



## WMO TOEZICHT

Definitief conceptrapport kwaliteitsonderzoek

Naam: Stichting 's Heeren Loo Zorggroep

Locatie: Ambulante team Nijkerk

Adres: van 't Hoffstraat 28

Postcode en woonplaats: 3863 AX Nijkerk

Datum inspectie: 16 augustus 2022

Datum rapport: 16 september 2022

In opdracht van de gemeente Nijkerk



**Gelderland-Midden**

# INHOUDSOPGAVE

<b>GEGEVENSOVERZICHT .....</b>	<b>3</b>
<b>INLEIDING .....</b>	<b>4</b>
<b>Historie.....</b>	<b>5</b>
<b>Onderzoek: aanleiding en belang .....</b>	<b>4</b>
<b>Korte beschrijving van de organisatie en de doelgroep .....</b>	<b>5</b>
<b>CONCLUSIE EN ADVIES .....</b>	<b>6</b>
<b>Advies aan de gemeente.....</b>	<b>6</b>
<b>BEVINDINGEN.....</b>	<b>8</b>
<b>1 Doelmatigheid voorziening.....</b>	<b>8</b>
<b>2 Veiligheid .....</b>	<b>10</b>
<b>3 Samenwerking en afstemming.....</b>	<b>13</b>
<b>4 Kwaliteit van personeel en organisatie .....</b>	<b>14</b>
<b>5 Rechten van de cliënt.....</b>	<b>16</b>
<b>ZIENSWIJZE AANBIEDER .....</b>	<b>20</b>
<b>BIJLAGE 1: BRONNEN .....</b>	<b>21</b>

## GEGEVENSOVERZICHT

### Basisgegevens

Naam	: Stichting 's Heeren Loo Zorggroep
Adres	: Berkenweg 11
Postcode en woonplaats	: 3818 LA Amersfoort
Telefoonnummer	: 0800-3555555
Website aanbieder	: www.sheerenloo.nl
Rechtsvorm	: Stichting
HKZ/ISO gecertificeerd	: ISO
KVK nummer	: 41190166

### Gegevens toezicht

Naam GGD	: GGD Gelderland-Midden
Adres	: Postbus 5364
Postcode en woonplaats	: 6802EJ ARNHEM
Telefoonnummer	: 0800-8446000

### Gegevens opdrachtgever

Naam	: Gemeente Nijkerk
Adres	: Kolkstraat 27
Postcode en woonplaats	: 3860 BA Nijkerk

### Planning

Datum onderzoek	: 16 augustus 2022
Opstellen concept onderzoeksrapport	: 19 augustus 2022
Hoor/wederhoor	: -
Zienswijze ontvangen	: -
Vaststelling onderzoeksrapport	: 16 september 2022
Verzending onderzoeksrapport	: 16 september 2022

## INLEIDING

Het college van de gemeenten (hierna: gemeenten) zijn sinds 1 januari 2015 verantwoordelijk voor de kwaliteit van voorzieningen die verstrekt worden in het kader van de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo 2015).

De Wmo 2015 regelt in artikel 6.1. dat gemeenten een toezichthoudende ambtenaar aanwijzen. Het college van B&W van de gemeente Nijkerk heeft het Team Toezicht van GGD Gelderland-Midden als toezichthoudend ambtenaar aangewezen.

Zorgaanbieders die Wmo ondersteuning bieden, leveren vaak ook langdurige zorg (Wlz). Op de langdurige zorg wordt toezicht gehouden door de Inspectie voor de Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ). Gegevens en bevindingen in dit rapport beperken zich tot Wmo verstrekkingen.

De toetsing is gebaseerd op wettelijke regelingen waaronder de Wmo, aangevuld met de kwaliteitscriteria uit de gemeentelijke Wmo verordening, inkoopvoorwaarden, toekenningsbeschikkingen en/of uit overeenkomsten met zorgaanbieder.

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 gemeente Nijkerk. Bezwaar op de openbaarmaking van het rapport van het kwaliteitsonderzoek uitgevoerd bij Stichting 's Heeren Loo Zorggroep kan worden ingediend bij de gemeente Nijkerk.

### Onderzoek: aanleiding en belang

Dit onderzoek heeft plaatsgevonden op verzoek van de gemeente Nijkerk.

Het onderzoek had als doel na te gaan of de aanbieder voldoet aan de wettelijke (kwaliteits)eisen vanuit de Wmo en de aanvullende gemeentelijke (kwaliteits)eisen.

Het inspectiebezoek vond plaats op 16 augustus 2022. Het onderzoek bestond uit observatie, bronnenonderzoek (bijlage 1) en interviews. Het betrof een aangekondigd bezoek. Er heeft een gesprek plaatsgevonden met de zorgmanager van het ambulante team in Nijkerk en een manager bedrijfsvoering.

Het onderzoek bij 's Heeren Loo Zorggroep heeft zich gericht op de ambulante begeleiding die wordt geboden in Nijkerk.

Voorafgaand aan het inspectiebezoek heeft de toezichthouder gesprekken gevoerd met drie cliënten en drie medewerkers uit het ambulante team in Nijkerk.

Bij één telefonisch cliëntinterview was ook diens begeleider aanwezig. De leidinggevende was bij de gesprekken met cliënten en medewerkers niet aanwezig.

Ook zijn ten behoeve van het onderzoek gesprekken gevoerd met twee medewerkers van het gebiedsteam in Nijkerk.

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

## **Korte beschrijving van de organisatie en de doelgroep**

Stichting 's Heeren Loo Zorggroep (hierna: 's Heeren Loo) verleent sinds 130 jaar begeleiding en werkt vanuit de volgende missie:

*“Met alles dat wij weten en kunnen zetten wij ons in voor de ondersteuning van mensen met een verstandelijke beperking en/of andere beperking en hun verwanten, zodat zij een zo goed mogelijk leven leiden”.*

Door een groot deel van het land wordt door 's Heeren Loo begeleiding, beschermd wonen, behandeling, speciaal onderwijs en/of dagbesteding geboden.  
Er wordt ondersteuning geleverd vanuit de Wmo, Wlz en de jeugdwet.

Het ambulante team in Nijkerk bestaat uit acht medewerkers. Er is ook een manager zorg en een gedragswetenschapper betrokken bij het team. De manager zorg is integraal verantwoordelijk en de gedragswetenschapper draagt verantwoordelijkheid voor de inhoud van de geleverde zorg.

Daarnaast voert één medewerker naast de ambulante werkzaamheden enkele coördinerende taken uit.

Er zijn geen stagiaires werkzaam binnen het ambulante team in Nijkerk.

Momenteel wordt aan 15 cliënten vallend onder de Wmo begeleiding geboden. Hiervan beschikken acht cliënten over een beschikking voor begeleiding regulier en vijf cliënten over een beschikking voor begeleiding specialistisch. Er zijn daarnaast twee cliënten die zowel een beschikking hebben voor begeleiding regulier als begeleiding specialistisch.  
De Wmo ondersteuning vindt plaats op basis van Zorg in Natura.

De aanbieder is ISO-gecertificeerd.

## **Historie**

Op 5 oktober 2018 heeft de Wmo toezichthouder van GGD Gelderland-Midden in opdracht van de gemeente Nijkerk een kwaliteitsonderzoek uitgevoerd bij Stichting 's Heeren Loo Zorggroep op de begeleiding en dagbesteding die wordt geboden in de gemeente Nijkerk.

Uit dit onderzoek bleek dat Stichting 's Heeren Loo Zorggroep niet voldeed aan een deel van de gestelde wettelijke (kwaliteits)eisen en gemeentelijke eisen.

Er zijn tekortkomingen vastgesteld met betrekking tot ondersteuningsplannen, afstemming, calamiteitenbeleid, documentenbeheer en de uitvoer van cliënttevredenheidsonderzoeken.  
De Wmo toezichthouder verzocht de aanbieder om de geconstateerde aandachtspunten te verbeteren

Op 12 februari 2019 heeft hierop herinspectie plaatsgevonden bij Stichting 's Heeren Loo Zorggroep.

Hieruit bleek dat grotendeels werd voldaan aan de gestelde wettelijke (kwaliteits)eisen en gemeentelijke eisen. Er werd één tekortkoming vastgesteld met betrekking tot het calamiteitenbeleid.

De Wmo toezichthouder verzocht 's Heeren Loo Zorggroep passend beleid op te stellen, met betrekking tot het melden van calamiteiten, en deze door te sturen aan de toezichthouder.

Stichting 's Heeren Loo Zorggroep heeft, na contact met de toezichthouder, op 15 augustus 2019 aangepast beleid ten aanzien van het melden van calamiteiten aan de toezichthouder aangeleverd.

Dit beleid is door de toezichthouder beoordeeld, waarna de aanbieder voldeed aan de gestelde wettelijke (kwaliteits)eisen en gemeentelijke eisen.

## CONCLUSIE EN ADVIES

De kwaliteitscriteria uit de Wmo 2015 aangevuld met aanvullende eisen vanuit de gemeentelijke verordening, inkoopvoorwaarden, toekenningsbeschikkingen en/of uit overeenkomsten met zorgaanbieder zijn door de toezichthouder beoordeeld.

De kwaliteitscriteria uit de Wmo 2015 betreffen:

- *De voorziening is doelmatig, doeltreffend en cliëntgericht (Wmo 2015, art. 3.1, tweede lid sub a).*
- *De voorziening is veilig (Wmo 2015, art. 3.1, tweede lid sub a.).*
- *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).*
- *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 voorziening wordt verstrekt met respect en in acht neming van de rechten van de cliënt (Wmo 2015, art. 3.1, tweede lid sub d.).*

Uit het onderzoek blijkt dat bij Stichting 's Heeren Loo Zorggroep wordt voldaan aan het merendeel van de gestelde wettelijke (kwaliteits)eisen en gemeentelijke eisen, zie hiervoor de bevindingen in het rapport.

Het ambulante team in Nijkerk beschikt over diverse disciplines en uit gesprekken blijkt sprake van een goede onderlinge samenwerking. Taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden van de medewerkers, zorgmanager en gedragswetenschapper zijn helder waardoor efficiënt kan worden samengewerkt.

De cliëntdossiers zijn volledig en hebben op een professionele en heldere wijze invulling gekregen. Er wordt met iedere cliënt een ondersteuningsplan opgesteld. Dit ondersteuningsplan wordt regelmatig geëvalueerd, waarna hiervan verslag wordt opgemaakt. Beide worden mondeling geaccordeerd door de cliënt, maar niet ondertekend.

Uit gesprekken met onder andere cliënten en medewerkers van het gebiedsteam blijkt dat de ondersteuning op maat wordt vormgegeven met oog voor het behouden en/of vergroten van de zelfredzaamheid van de cliënt.

Cliënten geven aan baat te hebben bij de geleverde ondersteuning en uiten zich tevreden.

Werkinstructies en protocollen zijn duidelijk, actueel en bekend bij medewerkers.

De toezichthouder concludeert tekortkomingen ten aanzien van:

- *Ondertekening van ondersteuningsplannen en evaluatieverslagen;*
- *Het opnemen van een eerstvolgende evaluatiedatum in het ondersteuningsplan;*
- *Het consequent opstellen van een risico inventarisatie;*
- *Het vastleggen van signalen die duiden op mogelijke decompensatie of andere incidenten/calamiteiten in een signaleringsplan.*

## **Advies aan de gemeente**

De Wmo toezichthouder van de VGGM geeft het advies aan de gemeente Nijkerk 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

<b>1 Doelmatigheid voorziening</b>	
<i>Wettelijke kwaliteitseis: De voorziening is doelmatig, doeltreffend en cliëntgericht (Wmo 2015, art. 3.1, tweede lid sub a).</i>	
<b>1.1 Ondersteunings- / begeleidingsplan</b>	<b>Ja/nee/deels n.v.t./n.b.<sup>1</sup></b>
Alle cliënten hebben een actueel zorgplan.	Ja
Dit plan is gebaseerd op de doelen die door de consulent van de gemeente zijn opgesteld in het ondersteuningsplan.	Ja
De cliënt heeft zijn/haar ondersteuningsvraag kunnen formuleren en is betrokken geweest bij het opstellen van het zorgplan.	Ja
Het plan omvat een omschrijving van de vraag van de cliënt.	Ja
Uit het plan blijkt wat de kansen/mogelijkheden en ondersteuningsbehoeften zijn van de cliënt	Ja
Het zorgplan bevat een analyse van de problematiek en omschrijft de kansen/mogelijkheden van de cliënt (eigen kracht/sociale netwerk).	Ja
Het plan bevat concrete doelen en afspraken (wat, wanneer, wie) (SMART of PDCA-cyclus)	Ja
Het begeleidingsplan geeft aan welke voorziening wordt geboden.	Ja
Het sociale netwerk van de cliënt wordt actief betrokken bij bijvoorbeeld het opstellen van het zorgplan, indien gewenst door de cliënt.	Ja
De ondersteuning sluit(en) aan op de reële behoefte en mogelijkheden van de cliënt en zijn/haar sociale netwerk.	Ja
Het plan heeft de instemming van de cliënt en is ondertekend door de cliënt of diens vertegenwoordiger.	Deels
De afspraken uit het zorgplan worden uitgevoerd/nagekomen	Ja
Afwijkingen van het plan worden gemotiveerd toegelicht in het zorgplan en besproken met de cliënt en zijn/haar sociale netwerk.	Ja
De afstemming tussen de voorzieningen op alle leefgebieden is zichtbaar in het zorgplan.	Ja
In het plan staat de naam van de eerstverantwoordelijke medewerker vermeld.	Ja
De eerstverantwoordelijke of diens vervanger is goed bereikbaar.	Ja
Het plan wordt minimaal jaarlijks geëvalueerd	Ja
Van deze evaluatie wordt verslag opgemaakt.	Ja
De cliënt heeft het evaluatieverslag ondertekend.	Nee
De datum van de eerstvolgende evaluatie staat in het plan genoteerd.	Nee
Het evaluatieverslag wordt aan de gemeente verstuurd.	Ja
Signalen die duiden op mogelijke decompensatie of andere incidenten/calamiteiten worden vastgelegd in een signaleringsplan	Nee

<sup>1</sup> N.b. betekent 'niet beoordeeld'.



## Constatering

De toezichthouder heeft vier digitale cliëntdossiers ingezien. Het cliëntdossier bevat onder andere een profielschets van de cliënt, een afsprakenblad en doelen van de cliënt.

Alle cliëntdossiers bevatten een omschrijving van de vraag en de problematiek van de cliënt, diens kansen en mogelijkheden en SMART opgestelde doelen.

Doelafspraken zijn gebaseerd op doelen die zijn opgesteld door het gebiedsteam van de gemeente Nijkerk.

Ondersteuningsplannen zijn niet ondertekend door de cliënt. In het cliëntdossier valt te lezen dat cliënten akkoord zijn met de opgestelde doelen. Hierover zegt een medewerker het volgende:

*“Vroeger moesten ondersteuningsplannen ondertekend worden. Ik neem alles met cliënten door, waarna mondeling toestemming wordt gegeven en dat wordt vastgelegd. Pas daarna is het plan akkoord en kan er ook mee worden gewerkt in het cliëntdossier”.*

De cliëntdossiers zijn actueel, volledig en op een duidelijke en professionele wijze opgesteld. Alle gesproken cliënten geven aan bekend te zijn met hun ondersteuningsplan en dat er aan de opgestelde doelen wordt gewerkt.

Ook benoemen cliënten dat hun begeleider goed te bereiken is.

Signalen die duiden op mogelijke decompensatie of andere incidenten/ calamiteiten worden niet vastgelegd in een signaleringsplan.

Ieder kwartaal vindt een evaluatie plaats met de cliënt om de geleverde ondersteuning te evalueren. Twee keer per jaar vindt een evaluatie plaats met zowel de cliënt als een medewerker van het gebiedsteam. Na iedere evaluatie wordt een verslag geschreven, die met de cliënt wordt besproken en gedeeld wordt met het gebiedsteam.

Evaluatieverslagen worden niet ondertekend door de cliënt.

Een eerstvolgende evaluatiedatum staat niet in het ondersteuningsplan genoteerd. Eén medewerker zegt hierover het volgende:

*“Het evaluatiemoment zetten we in onze eigen agenda. Daarnaast hebben we ook een caseload document waarin we onze uren bijhouden. Hierin houden we onze gewerkte uren bij, maar je ziet ook wanneer een beschikking afloopt en wanneer er geëvalueerd moet worden. De manager heeft ook toegang tot dit document”.*

1.2 Zelfredzaamheid	Ja/nee/deels n.v.t./n.b. <sup>2</sup>
De ondersteuning is gericht op het vergroten van de zelfredzaamheid en maatschappelijke participatie van cliënten	Ja
Er wordt gewerkt richting de uitstroom van cliënten waarbij aandacht is voor de eigen kracht en het sociale netwerk van de cliënt.	Ja

## Constatering

Uit de cliëntdossiers, gesprekken met medewerkers, cliënten en medewerkers van het gebiedsteam blijkt dat de ondersteuning is gericht op het vergroten van de zelfredzaamheid en maatschappelijke participatie van cliënten.

Medewerkers van het gebiedsteam zeggen hierover het volgende:

*“Ze zijn heel erg bezig met zelfredzaamheid. Ik heb een aantal cliënten bij 's Heeren Loo en daar wordt*

<sup>2</sup> N.b. betekent 'niet beoordeeld'.

*erg op gefocust. Er wordt bijvoorbeeld afgeschaald qua beschikking of gekeken naar een Wlz indicatie. Er wordt actief aan de doelen gewerkt. Dit merk ik aan de gesprekken met de cliënten”.*

*“Ze blijven kijken wat er mogelijk is. Het is soms in kleine stapjes gericht op zelfredzaamheid. Bij sommige inwoners ben je ook blij met kleine stapjes. De ondersteuning levert wel echt wat op”.*

Alle gesproken cliënten geven aan een ontwikkeling bij zichzelf te zien sinds zij ondersteuning ontvangen van betreffend ambulant team van 's Heeren Loo.  
 Zij benoemen het vooral prettig te vinden dat hun begeleider actief met hen meedenkt en dat er goed naar hen wordt geluisterd.

<b>2 Veiligheid</b>	
Wettelijke kwaliteitseis: De voorziening is veilig (Wmo 2015, art. 3.1, tweede lid sub a.).	
<b>2.1 Protocollen en afspraken</b>	<b>Ja/nee/deels n.v.t./n.b.<sup>3</sup></b>
De organisatie heeft werkinstructies en handelingsprotocollen.	Ja
De instructies en protocollen zijn actueel	Ja
De aanbieder kent een agressieprotocol.	Ja
Het personeel is geschoold in het omgaan met agressie.	Ja

### Constatering

De aanbieder beschikt over diverse actuele werkinstructies en handelingsprotocollen, waaronder een agressieprotocol.  
 Medewerkers zijn geschoold in het omgaan met agressie. Meer informatie over deskundigheidsbevordering van medewerkers is te vinden in constatering 4.3.

<b>2.2 Medicatie en verdovende middelen (alleen indien van toepassing)</b>	<b>Ja/nee/deels n.v.t./n.b.<sup>4</sup></b>
De organisatie kent een medicatieprotocol.	N.v.t.
De organisatie kent een protocol drang- en dwangmaatregelen	N.v.t.
Voor iedere cliënt is een actueel medicatieoverzicht (toedienlijst of deellijst) aanwezig. (niet van toepassing bij lichte begeleiding)	N.v.t.
In het ondersteuningsplan van de cliënt is dit medicatieoverzicht (zonder doseringen) opgenomen, met vermelding van reden van gebruik. . (niet van toepassing bij lichte begeleiding)	N.v.t.
Alle medicatie staat op naam van cliënten. Geen voorraden zonder naam, m.u.v. een werkvoorraad die voldoet aan de 'handreiking werkvoorraad geneesmiddelen <sup>5</sup> '. .(niet van toepassing bij lichte begeleiding)	N.v.t.
Elk medicijn dat wordt toegediend wordt op datum en tijdstip afgetekend op een aftekenlijst. .(niet van toepassing bij lichte begeleiding)	N.v.t.

<sup>3</sup> N.b. betekent 'niet beoordeeld'.

<sup>4</sup> N.b. betekent 'niet beoordeeld'.

<sup>5</sup> Handreiking werkvoorraad geneesmiddelen. Actiz, GGZNederland, VGN 2011

Medicatie wordt onder de goede condities bewaard en is niet toegankelijk voor onbevoegden. Hieraan is alleen voldaan als onderstaande elementen aanwezig zijn: <ul style="list-style-type: none"><li>• in de koelkast gescheiden van voedingsmiddelen;</li><li>• in een afgesloten medicijnkast;</li><li>• opiaten in afgesloten kast/kist gescheiden van de overige medicatie;</li><li>• sleutelbeheer is adequaat geregeld;</li><li>• houdbaarheidsdata actueel.</li></ul> .(niet van toepassing bij lichte begeleiding)	N.v.t.
Bij toediening van medicatie die niet in een GDS-verpakking <sup>6</sup> zit (=baxter) en waarbij sprake is van aantoonbaar risico in geval van verkeerde dosering vindt aantoonbaar controle plaats door een tweede, bekwame persoon. (niet van toepassing bij lichte begeleiding)	N.v.t.
De organisatie heeft afspraken gemaakt over het gebruik van alcohol en verdovende middelen.	Ja

### Constatering

De aanbieder heeft een medicatieprotocol en een protocol dwang- en drangmaatregelen opgesteld. Deze zijn echter niet van toepassing voor Wmo cliënten die ambulante ondersteuning ontvangen in Nijkerk. De ondersteuning is op vrijwillige basis en cliënten zijn zelf verantwoordelijk voor het beheren van hun medicatie.

In de gedragscode voor medewerkers is opgenomen dat het gebruik van, bezit van en/of handelen in alcohol en drugs voor en tijdens werktijd niet is toegestaan. Daarnaast is in de algemene voorwaarden voor cliënten opgenomen dat zij zich dienen te onthouden van onder andere buitensporig alcohol- en drugsgebruik tegenover een medewerker. Indien nodig zullen afspraken in het cliëntdossier worden opgenomen ten aanzien van het gebruik van alcohol en verdovende middelen.

<sup>6</sup> GDS= Geneesmiddelen Distributie Systeem. Bij gebruik van en GDS heeft de apotheek de geneesmiddelen per client per toedientijdstip verpakt.

2.3 Risico-inventarisatie	Ja/nee/deels n.v.t./n.b. <sup>7</sup>
Het ondersteuningsplan bevat een risico-inventarisatie op die onderwerpen die voor de cliënt van toepassing zijn.	Deels
De risico-inventarisatie leidt tot concrete begeleidingsafspraken ter preventie van de genoemde risico's.	Ja
Eventuele veiligheidsrisico's en de eigen verantwoordelijkheid van de cliënt zijn besproken met cliënt en zijn/haar sociale netwerk.	Ja
De organisatie kent een brandveiligheids- en ontruimingsplan <sup>8</sup> .	N.v.t.
Periodiek wordt ontruiming geoefend.	N.v.t.
Het gebouw en de inventaris zijn schoon en onderhouden.	N.v.t.

### Constatering

Risico's worden tijdens het intakegesprek standaard met de cliënt besproken. Een risico inventarisatie wordt enkel indien nodig opgesteld. Eén medewerker noemt hierover het volgende:

*"Het is zorg op maat. Bij een aantal indicaties, zoals de Wlz, is het invullen van een risico inventarisatie een verplichting. Voor de rest vullen we enkel een risico inventarisatie in indien er risico's zijn om aandacht voor te hebben".*

Indien er risico's aanwezig zijn worden hierover met de cliënt afspraken gemaakt. Deze afspraken worden vastgelegd in het cliëntdossier.

De toezichthouder heeft de eisen ten aanzien van brandveiligheid en ontruiming niet beoordeeld, omdat de ondersteuning in de thuissituatie van de cliënt plaatsvindt.

2.4 Grensoverschrijdend gedrag	Ja/nee/deels n.v.t./n.b. <sup>9</sup>
Medewerkers zijn bekend met het beleid en de visie rondom vriendschap, intimiteit, seksualiteit en seksueel grensoverschrijdend gedrag, preventie van seksueel misbruik en het melden van misbruik.	Ja
Medewerkers kunnen aantonen dat zij aandacht besteden aan vriendschap, intimiteit, seksualiteit en het voorkomen van seksueel grensoverschrijdend gedrag.	Ja
De aanbieder, niet zijnde een aanbieder die hulpmiddelen of woningaanpassingen levert, stelt een meldcode vast waarin stapsgewijs wordt aangegeven hoe met signalen van huiselijk geweld of kindermishandeling wordt omgegaan en die er redelijkerwijs aan bijdraagt dat zo snel en adequaat mogelijk hulp kan worden geboden.	Ja
De aanbieder bevordert de kennis en het gebruik van de meldcode	Ja
Medewerkers zijn geïnstrueerd over en in staat tot het hanteren van de meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling .	Ja

<sup>7</sup> N.b. betekent 'niet beoordeeld'.

<sup>8</sup> De Wmo toezichthouder verricht geen technisch onderzoek naar brandveiligheid in zorgvoorzieningen. Vragen zijn gesteld op basis van veiligheid van de deelnemer, gericht op het veiligheidsbeleid en procedures van de aanbieder.

<sup>9</sup> N.b. betekent 'niet beoordeeld'.

## Constatering

De aanbieder heeft een meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling vastgesteld waarin de vijf stappen zijn uitgewerkt.  
Daarnaast wordt op intranet verwezen naar het gebruik van hulpmiddelen, bijvoorbeeld een afwegingskader van Veilig Thuis.

Alle gesproken medewerkers geven aan scholing omtrent de meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling gevolgd te hebben. Ook benoemen zij dat de meldcode geregeld onderwerp van gesprek is binnen het team.

In de gedragscode is beleid ten aanzien van onder andere vriendschap, seksualiteit en grensoverschrijdend gedrag opgenomen.  
Bij indiensttreding wordt in de eerste werkmaand een 'checklist nieuwe medewerker' gevolgd. In de checklist staat onder andere beschreven dat nieuwe medewerkers bekend gemaakt moeten worden met de gedragscode en de meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling.

<b>3 Samenwerking en afstemming</b>	
<i>Wettelijke kwaliteitseis: De voorziening is afgestemd op de reële behoefte van de cliënt en andere vormen van zorg of hulp (Wmo 2015 art. 3.1, tweede lid sub b)</i>	
<b>3.1 Afstemming met andere hulp- of zorgverleners</b>	<b>Ja/nee/deels n.v.t./n.b.<sup>10</sup></b>
Afspraken over de benodigde zorg/ondersteuning, alsmede over de afstemming met andere partijen, waaronder overdracht, zijn vastgelegd in het zorgplan en zijn bekend bij de cliënt en zijn/haar sociale netwerk.	Ja
Met andere hulp- en zorgverleners (0 <sup>e</sup> , 1 <sup>e</sup> en 2 <sup>e</sup> lijn) vindt afstemming en de noodzakelijke gegevensuitwisseling plaats.	Ja
De afspraken worden schriftelijk vastgelegd.	Ja
De met andere hulp- en zorgverleners gemaakte afspraken worden regelmatig besproken met de cliënt en zijn/haar sociale netwerk en worden zo nodig bijgesteld.	Ja
Bij meervoudige, complexe problematiek is er samenwerking met de regisseur of coördinator die de samenhang en continuïteit bewaakt en toegang heeft tot de noodzakelijke gegevens.	Ja
Indien deze betrokken zijn, zijn met de tweede lijn afspraken gemaakt omtrent beschikbaarheid	Ja
Bij mogelijke decompensatie onderneemt de begeleiding actie richting behandelaar/huisarts.	Ja
Er wordt een dossier opgesteld zodat overdracht mogelijk is.	Ja

## Constatering

Indien mogelijk wordt het netwerk van de cliënt betrokken bij de ondersteuning. In het cliëntdossier wordt met iedere cliënt een afsprakenblad ingevuld. In dit afsprakenblad zijn onder andere afspraken vastgelegd over afstemming met het netwerk van de cliënt.

De gesproken cliënten geven aan dat hun netwerk onderwerp van gesprek is geweest tijdens de begeleiding en dat er duidelijke afspraken zijn gemaakt ten aanzien van afstemming met zowel ketenpartners als hun sociale netwerk.  
Indien nodig vindt er geregeld afstemming plaats met ketenpartners.

<sup>10</sup> N.b. betekent 'niet beoordeeld'.

3.2 Samenwerking en afstemming met de gemeente (casemanager)	Ja/nee/deels n.v.t./n.b. <sup>11</sup>
Een evaluatie met een aanvraag voor verlenging van de indicatie wordt uiterlijk zes weken voor afloop van de indicatie aan de gemeente opgestuurd.	Ja

### Constatering

Er vindt geregeld contact plaats tussen medewerkers en medewerkers van het gebiedsteam. Over het evalueren en tijdig aanvragen van een nieuwe indicatie wordt door medewerkers van het gebiedsteam het volgende gezegd:

*“Er vinden regelmatig evaluaties plaats. Ik heb veel contact met de begeleiding en er zijn korte lijntjes. Ieder half jaar vindt er een evaluatie plaats en als er tussendoor iets nodig is dan wordt er contact gezocht. Bij de laatste beschikking die afliep waren ze niet op tijd en toen moest ik er zelf achteraan gaan. Dit lijkt incidenteel”.*

*“Ze zijn altijd tijdig met het inplannen van een evaluatie voor het aflopen van de beschikking. Soms voeren we ook eerst een gesprek en volgt daarna een verslag. Alle verslaglegging is volledig en vind ik goed. Alles gaat verder in goed overleg en met toestemming van de cliënt”.*

4 Kwaliteit van personeel en organisatie	
<i>Wettelijke kwaliteitseis: De voorziening wordt verstrekt in overeenstemming met de op de beroepskracht rustende verantwoordelijkheid o.b.v. de professionele standaard (Wmo 2015, art. 3.1, tweede lid sub c.)</i>	
4.1 Kwaliteitsborging	Ja/nee/deels n.v.t./n.b. <sup>12</sup>
Er is een kwaliteitsmanagementsysteem in gebruik (processen worden structureel volgens (een aanwezig) plan geëvalueerd en de documenten zijn niet ouder dan drie jaar).	Ja
De organisatie heeft een kwaliteitskeurmerk.	Ja
De organisatie is aangesloten bij een beroepsvereniging/ branchevereniging	Ja
De continuïteit van de geboden voorziening is gewaarborgd.	Ja
De organisatie integreert de veranderingen op het gebied van de kanteling in de zorg binnen de eigen instelling.	Ja

### Constatering

De aanbieder beschikt over een kwaliteitsmanagementsysteem. Alle werkinstructies en protocollen zijn op intranet voor medewerkers te vinden.

Documenten worden voor de gehele organisatie opgesteld en bijgehouden. Documenten zijn voorzien van een opstellingsdatum en niet ouder dan drie jaar.

Uit verschillende kwaliteitsdocumenten valt te halen dat de aanbieder bezig is zich verder te ontwikkelen. In het ‘koersboekje’ staat de strategie van de aanbieder voor de komende vijf jaar beschreven.

Er zijn regionaal beleidsmedewerkers kwaliteit die verantwoordelijkheid dragen voor de doorvertaling van beleid naar de betreffende teams in de regio.

De aanbieder is ISO gecertificeerd en is aangesloten bij een beroepsvereniging.

Het verschilt of er één of meerdere medewerkers aan een cliënt gekoppeld zijn. In geval van vakantie

<sup>11</sup> N.b. betekent ‘niet beoordeeld’.

<sup>12</sup> N.b. betekent ‘niet beoordeeld’.

of uitval worden afspraken met de cliënt gemaakt ten aanzien van vervanging.

4.2 Personeel	Ja/nee/deels n.v.t./n.b. <sup>13</sup>
De medewerkers zijn op de hoogte van de persoonlijke omstandigheden en levensgeschiedenis van de cliënt.	Ja
De verdeling van taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden is duidelijk voor de medewerkers.	Ja
De aangewezen beroepskracht is vakbekwaam	Ja
Uitvoering kan plaatsvinden door een professional van minimaal MBO- niveau 4 MWD, GGZ, VVT of een vergelijkbare richting. Het wordt uitgevoerd onder de verantwoordelijkheid van een professional met een afgeronde opleiding van minimaal hbo-niveau (reguliere begeleiding).	Ja
Begeleiding wordt uitgevoerd door een professional met een afgeronde opleiding van minimaal hbo-niveau VVT, WMD, GGZ of een vergelijkbare richting (specialistische begeleiding).	Ja
De aanbieder heeft beleid t.a.v. verantwoorde inzet van vrijwilligers.	N.v.t.
Alle medewerkers en vrijwilligers hebben een verklaring omtrent gedrag (VOG) overlegd, die minimaal getoetst is op: <ul style="list-style-type: none"><li>• Het verlenen van diensten (nr. 41);</li><li>• Het verlenen van diensten in de persoonlijke leefomgeving (nr. 43);</li><li>• Belast zijn met de zorg voor (hulpbehoevende) personen, zoals ouderen en gehandicapten (nr. 85).</li></ul>	Ja

### Constatering

Het ambulante team in Nijkerk bestaat uit acht medewerkers. Er is ook een manager zorg en een gedragswetenschapper betrokken bij het team. De manager zorg is integraal verantwoordelijk en de gedragswetenschapper draagt verantwoordelijkheid voor de inhoud van de geleverde zorg. Eén medewerker draagt naast de ambulante werkzaamheden zorg voor enkele coördinerende taken en het coachen van medewerkers.

De toezichthouder heeft van de acht medewerkers een diploma ingezien. Zes van de acht medewerkers beschikken over een Hbo diploma gericht op Zorg en Welzijn. Twee medewerkers zijn in bezit van een Mbo niveau 4 diploma. Hiervan beschikt één medewerker ook over een 'associate degree' richting Zorg en Welzijn, waardoor het opleidingsniveau tussen Mbo en Hbo valt. Deze medewerker is nog bezig met het behalen van een Hbo bachelor. Deze medewerker is tevens betrokken bij cliënten met een beschikking voor begeleiding specialistisch, maar voert taken uit onder supervisie van een Hbo geschoolde medewerker.

Alle medewerkers beschikken over een VOG. Er zijn vier medewerkers met een VOG die ongeveer 10 jaar oud is. In deze VOG staat het volgende beschreven:

*"De minister heeft een onderzoek naar het gedrag van betrokkene ingesteld en verklaard dat uit dit onderzoek, gelet op het risico voor de samenleving in verband met het doel waarvoor de verklaring is aangevraagd en na afweging van het belang van betrokkene, niet is gebleken van bezwaren tegen betrokkene".*

De toezichthouder adviseert de aanbieder om deze VOG's te actualiseren.

Het is voor de gesproken medewerkers helder welke taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden zij hebben om hun werkzaamheden uit te voeren.

<sup>13</sup> N.b. betekent 'niet beoordeeld'.

Ook blijkt uit gesprekken met medewerkers dat zij op de hoogte zijn van taken en verantwoordelijkheden van de rest van het team.

Maandelijks vindt er een 'groot werkoverleg' plaats met het team, de zorgmanager en de gedragswetenschapper.

Er worden geen vrijwilligers ingezet in het ambulante team.  
Momenteel zijn er geen stagiaires werkzaam in het ambulante team in Nijkerk.

<b>4.3 Deskundigheidsbevordering</b>	<b>Ja/nee/deels n.v.t./n.b.<sup>14</sup></b>
De beroepskrachten zijn opgeleid tot en deskundig voor wat betreft het ondersteunen van de doelgroep.	Ja
De aanbieder biedt de beroepskrachten passende bijscholing.	Ja

### Constatering

De medewerker die tevens enkele coördinerende taken binnen het team uitvoert inventariseert jaarlijks in het team waar de scholingsbehoefte ligt.  
Vervolgens wordt een scholingsplan opgesteld voor het komende jaar.

Medewerkers kunnen digitaal via 'mijn leeromgeving' bijscholing volgen. Hier zijn zowel e-learnings als fysieke vormen van bijscholing te vinden.

In het team zijn afspraken gemaakt over de verplicht te volgen vormen van bijscholing. Daarnaast is nog ruimte om extra e-learnings e.d. te volgen. De toezichthouder heeft het scholingsplan voor 2022 ingezien, waarin per medewerker staat aangegeven welke trainingen deze in dat jaar dient te volgen.

<b>5 Rechten van de cliënt</b>	
<i>Wettelijke kwaliteitseis: De voorziening wordt verstrekt met respect en in acht neming van de rechten van de cliënt (Wmo 2015, art. 3.1, tweede lid sub d.).</i>	
<b>5.1 Algemeen</b>	<b>Ja/nee/deels n.v.t./n.b.<sup>15</sup></b>
De bejegening door de beroepskracht van de cliënt is passend en correct.	Ja
De cliënt voelt zich op zijn/ haar gemak op de plaats waar de voorziening wordt geboden.	Ja
Cliënten worden geïnformeerd over hun rechten en plichten.	Ja

### Constatering

Bij start van de zorg ontvangen cliënten een 'welkomsttasje'. Eén medewerker zegt hierover het volgende:

*"Bij de start van de zorg krijgen cliënten een welkomsttasje met informatie over 's Heeren Loo. Hier zit een map in met algemene informatie over onder andere de beschikking, de klachtenregeling en de organisatie en werkwijze. Afhankelijk van de doelgroep zit er ook altijd iets extra's in, bijvoorbeeld een ballon of een kladblok".*

<sup>14</sup> N.b. betekent 'niet beoordeeld'.

<sup>15</sup> N.b. betekent 'niet beoordeeld'.



Alle gesproken cliënten geven aan tevreden te zijn met de ondersteuning die zij ontvangen en zich op hun gemak te voelen. Hierover zeggen zij het volgende:

*“Ik vind het prettig dat er zonder oordeel naar me wordt geluisterd. Ook zeggen ze eerlijk wat ze denken en dan laat ik dit thuis vaak even bezinken”.*

*“Mijn begeleider probeert altijd te helpen waar nodig. Ik ben erg tevreden”.*

*“Er wordt echt tijd voor me genomen en dat is heel fijn”.*

5.2 Cliëntparticipatie	Ja/nee/deels n.v.t./n.b. <sup>16</sup>
De aanbieder heeft beleid t.a.v. cliëntparticipatie/ medezeggenschap.	Ja
De aanbieder reflecteert op dit beleid, evalueert dit en stelt het zo nodig bij.	Ja
De cliënt kan desgewenst participeren in een cliëntenraad of vergelijkbaar platform.	Ja
De cliënt wordt gewezen op het bestaan van patiëntenverenigingen en lotgenotencontactgroepen.	Ja

#### Constatering

De aanbieder beschikt over een regionale en centrale cliëntenraad. Cliënten ontvangen hierover bij start van zorg informatie. Daarnaast is informatie ten aanzien van medezeggenschap op de website van de aanbieder te vinden.

Cliënten worden, waar gewenst, gewezen op het bestaan van patiëntenverenigingen en lotgenotencontactgroepen.

5.3 Privacy	Ja/nee/deels n.v.t./n.b. <sup>17</sup>
De organisatie respecteert de privacy van de cliënt.	Ja
Er wordt zorgvuldig omgegaan met de uitwisseling van gevoelige informatie. De organisatie voldoet aan de algemene verordening gegevensbescherming (AVG).	Ja

#### Constatering

De aanbieder gaat zorgvuldig om met de privacy van cliënten. Met iedere cliënt worden afspraken gemaakt ten aanzien van gegevensuitwisseling. Daarnaast beschikt de aanbieder over een privacyreglement.

5.4 Melden incidenten en klachten	Ja/nee/deels n.v.t./n.b. <sup>18</sup>
Er is een intern meldingssysteem voor incidenten, fouten en bijna fouten dat operationeel is.	Ja

<sup>16</sup> N.b. betekent 'niet beoordeeld'.

<sup>17</sup> N.b. betekent 'niet beoordeeld'.

<sup>18</sup> N.b. betekent 'niet beoordeeld'.

Melden, registreren, analyse verbeteractie en terugkoppelen aan melder en team is geregeld.	Ja
Er is sprake van een lerende organisatie.	Ja
Een speciale commissie behandelt incidentmeldingen en brengt verbetervoorstellen uit.	Ja
Nazorg bij incidenten is geregeld.	Ja
Er is een klachtenregeling.	Ja
De klachtenregeling is bekend bij de cliënt/gemakkelijk te vinden voor de cliënt.	Ja
De aanbieder neemt eventuele klachten in behandeling en handelt die tijdig en passend af.	Ja
De aanbieder brengt de cliënt op de hoogte dat hij/zij gebruik kan maken van onafhankelijke cliëntondersteuner bij het indienen van klachten.	Ja

### Constatering

De aanbieder beschikt over een intern meldingssysteem voor incidenten, fouten en bijna fouten. In het 'beleid samenhangend melden en verbeteren' is uitgebreid opgenomen hoe het intern meldingssysteem in elkaar zit en staat beschreven welke functie welke taken en verantwoordelijkheden draagt.

Hoe nazorg is geregeld is tevens in dit beleid opgenomen.

Medewerkers geven aan bekend te zijn met het beleid omtrent het intern meldingssysteem en weten waar zij een melding kunnen doen.

De aanbieder heeft een klachtenregeling opgesteld voor cliënten, waarin wordt verwezen naar het gebruik van een onafhankelijke cliëntondersteuner bij het indienen van een klacht. Cliënten geven aan bij start van zorg bekend te zijn gemaakt met de klachtenregeling.

5.5 Melden calamiteiten en geweldsincidenten	Ja/nee/deels n.v.t./n.b. <sup>19</sup>
De aanbieder doet binnen 3 werkdagen na de calamiteit/geweldsincident melding bij de toezichthoudend ambtenaar Wmo.	Ja
De aanbieder verricht eigen onderzoek binnen 6 weken bij onduidelijkheid of er sprake is van een calamiteit/geweldsincident.	N.B.
Het rapport voldoet aan de 'Richtlijn calamiteitenrapportage IGJ' Vanaf 1/1/2021: De 'Richtlijn rapportage over een calamiteit/geweld bij de verstrekking van een voorziening of andere gebeurtenis'.	N.B.
Minimaal 1 persoon van de onderzoekscommissie is onafhankelijk.	N.B.
Indien mogelijk wordt het sociaal netwerk betrokken bij het onderzoek.	N.B.

### Constatering

De aanbieder heeft in haar incidentenbeleid informatie over de meldplicht in geval van een calamiteit opgenomen. Er zijn tot op heden geen calamiteiten gemeld bij de toezichthouder door de aanbieder waar een cliënt met een beschikking van de gemeente Nijkerk bij betrokken was.

<sup>19</sup> N.b. betekent 'niet beoordeeld'.

<b>5.6 Opschorten of beëindiging ondersteuning</b>	<b>Ja/nee/deels</b> n.v.t./n.b. <sup>20</sup>
Voor het opschorten of beëindigen van ondersteuning door de aanbieder is toestemming van de cliënt vereist.	Ja
De aanbieder kan de ondersteuning eenzijdig opschorten of beëindigen op grond van zwaarwegende redenen. Onder zwaarwegende redenen worden ten minste verstaan: <ul style="list-style-type: none"><li>• Een ernstige mate van bedreiging of intimidatie geuit door de cliënt en/of zijn sociaal netwerk, waardoor de persoonlijke veiligheid of vrijheid van andere cliënten en/of personeel van de aanbieder in gevaar zijn;</li><li>• Een onherstelbaar verstoorde vertrouwensrelatie;</li><li>• Hygiënische omstandigheden die ernstige gezondheidsrisico's opleveren voor andere cliënten en/of personeel van de aanbieder;</li><li>• Het niet nakomen van essentiële verplichtingen of regels door de cliënt, ook niet na herhaaldelijk (schriftelijk) aandringen of waarschuwen door de aanbieder.</li></ul>	Ja
Voor het eenzijdig opschorten of beëindigen van ondersteuning door de aanbieder is toestemming van de gemeente vereist.	Ja
De aanbieder draagt er zorg voor dat de reeds aangevangen ondersteuning wordt voortgezet of overgedragen totdat er een definitieve oplossing is gevonden, tenzij dit naar het oordeel van de gemeente in redelijkheid niet van de aanbieder kan worden verlangd.	Ja

### Constatering

In de algemene voorwaarden voor cliënten is opgenomen hoe de aanbieder omgaat met het opschorten of beëindigen van de ondersteuning door de aanbieder. Het afgelopen jaar is er één casus geweest waarbij de ondersteuning niet verder voortgezet kon worden. Hierover heeft destijds afstemming plaatsgevonden met een medewerker van het gebiedsteam, waarna de ondersteuning is beëindigd en het dossier is overgedragen aan familie van de cliënt.

---

<sup>20</sup> N.b. betekent 'niet beoordeeld'.

## **SCHRIFTELIJKE REACTIE AANBIEDER**

De aanbieder heeft tijdens telefonisch contact aan de Wmo toezichthouder laten weten het eens te zijn met de inhoud van de rapportage en geen zienswijze aan te leveren.

## BIJLAGE 1: BRONNEN

### Gesprekken met:

- Eén zorgmanager
- Eén manager bedrijfsvoering
- Drie medewerkers
- Twee medewerkers van het gebiedsteam Nijkerk
- Drie cliënten

### Doelmatigheid voorziening:

- Digitale cliëntregistratiesysteem
- Twee risico inventarisaties van cliënten
- Vier ondersteuningsplannen van cliënten
- Drie evaluatieverslagen van een cliënt
- Eén rapportage van een cliënt
- Drie afsprakenbladen van cliënten
- Vier ingevulde 'profielen' van cliënten
- Caseload berekening en declarabiliteit

### Veiligheid:

- Gedragscode, januari 2020
- Agressieprotocol
- Stroomschema Meldcode (vermoeden) huiselijk geweld, (kinder)mishandeling en seksueel misbruik
- Beleid samenhangend melden en verbeteren, september 2022

### Samenwerking en afstemming:

- Gespreksleidraad invulformulier
- Beslisboom toestemming behandeling

### Kwaliteit van personeel en organisatie:

- Methodisch werken met het ECD, juni 2021
- Instroom cliënten, evaluatie na plaatsing
- Inleiding en gespreksleidraad voor vier thema's
- Jaarverslag Centrale Cliëntenraad 2021
- Jaarplan Regio Midden-Nederland, 2022
- Jaardocument 2020
- Jaardocument 2021
- Medicatiebeleid, juni 2019
- Mooi werk Meter Nijkerk 2022
- Notulen RCR VD-Midden Nederland, april 2022
- Notulen RCR VD-Midden Nederland, mei 2022
- Kwaliteitsrapport 2021
- Protocol personeelsdossier, bijlage 1 en 2
- Arbeidsomstandighedenbeleid 's Heeren Loo, januari 2019
- Strategie 's Heeren Loo 2023 – 2028
- Checklist Arbeidsvoorwaardengesprek
- Koersboekje 2020
- Scholing 2022
- Aanvraagformat leeractiviteiten 2022

**Rechten van de cliënt:**

- Klachtenregeling cliënten, maart 2022
- Klachten en complimenten – Stroomschema klachtenregeling
- CVP cliëntvertrouwenspersoon tekstversie
- Kader 'dit vind ik ervan', juli 2017
- Dit vind ik ervan – Richtlijn, maart 2020
- Medezeggenschapsregeling Regionale Cliëntenraad, 23 november 2021
- Welkomsttasje voor cliënten

**Overig:**

- Website van de aanbieder

**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)

I [www.vggm.nl](http://www.vggm.nl)