



Jaarverslag 2024 Toezicht
Calamiteiten en geweld Wmo

Inhoudsopgave

1.	Inleiding	3
2.	Meldingen in 2024.....	5
3.	Wat viel op in 2024?	7
4.	Aanbevelingen	8

1. Inleiding

Elk jaar rapporteren de toezichthouders Wmo van de gemeente Groningen over de meldingen van calamiteiten en (gewelds)incidenten. Deze rapportage is voor alle colleges van burgemeester en wethouders van de Groninger gemeenten die het toezicht op calamiteiten en geweld bij hen hebben belegd. Daarbij gaat het om de meldingen van calamiteiten en geweld binnen de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). Uit de analyse van het soort meldingen signaleren de toezichthouders opvallendheden en doen waar nodig aanbevelingen.

Het jaarverslag wordt op grond van het Protocol Meldingen Calamiteiten en Geweld door de colleges vastgesteld, waarna zij de betrokken gemeenteraden informeren.

Wmo toezicht op calamiteiten en geweld per gemeente

Vanuit de centrumregeling Beschermd wonen en Opvang is het toezicht op calamiteiten en geweld voor Beschermd wonen en Opvang door alle Groninger gemeenten belegd bij de centrumgemeente Groningen.

Voor de overige Wmo-voorzieningen, is het toezicht op calamiteiten en geweld verschillend belegd. Sinds 2017 hebben de gemeenten Het Hogeland en Eemsdelta het toezicht op calamiteiten en geweld belegd bij de GGD. De gemeente Westerkwartier voert dit toezicht vanaf 2021 zelf uit. Voor de overige zeven gemeenten geldt dat het toezicht belegd is bij de gemeente Groningen. Dit zijn op alfabetische volgorde:

- | | |
|--------------------|---------------|
| - Groningen | - Stadskanaal |
| - Midden-Groningen | - Veendam |
| - Oldambt | - Westerwolde |
| - Pekela | |

Wmo en toezicht

Gemeenten zijn verantwoordelijk voor het organiseren van ondersteuning en zorg voor inwoners die niet op eigen kracht zelfredzaam zijn. Daar vallen veel vormen van ondersteuning onder.

Bijvoorbeeld:

- begeleiding en dagbesteding;
- huishoudelijke hulp;
- een plaats in een beschermde woonomgeving voor mensen met een psychische stoornis;
- opvang in geval van huiselijk geweld en mensen die dakloos zijn.

Om deze ondersteuning te organiseren hebben gemeenten contracten afgesloten met zorgaanbieders bij wie zij de ondersteuning inkopen (zorg in natura). Daarnaast kan een inwoner via een persoonsgebonden budget (pgb) zelf zorg of ondersteuning inkopen bij een zorgverlener. De ondersteuning die geboden wordt door zorgaanbieders en zorgverleners moet voldoen aan kwaliteitseisen, gesteld in de wet en aanvullende gemeentelijke regelgeving. De toezichthouders Wmo zien hierop toe. Onderdeel van de kwaliteitseisen is hoe een zorgaanbieder omgaat met incidenten en calamiteiten, waarbij het protocol 'Meldingen calamiteiten en geweld' de leidraad is.

Calamiteit en geweld bij de verstrekking van een voorziening¹

Binnen de zorg kunnen zich (ernstige) incidenten voordoen. De procedure rondom het melden van calamiteiten en (gewelds)incidenten is dat aanbieders wettelijk verplicht zijn (artikel 3.4 Wmo) om

¹ In deze gaat het om Wmo-voorzieningen. Waar het cliënten met een Wlz, forensische of Jeugdwet indicatie betreft dienen zorgaanbieders te melden bij de Inspectie Gezondheidszorg en jeugd (IGJ)

deze conform de definitie in de Wmo 'onverwijd', dat is binnen drie werkdagen, te melden bij de toezichthoudende ambtenaar.

Het gaat om:

- a. iedere calamiteit die bij de verstrekking van de voorziening heeft plaatsgevonden;
- b. geweld bij de verstrekking van de voorziening.

Een *calamiteit* is een niet-beoogde of onverwachte gebeurtenis, die betrekking heeft op de kwaliteit van een voorziening en die tot ernstig schadelijk gevolg voor of de dood van een cliënt heeft geleid.

Onder *geweld bij de verstrekking van een voorziening* wordt verstaan: het seksueel binnendringen van het lichaam van of ontucht met een cliënt, alsmede lichamelijk en geestelijk geweld jegens een cliënt, door een beroepskracht dan wel door een andere cliënt met wie de cliënt gedurende het etmaal of dagdeel in een accommodatie van een aanbieder verblijft.

De toezichthouders vinden het belangrijk om zich een beeld te vormen van wat zich zoal aan (gewelds)incidenten en calamiteiten voordoet bij Wmo zorgaanbieders. Maar ook om, indien nodig, bijvoorbeeld de wethouder(s) te informeren als er sprake is van een ernstig incident of mogelijke onrust in diens gemeente.

Door zorgaanbieders wordt regelmatig contact gezocht over iets wat is voorgevallen, met de vraag of dat formeel gemeld moet worden. Niet in alle gevallen hoeft dit, maar de toezichthouders moedigen aanbieders aan om hierover afstemming te blijven zoeken. Op deze manier zijn de toezichthouders wel geïnformeerd over wat er zoal speelt en voorvalt bij de Wmo-aanbieders.

In 2024 zijn er incidenten aan de toezichthouders voorgelegd ter beoordeling, waarbij het niet gekomen is tot het in behandeling nemen als melding. Redenen hiervoor zijn divers: zo zijn er incidenten voorgelegd waarbij het ging om derden, en niet om iemand met ondersteuning vanuit de Wmo. Bij andere incidenten vielen de betrokken cliënten onder andere wetgeving. De aanbieders zijn in die gevallen doorverwezen naar de juiste toezichthoudende instantie.

Calamiteitentoezicht Wmo in relatie tot ander toezicht in de zorg

Zoals eerder genoemd, zijn de Wmo-toezichthouders niet de enige toezichthoudende instantie binnen zorgland. Zo is het calamiteitentoezicht voor de Wet langdurige zorg (WLz) en de Jeugdwet belegd bij de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ). Dit betekent in de praktijk dat zorgaanbieders die ondersteuning bieden vanuit meerdere wetten, ook met verschillende toezichthoudende instanties te maken hebben. Een incident met een cliënt met een WLz of jeugdindicatie moet op een andere plek gemeld worden dan een incident met een cliënt met een Wmo-indicatie. Dit betekent automatisch ook dat de Wmo-toezichthouders geen volledig inzicht hebben in alle ernstige incidenten die plaatsvinden bij deze aanbieders.

Vervolg na de melding

Na een melding bij de toezichthouders wordt aan de aanbieder de opdracht gegeven om het incident intern te evalueren of, wanneer de toezichthouders dit nodig vinden, om uitvoeriger onderzoek te doen. In het tweede geval dient de aanbieder een onderzoeksteam aan te stellen die onder leiding van een onafhankelijk voorzitter het onderzoek uitvoert. Dit team zoekt systematisch in de keten van oorzaak en gevolg naar de basisoorzaken of de wortels van het probleem. In beide gevallen is het van belang dat de aanbieder 'overstijgend' kijkt. Daarmee wordt bedoeld dat niet alleen naar het incident of de casus gekeken wordt, maar ook naar mogelijke hiaten in de geboden ondersteuning op cliënt-, afdelings- en/of organisatieniveau wordt gezocht. De toezichthouders vinden het belangrijk dat de organisatie leert van incidenten, met als uitgangspunt om herhaling te voorkomen. Daarom wordt

beoordeeld of de aanbieder passende leerpunten en verbetermaatregelen formuleert. De toezichthouders kunnen deze verbetermaatregelen monitoren, indien zij dat nodig achten.

2. Meldingen in 2024

Ook in 2024 is er door de toezichthouders ingezet op het onverwijld melden van calamiteiten en geweld door aanbieders. De toezichthouders wijzen hier voortdurend op in hun contact met zorgaanbieders. Vooral omdat ernstige (gewelds)incidenten of calamiteiten een indicator kunnen zijn voor problematiek rondom veiligheid en kwaliteit van zorg bij een zorgaanbieder.

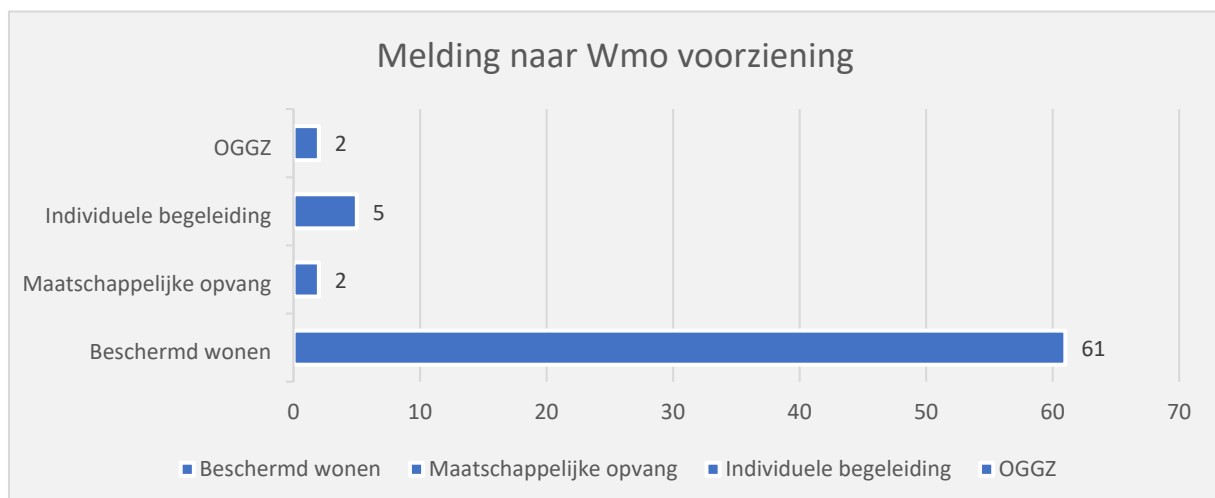
Aantallen en meldingen per voorziening

In 2024 zijn er in totaal 70 incidenten gemeld die door de toezichthouders Wmo in behandeling zijn genomen. In onderstaande tabel staat dit weergegeven.

Aard melding	Aantal	Gemeente ²	Type voorziening
Suïcidepoging	8	4 Groningen 1 Midden-Groningen 2 Oldambt 1 Westerkwartier	7 BW 1 individuele begeleiding
Suïcide	3	2 Groningen 1 Westerkwartier	1 MO 1 OGGZ 1 individuele begeleiding
Overlijden cliënt	3	3 Groningen	2 BW 1 OGGZ
Vermissing cliënt	5	1 Eemsdelta 4 Groningen	5 BW
Vernieling	2	2 Groningen	2 BW
Geweld/agressie door cliënt richting medewerker	17	2 Drenthe (indicatie Groningen) 1 Eemsdelta 10 Groningen 1 Midden-Groningen 1 Oldambt 1 Stadskanaal 1 Veendam	14 BW 1 MO 2 individuele begeleiding
Geweld/agressie door cliënt richting derden	7	6 Groningen 1 Veendam	7 BW
Geweld/agressie richting cliënt door derden	3	1 Oldambt 2 Stadskanaal	3 BW
Geweld/agressie tussen cliënten	7	4 Groningen 1 Midden-Groningen 1 Oldambt 1 Veendam	7 BW
Bezit van munitie/wapens/middelen	2	1 Groningen 1 Oldambt	1 BW 1 individuele begeleiding
Middelengebruik, soms met inzet hulpdiensten	7	5 Groningen 2 Oldambt	7 BW

² In dit overzicht wordt uitgegaan van de indicerende/plaatsende gemeente. Het incident of de calamiteit kan wel in een andere gemeente hebben plaatsgevonden. In 2024 zijn er geen meldingen in behandeling genomen over cliënten met indicaties vanuit de gemeenten Het Hogeland, Pekela en Westerwolde.

Grensoverschrijdend gedrag door cliënt	3	3 Groningen	3 BW
Grensoverschrijdend gedrag door medewerker	3	2 Groningen 1 Stadskanaal	3 BW
Totaal	70		
Type voorziening			
Beschermd wonen	61		
Maatschappelijke opvang	2		
Individuele begeleiding	5		
OGGZ	2		
Totaal	70		

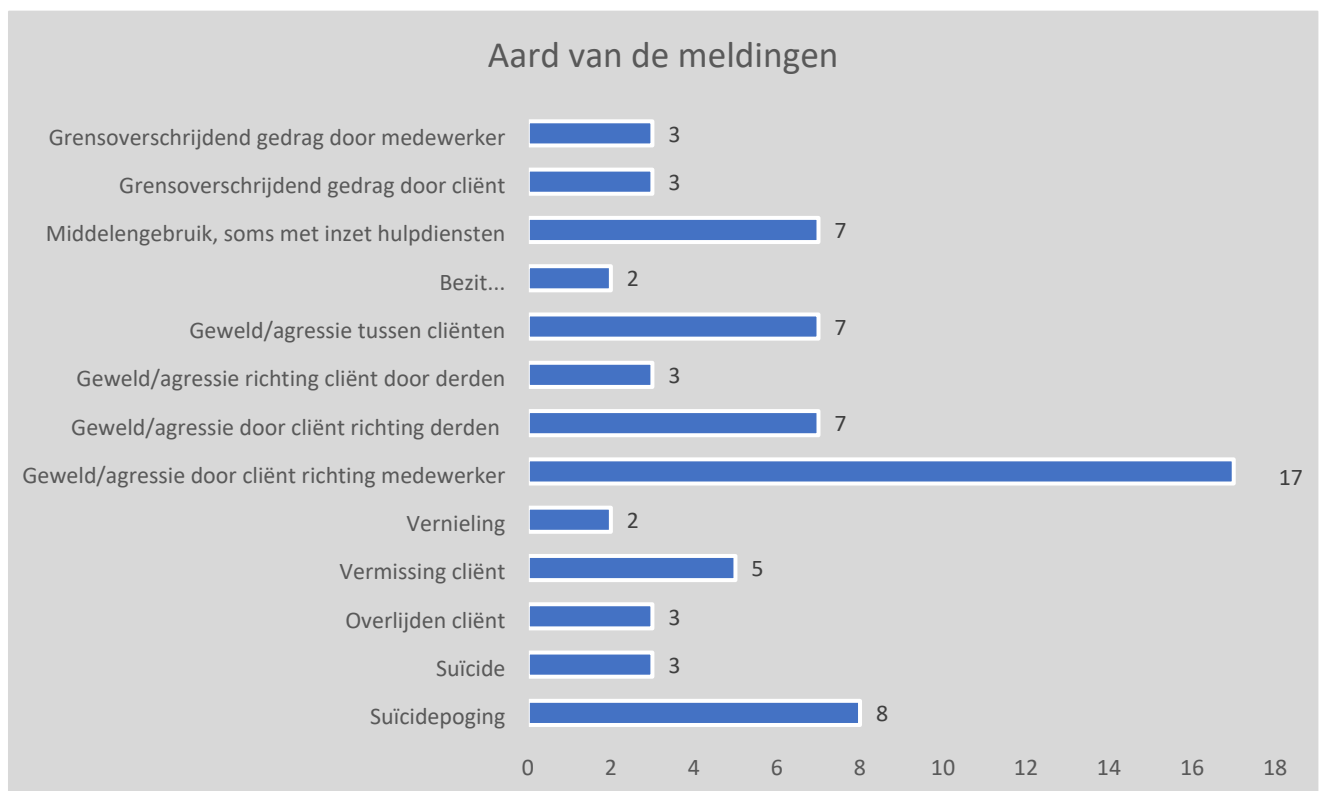


3. Wat viel op in 2024?

Verreweg de meeste incidentmeldingen worden gedaan door aanbieders van Beschermd wonen. Een verklaring hiervoor is dat binnen beschermd wonen de meest kwetsbare doelgroep verblijft. Het is een 24/7 woonomgeving waar cliënten een groot deel van hun tijd doorbrengen, waarvan de veiligheid bewaakt moet worden en de geboden ondersteuning aan veel kwaliteitseisen moet voldoen.

Geweld/agressie door een cliënt richting medewerker is in 2024 het meest gemeld. Aanbieders hebben te maken met een complexe doelgroep en in combinatie met middelengebruik en/of psychiatrische problematiek wordt agressief gedrag versterkt.

Daarnaast zijn er meldingen gedaan door twee aanbieders waarbij dezelfde client betrokken is bij een aantal incidenten. Dit komt door de problematiek van deze client. Uit de eerste melding betreffende een dergelijke cliënt blijkt dat de aanbieder een veiligheidsplan heeft en deze intensief volgt. Toezicht heeft met deze aanbieders specifieke afspraken ten aanzien van recidive. Vervolgincidenten worden bij toezicht (per mail) gemeld, en geregistreerd. Toezicht vraagt niet om een uitgebreide melding en niet om een evaluatie, tenzij het incident van totaal andere orde is en het dus geen recidive betreft.



In 2024 is er driemaal door een aanbieder een uitgebreid intern onderzoek gedaan, zoals uitgelegd op pagina 4 en 5. De aanleiding bij één aanbieder was seksueel grensoverschrijdend gedrag van een woonbegeleider naar een cliënt. Bij de andere aanbieder betrof dit dreiging met geweld van een zelfstandig wonende cliënt richting een ambulant begeleider en daaropvolgend suïcidale uitingen en suïcidaal gedrag. Bij de derde aanbieder ging het om een cliënt die een ernstig geweldincident heeft gepleegd.

In enkele gevallen werd de termijn waarop gemeld moet worden overschreden of werd er pas gemeld nadat de toezichthouders, geïnformeerd door een andere partij, contact hadden opgenomen. In dit soort gevallen vindt altijd een gesprek over het meldproces plaats tussen de toezichthouders en de zorgaanbieder.

De toezichthouders krijgen meldingen van geweld of agressie van cliënten, waarbij ook wapens worden gebruikt. In januari 2024 hebben de toezichthouders alle gecontracteerde aanbieders van Beschermd wonen over zorgelijke toename van het wapenbezit onder cliënten geïnformeerd. Dit is gedaan in het voortgangsbericht dat de afdeling Contractering van de gemeente Groningen heeft gestuurd naar alle gecontracteerde zorgaanbieders in de gemeente Groningen en de aanbieders van Beschermd wonen en opvang in de provincie Groningen. Hierbij is aan de aanbieders het advies gegeven om na te denken over beleid en het opstellen van een protocol om medewerkers handvatten te geven voor situaties waarin zij geconfronteerd worden met cliënten die (vermoedelijk) in bezit zijn van een wapen. Daarnaast is wapenbezit onderwerp van gesprek bij kwaliteitsonderzoeken die de toezichthouders doen.

Driemaal ontvingen de toezichthouders een melding over onprofessioneel gedrag van medewerkers, waarbij sprake was van (seksueel) grensoverschrijdend gedrag naar cliënten waarin de professionele norm van afstand en nabijheid ernstig overschreden werd, met ontslag van de medewerker tot gevolg.

Zorgaanbieders merken in bepaalde situaties op dat de problematiek van cliënten minder zwaar wordt voorgesteld dan wat de werkelijke situatie is. Ze worden geconfronteerd met cliënten met complexe (psychiatrische) problematiek en kunnen vervolgens niet voldoen aan de zorgbehoefte van deze cliënt. De ervaring is dat de benodigde samenwerking met GGZ en de crisisdienst in deze casussen moeizaam en traag verloopt.

4. Aanbevelingen

1. Naar aanleiding van het advies aan zorgaanbieders om na te denken over wapenbeleid, adviseren de toezichthouders gemeenten, net als vorig jaar, om na te denken over of en hoe zij dit ook bij de aanbieders in hun gemeente willen doen.
2. De toezichthouders adviseren zorgaanbieders om in hun personeelsaanname referenties te raadplegen, waarmee het risico's verkleind kan worden dat de zorgaanbieder een medewerker in dienst neemt die elders onprofessioneel en grensoverschrijdend gedrag vertoonde. Aanbevolen wordt om als gemeente dit ook uit te dragen aan zorgaanbieders.
3. Gemeenten merken verzwaring van de doelgroep Beschermd wonen. De toezichthouders herhalen hun advies aan gemeenten om het initiatief te nemen om samen met de zorgaanbieders te onderzoeken wat er nodig is om de veiligheid van cliënten, medewerkers en omgeving te borgen in het werken met deze doelgroep en het hanteren van de spelende problematiek.