



Inspectierapport Wmo toezicht

Naam locatie: RigterZorg De Kazerne
Adres: Thomas a Kempislaan 102
6822 LS Arnhem
024 - 84 84 186

Toezichthouder:
In opdracht van:
Datum inspectie:
Type onderzoek:
Datum vaststelling inspectierapport:

Veiligheids- en Gezondheidsregio Gelderland Midden
Gemeente Arnhem
7 februari 2017
Wmo 2015 Kwaliteitstoezicht
31 maart 2017

Inhoudsopgave

Inleiding	3
Het onderzoek	3
Inspectiehistorie	4
Beschouwing	4
Bevindingen	7
1 Doelmatigheid voorziening	7
2 Veiligheid	10
3 Samenwerking en afstemming	15
4 Kwaliteit van personeel en organisatie	16
5 Rechten van de cliënt	19
Zienswijze	23
Gegevens toezicht	25

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 toezichthoudend ambtenaar aanwijzen. Het college van B&W van de gemeente Arnhem heeft de Directeur Publieke Gezondheid van GGD Gelderland Midden aangewezen als toezichthoudend ambtenaar met de mogelijkheid deze toezichthoudende taak te mandateren aan medewerkers van GGD Gelderland Midden.

Zorgaanbieders die Wmo ondersteuning bieden, leveren vaak ook langdurige zorg (Wlz). Op de langdurige zorg wordt toezicht gehouden door de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ). 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 waar nodig aangevuld met kwaliteitscriteria uit de gemeentelijke Wmo verordening, inkoopvoorwaarden, toekenningsbeschikkingen of uit overeenkomsten met zorgaanbieders.

Het onderzoek

Dit onderzoek heeft plaatsgevonden op verzoek van de gemeente Arnhem.

Aanleiding voor dit onderzoek waren de constatering die zijn gedaan tijdens het inspectiebezoek uitgevoerd door GGD Gelderland Midden op 7 december 2016 op locatie Bosweg 1 van RigterZorg. De betreffende constatering riep bij de gemeente vragen op over onder andere de veiligheid van de cliënten op de 2 andere locaties van RigterZorg, te weten De Kazerne en Het Hofje. Het onderzoek heeft zich niet alleen gericht op het betreffende signaal, maar op alle (kwaliteits)eisen vanuit de Wmo en aanvullende eisen vanuit de gemeentelijke overeenkomsten. Voor de locaties het Hofje en de Kazerne zijn afzonderlijke inspectierapporten opgesteld. Dit rapport betreft de constatering die gedaan zijn ten aanzien van de locatie Kazerne.

Het inspectiebezoek vond plaats op 7 februari 2017. Het betrof een onaangekondigd bezoek. Op 17 februari heeft een aangekondigd vervolgbezoek plaatsgevonden waarin documenten zijn ingezien die tijdens het onaangekondigde bezoek niet aanwezig waren, zoals diploma's en VOG's van medewerkers en notulen van vergaderingen.

Het onderzoek op de locatie de Kazerne van RigterZorg bestond uit observatie, bronnenonderzoek (o.a. cliëntdossiers) en interviews. Tijdens het inspectiebezoek hebben de toezichthouders gesproken met 2 leden van de directie van Rigtergroep, de zorgmanager van RigterZorg, de teamleider van Het Hofje, de kwaliteits- en procesmanager, 1 medewerker en 1 cliënt. Het interview met de zorgmanager is op zijn verzoek zowel door hemzelf als door de toezichthouders opgenomen. 2 Medewerkers hebben zich teruggetrokken uit de interviews. Tijdens het tweede bezoek is alsnog een medewerker geïnterviewd. Bij 1 cliënt is een telefonisch interview afgenomen. De zorgmanager en directeur waren bij de gesprekken met cliënten en medewerkers niet aanwezig. De gesprekken verliepen over het algemeen in een open en professionele sfeer.

Inspectiehistorie

In het verleden is eerder een inspectie uitgevoerd door de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Tijdens de IGZ- inspectie d.d. 28 januari 2016 zijn voor Rigtergroep, R2 en RigterZorg tekortkomingen vastgesteld. Voor RigterZorg is geconstateerd:

- Tijdens de dag- en avonddiensten zijn er niet altijd medewerkers aanwezig met een relevante opleiding.
- Er is geen cliëntenraad samengesteld.
- Er is geen scholingsplan voor deskundigheidsbevordering.
- RigterZorg neemt geen verantwoordelijkheid voor de eventuele medicatie van cliënten.
- De zorgplannen wisselen in kwaliteit.

Naast de inspectie vanuit de Inspectie voor de Gezondheidszorg heeft in augustus 2016 een Wmo-inspectie plaatsgevonden bij Rigtergroep Nijmegen, uitgevoerd door GGD Gelderland Zuid.

In december 2016 heeft een Wmo- inspectie plaatsgevonden bij RigterZorg op locatie Bosweg 1, uitgevoerd door GGD-Gelderland Midden. Tijdens deze inspectie is geconstateerd dat er niet wordt voldaan aan:

- Veilig en duidelijk medicatiebeleid
- Veiligheidsgevoel onder cliënten
- Duidelijk beleid met betrekking tot het gebruik van (hard)drugs
- Cliëntparticipatie
- BHV-organisatie
- Voldoende opleidingsniveau van personeel

Op basis van deze bevindingen heeft de Gemeente Arnhem opdracht gegeven een inspectie uit te voeren bij de andere 2 locaties van RigterZorg.

Beschouwing

Hieronder worden, na een korte beschrijving van de locatie, de resultaten van het uitgevoerde onderzoek samengevat. Daarna wordt een advies aan de gemeente gegeven hoe te handelen op basis van deze bevindingen. De bevindingen worden in hoofdstukken per inspectie-item verder uitgewerkt. Bij elk item worden de normen waarop is getoetst aangegeven.

Korte beschrijving van de locatie en de doelgroep

Rigtergroep, R2 en RigterZorg zijn alle 3 een besloten vennootschap, allen onder bestuur van rechtspersoon M. Neuféglise beheer B.V. Dhr. R. Janssen is directeur inhoudelijke zaken. Alle 3 Bv's beschikken over een gezamenlijke backoffice, welke vanuit Rigtergroep is georganiseerd.

Er vindt onderlinge samenwerking plaats door middel van het inroepen van elkaars expertise.

Rigtergroep en R2 hebben vestigingen in Nijmegen, RigterZorg in Arnhem. De inspectie heeft zich uitsluitend gericht op RigterZorg.

RigterZorg is gesitueerd in de wijk Monnikenhuisen in Arnhem Nood-Oost. De aanbieder levert sinds 2014 zorg, ondersteuning en begeleiding, verpleging en dagbesteding aan maximaal 66 cliënten vanaf 18 jaar met een GGZ-, LVG-, verslavings-, en/of een forensische achtergrond.

RigterZorg bestaat uit 3 locaties, te weten Bosweg, De Kazerne en Het Hofje.

De toezichthouders hebben de inspectie gericht op locatie De Kazerne aan de Thomas a Kempislaan.

Sinds maart 2016 wordt door de aanbieder begeleiding en ondersteuning geboden op locatie De Kazerne. De appartementen van De Kazerne liggen allen binnen de voormalige kazerne van de Koninklijke Marechaussee en biedt plaats aan maximaal 25 cliënten. De appartementen beschikken over een eigen keuken en sanitaire voorzieningen.

De zorg en begeleiding is gericht op een doelgroep met een GGZ-, LVG-, verslavings- en of forensische achtergrond. Het betreft een lichtere doelgroep dan de cliëntpopulatie op locatie

Bosweg 1. De nadruk van de begeleiding bij De Kazerne ligt op groepsdynamiek. De leeftijdscategorie van De Kazerne is tussen de 20 tot ongeveer 30 jaar. Momenteel verblijft ook een cliënt van 16 jaar op de locatie.

De Kazerne is een 24-uurs setting die zich onderscheidt door cliënten op te nemen die behoefte hebben aan structuur, veiligheid en nabijheid en waarbij het functioneren binnen een groep bijdraagt aan de ontwikkeling van de cliënt. Er is een gezamenlijke ontmoetingsruimte waar door cliënten samen gekookt kan worden en waar alle eetmomenten van de dag gezamenlijk genuttigd kunnen worden. Ook worden hier gezamenlijke koffie- en theemomenten aangeboden. De ruimte is voorzien van recreatiemateriaal waaronder gezelschapsspellen en een pooltafel.

Momenteel wordt aan 22 cliënten zorg en begeleiding geboden, waarvan 10 cliënten een Wmo-indicatie hebben. De zorg vindt plaats op basis van PGB-financiering.

De aanbieder biedt dagbesteding. De interne dagbesteding betreft hout- en groenvoorziening, het uitvoeren van klussen of schoonmaak binnen de voorziening of sport. Van de 10 Wmo gefinancierde cliënten maken 3 cliënten gebruik van interne dagbesteding. Daarnaast maakt 1 cliënt gebruik van een externe dagbestedingsplaats.

Naast locatie De Kazerne heeft RigterZorg nog 2 andere locaties:

- Het Hofje; lichtere doelgroep, gericht op individuele begeleiding, maximaal 29 plaatsen waarvan nu 14 cliënten gebruik maken. Hiervan hebben 5 cliënten een Wmo-indicatie.
- Bosweg 1: zwaardere doelgroep, maximaal 28 plaatsen, waarvan nu 22 cliënten gebruik maken. Hiervan hebben 14 cliënten een Wmo-indicatie.

Samenvatting bevindingen

Naar aanleiding van de inspectiebezoeken die in 2016 hebben plaatsgevonden probeert de aanbieder zichtbaar een kwaliteitsslag te maken t.b.v. de zorg en begeleiding.

Er zijn nieuwe functionarissen aangesteld en alle aandachtspunten van de verschillende inspecties zijn in kaart gebracht en voorzien van actiepunten.

Er zijn BHV scholingen gepland. Men is bezig met de aanstelling van een cliëntenraad en cliëntvertrouwenspersoon voor alle 3 locaties van RigterZorg en sinds februari 2017 is de Raad van Commissarissen vernieuwd.

Doelgroep, visie en beleid wordt inzichtelijk gemaakt; er is in concept een beleidsstuk gemaakt van de visies van de afzonderlijke locaties. Hieraan gekoppeld zijn in- en exclusiecriteria en sanctie-, middelen- en bejegeningbeleid die worden beschreven per locatie. Ten aanzien van medicatiebeleid zal 15 februari 2017 een bezoek plaatsvinden van Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik die het huidige medicatiebeleid in kaart zal brengen en met de organisatie in kaart zal brengen welke verbeterlagen hier gemaakt moeten worden.

In het afgelopen jaar is het aantal medewerkers door de komst van de locaties De Kazerne en het Hofje aanzienlijk gegroeid, waardoor men een OR wil instellen. Dit traject zal de aanbieder tegelijkertijd vormgeven wanneer alle 3 BV's per 1 juli 2017 zullen worden omgezet naar afzonderlijke stichtingen.

Per 1 januari 2017 is de aanbieder aangesloten bij de geschillencommissie.

Echter; alle genoemde veranderingen zijn in aanvraag en concept. Er zijn nog geen definitieve veranderingen doorgevoerd en geïntegreerd in de werkwijze, ondanks dat dit proces al enkele maanden geleden in gang is gezet.

Wat gaat goed (successen)

- N.a.v. de inspecties in 2016 heeft RigterZorg direct een vertaalslag gemaakt door de aanstelling van nieuwe functionarissen en het in kaart brengen en/of verder vormgeven van o.a. werkprocessen en protocollering, waaronder de BHV-organisatie en het vormgeven van het medicatieproces.
- De medewerkers zijn betrokken en goed op de hoogte van de achtergronden van de cliënten.
- De medewerkers zijn tevreden met elke kleine stap die door de cliënt in de goede richting wordt gezet.

Wat gaat minder (verbeterpunten)

- Er is nog geen vastgesteld beleid ten aanzien van doelgroep, in- en exclusie criteria: Het beleid is in concept klaar. Op 1 maart moet dit vastgesteld en in gebruik zijn.
- Vastgesteld sanctie- en bejegeningbeleid en vastgesteld drugsbeleid: Het beleid is in concept. klaar. Op 1 maart moet dit vastgesteld en in gebruik zijn.
- Het medicatiebeleid is nog niet toereikend: Op 15 februari zal een audit door het IVM plaatsvinden waarbij het huidige medicatiebeleid geïnspecteerd zal worden. Op basis van deze uitkomsten zal een verbeterplan worden opgesteld.
- Het personeel is nog niet voldoende geschoold in het omgaan met agressie.
- Op de locatie is geen gediplomeerd en getraind BHV'er (bedrijfshulpverlener) aanwezig. De data voor de training zijn inmiddels gepland.
- De aanbieder heeft geen beleid t.a.v. cliëntparticipatie.

Aan een aantal aandachtspunten wordt momenteel al gewerkt door de instelling en een aantal beleidsstukken zijn in concept klaar, maar moeten nog vastgesteld en geïmplementeerd worden.

Conclusie: Uit onderzoek blijkt dat bij RigterZorg niet wordt voldaan aan een deel van de gestelde wettelijke (kwaliteits)eisen en gemeentelijke eisen.

Advies aan de gemeente

De toezichthouders adviseren de gemeente Arnhem om RigterZorg een hersteltermijn te geven van 3 maanden op de verbeterpunten die hierboven zijn beschreven.

Een her-inspectie in het tweede kwartaal van 2017 kan duidelijk maken of de situatie op bovengenoemde punten, en andere punten die met een 'nee' zijn beoordeeld, is verbeterd.

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 Zorgplan / Ondersteuningsplan/Activiteitenplan	Ja/nee/n.v.t
De aanbieder heeft voor elke cliënt een zorgplan.	Ja
Het plan omvat een omschrijving van de vraag van de cliënt.	Ja
Het plan omschrijft de kansen / mogelijkheden van de cliënt (eigen kracht / sociale netwerk).	Ja
Het plan geeft aan welke voorziening wordt geboden.	Ja
Het sociale netwerk van de cliënt is actief betrokken bij het opstellen van het plan.	Ja
De geboden ondersteuning / activiteiten sluit(en) aan op de reële behoefte en mogelijkheden van de cliënt en zijn/haar sociale netwerk.	Ja
Het plan heeft de instemming van de cliënt en is ondertekend door de cliënt of diens vertegenwoordiger.	Ja
Afwijkingen van het plan worden gemotiveerd toegelicht en besproken met de cliënt en zijn/haar sociale netwerk.	Ja
In het plan staat de naam van de eerstverantwoordelijke vermeld.	Ja
De eerstverantwoordelijke of diens vervanger is goed bereikbaar.	Ja
Het plan wordt minimaal jaarlijks geëvalueerd.	Ja
Van de evaluatie wordt verslag opgemaakt.	Ja
Op basis van de evaluatie worden de doelen zo nodig bijgesteld.	Ja
De cliënt heeft het evaluatieverslag ondertekend.	Ja
De datum van de eerstvolgende evaluatie staat in het ondersteuningsplan genoteerd.	Ja

Constatering

De aanbieder werkt met het e-healthdossier Mextra, en is momenteel bezig met de overstap naar het registratiesysteem NEDAP omdat in Mextra geen urenregistratie bijgehouden kan worden en de inhoud van zorgplannen niet overzichtelijk voor medewerkers en cliënten is weergegeven.

Op dit moment is men bezig om in NEDAP alle cliëntinformatie in te voeren van alle cliënten die verblijven binnen het Hofje. Locatie Het Hofje zal over 2 weken starten met het daadwerkelijk gebruik van het systeem. Wanneer de dossiers van alle cliënten van De Kazerne ook gevuld zijn, zal ook deze locatie starten met het nieuwe systeem. Wanneer deze overstap plaats zal vinden is nog niet bekend.

Het is nog niet duidelijk of de urenregistratie in NEDAP goed bijgehouden kan worden. Mevr. M. Neuféglise geeft aan dat ze de tarieven voor woonzorguren en individuele uren opsplitsen in de urenregistratie, zodat het daadwerkelijk aantal bestede uren vastgelegd zal worden. Begeleiding en zorg kunnen dan goed onderbouwd worden om te kunnen op- of afschalen bij indicatieherzieningen. Op donderdag 9 februari zal besloten worden hoe omgegaan zal worden met de urenregistratie in het systeem.

In het zorgdossier in Mextra zijn per cliënt de personalia, voorgeschiedenis, persoonsbeeld (op basis van de 11 leefgebieden), indicatiestelling, zorgovereenkomst, zorgplan, medische gegevens en huur/zorgcontracten opgenomen.

De gedragsdeskundige maakt de eerste aanzet voor het zorgplan op basis van het intakegesprek dat zij met de cliënt voert. Dit zorgplan wordt daarna door de persoonlijk begeleider en de cliënt samen verder vormgegeven en uitgewerkt.

Een medewerker vertelt hierover: *"Of de gedragsdeskundige een opzet maakt, hangt af van het opleidingsniveau van de medewerker. Ik heb voldoende kennis en ervaring, en ik maak de zorgplannen dan ook zelf."*

In het zorgplan van de cliënt zijn werkdoelen en acties opgesteld. Per doel wordt een einddatum vermeld. De doelen zijn echter niet SMART-geformuleerd en de manier van weergeven is onoverzichtelijk waardoor informatie moeilijk terug te vinden is.

De indicatiegegevens komen niet terug in het zorgplan maar zijn wel aan het zorgdossier toegevoegd. Dit is een van de redenen dat de instelling gekozen heeft voor het overstappen op een ander registratiesysteem.

Tijdens de intakegesprekken zijn naast de cliënt en eventuele mantelzorger, de gedragswetenschapper, de teamleider of zorgmanager (bij onderaannemerschap) aanwezig.

Het plaatsingsgesprek op de dag van de opname vindt plaats met de teamleider. Tijdens dit gesprek worden praktische zaken geregeld, zoals het ondertekenen van de zorgovereenkomst, het bespreken en ondertekenen van de huisregels, en het ondertekenen van verscheidene contracten, waaronder het zorgcontract en het huurcontract.

Per cliënt wordt het zorgplan na 12 weken met alle betrokkenen, waaronder het wijkteam geëvalueerd en waar nodig bijgesteld. Daarna vindt er weer een evaluatie plaats wanneer de indicatie afloopt. Als de herindicatie voor langere tijd wordt afgegeven, vindt er elke 6 maanden een evaluatie plaats.

Soms wordt er voor gekozen om na 1 maand al een evaluatie te plannen. Dit is voornamelijk bij cliënten die niet eerder in een beschermd wonen voorziening hebben gewoond.

Van de evaluatie wordt geen apart verslag opgemaakt. De evaluatie wordt per doel vastgelegd in het digitale zorgdossier.

De mate waarin mantelzorgers bij de zorg en begeleiding van de cliënt wordt betrokken, hangt af van de wens van de cliënt.

De aanbieder maakt niet actief gebruik van het "Mijn plan, ons plan", wat vanuit de gemeente is opgezet. Doelen die in "Mijn plan, ons plan" zijn geformuleerd, worden wel overgenomen in het zorgplan en daar waar nodig aangevuld.

Op dit moment verblijft een cliënt van 16 jaar bij De Kazerne. De zorgmanager geeft aan dat deze cliënt een uitzondering is op de leeftijdscategorie van De Kazerne. Hij vertelt dat er intensief contact is geweest en nog steeds plaatsvindt tussen Jeugdzorg en de aanbieder. Voor deze cliënt gelden andere regels en afspraken over het verblijf bij De Kazerne en de cliënt krijgt veel begeleiding.

Bronnen

- Interview dhr. H. Ghoumid; zorgmanager
- Interview mevr. M. Neuféglise; directeur
- Interview 2 medewerkers
- Interview 2 cliënten
- Inzage NEDAP
- 2 zorgdossiers
- 2 zorgplannen
- 2 zorgovereenkomsten
- 1 indicatiestelling

1.2 Uitvoering activiteiten, ondersteuning en begeleiding en aansluiting op de Wmo doelen	Ja/nee/n.v.t
De activiteit / ondersteuning/ begeleiding is gericht op het vergroten van de zelfredzaamheid en de participatie van de cliënten.	Ja
Er wordt gewerkt richting de uitstroom van de cliënten (bijv. richting een vervolgtraject). Indien van toepassing is er sprake van afschaling van begeleiding.	Ja
De cliënt is tevreden over de geboden activiteiten / ondersteuning/ begeleiding.	Wisselt

De medewerkers zijn op de hoogte van de persoonlijke omstandigheden en levensgeschiedenis van de cliënt.	Ja
De aangeboden voorziening is voldoende afgestemd op andere vormen van geboden hulp en zorg.	Ja
De afstemming tussen dagbesteding, werk en wonen, is zichtbaar in het ondersteuningsplan (1 cliënt, 1 plan).	Ja
Bij beschermd wonen is 24 uren zorg/begeleiding gewaarborgd.	Ja

Constatering

De ondersteuning en begeleiding is gericht op het vergroten van de zelfredzaamheid en de participatie van de cliënten. Cliënten worden geplaatst vanuit hun eigen thuissituatie of vanuit een verblijf bij een andere organisatie. Bij cliënten die vanuit een andere organisatie zijn geplaatst is de stap naar huis vaak te groot, en daarom wordt een verblijf op locatie De Kazerne als tussenstap gezien om toe te werken naar zelfstandig wonen.

De aanbieder biedt interne dagbesteding aan.

Op locatie Het Hofje is een werkplaats voor houtbewerking gevestigd en op het terrein van de Bosweg staan 5 paviljoens waarin ook dagbesteding geboden wordt. Cliënten kunnen daar deelnemen aan sport, creatieve activiteiten en groenvoorziening. Bij de sport wordt ook Aggressie Regulatie Training gegeven door medewerkers van RigterZorg die hiervoor geschoold zijn.

Op dit moment maken 2 Wmo-cliënten gebruik van de interne dagbesteding, de overige 8 cliënten hebben geen dagbesteding.

De aanbieder waarborgt 24-urs begeleiding. Op doordeweekse dagen zijn er overdag 3 medewerkers aanwezig van 07.30-15.30 uur, in de avond 3 medewerkers van 15.00-23.00 uur en in de nacht is een nachtdienst aanwezig van 22.00-07.30 uur. De zorgmanager is bovengenoemd aanwezig en ondersteunt daar waar nodig is.

Volgens het rooster zijn in het weekend 2 dagdiensten, 2 avonddiensten en 1 nachtdienst aanwezig.

Tot voor kort werkte De Kazerne met 2 medewerkers per dienst. Maar door de intensieve doelgroep en de hoeveelheid cliënten is dit opgeschaald naar 3 medewerkers per dienst. Een medewerker vertelt hierover:

“We hebben elke dienst 3 medewerkers. Op zich is dit genoeg, maar het is regelmatig hard werken. Als veel cliënten afspraken hebben, lever ik soms ergens op in qua werkzaamheden omdat ik het anders niet af krijg. Ik kies er dan bijvoorbeeld voor om niet te rapporteren, zodat alle afspraken van die dag wel door kunnen gaan. Ik zou op dat soort dagen het liefst nog een 4^e medewerker willen hebben, zodat we alle afspraken goed kunnen afronden en kwalitatief goed werk kunnen blijven leveren.”

Een andere medewerker vertelt: *“Mentaal is het werk zwaar, maar ik krijg er van de cliënten iets voor terug door naar kleine successen te kijken.”*

Buiten kantooruren zijn de teamleider en zorgmanager beschikbaar als achterwacht. Wie wanneer achterwacht heeft is af te lezen in een bereikbaarheidsrooster.

Naast vaste medewerkers heeft de aanbieder ook een flexpool. Voor de Kazerne maakt men gebruik van 4 vaste flexmedewerkers die zijn ingewerkt op de locatie.

Over de door- en uitstroom vertelt de zorgmanager: *“Wij hebben een aantal cliënten die zeker kunnen uitstromen. Deze cliënten doen het hartstikke goed en hebben grote stappen gemaakt. We maken dan een plan wat ze moeten kunnen laten zien, en dan kunnen we het over uitstromen hebben. Sommige cliënten vinden de stap naar zelfstandig wonen te groot, en zien Het Hofje als een goede tussenplek. Hier zijn minder medecliënten, minder medewerkers, minder druk en er is meer rust. Dit is voor ons een mooi moment om te peilen of de cliënt toe is aan zelfstandig wonen. Dit maakt het soms ook ingewikkeld omdat de gemeente graag uitstroom wil en daar lopen we soms op stuk. Als een cliënt bijvoorbeeld geen gebruik maakt van de nachtwaker, kan deze volgens de gemeente uitstromen. Terwijl de cliënt het juist een veilig gevoel geeft dat er een nachtwaker is, ook al maakt hij er geen gebruik van. Daarover gaan we dan het gesprek aan met het wijkteam.”*

Een cliënt vertelt tevreden te zijn over het verblijf bij De Kazerne. Een andere cliënt geeft aan niet tevreden te zijn over de afspraken die er binnen De Kazerne gelden: *“Het beleid van De Kazerne verandert constant, daardoor wordt er niet de zorg geboden die beloofd is. Ik voel mij op dit moment niet meer veilig bij De Kazerne, er is teveel van gedoogbeleid”*

Bronnen

- Interview H. Ghoumid; zorgmanager - Interview coördinator dagbesteding - Interview 2 medewerkers - Interview 2 cliënten - Observatie - Roosters januari 2017 en februari 2017
--

2 Veiligheid	
Wettelijke kwaliteitseis: De voorziening is veilig (Wmo 2015, art. 3.1, tweede lid sub a.).	
2.1 Protocollen en afspraken	Ja/nee/n.v.t
De organisatie heeft actuele werkinstructies en handelingsprotocollen.	Ja
De organisatie heeft huisregels die besproken zijn met de cliënten.	Ja
De organisatie kent een agressieprotocol.	Ja
Het personeel is geschoold in het omgaan met agressie.	Nee
De organisatie kent een medicatieprotocol.	Ja
De zorgaanbieder is ervan op de hoogte dat calamiteiten en geweldsincidenten gemeld dienen te worden aan de toezichthoudend ambtenaar Wmo van de gemeente ¹ .	Ja

Constatering

In het kwaliteitshandboek zijn protocollen opgenomen omtrent: - Medicatiebeleid - Grensoverschrijdend gedrag bij medewerkers en cliënten - Afwijkend gedrag en incidenten De medewerkers zijn inhoudelijk op de hoogte van de protocollen en kunnen deze online inzien. De huisregels worden besproken met de cliënt tijdens de intake, waarbij het formulier door de cliënt wordt ondertekend en op elke pagina wordt geparafereerd. Een medewerker vertelt: <i>“Er wordt maatwerk geboden aan de cliënten. Dit maakt soms wel dat cliënten de regels niet altijd duidelijk vinden.”</i> Er heeft voor 5 medewerkers een scholing ‘Stay cool under pressure’ plaatsgevonden die door het RIVM verzorgd is. 3 Medewerkers hebben bij hun vorige werkgever een agressie cursus gevolgd en 4 medewerkers zijn niet geschoold. De medewerkers zijn niet geschoold in het ingrijpen bij agressie; als fysiek contact nodig is wordt de politie gebeld. In het protocol ‘Afwijkend gedrag en incidenten’ staat beschreven hoe om te gaan met agressie bij cliënten.

¹ Zie: Wmo 2015 art. 3.4 “De aanbieder doet bij de toezichthoudende ambtenaar, bedoeld in [artikel 6.1](#), onverwijld melding van:

a. iedere calamiteit die bij de verstrekking van een voorziening heeft plaatsgevonden;

b. geweld bij de verstrekking van een voorziening”. GGD Gelderland Midden is de toezichthoudend ambtenaar voor de opdrachtgevende gemeente.

Bronnen

- Interview dhr. H. Ghoumid; zorgmanager - Interview dhr. C. Parisius; kwaliteits- en procesmanager - Interview dhr. R. Janssen; directeur - Interview 1 medewerker - Interview 2 cliënten - Inzage kwaliteitssysteem Equise - Protocol Afwijkend gedrag en incidenten; versie 14-10-2016 - Gehanteerde methoden agressiebeheersing; versie onbekend - 5 Certificaten 'NIVM Stay Cool under pressure'; 17-11-2016 - 3 Certificaten 'Omgaan met agressie' van vorige werkgevers - Huisregels; versie maart 2016 - Scholingsplan; versie 2016-2018

2.2 Medicatie en verdovende middelen (alleen indien van toepassing)	Ja/nee/n.v.t
Alle medicatie staat op naam van cliënten. Geen voorraden zonder naam, m.u.v. een werkvoorraad die voldoet aan de 'handreiking werkvoorraad geneesmiddelen ² '.	Ja
Voor iedere cliënt is een actueel medicatieoverzicht (toedienlijst of deellijst) aanwezig.	Ja
In het ondersteuningsplan van de cliënt is dit medicatieoverzicht (zonder doseringen) opgenomen, met vermelding van reden van gebruik.	Ja
Medicatie wordt onder de goede condities bewaard en is niet toegankelijk voor onbevoegden. Score alleen ja als alle onderstaande elementen aanwezig zijn: • in de koelkast (indien noodzakelijk) gescheiden van voedingsmiddelen; • in een afgesloten medicijnkast; • opiaten in afgesloten kast/kist gescheiden van de overige medicatie; • sleutelbeheer is adequaat geregeld; • houdbaarheidsdata actueel.	Ja
Elk medicijn dat wordt toegediend wordt op datum en tijdstip afgetekend op een aftekenlijst.	Nee
Bij toediening van medicatie die niet in een GDS-verpakking zit (=baxter) en waarbij sprake is van aantoonbaar risico in geval van verkeerde dosering vindt aantoonbaar controle plaats door een tweede, bekwame persoon.	Nee
De organisatie heeft afspraken met de cliënten gemaakt over het gebruik van alcohol en verdovende middelen.	Ja

Constatering

De aanbieder hanteert als beleid dat RigterZorg geen verantwoordelijkheid heeft voor de medicatie van de cliënten omdat de cliënten vrijwillig bij RigterZorg verblijven en hier dus zelf verantwoordelijkheid voor dragen. Het medicatiegebruik van de cliënt is opgenomen in het zorgplan. Tevens is in het digitale dossier van de cliënt ook een tabblad waarop de huidige medicatie en de dosering vermeld wordt. Voor De Kazerne geldt dat het merendeel van de cliënten medicatie niet in eigen beheer heeft. De medicatie voor deze cliënten wordt beheerd door de aanbieder in een afgesloten kast in het afgesloten kantoor van de medewerkers. De sleutel van deze kast wordt bewaard in een kluisje. De medicatie voor cliënten wordt aangeleverd in zowel GDS-verpakking (baxter) al in doosjes op naam. Voor elke cliënt die medicatie vanuit de aanbieder verstrekt krijgt is een toedieningslijst in de medicatiemap aanwezig. De medicatie wordt per dag uitgezet in een koffer. Op deze koffer staan de cliëntnamen en
--

² Handreiking werkvoorraad geneesmiddelen. Actiz, GGZNederland, VGN 2011

toedieningstijdens vermeld. De medicatiekoffer wordt in een afsluitbare kast bewaard. De medewerker die de medicatie heeft uitgezet, tekent dit niet af.

Na inname tekenen zowel de cliënt als de medewerker die de medicatie heeft verstrekt de toedieningslijst af. Dit wordt niet structureel gedaan. Het wordt soms vergeten af te tekenen en wanneer een cliënt de medicatie niet ophaalt of wanneer een cliënt afwezig is in het weekeinde wordt hier geen notitie van gemaakt op de aftekenlijst.

In 2016 heeft deskundigheidsbevordering plaatsgevonden t.a.v. medicatieveiligheid en baxteren onder de medewerkers en flexmedewerkers van De Kazerne. 10 Medewerkers hebben dit certificaat behaald, 1 medewerker heeft een certificaat voor medicatie uitzetten en verstrekken vanuit een vorige werkgever en 1 medewerker heeft een diploma van een verpleegkundige opleiding.

Op 15 februari staat een bezoek van het Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik gepland voor alle 3 locaties van RigterZorg. Dit bezoek is bedoeld om het huidige medicatieproces te bekijken en te verbeteren, rekening houdend met de bestaande regelgeving en veldnormen.

Tijdens het bezoek van 17 februari bleek dit het bezoek van het IVM te hebben plaatsgevonden, het rapport van dit bezoek wordt nog opgemaakt.

Medicatiefouten dienen door de medewerkers gerapporteerd te worden in het kwaliteitssysteem Equise. Of dit ook daadwerkelijk gedaan wordt, hangt af van de zorgvuldigheid van de medewerkers.

Er is geen apart protocol omtrent alcohol- en drugsgebruik binnen RigterZorg.

Momenteel is de aanbieder bezig met de ontwikkeling van een visie voor zowel de locaties in Arnhem als in Nijmegen. De in- en exclusiecriteria en het sanctie- en drugsbeleid per locatie, wat momenteel nog in concept is, zullen hier aan gekoppeld worden. Op 8 februari staat een overleg hierover gepland en per 1 maart verwacht de aanbieder de stukken definitief te kunnen maken.

De aanbieder hanteert een gedoogbeleid ten aanzien van het gebruik van alcohol en softdrugs. Het gebruik van harddrugs en het dealen van drugs zijn contra-indicaties voor opname. In de zorg overeenkomst is opgenomen dat het gebruik van harddrugs niet gedoogd wordt en leidt tot ontslag.

Over het gebruik van alcohol en softdrugs worden individuele afspraken gemaakt.

De zorgmanager vertelt hierover: *“Wij streven naar een drugsvrije locatie. Wij plaatsen hier geen cliënten met een actief verslavingsprobleem. Dit is een lastig dilemma omdat we vaak te maken hebben met cliënten die een terugval hebben. We proberen dit zo snel mogelijk te signaleren en we betrekken Iriszorg hierbij om zo snel mogelijk weer op te bouwen. Harddrugs is op alle locaties verboden.”*

Wanneer een cliënt misbruik maakt van alcohol- en/of drugs kan de aanbieder besluiten de cliënt voor een time-out weg te sturen. Hierbij kan uitgeweken worden naar locatie Bosweg.

Wanneer een cliënt 3 keer een terugval heeft gehad, kies de aanbieder ervoor de cliënt in principe terug te sturen naar de vorige verblijfsplek van de cliënt. Het huurcontract wordt dan ontbonden. Hierbij wordt het wijkteam betrokken zodat er naar een passende plek kan worden gezocht voor de cliënt.

Een cliënt vertelt: *“Er is teveel gedoogbeleid op het gebied van drugsgebruik. Er wordt door cliënten van De Kazerne harddrugs verkregen door cliënten van Het Hofje. Dit wordt op de kamers gebruikt en het gebeurt regelmatig dat deze cliënten onder invloed van de harddrugs in de gemeenschappelijke ruimte verblijven. Ik voel mij dan onveilig omdat deze cliënten vaak agressiever reageren door de drugs, en daardoor sneller conflicten krijgen.”*

Het drugsprobleem op De Kazerne is groot en ik vind dat de medewerkers hier geen vat op hebben.”

Een cliënt vertelt: *“Ik gebruik wel eens soft- en harddrugs, maar ik weet dat harddrugs verboden is. Er is een systeem met strafpunten. Als je 10 strafpunten hebt, wordt je voor 5 dagen geschorst.”*

Bronnen

- Interview dhr. H. Ghoumid; zorgmanager
- Interview dhr. C. Parisius; proces- en kwaliteitsmanager
- Interview dhr. R. Janssen; directeur
- Interview apotheker IVM
- Interview 1 medewerker
- Interview 2 cliënten
- 2 Zorgplannen
- 2 Zorgovereenkomsten
- Medicatiebeleid: 14-10-2016
- 10 Certificaten 'Medicatieveiligheid en baxteren 2016'

- Meerdere aftekenlijsten medicatie
- Huisregels; versie 20-05-2014
- Inzage conceptversie over visie per locatie

2.3 Risico-inventarisatie	Ja/nee/n.v.t
De zorgaanbieder heeft geïnventariseerd of er en zo ja welke fysieke risico's er voor cliënten zijn.	Ja
Het plan bevat een risico-inventarisatie op die onderwerpen die voor de cliënt van toepassing zijn.	Ja
De risico-inventarisatie leidt tot concrete begeleidingsafspraken ter preventie van genoemde risico's.	Ja
Eventuele veiligheidsrisico's en de eigen verantwoordelijkheid van de cliënt zijn besproken met cliënt en zijn/haar sociale netwerk.	Ja
Als wordt afgeweken van de risicoanalyse wordt dit gemotiveerd en besproken met de cliënt en zijn haar sociale netwerk.	Ja
De organisatie kent een brandveiligheids- en ontruimingsplan. Periodiek wordt ontruiming geoefend.	Nee
Preventie infectieziekten : het gebouw en de inventaris zijn schoon en onderhouden.	Ja
Op de locatie is een gediplomeerd en getraind BHV'er (bedrijfshulpverlener) aanwezig.	Nee

Constatering

Voor cliënten met het risico op een psychose, suïcidale uitingen en/of middelenmisbruik en/of voor cliënten met een Rechterlijke Machtiging wordt een risico-inventarisatie gedaan in de vorm van het opstellen van een signaleringsplan.

De locatie heeft een brandveiligheids- en ontruimingsplan, maar ontruiming wordt nog niet periodiek geoefend.

Per 1 februari 2017 is een zorgcoördinator aangesteld om de teamleiders van de 3 locaties in Arnhem en zo nodig de locaties in Nijmegen te ondersteunen in het uitvoeren van hun werkzaamheden. Een onderdeel hiervan is de uitvoering van de BHV-organisatie.

De BHV-organisatie is verdeeld onder 3 aandachtsfunctionarissen met elk een eigen aandachtsgebied:

- Personeel: scholing, planning ontruimingsoefeningen, cultuur en bewustwording
- Praktisch: controle BHV-voorzieningen zoals EHBO-koffers en brandblussers
- Technische voorzieningen: BMI

Daarnaast zal de proces- en kwaliteitsmanager zich richten op het BHV-beleid, waarbij inmiddels een calamiteitenplan voor elke locatie is ontwikkeld.

Voor alle locaties in Arnhem worden in totaal 20 medewerkers opgeleid tot BHV'er. De zorgcoördinator zelf als mede de zorgmanager en de teamleiders zullen ook opgeleid worden. Van de medewerkers van De Kazerne zullen 6 personen geschoold worden. Data voor de training staan gepland op 23 februari 2017 en 2 maart 2017 en de uitvoering wordt verzorgd door Kompas Veiligheidsgroep uit Nijmegen.

Wanneer de medewerkers geschoold zijn, zullen er ook ontruimingsoefeningen gepland worden.

Op dit moment is 1 nachtdienstmedewerker van De Kazerne BHV- geschoold.

Bronnen

- Interview dhr. H. Ghoumid; zorgmanager - Interview zorgcoördinator - Interview 2 medewerkers - Scholingsplan; versie 2016-2018 - Inzage 'Plan van aanpak VGGM' - 1 Certificaat BHV - Calamiteitenplan RigterZorg de Kazerne; versie 01-11-2016
--

2.4 Grensoverschrijdend gedrag	Ja/nee/n.v.t
De organisatie beschikt over een gedragscode hoe om te gaan met vriendschap, intimiteit, en seksualiteit tussen cliënt en medewerker.	Ja
Alle medewerkers kennen deze gedragscode.	Ja
Medewerkers weten dat seksueel misbruik of grensoverschrijdend gedrag gemeld moet worden.	Ja
Medewerkers zijn geïnstrueerd over en in staat tot het hanteren van de meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling.	Deels

Constatering

De aanbieder kent een gedragscode die door elke medewerker bij indiensttreding wordt dient te worden ondertekend. Seksueel misbruik en grensoverschrijdend gedrag worden in de gedragscode voor medewerkers beschreven. Tijdens het inspectiebezoek zijn geen ondertekende versies ingezien. Er bestaat geen aparte gedragscode voor cliënten. De zorgmanager geeft aan dat elke medewerker tijdens de inwerkperiode wordt geïnstrueerd over het hanteren van de meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling. Dit is vastgelegd in het inwerkprotocol. Een medewerker vertelt hierover: <i>"Over de meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling is door de aanbieder niks uitgelegd, maar ik ken deze meldcode wel vanuit mijn opleiding"</i>.

Bronnen

- Interview dhr. H. Ghoumid; zorgmanager - Interview 1 medewerker - Format gedragscode; versie 27-09-2016 - Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling; versie 07-11-2016

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/n.v.t
Met andere hulp- en zorgverleners (huisartsen, wijkverpleging e.d.) 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 één regisseur of coördinator die de samenhang en continuïteit bewaakt en toegang heeft tot de noodzakelijke gegevens.	Ja
De tweede lijn is direct beschikbaar.	Ja
Bij mogelijke decompensatie onderneemt de begeleiding actie richting behandelaar / huisarts.	Ja

Constatering

De aanbieder heeft o.a. samenwerkingsverbanden met ProPersona, Iriszorg, huisartsen en bewindvoerders. In de samenwerking met Pro Persona levert Pro Persona de behandeling van een groot aantal cliënten. Deze onderlinge samenwerking verloopt volgens de zorgmanager erg goed en er vinden regelmatig samenwerkingsgesprekken plaats.

Cliënten die door hun huisarts zijn verwezen en geen behandeling van ProPersona ontvangen, vallen onder de behandeling van de psychiater (ZZP'er) van Rigtergroep.

Welke hulpverleners bij de cliënt betrokken zijn, is duidelijk terug te vinden in het digitale zorgdossier van de cliënt onder personalia. De medewerkers zijn goed op de hoogte wie er betrokken is bij de cliënt.

In principe behoudt de cliënt zijn eigen huisarts wanneer hij in begeleiding komt bij RigterZorg. De aanbieder heeft contact met een vaste huisartsenpraktijk in de buurt waar cliënten zich bij kunnen aansluiten.

Een cliënt vertelt: *“De psychiatrische ondersteuning die ik vanuit RigterZorg heb ontvangen vond ik minimaal. Ik heb de psychiater weinig gezien en de gesprekken vonden op mijn initiatief plaats.”*

Bronnen

- Interview dhr. H. Ghoumid; zorgmanager
- Interview 1 medewerker
- Interview 1 cliënt
- 2 Zorgdossiers

3.2 Samenwerking en afstemming met de gemeente (wijkcoaches)	Ja/nee/n.v.t.
De wijkcoach ziet als regisseur toe op de uitvoering van het ondersteuningsplan van de cliënt. Zorgaanbieder en wijkcoach evalueren regelmatig of de plannen nog passen bij de vraag.	Ja
Wanneer de indicatie van cliënt niet aansluit op de hulpvraag neemt de zorgaanbieder contact op met de wijkcoach.	Ja

Constatering

De zorgmanager geeft aan tevreden te zijn over de samenwerking met het wijkteam. Hij vertelt hierover dat de wijkcoaches kritisch zijn en dat er soms sprake is van tegengestelde belangen, maar uiteindelijk staat de cliënt centraal en weten de partijen elkaar goed te vinden. Een medewerker geeft aan alleen contact te hebben met de wijkcoaches tijdens de evaluatiemomenten, een andere noemt de contacten met de wijkcoaches goed.

Bronnen

- Interview dhr. H. Ghoumid; zorgmanager - Interview 2 medewerkers

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/n.v.t.
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 ³ (HKZ, ISO etc.).	Nee
De organisatie is aangesloten bij een beroepsvereniging / branchevereniging ⁴ .	Nee
Kwaliteitsverbeteringen op basis van signalen van cliënten (zoals klachten) en van cliënt- en medewerkerstevredenheidsonderzoeken) zijn aantoonbaar.	Ja
De continuïteit van de geboden voorziening is gewaarborgd.	Ja
De organisatie integreert de veranderingen op het gebied van de kanteling in de zorg binnen de eigen instelling.	Ja

Constatering

In januari 2016 is een kwaliteits- en zorgmanager aangesteld om een kwaliteitsslag te maken t.b.v. beleidsontwikkeling en protocollering. De zorgmanager is in maart 2016 aangesteld als zorgmanager omdat de organisatie RigterZorg te groot werd, waardoor er behoefte was om een functie te plaatsen tussen de medewerkers, teamleider en directie om zo de kwaliteit van zorg te kunnen blijven garanderen. De zorgcoördinator die is aangenomen om de teamleiders te ondersteunen in hun werkzaamheden, zal naast de BHV-organisatie de aandachtspunten die uit het inspectiebezoek van VGGM op 7 december 2016 zijn gekomen verder oppakken en vormgeven.
--

³ Een kwaliteitskeurmerk is niet verplicht maar wel aanbevolen.

⁴ Aansluiting bij een beroeps- of branchevereniging is niet verplicht maar wordt wel aanbevolen.

De zorgaanbieder maakt gebruik van kwaliteitssysteem eQuse. Het kwaliteitshandboek bevat meerdere protocollen, waaronder een medicatieprotocol, verzuimprotocol, de gedragscode en de huisregels. In het kwaliteitshandboek zijn de protocollen en beleidsstukken opgenomen voor zowel Rigtergroep, R2 als RigterZorg. In de toekomst wil men de documenten specifiek maken per locatie. eQuse geeft automatisch aan wanneer revisie van verschillende documenten nodig is. Formeel worden alle documenten jaarlijks gecontroleerd en indien nodig herzien. Tussentijdse wijzigingen worden via het MT goedgekeurd en via de locatie-overleggen en nieuwsbrieven geïntroduceerd. De medewerkers zijn inhoudelijk wel op de hoogte van de protocollen en kunnen deze online inzien.

De zorgaanbieder heeft geen kwaliteitskeurmerk. Naar aanleiding van het bezoek van IGZ in januari 2016 is bij de zorgaanbieder de wens ontstaan om een ISO-9001:2015 keurmerk te behalen. Dit wil men doen wanneer het nieuwe rapportagesysteem NEDAP volledig in gebruik is genomen. Op 1 augustus 2016 heeft de zorgaanbieder een externe audit laten plaatsvinden door een particuliere organisatie op het kwaliteitssysteem en men tracht in het voorjaar van 2017 het ISO-keurmerk te behalen.

In de week voor het inspectiebezoek heeft een cliënttevredenheidsonderzoek plaatsgevonden onder de cliënten van de Kazerne. Dit onderzoek is uitgevoerd door een extern bureau.

Bronnen

- Interview dhr. H. Ghoumid; zorgmanager
- Interview dhr. C. Parisius; proces- en kwaliteitsmanager
- Dhr. R. Janssen; directeur
- Inzage kwaliteitssysteem eQuse
- Inzage 'Plan van aanpak VGGM'
- Verslag Rapportage audit; versie 01-08-2016
- Kwaliteitsbeleid; versie 24-05-2016
- Cliëntbeleid; versie 14-10-2016
- Jaarplan 2016
- Meerjarenbeleidsplan 2016-2018; conceptversie 20-04-2016
- Verzuimprotocol

4.2 Personeel	Ja/nee/n.v.t
Er is een goede verhouding tussen aantal medewerkers en aantal cliënten.	Ja
De verdeling van taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden is duidelijk voor de medewerkers.	Ja
De aangewezen beroepskracht is vakbekwaam.	Ja
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.	Ja
De zorgaanbieder heeft een ondernemingsraad (or) of personeelsvertegenwoordiging (pvt) bestaande uit democratisch gekozen werknemers ⁵ .	Nee
Regelmatig wordt werkoverleg gehouden.	Ja
De medewerkerstevredenheid is goed.	Ja

⁵ In ondernemingen waar 10 tot 50 mensen werken en waar geen ondernemingsraad is, kan een personeelsvertegenwoordiging (PVT) in het leven worden geroepen. De organisatie is daartoe verplicht als meer dan de helft van het personeel aangeeft behoefte aan een PVT te hebben (WOR, art. 35).

Constatering

De formatie van RigterZorg locatie De Kazerne bestaat uit 10 medewerkers en 2 nachtdiensten. Tevens zijn een zorgmanager, gedragsdeskundige en een psychiater (ZZP'er) in dienst.

Er is een flexpoule waar uit geput kan worden, hiervan zijn 4 flexmedewerkers gekoppeld aan De Kazerne. Dit betreft medewerkers die nog in opleiding zijn. De aanbieder werkt niet samen met vrijwilligers.

Het opleidingsniveau van de vaste medewerkers is:

- 1 medewerker MBO Specifieke Doelgroepen niveau 4
- 1 medewerker MBO Sociaal Pedagogisch Werk
- 1 medewerker MBO Verpleegkunde niveau 4
- 1 medewerker MBO Pedagogisch werker jeugdzorg niveau 4
- 1 medewerker MBO Maatschappelijke zorg; Persoonlijk begeleider gehandicaptenzorg niveau 4
- 1 medewerker MBO Beveiligingsmedewerker
- 2 medewerkers HBO Maatschappelijk Werk en Dienstverlening
- 1 medewerker HBO Pedagogiek
- 1 medewerker WO Algemene sociale wetenschappen
- 2 medewerkers niet gediplomeerd (in opleiding)

Een medewerker vertelt hierover: *“Ondanks dat iedereen een passende vooropleiding heeft gevolgd, merk ik een verschil in niveau binnen het team. Dit geeft soms een gevoel van onbehagen en de sfeer voelt hierdoor niet altijd even goed aan.”*

Er wordt tevens aangegeven dat het team goed bij elkaar is gezet en dat de start van De Kazerne goed is verlopen. Wel moet het team nog beter op elkaar ingespeeld raken.

Er vindt 1 keer per 4 weken een teamvergadering plaats. Daarnaast vindt ook 1 keer per 4 weken een cliëntoverleg plaats waar alle intern betrokken disciplines bij aanwezig zijn.

Er is geen OR binnen RigterZorg. Echter, door de komst van de locaties De Kazerne en Het Hofje is het aantal medewerkers dusdanig gegroeid dat een OR nodig is. De directeur geeft aan zowel Rigtergroep, R2 als RigterZorg per 1 juli 2017 omgezet zullen worden naar stichtingen. Voor elke stichting zal er dan ook een OR aangesteld worden.

In november 2016 heeft een medewerkerstevredenheidsonderzoek plaats gevonden. Het gemiddelde cijfer was een 6,4. Genoemd wordt dat 70 % de organisatie aanbeveelt als werkgever, 34 % vertrek bij de organisatie overwogen heeft, 40% de eigen zorg zou aanbevelen en 57% trots is op de organisatie. Uit het medewerkerstevredenheidsonderzoek zijn geen specifieke aanbevelingen gekomen.

Een medewerker vertelt dat tot op heden nog geen terugkoppeling is gegeven over de uitslag van het medewerkerstevredenheidsonderzoek.

Een medewerker vertelt dat teambuilding gewenst is, maar vertelt ook trots te zijn op wat het team in 1 jaar tijd neer heeft gezet. Daarnaast geeft deze medewerker aan dat er meer waardering zou mogen zijn vanuit de organisatie ten aanzien van de functie en de extra taken. Duidelijkheid over taakhoud en functiewaardering wordt als aandachtspunt genoemd.

Bronnen

- Interview dhr. H. Ghoumid; zorgmanager
- Interview dhr. R. Janssen; directeur
- Interview 2 medewerkers
- 11 VOG
- Diploma's en certificaten van alle medewerkers
- Factsheet MTO 2016 1.0.
- Notulen teamvergaderingen 05-01-2017 en 02-02-2017
- Notulen cliëntvergaderingen 15-12-2016 en 19-01-2017

4.3 Deskundigheidsbevordering	Ja/nee/n.v.t
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

M.b.t. het opleidingsniveau en deskundigheid wordt verwezen naar hoofdstuk 4, punt 4.2. Personeel.

De aanbieder biedt de medewerkers passende bijscholing. Er is een scholingsplan. Alle medewerkers hebben een medicatiecursus gehad en de BHV-scholing staat gepland.

Bronnen

- Interview dhr. H. Ghoumid; zorgmanager
- Interview dhr. C. Parisius; proces- en kwaliteitsmanager
- Interview 2 medewerkers
- Scholingsplan; 2016-2018
- Jaarplan 2016

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/n.v.t
De cliënt wordt met respect bejegend.	Ja
De cliënt voelt zich op zijn/haar gemak op de plaats waar de voorziening wordt geboden.	Wisselt
Cliënten worden geïnformeerd over hun rechten en plichten.	Wisselt

Constatering

Tijdens de intake krijgt de cliënt informatie over zijn rechten en plichten.

Een cliënt vertelt over het verblijf op De Kazerne: *"Ik ben erg tevreden over de begeleiding die ik hier krijg. De begeleiding is verschillend van elkaar, maar er is altijd wel iemand aanwezig bij wie ik terecht kan. Ik heb geen vaste contactmomenten.*

Mijn perspectief is nog onbekend. Ik ben op zoek naar een betaalde baan en hier krijg ik begeleiding bij. Ik houd mij niet zo bezig met de groep, ik heb genoeg aan mezelf. Ik doe dan ook niet mee aan de groepsmomenten.

Ik vind dat er geen criminelen meer aangenomen moeten worden Er is namelijk een paar keer diefstal geweest. Ik heb tot nu toe weinig agressie meegemaakt. Er bestaat geen klachtencommissie en dit is ook niet nodig.

Ik heb als wens dat er meer muziek op de locatie wordt gemaakt en dat je hier kunt fitnessen."

Een andere cliënt vertelt zich minder veilig te voelen door het gedoogbeleid omtrent soft- en harddruggebruik. Ook vertelt deze cliënt: *"Er is wel eens een interventie door cliënten zelf gedaan bij een medecliënt, omdat ze vonden dat de begeleiders niet snel genoeg reageerden op de situatie van deze cliënt. Er is toen door medebewoners een periode medicatie uit eigen beheer aan deze cliënt verstrekt*

waardoor ze zich weer beter ging voelen. Ik vind het bijzonder dat de begeleiders hier niet zelf op ingespeeld hebben."
De zorgmanager geeft in een reactie hierop aan niet op de hoogte te zijn van het destijds onderling verstrekken van medicatie aan deze cliënt.

Bronnen

- Interview 2 cliënten

5.2 Cliëntparticipatie	Ja/nee/n.v.t
De aanbieder heeft beleid t.a.v. cliëntparticipatie / medezeggenschap. De aanbieder reflecteert op dit beleid , evalueert dit en stelt het zo nodig bij.	Nee
De cliënt kan desgewenst participeren in een cliëntenraad of vergelijkbaar platform.	Nee
De cliënt wordt gewezen op het bestaan van patiëntenverenigingen en lotgenotencontactgroepen.	Nee

Constatering

De aanbieder beschikt niet over een cliëntenraad. Er is wel een cliëntenraad voor Rigtergroep, maar niet voor de andere BV's. De aanbieder is op dit moment bezig met het opzetten van een cliëntenraad voor RigterZorg. Onlangs is de samenstellingsovereenkomst opgesteld door de advocaat en het Reglement voor de Cliëntenraad RigterZorg BV is in concept klaar. De verwachting is dat de cliëntenraad binnen enkele weken definitief kan worden gemaakt. Op 27 februari staat hier een overleg voor gepland.

Momenteel is de zorgaanbieder bezig met het aanstellen van een cliëntvertrouwenspersoon. De zorgaanbieder verwacht dat dit binnen enkele weken afgerond kan worden.

Maandelijks vind een bewonersoverleg plaats. Tevens is er een ideeënbus waarin cliënten hun ideeën kunnen aanleveren, zoals een gezamenlijk uitje naar de bioscoop of de aanschaf van een gezamenlijke computer.

Bronnen

- Interview dhr. H. Ghoumid; zorgmanager
- Interview C. Parisius; kwaliteits- en procesmanager
- Interview dhr. R. Janssen; directeur
- Interview 2 cliënten

5.3 Privacy	Ja/nee/n.v.t
De organisatie respecteert de privacy van de cliënt.	Ja
Met de cliënt en/of zijn/haar sociale netwerk zijn afspraken gemaakt over gegevensuitwisseling.	Ja
Er wordt zorgvuldig omgegaan met de uitwisseling van gevoelige informatie (persoonsgegevens, medische gegevens e.d.).	Ja

Constatering

Met betrekking tot de omgang met privacygevoelige gegevens van cliënten zijn afspraken gemaakt. De medewerkers gaan zorgvuldig om met de gegevensuitwisseling van cliënten. Door het ondertekenen van het aanmeldformulier verleent cliënt eenmalig volmacht aan de zorgaanbieder om gegevens op te vragen aan derden t.b.v. intake. Hierna dient de cliënt per keer toestemming te geven voor het uitwisselen van gevoelige informatie.

Bronnen

- Interview H. Ghoumid; zorgmanager - Interview 2 cliënten - 1 Formulier Toestemming eenmalige volmacht

5.4 Melden incidenten en klachten	Ja/nee/n.v.t
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
Incidenten worden intern besproken en er worden verbetervoorstellen geformuleerd.	Deels
De verbetervoorstellen worden doorgevoerd. Er is sprake van een lerende organisatie.	Deels
Nazorg bij incidenten is geregeld.	Ja
Er is een klachtenregeling.	Ja
Deze klachtenregeling is bekend bij de cliënt / gemakkelijk te vinden voor de cliënt.	Nee
De aanbieder neemt eventuele klachten in behandeling en handelt die tijdig en passend af.	Ja

Constatering

De zorgaanbieder werkt met een MIC-formulier dat gebruikt wordt voor het melden, registreren en analyseren van incidenten, fouten en bijna fouten.

Een MIC-melding dient geüpload te worden in het zorgdossier van de cliënt en verzonden naar de zorgmanager, de gedragsdeskundige en het team, inclusief de teamleider. Tijdens het eerst volgende cliëntoverleg moeten de leerpunten en vervolgacties besproken worden, bij voorkeur met de gedragsdeskundige erbij.

Een medewerker vertelt dat niet alle medewerkers een ingevuld MIC-formulier in het zorgdossier van desbetreffende cliënt uploaden.

Onlangs heeft een incident plaatsgevonden waarbij een cliënt van een medecliënt heeft gestolen. De aanbieder heeft dit via camerabeelden kunnen bevestigen en heeft aangifte gedaan tegen desbetreffende cliënt.

Verder hebben zich geen incidenten voorgedaan waar politie bij betrokken is geweest.

Ten aanzien van incidenten binnen De Kazerne vertelt een medewerker: *“Ik ben door cliënten wel eens fysiek bedreigd. Wanneer ik hier melding van maak, komt dit niet altijd terug tijdens de teamvergadering. Er hebben veel incidenten plaatsgevonden op de Kazerne. Dit komt door de soms negatieve groepsdynamiek en de populatiegroei. Ik vind dat er bij de plaatsing van cliënten niet voldoende wordt gekeken naar de homogeniteit van de groep, maar dat er meer cliënten worden geplaatst om de kamers te vullen. Wanneer er geweld voorkomt wordt dit door de aanbieder te veel getolereerd. Af en toe wordt een cliënt met een time-out weggestuurd. Wel zijn er inmiddels 2 cliënten definitief weggestuurd naar aanleiding van incidenten. Ik heb tot nu toe nog geen agressietraining aangeboden gekregen vanuit de aanbieder, maar ik heb wel aangegeven dat ik hier behoefte aan heb.”*

De zorgaanbieder kent een klachtenreglement. Voor cliënten is het klachtenreglement terug te vinden op de website www.rigtergroep.nl. Hier kan een klachtenformulier worden gedownload. Ook kan het formulier bij de medewerkers opgevraagd worden.

De klachtencommissie die bestaat uit 2 individuele onafhankelijke personen en 1 medewerker van Rigtergroep in de regio Eindhoven.

Er is een functieprofiel voor de klachtenfunctionaris ontwikkeld en sinds 1 januari 2017 is de aanbieder aangesloten bij de geschillencommissie. De klachtenfunctionaris moet als voorportaal dienen van de geschillencommissie.

Bronnen

- Interview H. Ghoumid; zorgmanager
- Interview dhr. C. Parisius; proces- en kwaliteitsmanager
- Interview dhr. R. Janssen; directeur
- Interview 1 medewerker
- Interview 2 cliënten
- Kwaliteitsbeleid; versie 24-05-2016
- Formulier MIC-melding; versie 23-06-2016
- Website www.rigtergroep.nl

Zienswijze

ri~~g~~terzorg

Zienswijze bij Concept Inspectierapport Wmo toezicht

Datum Inspectie: 7 februari 2017 (onaangekondigd bezoek)
In opdracht van: Gemeente Arnhem

Zienswijze locatie "De Kazerne"

- Pag. 5 "Wat gaat er goed (successen)" Ondanks het rapport van De Kazerne, gelet op de inhoud en de beoordelingsvragen die met een ja zijn beantwoord, veel beter scoort dan het rapport die op 7 december jl. is afgenomen op De Bosweg, zijn de "successen" in dit rapport nauwelijks beschreven/toegelicht in tegenstelling tot het "minder goede rapport" van De Bosweg. Dit geeft een vertekend beeld aan de neutrale lezer. (aangepast)
- Pag. 5 "Er is nog geen vastgesteld beleid ten aanzien van doelgroep". Beleid is inmiddels vastgesteld en geïmplementeerd.
- Pag. 5 "Het personeel is nog niet voldoende geschoold in het omgaan met agressie". Acht van de twaalf medewerkers heeft een agressie cursus gevolgd. De overige vier zijn later dan de aangeboden cursusdag in dienst gekomen. De overige vier medewerkers zullen dit jaar een agressie cursus volgen.
- Pag. 5. "Op locatie is geen gediplomeerd en getraind BHV'er aanwezig". Er waren op de dag van de inspectie 2 medewerkers BVH geschoold en aanwezig. Op 23 februari heeft er een BHV- training plaatsgevonden, inmiddels telt de Kazerne 10 medewerkers die BHV geschoold zijn.
- Pag. 5 "De aanbieder heeft geen beleid t.a.v. cliëntparticipatie." Instellingbesluit is af en de cliëntenraad is inmiddels gevormd voor alle drie de locaties (Bosweg, Kazerne en het Hofje), de eerste bijeenkomst heeft plaatsgevonden op donderdag 23 maart jl.
- Pag. 16 "De organisatie heeft een kwaliteitskeurmerk (HKZ, ISO etc)" "Dit wordt met een "nee" beoordeeld terwijl dit niet verplicht is. De intentie is er wel om een ISO-9001: 2015 keurmerk te behalen.
- Pag. 17. "De medewerkertevredenheid is goed." Deze vraag wordt met "deels" beantwoord terwijl het gemiddelde cijfer van het medewerkers

IBAN: NL90INGB0008531878
Telefoon: 024-8484186
Adres: Usvogelpassage 1, 6541 RK, Nijmegen

KvK-nummer: 58180125
BTW nummer: NL852913047B01
Web: www.rijterzorg.nl



tevredenheidsonderzoek een 6,4 is (afgenomen door een extern bureau). Wij streven naar een hoger cijfer maar is wat ons betreft goed. (aangepast)

- Pag. 17. "De aangewezen beroepskracht is vakbekwaam." "Deels". Alle medewerkers op de Kazerne zijn vakbekwaam, anders kwamen zij niet door de sollicitatieprocedure. Twee medewerkers die geen diploma hebben zitten in opleiding "specifieke doelgroepen niveau 4". Laatst genoemde zijn ongediplomeerd maar niet vak onbekwaam. (aangepast)
- Pag. 19 "2^e alinea" "Er is toen door medebewoner een periode medicatie uit eigen beheer aan de cliënt verstrekt, waardoor ze zich beter ging voelen." Dit wordt niet herkend door Rijkterzorg. Bewering van cliënt is erg suggestief.
- Pag. 20. "Incidenten worden intern besproken en er worden verbetervoorstellen geformuleerd" "Nee". Van alle incidenten worden MIC'S geschreven (Melding Incidenten Cliëntenzorg) deze worden tijdens de cliëntvergadering met aanwezigheid van de gedragsdeskundige besproken, geëvalueerd en lering uit getrokken. Dit is wat ons betreft een Ja (aangepast naar deels)

IBAN: NL90INGB0008531878
Telefoon: 024-8484186
Adres: Usvogelpassage 1, 6541 RK, Nijmegen

KvK-nummer: 58180125
BTW nummer: NL852913047B01
Web: www.rijterzorg.nl

Gegevens voorziening

Opvanggegevens

Naam	: RigterZorg
Adres	: Thomas a Kempislaan 102
Postcode en woonplaats	: 6822 LS Arnhem
Telefoonnummer	: 024-8484186
Website organisatie	: www.rigterzorg.nl
Email organisatie	: info@rigtergroep.nl
Contactpersoon locatie	: dhr. H. Ghoumid
Emailadres contactpersoon	: h.ghoumid@rigtergroep.nl
Telefoonnummer contactpersoon	: 024-8484186
Aantal medewerkers	: 10
Rechtsvorm	: BW
HKZ / ISO gecertificeerd?	: nee

Gegevens toezicht

Gegevens toezichthouder (GGD)

Naam GGD	: Veiligheids- en Gezondheidsregio Gelderland Midden
Adres	: Postbus 5364
Postcode en plaats	: 6802EJ ARNHEM
Telefoonnummer	: 0800-8446000
Onderzoek uitgevoerd door	: Suzanne Oonk en Mariëlle Glasbergen

Gegevens opdrachtgever

Gemeente

Naam gemeente	: Gemeente Arnhem
Adres	: Eusebiusbuitensingel 53
Postcode en plaats	: 6828 HZ Arnhem

Planning

Datum inspectie	: 7 februari 2017
Opstellen concept inspectierapport	: 17 maart 2017
Hoor/wederhoor	: 24 maart 2017
Zienswijze ontvangen	: 30 maart 2017
Vaststelling inspectierapport	: 31 maart 2017
Verzenden inspectierapport	: 3 april 2017

Veiligheids- en Gezondheidsregio Gelderland-Midden (VGGM): Brandweer,
Regionale ambulancevoorziening en GGD onder één dak.



Veiligheids- en Gezondheidsregio Gelderland-Midden

Postbus 5364
6802 EJ ARNHEM
T 0800 8446 000
E info@vggm.nl
I www.vggm.nl