



RIBW K/AM
Diakenhuisweg 11
2033 AP Haarlem
(hoofdkantoor)

ToeziChthouder	: GGD Kennemerland
In opdracht van gemeente	: Haarlem
Datum start onderzoek	: 7 november 2024
Type onderzoek	: Proactief toezicht
Status	: Definitief
Datum vaststellen rapport	: 21-01-2025

Inhoudsopgave

Inleiding	3
Het onderzoek	4
Observaties en bevindingen.....	5
Gegevens voorziening.....	15
Bijlage: zienswijze	17



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 en voor de kwaliteit en de continuïteit van de voorzieningen. 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 Kennemerland aangewezen als toezichthouder. GGD Kennemerland is daarmee belast met het houden van toezicht op de naleving van het bepaalde bij of krachtens de Wmo 2015; met andere woorden de GGD Kennemerland is toezichthouder op de kwaliteit van de voorziening. De GGD adviseert als 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.

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

Dit rapport is als volgt opgebouwd: in het eerste hoofdstuk staat de onderzoeksopzet; in het tweede hoofdstuk staan per domein de observaties en bevindingen van de toezichthouder beschreven; in het derde hoofdstuk staan de gegevens van de aanbieder en toezichthouder. Tot slot staat in de bijlage de schriftelijke reactie van de aanbieder op het rapport, indien de aanbieder van deze gelegenheid gebruik heeft gemaakt.



Het onderzoek

Onderzoeksoepzet

Dit onderzoek is uitgevoerd op grond van hoofdstuk 3 'Kwaliteit', artikel 3.1, lid 1 en 2 van de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015.

In het kader van het toezicht op de Wmo 2015 is GGD Kennemerland in opdracht van de drie IJmond gemeenten op 7 november 2024 gestart met een proactief onderzoek uitgevoerd bij RIBW K/AM gericht op het onderdeel ambulante begeleiding en dagbesteding.

In dit onderzoek is beoordeeld of uitvoering wordt gegeven aan het beleid van de aanbieder en of de ondersteuning die geboden wordt redelijkerwijs voldoet aan de gestelde eisen.

Het onderzoek bestaat uit een documentenonderzoek aangevuld met interviews met verschillende medewerkers. Ook is op 21 november een voorziening waar dagbesteding wordt geboden bezocht en is met medewerkers en cliënten gesproken.

Beschouwing en algemene kenmerken aanbieder

RIBW K/AM heeft een breed aanbod op het gebied van beschermd wonen, ambulante begeleiding, activering/dagbesteding en Maatschappelijke Opvang in de regio's Amstelland-Meerlanden en Zuid- en Midden-Kennemerland.

De missie en visie van RIBW K/AM is als volgt omschreven:

'Wij vertrouwen op de veerkracht van mensen. Dat is de basis van ons werk en het uitgangspunt bij onze professionele ondersteuning aan mensen met een psychische kwetsbaarheid. Samen werken we aan het versterken van veerkracht om de uitdagingen in het leven aan te kunnen. Ook in de samenwerking met (naast)betrokkenen, medewerkers, ervaringsdeskundigen en netwerkpartners.

Wij werken volgens onze methodiek Vitaal Versterkend Werken. Daarmee richten we ons op de kracht en mogelijkheden van mensen. Wij zijn ervan overtuigd dat een betekenisvol leven voor ieder mens anders, maar bereikbaar is. Onze begeleiders zijn specialisten in het doorbreken van patronen en het versterken van de eigen regie van cliënten. We zijn oprecht geïnteresseerd en werken zonder waardeoordeel. Door het versterken van veerkracht dragen wij bij aan het vermogen van cliënten om weer mee te doen in de samenleving. Samen zorgen we voor contact met en tussen mensen'.

RIBW K/AM ondersteunt en versterkt mensen met een psychiatrische beperking of psychosociale kwetsbaarheid in het hervinden en ontwikkelen van hun veerkracht. Veerkracht wordt gedefinieerd als het vermogen om de uitdagingen van het leven aan te kunnen, ondanks fysieke, mentale en sociale uitdagingen die er zijn. Dit wordt geboden in de vorm van ambulante begeleiding (daginvulling) maar ook dagbesteding, het aanbieden van groepsactiviteiten. Bij de ambulante begeleiding krijgt een cliënt ondersteuning bij het zelfstandig wonen en de dagstructuur. Daarnaast wordt een cliënt ondersteund bij het aangaan en onderhouden van activiteiten en sociale contacten. Het streven is cliënten te activeren naar de basisvoorzieningen in de wijk of naar een werk- of dagbestedingsvoorziening.

De dagbesteding is gericht op een laagdrempelige manier activiteiten aanbieden passend bij de doelgroep en het sociale aspect van elkaar ontmoeten.

Conclusie

De toezichthouder constateert op basis van het onderzoek dat er uitvoering wordt gegeven aan het beleid van RIBW K/AM. Het aanbod ambulante begeleiding en dagbesteding voldoet voor wat betreft de getoetste onderwerpen in voldoende mate aan de daaraan gestelde eisen.

Advies aan College van B&W

De toezichthouder adviseert de gemeente kennis te nemen van de inhoud van dit rapport.



Bevindingen

0. Algemeen; Kwaliteit voorziening

Nr.	Voorwaarden	Ja	Nee	Niet beoordeeld
0.1	Er is een voor de branche geldend kwaliteitsborgingscertificaat, in ieder geval betrekking hebbende op zorg, maatschappelijke en/of aanpalende dienstverlening of aantoonbaar gelijkwaardig.	x		
0.2	Er is minimaal een geldig ISO 9001:2015 certificaat met daarbij een bewijs van implementatie van additionele normen die gelden voor haar branche, in ieder geval betrekking hebbende op zorg, maatschappelijk en/of aanpalende dienstverlening.			n.v.t.
0.3	Er is een kwaliteitssysteem, waarin opgenomen: <ul style="list-style-type: none"> - Wet kwaliteit. Klachten en geschillen zorg - Wet bescherming persoonsgegevens - Beschrijving van het primaire proces - Verantwoorde arbeidsomstandigheden - Documentatie (logboek/cliëntdossier, zorgplan) - meting van de klanttevredenheid - Proces van ondersteuning - Opleidingsregistratie en opleidingsplan - Directiebeoordeling van het kwaliteitssysteem 	x		

Bevindingen

RIBW K/AM heeft een HKZ kwaliteitsborgingscertificaat, namelijk: 'HKZ Zorg en Welzijn: 2018'. Het certificaat is geldig vanaf 7 augustus 2022 tot 7 augustus 2025. De meest recente externe audit heeft plaatsgevonden in juli 2024. De conclusie van de audit is dat het systeem voldoet aan de beoordeelde eisen van HKZ Zorg en welzijn:2018.

Er is een kwaliteitssysteem waarin procesomschrijvingen en documenten zijn opgenomen en deze zijn geïmplementeerd binnen de organisatie. De documenten zijn toegankelijk voor medewerkers in het digitale systeem Zenya.

RIBW K/AM kent een planning & control cyclus waarbij binnen het kader van het geldende meerjarenbeleid jaarlijks volgens een vast format de plannen voor de organisatie en de verschillende organisatieonderdelen worden opgesteld. Het meerjarenbeleid wordt voor de duur van drie jaar vastgesteld. Jaarlijks worden de doelen geconcretiseerd en omschreven in een jaarplan.

Gebruikte bronnen:

- Interview medewerkers (directeur zorg, twee zorgcoördinatoren, ambulante begeleider, activiteitenbegeleider en teamondersteuner)
- Certificaat HKZ 'HKZ Zorg en Welzijn' 2018 (geldig vanaf 7 augustus 2022 tot 7 augustus 2025)
- Rapport HKZ audit, Dekra juni 2024
- Strategisch meerjarenbeleid 2024-2027 RIBW K/AM



1. De voorziening wordt doelmatig, doeltreffend en cliëntgericht verstrekt.

Nr.	Voorwaarden	Ja	Nee	Niet beoordeeld
1.1	Er is een plan waaruit blijkt wat de kansen/mogelijkheden en ondersteuningsbehoeften zijn van de cliënt en welke voorziening wordt geboden.	x		
1.2	De cliënt heeft zijn/haar ondersteuningsvraag kunnen formuleren, is betrokken bij het opstellen van het plan, wat zijn/haar instemming heeft. Het sociale netwerk van cliënt is eveneens betrokken bij het opstellen van het plan.	x		
1.3	De op basis van het plan verleende ondersteuning wordt regelmatig besproken en zo nodig bijgesteld.	x		
1.4	De op basis van de voorziening geboden ondersteuning sluit aan op de reële behoefte en mogelijkheden van de cliënt en zijn/haar sociale netwerk (waaronder eventuele mantelzorgers).	x		

Bevindingen

RIBW K/AM ondersteunt en versterkt mensen met een psychiatrische beperking of psychosociale kwetsbaarheid in het hervinden en ontwikkelen van hun veerkracht. Dit wordt geboden in de vorm van ambulante begeleiding (daginvulling) maar ook dagbesteding, het aanbieden van groepsactiviteiten. Bij de ambulante begeleiding krijgt een cliënt ondersteuning bij het zelfstandig wonen en de dagstructuur. Daarnaast wordt een cliënt ondersteund bij het aangaan en onderhouden van activiteiten en sociale contacten. Het streven is cliënten te activeren naar de basisvoorzieningen in de wijk of naar een werk- of dagbestedingsvoorziening.

Ambulante begeleiding wordt geboden door begeleiders A tot en met D, afhankelijk van de aard en complexiteit van het begeleidingstraject. In de meeste gevallen worden twee begeleiders toegewezen aan een cliënt. Een begeleider A of B wordt toegewezen voor de begeleiding van de cliënt bij praktische zaken zoals zelfzorg en het voeren van het huishouden. Een begeleider C of D begeleidt de cliënt bij de overige (complexere) zaken. De begeleider C of D is eindverantwoordelijk en regisseur van een begeleidingstraject en beheert het dossier. In complexe gevallen worden twee begeleiders C of D toegewezen aan een cliënt zodat de continuïteit en voortgang van de begeleiding geborgd wordt bij afwezigheid van een begeleider. De uren vermeld in de beschikking worden verdeeld over de begeleiders afhankelijk van de ondersteuningsvraag en de doelen.

Trajectcoaches en activiteitenbegeleiders worden betrokken bij het vinden en behouden van een zinvolle daginvulling waaronder bijvoorbeeld dagbesteding.

Het beleid gericht op het proces van aanmelding (ambulante begeleiding), intake, opstellen begeleidingsplan, risico analyses en evaluaties is aangeleverd. Daarnaast is met verschillende medewerkers gesproken over het proces van aanmelding en (de aanvang van) de ambulante begeleiding en zijn enkele dossiers van cliënten ingezien.

Ook is de dagbesteding van het activiteitencentrum De Fontein bezocht waarbij gesproken is met medewerkers en cliënten.

Proces dagbesteding

De cliëntenadministratie ontvangt de beschikking van de gemeente en stuurt deze naar de betreffende dagbestedingslocatie. Als er sprake is van een cliënt met enkel een beschikking voor dagbesteding, stelt de activiteitenbegeleider met de cliënt het zorgplan op met doelen en activiteiten aan de hand van de doelen in de beschikking afgegeven door de gemeente. Binnen vier weken wordt het zorgplan vastgesteld. Er wordt een 'Prospectieve risico-inventarisatie'



(PRI) uitgevoerd. Na elk bezoek van de cliënt aan de dagbesteding wordt gerapporteerd op de doelen en de activiteiten. De activiteitenbegeleider en cliënt stemmen de frequentie af van de evaluatie waarbij het uitgangspunt is dat deze in ieder geval jaarlijks plaatsvindt. Tijdens de evaluatie worden de doelen en activiteiten bijgesteld. Er wordt opnieuw een PRI uitgevoerd en het zorgplan wordt bijgesteld.

Als er al ambulante begeleiding wordt geboden, is de begeleider van de cliënt verantwoordelijk voor het vaststellen van het zorgplan, de 'Prospectieve risico-inventarisatie', de evaluatie en het bijstellen van het zorgplan. De cliënt, begeleider en activiteitenbegeleider stemmen de doelen, acties en verdeling taken af.

Proces ambulante begeleiding

Het proces 'Toegang Ambulant' is vastgesteld en bestaat uit zes stappen, activiteiten genoemd. Per activiteit wordt een toelichting gegeven en aangegeven wordt wie verantwoordelijk is, welke instrumenten gebruikt worden, waar het geregistreerd wordt, wat de output is en de termijn die er aangehangen is.

Het proces start met de ontvangst van de beschikking/indicatie of de ontvangst van een aanmeldingsformulier.

De aanmelding wordt vooraf gescreend op volledigheid van informatie, rechtmatigheid van financiering en op de ondersteuningsvragen. Indien de toets de conclusie oplevert dat de cliënt niet in aanmerking komt voor ondersteuning wordt de aanvraag afgewezen en wordt contact opgenomen met de verwijzer en gemeente om de voorgenomen afwijzing te bespreken.

Na een positieve beoordeling wordt de aanmelding doorgezet naar het zorgteam. Binnen vijf werkdagen na doorverwijzing dient er een intake gesprek te zijn gepland met de cliënt. De verantwoordelijke begeleider nodigt de cliënt uit. Desgewenst kan de zorgbemiddelaar benaderd worden voor advies of ondersteuning bij het gesprek.

Binnen tien werkdagen na de doorverwijzing moet de ambulante begeleiding opgestart zijn. RIBW KA/M hanteert als uitgangspunt dat er geen wachtlijst is en dat de begeleiding binnen tien werkdagen na doorverwijzing wordt opgestart. Als in uitzonderlijke gevallen de begeleiding niet binnen dit termijn kan worden opgestart, wordt naar een oplossing binnen de regio gezocht. Indien het ook dan niet lukt om de begeleiding op te starten, wordt dit gemeld bij het WMO loket van de betreffende gemeente.

Binnen het zorgteam wordt de cliënt zo spoedig mogelijk aan één of meerdere begeleiders toegewezen en de regisseur (begeleider C of D) plant een kennismakings- en startzorggesprek. Dit gesprek is tevens het eerste huisbezoek en de aanvang van de begeleiding.

In het gesprek wordt expliciet aandacht gegeven aan de prospectieve risico-inventarisatie, het (sociale) netwerk van de cliënt en voorliggende voorzieningen.

De 'Intakevragenlijst' en de 'Prospectieve risico-inventarisatie' worden uiterlijk binnen één week opgesteld. Conform de richtlijnen die gelden draagt de begeleider er zorg voor dat er binnen zes weken een risico-inventarisatie is uitgevoerd en er een (ondertekend) zorgplan is.

In ieder geval jaarlijks vindt een evaluatie plaats met behulp van het evaluatieformulier. Dit kan ook tussentijds zijn als het doel behaald is maar uiterlijk na een jaar. Naar aanleiding van de evaluatie wordt de PRI opnieuw uitgevoerd en het zorgplan wordt bijgesteld.

Bij de geboden ondersteuning wordt uitgegaan van de kracht en mogelijkheden van de cliënt waarbij samengewerkt wordt met de omgeving van de cliënt (familie, naastbetrokkenen maar ook andere aanbieders van zorg en ondersteuning).

De wijze waarop aandacht is voor familie- en naastbetrokkenenbeleid is vastgelegd in beleid. In het familie- en naastbetrokkenenbeleid is vastgelegd vanuit welke visie, onder welke voorwaarden en op welke wijze familie/naastbetrokkenen van de cliënt worden benaderd en betrokken door RIBW-K/AM met als doel het verbeteren van het zorgproces.

Gebruikte bronnen:

- Interview medewerkers (directeur zorg, twee zorgcoördinatoren, ambulante begeleider, activiteitenbegeleider en teamondersteuner)
- Bezoek dagbesteding en gesprek met cliënten



- Aanmeldformulier ambulante (versie 4)
- Primair proces toegang ambulante (versie 4)
- Primair proces begeleiding ambulante
- Formulier intakeverslag
- Dossievoering (stroomschema)
- Dagbesteding, proces (02-10-2024, versie: 2)
- Dagbesteding en registratie, beleid (versie 1)
- Website www.ribw-kam.nl
- Inzage dossiers cliënten



2. De voorziening is veilig.

Nr.	Voorwaarden	Ja	Nee	Niet beoordeeld
2.1	In het kader van de geboden voorziening wordt de veiligheid van de cliënt gewaarborgd.	x		
2.2	Binnen de voorziening is een plan opgesteld waarin is aangegeven wie op welke momenten scholing volgt.	x		

Bevindingen

Er is beleid vastgesteld gericht op de veiligheid van de cliënt en op welke wijze medewerkers toegerust worden op het herkennen en waarborgen van de veiligheid. De complexiteit neemt toe, maar dit leidt niet tot een toename van incidenten. Er is wel extra aandacht voor het waarborgen van zowel de veiligheid van de cliënt als de medewerker.

Op cliëntniveau wordt een Prospectieve Risico-Inventarisatie (PRI) uitgevoerd en de procedure is vastgelegd. De PRI wordt ingevuld om risico's op cliëntniveau in kaart te brengen. Door middel van de PRI worden risico's geïnventariseerd en geanalyseerd waardoor er op de juiste wijze geanticipeerd kan worden om mogelijke incidenten te voorkomen. De PRI wordt in ieder geval jaarlijks herzien of wanneer er gedrag wordt waargenomen wat niet eerder omschreven is.

In het Integraal veiligheidsbeleid van RIBW K/AM wordt veiligheid vanuit het 'Vitaal Versterkend Werken' als volgt omschreven:

"Veiligheid is het vermogen om gevaarlijke situaties te herkennen, te voorkomen en indien nodig te hanteren. Dit vermogen is zowel een individueel vermogen als een gezamenlijk en organisatorisch vermogen. De PRI op cliëntniveau levert daar een bijdrage aan. Met de PRI worden eventuele risico's van een cliënt, indien mogelijk samen met de cliënt, geïnventariseerd en geanalyseerd waardoor er op de juiste wijze geanticipeerd kan worden om mogelijke incidenten te voorkomen. Op die manier wordt de veiligheid van de cliënt en de begeleiders voorop gesteld en wordt de kwaliteit van zorg centraal gesteld."

Er is een strategisch opleidingsbeleid vastgesteld. Jaarlijks wordt een opleidingsjaarplan opgesteld waarin aandacht is voor de veiligheid van zowel cliënten als medewerkers met een aantal verplichte onderdelen waaronder een weerbaarheidstraining (basis en tweejaarlijkse herhaling) en de kennis en het gebruik van de meldcode huiselijk geweld en mishandeling. Medewerkers hebben daarnaast toegang tot het 'Leerplein', de online leeromgeving van RIBW K/AM.

Gebruikte bronnen:

- Interview medewerkers (directeur zorg, twee zorgcoördinatoren, ambulante begeleider, activiteitenbegeleider en teamondersteuner)
- Bezoek dagbesteding en gesprek met cliënten
- Prospectieve Risico-Inventarisatie (PRI) op cliëntniveau, procedure (Versie 4)
- Verplichte opleidingen, regeling faciliteiten- opleiden en ontwikkelen, regeling (versie 2)
- Strategisch Opleidingsbeleid (2024-2027)
- Website www.ribw-kam.nl



3. De voorziening is afgestemd op de reële behoefte van de cliënt en op andere vormen van zorg of hulp die de cliënt ontvangt.

Nr.	Voorwaarden	Ja	Nee	Niet beoordeeld
3.1	De aangeboden voorziening is voldoende afgestemd op andere vormen van geboden hulp en zorg (voor afstemming op reële behoefte cliënt zie 1.)	x		
3.2	In geval van meervoudige, complexe problematiek is één regisseur of coördinator aangewezen die de nodige samenhang en continuïteit bewaakt.	x		

Bevindingen

De samenwerking met ketenpartners is verwerkt in het meerjarenbeleid.

RIBW KA/M zoekt aansluiting bij de buurt, lokale voorzieningen en bij het sociale netwerk van de cliënt. Beschreven wordt:

"Dit sluit aan bij het Integraal Zorg Akkoord (IZA) en Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA) waarbij de focus ligt op gezondheid en het lokale (gemeentelijke) niveau. Uit de regionale samenwerking op basis van het IZA zijn regiobeelden ontwikkeld (juli 2023). Deze regiobeelden beschrijven de situatie in de regio: de behoefte aan zorg en ondersteuning van inwoners en het beschikbare aanbod. De regiobeelden en de hieruit volgende regioplannen zijn een hulpmiddel om tot regionale samenwerking te komen. In ons werkgebied zijn regioplannen voor Kennemerland, Haarlemmermeer en Amstelland en de Meerlanden in ontwikkeling. Regionale partijen gaan op basis van de feitelijke situatie met elkaar in gesprek. Daarbij stellen we de komende maanden vast wat de belangrijkste prioritaire opgaven zijn en maken we afspraken hoe deze gezamenlijk worden aangepakt."

Met de medewerkers van activiteitencentrum De Fontein is gesproken over de aansluiting in de buurt en bij lokale voorzieningen. Het activiteitencentrum biedt dagbesteding voor cliënten met een Wmo beschikking maar is ook toegankelijk voor burgers uit de wijk.

Er is een aanbod van verschillende activiteiten waarbij aangesloten wordt bij de wensen van de deelnemers. Er is een creatief atelier om te tekenen, schilderen, mozaïeken, keramiek maken of met textiel te werken. Daarnaast is er een muziekgroep en wordt Tai Chi aangeboden. Ook is er een fietswerkplaats waar fietsen gerepareerd worden van bewoners uit de wijk door de deelnemers van de dagbesteding.

Er wordt onder andere samengewerkt met Stichting Welzijn Beverwijk. Een voorbeeld van deze samenwerking is het huiskamer- en wandelproject.

Gebruikte bronnen:

- Interview medewerkers (directeur zorg, twee zorgcoördinatoren, ambulante begeleider, activiteitenbegeleider en teamondersteuner)
- Bezoek dagbesteding en gesprek met cliënten
- Website www.ribw-kam.nl
- Brochure informatie activiteitencentrum De Fontein
- Strategisch Meerjarenbeleid RIBW K/AM 2024-2027
- Beleid Familie en Naastbetrokkenen (versie 4)



4. De voorziening wordt verstrekt in overeenstemming met de op de beroepskracht rustende verantwoordelijkheid voortvloeiende uit de professionele standaard.

Nr.	Voorwaarden	Ja	Nee	Niet beoordeeld
4.1	De door de aanbieder in het kader van de geboden voorziening aangewezen beroepskracht is vakbekwaam.	x		
4.2	De aanbieder biedt de in het kader van de geboden voorziening aangewezen beroepskracht passende scholing.	x		
4.3	<p>De aanbieder heeft passend beleid ontwikkeld op het punt van:</p> <ul style="list-style-type: none"> - kwaliteitszorg (ten aanzien van de te leveren ondersteuning); - personeelsbeleid, waaronder een verantwoorde inzet van vrijwilligers; - opleiding en scholing; - de melding van calamiteiten en geweldsincidenten en het daaruit trekken van lessen; - de melding van huiselijk geweld en kindermishandeling; - de omgang met en de uitwisseling van (gevoelige) persoonsgegevens; - de afhandeling van klachten (op basis van een klachtregeling); - cliëntparticipatie (op basis van een regeling voor medezeggenschap). <p>De aanbieder reflecteert op dit beleid, evalueert dit en stelt het zo nodig bij.</p>	x		

Bevindingen

RIBW K/AM heeft twee zorgeenheden, Wlz en Wmo met voor beide zorgeenheden een directeur die eindverantwoordelijk zijn voor het primaire proces. De zorgeenheid Wmo bestaat onder andere uit ambulante begeleiding en dagbesteding. De zorgcoördinator geeft leiding aan het team en valt rechtsreeks onder de directeur.

De zorgcoördinator zit dicht op het primaire proces en heeft kennis van de doelgroep en onderhoudt zicht op de caseload van de ambulante begeleiders en eventuele complexe situaties.

Op de dagbesteding is een activiteitenbegeleider verantwoordelijk voor de uitvoering van het primaire proces. Er is een teamondersteuner beschikbaar die verantwoordelijk is voor de randvoorwaarden.

De minimale opleidingseisen die gelden voor de verschillende functies zijn vastgelegd. De geldende cao wordt in ieder geval gevolgd maar bij een aantal functies hanteert RIBW K/AM strengere eisen.

In de functiebeschrijvingen wordt het doel van de functie, de plaats in de organisatie, de kernactiviteiten passend bij de functie, de benodigde competenties en inschaling omschreven. De ambulante begeleiding kent een onderscheid in medewerkers afhankelijk van de aard van de begeleiding en de complexiteit.

Nieuwe medewerkers dienen eerst een inwerkprogramma te volgen, bestaande uit verschillende onderdelen zoals een introductiebijeenkomst en het volgen van een aantal verplichte trainingen.



Nieuwe medewerkers ontvangen bij de start van hun dienstband een aantal documenten. Enkele voorbeelden hiervan zijn:

- Privacyreglement en het verantwoord omgaan met persoonsgegevens van cliënten en privacygevoelige informatie.
- Gedragscode waarin de gedragsregels voor medewerkers omschreven staan zodat duidelijk is welke verwachtingen en eisen RIBW K/AM stelt aan het professioneel gedrag van medewerkers en de bejegening van cliënten.

Nieuwe medewerkers moeten voor de aanvang van de eerste werkdag een VOG overgelegd hebben bij de afdeling P&O. Het proces van aanvragen en overleggen van de VOG is de verantwoordelijkheid van de afdeling P&O. Iedere vijf jaar moeten medewerkers werkzaam in het primaire proces een nieuwe VOG overleggen. Het gevoerde beleid is opgenomen in de arbeidsovereenkomst.

De deskundigheidsbevordering en overlegstructuur is onder meer als volgt vormgegeven:

- RIBW K/AM heeft sinds 2024 een eigen Leermanagement Systeem (LMS), het Leerplein;
- Tweewekelijks overleg zorgcoördinator en teams;
- Intervisie en casuïstiek.

De zorgcoördinator zit dicht op het primaire proces en heeft veel contact met de medewerkers waardoor zij goed zicht hebben op wat er speelt. Er zijn coaches aangesteld die de medewerkers en de teams kunnen ondersteunen bij de uitvoering van hun werkzaamheden en complexe situaties.

Jaarlijks wordt een opleidingsjaarplan opgesteld met een overzicht en omschrijving van alle opleidingsactiviteiten die verplicht zijn om te volgen passend bij de werkzaamheden zoals bijvoorbeeld rapporteren, een training gericht op de methodiek die gehanteerd wordt en een weerbaarheidstraining. Medewerkers van de dagbesteding volgen ook verplicht een BHV training en deze wordt jaarlijks herhaald.

De aanbieder heeft passend beleid ontwikkeld en er is een digitaal kwaliteitshandboek toegankelijk voor medewerkers.

Beleid meldingen incidenten, ongevallen en calamiteiten

In een procedure zijn de taken en verantwoordelijkheden van de betrokkenen inzake het melden door medewerkers en afhandelen van (bijna-)incidenten is vastgelegd. Het doel is het bewaken van de kwaliteit van zorg voor cliënten en de veilige arbeidsomstandigheden voor medewerkers d.m.v. melding, registratie, analyse en advisering m.b.t. (bijna-)incidenten die tot schadelijk gevolg voor de cliënt of de medewerker hebben geleid, hadden kunnen leiden of nog kan leiden.

De meldplicht bij calamiteiten is in dit beleid opgenomen. De aanbieder is op de hoogte dat calamiteiten gemeld moeten worden bij de toezichthouder.

Beleid en procedure inzake huiselijk geweld en kindermishandeling

Er is een meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling vastgesteld. In de meldcode wordt in een stappenplan beschreven op welke wijze medewerkers moeten handelen bij een vermoeden van huiselijk geweld, kindermishandeling of ouderenmishandeling.

Voor elk team is een aandachtsfunctionaris Kindermishandeling en Huiselijk geweld aangesteld en zij volgen periodiek deskundigheidsbevordering gericht op dit onderwerp. De aandachtsfunctionarissen hebben de taak om de informatie uit deze training in hun team te implementeren.

Het volgen van de module over de meldcode Huiselijk Geweld en Kindermishandeling is verplicht gesteld voor alle begeleiders. Op het Centraal Leerplatform worden regelmatig nieuwe e-learnings beschikbaar gesteld gericht op dit onderwerp. Er is een gedragsdeskundige binnen de organisatie welke geconsulteerd kan worden bij vermoedens van kindermishandeling of huiselijk geweld.



Beleid afhandeling van klachten

In het klachtenreglement is vastgelegd wat de procedure is bij het in behandeling nemen van klachten. Zowel de interne als externe procedure wordt beschreven alsmede de aansluiting bij de geschillencommissie. De klachtenregeling is te vinden op de website van RIBW K/AM en verschillende documenten gericht op de afhandeling van klachten zijn inzichtelijk op de website, waaronder een folder voor cliënten waarin de verschillende regelingen worden toegelicht met de contactgegevens.

Tijdens de intake worden cliënten geïnformeerd over de afhandeling van klachten en ook ontvangen ze een brief met een toelichting op de klachtenafhandeling. Cliënten kunnen naast het indienen van een klacht bij de interne klachtencommissie ook een klacht indienen bij een onafhankelijke en externe klachtencommissie. Er is een cliëntvertrouwenspersoon beschikbaar die de cliënt kan ondersteunen bij het indienen van een klacht. RIBW K/AM is aangesloten bij de geschillencommissie Geestelijke Gezondheidszorg mocht een cliënt niet tevreden zijn over de interne of externe klachtenbehandeling.

Ook is er een klachtenregeling vastgesteld voor familie en naastbetrokkenen.

Medezeggenschap

Er is een centrale cliëntenraad actief met cliënten van verschillende locaties van RIBW K/AM waaronder cliënten vanuit de ambulante begeleiding. De centrale cliëntenraad heeft volgens een vastgestelde frequentie overleg met de bestuurder.

Doel van deze overleggen zijn onder andere het bevorderen van de participatie van cliënten, het behartigen van het gemeenschappelijke belang en het hebben van een toetsende rol.

Daarnaast is de medezeggenschap georganiseerd door het instellen van een klankbordgroep bestaande uit familieleden/naastbetrokkenen van cliënten die bij RIBW K/AM onder begeleiding zijn. De klankbordgroep denkt vanuit de optiek van familie/naastbetrokkenen mee, geeft haar mening en adviseert over het beleid en ontwikkelingen van RIBW K/AM. Zij signaleert wensen, zorgen en problemen van familie/naastbetrokkenen (en cliënten) en werkt aan een oplossing daarvoor. De klankbordgroep zet zich in voor het verbeteren van de betrokkenheid van familie/naastbetrokkenen bij de begeleiding van cliënten en hun bejegening en overleggen regelmatig met de Raad van Bestuur.

Tweejaarlijks wordt een cliënttevredenheidsonderzoek uitgevoerd als hulpmiddel waarmee cliënten in de gelegenheid gesteld worden hun stem te laten horen. De uitkomst wordt geanalyseerd met als doel inzicht te krijgen in wat goed gaat en wat beter kan ter bevordering van de kwaliteit van de zorg- en dienstverlening.

Gebruikte bronnen:

- Interview medewerkers (directeur zorg, twee zorgcoördinatoren, ambulante begeleider, activiteitenbegeleider en teamondersteuner)
- Bezoek dagbesteding en gesprek met cliënten
- Website www.ribw-kam.nl
- Werkwijze overleggen VOG
- Leerplein – Leer Management Systeem RIBW K/AM
- Algemeen klachtenbeleid, cliënten en naastbetrokkenen (versie 4)
- Procedure interne klachtenbehandeling cliënten en naastbetrokkenen
- Intern Privacy Beleid (versie 4)
- Gedragscode voor medewerkers RIBW K/AM
- Overzicht functies (ondersteunende functies en functies primaire proces)
- Functiebeschrijving begeleider A tot en met E
- Functiebeschrijving ondersteuner A tot en met C
- Familie en Naastbetrokkenenbeleid (versie 4)
- Incidenten en calamiteiten tijdens en na kantoortijd (procedure)
- Interventies en maatregelen (beleid)
- VIM, Veilig (bijna) Incident Melden door medewerkers (procedure)



- Melden datalek (proces)
- VIM, Veilig (bijna) Incident Melden door cliënten (procedure)
- Meldingsformulier calamiteiten/geweldsincidenten Wmo
- Meldcode kindermishandeling en huiselijk geweld (procedure versie 3)
- Rapportage cliënttevredenheidsonderzoek 2023



5. De voorziening wordt verstrekt met respect en in achtneming van de rechten van de cliënt.

Nr.	Voorwaarden	Ja	Nee	Niet beoordeeld
5.1	De bejegening door de beroepskracht van de cliënt is passend en correct.	x		
5.2	De aanbieder houdt zich in het kader van te leveren ondersteuning aan de toepasselijke wettelijke voorschriften (waaronder bescherming persoonlijke levenssfeer).	x		
5.3	De aanbieder neemt eventuele klachten in behandeling en handelt die tijdig en passend af.	x		

Bevindingen

Bejegening cliënt

Er is een gedragscode opgesteld die medewerkers bij indiensttreding ontvangen. Tijdens de inwerkperiode en de introductiebijeenkomst wordt aandacht besteed aan de bejegening van cliënten en de gedragscode. Bij de jaargesprekken met medewerkers wordt de gedragscode als referentiekader gebruikt.

Tijdens het bezoek van de dagbesteding blijkt dat de bejegening van cliënten door de medewerkers passend is. Uit het gesprek met een aantal cliënten van de dagbesteding blijkt dat cliënten zich prettig voelen en gezien en gehoord worden.

Bescherming persoonlijke levenssfeer

Het beleid met betrekking tot de uitwisseling van persoonsgegevens is vastgesteld. Informatieveiligheid en privacy behoort tot één van de acht risicogebieden genoemd in het 'Integraal Veiligheidsplan RIBW K/AM'. Uitgangspunt is dat cliënten moeten kunnen vertrouwen dat persoonsgegevens voldoende worden beveiligd en medewerkers zorgvuldig met de privacy van cliënten omgaan.

Klachten

Wanneer er sprake is van uitingen van ongenoegen of klachten door een cliënt of een familielid/naastbetrokkene van de cliënt, worden deze besproken met de betrokken en verantwoordelijke medewerker. Het uitgangspunt voor het klachtenbeleid van de RIBW K/AM is voorzien in een effectieve en laagdrempelige afhandeling van klachten van cliënten, familieleden en naastbetrokkenen.

Verklaard wordt dat in het vorige en huidige kalenderjaar geen schriftelijke klachten ingediend zijn door cliënten woonachtig in de IJmond.

Gebruikte bronnen:

- Interview medewerkers (directeur zorg, twee zorgcoördinatoren, ambulante begeleider, activiteitenbegeleider en teamondersteuner)
- Bezoek dagbesteding en gesprek met cliënten
- Website www.ribw-kam.nl
- Algemeen klachtenbeleid, cliënten en naastbetrokkenen (versie 4)
- Procedure interne klachtenbehandeling cliënten en naastbetrokkenen
- Overzicht meldingen en afhandeling klachten 2023/2024
- Intern Privacy Beleid (versie 4)
- Gedragscode voor medewerkers RIBW K/AM



Gegevens onderzoek

Gegevens aanbieder

Naam locatie	: RIBW K/AM
Adres	: Diakenhuisweg 11
Postcode en plaats	: 2033 AP Haarlem
Telefoonnummer	: 088-2148000
Contactpersoon	: Mw. R. Damman (directeur zorg)
Kwaliteitssysteem	: HKZ Zorg en Welzijn: 2018
E-mail/website	: www.ribw-kam.nl

Gegevens toezichthouder (GGD)

Naam GGD	: GGD Kennemerland
Adres	: Postbus 5514
Postcode en plaats	: 2000GM HAARLEM
Telefoonnummer	: 023-7891613
Onderzoek uitgevoerd door	: P. Schurer

Gegevens opdrachtgever (gemeente)

Naam gemeente	: IJmond (gemeente Heemskerk, Velsen en Beverwijk)
Adres	: Postbus 465
Postcode en plaats	: 1970 AL IJmuiden

Planning

Datum start onderzoek	: 07-11-2024 en bezoek dagbesteding 21-11-2024
Opstellen concept rapport	: 08-01-2024
Vaststelling rapport	: 21-01-2025
Verzenden rapport naar aanbieder	: 21-01-2025
Verzenden rapport naar gemeente	: 21-01-2025



Bijlage: zienswijze

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

De aanbieder heeft aangegeven zich te kunnen vinden in de inhoud van het rapport en geen gebruik te maken van het indienen van een zienswijze.

