



Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd
Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

PPF Centrum voor Hoog OntwikkelingsPotentieel

Toezicht nieuwe jeugdhulpaanbieder

Rapport PPF Centrum voor Hoog Ontwikkelpotentieel

De hulpaanbieder aan het woord

Op deze punten uit het rapport zijn we trots:

Alle uitspraken van de cliënten en in het bijzonder het citaat van de jongere in het rapport, dat deze zich echt gehoord voelt. Ons team van ervaren, vakbekwame medewerkers waardoor we breed kunnen kijken naar de problematiek. Dit past bij onze holistische visie. En waardoor we behandeling op maat kunnen leveren wat erg past bij onze cliënten. Onze wetenschappelijke staf onder voorzitterschap van hoogleraar en samenwerking met de universiteit. Onze uitgebreide testotheek. Het HKZ GGZ keurmerk. De missie van ons Centrum richting topreferent centrum. De vele 'groene' oordelen in dit rapport.

Met deze punten uit het rapport gaan we aan de slag:

Systematischer in dossier zetten van verloop (aanvang en eventuele veranderingen) van risico- en veiligheidsinschattingen door twee kopjes in dossier toe te voegen waaronder behandelaars dit kunnen beschrijven en ook gemakkelijk vinden. Systematischer in dossier zetten van verloop evaluatiemomenten door kopje in dossier toe te voegen waaronder behandelaars dit kunnen beschrijven en ook gemakkelijk vinden. Bij langdurende behandelingen jaarlijks bij iedere cliënt samen met cliënt/ouders/verzorgers behandelplan/overeenkomst updaten.

Wat gaan cliënten en ouders hiervan merken?

Door kopjes in dossier toe te voegen m.b.t. risico- en veiligheidsinschattingen wordt het risico dat we cliënten minder goed in het oog hebben dan we zouden willen verminderd. Dat is belangrijk. Door een kopje in dossier toe te voegen m.b.t. evaluaties zijn deze voor de behandelaar en voor de cliënt nog meer navolgbaar. Door structureel het behandelplan jaarlijks te updaten samen met de cliënt worden verwachtingen en verloop behandeling nog beter gemanaged. Door cliënten structureel te wijzen op klachtrecht voelen ze nog meer dan nu al het geval is ruimte om ontevredenheden bespreekbaar te maken.

Conclusie van de inspectie

De inspectie is positief over de lerende houding van de aanbieder en het beoogde effect op cliënten en ouders van jeugdigen. De voorgenomen verbeteracties geven de inspectie vertrouwen in het aanpakken van de verbeterpunten en voortzetten van de behandeling die PPF centrum biedt.

De inspectie acht de aanbieder in staat verantwoorde hulp te bieden.



1 Inleiding

In februari 2022 voerde de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (hierna: Inspectie) toezicht uit bij PPF Centrum Voor Hoog OntwikkelingsPotentieel, in Vught (hierna: PPF Centrum).

Aanleiding

De Inspectie ziet een aanbieder van jeugdhulp als 'nieuwe jeugdhulpaanbieder' tot maximaal anderhalf jaar nadat de aanbieder is gestart met het zelfstandig verlenen van jeugdhulp aan eigen jeugdigen. Voor het toezicht op nieuwe jeugdhulpaanbieders is een selectie gemaakt van de normen uit het JIJ-kader. In onderhavig toezicht is deze selectie aangevuld met een selectie normen geldend voor de Geestelijke Gezondheidszorg, gezien PPF Centrum zowel jeugd-GGZ als volwassenen GGZ biedt.

Doel van het toezicht was om te bepalen of PPF Centrum verantwoorde hulp biedt.

Opzet van het onderzoek

Het onderzoek is uitgevoerd aan de hand van het 'JIJ-kader – nieuwe jeugdhulpaanbieder'. Dit toetsingskader bestaat uit zeven normen die vallen onder drie thema's: ontwikkelingsgerichte hulp, de deskundige hulpverlener en goed bestuur. Het toetsingskader is te vinden op: www.igj.nl/publicaties/toetsingskaders/2021/01/05/het-jij-kader.

Beschrijving PPF Centrum Voor Hoog OntwikkelingsPotentieel

PPF Centrum voor Hoog OntwikkelingsPotentieel staat sinds december 2020 ingeschreven bij de Kamer van Koophandel, als Besloten Vennootschap onder het nummer 81401256. Onder PPF Centrum vallen PPF Jeugdzorg B.V. en PPF Integraal Kennisdomein B.V. PPF Centrum biedt zowel behandeling in (specialistische) geestelijke gezondheidszorg (hierna: SGGZ) als diagnostiek aan jeugdigen en volwassenen, met een hoog ontwikkelingspotentieel. Ook wordt ambulante begeleiding, al dan niet gekoppeld aan de behandeling, geboden.

PPF Centrum kent een eenhoofdig bestuur, welke tevens de praktijkhouder is. PPF Centrum wil zich vestigen als topreferent centrum in de GGZ. Hiervoor hebben zij de bedrijfsstructuur veranderd van Psychologen praktijk Frumau naar de huidige structuur, met onderscheid tussen volwassenen, jeugdigen, onderzoek en preventie (Breinstyn).

PPF Centrum heeft drie locaties, één in Nijmegen en twee in Vught. Binnen PPF Centrum werken 15 medewerkers, zowel in loondienst als op ZZP-basis, waaronder twee psychiaters, twee klinisch psychologen, (GZ-)psychologen, (tevens) psychotherapeuten en een sociaal-psychiatrisch verpleegkundige. En bij de preventietak een onderwijspecialist begaafdheid. In het toewerken naar een topreferent centrum heeft in 2021 een hoogleraar zich aangesloten bij PPF Centrum, voor het uitvoeren van wetenschappelijk onderzoek naar de behandeling van deze doelgroep.

PPF Centrum heeft contracten voor het leveren van jeugdhulp met de gemeenten Rivierenland, Noordoost Brabant (19 gemeenten), Rijk van Nijmegen en Centraal Gelderland. Ook heeft PPF Centrum een aantal maatwerkovereenkomsten met gemeenten. Voor de volwassen cliënten heeft PPF Centrum contracten met zorgverzekeraars. Op het moment van toezicht biedt PPF Centrum zorg aan 184 jeugdigen op basis van de jeugdwet, en 50 volwassenen (nagenoeg allemaal SGGZ). Momenteel is sprake van een opnamestop, PPF Centrum kent een wachtlijst van gemiddeld 1 jaar. Volgens de bestuurder zal naar verwachting in de zomer van 2022 de opnamestop eraf gaan.

2 Conclusie

In dit hoofdstuk geeft de inspectie haar conclusies weer. Daarnaast wordt in dit hoofdstuk beschreven hoe het vervolg van het toezicht eruit zal zien.

Analyse

De inspectie constateerde op de volgende normen alleen positieve punten:

- Wensen, behoeften, mogelijkheden van jeugdigen, ouders en netwerk zijn bekend bij hulpverleners (norm 1.1).
- De hulp aan jeugdigen en ouders draagt bij aan een gezonde ontwikkeling in een zo thuis mogelijke omgeving (norm 1.5).
- De bestuurder richt de organisatie zodanig in dat deze redelijkerwijs leidt tot verantwoorde hulp (norm 3.2).

Er is verbetering nodig op de volgende norm:

- Hulpverleners handelen methodisch en ontwikkelingsgericht (norm 2.3).






De aanbieder heeft laten weten aan de slag te gaan met bovengenoemd verbeterpunt. Zo wordt het dossier op onderdelen aangepast/ uitgebreid. In de dossiers heeft de inspectie reeds gezien dat doelen duidelijk omschreven staan. De uitbreiding van het dossier zal volgens de aanbieder leiden tot het consequent vastleggen van de evaluatiestructuur/ de voortgang van de doelen. Ook zal uitbreiding van het dossier volgens de aanbieder leiden tot het systematisch vastleggen van (het verloop van) de risico- en veiligheidsinschattingen. Hiermee pakt de aanbieder een door de inspectie genoemd aandachtspunt actief op (norm 2.1). Een ander aandachtspunt vanuit de inspectie is het risico die een te snelle groei met zich mee kan brengen, voor het behouden van continue zicht op wat in de organisatie en bij cliënten speelt (norm 3.3). De inspectie acht het daarom goed te lezen dat de aanbieder bij langdurende behandelingen (minimaal) eenmaal per jaar samen met de cliënten het behandelplan actualiseert.

Vervolg

De inspectie acht PPF Centrum in staat om verantwoorde hulp te bieden en vertrouwt erop dat zij de verbeterpunten aanpakken. De inspectie volgt dit vanuit haar reguliere toezicht.

3 Resultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten van het toezicht gepresenteerd, zoals de inspectie deze aantrof op het moment van toezicht. De inspectie geeft per norm aan wat haar oordeel is. De inspectie beoordeelt de normen op een vierpuntschaal:

-  *De aanbieder voldoet aan de norm. De inspectie constateert op deze norm alleen positieve punten.*
-  *De aanbieder voldoet grotendeels aan de norm. De inspectie constateert op deze norm veelal positieve punten, verbetering is op punten mogelijk.*
-  *De aanbieder voldoet grotendeels niet aan de norm. De inspectie constateert op deze norm overwegend negatieve punten, verbetering is noodzakelijk.*
-  *De aanbieder voldoet niet aan de norm. De inspectie constateert op deze norm nauwelijks tot geen positieve punten, verbetering is zeer noodzakelijk.*
-  *De inspectie heeft deze norm niet beoordeeld.*

Thema 1: Ontwikkelingsgerichte hulp

In dit thema kijkt de inspectie naar in hoeverre de hulp gericht is op de ontwikkeling van de jeugdige en diens gezin.

In onderstaand figuur ziet u wat de oordelen zijn van de inspectie op de normen die vallen onder dit thema.





Beeld



**Gezonde
ontwikkeling**



Hieronder leest u per norm een toelichting op het oordeel van de inspectie.

Norm 1.1		Oordeel
	Wensen, behoeften, mogelijkheden van jeugdigen, ouders en netwerk zijn bekend bij hulpverleners.	

In gesprek met de inspectie vertellen de behandelaars dat de aanmelding van nieuwe cliënten start met een eerste screening door een geregistreerd zorgverlener. De screening wordt vervolgens besproken in een multidisciplinair overleg. Hier wordt nagegaan of de behandelvraag passend is bij het aanbod van PFF Centrum. Een behandelaar vertelt dat na het multidisciplinair overleg een intake plaatsvindt door een regiebehandelaar, waarbij wordt stil gestaan bij de wensen en veranderdoelen van de cliënten. Bij aanvang van de behandeling wordt een plan opgesteld, cliënten worden hierbij betrokken en gevraagd het plan te ondertekenen. De behandelaars benadrukken echter dat een plan nooit statisch van aard is, en kan veranderen bij nieuwe inzichten of ontwikkelingen.

De inspectie hoort in het gesprek met een behandelaar en de bestuurder dat zij een actueel en gedeeld beeld hebben van de context van de cliënten. Gedurende de behandeling aan jeugdigen komen de domeinen thuis, school, vrije tijd en het systeem middels gesprekken aan bod. De ouders worden minimaal eenmaal gezien en gesproken, in bijzijn van de jeugdigen. Uit de gesprekken met volwassenen en uit diens dossiers komt naar voren dat bij de behandeling weinig aandacht is voor de behoeften van de naastbetrokkenen zelf. Het betrekken/ samenwerken van het netwerk vindt dan voornamelijk plaats op verzoek van de cliënt. De bestuurder noemt dat bij alle cliënten het brede systeem wordt bekeken en gedurende de behandeling wordt meegenomen. En wanneer sprake is van suïcidale uitingen wordt bij jeugdigen de ouders en bij volwassenen de partners betrokken. De behoeften kunnen gedurende het proces van de cliënt ook veranderen¹.

De inspectie ziet in de dossiers de hulpvraag van de cliënten beschreven. Deze is volgens de behandelaars leidend in het bieden van behandeling. De problematiek ten tijde van de aanmelding, de uitkomsten van de screening en intake, het uiteindelijke integratieve beeld en het daarvoor gebruikte testmateriaal komen uitgebreid terug in het dossier. Ook het verdere verloop van de behandeling, met eventuele veranderingen in het beeld over de jeugdigen of volwassenen, staat beschreven.

Norm 1.5		Oordeel
	De hulp aan jeugdigen en ouders draagt bij aan een gezonde ontwikkeling in een zo thuis mogelijke omgeving.	

De bestuurder noemt dat bewust is gekozen voor verschillende behandellocaties (twee in Vught en één in Nijmegen), om zodoende dicht bij de cliënt zorg te kunnen bieden. De bestuurder vertelt dat de kleinschalige locatie in Nijmegen zich in een woonwijk bevindt, met een grote wachtruimte en vier

¹ GGZ-standaarden Generieke module naasten

behandelkamers. De door de inspectie bezochte locatie in Vught, bevindt zich eveneens in een woonwijk. Tijdens de rondleiding ziet de inspectie dat alle behandelkamers cliëntvriendelijk zijn ingericht. In alle behandelkamers bevindt zich speelgoed en spelmaterialen voor de jeugdigen. De ramen van de behandelkamers zijn voorzien van raambekleding, om de privacy van cliënten te waarborgen. Een uitgebreide testotheek is aanwezig voor het uitvoeren van (specialistische) diagnostiek. Cliënten vertellen in gesprekken met de inspectie dat zij de kleinschaligheid van de praktijk als zeer prettig ervaren.

Zowel in de gesprekken met de behandelaren en de bestuurder alsook in de gesprekken met de cliënten komt de betrokkenheid van behandelaren, en het zoeken naar aansluiting naar voren. De behandelaren noemen dat iedere behandeling bestaat uit maatwerk, om zodoende de best passende zorg te bieden. Sommige behandelgesprekken vinden al wandelend buiten plaats, op wens van een cliënt, of op voorstel van de behandelaar. Naast behandeling in de praktijk, bieden behandelaren en de sociaal-psychiatrisch verpleegkundige (systeem-) ondersteuning en psycho-educatie in de thuissituatie aan jeugdigen en diens ouders. In de dossiers ziet de inspectie beschreven wie er in het leven van de jeugdigen een belangrijke rol spelen. In het zoeken naar aansluiting noemen de behandelaren als voorbeeld dat de sociaal-psychiatrisch verpleegkundige contacten legt met de school van jeugdigen. Het contact met de naasten van volwassenen, vindt enkel plaats op diens verzoek. Ook de frequentie van contact is volgens de behandelaren maatwerk. In dossiers is daarnaast zichtbaar dat op momenten van crisis, de contacten opgeschroefd worden. Cliënten vertellen in gesprek met de inspectie dat in de behandelgesprekken veel ruimte bestaat voor hun verhaal. En dat de afbouw van de behandeling plaatsvindt in nauw overleg en met gepaste snelheid.



"Ik voel mij echt gehoord, de behandelaar laat mij mijn verhaal doen en denkt mee. Het is fijn om je verhaal te kunnen doen bij mensen die er verstand van hebben." Jeugdige

Thema 2: De kundige hulpverlener

In dit thema kijkt de inspectie naar in hoeverre de hulpverleners in staat zijn om met voldoende actuele en passende kennis en kunde te handelen en in hoeverre hulpverleners met anderen samenwerken waar dat nodig is.

In onderstaand figuur ziet u wat de oordelen zijn van de inspectie op de normen die vallen onder dit thema.



Veiligheid



Methodisch handelen



Hieronder leest u per norm een toelichting op het oordeel van de inspectie.

Norm 2.1		Oordeel
	Hulpverleners maken professionele afwegingen over de veiligheid van jeugdigen.	

De behandelaren vertellen dat zij inschattingen van de veiligheid van cliënten op eenduidige wijze maken. Bij het maken van het intakeverslag vindt een beoordeling plaats van de opgehaalde informatie tijdens het gesprek. Daarvoor wordt breed uitvraag gedaan naar verschillende risicogebieden, en specifiek voor jeugdigen diens ontwikkelingsgebieden. Ook worden thema's als depressie, suïcide, somatiek (indien relevant voor behandeling), medicatiegebruik en het systeem in kaart gebracht, aldus de behandelaren. De inspectie ziet in de dossiers terug dat de opgehaalde informatie uit het intakegesprek zorgvuldig is gedocumenteerd.



De behandelaren noemen dat zowel jeugdigen als volwassenen worden besproken in een wekelijks multidisciplinair overleg. Op deze wijze zou gesproken kunnen worden van een systematiek. Echter worden niet alle cliënten structureel besproken. In dossiers ziet de inspectie (structurele en/of intercollegiale) overlegmomenten onvoldoende terug. Wel is in de dossiers, voor de inspectie, navolgbaar welke afwegingen gemaakt zijn, ook ten tijde van crisis. In de dossiers is zichtbaar dat behandelaren indien nodig andere expertise betrekken (Veilig Thuis, school of huisarts) en er gewerkt wordt met signaleringsplannen.

De inspectie hoort in de gesprekken met de bestuurder en behandelaren dat wanneer sprake is van problematiek in de systemische sfeer, zij alert zijn op signalen van huiselijk geweld en/of kindermishandeling. De behandelaren vertellen dat zij op de hoogte zijn van de stappen uit de meldcode.

Aandachtspunt

De inspectie hoort in de gesprekken dat behandelaren afwegingen maken over de veiligheid van jeugdigen en volwassenen. Echter ontbreekt voldoende systematische borging en documentatie van deze afwegingen. De inspectie verwacht dat PPF Centrum zowel bij de start alsook bij de evaluatie

en veranderende omstandigheden risico- en veiligheidsinschattingen maakt, en deze navolgbaar vastlegt in het dossier van de cliënten. Na vaststelling van de concept rapportage heeft de bestuurder de inspectie geïnformeerd dat na ieder groot of klein multidisciplinair overleg, volgens format, een verslag wordt gemaakt welke in het cliëntdossier wordt gehangen. Tijdens het toezicht heeft de inspectie dit echter onvoldoende in dossiers teruggezien.

Norm 2.3		Oordeel
	Hulpverleners handelen methodisch en ontwikkelingsgericht.	

In de dossiers van cliënten ziet de inspectie concrete en ontwikkelingsgerichte doelen beschreven staan, met de bijhorende behandel- of diagnostiekmethode. De rapportage en contactmomenten zijn actueel en duidelijk beschreven.

In de gesprekken met cliënten komt naar voren dat zij weten wat hun behandeldoelen zijn en hoe zij hier, samen met de behandelaar, aan werken. De cliënten vertellen dat zij minimaal één keer per jaar een evaluatie van het behandelplan hebben, waarbij de voortgang van de doelen besproken wordt. Een behandelaar geeft aan iedere vijf weken stil te staan met de cliënten bij de huidige stand van zaken, en te vragen naar diens ervaringen. Daaropvolgend past de behandelaar waar nodig de behandeling aan. In de dossiers van de cliënten ziet de inspectie onvoldoende systematische evaluatiestructuur terug. Een behandelaar geeft aan “volgens mij bestaan er geen vaste richtlijnen in deze organisatie rondom evaluatie of de borging hiervan”. Of het voor cliënten altijd duidelijk is wie (eind)verantwoordelijk is voor de behandeling kan een regiebehandelaar niet met zekerheid noemen. Hij vertelt “het komt weleens voor dat een psychiater tijdens een lopende behandeling invoegt, bijvoorbeeld wegens medicatie, wanneer stabilisatie heeft plaatsgevonden gaat de regie weer terug naar de behandelaar.” De overdracht vindt volgens de regiebehandelaar wel altijd formeel plaats in een multidisciplinair overleg, of dit ook bekend is bij de cliënten is voor de regiebehandelaar onbekend.

Het valt de inspectie op dat sommige cliënten al geruime tijd (> 4 jaar) in behandeling zijn bij PPF Centrum. In dossiers ziet de inspectie onvoldoende terug wat maakt dat de behandeling voortgezet dient te worden c.q. waarom doelen nog niet zijn behaald zijn.

Verbeterpunt

De inspectie ziet in de dossiers dat doelen duidelijk staan omschreven in het plan. Echter ontbreekt een systematische werkwijze op de voortgang en evaluatie van deze doelen. De inspectie verwacht dat PPF centrum op systematische wijze de behandeldoelen evalueert en dit navolgbaar vastlegt in de dossiers.



Thema 3: Goed bestuur

In dit thema kijkt de inspectie naar in hoeverre de organisatie op een goede wijze wordt bestuurd en een lerende organisatie is die zich voortdurend verbetert.

In onderstaand figuur ziet u direct wat de oordelen zijn van de inspectie op de normen die vallen onder dit thema.



In onderstaande tabel leest u per norm een toelichting op het oordeel van de inspectie.

Norm 3.2	Oordeel
 De bestuurder richt de organisatie zodanig in dat deze redelijkerwijs leidt tot verantwoorde hulp.	

Binnen PPF Centrum werken zeven Fte medewerkers, waaronder twee psychiaters, klinisch psychologen, GZ-psychologen, basispsychologen (SKJ geregistreerd) en psychotherapeuten (BIG geregistreerd). De bestuurder vertelt dat de praktijk sterk is gegroeid, in hoeveelheid en diversiteit aan medewerkers. Zowel de bestuurder als de behandelaren noemen dat PPF Centrum ervaren en vakbekwame medewerkers in (loon)dienst heeft. Waardoor breed gekeken kan worden naar de problematiek en behandeling op maat geleverd kan worden. Ook noemt de bestuurder dat binnen PPF Centrum doorlopend aandacht is voor nieuwe (wetenschappelijke) inzichten. Zo heeft zich in het toewerken naar een topreferent centrum in 2021 een hoogleraar aangesloten bij PPF Centrum, voor het maken van de verbinding specialistische zorg met wetenschappelijk onderzoek.



De bestuurder vertelt dat elke medewerker een eigen ontwikkelplan heeft. Daarnaast stimuleert en faciliteert PPF Centrum het behalen van benodigde registraties en bieden zij een GZ-opleiding. Binnen de praktijk is de regiebehandelaar eindverantwoordelijk voor de behandelingen. Deze wordt volgens de behandelaren ingevuld door de bijdrage aan de intake en evaluatie van de behandeling.

De bestuurder vertelt dat de HKZ-certificering een belangrijk ijkmoment is geweest voor PPF Centrum: "Je wilt het graag goed doen, weten waar je als praktijk staat, wat doen we goed, en wat kunnen we nog verbeteren?". De inspectie heeft tijdens het toezicht het geldige HKZ Kwaliteitsmanagementsysteemcertificaat Geestelijke Gezondheidszorg gezien. De behandelaren

noemen dat alle protocollen, waaronder de meldcode, zich bevinden in een map op de behandellocatie.

De bestuurder laat in het gesprek met de inspectie weten te werken met een wachtlijst. Om deze niet verder op te laten lopen, heeft de bestuurder een opname stop ingesteld. Bij het nemen van dit besluit, is contact opgenomen met de wachtende cliënten. Een behandelaar vertelt dat aan alle cliënten de keuze is gesteld van al dan niet wachten, ook zijn afspraken gemaakt mocht zich tussentijds een escalatie/ crisis voordoen.

In de personeelsdossiers ziet de inspectie dat er bij één van de geraadpleegde dossiers geen Verklaring Omtrent Gedrag (VOG) aanwezig was bij de start van indiensttreding. De VOG dateert van enkele dagen later. PPF Centrum dient zorg te dragen voor het in bezit hebben van de VOG vóór de start van de indiensttreding van een nieuwe medewerker. In de geraadpleegde dossiers ziet de inspectie verder dat PPF Centrum beschikt over conforme Verklaringen Omtrent Gedrag en diploma's van de medewerkers.

Norm 3.3		Oordeel
	De bestuurder verbetert, in een lerend werkklimaat, continu zijn prestaties en de resultaten van de hulp.	

In de gesprekken noemt de bestuurder, alsook de behandelaren, dat binnen PPF Centrum een open cultuur heerst. Volgens de behandelaren vertrouwt men erop dat medewerkers het multidisciplinair overleg gebruiken voor tegenspraak, om casussen waarbij sprake is van een vorm van stagnatie te bespreken. Ook noemen de behandelaren dat de voortgang en prestaties van de zorg in deze overleggen intercollegiaal worden getoetst. Een regiebehandelaar vertelt in gesprek dat hij met de GZ-psycholoog i.o. periodieke gesprekken voert, over de voortgang van de behandeling van diens cliënten. Hij noemt daarbij "te varen op de problemen die de GZ-psycholoog i.o. tegenkomt, en een map met aantekeningen bij te houden van de overleggen". Deze aantekeningen worden niet in het dossier gezet, de regiebehandelaar noemt erop te vertrouwen dat de GZ-psycholoog i.o. dit doet. De inspectie heeft niet kunnen verifiëren of de GZ-psycholoog dit ook doet. Richting nieuwe collega's noemen de behandelaren een coachende rol op zich te nemen, rondom onderwerpen als seksualiteit en suïcidaliteit. Zij noemen zich bewust te zijn van de ingewikkeldheid van deze thema's. De behandelaren vertellen in gesprek deel te nemen aan intervisie.

PPF Centrum gebruikt ROM lijsten (Routine Outcome Monitoring)², gedurende het toezicht wordt voor de inspectie niet helder welke lijsten precies gebruikt worden en hoe hier vervolgens mee wordt omgegaan. De cliënttevredenheid wordt gemeten middels een eigen opgesteld instrument. Incidenten worden geregistreerd. Na vaststelling van het conceptrapport heeft de bestuurder laten weten dat standaard bepaalde ROM lijsten, zoals de SDQ, worden gebruikt. En bij volwassenen de CQI afgenomen wordt



² Vragenlijst cliënt, ten behoeve van het evalueren van het effect van de behandeling tot dan toe.

De inspectie heeft tijdens het toezicht met de bestuurder besproken dat zij met ingang van de Wet Toetreding Zorg Aanbieders (WTZA) in januari 2022, vergunningsplichtig zijn. Dit wegens het verlenen van medisch specialistische zorg, blijktens het in dienst hebben van een psychiater.

Aandachtspunt

De inspectie hoort in de gesprekken met de bestuurder en de behandelaren terug dat resultaten van de (voortgang van) zorg onderwerp van gesprek zijn tijdens multidisciplinaire overleggen. Het verkrijgen van een voldoende en actueel beeld van deze resultaten, vindt echter niet plaats volgens een vaste systematiek en/of vastlegging in het dossier. Een te snelle groei kan risico's met zich meebrengen voor het behouden van continue zicht op wat in de organisatie en bij cliënten speelt. In de gesprekken met de behandelaren heeft de inspectie geluiden gehoord van een mate van zorg over de snelle groei van PPF Centrum.

PPF centrum heeft na vaststelling van het conceptrapport aan de inspectie laten weten reeds de vergunning volgens de WTZA te hebben aangevraagd.

Norm 3.4		Oordeel
	De bestuurder biedt jeugdigen en hun ouders de mogelijkheid voor hun individuele belangen op te komen.	

De bestuurder vertelt dat PPF Centrum is aangesloten bij de landelijke vereniging van vrijgevestigde psychologen en psychotherapeuten (hierna: LVVP), waar zij de klachten- en geschillencommissie hebben belegd. Op de website van LVVP ziet de inspectie een duidelijk onderscheid tussen de klachtenregelingen voor volwassenen en jeugdigen. Voor jeugdigen staat de mogelijkheid genoemd voor ondersteuning vanuit het Advies klachtenbureau Jeugdzorg (hierna: AKJ). Op de website van PPF Centrum wordt eveneens een duidelijk onderscheid gemaakt tussen de klachtenregeling voor de Jeugdwet en de Wkkgz, met een link naar de website van de LVVP.

Zowel de bestuurder als de behandelaren vertellen in gesprek dat cliënten niet actief geweest worden op het klachtrecht. En dat jeugdigen of diens ouders niet actief geweest worden op de mogelijkheid contact te leggen met het AKJ/ een vertrouwenspersoon. In reactie op het conceptrapport heeft de bestuurder aanvullend laten weten dat cliënten tijdens de intake wel een map ontvangen met informatie over het klachtrecht.

De bestuurder noemt geen contact te hebben (gehad) met het AKJ. De gesproken cliënten geven aan de informatie niet gemist te hebben. Zij hebben tijdens de behandeling altijd de ruimte gevoeld om eventuele onvrede laagdrempelig en open bespreekbaar te maken. Laatstgenoemde geldt ook voor de gesproken volwassen cliënten.

Aandachtspunt

- De inspectie verwacht dat PPF Centrum cliënten actief informeert over hun mogelijkheden (voor onafhankelijke ondersteuning) binnen het klachtrecht.
- Op de website van PPF Centrum staat vermeld dat een cliënt zich allereerst dient te wenden tot diens behandelaar, de klachtenfunctionaris of directie. Om zodoende waar mogelijk de klachten in een gesprek met de cliënt persoonlijk op te lossen. De Jeugdwet gaat uit van een effectieve en laagdrempelige klachtenbehandeling, door een commissie met minimaal een onafhankelijk voorzitter. De inspectie verwacht dat dit wordt aangevuld en aangepast op de website.

Bijlage: Verantwoording van het toezicht

De inspectie voerde het toezicht bij PPF centrum aangekondigd uit op 23 februari 2022. Om tot een gefundeerd oordeel te komen, gebruikte de inspectie voor het toezicht verschillende informatiebronnen. De informatie uit deze bronnen is met elkaar vergeleken en gewogen. Voor het toezicht zijn de volgende bronnen betrokken:

- Een gesprek met 1 jeugdige.
- Een gesprek met 2 volwassen cliënten.
- Een (telefonisch) gesprek met 1 ouder.
- Een gesprek met het dagelijks bestuur van PPF centrum
- Gestructureerde interviews met:
 - 2 regiebehandelaren
- De check van 3 dossiers op de aanwezigheid van de Verklaring Omtrent het Gedrag van medewerkers, waarbij de inspectie op basis van een aantal criteria zelf de dossiers heeft geselecteerd.
- De check van 5 dossiers van jeugdigen en volwassenen, onder andere op de aanwezigheid van een plan en risico-inschattingen en -beoordelingen. Hierbij was een medewerker aanwezig. De inspecties hebben zelf de dossiers geselecteerd.
- Observaties van de behandelruimten.
- Analyse van de volgende documenten:
 - Kwaliteitshandboek

Duidelijk. Onafhankelijk. Eerlijk.

www.igj.nl