

## WMO TOEZICHT

Twee definitieve kwaliteitsrapporten signaal gestuurd onderzoek en herinspectie naar aanleiding van het signaal gestuurde kwaliteitsonderzoek

Naam: Multihulp V.O.F.  
Adres: Wassenaarweg 40  
Postcode en woonplaats: 6843 NW Arnhem  
KvK nummer: 58077855

Zorgvorm: begeleiding basis en specialistisch

Datum signaal gestuurde kwaliteitsonderzoek: 1 juni 2021  
Datum herinspectie: 1 december 2021

In opdracht van: Modulaire Gemeenschappelijke Regeling sociaal domein regio Centraal Gelderland en de gemeente Arnhem



## **LEESWIJZER**

Voor u liggen de twee inspectierapporten voortkomend uit het signaal gestuurde kwaliteitsonderzoek dd. 1 juni 2021 en de herinspectie naar aanleiding van het signaal gestuurde kwaliteitsonderzoek dd. 1 december 2021.

Beide rapporten zijn apart opgesteld, maar zijn gezamenlijk gepubliceerd.

Er wordt gestart met het kwaliteitsrapport voortkomend uit het signaal gestuurde kwaliteitsonderzoek dd. 1 juni 2021.

Vervolgens treft u vanaf pagina 31 het kwaliteitsrapport voortkomend uit de herinspectie dd. 1 december 2021.

## **Rapport signaal gestuurd onderzoek dd. 1 juni 2021 Multihulp V.O.F.**

## **INHOUDSOPGAVE RAPPORT SIGNAAL GESTUURD ONDERZOEK**

<b>WMO TOEZICHT</b>	<b>1</b>
<b>INLEIDING</b>	<b>5</b>
Korte beschrijving van de locatie en de doelgroep	5
Onderzoek: aanleiding en belang	6
Inspectiehistorie	6
<b>CONCLUSIE EN ADVIES</b>	<b>7</b>
Advies aan de gemeente	8
<b>BEVINDINGEN</b>	<b>9</b>
<b>1 Doelmatigheid voorziening</b>	<b>9</b>
1.1 Ondersteuningsplan	9
1.2 Evaluatie	10
1.3 Ondersteuning	10
1.4 Zelfredzaamheid	11
1.5 Wonen en zorg	11
<b>2 Veiligheid</b>	<b>11</b>
2.1 Veiligheid cliënt	11
2.2 Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling	12
2.3 Intern meldingssysteem incidenten/bijna incidenten	12
2.4 Calamiteiten	12
<b>3 Samenwerking en afstemming</b>	<b>13</b>
3.1 Afstemming	13
3.2 Casusregie	13
3.3 VIR	13
<b>4 Kwaliteit van personeel en organisatie</b>	<b>14</b>
4.1 Kwaliteitssysteem	14
4.2 Personeelsbeleid	14
4.3 Goed hulpverlenerschap, professionele standaard en kwaliteit	15
4.4 Medewerkers: Verklaring omtrent gedrag (VOG)	16
4.5 Informatievoorziening en website	16
<b>5 Rechten van de cliënt</b>	<b>16</b>
5.1 Klachtenregeling	16
5.2 Rechten van de cliënt en gedragscode	17
<b>ZIENSWIJZE AANBIEDER</b>	<b>18</b>
<b>BRONOVERZICHT</b>	<b>20</b>
<b>GEGEVENSOVERZICHT</b>	<b>21</b>
<b>BIJLAGE 1 EISEN</b>	<b>22</b>

## 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).

11 Gemeenten in de regio Centraal Gelderland hebben deze taak ondergebracht bij Modulaire Gemeenschappelijke Regeling sociaal domein regio Centraal Gelderland (MGR), te weten Arnhem, Doesburg, Duiven, Lingewaard, Overbetuwe, Renkum, Rheden, Rozendaal, Wageningen, Westervoort en Zevenaar.

De Wmo 2015 regelt in artikel 6.1. dat gemeenten een toezichhoudende ambtenaar aanwijzen. De colleges van B&W van deze 11 gemeenten hebben de Directeur Publieke Gezondheid van GGD Gelderland-Midden als toezichhoudend ambtenaar aangewezen met de mogelijkheid deze toezichhoudende 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 Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ). Gegevens en bevindingen in dit rapport beperken zich tot Wmo verstrekkingen.

Uitgangspunt voor het toezicht zijn de kwaliteitscriteria uit de Wmo 2015 aangevuld met alle eisen en voorwaarden waaronder de aanbieder gecontracteerd is binnen Inkoop 2020.

De rapporten van Wmo kwaliteitstoezicht uitgevoerd door de toezichhouders van de GGD Gelderland –Midden worden gepubliceerd op de website [www.vggm.nl](http://www.vggm.nl)

Dit onderzoek heeft plaatsgevonden in opdracht van de Modulaire Gemeenschappelijke Regeling sociaal domein regio Centraal Gelderland (hierna: MGR SDCG), waarbij de gemeente Arnhem als opdrachtgevende gemeente optreedt.

Bezwaar op de openbaarmaking van het rapport van het kwaliteitsonderzoek uitgevoerd bij Multihulp kan worden ingediend bij de gemeente Arnhem.

## Korte beschrijving van de locatie en de doelgroep

Multihulp V.O.F. (hierna: Multihulp) verleent vanuit de rechtsvorm vennootschap onder firma sinds 2001 ondersteuning. In 2020 is Multihulp door de MGR SDCG aanbesteed voor het bieden van begeleiding (basis en specialistisch) en groepsbegeleiding (stabiel en ontwikkeling).

In de gemeente Arnhem wordt aan 16 cliënten begeleiding geboden. Daarnaast ontvangt één cliënt in Arnhem groepsbegeleiding.

In de gemeente Overbetuwe ontvangen twee cliënten begeleiding en tevens groepsbegeleiding van Multihulp. Ook biedt de aanbieder ondersteuning aan zes cliënten in de gemeente Zevenaar.

De zorg vindt plaats op basis van Zorg in Natura financiering.

In het algemeen betreft het gezinnen/cliënten met een verstandelijke beperking, psychische en/of arbeid gerelateerde problematiek met diverse culturele achtergronden.

Naast ondersteuning vanuit de Wmo biedt Multihulp begeleiding en groepsbegeleiding vanuit de jeugdwet. De aanbieder is voornemens om ook ondersteuning vanuit de Wlz te gaan bieden.

De begeleiding wordt geboden door vijf personeelsleden, waaronder twee directieleden. De twee directieleden zijn eindverantwoordelijk voor besluitvorming.

## Onderzoek: aanleiding en belang

Dit onderzoek heeft plaatsgevonden in opdracht van de MGR SDCG waarbij de gemeente Arnhem als opdrachtgevende gemeente optreedt. Bij dit onderzoek is ook de gemeente Overbetuwe betrokken.

Aanleiding voor dit onderzoek waren signalen die bij MGR SDCG zijn binnen gekomen. De betreffende signalen riepen bij MGR SDCG vragen op over de kwaliteit c.q. de professionaliteit van de geleverde ondersteuning.

Daarnaast heeft op 22 september 2020 pro actief toezicht plaatsgevonden bij de aanbieder middels een Quickscan. De Quickscan is een verkorte variant van een kwaliteitsonderzoek, waarin geselecteerde basiseisen uit het regionale kwaliteitskader worden getoetst. Naar aanleiding van de Quickscan adviseerde de Wmo toezichthouder om een volledig kwaliteitsonderzoek uit te voeren.

Het onderzoek heeft zich niet alleen gericht op betreffende signalen, maar op alle (kwaliteits)eisen vanuit de Wmo en aanvullende eisen vanuit de gemeentelijke overeenkomsten en de regionale contracteisen en -voorwaarden.

Het inspectiebezoek vond plaats op 1 juni 2021. Het betrof een onaangekondigd signaalgestuurd kwaliteitsonderzoek dat vanwege de geldende coronamaatregelen ongeveer een uur voor het inspectiebezoek telefonisch werd aangekondigd.

Op dat moment waren er geen cliënten aanwezig.

Het onderzoek bestond uit observatie, bronnenonderzoek (o.a. cliëntdossiers) en interviews.

Er hebben gesprekken plaats gevonden met twee directieleden en de zorgcoördinator van Multihulp, die allen tevens begeleiding bieden aan cliënten. Ook is gesproken met twee medewerkers.

Op 18 juni heeft de Wmo toezichthouder een tweede bezoek gebracht aan de aanbieder. Hier heeft de toezichthouder aanvullende vragen gesteld aan één van de directeuren, één communicatiemedewerker en één externe adviseur van de aanbieder.

Ten behoeve van het onderzoek zijn tevens gesprekken gevoerd met vier cliënten en een voormalig cliënt. Er is ook gesproken met één wettelijke vertegenwoordiger van een cliënt.

Daarnaast zijn gesprekken gevoerd met vier wijkcoaches van de gemeente Arnhem en één wijkcoach van de gemeente Overbetuwe.

Personen stelden zich coöperatief op. Alle gesprekken verliepen in een open en professionele sfeer.

## Inspectiehistorie

Op 22 september 2020 heeft door de GGD Gelderland Midden pro actief toezicht plaatsgevonden bij de aanbieder middels een Quickscan in opdracht van de MGR SDCG.

Uit de Quickscan bleken verbeterpunten ten aanzien van personeelskwalificaties, rechten van de cliënt, klachtenprocedure en ondersteuningsplannen en evaluatieverslagen van de cliënt.

De Wmo toezichthouder adviseerde de MGR SDCG een volledig kwaliteitsonderzoek bij de aanbieder uit te laten voeren.

## CONCLUSIE EN ADVIES

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

Wat gaat goed:

- Cliënten zijn tevreden over de inhoud van de begeleiding;
- Cliënten zijn door de aanbieder goed geïnformeerd over hun rechten en plichten;
- De aanbieder beschikt over actuele werkinstructies en protocollen. Medewerkers zijn hiermee bekend.

Er wordt nog niet voldaan aan:

- **Wettelijke kwaliteitseis: De voorziening is doelmatig, doeltreffend en cliëntgericht (Wmo 2015, art. 3.1, tweede lid sub a).**
  - In het ondersteuningsplan zijn in ieder geval de volgende onderwerpen beschreven:
    - o Binnen welk tijdsbestek er kan worden afgeschaald naar minder uren en/of een eenvoudigere ondersteuningsinzet.
    - o In het plan staat vermeld wie de casusregisseur of coördinator is (in het geval van meervoudige, complexe problematiek dient een regisseur te zijn aangewezen (zie eis 5 Casusregie).
  - De aanbieder investeert aantoonbaar in het innoveren en eventueel afbouwen van zorg, dat wil zeggen het verkorten van de zorgduur en het verminderen van het aantal begeleidingsuren. Bij begeleiding betekent dit dat de aanbieder waar mogelijk werkt aan het afbouwen van begeleiding naar voorliggende voorzieningen en/of naar de inzet van het sociaal netwerk, bij voorkeur met behulp van sociale netwerkstrategieën.
  - Er wordt ingezet op het afschalen van Begeleiding specialistisch naar Basis begeleiding (zie eis 1). Hierover worden concrete afspraken gemaakt in het ondersteuningsplan van de cliënt.
  - Uit de evaluatie blijkt in hoeverre de gestelde doelen zijn behaald. Als een doel of een resultaat niet wordt gehaald, is de opdrachtnemer verantwoordelijk voor de motivering waarom dat doel of resultaat niet gehaald is. De opdrachtnemer beschrijft de wijze waarop de gestelde doelen alsnog behaald kunnen worden of dienen te worden bijgesteld.
  - Aanbieder werkt aan zelfregie van zorg waar dit mogelijk is. Er wordt verwacht van aanbieder dat hij aantoonbaar de zelfredzaamheid van de cliënten verbetert en/of verslechtering voorkomt of de zelfredzaamheid stabiel houdt.
- **Wettelijke kwaliteitseis: De voorziening is veilig (Wmo 2015, art. 3.1, tweede lid sub a).**
  - In het kader van de geboden hulp/ondersteuning wordt de veiligheid van de cliënt gewaarborgd. Aanbieder dient risico's te signaleren ten aanzien van de fysieke en sociale veiligheid van de cliënt.
  - Er is een intern meldings-/registratiesysteem voor incidenten, fouten en bijna fouten dat operationeel is (VIM: Veilig Incident Melden). Het melden, registreren, analyseren, verbeteren en terugkoppelen aan melder is georganiseerd en geborgd. Het betreft incidenten of bijna incidenten, die zijn gekoppeld aan het handelen door zorgprofessionals.
- **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).**
  - In geval van meervoudige, complexe problematiek is één regisseur of coördinator aangewezen die de nodige samenhang en continuïteit bewaakt.
  - In eerste aanleg is de cliënt zelf regisseur van zijn zorg, tenzij dit niet mogelijk is. In dat geval neemt de ondersteunende/behandelende organisatie of de toegang de regie over.
  - De regisseur dient toegang te krijgen tot de noodzakelijke gegevens om de casusregie uit te kunnen voeren. Hierbij wordt rekening gehouden met de privacyregels.
  - Opdrachtnemer maakt, indien van toepassing, gebruik van de verwijzingsindex risicojongeren (VIR) en onderneemt de benodigde acties.

- **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.).**
  - De opdrachtnemer is zelf bekwaam en gekwalificeerd en/of beschikt over aantoonbaar bekwame en gekwalificeerde medewerkers voor het uitvoeren van de gevraagde dienstverlening, zet gekwalificeerde medewerkers in en dient dit op ieder moment aan opdrachtgever te kunnen aantonen.
  - Uitvoering door een professional met een opleiding op minimaal mbo3 niveau op het gebied van Zorg en Welzijn onder aansturing van een professional met minimaal een opleiding op mbo-4/ beginnend hbo niveau in een gelijke richting.
  - Binnen de in de opdracht en overige inkoopdocumenten gestelde kaders neemt opdrachtnemer ten opzichte van de cliënt bij de uitvoering van zijn werkzaamheden de ondersteuning van een goed hulpverlener in acht en handelt daarbij in overeenstemming met de op hem rustende verantwoordelijkheid, voortvloeiende uit de voor hem of haar geldende professionele standaard en conform alle gestelde eisen en voorwaarden. Tot goed hulpverlenerschap wordt in ieder geval ook gerekend het leveren van kwalitatief goede, verantwoorde en proportionele ondersteuning binnen de hiertoe geldende of nog te stellen termijnen.
  
- **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.).**
  - In het klachtenjaarverslag/klachtenlijst is minimaal beschreven:
    - Hoeveel klachten zijn ingediend.
    - Welke klachten zijn ingediend (beschrijving van de klacht, incl. het thema van de klacht).
    - De afhandelingstermijn (per klacht).
    - De wijze waarop de klachten zijn afgehandeld (per klacht).
    - De wijze van communicatie en opvolging van de klachten (per klacht).
    - Welke verbetermaatregelen naar aanleiding van de klachten zijn genomen (per klacht).

## Advies aan de gemeente

De Wmo toezichthouder van de VGGM geeft het advies aan de MGR SDCG en gemeente Arnhem te handhaven (conform handhavingbeleid).



## BEVINDINGEN

### 1 Doelmatigheid voorziening

*Wettelijke kwaliteitseis: De voorziening is doelmatig, doeltreffend en cliëntgericht (Wmo 2015, art. 3.1, tweede lid sub a).*

#### 1.1 Ondersteuningsplan

*Deelconclusie: Aan de gestelde eis wordt deels voldaan. Afspraken over afschaling van uren ontbreken in de ondersteuningsplannen. De aanbieder lijkt daarnaast meer uren in te zetten dan beschikt, waardoor onvoldoende aantoonbaar is dat er wordt gewerkt aan het afschalen van begeleidingsuren.*

Beschrijving:

De toezichthouder heeft vijf ondersteuningsplannen ingezien.  
Alle ondersteuningsplannen zijn opgesteld door begeleiders met minimaal Mbo 4 niveau.

De ondersteuningsplannen voldoen deels aan de gestelde eisen. De volgende onderdelen ontbreken in het ondersteuningsplan:

- Binnen welk tijdsbestek er kan worden afgeschaald naar minder uren en/of een eenvoudigere ondersteuningsinzet;
- Afspraken over afschaling van begeleiding specialistisch naar begeleiding basis;
- In het plan staat vermeld wie de casusregisseur of coördinator is (in het geval van meervoudige, complexe problematiek dient een regisseur te zijn aangewezen (zie eis 5 Casusregie).

Alle cliënten hebben aangegeven dat er met hen een ondersteuningsplan is opgesteld waarbij zij inspraak hebben ervaren. Vanuit gesprekken met cliënten blijken ondersteuningsplannen, waar mogelijk, te zijn opgesteld met het netwerk van de cliënt.

De aanbieder geeft aan dat het netwerk van de cliënt tijdens het intakegesprek in kaart wordt gebracht en er altijd wordt gekeken wie in het netwerk wat kan betekenen. Dit wordt vervolgens in het ondersteuningsplan verwerkt. De aanbieder geeft aan veel waarde te hechten aan het betrekken van het netwerk van de cliënt, ook om afbouw van de uren te realiseren. Echter ontbreekt informatie over afschaling in het ondersteuningsplan en lijken meerdere cliënten vanuit gesprekken met medewerkers, wijkcoaches en cliënten meer uren ondersteuning te ontvangen dan beschikt is door de gemeente. Deze uren worden niet gefactureerd.

In het cliëntregistratiesysteem vindt rapportage plaats. De aanbieder houdt zicht op hoe vaak wordt gerapporteerd. Eén medewerker loopt wekelijks cliëntrapportages na om te controleren of alle begeleiders hebben gerapporteerd. Indien geen rapportage heeft plaatsgevonden, wordt betreffende begeleider hierop aangesproken.

Sinds ongeveer een maand moeten alle begeleiders in het registratiesysteem wekelijks hun eigen uren registreren. Eén medewerker controleert of de (cliënt)uren zijn ingevuld en kloppen. Indien dit niet het geval is, wordt betreffende begeleider hierop aangesproken en wordt indien nodig uitleg gegeven over hoe het wel moet. Maandelijks vindt vanuit het registratiesysteem facturatie plaats door een ander personeelslid.

## 1.2 Evaluatie

*Deelconclusie: Aan de gestelde eis wordt deels voldaan. De aanbieder hanteert verschillende formats voor evaluatieverslagen. Uit de evaluatieverslagen die voor cliënten in de gemeente Overbetuwe worden geschreven blijkt onvoldoende of doelen zijn behaald.*

### Beschrijving:

Evaluatie vindt halfjaarlijks of jaarlijks plaats, afhankelijk van afgegeven beschikking.

De toezichthouder heeft drie evaluatieverslagen van cliënten ingezien. Voor cliënten met een beschikking vanuit de gemeente Arnhem wordt per doel geëvalueerd en staat in het evaluatieverslag beschreven welke doelen wel of niet zijn behaald met motivering. Voor cliënten met een beschikking vanuit de gemeente Overbetuwe hanteert de aanbieder enkel een gemeentelijk format.

Door enkel dit format te gebruiken is onvoldoende zichtbaar welke doelen wel of niet zijn behaald.

Alle evaluatieverslagen zijn ondertekend door de cliënt.

Zowel het ondersteuningsplan als evaluatieverslagen worden naar het wijkteam gestuurd.

Twee wijkcoaches hebben aangegeven deze veelal laat te ontvangen en/of hier zelf om te moeten vragen. Uiteindelijk worden ze dan wel aangeleverd. Een andere wijkcoach geeft aan de aanbieder een enkele keer aangesproken te hebben op het tijdig versturen van evaluatieverslagen. Sindsdien worden evaluatieverslagen tijdig aangeleverd.

## 1.3 Ondersteuning

*Deelconclusie: Aan de gestelde eis wordt wel voldaan. De ondersteuning richt zich op de onderdelen zoals opgenomen in de eisen over begeleiding basis en specialistisch. Daarnaast is de aanbieder goed bereikbaar voor cliënten in geval van nood.*

### Beschrijving:

De cliënten die begeleiding basis en specialistisch ontvangen, ontvangen dit vrijwel altijd op geplande momenten. Bij alle cliënten kan indien noodzakelijk ook op ongeplande momenten en buiten kantooruren begeleiding plaatsvinden.

Cliënten geven aan dat de aanbieder goed te bereiken is en ze altijd terecht kunnen bij hun begeleider.

Tijdens het onderzoek heeft de aanbieder aangegeven hierin een ontwikkeling te hebben doorgemaakt. Voorheen namen cliënten vaak contact op en konden cliënten ongeacht de reden of noodzaak terecht bij de aanbieder. Vanuit gesprekken met wijkcoaches van het wijkteam wordt het te bereikbaar zijn als aandachtspunt genoemd en zou de aanbieder hier meer grenzen in moeten stellen. Dit is enkele maanden geleden door een wijkcoach besproken met de aanbieder. De aanbieder heeft hierop kaders gesteld, zodat alleen indien noodzakelijk nog contact wordt opgenomen buiten kantoor tijden.

In beleid is opgenomen dat enkel in geval van nood ondersteuning wordt geleverd en dat anders wordt verwezen naar het eerstvolgende begeleidingsmoment.

Alle gesproken cliënten geven aan dat er afspraken met hun zijn gemaakt over het opnemen van contact buiten geplande moment.

De begeleiding is gericht op de onderdelen zoals opgenomen in de eisen over begeleiding basis en specialistisch.

## 1.4 Zelfredzaamheid

*Deelconclusie: Aan de gestelde eis wordt deels voldaan. Gesproken cliënten geven aan dat gewerkt wordt aan het vergroten van zelfredzaamheid, maar volgens wijkcoaches wordt langdurig aan dezelfde doelen gewerkt en wordt zelfredzaamheid onvoldoende bevorderd.*

### Beschrijving:

De aanbieder geeft aan gebruik te kunnen maken van de zelfredzaamheidsmatrix als instrument. Eén begeleider heeft hiervoor vorig jaar een cursus gevolgd.

De zelfredzaamheidsmatrix wordt echter niet daadwerkelijk gebruikt voor het inventariseren en periodiek herzien van de mate van zelfredzaamheid van de cliënt en is niet geïmplementeerd binnen de organisatie.

De aanbieder noemt wel de leefgebieden af te gaan bij het opstellen van het ondersteuningsplan.

Vanuit gesprekken met de wijkcoaches en cliënten lijkt een groot aantal cliënten langdurig ondersteuning vanuit de Wmo te ontvangen van de aanbieder. De gesproken wijkcoaches noemen dat langdurig aan dezelfde doelen wordt gewerkt en er ten aanzien van de doelen minimale vooruitgang wordt geboekt. Dit is volgens hen echter ook inherent aan de problematiek van de cliënt. Hier wordt door één wijkcoach het volgende over gezegd:

*“Sommige inwoners hebben echt wel langere zorg nodig, maar ik zie ook echt wel dat ze veel uit handen nemen bij inwoners. Ik zie dat aan zelfredzaamheid te weinig wordt gewerkt”.*

Alle cliënten geven echter aan tevreden te zijn met de begeleiding die zij ontvangen en dat de aanbieder hun helpt bij het behalen van gestelde doelen. Eén cliënt noemt bijvoorbeeld dat de aanbieder erg heeft geholpen in het vergroten van diens zelfstandigheid. De cliënt noemt dat doelen steeds met behulp van begeleiding zijn uitgebouwd en de cliënt hierdoor steeds meer zelfstandigheid heeft opgebouwd.

## 1.5 Wonen en zorg

*Deelconclusie: Gestelde eis is niet van toepassing op de aanbieder.*

### Beschrijving:

Gestelde eis is niet van toepassing op de aanbieder, omdat de aanbieder geen woningen aanbiedt aan cliënten.

## 2 Veiligheid

*Wettelijke kwaliteitseis: De voorziening is veilig (Wmo 2015, art. 3.1, tweede lid sub a.).*

### 2.1 Veiligheid cliënt

*Deelconclusie: Aan de gestelde eis wordt deels voldaan. Risico's worden uitgevraagd, maar onvoldoende beschreven.*

### Beschrijving:

Aanbieder noemt bij het intakegesprek eventuele risico's in kaart te brengen. In beleid staat ook beschreven dat hier tijdens de intake aandacht voor dient te zijn.

Geïnterviewde risico's worden echter niet beschreven, maar direct opgenomen in de doelen in het ondersteuningsplan van de cliënt.

De aanbieder noemt een aanpassing in het cliëntregistratiesysteem te willen doen, zodat belangrijke zaken als risico's/bejegening in het dossier van een cliënt gelijk naar voren komen.

Deze aanpassing is nog niet doorgevoerd en is op dit moment nog enkel een wens.

Naast het inventariseren van risico's tijdens een intakegesprek wordt onvoldoende tot niet gewerkt met andere hulpmiddelen als een signaleringsplan, prospectieve risico inventarisatie of de zelfredzaamheidsmatrix. Zoals in punt 1.4 staat beschreven beschikt de aanbieder over een zelfredzaamheidsmatrix die gebruikt kan worden, maar deze is niet geïmplementeerd.

## 2.2 Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling

*Deelconclusie: Aan de gestelde eis wordt wel voldaan. De aanbieder heeft een meldcode in gebruik en medewerkers zijn hiervan op de hoogte.*

### Beschrijving:

De aanbieder heeft een meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling opgesteld. De meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling staat standaard op de agenda van het werkoverleg om signalen te bespreken.

Alle medewerkers zijn bekend met de meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling en één medewerker is aangesteld als aandacht functionaris.

Bijtscholing omtrent de meldcode heeft eerder niet plaatsgevonden vanuit de aanbieder. Na het inspectiebezoek van de toezichthouder heeft de aanbieder de meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling in het scholingsplan voor 2021 opgenomen.

## 2.3 Intern meldingssysteem incidenten/bijna incidenten

*Deelconclusie: Aan de gestelde eis wordt deels voldaan. De aanbieder heeft een intern meldings-/registratiesysteem, echter wordt onvoldoende toegezien op het doorvoeren en borgen van verbetermaatregelen naar aanleiding van een incident.*

### Beschrijving:

De aanbieder heeft een intern meldings-/registratiesysteem. Medewerkers zijn hiervan op de hoogte en weten waar ze een incident kunnen melden. Eén medewerker ontvangt de meldingen, registreert en beoordeelt deze.

Beleid stelt dat incidentmeldingen ieder kwartaal worden geanalyseerd door de directie in het managementoverleg.

Uitkomsten worden vervolgens met het team besproken. De directie draagt verantwoordelijkheid voor het uitvoeren van verbetermaatregelen.

Analyse en verbetermaatregelen worden vastgelegd in het verbeterregister.

Het verbeterregister staat standaard op de agenda van het managementoverleg. De toezichthouder heeft het verbeterregister ingezien. In dit document zijn incidenten, klachten e.d. verwerkt met verbeteracties, een afhandelingstermijn en een eindverantwoordelijke.

Er is echter onvoldoende aandacht voor borging van verbetermaatregelen en het verbeterregister lijkt niet maandelijks onderwerp van gesprek te zijn tijdens het managementoverleg. In het verbeterregister staan verbetermaatregelen die al doorgevoerd hadden moeten worden.

## 2.4 Calamiteiten

*Deelconclusie: Aan de gestelde eis wordt wel voldaan. De aanbieder heeft een volledig en actueel beleid omtrent calamiteiten.*

### Beschrijving:

De aanbieder heeft de meldplicht bij calamiteiten volledig in beleid opgenomen. In het meldingsformulier dat de aanbieder hanteert is ruimte om aan te geven bij welke externe instantie, indien nodig, melding gemaakt moet worden. Ook heeft de aanbieder een ander formulier waarin de voortgang van de melding bij een externe instantie bijgehouden kan worden.

De aanbieder beschikt tevens over een format om calamiteiten middels de PRISMA methodiek te analyseren.

### 3 Samenwerking en afstemming

*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)*

#### 3.1 Afstemming

*Deelconclusie: Aan de gestelde eis wordt wel voldaan. Er vindt afstemming plaats met het netwerk van de cliënt en hierover worden afspraken gemaakt.*

Beschrijving:

De aanbieder werkt met toestemmingsformulieren voor het uitwisselen van gegevens.

Het toestemmingsformulier wordt na ondertekening aan de cliënt gegeven.

De aanbieder bewaart deze niet standaard zelf in het dossier van de cliënt. De toezichthouder heeft geadviseerd om het toestemmingsformulier ook zelf in het dossier op te nemen, zodat de aanbieder altijd zelf kan aantonen welke afspraken zijn gemaakt ten aanzien van gegevensuitwisseling en afstemming.

Er is, volgens de aanbieder, veel contact met externe zorgaanbieders die betrokken zijn bij de cliënt. Er zijn korte lijntjes en net als het sociale netwerk wordt het professionele netwerk van de cliënt altijd bij de intake uitgevraagd.

Zowel medewerkers als cliënten geven aan dat het netwerk van de cliënt actief wordt betrokken en dat er afspraken zijn gemaakt over de mate en wijze van contact.

Met wijkcoaches vindt, indien nodig, ook contact plaats. Het contact wordt door zowel de aanbieder als de wijkcoaches als wisselend omschreven, zie punt 4.3.

#### 3.2 Casusregie

*Deelconclusie: Aan de gestelde eis wordt niet voldaan. Bij meervoudige, complexe problematiek wordt geen regisseur aangewezen en hier worden geen afspraken over gemaakt.*

Beschrijving:

De aanbieder maakt bij meervoudige, complexe problematiek geen afspraken ten aanzien van casusregie. Er wordt geen regisseur of coördinator aangewezen die de nodige samenhang of continuïteit bewaakt.

#### 3.3 VIR

*Deelconclusie: Aan de gestelde eis wordt niet voldaan. De aanbieder werkt niet met de verwijfsindex risicjongeren.*

Beschrijving:

De aanbieder is bekend met de verwijfsindex risicjongeren, maar maakt hier geen gebruik van omdat er korte lijntjes zijn met het netwerk van de cliënt.

Desondanks dient de aanbieder, gezien de doelgroep, de verwijfsindex te gebruiken.

## 4 Kwaliteit van personeel en organisatie

*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.)*

### 4.1 Kwaliteitssysteem

*Deelconclusie: Aan de gestelde eis wordt wel voldaan. De aanbieder is HKZ gecertificeerd en beschikt over actuele werkinstructies en protocollen.*

Beschrijving:

De aanbieder is HKZ gecertificeerd en beschikt over een kwaliteitssysteem. Documenten zijn actueel en voorzien van en documentverantwoordelijke.

Alle medewerkers zijn op de hoogte van de werkinstructies en protocollen en geven aan hiernaar te handelen.

### 4.2 Personeelsbeleid

*Deelconclusie: Aan de gestelde eis wordt deels voldaan. Niet alle medewerkers beschikken over een diploma conform gestelde eisen.*

Beschrijving:

De organisatie bestaat uit twee directeurs, één zorgcoördinator, twee ambulante begeleiders en één communicatiemedewerker.

De twee directeurs en de zorgcoördinator bieden tevens ambulante ondersteuning aan cliënten.

De toezichthouder heeft van de vijf medewerkers die begeleiding bieden een diploma ingezien. De medewerkers hebben de volgende kwalificaties:

- Hbo Sociaal Pedagogische Hulpverlening;
- Hbo Maatschappelijk Werk en Dienstverlening;
- Mbo 4 MZ Persoonlijke begeleider specifieke doelgroepen;
- Mbo 4 Filiaalmanager;
- Mbo 4 Doktersassistent.

Een diploma Mbo 4 Doktersassistent wordt door de MGR SDCG niet onder een opleiding op gebied van Zorg en Welzijn geschaard en voldoet daarmee niet aan de gestelde eisen.

Ook de medewerker met een diploma Mbo 4 Filiaalmanager voldoet niet aan deze eis. De medewerker met een diploma Mbo 4 Filiaalmanager zal vanaf eind juli 2021 niet meer in dienst zijn bij de aanbieder. Er staat al een vacature uit ter vervanging van deze medewerker, waar de aanbieder een Hbo geschoolde medewerker met een diploma gericht op Zorg en Welzijn vraagt.

De medewerker met een Mbo 4 diploma Doktersassistent en de medewerker met een Mbo 4 diploma Filiaalmanager volgen beide een Hbo opleiding op het gebied van Zorg en Welzijn.

De aanbieder houdt bij de inzet van medewerker bij cliënten rekening met het opleidingsniveau van medewerkers en de afgegeven beschikking. Medewerkers met een Mbo 4 diploma geven enkel begeleiding aan cliënten met beschikking voor begeleiding basis. Echter beschikken twee Mbo 4 geschoolde medewerkers niet aan een diploma conform gestelde eisen, waardoor de ondersteuning niet door hun geboden mag worden.

Specialistische begeleiding wordt geboden door medewerkers met een Hbo diploma.

Iedere cliënt heeft een eerstverantwoordelijke begeleider en een tweede begeleider. Bij uitval of vakantie valt de tweede begeleider in. Aan de cliënt wordt, indien mogelijk, gecommuniceerd voor welke periode een andere begeleider komt invallen en vindt er tussen de begeleiders een overdracht plaats. Als een cliënt aangeeft geen andere begeleider te willen wordt er veelal wekelijks telefonisch contact gezocht met de cliënt om vinger aan de pols te houden.

De aanbieder heeft ten tijde van het onderzoek twee stagiaires. Met vrijwilligers wordt niet gewerkt. Stagiaires krijgen een vaste begeleider toegewezen en gaan in eerste instantie mee met medewerkers naar de cliënt. Als er een derdejaars Hbo stagiaire is wordt de stagiaire, onder supervisie, ook alleen ingezet bij een cliënt. Over de uitvoering worden afspraken gemaakt.

Ook vindt iedere week een overleg plaats met stagiaires.

Iedere maand vindt een werkoverleg plaats en een managementoverleg. Tijdens het werkoverleg is ook ruimte om casuïstiek te bespreken.

Daarnaast heeft de aanbieder passend beleid ten aanzien van personeel conform gestelde eisen. Echter zijn gesproken medewerkers onvoldoende op de hoogte van beleid ten aanzien van scholing en noemt één medewerker bijscholing als aandachtspunt voor de aanbieder.

De aanbieder heeft diverse functieprofielen opgesteld, die door de toezichthouder zijn ingezien. Iedere medewerker heeft een document met zijn eigen functieprofiel ondertekend.

### 4.3 Goed hulpverlenerschap, professionele standaard en kwaliteit

*Deelconclusie: Aan de gestelde eis wordt deels voldaan. Cliënten lijken meer begeleidingsuren te ontvangen dan beschikt.*

Beschrijving:

Alle gesproken cliënten geven aan dat de ondersteuning geboden door de aanbieder deskundig is. Echter blijkt uit gesprekken met wijkcoaches, cliënten en medewerkers ook dat cliënten soms meer begeleidingsuren ontvangen dan in de beschikking is vastgelegd.

Deze uren worden zonder financiering gegeven en een medewerker noemt dat dit voortkomt uit goede zorgen maar dat dit anders zou moeten.

Vanuit het wijkteam en de aanbieder is aangegeven dat de aanbieder vaker om meer begeleidingsuren vraagt voor een cliënt dat volgens het wijkteam niet nodig is. Hier is vaker discussie over. De aanbieder geeft zelf aan dat het soms lastig is om begeleiding te bieden in de beschikte uren gezien de multiculturele doelgroep die ze bedienen. De aanbieder noemt dat er veel vertaald moet worden, wat extra tijd kost waardoor in het verleden vaker extra hulp is geboden. De aanbieder noemt dit het laatste jaar zo min mogelijk te doen en probeert zich te houden aan de beschikte uren.

Naast de geplande begeleidingsmomenten kunnen cliënten ook buiten kantooruren beroep doen op de aanbieder. Eén cliënt geeft aan niet buiten kantooruren contact te hebben met Multihulp en te hebben afgesproken het eerst zelf te proberen en daarna telefonisch contact te mogen zoeken indien nodig. De andere gesproken cliënten noemen wel contact te kunnen leggen indien nodig en dat hier afspraken over zijn gemaakt.

De gesproken wijkcoaches geven aan dat de aanbieder zich betrokken opstelt bij de cliënt. Dit wordt echter ook als aandachtspunt gesteld.

De gesproken wijkcoaches zeggen hierover het volgende:

*“Multihulp is heel betrokken bij de cliënt, maar om dat te kwalificeren als goed vind ik ingewikkeld. Soms zijn ze zo betrokken dat het kan leiden tot afhankelijkheid van de hulpverlener. Het is fijn dat ze betrokken zijn, maar professionele afstand zou soms wat meer helpend zijn”.*

*“Multihulp is redelijk goed bereikbaar. Ze zijn ook vriendelijk en ik heb de indruk dat ze betrokken zijn bij de inwoner en voor de inwoner heel bereikbaar zijn. Misschien soms te bereikbaar”.*

#### 4.4 Medewerkers: Verklaring omtrent gedrag (VOG)

*Deelconclusie: Aan de gestelde eis wordt wel voldaan. Voor alle medewerkers en stagiaires is een geldig VOG overlegd.*

Beschrijving:

Alle medewerkers beschikken over een geldige VOG.

Van de twee stagiaires is voor één stagiaire een geldige VOG overlegd. De andere stagiaire is sinds september 2020 zonder een VOG werkzaam bij de aanbieder.

De aanbieder heeft gedurende het onderzoek een VOG overlegd voor deze stagiaire en deze aangetoond aan de toezichthouder.

#### 4.5 Informatievoorziening en website

*Deelconclusie: Aan de gestelde eis wordt wel voldaan. De aanbieder beschikt over een volledige website conform gestelde eisen.*

Beschrijving:

De aanbieder beschikt over een website waar in elk geval de volgende onderdelen op zijn gepubliceerd:

- Een actueel overzicht van de gecontracteerde producten en diensten aan cliënten;
- De klachtenregeling incl. het klachtenjaerverslag;
- Wijze van omgaan met privacy (AVG);
- Wachttijden;
- Eventuele certificeringen;
- Telefoonnummer en/of andere contactgegevens van de organisatie, incl. tijden waarop de organisatie bereikbaar is.

### 5 Rechten van de cliënt

*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.).*

#### 5.1 Klachtenregeling

*Deelconclusie: Aan de gestelde eis wordt deels voldaan. Het klachtenjaerverslag voldoet niet aan gestelde eisen.*

Beschrijving:

De aanbieder heeft een klachtenregeling die is gepubliceerd op de website van de aanbieder. De cliënt wordt bij start van zorg geïnformeerd over de klachtenregeling. Daarnaast zit de klachtenregeling voor cliënten in hun persoonlijke map.

Een klachtenjaerverslag is opgenomen op de website van de aanbieder. In het klachtenjaerverslag ontbreken de volgende onderdelen:

- De afhandelingstermijn (per klacht);
- De wijze waarop klachten zijn afgehandeld (per klacht);
- De wijze van communicatie en opvolging van de klachten (per klacht);
- Welke verbetermaatregelen naar aanleiding van de klachten zijn genomen (per klacht).



## 5.2 Rechten van de cliënt en gedragscode

*Deelconclusie: Aan de gestelde eis wordt wel voldaan. De aanbieder heeft een gedragscode waarmee medewerkers bekend zijn en cliënten zijn tevreden over de geboden begeleiding.*

### Beschrijving:

Alle gesproken cliënten geven aan tevreden te zijn over de begeleiding die zij ontvangen. De aanbieder wordt omschreven als betrokken, bereikbaar, professioneel en respectvol.

De aanbieder geeft aan dat iedere cliënten bij start van zorg een eigen map ontvangt waarin de volgende documenten zijn opgenomen:

- Intakeformulier
- Informatie ondersteuningsplan
- Ondersteuningsplan
- Actueel medicatie overzicht
- Klachtenprocedure cliënten
- Klachtenformulier
- Meldingsformulier calamiteit
- Meldingsformulier
- Privacyreglement cliënten
- Zorgovereenkomst en Algemene module

Alle cliënten geven tijdens gesprekken aan te bezitten over betreffende map. Eén cliënt gaf aan de map een dag eerder te hebben ontvangen van de aanbieder.

Zoals in punt 3.1 staat beschreven werkt de aanbieder met toestemmingsformulieren voor gegevensuitwisseling.

De aanbieder heeft geen cliëntenraad of een vergelijkbaar platform waar cliënten in kunnen participeren. Cliënten worden door cliënttevredenheidsonderzoeken in de gelegenheid gesteld om input te geven.

Jaarlijks wordt cliënttevredenheid gemeten door de aanbieder.

Daarnaast noemt de aanbieder dat tips/ opmerkingen van cliënten die tussentijds worden gegevens serieus worden genomen. Ook wordt individuele cliënttevredenheid tijdens halfjaarlijkse evaluaties geëvalueerd.

De aanbieder heeft een gedragscode waarin aandacht wordt besteed aan vereiste uitgangspunten. Medewerkers zijn hiermee bekend.

# ZIENSWIJZE AANBIEDER

Naar aanleiding van het bezoek van de toezichthouder bij Multihulp en het verslag "rapport kwaliteitsonderzoek" willen wij bij deze inhoudelijk reageren op een aantal punten uit het verslag. Echter allereerst willen we benoemen dat de gesprekken met de toezichthouder prettig zijn verlopen. Het bespreken van de werkwijze van de Multihulp als organisatie en dit naast de inkoopvoorwaarden van de gemeente leggen, leverde wel een aantal inzichten op. Hieronder onze reactie over een aantal onderdelen uit het rapport

## 1 Doelmatigheid voorziening

### 1.1 Ondersteuningsplan

- De begeleidingsuren worden wel conform de indicatiestelling gegeven.

-Afspraken over afschaling van begeleiding specialistisch naar begeleiding basis wordttijdens het evaluatiegesprek met de wijkcoaches besproken en in het evaluatieverslag concreet vermeld.

Per 14 juli 2021 zal er in het ondersteuningsplan van de client, die specialistisch begeleiding krijgt, de afspraken over afschaling naar begeleiding basis standaard worden opgenomen.

- Eis 5 is reeds per 25 juni 2021 in het ondersteuningsplan als een vast item opgenomen en zal in het geval van meervoudige complexe problematiek de naam van de casusregisseur bij vermeld worden.

### 1.2 Evaluatie

- Bij de cliënten van Overbetuwe worden tijdens de evaluaties zowel de standaard vragenlijst van de gemeente als het evaluatieformulier van Multihulp ingevuld samen met de client; hierin staat of de doelen "wel", "deels" of "niet behaald" zijn; bij de doelen die "deels" of "niet behaald" zijn, staat wat de reden is en wat er nog nodig is met toelichting.

Multihulp heeft 2 cliënten met een beschikking vanuit de gemeente Overbetuwe. Bij één van hen is zowel de "vragenlijst van de gemeente" als het "evaluatieverslag van Multihulp" samen met de client ingevuld; bij de andere client slechts de vragenlijst van de gemeente omdat de consultant dat voldoende vond.

### 1.4 Zelfredzaamheid

Er is vanaf 25 juni jl. in het Nedap-systeem de ZRM vragenlijst toegevoegd. De begeleiders gaan voortaan verplicht bij hun cliënten vanaf de eerstvolgende evaluatie samen met de client invullen en actueel maken; De zorgcoördinator controleert maandelijks bij alle cliënten of de ZRM actueel is.

## 2 Veiligheid

### 2.1 Veiligheid client

De aanpassing is per 25 juni doorgevoerd in Nedap en wordt toegepast. Zie 1.4 Zelfredzaamheid

### 2.3 Intern meldingssysteem incidenten/bijna incidenten

Het doorvoeren en borgen van verbetermaatregelen naar aanleiding van o.a. incidenten is vanaf 1 juli t/m december 2020 bijgehouden, maar omdat er vanaf januari t/m mei 2021 geen meldingen zijn geweest, zijn er ook geen analyses uitgevoerd. Dit is ook tijdens het maandelijks werkoverleg genoteerd. Het verbeterregister wordt per 1 juli 2021 weer wel maandelijks onderwerp van gesprek tijdens het managementoverleg.

## 3 Samenwerking en afstemming

### 3.2 Casusregie

Per 25 juni 2021 is de "casusregisseur" standaard in het ondersteuningsplan opgenomen en wordt bij cliënten met meervoudige, complexe problematiek ingevuld.

### 3.3 VIR

Multihulp heeft zich aangemeld bij de Verwijsindex risicjongeren Centraal Gelderland.

## 4 Kwaliteit van personeel en organisatie

### 4.2 Personeelsbeleid

- De medewerker met diploma Mbo 4 Filaalmanager is een 4<sup>e</sup>jaars Hbo SocialWork student; zij stopt per 31 juli 2021; zij begon als derdejaars stagiaire en is na een jaar tijdelijk voor 6 maanden in dienst genomen omdat ze de meeste benodigde competenties al had behaald; ze begeleidt onder aansturing van een Hbo'er cliënten met een basis indicatie.

- De medewerker met diploma Mbo 4 Doktersassistent volgt de studie Hbo SocialWork Duaal; heeft haar propedeuse en zit in het derde jaar. Ook zij begeleidt cliënten met een basis indicatie onder aansturing van een Hbo'er.

#### **4.3 Goed hulpverlenerschap, professionele standaard en kwaliteit**

Gezien de specifieke multiculturele doelgroep handelen we vaak cultuursensitief.

Wanneer we direct handelen trekken de cliënten zich vaak terug in hun schulp. Directe manier van vragen stellen vinden ze heel onprettig. Het begeleiden van inwoners met een niet westerse achtergrond is vaak nog complexer dan van niet westerse achtergrond vanwege cultuur, religie, levensbeschouwing en taal. Dit vereist een intersectionele werkwijze. Kennis van visie op en verwachting kunnen hierbij een rol spelen. Zowel bij alle betrokkenen alsmede de cliënt.

#### **5 Rechten van de client**

##### **5.1 Klachtenregeling**

De onderdelen die in het klachtenjaarsverslag ontbreken zullen in het klachtenjaarsverslag van 2021 vermeld worden.

## BRONOVERZICHT

### 1. Interviews met:

- Twee directeuren
- Eén zorgcoördinator
- Eén communicatiemedewerker
- Eén externe adviseur
- Twee medewerkers
- Vier cliënten vanuit gemeente Arnhem
- Eén cliënt vanuit gemeente Overbetuwe
- Eén wettelijke vertegenwoordiger van een cliënt
- Vier wijkcoaches van de gemeente Arnhem
- Eén wijkcoach van de gemeente Overbetuwe

### 2. Observaties tijdens het inspectiebezoek

- Twee ondersteuningsplannen van cliënten in de gemeente Overbetuwe
- Drie ondersteuningsplannen van cliënten in de gemeente Arnhem
- Eén evaluatieverslag voor gemeente Overbetuwe
- Twee evaluatieverslagen voor gemeente Arnhem
- Urenregistratie van een begeleider
- Rapportage van één cliënt
- Drie beschikkingen van cliënten
- Ingevuld formulier n.a.v. intakegesprek

### 3. Documenten met betrekking tot het toezicht:

- Werkdocument zelfredzaamheidsmatrix, 2017
- Intakeformulier voor cliënten
- Format agenda werkoverleg
- Gedragscode, september 2020
- Taakbeschrijving vertrouwenspersoon, september 2020
- Bereikbaarheid Multihulp, juni 2021
- Richtlijn rapportage over een calamiteit, geweld of andere gebeurtenis, mei 2020
- Klachtenprocedure cliënten, januari 2020
- Meldingsformulier calamiteit
- Klachtenformulier cliënten
- Meldingsformulier medewerkers
- Analyseformulier calamiteit (prisma)
- Notulen werkoverleggen (24 februari 2021, 14 april 2021 en 12 mei 2021)
- Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling
- Melden van incidenten en calamiteiten en andere gebeurtenissen, juni 2020
- Klachten en meldingen, januari 2020
- Privacyreglement
- Informatiemap voor cliënten
- Toestemmingsformulier voor uitwisseling gegevens
- Jaarplanning 2020
- Registratie incidenten en klachten 2020
- Verbeterregister 2020
- Beleid uitvoering van de zorg
- Format intakegesprek
- Analyse cliënttevredenheidsonderzoek, 2020

### 4. Documenten met betrekking tot het personeel

- Ondertekende functieprofielen van alle medewerkers
- Vijf diploma's van medewerkers
- Zes VOG's van medewerkers
- Beleid en stuurinformatie management-opleidingsplan, 2021
- Beleid begeleiding van stagiaires
- Management van werknemers, augustus 2020

### 5. Overig:

- Website van de aanbieder

## GEGEVENSOVERZICHT

### Opvanggegevens

Naam : Multihulp V.O.F.  
Adres : Wassenaarweg 40  
Postcode en woonplaats : 6843 NW Arnhem  
Telefoonnummer : 026-8402131  
Website aanbieder : www.multi-hulp.nl  
Email aanbieder : info@multi-hulp.nl  
Aantal medewerkers : 6  
Rechtsvorm : V.O.F.  
HKZ/ISO gecertificeerd : HKZ

### Gegevens toezicht

Naam GGD : GGD Gelderland-Midden  
Adres : Postbus 5364  
Postcode en woonplaats : 6802EJ ARNHEM  
Telefoonnummer : 0800-8446000  
Onderzoek uitgevoerd door : Wmo toezichthouder

### Gegevens opdrachtgever

Naam : Modulaire Gemeenschappelijke Regeling sociaal domein regio Centraal Gelderland  
Adres : Dorpsplein 1  
Postcode en woonplaats : 6931 CZ Westervoort

### Gegevens gemeente voor bezwaar tegen openbaarmaking

Naam : gemeente Arnhem  
Adres : Postbus 5283  
Postcode en woonplaats : 6802 EG Arnhem

### Planning

Datum inspectie : 01-06-2021  
Opstellen concept inspectierapport : 30-06-2021  
Hoor/wederhoor : 07-07-2021  
Zienswijze ontvangen : 13-07-2021  
Vaststelling inspectierapport : 14-07-2021  
Verzending inspectierapport :

## BIJLAGE 1 EISEN

### 1 Doelmatigheid voorziening

*Wettelijke kwaliteitseis: De voorziening is doelmatig, doeltreffend en cliëntgericht (Wmo 2015, art. 3.1, tweede lid sub a).*

1.1 Ondersteuningsplan	Eisen zijn van toepassing op	Ja/Nee/Deels /N.v.t.
Eis 2 Inkoopdocument Algemeen programma van eisen	Alle zorgvormen	
Ongeacht de verwijzer (toegang of geautoriseerde verwijzer) wordt de te verlenen ondersteuning door de opdrachtnemer verwerkt in een ondersteunings- of behandelplan. Dit plan dient gereed te zijn voor de start van de ondersteuning.		Ja
Cliënt en ook het sociale netwerk van cliënt zijn betrokken bij het opstellen van het ondersteuningsplan en de cliënt heeft zijn/haar ondersteuningsvraag kunnen formuleren.		Ja
Het ondersteuningsplan is ondertekend door de cliënt en/of wettelijke vertegenwoordiger.		Ja
Het bijstellen van de begeleidingsdoelen gedurende de uitvoering van het ondersteuningsplan dient altijd te gebeuren in afstemming met de Toegang.		Ja
Eis 2 Inkoopdocument Algemeen programma van eisen	Alle zorgvormen, behalve als alleen groepsbegeleiding stabiel wordt geboden	
In het ondersteuningsplan zijn in ieder geval de volgende onderwerpen beschreven: <ul style="list-style-type: none"> <li>- De kansen/mogelijkheden en ondersteuningsbehoeften van de cliënt en welke hulp/ondersteuning wordt geboden.</li> <li>- Welke doelafspraken cliënt en opdrachtnemer maken en hoe zij deze gaan bereiken.</li> <li>- Binnen welk tijdsbestek deze doelen moeten worden behaald en hoeveel uur daarvoor nodig is.</li> <li>- Binnen welk tijdsbestek er kan worden afgeschaald naar minder uren en/of een eenvoudigere ondersteuningsinzet.</li> <li>- Hoe opdrachtnemer de nazorg vormgeeft en de eventuele overdracht naar andere zorgvormen.</li> <li>- Wanneer geëvalueerd wordt (datum vastgelegd).</li> <li>- De inzet van en afstemming met algemene voorzieningen (indien van toepassing).</li> <li>- In het plan staat de naam van de eerstverantwoordelijke (medewerker van de opdrachtnemer) vermeld. De eerstverantwoordelijke of diens vervanger is goed bereikbaar.</li> <li>- In het plan staat vermeld wie de casusregisseur of coördinator is (in het geval van meervoudige, complexe problematiek dient een regisseur te zijn aangewezen (zie eis 5 Casusregie).</li> <li>- De inbreng van een multidisciplinair team (indien van toepassing) is beschreven in het ondersteuningsplan.</li> <li>- De afstemming tussen dagbesteding, werk en wonen (indien van toepassing), is beschreven in het ondersteuningsplan.</li> <li>- De afstemming op andere vormen van geboden hulp en zorg is beschreven in het ondersteuningsplan (zie eis 4 Afstemming).</li> </ul>		Deels

In afwijking van eis 2 van het Inkoopdocument Algemeen programma van eisen is voor Groepsbegeleiding Stabiel het volgende niet van toepassing: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Doelafspraken tussen de cliënt en zorgaanbieder en;</li> <li>- Het tijdsbestek waarbinnen deze doelen moeten worden behaald.</li> </ul>		
<b>Wettelijke kwaliteitseis: De voorziening is doelmatig, doeltreffend en cliëntgericht</b>	Alle zorgvormen	
Rapportage vindt doelgericht en regelmatig plaats		Ja
Er vindt urenregistratie plaats van de geleverde ondersteuning.		Ja
<b>Inkoopdocument Begeleiding Productbeschrijving begeleiding basis</b>	Begeleiding Basis	
Het opstellen van een ondersteuningsplan wordt uitgevoerd door een professional met minimaal een opleiding op mbo-4/beginnend hbo niveau.		Ja
<b>Eis 2 Inkoopdocument Begeleiding Zorgvorm specifieke eisen</b>	Begeleiding	
De aanbieder investeert aantoonbaar in het innoveren en eventueel afbouwen van zorg, dat wil zeggen het verkorten van de zorgduur en het verminderen van het aantal begeleidingsuren. Bij begeleiding betekent dit dat de aanbieder waar mogelijk werkt aan het afbouwen van begeleiding naar voorliggende voorzieningen en/of naar de inzet van het sociaal netwerk, bij voorkeur met behulp van sociale netwerkstrategieën.		Nee
Er wordt ingezet op het afschalen van Begeleiding specialistisch naar Basis begeleiding (zie eis 1). Hierover worden concrete afspraken gemaakt in het ondersteuningsplan van de cliënt.		Nee

<b>1.2 Evaluatie</b>	<b>Eisen zijn van toepassing op</b>	<b>Ja/Nee/Deels /N.v.t.</b>
<b>Eis 3 Inkoopdocument Algemeen programma van eisen</b>	alle zorgvormen	
Op initiatief van opdrachtnemer vindt, tenminste 6 weken voor afloop van de indicatie, evaluatie plaats van het ondersteunings- of behandelplan en de uitvoering daarvan. Wanneer het traject langer duurt dan een jaar vinden er in overleg meerdere evaluaties plaats.		Ja
Elke evaluatie wordt besproken met de cliënt en er wordt een verslag gemaakt, dat ondertekend is door de cliënt en/of wettelijke vertegenwoordiger, zodat helder is dat deze evaluatie is besproken met de desbetreffende cliënt.		Ja
Uit de evaluatie blijkt in hoeverre de gestelde doelen zijn behaald. Als een doel of een resultaat niet wordt gehaald, is de opdrachtnemer verantwoordelijk voor de motivering waarom dat doel of resultaat niet gehaald is. De opdrachtnemer beschrijft de wijze waarop de gestelde doelen alsnog behaald kunnen worden of dienen te worden bijgesteld.		Deels
De evaluatie wordt altijd gedeeld met de opdrachtgever indien de opdrachtgever de verwijzer is. Is de opdrachtgever niet de verwijzer, dan kan, op verzoek van de opdrachtgever en met toestemming van cliënt en/of wettelijke vertegenwoordiger, de evaluatie worden gedeeld met opdrachtgever. Dit is nodig om de toewijzing en vordering hiervan te monitoren. Hierbij wordt rekening gehouden met de privacyregels.		Ja

1.3 Ondersteuning	Eisen zijn van toepassing op	Ja/Nee/Deels /N.v.t.
Inkoopdocument Begeleiding Productbeschrijving begeleiding basis	Begeleiding Basis	
De begeleiding is planbaar. Basis begeleiding vindt vrijwel altijd plaats op geplande momenten.		Ja
Inkoopdocument Begeleiding Productbeschrijving Begeleiding basis Wmo	Begeleiding Basis	
Begeleiding basis is gericht op: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cliënten activeren en aanbrengen van dagstructuur.</li> <li>- Cliënten stabiel houden: op orde brengen of handhaven van de situatie.</li> <li>- Oefenen en inslijpen/toepassen van praktische vaardigheden samen met de cliënt om achteruitgang te voorkomen.</li> <li>- Ondersteunen bij het regelen/overnemen van dagelijks/praktische bezigheden (financiën, dagstructuur, zelfstandig wonen, participatie, sociale contacten, gezondheid/persoonlijke verzorging, e.d.).</li> <li>- Ondersteuning mantelzorg.</li> </ul>		Ja
Inkoopdocument Begeleiding Productbeschrijving Begeleiding specialistisch Wmo	Begeleiding Specialistisch	
Begeleiding specialistisch is gericht op: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Blijven meedoen in de maatschappij bij ernstig regieverlies.</li> <li>- En/of het overbruggen tot een behandelingstraject.</li> <li>- En/of het methodisch trainen van vaardigheden volgend op behandeling.</li> <li>- En/of ontwikkelingsgericht trainen van vaardigheden met behulp van methodische interventies.</li> </ul>		Ja
Gespecialiseerde begeleiding kan plaatsvinden op geplande en ongeplande momenten.		Ja

1.4 Zelfredzaamheid	Eisen zijn van toepassing op	Ja/Nee/Deels /N.v.t.
Eis 2 Inkoopdocument Begeleiding Zorgvorm specifieke eisen	Van toepassing op zorgvorm begeleiding	
Aanbieder werkt aan zelfregie van zorg waar dit mogelijk is. Er wordt verwacht van aanbieder dat hij aantoonbaar de zelfredzaamheid van de cliënten verbetert en/of verslechtering voorkomt of de zelfredzaamheid stabiel houdt.		Deels

1.5 Wonen en zorg	Eisen zijn van toepassing op	Ja/Nee/Deels /N.v.t.
Eis 9 Inkoopdocument Begeleiding Zorgvorm specifieke eisen	Begeleiding	
Wanneer aanbieder zelf of via een andere organisatie een woning aanbiedt aan de cliënt, gebeurt dit op basis van een rechtsgeldig huurcontract dat losstaat van de ambulante begeleiding (geen gekoppeld woon-zorgcontract).		N.v.t.



## 2 Veiligheid

Wettelijke kwaliteitseis: De voorziening is veilig (Wmo 2015, art. 3.1, tweede lid sub a.).

2.1 Veiligheid cliënt	Eisen zijn van toepassing op	Ja/Nee/Deels /N.v.t.
Eis 6 Inkoopdocument Algemeen Programma van eisen	alle zorgvormen	
In het kader van de geboden hulp/ondersteuning wordt de veiligheid van de cliënt gewaarborgd. Aanbieder dient risico's te signaleren ten aanzien van de fysieke en sociale veiligheid van de cliënt.		Deels

2.2 Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling	Eisen zijn van toepassing op	Ja/Nee/Deels /N.v.t.
Eis 8 Inkoopdocument Algemeen Programma van eisen	Alle zorgvormen	
Opdrachtnemer houdt zich bij de verlening van hulp/ondersteuning aan de toepassing (d.w.z. implementatie binnen de organisatie) van de verplichte meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling. Dat wil zeggen dat de opdrachtnemer een meldcode moet hebben, deze geïmplementeerd moet zijn, dat volgens deze meldcode wordt gewerkt en dat het gebruik daarvan wordt bevorderd.		Ja
Deze meldcode dient te voldoen aan de eisen zoals vastgelegd in de Wet meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling, het Besluit verplichte meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling.		Ja

2.3 Intern meldingssysteem incidenten/bijna incidenten	Eisen zijn van toepassing op	Ja/Nee/Deels /N.v.t.
Eis 11 Inkoopdocument Algemeen Programma van eisen	Alle zorgvormen, behalve als alleen activerend Werk geboden wordt	
Er is een intern meldings-/registratiesysteem voor incidenten, fouten en bijna fouten dat operationeel is (VIM: Veilig Incident Melden). Het melden, registreren, analyseren, verbeteren en terugkoppelen aan melder is georganiseerd en geborgd. Het betreft incidenten of bijna incidenten, die zijn gekoppeld aan het handelen door zorgprofessionals.  (In afwijking van eis 11 van het Inkoopdocument Algemeen programma van eisen geldt voor aanbieders Activerend werk, alleen een registratie van incidenten die verband houden met uitvoering van Activerend werk (datum, wie, wat en bij wie gemeld en welke acties), de analyse (hoe heeft het kunnen gebeuren), verbeteracties en borging (hoe voorkomen dat het nogmaals gebeurd).		Deels

2.4 Calamiteiten	Eisen zijn van toepassing op	Ja/Nee/Deels /N.v.t.
Eis 10 Inkoopdocument Algemeen Programma van eisen	Alle zorgvormen, behalve als alleen activerend Werk geboden wordt	
<p>Opdrachtnemer meldt iedere calamiteit, ieder geweldsincident en ernstig incident met grote impact op de maatschappij, cliënt, zijn/haar omgeving en/of andere betrokkenen binnen twee werkdagen aan de aangewezen toezichhoudend ambtenaar waar de calamiteit zich voordoet.</p> <p>(in afwijking van eis 10 van algemeen programma van eisen geldt voor aanbieders van Activerend werk dat in geval van een calamiteit, zoals nader omschreven in het protocol, dit binnen 2 werkdagen gemeld wordt bij lokale toegang. Gezamenlijk zal het vervolg bepaald worden en wie welke rol hierin pakt.)</p>		Ja

### 3 Samenwerking en afstemming

*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)*

3.1 Afstemming	Eisen zijn van toepassing op	Ja/Nee/Deels /N.v.t.
Eis 4 Inkoopdocument Algemeen programma van eisen	Alle zorgvormen	
De aangeboden hulp/ondersteuning dient te worden afgestemd op andere vormen van geboden hulp en ondersteuning.		Ja
De nodige afspraken (schriftelijk/digitaal) zijn gemaakt in het kader van de onderlinge afstemming, waaronder overdracht. Deze zijn bekend bij de cliënt en zijn/haar sociale netwerk.		Ja
Met eventuele andere samenwerkingspartners vindt de noodzakelijke (schriftelijke/digitale) gegevensuitwisseling plaats in het kader van de onderlinge afstemming. Ook vindt met andere opdrachtnemers evaluatie en zo nodig bijstelling plaats.		Ja
De continuïteit van de geboden hulp/ondersteuning is gewaarborgd.		Ja
De opdrachtnemer heeft een actieve signalerende functie ten aanzien van de gezondheidssituatie, de leefomstandigheden en de sociale omgeving van de cliënt. Van de opdrachtnemer wordt verwacht dat alle in te zetten medewerkers in staat zijn deze signalerende taak, gericht op de keten van zorg en ondersteuning in het gehele verzorgingsgebied, uit te voeren en hun signalering binnen hun organisatie neer te leggen.		Ja

3.2 Casusregie	Eisen zijn van toepassing op	Ja/Nee/Deels /N.v.t.
Eis 5 Inkoopdocument Algemeen Programma van eisen	Alle zorgvormen	
In geval van meervoudige, complexe problematiek is één regisseur of coördinator aangewezen die de nodige samenhang en continuïteit bewaakt.		Nee
In eerste aanleg is de cliënt zelf regisseur van zijn zorg, tenzij dit niet mogelijk is. In dat geval neemt de ondersteunende/behandelende organisatie of de toegang de regie over.		Nee
De regisseur dient toegang te krijgen tot de noodzakelijke gegevens om de casusregie uit te kunnen voeren. Hierbij wordt rekening gehouden met de privacyregels.		Nee

3.3 VIR	Eisen zijn van toepassing op	Ja/Nee/Deels /N.v.t.
Eis 12 Inkoopdocument Algemeen Programma van eisen	Alle zorgvormen, behalve als alleen activerend Werk geboden wordt	
Opdrachtnemer maakt, indien van toepassing, gebruik van de verwijzindex risicojongeren (VIR) en onderneemt de benodigde acties.  Dit geldt voor jongeren tot 23 jaar.  (Eis 12 van het algemeen programma van eisen is in zijn geheel niet van toepassing voor aanbieders die alleen Activerend werk bieden)		Nee

## 4 Kwaliteit van personeel en organisatie

*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.)*

4.1 Kwaliteitssysteem	Eisen zijn van toepassing op	Ja/Nee/Deels /N.v.t.
Eis 7 Inkoopdocument Algemeen programma van eisen	Van toepassing op alle zorgvormen	
De opdrachtnemer werkt aantoonbaar aan kwaliteit: de inschrijver beschikt over een kwaliteitssysteem (beleid, protocol of beschreven werkwijze vertaald in een kwaliteitshandboek).  Onder een kwaliteitsbeleid/werkend kwaliteitssysteem wordt tenminste verstaan: het systematisch uitvoeren van zelfevaluaties over de bereikte kwaliteit en de daaruit voortkomende verbeterplannen.		Ja
In het kwaliteitshandboek zijn alle kwaliteitsdocumenten gebundeld en is de vindplaats van alle kwaliteitsdocumenten te achterhalen. Onder		Ja

<p>kwaliteitsdocumenten worden alle protocollen, richtlijnen, werkinstructies, notities en andere voor het werkproces relevante geschreven teksten verstaan. Documenten waarin de kwaliteitsborging beschreven is, maken hier tevens deel van uit.</p> <p>Tevens bevat dit kwaliteitsbeleid werkinstructies en handelingsprotocollen die van toepassing zijn voor de uitvoering van de gecontracteerde opdrachten.</p> <p>De meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling (eis 8), de klachtenregeling (eis 9) en het protocol calamiteiten toezicht (eis 10) zijn minimaal aanwezig en verwerkt in het kwaliteitssysteem en onderdeel van het kwaliteitshandboek.</p>		
<p>Medewerkers zijn op de hoogte van deze werkinstructies en handelingsprotocollen en handelen daar naar.</p>		Ja

4.2 Personeelsbeleid	Eisen zijn van toepassing op	Ja/Nee/Deels /N.v.t.
Eis 13 Inkoopdocument Algemeen programma van eisen	Alle zorgvormen, behalve als alleen activerend werkgeboden wordt	
De opdrachtnemer is zelf bekwaam en gekwalificeerd en/of beschikt over aantoonbaar en gekwalificeerde medewerkers voor het uitvoeren van de gevraagde dienstverlening, zet gekwalificeerde medewerkers in en dient dit op ieder moment aan opdrachtgever te kunnen aantonen.	alle bekwaam	Nee
<p>Opdrachtnemer heeft passend beleid waarin minimaal beschreven staat:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hoe de opdrachtnemer omgaat met opleiding en scholing, met als doel het behouden en verder ontwikkelen van kennis en kunde van zichzelf en de in te zetten medewerkers.</li> <li>- Inzet van vrijwilligers, stagiaires en medewerkers in opleiding is altijd onder verantwoordelijkheid van bekwaam en gekwalificeerde medewerkers.</li> <li>- Borging van een duurzame inzetbaarheid van zichzelf en voor de opdracht in te zetten medewerkers.</li> <li>- Hoe de opdrachtnemer ervoor zorgt dat hij zelf en zijn voor de opdracht in te zetten medewerkers op de hoogte is van de laatste ontwikkelingen binnen de branche.</li> </ul> <p>(Eis 13 van het Algemeen programma van eisen is in zijn geheel niet van toepassing voor aanbieders Activerend werk)</p>		Ja
Eis 18 Inkoopdocument Algemeen Programma van eisen	Alle zorgvormen	
De opdrachtnemer draagt ervoor zorg dat de aangeboden individuele ondersteuning door zo weinig mogelijk verschillende medewerkers wordt uitgevoerd.		Ja
Eis 19 Inkoopdocument Algemeen Programma van eisen	Alle zorgvormen	
De opdrachtnemer draagt zorg voor passende vervanging bij afwezigheid (bijvoorbeeld of in het geval van vakantie) van de vaste medewerker.		Ja
Bij vervanging wordt rekening gehouden met de situatie van de cliënt, tenzij de cliënt zelf aangeeft geen gebruik te willen maken van vervangende dienstverlening.		Ja
Inkoopdocument Begeleiding Productbeschrijving begeleiding basis	Begeleiding Basis	
Uitvoering door een professional met een opleiding op minimaal mbo3 niveau op het gebied van Zorg en Welzijn onder aansturing van een professional met minimaal een opleiding op mbo-4/ beginnend hbo niveau in een gelijke richting.		Nee

Inkoopdocument Begeleiding Productbeschrijving begeleiding specialistisch	Begeleiding Specialistisch	
Door de complexiteit en hoge mate van instabiliteit van de situatie is een ervaren professional nodig met een hbo-opleiding richting Zorg en Welzijn (FWG 45 of hoger).		Ja

4.3 Goed hulpverlenerschap, professionele standaard en kwaliteit	Eisen zijn van toepassing op	Ja/Nee/Deels /N.v.t.
Eis 14 Inkoopdocument Algemeen Programma van eisen	Van toepassing op alle zorgvormen	
<p>Binnen de in de opdracht en overige inkoopdocumenten gestelde kaders neemt opdrachtnemer ten opzichte van de cliënt bij de uitvoering van zijn werkzaamheden de ondersteuning van een goed hulpverlener in acht en handelt daarbij in overeenstemming met de op hem rustende verantwoordelijkheid, voortvloeiende uit de voor hem of haar geldende professionele standaard en conform alle gestelde eisen en voorwaarden.</p> <p>Tot goed hulpverlenerschap wordt in ieder geval ook gerekend het leveren van kwalitatief goede, verantwoorde en proportionele ondersteuning binnen de hiertoe geldende of nog te stellen termijnen.</p>		Deels

4.4 Medewerkers: Verklaring omtrent gedrag (VOG)	Eisen zijn van toepassing op	Ja/Nee/Deels /N.v.t.
Eis 15 Inkoopdocument Algemeen Programma van eisen	Van toepassing op alle zorgvormen	
<p>Bestuurders (conform uittreksel KvK) en alle hulpverleners (alle medewerkers, inclusief uitzendkrachten, zzp'ers, stagiaires en vrijwilligers), die direct contact hebben met cliënten zijn in het bezit van een Verklaring Omtrent Gedrag (VOG) die bij indiensttreding niet ouder is dan 3 maanden en bij het inzetten op de gecontracteerde zorg door Inkoop SDCG, niet ouder dan 3 jaar. Dat betekent dat medewerkers in dienst bij de opdrachtnemer, die geen direct contact met de cliënt hebben, niet hoeven te beschikken over een VOG, met uitzondering van bestuurder(s) en met uitzondering van medewerkers die toegang hebben tot systemen waarin vertrouwelijke en gevoelige gegevens zijn opgeslagen. Indien opdrachtnemer met onderaannemers werkt, geldt deze eis ook voor de onderaannemers.</p> <p>(Voor aanbieders Activerend werk wordt onder alle hulpverleners verstaan alle betrokken en verantwoordelijke traject- en werkbegeleiders. De eis VOG rechtspersoon voor bestuurders blijft onveranderd gelden.)</p>		Ja

4.5 Informatievoorziening en website	Eisen zijn van toepassing op	Ja/Nee/Deels /N.v.t.
Eis 16 Inkoopdocument Algemeen programma van eisen	Van toepassing op alle zorgvormen	
De opdrachtnemer beschikt over een actuele website, waar hij tenminste op publiceert: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Een actueel overzicht van de gecontracteerde producten en diensten aan cliënten.</li> <li>- De klachtenregeling incl. het klachtenjaerverslag.</li> <li>- Wijze van omgaan met privacy (AVG).</li> <li>- Wachttijden.</li> <li>- Eventuele certificeringen.</li> <li>- Telefoonnummer en/of andere contactgegevens van de organisatie, incl. tijden waarop de organisatie bereikbaar is.</li> </ul> (In afwijking van eis 16 algemeen programma van eisen geldt voor Activerend werk dat het voldoende is dat organisatie beschikt over een website met minimaal informatie over de organisatie en contactgegevens van de aanbieder).		Ja

## 5 Rechten van de cliënt

*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.).*

5.1 Klachtenregeling	Eisen zijn van toepassing op	Ja/Nee/Deels /N.v.t.
Eis 9 Inkoopdocument Algemeen programma van eisen	Alle zorgvormen, behalve indien alleen activerend werk wordt geboden.	
De opdrachtnemer heeft een effectieve en laagdrempelige regeling vastgelegd voor de afhandeling van klachten van cliënten en ten aanzien van gedragingen van de opdrachtnemer of haar medewerkers tegen een cliënt, conform vigerende wet- en regelgeving.		Ja
De cliënt wordt geïnformeerd over de klachtenregeling.		Ja
De klachtenregeling is te vinden op de website van de betreffende opdrachtnemer.		Ja
De opdrachtnemer stelt jaarlijks een openbaar klachtenjaerverslag/klachtenlijst op en publiceert dit op zijn website.		Ja
In het klachtenjaerverslag/klachtenlijst is minimaal beschreven: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hoeveel klachten zijn ingediend.</li> <li>- Welke klachten zijn ingediend (beschrijving van de klacht, incl. het thema van de klacht).</li> <li>- De afhandelingstermijn (per klacht).</li> <li>- De wijze waarop de klachten zijn afgehandeld (per klacht).</li> <li>- De wijze van communicatie en opvolging van de klachten (per klacht).</li> <li>- Welke verbetermaatregelen naar aanleiding van de klachten zijn genomen (per klacht).</li> </ul>		Deels

5.2 Rechten van de cliënt en gedragscode	Eisen zijn van toepassing op	Ja/Nee/Deels /N.v.t.
Eis 17 Inkoopdocument Algemeen programma van eisen	Van toepassing op alle zorgvormen, behalve enkel activerend werk	
De cliënt voelt zich op zijn/haar gemak op de plaats waar de hulp/ondersteuning wordt geboden		Ja
De opdrachtnemer staat open voor wensen, aanwijzingen, vragen en kritiek van de cliënt.		Ja
Er zijn met de cliënt afspraken (schriftelijk/digitaal) gemaakt over gegevensuitwisseling die passen binnen het privacy-statuuut van de opdrachtnemer.		Ja
De cliënt kan participeren in een cliëntenraad of een vergelijkbaar platform		Ja
Medewerkers houden zich aan de door de opdrachtnemer vastgestelde gedragscode die schriftelijk is vastgelegd, waarbij aandacht wordt besteed aan de volgende thema's: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Correcte cliëntbejegening.</li> <li>- Servicegerichte en klantvriendelijke instelling.</li> <li>- Inlevingsvermogen en hulpvaardigheid.</li> <li>- Respecteren ziens-, geloofs- en zijnswijze van de cliënt.</li> <li>- Privacy, geheim te houden al hetgeen is toevertrouwd.</li> <li>- Integriteit van de medewerkers (als voorbeeld beleid op het aannemen van cadeaus c.q. schenkingen, etc.).</li> </ul>		Ja

**GGD Gelderland-Midden**

is onderdeel van de Veiligheids- en Gezondheidsregio Gelderland-Midden



**GGD Gelderland-Midden**

Postbus 5364

6802 EJ ARNHEM

T 0800 8446 000

E [ggd@vggm.nl](mailto:ggd@vggm.nl)



## **Rapport herinspectie dd. 1 december 2021 Multihulp V.O.F.**

## **INHOUDSOPGAVE RAPPORT HERINSPECTIE**

### **WMO TOEZICHT**

FOUT! BLADWIJZER NIET GEDEFINIEERD.

<b>INLEIDING</b>	<b>4</b>
Korte beschrijving van de locatie en de doelgroep	4
Onderzoek: aanleiding en belang	5
Inspectiehistorie	5
<b>CONCLUSIE EN ADVIES</b>	<b>7</b>
Advies aan de gemeente	7
<b>BEVINDINGEN</b>	<b>8</b>
1 Doelmatigheid voorziening	8
1.1 Ondersteuningsplan	8
1.2 Evaluatie	8
1.3 Zelfredzaamheid	9
2 Veiligheid	9
2.1 Veiligheid cliënt	9
2.2 Intern meldingssysteem incidenten/bijna incidenten	9
3 Samenwerking en afstemming	10
3.1 Casusregie	10
3.2 VIR	10
4 Kwaliteit van personeel en organisatie	10
4.1 Personeelsbeleid	10
5 Rechten van de cliënt	11
5.1 Klachtenregeling	11
<b>ZIENSWIJZE AANBIEDER</b>	<b>12</b>
<b>BRONOVERZICHT</b>	<b>13</b>
<b>GEGEVENSOVERZICHT</b>	<b>14</b>
<b>BIJLAGE 1 EISEN</b>	<b>15</b>

## 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).

11 Gemeenten in de regio Centraal Gelderland hebben deze taak ondergebracht bij Modulaire Gemeenschappelijke Regeling sociaal domein regio Centraal Gelderland (MGR), te weten Arnhem, Doesburg, Duiven, Lingewaard, Overbetuwe, Renkum, Rheden, Rozendaal, Wageningen, Westervoort en Zevenaar.

De Wmo 2015 regelt in artikel 6.1. dat gemeenten een toezichthoudende ambtenaar aanwijzen. De colleges van B&W van deze 11 gemeenten hebben de Directeur Publieke Gezondheid van GGD Gelderland-Midden als toezichthoudend ambtenaar aangewezen 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 Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ). Gegevens en bevindingen in dit rapport beperken zich tot Wmo verstrekkingen.

Uitgangspunt voor het toezicht zijn de kwaliteitscriteria uit de Wmo 2015 aangevuld met alle eisen en voorwaarden waaronder de aanbieder gecontracteerd is binnen Inkoop 2020.

De rapporten van Wmo kwaliteitstoezicht uitgevoerd door de toezichthouders van de GGD Gelderland –Midden worden gepubliceerd op de website [www.vggm.nl](http://www.vggm.nl)

Dit onderzoek heeft plaatsgevonden in opdracht van de Modulaire Gemeenschappelijke Regeling sociaal domein regio Centraal Gelderland (hierna te noemen MGR SDCG), waarbij de gemeente Arnhem als opdrachtgevende gemeente optreedt.

Bezwaar op de openbaarmaking van het rapport van het kwaliteitsonderzoek uitgevoerd bij Multihulp V.O.F. kan worden ingediend bij de gemeente Arnhem.

## Korte beschrijving van de locatie en de doelgroep

Multihulp V.O.F. (hierna: Multihulp) verleent vanuit de rechtsvorm vennootschap onder firma sinds 2001 ondersteuning. In 2020 is Multihulp door de MGR SDCG gecontracteerd voor het bieden van begeleiding (basis en specialistisch) en groepsbegeleiding (stabiel en ontwikkeling).

In de gemeente Arnhem wordt aan 14 cliënten begeleiding geboden. In de gemeente Overbetuwe hebben twee cliënten een beschikking voor zowel begeleiding als groepsbegeleiding. Ook biedt de aanbieder begeleiding aan zeven cliënten in de gemeente Zevenaar.

De zorg vindt plaats op basis van Zorg in Natura financiering.

In het algemeen betreft het gezinnen/cliënten met een verstandelijke beperking, psychisch- en/of arbeid gerelateerde problematiek met diverse culturele achtergronden.

Naast ondersteuning vanuit de Wmo biedt Multihulp begeleiding en groepsbegeleiding vanuit de jeugdwet.

De aanbieder is voornemens om ook ondersteuning vanuit de Wlz te gaan bieden.

De begeleiding wordt geboden door vijf medewerkers, waaronder twee directieleden. De twee directieleden zijn eindverantwoordelijk voor besluitvorming.

## Onderzoek: aanleiding en belang

Dit onderzoek heeft plaatsgevonden in opdracht van de MGR SDCG waarbij de gemeente Arnhem als opdrachtgevende gemeente optreedt. Bij dit onderzoek zijn ook de gemeenten Overbetuwe en Zevenaar betrokken.

Het onderzoek had als doel na te gaan of de aanbieder voldoet aan de voorwaarden waaraan niet voldaan werd bij het signaalgestuurde kwaliteitsonderzoek op 1 juni 2021.

Het inspectiebezoek vond plaats op 1 december 2021. Het betrof een aangekondigd inspectiebezoek door twee Wmo toezichthouders van de GGD Gelderland Midden.

Het onderzoek bestond uit observatie, bronnenonderzoek (o.a. cliëntdossiers) en interviews. Er hebben gesprekken plaats gevonden met één van de directeurs, de zorgcoördinator, één ambulante begeleider en een externe adviseur van Multihulp.

Ook is ten behoeve van het onderzoek gesproken met drie wijkcoaches.

Personen stelden zich coöperatief op. De gesprekken verliepen in een open en professionele sfeer.

## Inspectiehistorie

Op **22 september 2020** heeft door de Wmo toezichthouder van GGD Gelderland Midden pro actief toezicht plaatsgevonden bij de aanbieder middels een Quicksan in opdracht van de MGR SDCG. Uit de Quicksan bleek de aanbieder niet te voldoen aan de eisen ten aanzien van personeelskwalificaties, rechten van de cliënt, klachtenprocedure en ondersteuningsplannen en evaluatieverslagen van de cliënt.

De Wmo toezichthouder adviseerde de MGR SDCG een volledig kwaliteitsonderzoek bij de aanbieder uit te laten voeren.

Op **1 juni 2021** heeft de GGD Gelderland Midden in opdracht van de MGR SDCG een signaalgestuurd kwaliteitsonderzoek uitgevoerd bij Multihulp.

Uit dit onderzoek is gebleken dat Multihulp niet voldeed aan een deel van de gestelde wettelijke (kwaliteits)eisen en gemeentelijke eisen.

Onderstaande tekortkomingen zijn daarbij vastgesteld:

**Wettelijke kwaliteitseis: De voorziening is doelmatig, doeltreffend en cliëntgericht (Wmo 2015, art. 3.1, tweede lid sub a).**

- In het ondersteuningsplan zijn in ieder geval de volgende onderwerpen beschreven:

- o Binnen welk tijdsbestek er kan worden afgeschaald naar minder uren en/of een eenvoudiger ondersteuningsinzet.

- o In het plan staat vermeld wie de casusregisseur of coördinator is (in het geval van meervoudige, complexe problematiek dient een regisseur te zijn aangewezen (zie eis 5 Casusregie).

- De aanbieder investeert aantoonbaar in het innoveren en eventueel afbouwen van zorg, dat wil zeggen het verkorten van de zorgduur en het verminderen van het aantal begeleidingsuren. Bij begeleiding betekent dit dat de aanbieder waar mogelijk werkt aan het afbouwen van begeleiding naar voorliggende voorzieningen en/of naar de inzet van het sociaal netwerk, bij voorkeur met behulp van sociale netwerkstrategieën.

- Er wordt ingezet op het afschalen van Begeleiding specialistisch naar Basis begeleiding (zie eis 1). Hierover worden concrete afspraken gemaakt in het ondersteuningsplan van de cliënt.

- Uit de evaluatie blijkt in hoeverre de gestelde doelen zijn behaald. Als een doel of een resultaat niet wordt gehaald, is de opdrachtnemer verantwoordelijk voor de motivering waarom dat doel of resultaat niet gehaald is. De opdrachtnemer beschrijft de wijze waarop de gestelde doelen alsnog behaald kunnen worden of dienen te worden bijgesteld.

- Aanbieder werkt aan zelfregie van zorg waar dit mogelijk is. Er wordt verwacht van aanbieder dat hij aantoonbaar de zelfredzaamheid van de cliënten verbetert en/of verslechtering voorkomt of de zelfredzaamheid stabiel houdt.

**Wettelijke kwaliteitseis: De voorziening is veilig (Wmo 2015, art. 3.1, tweede lid sub a.).**

- In het kader van de geboden hulp/ondersteuning wordt de veiligheid van de cliënt gewaarborgd. Aanbieder dient risico's te signaleren ten aanzien van de fysieke en sociale veiligheid van de cliënt.  
- Er is een intern meldings-/registratiesysteem voor incidenten, fouten en bijna fouten dat operationeel is (VIM: Veilig Incident Melden). Het melden, registreren, analyseren, verbeteren en terugkoppelen aan melder is georganiseerd en geborgd. Het betreft incidenten of bijna incidenten, die zijn gekoppeld aan het handelen door zorgprofessionals.

**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).**

- In geval van meervoudige, complexe problematiek is één regisseur of coördinator aangewezen die de nodige samenhang en continuïteit bewaakt.  
- In eerste aanleg is de cliënt zelf regisseur van zijn zorg, tenzij dit niet mogelijk is. In dat geval neemt de ondersteunende/behandelende organisatie of de toegang de regie over.  
- De regisseur dient toegang te krijgen tot de noodzakelijke gegevens om de casusregie uit te kunnen voeren. Hierbij wordt rekening gehouden met de privacyregels.  
- Opdrachtnemer maakt, indien van toepassing, gebruik van de verwijzindex risicojongeren (VIR) en onderneemt de benodigde acties.

**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.).**

- De opdrachtnemer is zelf bekwaam en gekwalificeerd en/of beschikt over aantoonbaar bekwame en gekwalificeerde medewerkers voor het uitvoeren van de gevraagde dienstverlening, zet gekwalificeerde medewerkers in en dient dit op ieder moment aan opdrachtgever te kunnen aantonen.  
- Uitvoering door een professional met een opleiding op minimaal mbo3 niveau op het gebied van Zorg en Welzijn onder aansturing van een professional met minimaal een opleiding op mbo-4/ beginnend hbo niveau in een gelijke richting.  
- Binnen de in de opdracht en overige inkoopdocumenten gestelde kaders neemt opdrachtnemer ten opzichte van de cliënt bij de uitvoering van zijn werkzaamheden de ondersteuning van een goed hulpverlener in acht en handelt daarbij in overeenstemming met de op hem rustende verantwoordelijkheid, voortvloeiende uit de voor hem of haar geldende professionele standaard en conform alle gestelde eisen en voorwaarden. Tot goed hulpverlenerschap wordt in ieder geval ook gerekend het leveren van kwalitatief goede, verantwoorde en proportionele ondersteuning binnen de hiertoe geldende of nog te stellen termijnen.

**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.).**

- In het klachtenjaarslag/klachtenlijst is minimaal beschreven: o Hoeveel klachten zijn ingediend.  
o Welke klachten zijn ingediend (beschrijving van de klacht, incl. het thema van de klacht).  
o De afhandelingstermijn (per klacht).  
o De wijze waarop de klachten zijn afgehandeld (per klacht).  
o De wijze van communicatie en opvolging van de klachten (per klacht).  
o Welke verbetermaatregelen naar aanleiding van de klachten zijn genomen (per klacht).

De toezichthouder gaf het advies aan de MGR SDCG en de gemeente Arnhem om te handhaven conform handhavingsbeleid.

Naar aanleiding hiervan heeft de MGR SDCG met Multihulp V.O.F. afspraken gemaakt met betrekking tot gestelde tekortkomingen, waaronder kwalificaties van personeel.

De MGR SDCG heeft vervolgens de GGD Gelderland Midden opdracht gegeven een herinspectie uit te voeren waarvan dit rapport een weergave is.

## CONCLUSIE EN ADVIES

Uit deze herinspectie blijkt dat bij Multihulp V.O.F. wordt voldaan aan de gestelde wettelijke (kwaliteits)eisen en gemeentelijke eisen.

De aanbieder heeft het afgelopen half jaar de gestelde tekortkomingen voortkomend uit de inspectie op 1 juni 2021 opgepakt.

Aandachtspunten zijn in een verbeterplan opgenomen en in een verbeterregister verwerkt.

Gezien de recente datum waarop de wijzigingen zijn doorgevoerd zal inbedding in de dagelijks praktijk nog moeten plaatsvinden.

## Advies aan de gemeente

De Wmo toezichthouder van de VGGM geeft het advies aan de MGR SDCG en gemeente Arnhem niet te handhaven.

### ***Toelichting handhaving***

*De toezichthouder geeft aan de gemeente het advies om wel of niet te handhaven*

*Handhaving is een verzamelnaam voor activiteiten die zijn gericht op het bewerkstelligen van een goede naleving of een goede kwaliteit". (Bron: Rijksoverheid)*

*Er zijn verschillende vormen van handhaving, enkele voorbeelden:*

*een (normoverdragend) gesprek voeren, een schriftelijke waarschuwing geven, last onder dwangsom, last onder bestuursdwang, het opleggen van een cliëntenstop, contractontbinding, etc.*

*Afhankelijk van o.a. de ernst en/of hoeveelheid van de overtreding(en), of sprake is van een recidive en de bereidheid van de aanbieder om de overtreding te beëindigen, besluit de gemeente, op basis van het gemeentelijk handhavingsbeleid, welke vorm van handhaving wordt ingezet.*

## BEVINDINGEN

### 1 Doelmatigheid voorziening

*Wettelijke kwaliteitseis: De voorziening is doelmatig, doeltreffend en cliëntgericht (Wmo 2015, art. 3.1, tweede lid sub a).*

#### 1.1 Ondersteuningsplan

*Deelconclusie: Aan de gestelde eis wordt wel voldaan. De aanbieder heeft afschalen en casusregie onderdeel van het ondersteuningsplan gemaakt.*

##### Beschrijving:

Naar aanleiding van de kwaliteitsinspectie op 1 juni 2021 heeft de aanbieder het format van haar ondersteuningsplan aangepast.

In het ondersteuningsplan wordt nu opgenomen in welk tijdsbestek afschaling kan plaatsvinden en staat vermeld wie casusregisseur is (in geval van meervoudige, complexe problematiek). Ook zijn concrete afspraken ten aanzien van afschaling van begeleiding specialistisch naar begeleiding basis in het ondersteuningsplan opgenomen. Wijkcoaches uiten zich hierover wisselend. Zij zeggen hierover het volgende:

*"Het afgelopen half jaar zijn de ondersteuningsplannen duidelijker geworden. Ook proberen ze me meer bij het begeleidingsproces te betrekken. Dit is een verschil met een half jaar geleden. Ik denk dat de inwoner veel baat heeft bij de ondersteuning, ook gezien hun kennis van verschillende culturen".*

*"Ze zijn wel meer bezig met afschaling, maar Multihulp pakt alles op en hier zouden ze iets kritischer in mogen zijn. Het kan dat ze dit doen vanuit betrokkenheid, maar dat maakt het soms ingewikkeld. Eén cliënt heeft bijvoorbeeld een doel waar deze niet aan wil werken. Op die manier zou je altijd bij cliënt betrokken blijven, omdat het doel zo nooit behaald kan gaan worden. Dit vraagt van ons als wijkcoach dat we heel kritisch naar de doelen en ureninzet moeten kijken. Soms is iets bereikt en moet je verder gaan. Ik zou ze gunnen dat ze dat meer kunnen gaan doen, ik zou ze dan ook vaker inzetten".*

*"Ik ben ontzettend tevreden. Er is sprake van een hele fijne samenwerking en korte lijntjes. Het netwerk wordt actief betrokken en ze zijn heel flexibel. Multihulp levert maatwerk en ze zijn bewust met opschalen en afschalen".*

*"Ik vind dat er niet veel is veranderd, maar dat kan ook begeleider afhankelijk zijn. Ik geloof wel dat ze dingen hebben aangepakt en verbetering hebben laten zien, maar wij hebben met één begeleider te maken gehad die geen verandering heeft laten zien".*

#### 1.2 Evaluatie

*Deelconclusie: Aan de gestelde eis wordt wel voldaan. De aanbieder hanteert inmiddels voor de gemeente Overbetuwe ook haar eigen format voor evaluatieverslagen.*

##### Beschrijving:

Zoals beschreven in het inspectierapport van 1 juni 2021 gebruikte de aanbieder voor de gemeente Overbetuwe enkel een gemeentelijk format voor evaluatieverslagen. Door dit format te gebruiken was onvoldoende zichtbaar welke doelen wel of niet waren behaald.

Voor de gemeenten Arnhem en Zevenaar had de aanbieder zelf een format opgesteld conform gestelde eisen. De aanbieder hanteert dit format nu, naast het gemeentelijk format, ook voor de gemeente Overbetuwe en voldoet hiermee aan gestelde eis.

### 1.3 Zelfredzaamheid

*Deelconclusie: Aan de gestelde eis wordt wel voldaan. De zelfredzaamheidsmatrix (ZRM) is inmiddels geïmplementeerd.*

Beschrijving:

De ZRM (zelfredzaamheidsmatrix) is inmiddels geïmplementeerd en onderdeel van het cliëntregistratiesysteem. De scores van de ZRM worden opgenomen in het ondersteuningsplan. Als een leefdomein een drie of lager heeft gescoord worden doelafspraken op het betreffende leefdomein gemaakt. De aanbieder is voornemens om bij ieder evaluatiemoment de ZRM opnieuw te doorlopen om zicht te houden op de mate van zelfredzaamheid.

## 2 Veiligheid

*Wettelijke kwaliteitseis: De voorziening is veilig (Wmo 2015, art. 3.1, tweede lid sub a.).*

### 2.1 Veiligheid cliënt

*Deelconclusie: Aan de gestelde eis wordt wel voldaan. Risico's worden middels de ZRM in kaart gebracht en onderdeel gemaakt van het ondersteuningsplan.*

Beschrijving:

Zoals in constatering 1.3 is beschreven heeft de aanbieder de ZRM inmiddels geïmplementeerd. Middels dit instrument worden alle leefdomeinen doorlopen en wordt de mate van zelfredzaamheid geïnventariseerd. Aan de hand van dit instrument worden ook risico's geïnventariseerd. Elk leefdomein wordt met de cliënt besproken en uitgevraagd op eventuele risico's. Onderaan de ZRM is ruimte voor aantekeningen. Indien er risico's aanwezig zijn worden deze zowel onderaan de ZRM als in het ondersteuningsplan opgenomen.

### 2.2 Intern meldingssysteem incidenten/bijna incidenten

*Deelconclusie: Aan de gestelde eis wordt wel voldaan. Implementatie van verbetermaatregelen is inmiddels voldoende geborgd.*

Beschrijving:

De toezichthouder heeft het verbeterregister tijdens de herinspectie nogmaals ingezien. In het verbeterregister worden onder andere maatregelen naar aanleiding van incidenten opgenomen. Het verbeterregister wordt maandelijks tijdens het managementoverleg doorlopen en maatregelen in het verbeterregister zijn inmiddels uitgevoerd. Tijdens de inspectie van 1 juni 2021 werden verbetermaatregelen in het verbeterregister onvoldoende opgepakt en stonden er acties open die al opgepakt hadden moeten worden. De aanbieder heeft implementatie van verbetermaatregelen inmiddels geborgd door één verantwoordelijke hiervoor aan te wijzen. De externe adviseur van de aanbieder is de afgelopen periode verantwoordelijk geweest voor borging van gestelde maatregelen. Dit zal door één van de directeuren worden overgenomen.



### 3 Samenwerking en afstemming

*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)*

#### 3.1 Casusregie

*Deelconclusie: Aan de gestelde eis wordt wel voldaan. Er worden afspraken gemaakt met betrekking tot casusregie in geval van meervoudige, complexe problematiek.*

Beschrijving:

In geval van meervoudige, complexe problematiek is één regisseur aangewezen die de nodige samenhang en continuïteit bewaakt. Afspraken met betrekking tot casusregie worden in het ondersteuningsplan opgenomen.

#### 3.2 VIR

*Deelconclusie: Aan de gestelde eis wordt wel voldaan. De aanbieder heeft zich aangesloten bij de VIR.*

Beschrijving:

De aanbieder heeft zich inmiddels aangesloten bij de verwijzindex risicjongeren. Vanaf augustus zijn voor begeleiders accounts aangemaakt voor de verwijzindex regio Arnhem (VIRA).

### 4 Kwaliteit van personeel en organisatie

*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.)*

#### 4.1 Personeelsbeleid

*Deelconclusie: Aan de gestelde eis wordt wel voldaan. De aanbieder heeft inmiddels medewerkers in dienst met een diploma conform gestelde eisen. Over de kwalificaties en inzet van één medewerker zijn met de MGR SDCG afspraken gemaakt naar aanleiding van de inspectie op 1 juni 2021.*

Beschrijving:

Het afgelopen half jaar hebben zich twee personeelwisselingen voorgedaan. Er zijn twee medewerkers vertrokken, waarvan één medewerker die tijdens de inspectie op 1 juni 2021 niet over een diploma conform gestelde eisen beschikte. Hiervoor zijn twee medewerkers met een passend Mbo niveau 4 diploma in de plaats gekomen. Beiden bieden enkel begeleiding basis.

Wat betreft de medewerker met een Mbo niveau 4 diploma doktersassistent, waarvan het diploma tijdens de inspectie op 1 juni 2021 is ingezien, verwijst de toezichthouder naar de afspraak dat vanuit de MGR SDCG akkoord is gegeven op de kwalificaties van betreffende medewerker gezien de opleiding waar deze nog mee bezig is.

## 4.2 Goed hulpverlenerschap, professionele standaard en kwaliteit

*Deelconclusie: Aan de gestelde eis wordt wel voldaan. De aanbieder heeft het afgelopen half jaar wijzigingen doorgevoerd die bijdragen aan de kwaliteit van de geleverde zorg en goed hulpverlenerschap.*

### Beschrijving:

De aanbieder heeft het afgelopen jaar gewerkt aan het verbeteren van de kwaliteit van zorg. Over de kwaliteit van zorg wordt door wijkcoaches het volgende gezegd:

*"De aanbieder is heel goed in het aansluiten bij andere culturen en weet onderwerpen bespreekbaar te maken die je normaal niet in die cultuur bespreekt. Ze bereiken best veel, maar als je heel betrokken blijft blijf je ook langer doorgaan".*

*"Ik vind het eigenlijk wel goed gaan en de samenwerking is ook goed. Ik merk wel dat ze langdurig betrokken zijn en willen zijn. Dit gaat wel beter, maar ik moet erg zitten op afbouw van specialistisch naar basis. Als ik zeg dat het tijd is voor afbouw gaan ze akkoord als ze maar betrokken blijven. Onderbouwing van behouden van uren ontbreekt vaak. Ik kan hier wel met hen het gesprek over voeren en vindt hen open in contact".*

De aanbieder heeft het afgelopen half jaar gewerkt om gestelde tekortkomingen vanuit de inspectie op 1 juni 2021 op te pakken en heeft hiermee aan de kwaliteit van zorg gewerkt. Gezien de recente datum waarop de wijzigingen zijn doorgevoerd zal inbedding in de dagelijks praktijk nog moeten plaatsvinden.

## 5 Rechten van de cliënt

*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.).*

### 5.1 Klachtenregeling

*Deelconclusie: Aan de gestelde eis wordt wel voldaan. De aanbieder heeft een format opgesteld waardoor het klachtenjaarslag conform gestelde eisen geschreven gaat worden.*

### Beschrijving:

De aanbieder heeft het afgelopen jaar één klacht ontvangen. Over het jaar 2021 zal een klachtenjaarslag worden opgesteld conform gestelde eisen. De aanbieder heeft hiervoor een format opgesteld die door de toezichthouder is ingezien.

## **ZIENSWIJZE AANBIEDER**

Wij hebben in de 'conceptrapportage herinspectie' waarin Multihulp aan de door SDCG gestelede voorwaarden/eisen voldoet, geen feitelijke onjuistheden geconstateerd.

- De toezichthouder ziet in de zienswijze geen aanleiding om haar beoordeling te wijzigen.

# BRONOVERZICHT

## 1. Interviews met:

- Eén directeur
- Eén zorgcoördinator
- Eén externe adviseur
- Eén ambulante begeleider
- Drie wijkcoaches

## 2. Observaties tijdens het inspectiebezoek

- Twee ondersteuningsplannen van cliënten
- Twee evaluatieverslagen van cliënten
- Twee ingevulde toestemmingsverklaringen van cliënten
- Twee ZRM's van cliënten
- Ingevuld klachtenformulier
- Format klachtenjaarverslag

## 3. Documenten met betrekking tot het toezicht:

- Verbeterregister 2020/2021
- Plan van aanpak Multihulp

## 4. Documenten met betrekking tot het personeel

- Twee diploma's van medewerkers
- Twee VOG's van medewerkers

## 5. Overig:

- Website van de aanbieder

## GEGEVENSOVERZICHT

### Opvanggegevens

Naam : Multihulp V.O.F.  
Adres : Wassenaarweg 40  
Postcode en woonplaats : 6843 NW Arnhem  
Telefoonnummer : 026-8402131  
Website aanbieder : www.multi-hulp.nl  
Email aanbieder : info@multi-hulp.nl  
Aantal medewerkers : 5  
Rechtsvorm : V.O.F.  
HKZ/ISO gecertificeerd : HKZ

### Gegevens toezicht

Naam GGD : GGD Gelderland-Midden  
Adres : Postbus 5364  
Postcode en woonplaats : 6802EJ ARNHEM  
Telefoonnummer : 0800-8446000  
Onderzoek uitgevoerd door : Wmo toezichthouder

### Gegevens opdrachtgever

Naam : Modulaire Gemeenschappelijke Regeling  
sociaal domein regio Centraal Gelderland  
Adres : Dorpsplein 1  
Postcode en woonplaats : 6931 CZ Westervoort

### Gegevens gemeente voor bezwaar tegen openbaarmaking

Naam : gemeente Arnhem  
Adres : Postbus 5283  
Postcode en woonplaats : 6802 EG Arnhem

### Planning

Datum inspectie : 01-12-2021  
Opstellen concept inspectierapport : 10-12-2021  
Hoor/wederhoor : 17-12-2021  
Zienswijze ontvangen : 17-12-2021  
Vaststelling inspectierapport : 17-12-2021  
Verzending inspectierapport :

## BIJLAGE 1 EISEN

### 1 Doelmatigheid voorziening

*Wettelijke kwaliteitseis: De voorziening is doelmatig, doeltreffend en cliëntgericht (Wmo 2015, art. 3.1, tweede lid sub a).*

1.1 Ondersteuningsplan	Eisen zijn van toepassing op	Ja/Nee/Deels /N.v.t.
Eis 2 Inkoopdocument Algemeen programma van eisen	Alle zorgvormen, behalve als alleen groepsbegeleiding stabiel wordt geboden	
<p>In het ondersteuningsplan zijn in ieder geval de volgende onderwerpen beschreven:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- De kansen/mogelijkheden en ondersteuningsbehoeften van de cliënt en welke hulp/ondersteuning wordt geboden.</li> <li>- Welke doelafspraken cliënt en opdrachtnemer maken en hoe zij deze gaan bereiken.</li> <li>- Binnen welk tijdsbestek deze doelen moeten worden behaald en hoeveel uur daarvoor nodig is.</li> <li>- Binnen welk tijdsbestek er kan worden afgeschaald naar minder uren en/of een eenvoudigere ondersteuningsinzet.</li> <li>- Hoe opdrachtnemer de nazorg vormgeeft en de eventuele overdracht naar andere zorgvormen.</li> <li>- Wanneer geëvalueerd wordt (datum vastgelegd).</li> <li>- De inzet van en afstemming met algemene voorzieningen (indien van toepassing).</li> <li>- In het plan staat de naam van de eerstverantwoordelijke (medewerker van de opdrachtnemer) vermeld. De eerstverantwoordelijke of diens vervanger is goed bereikbaar.</li> <li>- In het plan staat vermeld wie de casusregisseur of coördinator is (in het geval van meervoudige, complexe problematiek dient een regisseur te zijn aangewezen (zie eis 5 Casusregie).</li> <li>- De inbreng van een multidisciplinair team (indien van toepassing) is beschreven in het ondersteuningsplan.</li> <li>- De afstemming tussen dagbesteding, werk en wonen (indien van toepassing), is beschreven in het ondersteuningsplan.</li> <li>- De afstemming op andere vormen van geboden hulp en zorg is beschreven in het ondersteuningsplan (zie eis 4 Afstemming).</li> </ul> <p>In afwijking van eis 2 van het Inkoopdocument Algemeen programma van eisen is voor Groepsbegeleiding Stabiel het volgende niet van toepassing:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Doelafspraken tussen de cliënt en zorgaanbieder en;</li> <li>- Het tijdsbestek waarbinnen deze doelen moeten worden behaald.</li> </ul>		Ja
Eis 2 Inkoopdocument Begeleiding Zorgvorm specifieke eisen	Begeleiding	
De aanbieder investeert aantoonbaar in het innoveren en eventueel afbouwen van zorg, dat wil zeggen het verkorten van de zorgduur en het verminderen van het aantal begeleidingsuren. Bij begeleiding betekent dit dat de aanbieder waar mogelijk werkt aan het afbouwen van begeleiding naar voorliggende voorzieningen en/of naar de inzet van het sociaal netwerk, bij voorkeur met behulp van sociale netwerkstrategieën.		Ja
Er wordt ingezet op het afschalen van Begeleiding specialistisch naar Basis begeleiding (zie eis 1). Hierover worden concrete afspraken gemaakt in het ondersteuningsplan van de cliënt.		Ja

1.2 Evaluatie	Eisen zijn van toepassing op	Ja/Nee/Deels /N.v.t.
Eis 3 Inkoopdocument Algemeen programma van eisen	alle zorgvormen	
Uit de evaluatie blijkt in hoeverre de gestelde doelen zijn behaald. Als een doel of een resultaat niet wordt gehaald, is de opdrachtnemer verantwoordelijk voor de motivering waarom dat doel of resultaat niet gehaald is. De opdrachtnemer beschrijft de wijze waarop de gestelde doelen alsnog behaald kunnen worden of dienen te worden bijgesteld.		Ja

1.3 Zelfredzaamheid	Eisen zijn van toepassing op	Ja/Nee/Deels /N.v.t.
Eis 2 Inkoopdocument Begeleiding Zorgvorm specifieke eisen	Van toepassing op zorgvorm begeleiding	
Aanbieder werkt aan zelfregie van zorg waar dit mogelijk is. Er wordt verwacht van aanbieder dat hij aantoonbaar de zelfredzaamheid van de cliënten verbetert en/of verslechtering voorkomt of de zelfredzaamheid stabiel houdt.		Ja

## 2 Veiligheid

Wettelijke kwaliteitseis: De voorziening is veilig (Wmo 2015, art. 3.1, tweede lid sub a.).

2.1 Veiligheid cliënt	Eisen zijn van toepassing op	Ja/Nee/Deels /N.v.t.
Eis 6 Inkoopdocument Algemeen Programma van eisen	alle zorgvormen	
In het kader van de geboden hulp/ondersteuning wordt de veiligheid van de cliënt gewaarborgd. Aanbieder dient risico's te signaleren ten aanzien van de fysieke en sociale veiligheid van de cliënt.		Ja

2.2 Intern meldingssysteem incidenten/bijna incidenten	Eisen zijn van toepassing op	Ja/Nee/Deels /N.v.t.
Eis 11 Inkoopdocument Algemeen Programma van eisen	Alle zorgvormen, behalve als alleen activerend Werk geboden wordt	
Er is een intern meldings-/registratiesysteem voor incidenten, fouten en bijna fouten dat operationeel is (VIM: Veilig Incident Melden). Het melden, registreren, analyseren,		Ja

<p>verbeteren en terugkoppelen aan melder is georganiseerd en geborgd. Het betreft incidenten of bijna incidenten, die zijn gekoppeld aan het handelen door zorgprofessionals.</p> <p>(In afwijking van eis 11 van het Inkoopdocument Algemeen programma van eisen geldt voor aanbieders Activerend werk, alleen een registratie van incidenten die verband houden met uitvoering van Activerend werk (datum, wie, wat en bij wie gemeld en welke acties), de analyse (hoe heeft het kunnen gebeuren), verbeteracties en borging (hoe voorkomen dat het nogmaals gebeurd).</p>		
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

### 3 Samenwerking en afstemming

*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)*

3.3 Casusregie	Eisen zijn van toepassing op	Ja/Nee/Deels /N.v.t.
Eis 5 Inkoopdocument Algemeen Programma van eisen	Alle zorgvormen	
In geval van meervoudige, complexe problematiek is één regisseur of coördinator aangewezen die de nodige samenhang en continuïteit bewaakt.		Ja
In eerste aanleg is de cliënt zelf regisseur van zijn zorg, tenzij dit niet mogelijk is. In dat geval neemt de ondersteunende/behandelende organisatie of de toegang de regie over.		Ja
De regisseur dient toegang te krijgen tot de noodzakelijke gegevens om de casusregie uit te kunnen voeren. Hierbij wordt rekening gehouden met de privacyregels.		Ja

3.2 VIR	Eisen zijn van toepassing op	Ja/Nee/Deels /N.v.t.
Eis 12 Inkoopdocument Algemeen Programma van eisen	Alle zorgvormen, behalve als alleen activerend Werk geboden wordt	
Opdrachtnemer maakt, indien van toepassing, gebruik van de verwijzindex risicojongeren (VIR) en onderneemt de benodigde acties.		Ja
Dit geldt voor jongeren tot 23 jaar.		
(Eis 12 van het algemeen programma van eisen is in zijn geheel niet van toepassing voor aanbieders die alleen Activerend werk bieden)		



## 4 Kwaliteit van personeel en organisatie

*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.)*

4.1 Personeelsbeleid	Eisen zijn van toepassing op	Ja/Nee/Deels /N.v.t.
Eis 13 Inkoopdocument Algemeen programma van eisen	Alle zorgvormen	
De opdrachtnemer is zelf bekwaam en gekwalificeerd en/of beschikt over aantoonbaar bekwaame en gekwalificeerde medewerkers voor het uitvoeren van de gevraagde dienstverlening, zet gekwalificeerde medewerkers in en dient dit op ieder moment aan opdrachtgever te kunnen aantonen.		Ja
Laten staan Inkoopdocument Begeleiding Productbeschrijving begeleiding basis	Begeleiding Basis	
Uitvoering door een professional met een opleiding op minimaal mbo3 niveau op het gebied van Zorg en Welzijn onder aansturing van een professional met minimaal een opleiding op mbo-4/ beginnend hbo niveau in een gelijke richting.		Ja

4.2 Goed hulpverlenerschap, professionele standaard en kwaliteit	Eisen zijn van toepassing op	Ja/Nee/Deels /N.v.t.
Eis 14 Inkoopdocument Algemeen Programma van eisen	Van toepassing op alle zorgvormen	
Binnen de in de opdracht en overige inkoopdocumenten gestelde kaders neemt opdrachtnemer ten opzichte van de cliënt bij de uitvoering van zijn werkzaamheden de ondersteuning van een goed hulpverlener in acht en handelt daarbij in overeenstemming met de op hem rustende verantwoordelijkheid, voortvloeiende uit de voor hem of haar geldende professionele standaard en conform alle gestelde eisen en voorwaarden.  Tot goed hulpverlenerschap wordt in ieder geval ook gerekend het leveren van kwalitatief goede, verantwoorde en proportionele ondersteuning binnen de hiertoe geldende of nog te stellen termijnen.		Ja

## 5 Rechten van de cliënt

*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.).*

5.1 Klachtenregeling	Eisen zijn van toepassing op	Ja/Nee/Deels /N.v.t.
Eis 9 Inkoopdocument Algemeen programma van eisen	Alle zorgvormen, behalve indien alleen activerend	

	werk wordt geboden.	
In het klachtenjaarverslag/klachtenlijst is minimaal beschreven: <ul style="list-style-type: none"><li>- Hoeveel klachten zijn ingediend.</li><li>- Welke klachten zijn ingediend (beschrijving van de klacht, incl. het thema van de klacht).</li><li>- De afhandelingstermijn (per klacht).</li><li>- De wijze waarop de klachten zijn afgehandeld (per klacht).</li><li>- De wijze van communicatie en opvolging van de klachten (per klacht).</li><li>- Welke verbetermaatregelen naar aanleiding van de klachten zijn genomen (per klacht).</li></ul>		Ja

**GGD Gelderland-Midden**

is onderdeel van de Veiligheids- en Gezondheidsregio Gelderland-Midden



**GGD Gelderland-Midden**

Postbus 5364

6802 EJ ARNHEM

T 0800 8446 000

E [ggd@vggm.nl](mailto:ggd@vggm.nl)