderzoek een calamiteit gemeld bij de toezichthouder.

Deelconclusie

Deze voorwaarden zijn, in verband met het ontbreken van een subsidierelatie, niet inhoudelijk getoetst.

Gebruikte bronnen

- Ondersteuningsplannen, rapportages en evaluaties; ingezien op 04-09-2020 en 24-09-2020;
- Interviews cliënten, 07-09-2020, 08-09-2020 en 24-09-2020;
- bijwonen van teamoverleg, 7 september 2020;
- Interviews medewerkers en/of bestuurders, 01-09-2020, 04-09-2020, 07-09-2020, 24-09-2020;
- Notulen cliëntenraad, 05-07-2019;
- Website (www.uzoz.nl), geraadpleegd op tussen 15-09-2020 tot 6-10-2020;
- Document, 'Beleid cliëntenraad'; geen versiedatum aangegeven;
- Klachtenregeling, versie 3.1 - 08-08-2020;
- Kwaliteitshandboek, versie 13 - 22-10-2019;
- Afwegingskader norm verantwoorde werktoedeling;
- Medicatie proces en medicatiebeleid, versie 08-08-2019.

Getoetste voorwaarden

- De aanbieder draagt er zorg voor dat de ondersteuning is afgestemd op de reële behoeften en mogelijkheden van de cliënt (en diens netwerk) en dat deze ondersteuning bijdraagt aan de zelfredzaamheid en participatie van de cliënt.
- De aanbieder draagt er zorg voor dat voor elke cliënt een ondersteuningsplan waarin het doel, de aard en de intensiteit van de begeleiding zijn beschreven, is opgesteld.
- De aanbieder draagt er zorg voor dat de cliënt betrokken is bij het opstellen van het ondersteuningsplan.
- De aanbieder draagt er zorg voor dat het ondersteuningsplan ter inzage beschikbaar is voor de cliënt (en/of diens vertegenwoordigers).
- De aanbieder draagt zorg voor continuïteit op het gebied van personeel en ondersteuning.
- De aanbieder draagt er zorg voor dat de cliënt voorafgaand aan het ondersteuningstraject geïnformeerd is over de volgende onderwerpen: algemene informatie klachtenregeling en eventuele kosten.
- De aanbieder draagt er zorg voor dat de medewerkers de cliënten op gepaste wijze en correct bejegenen.
- De aanbieder stemt de voorziening af met andere ketenpartners zodat deze optimaal bijdraagt aan de te bereiken doelen.
- De aanbieder heeft in een regeling de medezeggenschap van cliënten over voorgenomen besluiten van de aanbieder die voor de gebruikers van belang zijn, vastgelegd.
- De aanbieder heeft een regeling voor de afhandeling van klachten over gedragingen van de aanbieder jegens cliënten vastgesteld.
- De door de aanbieder aangewezen medewerker beschikt over ervaringen en kwalificaties en/of opleidingen die passen bij de te verrichten werkzaamheden en bij de complexiteit en aard van de problematiek van de cliënt.
- De aanbieder draagt er zorg voor dat medewerkers die werkzaam zijn bij de voorziening in het bezit zijn van een geldige verklaring omtrent het gedrag.
- De verklaring omtrent het gedrag van een medewerker die werkzaam is bij de onderneming is bij aanvang van de werkzaamheden niet ouder dan twaalf maanden.
- De aanbieder biedt de medewerker passende scholing.
- De aanbieder heeft passend beleid ontwikkeld op het gebied van kwaliteitszorg, personeelsbeleid, opleiding en scholing, de omgang met en de uitwisseling van (privacygevoelige) persoonsgegevens.
- De aanbieder draagt er zorg voor dat de ondersteuning aan de cliënt veilig wordt verstrekt (door rekening te houden met de persoonlijke omstandigheden en keuzes van de cliënt).
- De aanbieder heeft een meldcode vastgesteld waarin stapsgewijs is opgenomen hoe met signalen van huiselijk geweld of (kinder)mishandeling wordt omgegaan en die er redelijkerwijs aan bijdraagt dat zo snel en adequaat mogelijk hulp kan worden geboden.
- De aanbieder bevordert de kennis en het gebruik van de meldcode.

Gegevens voorziening

Locatiegegevens

Naam locatie : UZOZ
Website : www.uzoz.nl

Gegevens aanbieder

Naam aanbieder : UZOZ
Adres aanbieder : Dokter van Deenweg 84
Postcode en plaats : 8025 BL Zwolle
K.v.K. nummer : 57932506
Website : www.uzoz.nl

Gegevens toezicht

Gegevens toezichthouder (GGD)

Naam GGD : GGD IJsselland Toezicht Wmo
Postadres : Postbus 1453
Postcode en plaats : 8001 BL ZWOLLE
Telefoonnummer : 038-4281428
Onderzoek uitgevoerd door : Toezichthouder Wmo
In opdracht van de gemeente(n) : Zwolle

Planning

Datum onderzoek : 18-09-2020
Opstellen concept rapport : 20-11-2020
Schriftelijke reactie aanbieder : 10-12-2020
Vaststellen rapport : 14-12-2020
Verzenden rapport naar betrokkenen : 17-12-2020

Bijlage: Schriftelijke reactie aanbieder

De schriftelijke reactie betreft een reactie van de aanbieder op de inhoud van het rapport.

Ontvangen 10 december 2020;

Schriftelijke reactie aanbieder

Zwolle 7 december 2020

Onderwerp: Reactie op onderzoeksrapport toezichthouder – GGD IJsselland

In de beschouwing van het onderzoeksrapport van toezichthouder wordt een situatie van de organisatie geschetst waarmee wordt geconcludeerd dat de organisatie anticipeert op tekortkomingen in de organisatie. Daarmee is gesteld dat er reactief bestuurd wordt en dat de organisatie daardoor onvoldoende scoort op het gebied van kwaliteit zorg.

De conclusie van toezichthouder is gebaseerd op een constatering van wijzigingen en verbeteringen binnen ons kwaliteitssysteem. Het kwaliteitssysteem is vanuit een duidelijke visie op proactieve wijze tot stand gekomen, waarvan het doel is om op actieve wijze verbetermogelijkheden op te sporen en wijzigingen door te voeren. Binnen dit systeem lopen constant projecten voor verbetering waarmee we inspelen op kwaliteit van zorg en veiligheid, zoals als ook op het gebied van wet en regelgeving. Hiermee zou de organisatie voldoende sturen op kwaliteitszorg.

Er zijn een aantal getoetste voorwaarden waar de organisatie volgens toezichthouder niet aan voldoet. Wij hebben de geconstateerde afwijkingen geanalyseerd en vertaald naar corrigerende maatregelen. De maatregelen worden binnen het kwaliteitssysteem ge-registreert en binnen een afzienbare tijd opgelost.

Graag laten wij bij een follow-up zien dat de geconstateerde afwijkingen zijn opgelost en verbeteringen zijn doorgevoerd.

Met vriendelijke groet,

UZOZ