



WMO TOEZICHT

Definitief rapport kwaliteitsonderzoek

Naam: Coöperatie Boer en Zorg

Adres: Agro Businesspark 82

Postcode en woonplaats: 6708 PW Wageningen

Datum inspectie: 8 september 2022

Coöperatie Boer en Zorg Wmo-toezicht

Inhoudsopgave

Inleiding	3
1. Het onderzoek	5
1.1 Onderzoeksopzet	
1.2 Beschouwing	
1.3 Conclusie	
1.4 Advies college B&W	
2. Observaties en bevindingen	12
2.1 Cliënten	
2.2 Personeel	
2.3 Veiligheid	
3. Gegevens aanbieder en toezichthouder	20
Bijlage 1: Zienswijze aanbieder	21
Bijlage 2: Onderzoeksactiviteiten	29
Bijlage 3: Getoetste voorwaarden en beoordeling gemeente Nijkerk.....	31
Bijlage 4: Getoetste voorwaarden en beoordeling Modulaire Gemeenschappelijke Regeling sociaal domein regio Centraal Gelderland.....	40
Bijlage 5: Getoetste voorwaarden en beoordeling toetsingskader GGDrU.....	55

INLEIDING

Waarom toezicht?

Conform de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (hierna: Wmo), zorgt de gemeente ervoor dat burgers zo lang mogelijk thuis kunnen blijven wonen en participeren in de samenleving. Binnen dit kader draagt de gemeente zorg voor maatschappelijke ondersteuning in de vorm van:

- Het ondersteunen van de zelfredzaamheid en de participatie van personen met een beperking, (chronisch-) psychische en/of psychosociale problemen, in de eigen leefomgeving.
- Het bieden van beschermd wonen en opvang.

De gemeenten zijn daarbij ook verantwoordelijk voor de kwaliteit en de continuïteit van de voorzieningen. Om de kwaliteit van Wmo-voorzieningen te waarborgen, wordt door middel van toezicht op Wmo-voorzieningen getoetst of aanbieders voldoen aan de wettelijke en gemeentelijke kwaliteitseisen.

Wie is waarvoor verantwoordelijk?

De aanbieder van een voorziening is verantwoordelijk voor de kwaliteit van de voorziening. De wetgever heeft besloten het toezicht op het naleven van de kwaliteitseisen van de voorzieningen te decentraliseren naar het lokale niveau. De gemeente draagt hiermee zorg voor (het toezicht op) de kwaliteit en de continuïteit van de voorzieningen. Conform artikel 6.1 van de Wmo 2015 heeft het college van burgemeester en wethouders in de regio Gelderland-Midden de GGD Gelderland-Midden aangewezen als toezichthouder. In de regio Utrecht is GGD regio Utrecht de toezichthouder. De toezichthouders zijn belast met het houden van toezicht op de naleving van het bepaalde bij of krachtens de Wmo 2015. Zij adviseren of maatregelen nodig zijn om de kwaliteit te kunnen waarborgen. De bevoegdheden van de toezichthouder zijn opgenomen in de Algemene wet bestuursrecht (Awb) en de Wmo 2015.

Waarop is het toezicht gebaseerd?

Het toezicht is gebaseerd op de kwaliteitseisen die zijn opgenomen in hoofdstuk 3 van de Wmo 2015, de gemeentelijke verordening, contracteisen en (eventuele) nadere regelgeving.

Wat is het doel van dit rapport?

Dit rapport is opgesteld naar aanleiding van een onderzoek naar de kwaliteit van de voorziening, dat door de toezichthouders van GGD Regio Utrecht en GGD Gelderland-Midden is uitgevoerd. Het doel van dit rapport is:

1. Beschrijven in hoeverre de kwaliteit van de voorziening gewaarborgd is
2. Informeren van de aanbieder en de gemeente(n)/inkoopregio over de kwaliteit van de voorziening

Het onderzoek betreft een nieuw kwaliteitsonderzoek in opdracht van gemeente Nijkerk, Inkoop sociaal domein Centraal Gelderland en inkoopregio Lekstroom. Dit rapport beschrijft of de aanbieder aan de gestelde wettelijke en gemeentelijke kwaliteitseisen voldoet. Informatie uit eerder uitgevoerd Wmo toezicht en de verbeteracties vanuit de Coöperatie Boer en Zorg zijn hierin meegenomen.

Leeswijzer

In het eerste hoofdstuk van dit rapport zijn de onderzoeksopzet en de beschouwing beschreven. Tevens is hier het advies aan de betrokken gemeente(n)/inkoopregio opgenomen. In het tweede hoofdstuk staan per domein de bevindingen van de toezichthouders beschreven.

Vervolgens worden in het derde hoofdstuk de gegevens van de aanbieder en toezichthouders weergegeven.

Ten slotte staat in de bijlagen;

- De schriftelijke reactie van de aanbieder
- De onderzoeksactiviteiten
- De gebruikte toetsingskaders inclusief de beoordelingen

1. HET ONDERZOEK

1.1 Onderzoeksopzet

Het toezicht bij Coöperatie Boer en Zorg betreft een gezamenlijke controle van GGD Gelderland-Midden en GGD regio Utrecht. De gebruikte toetsingskaders bestaan uit eisen uit de Wmo 2015 en aanvullende normen die door de gemeenten/inkoopregio zijn vastgesteld (zie bijlagen 3 tot en met 5).

Toezichttraject

Het toezichttraject omvat een aantal onderdelen, die worden ingezet om de kwaliteit van de ondersteuning in beeld te brengen. Deze onderdelen zijn: documentenanalyse, interview met de Coöperatie Boer en Zorg, bezoek aan enkele zorgondernemers en inzage in cliënt- en personeelsdossiers. In bijlage 2 zijn de verschillende onderzoeksactiviteiten weergegeven.

De betreffende bronnen zijn getoetst aan eisen die in het toetsingskader zijn opgenomen, waarbij de Coöperatie Boer en Zorg fungeert als hoofdaanbieder, als gecontracteerde partij, en de zorgondernemers als onderaannemer van de Coöperatie.

Ten behoeve van het onderzoek heeft op 8 september 2022 een aangekondigd bezoek plaatsgevonden aan de Coöperatie Boer en Zorg te Wageningen. Omdat de daadwerkelijke ondersteuning aan cliënten wordt geboden door de leden, de zorgondernemers, heeft ten behoeve van het onderzoek vervolgens een steekproef plaatsgevonden bij zorgondernemers waarbij middels een verkort onderzoek (een Quickscan) beoordeeld is of op vastgestelde onderdelen de ondersteuning voldoet aan de kwaliteitseisen.

Er zijn zeven zorgondernemers geselecteerd voor de Quickscan; vier ervan zijn bezocht door de toezichthouder van GGD Gelderland-Midden en drie door de toezichthouder van GGD regio Utrecht. Van de Quickscans zijn verslagen gemaakt en ter accordering aan de zorgondernemer teruggelegd. De gemeenten en de Coöperatie Boer en Zorg ontvangen deze verslagen.

In dit rapport worden de geselecteerde zorgondernemers niet bij naam genoemd, omdat de kwaliteitstoetsing immers de hoofdaanbieder betreft. Indien de Quickscan aanleiding geeft voor een volledig kwaliteitstoezicht bij de betreffende zorgondernemer, wordt dit door de toezichthouder aan de gemeente(n)/inkoopregio geadviseerd. Aangezien er wordt gewerkt met een steekproef van cliënten,

locaties, medewerkers en dossiers, is het niet mogelijk het oordeel één op één te vertalen naar de gehele organisatie.

De bevindingen van de toezichthouders zijn in een conceptrapport gedeeld en vervolgens besproken met de Coöperatie Boer en Zorg.

Doel van het toezicht

Het toezicht geeft een beeld en beoordeling van de kwaliteit van ondersteuning die wordt geboden namens de Coöperatie Boer en Zorg als gecontracteerde aanbieder in de regio Gelderland-Midden en de regio Utrecht. De bevindingen van een toezichttraject kunnen aanleiding geven tot een ontwikkeltraject en/of indien nodig handhavend optreden vanuit de betrokken gemeente(n)/inkoopregio.

Inspectiehistorie

In september 2020 heeft een kwaliteitsonderzoek plaatsgevonden bij de Coöperatie Boer en Zorg door de Wmo toezichthouder van de GGD regio Utrecht (in opdracht van Inkoopregio's Amersfoort, Lekstroom, Utrecht-West en Vallei en gemeente Rhenen) en de Wmo toezichthouder van de GGD Gelderland-Midden (in opdracht van de gemeente Barneveld en gemeente Scherpenzeel).

Op basis van de bevindingen uit dit onderzoek concludeerden de toezichthouders dat de aanbieder niet voldeed aan alle wettelijke kwaliteitseisen uit de Wmo 2015 en de kwaliteitseisen opgesteld door de gemeenten.

In juli 2021 vond hierop hercontrole plaats. De toezichthouders concludeerden hierin dat de Coöperatie Boer en Zorg nog niet voldeed aan de gestelde wettelijke en gemeentelijke eisen. Tekortkomingen werden gesteld ten aanzien van:

- Deskundigheid: kwalificaties van personeel en deskundigheidsbevordering;
- Veiligheid: de aanwezigheid van een VOG voor aanvang van werkzaamheden;
- Het gebruik en de kennis van de meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling;
- Het melden van calamiteiten en geweld bij de verstrekking van de voorziening.

Voor de openbare rapporten van deze kwaliteitsonderzoeken wordt verwezen naar:

- [WMO-toezicht rapporten | GGD voor Professionals - Gelderland-Midden \(ggdgm.nl\)](https://www.ggdgm.nl/wmo-toezicht-rapporten)

- www.toezichtwmo.nl

1.2 Beschouwing

Aanbieder

De Coöperatie Boer en Zorg bestaat uit een vereniging en een bedrijf. De vereniging wordt gevormd door de aangesloten zorgondernemers uit Utrecht, Gelderland, Overijssel en Flevoland. Het bedrijf wordt gevormd door het bedrijfsbureau in Wageningen (www.cooperatieboerenzorg.nl). De Coöperatie Boer en Zorg is opgericht in 2010 en heeft als doel de leden te ondersteunen om het ondernemen en leven op en rond de boerderij hand in hand te laten gaan met het bieden van kwalitatief hoogwaardige en innovatieve zorg voor een zo breed mogelijke doelgroep.

De visie is gericht op 4 pijlers:

1. Samen sterk
2. Zorg op maat
3. Bijzondere zorg van hoge kwaliteit
4. Verrijking van het (zorg)landschap

De Coöperatie Boer en Zorg streeft dit na aan de hand van de onderstaande kernwaarden:

- Geworteld in de samenleving
- Gekend
- Eenvoud
- Kwaliteit
- Eigenheid

De coöperatie richtte zich voorheen enkel op zorgboeren. Inmiddels is de dienstverlening verbreed naar andere zorgondernemers die werken volgens de waarden van de coöperatie. In 2022 vindt herijking van de profielen en van de toelatingseisen plaats.

De kernactiviteiten van de Coöperatie Boer en Zorg zijn:

- Zorgcontractering en contractbeheer Wlz, jeugdwet en Wmo
- Zorgadministratie en contractverantwoording

- Kwaliteitstoetsing en -borging
- Innovatie en ontwikkeling van nieuwe arrangementen
- Belangenbehartiging, samenwerking en netwerken op regionaal niveau
- Advies en (ICT) ondersteuning van de zorglocaties
- Training, workshops en intervisie.

Sinds de start is de Coöperatie Boer en Zorg gegroeid en heeft anno 01/01/2022 227 leden. Van deze 227 leden waren 33 leden aspirant lid, dat wil zeggen dat zij zorg en ondersteuning (nog) niet declareren via de Coöperatie Boer en Zorg. De overige leden, declareerde gedeeltelijk (122) of bijna geheel (72) via de Coöperatie Boer en Zorg. (Bron: Coöperatie boer en zorg, jaarverslag 2021, p. 14-61). Sinds november 2020 kent de coöperatie vier verschillende leden profielen:

1. De participatie boerderij
2. De zorgboerderij
3. De zorglocatie in de samenleving
4. Vertrouwende aanwezigheid, met accent op behandeling en begeleiding.

(Bron: www.cooperatieboerenzorg.nl/leden, geraadpleegd op 28 september 2022)

De aanbieder geeft aan momenteel een ontwikkeling door te maken waarin intensievere samenwerking plaatsvindt met gemeenten en met de leden. In het kader hiervan zijn nieuwe functies aangesteld, zoals zorgconsulenten, om bij complexe casuïstiek leden te kunnen ondersteunen.

Contract Wmo en voorzieningen

De Coöperatie Boer en Zorg (hierna: aanbieder/de coöperatie) heeft zorgcontracten voor de Wlz, jeugdwet en Wmo. Vanuit de Wmo wordt met name de voorziening dagbesteding aangeboden.

De Coöperatie Boer en Zorg is in de gemeente Nijkerk en Gemeenschappelijke Regeling sociaal domein regio Centraal Gelderland gecontracteerd voor:

- Activerend werk
- Lichte begeleiding, begeleiding regulier en begeleiding specialistisch
- Groepsbegeleiding/dagbesteding

De leden/zorgondernemers die ten behoeve van het onderzoek zijn bezocht door de toezichthouder van GGD Gelderland Midden bieden activerend werk (stabiel op trede 3) en groepsbegeleiding/dagbesteding. Om deze reden zijn enkel de eisen die hierop van toepassing zijn getoetst in het onderzoek.

In de inkoopregio Lekstroom is de Coöperatie Boer en Zorg gecontracteerd voor:

- Dagbesteding
- Ambulante ondersteuning
- Kortdurend verblijf

1.3 Conclusie

Op basis van de bevindingen uit dit onderzoek concluderen de toezichthouders dat de aanbieder hard op weg is met het borgen van de kwaliteit. De Coöperatie Boer en Zorg heeft in de afgelopen jaren een aantal besluiten genomen die hiervoor moet zorgen. Echter, in de praktijk worden deze maatregelen nu nog niet of niet voldoende uitgevoerd.

Hiermee concluderen de toezichthouders dat de aanbieder niet volledig voldoet aan alle wettelijke kwaliteitseisen uit de Wmo 2015 en de kwaliteitseisen opgesteld door de gemeenten/inkoopregio. De toezichthouders stellen de volgende tekortkomingen vast:

- Ten aanzien van deskundigheid en kwalificaties blijken meerdere leden niet te voldoen aan de gestelde eisen. Er wordt door Coöperatie Boer en Zorg nog onvoldoende geborgd dat aan de eisen wordt voldaan. Deskundigheidsbevordering wordt aangeboden, maar is nog te vrijblijvend.
- De aanbieder borgt ten tijde van het toezicht onvoldoende dat professionele en niet-professionele medewerkers beschikken over een geldige VOG vóór aanvang van de werkzaamheden.
- De aanbieder borgt onvoldoende dat elk lid een meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling heeft dat voldoet aan de wettelijke eisen en dat er voldoende deskundigheid is in het gebruik van de meldcode.
- De aanbieder heeft de kennis en implementatie bij de leden ten aanzien van het melden van calamiteiten en incidenten onvoldoende geborgd.

- De aanbieder maakt onvoldoende zichtbaar opvolging te geven aan eerdere kwaliteitstoezichten/Quickscans waardoor ook enige tijd na een uitgevoerd onderzoek of Quickscan nog niet voldaan wordt aan de betreffende kwaliteitseis.

De toezichthouders constateren verder twee aandachtspunten:

- De aanbieder controleert de leden op eenzelfde manier (werkbezoek, dossiercontrole etc.), ongeacht het kwaliteitscertificaat. Uit een eerder onderzoek (2020) bleek hierdoor één van de leden met een niet gangbaar certificaat niet aan de gestelde eisen te voldoen. Uit het gesprek met Coöperatie Boer en Zorg wordt duidelijk dat deze werkwijze ongewijzigd is. Ondanks dat dit in het huidige onderzoek niet geconstateerd is in de bezoeken aan de leden, adviseren de toezichthouders deze werkwijze aan te passen;
- De aanbieder dient ook voor cliënten kortdurend verblijf en ambulante ondersteuning aandacht te hebben voor inspraakmogelijkheden, indien deze cliënten niet deelnemen aan de inspraak zoals geregeld voor de dagbesteding.

1.4 Advies aan college van B&W

De toezichthouders constateren dat de aanbieder ten tijde van het toezicht niet voldoet aan alle kwaliteitseisen die in het onderzoek zijn meegenomen. De aanbieder is in de gelegenheid gesteld om een zienswijze te geven op de rapportage. Deze is opgenomen in de bijlage.

De toezichthouders adviseren de colleges van B&W om te handhaven op de eisen waaraan niet wordt voldaan (conform handhavingsbeleid).

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.

2. OBSERVATIES EN BEVINDINGEN

2.1 Cliënten

Clientgerichtheid: deelconclusie

De aanbieder draagt zorg voor het verstrekken van een cliëntgericht ondersteuningsaanbod. De ondersteuning richt zich op de specifieke zorgvraag van de cliënt met als doel de zelfredzaamheid te vergroten/stabiliseren en/of overbelasting van mantelzorg tegen te gaan. Controle op de zorgdossiers vindt systematisch plaats en dit is geborgd in beleid.

Beschrijving:

Uit de bezoeken aan de zeven leden blijkt dat bij de start van de ondersteuning een intake plaatsvindt en hierna een ondersteuningsplan wordt opgesteld dat periodiek wordt geëvalueerd. In het ondersteuningsplan zijn de doelen beschreven waarop gerapporteerd wordt. De Coöperatie Boer en Zorg zorgt voor formats en een digitaal registratiesysteem dat de zorgboeren hiervoor gebruiken. Cliënten en/of hun vertegenwoordigers worden betrokken bij het opstellen van het ondersteuningsplan en de evaluaties. De bezochte leden voeren de afspraken in het ondersteuningsplan uit.

De aanbieder controleert de uitvoering van de ondersteuning door middel van de ingediende declaraties. Tevens vindt toetsing plaats op de kwaliteit van zorgdossiers.

Coöperatie Boer en Zorg voert jaarlijks een systeemcontrole op zorgdossiers uit. Dit houdt in dat jaarlijks bij alle leden middels een systeemcontrole inzichtelijk wordt gemaakt of onder andere alle zorgdossiers aanwezig en actueel zijn en of evaluatie plaatsvindt. Deze systeemcontrole kan aanleiding geven tot het uitvoeren van een verdiepende controle op zorgdossiers bij zorgondernemers. Ook worden de uitkomsten gekoppeld aan de bedrijfsbezoeken.

De Coöperatie Boer en Zorg heeft als werkwijze dat, indien een lid aspirant lid is of een oranje beoordeling heeft, de controle intensiever plaatsvindt, namelijk iedere 3 maanden. Dit is niet door de toezichthouders getoetst.

Ketensamenwerking en privacy: deelconclusie

De aanbieder draagt zorg voor het afstemmen van de voorziening op andere vormen van zorg of ondersteuning die de cliënt ontvangt.

De aanbieder draagt zorg voor de privacy van de cliënt bij het verwerken en delen van persoonsgegevens en heeft privacy en ketensamenwerking geborgd in beleid.

Beschrijving:

De zeven bezochte leden hebben allen privacybeleid opgesteld en gaan zorgvuldig om met het verwerken van gegevens. Waar nodig wordt samengewerkt met andere hulpverleners en met het netwerk van de cliënt. Afspraken ten aanzien van de samenwerking en uitwisseling van informatie worden in de zorgdossiers vastgelegd. De leden nemen deel aan multidisciplinaire overleggen of plannen deze zelf, en onderhouden het contact met de verwanten van de cliënt.

Medezeggenschap: deelconclusie

De aanbieder draagt ten tijde van het toezicht zorg voor het treffen van een medezeggenschapsregeling van cliënten bij het invulling geven aan de voorziening. De aanbieder heeft de wijze van inspraakmogelijkheden geborgd in beleid.

Beschrijving:

De aanbieder heeft een centrale cliëntenraad en de zeven bezochte leden zorgen allen voor inspraak van cliënten, onder andere door middel van periodieke deelnemersbijeenkomsten. Dit geldt met name voor de dagbesteding en activerend werk. Bij de voorzieningen kortdurend verblijf en ambulante ondersteuning is het een aandachtspunt om ook hier de inspraak van cliënten goed te borgen. Dit blijkt uit twee bezoeken aan leden.

Klachtenregeling: deelconclusie

De aanbieder draagt ten tijde van het toezicht zorg voor het treffen van een regeling voor de afhandeling van klachten van cliënten ten aanzien van gedragingen van de aanbieder jegens een cliënt. De aanbieder draagt er zorg voor dat cliënten op de hoogte zijn van de mogelijkheid tot het indienen van een klacht.

Beschrijving:

De aanbieder biedt een mogelijkheid voor het indienen van klachten voor de cliënten van de leden van de Coöperatie Boer en Zorg. Deze mogelijkheid staat beschreven op de website. De zeven bezochte leden hebben allen een klachtenregeling voor de cliënten opgesteld en communiceren deze actief naar de cliënten door deze uit te delen bij de intake en door het te plaatsen op de website.

2.2 Deskundigheid

[Kwalificaties medewerkers: deelconclusie](#)

Uit de onderzoeken die de Wmo toezichthouders in 2020 en 2021 deden bleek dat de aanbieder onvoldoende borgde dat werd voldaan aan de gemeentelijke eisen ten aanzien van kwalificaties en groeps grootte. Ook werd onvoldoende geborgd dat deskundigheidsbevordering plaatsvond.

Coöperatie Boer en Zorg heeft besloten intensievere controle bij de leden uit te gaan voeren en verplichtingen te zullen gaan verbinden aan deskundigheidsbevordering. Deze verplichting aan deskundigheidsbevordering is nog niet vastgelegd in beleid en geïmplementeerd.

Ten aanzien van de controle op kwalificaties is een start gemaakt door bij de bedrijfsbezoeken intensievere uitvraag te doen op kwalificaties en VOG's. Uit de bezoeken van de toezichthouders aan de leden blijken echter niet alle leden te voldoen aan de eisen ten aanzien van kwalificaties.

Coöperatie Boer en Zorg borgt hiermee ten tijde van het toezicht nog onvoldoende dat alle leden de ondersteuning bieden vanuit de juiste kwalificaties en dat deskundigheidsbevordering plaatsvindt.

Beschrijving:

De aanbieder heeft de uitvraag aan de leden omtrent kwalificaties en VOG's tijdens bedrijfsbezoeken uitgebreid. Een overzicht van personeel, kwalificaties en VOG's wordt vooraf opgevraagd ter bespreking/toetsing tijdens het bedrijfsbezoek.

De aanbieder wil in 2022 onderzoeken of en hoe een systeem t.b.v. PSA (personeels- en salaris administratie) in de dienstverlening opgenomen kan worden, waarin doorlopende monitoring op relevante PSA zaken moet gaan plaatsvinden, zoals de kwalificaties van personeel en actuele VOG's. Zolang dit niet gerealiseerd is zal een systeem worden ingeregeld waarbij alle leden tweemaandelijks een actueel overzicht van medewerkers en vrijwilligers moeten uploaden met daarin een overzicht van hoogst genoten relevante opleidingen/diploma's en VOG's, aldus de aanbieder.

Deze werkwijze is ten tijde van de start van het toezicht nog niet geïmplementeerd, uit de bezoeken aan de leden blijkt dit aan hen nog niet gecommuniceerd.

Ten aanzien van deskundigheidsbevordering heeft de aanbieder het team uitgebreid met een coördinator deskundigheidsbevordering. Deze zal onder andere maatwerktrainingen gaan ontwikkelen.

De aanbieder ontwikkelt momenteel een training over alle aspecten van veiligheid waarin bijvoorbeeld de meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling opgenomen moet worden. Deze training moet een verplichtend karakter gaan krijgen voor de leden. De afspraken omtrent de verplichting zijn echter nog niet definitief door het bestuur vastgesteld, en zijn daardoor ook nog niet vastgelegd in beleid of gecommuniceerd aan de leden.

Voor blauwe (bestaande declarerende) leden wordt daarnaast het trainingsaanbod met het verstrekken van een voucher, die kan worden gebruikt voor de trainingen van de coöperatie, aantrekkelijker gemaakt.

Uit de bezoeken aan de leden blijken bij twee van de zeven leden de kwalificaties niet te voldoen aan de gestelde eisen:

- Eén lid heeft, ondanks dat bekend was vanuit een eerdere QuickScan dat deze niet voldeed aan de kwalificatie-eis voor groepsbegeleiding in de regio centraal Gelderland, toch twee cliënten met deze beschikking aangenomen zonder aan de kwalificatie-eisen te voldoen.
- Een ander lid biedt dagbesteding in de gemeente Nijkerk, waarbij de begeleiding wordt geboden door twee medewerkers die geen afgeronde opleiding in zorg & welzijn hebben.

In beide gevallen is deze situatie bekend bij Coöperatie Boer en Zorg. Hierop zijn maatregelen getroffen. Deze maatregelen hebben er echter nog niet toe geleid dat aan de eisen wordt voldaan.

[Kwaliteitskeurmerk en -verbetering: deelconclusie](#)

De aanbieder draagt ten tijde van het toezicht onvoldoende zorg voor het bieden van goede kwaliteit; doordat controle op de kwaliteit nu nog onvoldoende plaatsvindt en nodige maatregelen naar aanleiding van bijvoorbeeld een eerder toezicht uitblijven.

Kwaliteitsverbetering op basis van cliënttevredenheidsonderzoeken vindt plaats en kwaliteitsverbetering vormt een onderwerp van gesprek bij jaarlijkse werkbezoeken aan de zorgboeren.

Beschrijving:

De aanbieder stelt dat leden een geldig kwaliteitscertificaat moeten overleggen, waardoor de kwaliteit geborgd wordt. Alle bezochte leden hebben een geldig kwaliteitscertificaat. De leden hebben met name het keurmerk "Kwaliteit laat je zien". De aanbieder accepteert ook andere kwaliteitscertificaten en maakt geen onderscheid in controle en werkwijze. Uit de eerdere toezichtcontroles bleek dat er verschil zat in keurmerken. In dit huidige toezicht is dit niet geconstateerd. De toezichthouders blijven adviseren hierop beleid te maken, en uitgebreidere controles uit te voeren bij afwijkende keurmerken.

Cliënttevredenheid wordt bij de zeven bezochte leden uitgevoerd en hierop worden indien nodig zichtbare verbetermaatregelen gesteld.

Bij alle leden worden jaarlijks bedrijfsbezoeken afgelegd. Hierin worden onder andere gemeentelijke eisen besproken door de regiomanager die het bezoek aflegt. Indien eisen door gemeenten aangepast worden, wordt dit in bedrijfsbezoeken meegenomen. Ook de informatie vanuit financiële controles en dossiercontroles wordt meegenomen in het bedrijfsbezoek. Kwaliteitsverbetering is onderwerp van het bedrijfsbezoek waarbij gebruik wordt gemaakt van een checklist op een aantal afgesproken onderwerpen, zoals scholing en de meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling. Middels de checklist wordt de leden gevraagd naar beleid en afspraken. Naar aanleiding van het toezicht van 2020 en 2021 zijn een aantal onderwerpen toegevoegd aan de gespreksleidraad voor het bedrijfsbezoek, alleen vindt controle op de inhoud van de documenten en de implementatie ervan in de praktijk, onvoldoende plaats. Uit de bezoeken aan de leden blijkt dat bepaalde werkwijzen en protocollen niet volledig en/of actueel zijn of geïmplementeerd zijn (meldcode huiselijk geweld, calamiteitenprotocol, incidentenbeleid).

- Uit de bezoeken blijkt dat één meldcode huiselijk geweld niet volledig voldoet aan de eisen, en één van de leden onvoldoende op de hoogte is van het incidenten en calamiteitenbeleid.
- Ook blijkt dat één lid, naar aanleiding van een eerdere QuickScan waarin tekortkomingen zijn vastgesteld, behoefte had aan inhoudelijke begeleiding van Coöperatie Boer en Zorg om verbeteringen te treffen. Deze begeleiding heeft volgens het lid onvoldoende plaatsgevonden. Dit lid geeft ook aan informatie te hebben gemist bij de overgang van aspirant lid naar declarerend lid.
- Tevens blijkt bij één lid dat Coöperatie Boer en Zorg ervan op de hoogte is dat deze niet voldoet aan de kwalificatie eisen, maar dat er in de periode van een aantal maanden geen passende oplossing voor is gevonden.

2.3 Veiligheid

Veilige verstrekking: deelconclusie

De cliëntgebonden risico's worden door de zeven bezochte leden grotendeels uitgevraagd en indien nodig worden hier maatregelen voor opgesteld. Het melden van incidenten in het registratiesysteem door leden vindt nog onvoldoende plaats waardoor hierop nog onvoldoende analyse plaatsvindt.

Beschrijving:

Uit de bezoeken aan de leden blijkt dat cliëntgebonden risico's bij zes van de zeven leden standaard worden geïnventariseerd bij de start van de ondersteuning, en dat passende maatregelen worden getroffen indien dit nodig blijkt. Door de aanbieder wordt dit in de dossiercontrole getoetst.

Het overige lid voert de inventarisatie sinds enkele maanden uit, sinds deze tijdens een audit voor het keurmerk hoorde dat een risico-inventarisatie moet worden uitgevoerd. Voor de huidige cliënten is het lid dit nu met terugwerkende kracht aan het uitvoeren.

De aanbieder heeft het melden van incidenten door de leden in het registratiesysteem inmiddels geïmplementeerd, zodat incidenten inzichtelijk kunnen zijn voor de Coöperatie Boer en Zorg en hierop geacteerd kan worden. Coöperatie Boer en Zorg geeft zelf aan dat in de praktijk nog onvoldoende gemeld wordt. Om deze reden zal er een training/workshop ontwikkeld zal gaan worden m.b.t. het melden en analyseren van incidenten.

Uit de bedrijfsbezoeken blijkt één lid voorafgaand aan het bezoek van de toezichthouder onvoldoende op de hoogte te zijn geweest van de van de afspraken omtrent het melden van incidenten.

Protocollen ten aanzien van gezondheid, zoals hygiëneprotocollen of een hitteprotocol maken op dit moment geen deel uit van het bedrijfsbezoek.

Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling: deelconclusie

De aanbieder stelt dat leden een meldcode moeten vaststellen en bevordert het gebruik van de meldcode door het aanbod van trainingen. De aanbieder is voornemens een jaarlijkse training te organiseren met

een verplichtend karakter waarin de meldcode opgenomen moet worden. Uit het toezicht blijkt dat de Coöperatie Boer en Zorg momenteel onvoldoende zorgt draagt dat de kennis en inhoud van de meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling op orde is en conform de wettelijke eisen.

Beschrijving:

Ten tijde van het toezicht heeft de aanbieder in beleid opgenomen dat de leden van de Coöperatie de meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling moeten kennen en hiernaar moeten handelen. Het gebruik en de kennis hiervan wordt bevorderd middels trainingen. Deze trainingen zijn echter nog niet verplicht en op de inhoud van de meldcode vindt geen controle plaats.

- Bij één lid blijkt dat de meldcode niet voldoet aan de wettelijke eisen.
- Bij twee andere leden blijkt de deskundigheid op het gebied van de meldcode onvoldoende en blijkt er geen gebruik te worden gemaakt van de deskundigheidsbevordering hierop.

Calamiteiten en meldingsplicht: deelconclusie

De aanbieder voldoet tijdens het toezicht aan de eis onverwijld melding te doen bij de toezichthouder van calamiteiten en geweld bij de verstrekking van de voorziening, echter blijkt de werkwijze met betrekking tot melden door de leden, nog niet bij elk lid bekend te zijn.

Beschrijving:

Coöperatie Boer en Zorg heeft passend beleid opgesteld waarin beschreven staat hoe, wanneer en waar de leden de incidenten en calamiteiten dienen te melden. In dit beleid staat tevens opgenomen hoe de aanbieder de meldingen oppakt, verwerkt en indien nodig meldt bij de desbetreffende toezichthouder/inspectie. Ten tijde van het toezicht in 2022 blijken alle leden het calamiteitenbeleid van Coöperatie Boer en Zorg te hebben ontvangen. Eén lid heeft dit net voor de QuickScan ontvangen en heeft daarmee het beleid nog niet geïmplementeerd. Een ander lid is niet volledig bekend met de gemaakte afspraken.

De aanbieder heeft een richtlijn gedragscode opgesteld waarin is opgenomen waaraan een gedragscode van een lid moet voldoen. Ook is hierin opgenomen welke situaties gemeld dienen te worden bij de coöperatie en wordt er hierin verwezen naar de procedure incidenten en calamiteiten.

Verklaring Omtrent het Gedrag: deelconclusie

Betaalde beroepskrachten en vrijwilligers die worden ingezet door de organisatie en werken met de cliënten, zijn ten tijde van het toezicht niet allemaal in het bezit van een geldige VOG.

Beschrijving:

Zoals beschreven in 2.2 zal de aanbieder onderzoeken of en hoe een systeem in de dienstverlening opgenomen kan worden, waarin doorlopende monitoring op onder andere VOG's moet plaatsvinden. Zolang dit niet gerealiseerd is zal een systeem worden ingeregeld waarbij alle leden tweemaandelijks een actueel overzicht van medewerkers en vrijwilligers moeten uploaden met daarin een overzicht van hoogst genoten relevante opleidingen/diploma's en VOG's, aldus de aanbieder.

De aanbieder heeft nu de uitvraag aan de leden omtrent de VOG's tijdens bedrijfsbezoeken uitgebreid. Een overzicht van de VOG's wordt opgevraagd ter bespreking/toetsing tijdens het bedrijfsbezoek.

Bij drie van de bezochte leden blijkt echter dat niet voor alle medewerkers, stagiairs en vrijwilligers een VOG overlegbaar is ten tijde van het bezoek.

3. CONTACTGEGEVENS AANBIEDER EN TOEZICHTHOUDER

Gegevens aanbieder

Naam aanbieder:	Coöperatie Boer en Zorg b.a.
Adres aanbieder:	Argo Businesspark 82
Postcode en plaats	6708 PW Wageningen
KvK nummer:	51386747
Telefoonnummer:	0317-479740
Emailadres:	info@boerenzorg.nl
Website:	www.cooperatieboerenzorg.nl

Gegevens toezicht

Naam GGD	GGD Gelderland-Midden	GGDrU
Postadres	Postbus 5364	Postbus 51
Postcode en plaats	6802 EJ Arnhem	3700 AB Utrecht
Telefoonnummer	0800-8446000	030-6086086
Onderzoek uitgevoerd door	Toezi chthouder Wmo	Toezi chthouder Wmo
In opdracht van	Inkoop sociaal Domein regio Centraal Gelderland en gemeente Nijkerk	Inkoopregio's Lekstroom

Planning

Datum onderzoek:	08-09-2022
Datum conceptrapport:	13-10-2022
Datum bespreking rapport:	24-11-2022
Datum tweede conceptrapport:	29-11-2022
Schriftelijke reactie aanbieder:	13-12-2022
Vaststellen definitief rapport:	14-12-2022
Verzending definitief rapport:	14-12-2022

Bijlage 1. Zienswijze aanbieder



Van : Team Kwaliteit CBZ
Aan : (toezichthouder WMO Regio Gelderland Midden)
..... (toezichthouder WMO Regio Utrecht)
Cc :
Onderwerp : Zienswijze 2^{de} concept rapport kwaliteitsonderzoek 8-9-2022
Datum : 12-12-2022

De Coöperatie Boer en Zorg (CBZ) dankt de toezichthouders voor de waardevolle feedback die zij ons gegeven hebben. Uit het rapport leest CBZ dat op 5 van de 7 locaties de zorg voldoet aan de kwaliteitseisen en verbeteringen zijn doorgevoerd. In de regio Lekstroom voldoen alle ondernemers. Op sommige punten zijn nog verbeteringen nodig en mogelijk. CBZ heeft dit voortvarend ter hand genomen. Dit leest u in deze zienswijze.

1.3. Algemene conclusies

- Zienswijze op de conclusie:
We merken op dat de conclusie waarmee de toezichthouders beginnen, nl. dat de aanbieder hard op weg is met het borgen van de kwaliteit (p 9), ons inziens onvoldoende doorklinkt in het rapport. We zien dat er (generieke) conclusies worden getrokken, daar waar toelichting op context passend zou zijn en hoe zich dit verhoudt tot het totaalbeeld van de leden. Dat neemt niet weg dat CBZ verbeteringen heeft door te voeren. Hieronder leest u hoe CBZ dat doet.

2.2. Deskundigheid

- Zienswijze op de deelconclusie Kwalificaties medewerkers:
CBZ biedt een groot aantal cursussen aan die bijdragen aan een verdere professionalisering van de medewerkers van de leden. De training ONS (methodisch werken in het ECD) is verplicht. Een aantal incidenten rondom het thema grensoverschrijdend gedrag, hebben ertoe geleid dat CBZ een scholing aan het ontwikkelen is rondom dit thema. Deze scholing zal verplicht worden voor leden die onvoldoende kennis hebben van deze materie. In deze scholing komen o.a. de 'Meldcode Huiselijk Geweld' en het 'Vlaggensysteem' aan bod
- Zienswijze op de bijhorende Beschrijving:
In een voorgaand verbetertraject met gemeenten is o.a. afgesproken om in 2022 middels Afas een systeem in te regelen waarin alle leden 2-maandelijks een up-to-date actueel overzicht van de hoogste genoten relevante opleidingen/diploma's en VOG's van hun medewerkers uploaden. Ten tijde van het toezicht (september 2022) was dit nog niet geïmplementeerd. Inmiddels is dit al enige tijd gerealiseerd
Het genoemde onderzoek of en hoe een systeem t.b.v. personeelsadministratie van leden aan de dienstverlening van CBZ kan worden opgenomen loopt nog.

Naast deze systeemgerichte maatregelen om te komen tot een doorlopende borging van de contracteisen is besloten zgn. regio/zorgconsulenten aan te trekken om o.a. hierop toezicht te houden en leden te begeleiden/coachen om dit duurzaam te blijven borgen.

In regio IJsselland is ondertussen een zorgconsulent aangetrokken en voor regio Foodvalley loopt momenteel het selectietraject. Andere regio's volgen in 2023.

- Zienswijze/toelichting op de bezoeken aan de leden waaruit blijkt dat bij 2 van de 7 leden de kwalificaties niet voldoen aan gestelde eisen:
 - Bij dit betreffende lid was reeds een cliëntenstop ingesteld voor het product groepsbegeleiding zolang er geen HBO-gekwalificeerde medewerker beschikbaar is. Naderhand bleek onverhoopt dat er toch 2 deelnemers waren gestart met een indicatie groepsbegeleiding daar waar men ervan uitging dat dit activeren werk betrof. Dit is bijzonder vervelend en we zijn in gesprek met de gemeente over hoe hiermee om te gaan.
 - Gemeente Nijkerk heeft in mei 2022 een productenboek met producteisen uitgebracht. Dit betreffende lid biedt al vele jaren arbeidsmatige dagbesteding in de groensector. Er zijn afspraken gemaakt om te voldoen aan de gestelde opleidingseisen, maar dit nog niet gerealiseerd (medewerker is bezig met behalen MBO 4 zorg & welzijn, maar behalen diploma is uitgesteld). Er was al een cliëntenstop ingesteld zolang niet aan deze eis is voldaan.

- Zienswijze/toelichting op de Beschrijving bij de deelconclusie Kwaliteitskeurmerk en –verbetering:

CBZ stelt alle leden verplicht een keurmerk te hebben die door CBZ als adequaat is beoordeeld. Het kwaliteitsmanagement systeem (KMS) van onze leden wordt door een externe onafhankelijke auditor beoordeeld. Als leden geen keurmerk hebben, mogen ze geen zorg leveren. Keurmerken die niet voldoen aan onze eisen zijn niet toegestaan. Om dubbel werk te voorkomen, doet CBZ zelf geen audit op het KMS. Dit is ook niet gebruikelijk. Op dit moment zijn de volgende keurmerken toegestaan:

 - Kwaliteit laat je zien (keurmerk van de Federatie Landbouw en Zorg)
 - HKZ Kleine organisaties
 - HKZ Gehandicaptenzorg
 - HKZ Verpleeghuizen, verzorgingshuizen en thuiszorgorganisaties
 - Prezo
 - Prezo Care
 - ISO 9001:2015
 - NEN-EN 15224 (ISO 9001:2015 voor zorg en welzijn)
 - Keurmerk Gezinshuizen

2.3. Veiligheid

- Zienswijze op de Beschrijving bij de deelconclusie Verklaring Omtrent het Gedrag: Zie hierover onze zienswijze op de Beschrijving bij de deelconclusie Kwalificaties medewerkers. Dit gaat over dezelfde thematiek.

Toelichting en maatregelen bij de drie bezochte leden waarbij niet alle medewerkers, stagiaires en vrijwilligers een VOG bleken te hebben:

- Bij 1 lid wordt medewerkers en stagiaires wel gevraagd een VOG te overleggen, maar niet bij kortdurende stage (8-daagse stage). De VOG ontbrak van de stagiaire met een kortduren stage. De VOG is inmiddels afgegeven.
- Bij 1 lid had een nieuwe VOG van de eigenaar en VOG's van stagiaires aanwezig moeten zijn. Deze waren te laat aangevraagd. Dit is niet juist, dat had moeten gebeuren. De VOG's zijn inmiddels aangevraagd.
- Bij 1 lid waren de VOG van de eigenaar en medewerker wel aanwezig. Echter bij de medewerker was deze niet aangevraagd op de geëiste functieaspecten aangezien deze als vrijwilliger was gestart en nu in dienst is genomen. De juiste VOG is inmiddels afgegeven

Bijlage 3: Getoetste voorwaarden

- In lijn met onze zienswijze op de algemene conclusie (1.3) wijzen we er graag op dat uit deze brondocumenten blijkt dat aan 75 van de 85 getoetste items wordt voldaan en dat van de overige 10 items er al 4 hersteld zijn. [Zie bijlage 1.](#)
- Voor de openstaande eisen m.b.t. deskundigheid zijn maatregelen genomen, waarbij we opmerken dat het op de huidige arbeidsmarkt soms wat meer tijd vraagt om voldoende gekwalificeerd personeel te vinden.

Bijlage 1

		Zorgaanbieder 1 Dagbesteding	Zorgaanbieder 2 Dagbesteding	Zorgaanbieder 3 Dagbesteding
1	Zorgplan	voldaan	voldaan	voldaan
2	Evaluatie	voldaan	voldaan	voldaan
3	Risico-inventarisatie	voldaan	deels voldaan, inmiddels hersteld	voldaan
4	Meldcode	voldaan	deels voldaan	deels voldaan
5	Protocollen en afspraken	voldaan	voldaan	voldaan
6	Kwaliteitsborging	voldaan	voldaan	voldaan
7	Melden incidenten	deels voldaan, inmiddels hersteld	voldaan	niet voldaan inmiddels hersteld
8	Klachten	voldaan	voldaan	voldaan
9	Personeel	voldaan	deels voldaan, inmiddels hersteld	niet voldaan en inmiddels deels hersteld
10	Rechten van de cliënt	voldaan	voldaan	voldaan

		Zorgaanbieder 4 Activerend Werk Groepsbegeleiding	Zorgaanbieder 5 Ambulante ondersteuning en dagbesteding	Zorgaanbieder 6 Dagbesteding	Zorgaanbieder 7 Dagbesteding
1	Ondersteuningsplan/gezins plan	voldaan	voldaan	voldaan	voldaan
2	Evaluatie van het ondersteuningsplan en de uitvoering daarvan, tussen opdrachtnemer en cliënt/ informatie over voortgang traject	voldaan	voldaan	voldaan	voldaan
3	Afstemming	Niet getoetst	voldaan	voldaan	voldaan
4	Veiligheid cliënt	voldaan	voldaan	voldaan	voldaan
5	Kwaliteitssysteem	voldaan	voldaan	voldaan	voldaan
6	Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling	voldaan	voldaan	deels voldaan	voldaan
7	Klachtenregeling	voldaan	voldaan	voldaan	voldaan
8	Calamiteiten	voldaan	voldaan	voldaan	voldaan
9	Intern meldingssysteem incidenten/bijna incidenten	voldaan	voldaan	voldaan	voldaan
10	Personeelsbeleid	voldaan	voldaan	voldaan	voldaan
11	Personeelsbeleid: kwalificatie	niet voldaan	voldaan	voldaan	voldaan
12	Personeel: VOG	niet voldaan	voldaan	voldaan	voldaan
13	Informatievoorziening en website	voldaan	niet getoetst	voldaan	niet getoetst
14	Rechten van de cliënt	voldaan	voldaan	voldaan	voldaan
15	Tevredenheid vd cliënt	niet getoetst	niet getoetst	voldaan	voldaan

Bijlage 2. Onderzoeksactiviteiten

Gesprek Coöperatie Boer en Zorg 8 september 2022

Regiocoördinatoren
Kwaliteitsadviseur

Bestudeerde documenten ontvangen op 2 september 2022

- Flyer Boer en Zorg
- Huishoudelijk Reglement Cliëntenraad Coöperatie Boer & Zorg
- Jaarplan 2022
- Kwaliteitsbeleid versie 4.0
- Meldcode Huiselijk Geweld en Kindermishandeling versie januari 2019
- Stroomschema aanvraag lidmaatschap CBZ
- Werkbeschrijving proces interne dossiercontrole versie 1.0
- Werkwijze beoordeling cliëntdossiers versie 2.0
- Formulier bedrijfsbezoek V13
- Werkinstructie Melding incidenten calamiteit of klacht versie 2.0
- Werkinstructie richtlijn gedragscode versie 2.0
- Leveringsovereenkomst versie 6.0
- Gezamenlijk verantwoordelijkenovereenkomst (uitwisselingsovereenkomst), versie 1.0
- Document aanpassing werkwijze/plan van aanpak verbeterpunten n.a.v. toezichtrapporten
- Uitvraag overzicht personeelsadministratie

Bezoeken zorgondernemer

datum bezoek

datum vaststelling verslag Quickscan

Zorgondernemer 1	12 september 2022	16 september 2022
Zorgondernemer 2	13 september 2022	15 september 2022
Zorgondernemer 3	21 september 2022	22 september 2022
Zorgondernemer 4	16 september 2022	4 oktober 2022
Zorgondernemer 5	22 september 2022	4 oktober 2022

Zorgondernemer 6
Zorgondernemer 7

22 september 2022
26 september 2022

4 oktober 2022
4 oktober 2022

- Website <https://www.cooperatieboerenzorg.nl/>

Bijlage 3. Getoetste voorwaarden en beoordeling gemeente Nijkerk

1 Doelmatigheid voorziening	
<i>Wettelijke kwaliteitseis: De voorziening is doelmatig, doeltreffend en cliëntgericht (Wmo 2015, art. 3.1, tweede lid sub a).</i>	
1.1 Ondersteunings- / begeleidingsplan	Ja/nee/deels n.v.t./ n.b.¹
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.	Ja
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

¹ N.b. betekent 'niet beoordeeld'.

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.	Ja
De datum van de eerstvolgende evaluatie staat in het plan genoteerd.	Ja
Het evaluatieverslag wordt aan de gemeente verstuurd.	Ja
Signalen die duiden op mogelijke decompensatie of andere incidenten/calamiteiten worden vastgelegd in een signaleringsplan	Ja

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

2 Veiligheid	
Wettelijke kwaliteitseis: De voorziening is veilig (Wmo 2015, art. 3.1, tweede lid sub a.).	
2.1 Protocollen en afspraken	Ja/nee/deels n.v.t./n.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

2.2 Medicatie en verdovende middelen (alleen indien van toepassing)	Ja/nee/deels n.v.t./ n.b.
De organisatie kent een medicatieprotocol.	Ja
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)	Nb
In het ondersteuningsplan van de cliënt is dit medicatieoverzicht (zonder doseringen) opgenomen, met vermelding van reden van gebruik. (niet van toepassing bij lichte begeleiding)	Nb
Alle medicatie staat op naam van cliënten. Geen voorraden zonder naam, m.u.v. een werkvoorraad die voldoet aan de 'handreiking werkvoorraad geneesmiddelen' ² . (niet van toepassing bij lichte begeleiding)	Nb
Elk medicijn dat wordt toegediend wordt op datum en tijdstip afgetekend op een aftekenlijst. (niet van toepassing bij lichte begeleiding)	Nb
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"> • in de koelkast gescheiden van voedingsmiddelen; • in een afgesloten medicijnkast; • opiaten in afgesloten kast/kist gescheiden van de overige medicatie; • sleutelbeheer is adequaat geregeld; • houdbaarheidsdata actueel. (niet van toepassing bij lichte begeleiding)	Nb
Bij toediening van medicatie die niet in een GDS-verpakking ³ 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)	Nb
De organisatie heeft afspraken gemaakt over het gebruik van alcohol en verdovende middelen.	Nb

2.3 Risico-inventarisatie	Ja/nee/deels n.v.t./ n.b.
Het ondersteuningsplan bevat een risico-inventarisatie op die onderwerpen die voor de cliënt van toepassing zijn.	Deels

² Handreiking werkvoorraad geneesmiddelen. Actiz, GGZNederland, VGN 2011

³ GDS= Geneesmiddelen Distributie Systeem. Bij gebruik van en GDS heeft de apotheek de geneesmiddelen per client per toedientijdstip verpakt.

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 ⁴ .	Ja
Periodiek wordt ontruiming geoefend.	Ja
Het gebouw en de inventaris zijn schoon en onderhouden.	Ja

2.4 Grensoverschrijdend gedrag	Ja/nee/deels n.v.t./ n.b.
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.	Nb
Medewerkers kunnen aantonen dat zij aandacht besteden aan vriendschap, intimiteit, seksualiteit en het voorkomen van seksueel grensoverschrijdend gedrag.	Nb
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.	Deels
De aanbieder bevordert de kennis en het gebruik van de meldcode	Nee
Medewerkers zijn geïnstrueerd over en in staat tot het hanteren van de meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling .	Deels

⁴ 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.

3 Samenwerking en afstemming	
<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>	
3.1 Afstemming met andere hulp- of zorgverleners	Ja/nee/deels n.v.t./ n.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 ^e , 1 ^e en 2 ^e 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.	Nb
Indien deze betrokken zijn, zijn met de tweede lijn afspraken gemaakt omtrent beschikbaarheid	Nb
Bij mogelijke decompensatie onderneemt de begeleiding actie richting behandelaar/ huisarts.	Nb
Er wordt een dossier opgesteld zodat overdracht mogelijk is.	Ja
3.2 Samenwerking en afstemming met de gemeente (casemanager)	Ja/nee/deels n.v.t./ n.b.
Een evaluatie met een aanvraag voor verlenging van de indicatie wordt uiterlijk zes weken voor afloop van de indicatie aan de gemeente opgestuurd.	Ja

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
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

4.2 Personeel	Ja/nee/deels n.v.t./n.b.
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	Deels
Lichte begeleiding: Begeleiding wordt uitgevoerd door een professional met minimaal MBO 2/3 denk en werk niveau VVT, WMD, GGZ of een vergelijkbare richting	Nb
Reguliere begeleiding: 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.	Nb
Specialistische begeleiding: Begeleiding wordt uitgevoerd door een professional met een afgeronde opleiding van minimaal hbo-niveau VVT, WMD, GGZ of een vergelijkbare richting.	Nb
Dagbesteding (regulier en specialistisch): Er wordt uitgegaan van een groepsgrootte van gemiddeld 7 personen per in te zetten professional.	Ja

Dagbesteding Regulier en specialistisch): De uitvoering vindt plaats door een professional met een afgeronde opleiding op tenminste MBO-niveau 3 MWD, GGZ of een vergelijkbare richting. De eindverantwoordelijkheid voor het opstellen en uitvoeren van het plan ligt bij een minimaal MBO-niveau 4 MWD, GGZ, VVT geschoolde professional.	Deels
De aanbieder heeft beleid t.a.v. verantwoorde inzet van vrijwilligers.	Ja
Alle medewerkers en vrijwilligers hebben een verklaring omtrent gedrag (VOG) overlegd, die minimaal getoetst is op: <ul style="list-style-type: none"> Het verlenen van diensten (nr. 41); Het verlenen van diensten in de persoonlijke leefomgeving (nr. 43); Belast zijn met de zorg voor (hulpbehoevende) personen, zoals ouderen en gehandicapten (nr. 85). 	Deels

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

5 Rechten van de cliënt	
<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>	
5.1 Algemeen	Ja/nee/deels n.v.t./n.b.
De bejegening door de beroepskracht van de cliënt is passend en correct.	Nb
De cliënt voelt zich op zijn/ haar gemak op de plaats waar de voorziening wordt geboden.	Nb
Cliënten worden geïnformeerd over hun rechten en plichten.	Nb

5.2 Cliëntparticipatie	Ja/nee/deels n.v.t./n.b.
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.	Nb

5.3 Privacy	Ja/nee/deels n.v.t./n.b.
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

5.4 Melden incidenten en klachten	Ja/nee/deels n.v.t./n.b.
Er is een intern meldingssysteem voor incidenten, fouten en bijna fouten dat operationeel is.	Deels
Melden, registreren, analyse verbeteractie en terugkoppelen aan melder en team is geregeld.	Deels
Er is sprake van een lerende organisatie.	Nb
Een speciale commissie behandelt incidentmeldingen en brengt verbetervoorstellen uit.	Nb
Nazorg bij incidenten is geregeld.	Nb
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

5.5 Melden calamiteiten en geweldsincidenten	Ja/nee/deels n.v.t./n.b.
De aanbieder doet binnen 3 werkdagen na de calamiteit/geweldsincident melding bij de toezichthoudend ambtenaar Wmo.	Deels

Bij intern onderzoek: 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'.	Nb
Minimaal 1 persoon van de onderzoekscommissie is onafhankelijk.	Nb
Indien mogelijk wordt het sociaal netwerk betrokken bij het onderzoek.	Nb

5.6 Opschorten of beëindiging ondersteuning	Ja/nee/deels n.v.t./n.b.
Voor het opschorten of beëindigen van ondersteuning door de aanbieder is toestemming van de cliënt vereist.	Nb
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"> • 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; • Een onherstelbaar verstoorde vertrouwensrelatie; • Hygiënische omstandigheden die ernstige gezondheidsrisico's opleveren voor andere cliënten en/of personeel van de aanbieder; • Het niet nakomen van essentiële verplichtingen of regels door de cliënt, ook niet na herhaaldelijk (schriftelijk) aandringen of waarschuwen door de aanbieder. 	Nb
Voor het eenzijdig opschorten of beëindigen van ondersteuning door de aanbieder is toestemming van de gemeente vereist.	Nb
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.	Nb

Bijlage 4. Getoetste voorwaarden en beoordeling Modulaire Gemeenschappelijke Regeling sociaal domein regio Centraal Gelderland

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.		Nb
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"> - De kansen/mogelijkheden en ondersteuningsbehoeften van de cliënt en welke hulp/ondersteuning wordt geboden. - Welke doelafspraken cliënt en opdrachtnemer maken en hoe zij deze gaan bereiken. - Binnen welk tijdsbestek deze doelen moeten worden behaald en hoeveel uur daarvoor nodig is. 		Ja

<ul style="list-style-type: none"> - Binnen welk tijdsbestek er kan worden afgeschaald naar minder uren en/of een eenvoudigere ondersteuningsinzet. - Hoe opdrachtnemer de nazorg vormgeeft en de eventuele overdracht naar andere zorgvormen. - Wanneer geëvalueerd wordt (datum vastgelegd). - De inzet van en afstemming met algemene voorzieningen (indien van toepassing). - In het plan staat de naam van de eerstverantwoordelijke (medewerker van de opdrachtnemer) vermeld. De eerstverantwoordelijke of diens vervanger is goed bereikbaar. - 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 inbreng van een multidisciplinair team (indien van toepassing) is beschreven in het ondersteuningsplan. - De afstemming tussen dagbesteding, werk en wonen (indien van toepassing), is beschreven in het ondersteuningsplan. - De afstemming op andere vormen van geboden hulp en zorg is beschreven in het ondersteuningsplan (zie eis 4 Afstemming). <p>In afwijking van eis 2 van het Inkoopdocument Algemeen programma van eisen is voor Groepsbegeleiding Stabiël het volgende niet van toepassing:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Doelafspraken tussen de cliënt en zorgaanbieder en; - Het tijdsbestek waarbinnen deze doelen moeten worden behaald. 		
Wettelijke kwaliteitseis: De voorziening is doelmatig, doeltreffend en cliëntgericht	Alle zorgvormen	
Rapportage vindt doelgericht en regelmatig plaats		Ja
Er vindt urenregistratie plaats van de geleverde ondersteuning.		Nb
Eis 2 Inkoopdocument Activerend werk Zorgvorm specifieke eisen	Activerend Werk	
Aanbieder biedt naast begeleiding een werkplek waar cliënt kan (toewerken naar) werken/ een bijdrage leveren aan anderen of de maatschappij (cliënt doet iets voor anderen). Hierbij wordt aantoonbaar gewerkt aan persoonlijke ontwikkeling én ontwikkeling van werknemersvaardigheden (passend bij de gestelde doelen).		Ja
Eis 4 Inkoopdocument Activerend werk Zorgvorm specifieke eisen	Activerend Werk	
Aanbieder Activerend werk levert een aantoonbare inzet op ontwikkeling van cliënt en waar mogelijk op doorstroom (= stappen zetten op de		Ja

participatieladder) en uitstroom naar betaald werk, opleiding of vrijwilligerswerk of minder ondersteuning door aanbieder aan cliënt.		
Inkoopdocument Activerend werk Zorgvorm specifieke eisen	Activerend Werk Stabiel arrangementen	
Bij een stabiel arrangement gaat het om het behouden of versterken van de mate van participatie binnen een trede van de participatieladder (inzetgericht).		Ja
Het arrangement duurt maximaal 2 jaar en kan worden verlengd.		Nb
Inkoopdocument Activerend werk Productbeschrijvingen Stabiel arrangement Activerend werk, stabiel op trede 3	Activerend Werk Stabiel arrangement, trede 3	
De cliënt participeert op trede 3 van de participatieladder met lage werkdruk, weinig eigen verantwoordelijkheid.		Ja
Het traject omvat begeleiding en werkzaamheden waardoor cliënt een bijdrage kan leveren op de werkplek.		Ja
Het traject sluit aan op talenten en mogelijkheden van de cliënt en het bieden van structuur conform afgesproken doelen.		Ja

1 Op de website www.inkoopscg.nl staat een limitatief overzicht met relevante mbo-/hbo-/wo-opleidingen richting Zorg en Welzijn

1.2 Evaluatie	Eisen zijn van toepassing op	Ja/Nee/Deels /N.v.t.
Eis 3 Inkoopdocument Algemeen programma van eisen	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.		Ja
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.		Ja

Dit is nodig om de toewijzing en vordering hiervan te monitoren. Hierbij wordt rekening gehouden met de privacyregels.		
Eis 3 Inkoopdocument Activerend werk Zorgvorm specifieke eisen	Activerend Werk	
Aanvullend op de algemene eisen is aanbieder Activerend werk verantwoordelijk voor het voorbereiden en plannen van een evaluatiegesprek 6 weken voorafgaande aan het einde van de lopende toewijzing met cliënt en het lokaal team.		Nb

1.3 Ondersteuning	Eisen zijn van toepassing op	Ja/Nee/Deels /N.v.t.
Eis 1 Inkoopdocument Activerend werk Zorgvorm specifieke eisen	Activerend Werk	
De aanbieder onderschrijft de uitgangspunten van Activerend werk: <ul style="list-style-type: none"> - Zo passend mogelijk: de kracht, kwaliteiten, mogelijkheden en ondersteuningsvraag van de cliënt staan centraal in relatie tot de gestelde doelen. - Zo lokaal mogelijk: werkplekken worden zoveel mogelijk in de nabijheid van de cliënt georganiseerd. - Zo regulier mogelijk: bij voorkeur vindt het werk plaats op een reguliere werkplek. - Gericht op ontwikkeling: waar mogelijk vergroten of anders versterken of behouden van de mate van participatie (gekoppeld aan de participatieladder) en op persoonlijk vlak: groei van zelfvertrouwen en sociale vaardigheden en betere zelfbeheersing en gezondheid. 	Nb	
Inkoopdocument Productbeschrijvingen Activerend werk Stabiel arrangement Activerend werk, stabiel op trede 3	Activerend Werk Stabiel arrangement, trede 3	
De begeleider is op de werkplek of nabij.		Ja
Inkoopdocument Groepsbegeleiding Zorgvorm specifieke eisen	Groepsbegeleiding stabiel Groepsbegeleiding ontwikkeling	
De aanbieder houdt bij het samenstellen van de groep rekening met de uitgangspunten van groepsbegeleiding, specifiek het uitgangspunt 'zo passend mogelijk': De groepsgrootte sluit aan bij de talenten, mogelijkheden en ondersteuningsbehoefte van de cliënt.		Nb
Het uitgangspunt is dat een cliënt zo lokaal mogelijk naar de groepsbegeleiding gaat.		Ja

Hierbij geldt dat er voor een geschikte plek eerst wordt gekeken binnen de desbetreffende gemeente, dan aangrenzende gemeenten, dan de regio Centraal Gelderland en vervolgens daarbuiten.		
Inkoopdocument Groepsbegeleiding Productbeschrijving 07A52 Inkoopdocument Groepsbegeleiding Productbeschrijving 07A51	Groepsbegeleiding ontwikkeling Groepsbegeleiding stabiel	
Er wordt vanuit de volgende uitgangspunten gewerkt: <ul style="list-style-type: none"> - Zo passend mogelijk: de talenten, mogelijkheden en ondersteuningsbehoefte van de cliënt staan centraal (niet de problematiek); - Zo inclusief mogelijk: elke groepsbegeleidingsplek voorziet in een inclusief aanbod (niet gericht op specifieke problematiek); - Zo lokaal mogelijk: groepsbegeleiding vindt plaats in de wijk waar de cliënt woont. Als de benodigde groepsbegeleiding niet aanwezig is in de wijk, wordt naar het dichtstbijzijnde alternatief gekeken; - Gericht op zelfredzaamheid: er is zoveel mogelijk aandacht voor de zelfredzaamheid van de cliënt. 		Nb
Groepsbegeleiding vindt overdag plaats, in groepsverband, op een locatie buiten de woonsituatie.		Ja
Voor beschikbaarheid van groepsbegeleiding tijdens vakantieperiodes en officiële feestdagen geldt het volgende: <ul style="list-style-type: none"> - Voor algemeen erkende feestdagen dient de aanbieder na overleg met de cliënt tijdig aan de cliënt kenbaar te maken of groepsbegeleiding niet doorgaat, of dat er alternatieve groepsbegeleiding beschikbaar is waarvan de cliënt gebruik kan maken en; - Voor vakantieperiodes geldt dat uitgangspunt is dat de regulier gevolgde groepsbegeleiding beschikbaar moet zijn; indien dit in uitzonderingsgevallen niet mogelijk is, moet de cliënt tijdig een aanvaardbaar alternatief worden geboden. 		Nb

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 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	

<p>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.</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 gebeurt).</p>		Ja
--	--	----

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 toezichthoudend 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.		Nb
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.		Nb
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.		Nb
Eis 5 Inkoopdocument Activerend werk Zorgvorm specifieke eisen	Activerend Werk	
Aanbieder Activerend werk maakt actief onderdeel uit van de participatieketen in de regio, waarbij hij verbinding zoekt en samenwerkt met andere organisaties binnen deze participatieketen.		Ja

Eis 7 Inkoopdocument Activerend werk Zorgvorm specifieke eisen	Activerend Werk Groepsbegeleiding	
Eis 7 Inkoopdocument Groepsbegeleiding Zorgvorm specifieke eisen	Stabiel Groepsbegeleiding Ontwikkeling	
Aanbieder draagt mede zorg voor een goede doorgaande zorglijn van 18- naar 18+. Verwijzer en aanbieder starten, samen met de cliënt, op 16-jarige leeftijd met het maken van een toekomstplan. De regisseur vanuit het lokale (zorg)team wordt betrokken. Netwerkondersteuning maakt onderdeel uit van het toekomstplan.		Nb
Eis 9 Inkoopdocument Activerend werk Zorgvorm specifieke eisen	Activerend Werk	
Aanbieder Activerend werk is verantwoordelijk voor het aantoonbaar monitoren van de ontwikkeling van de cliënt op de gestelde doelen opgesteld door lokale toegang samen met cliënt.		Ja
Aanbieder Activerend werk informeert de lokale toegang op elk gewenst moment over het functioneren en de ontwikkeling van de cliënt op de werkplek. - Minimaal middels een voortgangsbericht na 3 maanden in geval van ontwikkelarrangement. - Na 6 maanden in geval van stabiel arrangement.		Nb
Aanbieder Activerend werk stemt af met lokale toegang in geval van vragen of signalen of wanneer resultaat niet gehaald dreigt te worden.		Nb

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.		Nb
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.		Nb
De regisseur dient toegang te krijgen tot de noodzakelijke gegevens om de casusregie uit te kunnen voeren. Hierbij wordt rekening gehouden met de privacyregels.		Nb

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)		Nb

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 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 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. Tevens bevat dit kwaliteitsbeleid werkinstructies en handelingsprotocollen die van toepassing zijn voor de uitvoering van de gecontracteerde opdrachten.		Ja

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.		
Medewerkers zijn op de hoogte van deze werkinstructies en handelingsprotocollen en handelen daar naar.		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 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.		Nee
Opdrachtnemer heeft passend beleid waarin minimaal beschreven staat: <ul style="list-style-type: none"> - 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. - Inzet van vrijwilligers, stagiaires en medewerkers in opleiding is altijd onder verantwoordelijkheid van bekwaam en gekwalificeerde medewerkers. - Borging van een duurzame inzetbaarheid van zichzelf en voor de opdracht in te zetten medewerkers. - 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. <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 door ziekte of in het geval van vakantie) van de vaste medewerker.		Nb

Bij vervanging wordt rekening gehouden met de situatie van de cliënt, tenzij de cliënt zelf aangeeft geen gebruik te willen maken van vervangende dienstverlening.		Nb
Inkoopdocument Groepsbegeleiding Productbeschrijving 07A52 Inkoopdocument Groepsbegeleiding Productbeschrijving 07A51	Groepsbegeleiding ontwikkeling Groepsbegeleiding stabiel	
Groepsbegeleiding wordt uitgevoerd door een professional die aanwezig is op de groep.		Ja
Eventuele vrijwilligers zijn getraind in het omgaan met cliënten. De ondersteuning vindt altijd plaats onder verantwoordelijkheid van de professional.		Ja
Inkoopdocument Groepsbegeleiding Productbeschrijving 07A52	Groepsbegeleiding ontwikkeling	
<u>Tot 1 juli 2022:</u> Minimaal 60% van de begeleiding wordt uitgevoerd door een professional op Hbo werk- en denkniveau SPH, VVT, WMD, GGZ of een vergelijkbare richting.		Nee
<u>Tot 1 juli 2022:</u> De Hbo professional begeleidt de resultaten (ontwikkeldoelen en methodisch trainen van vaardigheden). De overige begeleiding wordt door een Mbo 4 professional uitgevoerd die geschoold is in een vergelijkbare richting.		Nee
<u>Vanaf 1 juli 2022:</u> Minimaal 60% van de begeleiding wordt uitgevoerd door een professional met een afgeronde hbo-opleiding Zorg en Welzijn ¹ , waarbij de inhoud en opzet van de opleiding aansluiten bij de hulpverlening die de professional levert binnen het product. Deze hbo-professional begeleidt de resultaten (ontwikkeldoelen en methodisch trainen van vaardigheden).		Nee
<u>Vanaf 1 juli 2022:</u> De invulling van voornoemde eis dient door aanbieder aantoonbaar te worden gemaakt middels het dienstrooster.		Nee
<u>Vanaf 1 juli 2022:</u> De overige begeleiding wordt uitgevoerd door een professional met een afgeronde opleiding richting Zorg en Welzijn ¹ , waarbij de inhoud en de opzet van de opleiding aansluiten bij de hulpverlening die de professional levert binnen het product.		Nee
Inkoopdocument Groepsbegeleiding Productbeschrijving 07A51	Groepsbegeleiding stabiel	
<u>Tot 1 juli 2022:</u> Opleidingsniveau - mbo 4 werk- en denkniveau VVT, WMD, GGZ of een vergelijkbare richting. Met minimaal 20% ondersteuning en consultatie van een hbo-professional, geschoold in een vergelijkbare richting.		Nee

<u>Vanaf 1 juli 2022:</u> Minimaal 20% van de begeleiding wordt uitgevoerd door een professional met een afgeronde hbo-opleiding Zorg en Welzijn ¹ , waarbij de inhoud en de opzet van de opleiding aansluiten bij de hulpverlening die de professional levert binnen het product.		Nee
<u>Vanaf 1 juli 2022:</u> De invulling van voornoemde eis dient door aanbieder aantoonbaar te worden gemaakt middels het dienstrooster.		Nee
<u>Vanaf 1 juli 2022:</u> De overige begeleiding wordt uitgevoerd door een professional met een afgeronde mbo-4 opleiding richting Zorg en Welzijn ¹ , waarbij de inhoud en de opzet van de opleiding aansluiten bij de hulpverlening die de professional levert binnen het product.		Nee

¹ Op de website www.inkoopdscg.nl staat een limitatief overzicht met relevante mbo-/hbo-/wo-opleidingen richting Zorg en Welzijn

4.3 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	
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. (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.)		Nee

4.4 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	
<p>De opdrachtnemer beschikt over een actuele website, waar hij tenminste op publiceert:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Een actueel overzicht van de gecontracteerde producten en diensten aan cliënten. - De klachtenregeling incl. het klachtenjaarverslag. - Wijze van omgaan met privacy (AVG). - Wachttijden. - Eventuele certificeringen. - Telefoonnummer en/of andere contactgegevens van de organisatie, incl. tijden waarop de organisatie bereikbaar is. <p>(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).</p>		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 klachtenjaarverslag/klachtenlijst op en publiceert dit op zijn website.		Ja
In het klachtenjaarverslag/klachtenlijst is minimaal beschreven: <ul style="list-style-type: none"> - 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). 		Ja

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		Nb
De opdrachtnemer staat open voor wensen, aanwijzingen, vragen en kritiek van de cliënt.		Nb
Er zijn met de cliënt afspraken (schriftelijk/digitaal) gemaakt over gegevensuitwisseling die passen binnen het privacy-statuuat 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"> - Correcte cliëntbejegening. - Servicegerichte en klantvriendelijke instelling. - Inlevingsvermogen en hulpvaardigheid. - Respecteren ziens-, geloofs- en zijnswijze van de cliënt. - Privacy, geheim te houden al hetgeen is toevertrouwd. - Integriteit van de medewerkers (als voorbeeld beleid op het aannemen van cadeaus c.q. schenkingen, etc.). 		Ja

Bijlage 5. Getoetste voorwaarden en beoordeling toetsingskader GGDrU

Thema Cliënten

1.1	Cliëntgerichte ondersteuning (1 ^e norm) 3 voorwaarden	Beoordeling V / niet beoordeeld / niet van toepassing	
1.1.1	De ondersteuning wordt structureel geboden en draagt bij aan de zelfredzaamheid en/of participatie van de cliënt	Ja	Nee
	De ondersteuning door de aanbieder is tijdig gestart volgens contractafspraken van de betreffende gemeente(n).	Niet beoordeeld	
	De ondersteuning wordt geboden met de frequentie die past bij de ondersteuningsbehoefte(n) van de cliënt	v	
	De ondersteuning heeft als resultaat: bevordering zelfredzaamheid, bevordering participatie en/of ontlasting van mantelzorg.	v	
	De eigen kracht en regie van de cliënt wordt (waar mogelijk) gestimuleerd. Indien mogelijk wordt gewerkt naar afbouw en/of beëindiging van de ondersteuning.	v	
	De continuïteit van de ondersteuning is geborgd; voldoende personeelsbezetting, goede bereikbaarheid en een regeling bij uitval van een medewerker.	v	
	ZOU aanvullend AO / DB: Aanbieders werken volgens een (evidence based) methode		
1.1.2	De aanbieder heeft in samenspraak met de cliënt een ondersteuningsplan opgesteld waarin het doel, de aard en de intensiteit van de ondersteuning is vastgelegd	Ja	Nee
	Er vindt een intake plaats met de cliënt, waarin de hulpvragen in kaart worden gebracht/verdiept wanneer de gemeente een plan heeft opgesteld	v	
	In een intake/kennismaking worden wederzijdse verwachtingen afgestemd	v	
	In een intake/kennismaking wordt gekeken of de cliënt en de geboden ondersteuning bij elkaar past, indien een locatie gebonden voorziening: of de cliënt past binnen de groep.	v	
	Er is een digitaal of schriftelijk cliëntdossier, waarin zaken zoals het intakeverslag, plan van aanpak, ondersteuningsplan, risico-inventarisatie is opgenomen	v	

	Het ondersteuningsplan is per individuele cliënt opgesteld en is passend bij: - de behoeften en mogelijkheden van de cliënt - het plan van aanpak en beschikking van de indicatiesteller	v	
	De gestelde doelen zijn SMART geformuleerd	v	
	De aanbieder zorgt ervoor voor dat de cliënt en/of diens vertegenwoordiger betrokken is bij het ondersteuningsplan	v	
	Het ondersteuningsplan is passend bij de afgegeven beschikking vanuit de gemeente	v	
	Het ondersteuningsplan wordt binnen de gestelde termijn volgens contractafspraken gemeente, na de start van de ondersteuning voltooid en ondertekend door de cliënt en de verantwoordelijke professional	Niet beoordeeld	
	De aanbieder werkt methodisch (bv. Volgens ZRM of vraaggericht werken), heeft passende richtlijnen ontwikkeld en geïmplementeerd voor het opstellen van het ondersteuningsplan en het cliëntdossier	v	
	De cliënt heeft de mogelijkheid (op aanvraag) zijn/haar dossier in te zien	v	
	De cliënt begrijpt het ondersteuningsplan en/of laat zich vertegenwoordigen door een naaste/wettelijk vertegenwoordiger die het ondersteuningsplan begrijpt.	Niet beoordeeld	
1.1.3	Het ondersteuningsplan wordt adequaat uitgevoerd en periodiek geëvalueerd met de cliënt	Ja	Nee
	Minimaal 1 x per jaar en indien nodig vaker, wordt het ondersteuningsplan en de ontwikkeling van de cliënt geëvalueerd	v	
	Het ondersteuningsplan wordt na de evaluatie, waar nodig, binnen 1 maand bijgesteld	v	
	Wijzigingen in de situatie van een cliënt, die aanpassing vergen in de ondersteuning (zwaarte of soort), worden binnen een maand gesignaleerd, geregistreerd en opgepakt, en indien nodig teruggekoppeld aan de indicatiesteller.	Niet beoordeeld	
1.2	Afstemming in de keten (2^e norm) 2 voorwaarden	Beoordeling V / niet beoordeeld / niet van toepassing	
1.2.1	De aanbieder draagt er zorg voor dat het netwerk en ketenpartners (betrokken bij de cliënt) in kaart worden gebracht (indien nodig)	Ja	Nee
	Indien van toepassing (hangt af van de voorziening en de ondersteuningsvraag van cliënten):		
	Bij aanvang van de ondersteuning worden het professionele (ketenpartners) en persoonlijke netwerk van een cliënt in kaart gebracht en indien nodig betrokken	v	

	Indien afstemming en samenwerking niet nodig wordt geacht, wordt dit beargumenteerd teruggekoppeld aan de indicatiesteller.	Niet beoordeeld	
	Er is zicht op de behoeften van de mantelzorger in het ondersteuningsproces van de cliënt en hier wordt op ingespeeld.	v	
	Er is een vaste contactpersoon in het (professionele) netwerk aangewezen door de cliënt (in geval van nood)	v	
	Het sociale netwerk van de cliënt wordt waar nodig en mogelijk actief betrokken in de ondersteuning	v	
1.2.2	De aanbieder stemt de ondersteuning (indien nodig) af op andere zorg of hulp, draagt zorg voor toestemming van de cliënt en legt gemaakte afspraken met ketenpartners vast	Ja	Nee
	Indien van toepassing (afhankelijk voorziening en ondersteuningsvraag cliënten):		
	zijn op individueel niveau concrete afspraken gemaakt over de samenwerking en uitwisseling met ketenpartners betrokken bij de cliënt (bv. andere zorgverlener of behandelaar)	v	
	zijn namen, contactgegevens, rol en verantwoordelijkheid van betrokken ketenpartners en gemaakte afspraken in het cliëntdossier opgenomen	v	
	informerende alle bij de cliënt betrokken professionals elkaar over bijzonderheden in de situatie en ontwikkeling van de cliënt	v	
	wordt de toestemming van de cliënt voor afstemming en uitwisseling tussen ketenpartners per nieuwe situatie (mondeling of schriftelijk) gevraagd en vastgelegd	v	
1.3	Rechten van de cliënt (3^e norm) 4 voorwaarden	Beoordeling v / niet beoordeeld / niet van toepassing	
1.3.1	De aanbieder draagt er zorg voor dat de medewerkers de cliënten passend en correct bejegenen	Ja	Nee
	De medewerkers bejegenen de cliënten op passende en correcte wijze.	v	
	De medewerkers (betaald en onbetaald) worden door middel van vastgelegde richtlijnen (bv. gedragscode of gedragsregels) geïnstrueerd hoe zij cliënten conform de richtlijnen dienen te bejegenen	v	
	De cliënten ervaren professionele betrokkenheid en professionals bewaken een professionele afstand	Niet beoordeeld	
1.3.2	Er is een passend privacybeleid ontwikkeld en geïmplementeerd.	Ja	Nee

	De privacy van cliënten wordt op correcte wijze behandeld	v	
	Het privacybeleid is geactualiseerd naar aanleiding van relevante privacywetgeving (AVG) waaronder beleid bij een datalek	v	
	I cliënten worden bij aanvang van de ondersteuning en periodiek geïnformeerd over de omgang met privacy	v	
	Het privacybeleid is in begrijpelijke taal (B1) geformuleerd en is voor cliënten toegankelijk (de privacyverklaring staat bv op de website of een folder)	Niet beoordeeld	
	In de praktijk zijn de medewerkers op de hoogte van de werkwijze omtrent privacy en wordt het beleid nageleefd	v	
1.3.3	De aanbieder treft een regeling voor de afhandeling van klachten over gedragingen van de aanbieder jegens cliënten	Ja	Nee
	Cliënten hebben de mogelijkheid een klacht in te dienen, bij een persoon anders dan de eigen begeleider	v	
	De onafhankelijkheid en objectiviteit van de klachtenbehandeling worden voldoende geborgd, bv door externe klachtenmogelijkheid en/of onafhankelijke vertrouwenspersoon	v	
	De aanbieder draagt er zorg voor dat cliënten op de hoogte zijn van de klachtenregeling (bv. bespreken intake, of plaatsen op website)	v	
	Cliënten zijn op de hoogte van de klachtenmogelijkheid	Niet beoordeeld	
	De aanbieder registreert en analyseert klachten periodiek en neemt indien nodig maatregelen	v	
1.3.4	De aanbieder geeft cliënten de mogelijkheid tot inspraak op het beleid en voorgenomen besluiten binnen de organisatie (die van belang zijn voor de cliënt)	Ja	Nee
	De aanbieder zorgt voor inspraakmogelijkheden	v	
	De geboden inspraakmogelijkheden zijn passend bij de geboden voorziening/ doelgroep (bv cliëntenraad, KTO, huiskameroverleg)	v	
	Cliënten nemen deel aan/worden gemotiveerd tot deelname aan de inspraakmogelijkheden	v	
	Cliënten worden bij aanvang van de ondersteuning op de hoogte gesteld van de inspraakmogelijkheden	v	
	De inspraakmogelijkheden zijn schriftelijk vastgelegd in een beleidsdocument of op de website	Niet beoordeeld	

	De inspraak van cliënten is een blijvend onderwerp waar de aanbieder aan werkt	Aandachtspunt: inspraak voor cliënten KV/AO	
--	--	---	--

Thema Professionaliteit

2.1	Professionele standaard ⁵⁶ (4 ^e norm) 3 voorwaarden	Beoordeling V / niet beoordeeld / niet van toepassing	
2.1.1	Kwalificaties van medewerkers zijn passend bij de ondersteuning	Ja	Nee
	De professionals en/of aanbieder hebben indien van toepassing een beroepsregistratie en handelen conform de beroepscode	v	
	De professionals hebben passende kwalificaties (qua opleiding en/of ervaring, conform contractafspraken met de gemeenten en eventuele eisen vanuit beroepsgroep). - Ambulante ondersteuning - Dagbesteding - Beschermd wonen - Hulp bij het huishouden - Maatschappelijke opvang - Kortdurend verblijf - Aanvullend openbaar vervoer - Hulpmiddelen - Woningaanpassing	v	
	De vrijwilligers hebben passende kwalificaties (qua opleiding en/of ervaring, conform contractafspraken met de gemeenten)	v	

	De stagiairs hebben passende kwalificaties (qua opleiding en/of ervaring, conform contractafspraken met de gemeenten)	v	
	De ervaringsdeskundigen hebben passende kwalificaties (qua opleiding en/of ervaring, conform contractafspraken met de gemeenten)	Niet van toepassing	
	De aanbieder heeft concrete functieprofielen met daarbij behorende takenpakket en (diploma, opleiding, ervaring, taal) eisen opgesteld	v	
	Als bij de dienstverlening vrijwilligers, stagiairs, onbetaalde ervaringsdeskundigen worden ingezet dan is dat altijd aanvullend op en onder leiding van de professional	v	
	De cliënten worden zoveel mogelijk door vaste begeleider(s) ondersteund.	v	
2.1.2	De aanbieder heeft aantoonbaar passend personeelsbeleid ontwikkeld, geïmplementeerd en geborgd	Ja	Nee
	De aanbieder heeft passend personeelsbeleid voor professionals ten aanzien van (bij)scholing, intervisie, supervisie, teamoverleg, casuïstiek en opleidingen	v	
	De aanbieder voorziet structureel in scholings/ -opleidingsmogelijkheden voor de professionals en indien van toepassing stagiairs/vrijwilligers	v	
	De professional houdt zijn kennis en vaardigheden structureel bij conform beleid aanbieder en eventuele contractafspraken met de gemeenten	v	
	De aanbieder heeft passend beleid met betrekking tot de begeleiding en scholing van stagiaires, vrijwilligers en ervaringsdeskundigen (begeleiding, supervisie, scholing)	Niet beoordeeld	
	De stagiaires, vrijwilligers en ervaringsdeskundigen worden opgeleid en beleid conform beleid aanbieder en eventuele contractafspraken met de gemeenten.	Niet beoordeeld	
2.1.3	Betaalde beroepskrachten en vrijwilligers, die worden ingezet door de organisatie en werken met de cliënten, zijn in het bezit van een geldige VOG (screeningsprofiel "gezondheidszorg en welzijn van mens en dier") bij aanvang van de werkzaamheden met cliënten	Ja	Nee
	De aanbieder heeft beleid opgesteld omtrent VOG (aanvang dienstverband en heraanvraag)	v	
	Elke professional heeft een geldige VOG in zijn dossier bij de start van de werkzaamheden.	v	
	Elke stagiair en vrijwilliger heeft een geldige VOG in zijn dossier bij de start van de werkzaamheden.	v	

	De VOG is maximaal 3 maanden voorafgaand aan het ingaan van het arbeidscontract afgegeven	Niet beoordeeld	
	Indien een medewerker pas na een proefperiode de VOG dient te overleggen, voert de beroepskracht tijdens de proefperiode geen werkzaamheden uit zonder supervisie van een andere professional.	Niet beoordeeld	
	Indien een medewerker geen VOG kan overleggen worden de overwegingen om iemand wel aan te nemen schriftelijk vastgelegd door de aanbieder.	Niet beoordeeld	
	De VOG wordt conform contractafspraken gemeente opnieuw aangevraagd.	v	
2.2	Kwaliteitsverbetering (5^e norm) 1 voorwaarde	Beoordeling V / niet beoordeeld / niet van toepassing	
2.2.1	De aanbieder draagt er zorg voor dat kwaliteit van de voorziening geborgd is (Art. 3.1, eerste lid, Wmo) en werkt aantoonbaar aan continue kwaliteitsverbetering	Ja	Nee
	De aanbieder werkt aantoonbaar aan kwaliteitsverbetering, door middel van bijvoorbeeld een keurmerk HKZ, ISO of KIWA	v	
	De aanbieder heeft werkwijzen en procedures vastgelegd, bijvoorbeeld in een kwaliteitshandboek	v	
	De aanbieder heeft werkwijzen en procedures geïmplementeerd en evalueert deze jaarlijks	Niet beoordeeld	
	De professionals werken conform de werkwijzen en procedures	v	
	De input van cliënten wordt minimaal jaarlijks uitgevraagd en gebruikt om de kwaliteit te verbeteren, bijvoorbeeld door een tevredenheidsonderzoek	v	
	De input van professionals wordt minimaal jaarlijks van de gemeente(n) uitgevraagd en gebruikt om kwaliteit te verbeteren, bijvoorbeeld door tevredenheidsonderzoek of functioneringsgesprekken.	v	

Thema Veiligheid

3.1	Veilige verstrekking (6 ^e norm) 3 voorwaarden	Beoordeling V / niet beoordeeld/ niet van toepassing	
3.1.1	De aanbieder draagt zorg voor de sociale, mentale en fysieke veiligheid van cliënten en de medewerkers.	Ja	Nee
	De aanbieder draagt zorg voor een risico-inventarisatie op individueel cliëntniveau (bv medicatie, psychische klachten, suïcidaliteit, valrisico)	v	
	De professionals zijn op de hoogte van de cliënt risico-inventarisatie	v	
	De professionals dragen zorg voor de acties voortvloeiende uit de cliënt risico-inventarisatie (zoals afspraken over valpreventie, dichte deur beleid, beheer eigen medicatie, opschalen naar ketenpartner, inlichten contactpersoon)	v	
	De individuele risico-inventarisatie per cliënt wordt jaarlijks of vaker geëvalueerd en indien nodig bijgesteld	v	
	De aanbieder heeft beleid opgesteld voor de veiligheid van medewerkers, met betrekking tot: privégegevens medewerkers, afbakening beschikbaarheid, ongewenst gedrag van cliënten zoals roken, drugsgebruik en agressie.	Niet beoordeeld	
3.1.2	De aanbieder draagt zorg voor de veiligheid van de locatie, voorziening en hulpmiddelen ⁷	Ja	Nee
	De aanbieder draagt zorg voor een risico-inventarisatie met betrekking tot de fysieke ruimte en hulpmiddelen waar de ondersteuning wordt geboden (brandveiligheid, gebruik materiaal, valrisico)	v	
	De professionals zijn op de hoogte van deze risico-inventarisatie.	Niet beoordeeld	
	De professionals dragen zorg voor de acties voortvloeiende uit deze risico-inventarisatie	Niet beoordeeld	

	De risico-inventarisatie wordt jaarlijks of vaker geëvalueerd en indien nodig bijgesteld	Niet beoordeeld	
	De ruimten, voorzieningen en hulpmiddelen van de aanbieder zijn bruikbaar, toegankelijk, bereikbaar en veilig voor verblijf/gebruik van cliënten	v	
3.1.3	De aanbieder registreert en behandelt incidenten en draagt zorg voor het evalueren en leren hiervan	Ja	Nee
	De aanbieder draagt zorg voor een intern beleid op gebied van het registreren en analyseren van incidenten en/of calamiteiten (MIC/ MIM)	v	
	Professionals zijn hiervan op de hoogte en passen dit ook toe in de praktijk	v	
	Verbeterpunten naar aanleiding van incidenten worden aantoonbaar opgepakt en geïmplementeerd	v	
3.2	Meldcode huiselijk geweld & kindermishandeling (7^e norm) 1 voorwaarde	Beoordeling V / niet beoordeeld / niet van toepassing	
3.2.1	De aanbieder heeft een meldcode vastgesteld en werkt conform deze meldcode	Ja	Nee
	De aanbieder heeft een meldcode opgesteld die voldoet aan de landelijke eisen (waarin een aandachtsfunctionaris is aangewezen en de stappen zijn opgenomen)	v	
	Nieuwe professionals, stagiaires en vrijwilligers worden ingewerkt op de Meldcode		v
	De kennis over de meldcode wordt structureel, en minimaal jaarlijks, bevorderd.		v
	Medewerkers werken conform de meldcode	v	
3.3	Melden calamiteiten en geweldsincidenten (8^e norm) 1 voorwaarde	Beoordeling V / niet beoordeeld / niet van toepassing	
3.3.1	Calamiteiten en geweldsincidenten worden gemeld en onderzocht	Ja	Nee
	De aanbieder werkt volgens het calamiteitenprotocol van de regio Utrecht	v	
	De aanbieder doet onverwijld melding van een calamiteit of geweldsincident bij de toezichthouder.	v	

	De medewerkers zijn hiervan op de hoogte.	v	
	Als een (zelf)onderzoek naar de calamiteiten heeft plaatsgevonden waarbij verbeterpunten zijn opgesteld, stelt de aanbieder een verbeterplan op en voert deze uit.	Niet beoordeeld	
3.4	Hygiëne en gezondheid (9^e norm) 2 voorwaarden	Beoordeling V / niet beoordeeld / niet van toepassing	
3.4.1	De aanbieder draagt zorg voor passende hygiënemaatregelen	Ja	Nee
	De aanbieder heeft een hygiënebeleid (o.a. handhygiëne, sanitair, voedsel, werkkleding etc) voldoet bij verwerking van voedsel aan de HACCP-richtlijnen.	Niet beoordeeld	
	Medewerkers werken conform het hygiënebeleid	Niet beoordeeld	
	Indien er wordt gewerkt met dieren (verzorging of recreatief):		
	is er beleid omtrent de omgang met dieren?	Niet beoordeeld	
	worden maatregelen getroffen om zoönosen te voorkomen?	Niet beoordeeld	
3.4.2	De aanbieder draagt ten allen tijden zorg voor passende maatregelen ter bescherming van cliënten en personeel	Ja	Nee
	Ten tijde van een uitbraak infectieziekte, griepseizoen of andere omstandigheden zoals een hittegolf houdt de aanbieder zich aan landelijke maatregelen of maatregelen die voor die specifieke voorziening geldend zijn.	Niet beoordeeld	