

# WMO TOEZICHT

## Onderzoeksrapport

Definitief rapport kwaliteitsonderzoek

Naam: Rima Zorg B.V.

Adres: Trans 21

Postcode en woonplaats: 6811 HS Arnhem

KvK nummer: 59184833

Zorgvorm: Begeleiding

Datum inspectie: 20 oktober 2022

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

# Inhoudsopgave

Inleiding	3
Korte beschrijving van de locatie en de doelgroep	3
Onderzoek: aanleiding en belang	4
Inspectiehistorie	5
Conclusie en advies	6
Advies aan de gemeente	7
Bevindingen	8
1 Doelmatigheid voorziening	8
2 Veiligheid	10
3 Samenwerking en afstemming	12
4 Kwaliteit van personeel en organisatie	13
5 Rechten van de cliënt	15
Schriftelijke reactie AANBIEDER	16
Bronoverzicht	17
Gegevensoverzicht	18
Bijlage 1 Eisen	19

## Inleiding

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

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

De Wmo 2015 regelt in artikel 6.1. dat gemeenten een toezichhoudende ambtenaar aanwijzen. De colleges van B&W van deze 11 gemeenten hebben de Directeur Publieke Gezondheid van GGD Gelderland-Midden als toezichhoudend ambtenaar aangewezen met de mogelijkheid deze toezichhoudende taak te mandateren aan medewerkers van GGD Gelderland-Midden.

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

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

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

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

Bezwaar op de openbaarmaking van het rapport van het kwaliteitsonderzoek uitgevoerd bij Rima Zorg kan worden ingediend bij de gemeente Arnhem

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

Rima Zorg B.V. (hierna Rima Zorg) verleent sinds 2011 ondersteuning en begeleiding binnen de zorgvorm begeleiding. De zorg vindt plaats op basis van Wmo financiering (ZIN).

Momenteel wordt aan 21 cliënten uit Arnhem, Doesburg, Rheden en Duiven vallend onder de Wmo begeleiding geboden. Het betreft begeleiding basis en begeleiding specialistisch.

De doelgroep betreft mensen met een verslavingsverleden en/of psychosociale problematiek (bron website). Vaak is tevens sprake van een huisvestingsprobleem.

De aanbieder stelt dat er wel sprake moet zijn van een bepaalde mate van zelfstandigheid waardoor zelfstandig gewoond kan worden.

De website van de aanbieder zegt over de ondersteuning die geboden wordt het volgende:

*“Rima Zorg is een organisatie die ambulante begeleiding biedt aan mensen met een verslavingsverleden en/of psychosociale problematiek. Het kan ook zijn dat u veel pech in uw leven heeft gehad en u ondersteuning wilt om weer zelfstandig verder te kunnen.*

*De begeleiders van Rima Zorg gaan uit van uw mogelijkheden.*

*Ambulante begeleiding betekent dat wij u ondersteunen en/of begeleiden in uw eigen omgeving. Zo helpen wij u stap voor stap richting zo zelfstandig mogelijk wonen”.*

De begeleiding wordt ten tijde van het onderzoek geboden door drie medewerkers. De aansturing vindt plaats door twee directeuren waarvan één de functie van manager heeft binnen Rima Zorg en inhoudelijk betrokken is bij de zorg door bijvoorbeeld het uitvoeren van intakes. De tweede directeur is op afstand betrokken, voornamelijk bij de bedrijfsvoering.

Een Raad van Commissarissen bestaande uit twee leden houdt toezicht. De Raad van Commissarissen is intensief betrokken bij ontwikkelingen, zoals de verbetering van kwaliteit die de organisatie wil gaan inzetten met onder andere het behalen van een kwaliteitscertificaat.

De aanbieder is momenteel bezig met ISO-certificering en wil hierna gaan onderzoeken of ook ondersteuning vanuit de Wlz geboden kan worden.

Ook stelt de aanbieder momenteel kaders op voor de ondersteuning die geboden wordt. Op dit moment wordt voornamelijk complexe casuïstiek aangemeld en opgepakt, waarbij veelal sprake is van een huisvestingsprobleem, maar de aanbieder wil ook meer enkelvoudige problematiek oppakken.

De aanbieder geeft verder aan te willen groeien naar ongeveer 50 cliënten om zo een stabiel team te kunnen neerzetten en voldoende continuïteit te kunnen bieden.

Aan een deel van de cliënten die begeleiding ontvangt wordt door de aanbieder vanuit een andere B.V. (Risama B.V.) woonruimte verhuurd op verschillende locaties in Arnhem. Het betreft negen kamers en zes appartementen.

De aanbieder heeft aangegeven het verhuren van woonruimte af te willen bouwen en meer ambulante begeleiding in eigen woonruimte te willen bieden. Het streven is dat de huidige cliënten uitstromen naar eigen woonruimte. Huurcontracten zullen, indien cliënten uitstromen, zo min mogelijk verlengd worden.

### **Onderzoek: aanleiding en belang**

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

Het onderzoek had als doel na te gaan of de aanbieder voldoet aan de wettelijke kwaliteitseisen en aan de aanvullende eisen vanuit de gemeentelijke verordening en de regionale contracteisen en -voorwaarden.

Het inspectiebezoek vond plaats op 20 oktober 2022. Het betrof een aangekondigd inspectiebezoek aan het kantoor van de aanbieder op de locatie Trans 21 te Arnhem.

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

Er hebben gesprekken plaatsgevonden met de twee directeuren van Rima Zorg en één van de leden van de Raad van Commissarissen.

Tevens zijn gesprekken gevoerd met vijf cliënten en twee medewerkers. Ook zijn ten behoeve van het onderzoek drie coaches van wijk- of gebiedsteams gesproken.

De leidinggevende was bij de gesprekken met cliënten en medewerkers niet aanwezig.

Alle personen die zijn gesproken ten behoeve van het onderzoek stelden zich coöperatief op. De gesprekken verliepen in een open en professionele sfeer.

### **Inspectiehistorie**

Op 8 april 2022 heeft door de Wmo toezichthouder van GGD Gelderland-Midden proactief toezicht plaatsgevonden bij de aanbieder middels een Quicksan in opdracht van de MGR SDCG. De Quicksan is een verkorte variant van een kwaliteitsonderzoek, waarin geselecteerde basiseisen worden getoetst.

Uit de Quicksan bleken verbeterpunten ten aanzien van:

- Ondersteuningsplannen
- Het kwaliteitssysteem
- De meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling
- De klachtenregeling
- Het melden van incidenten en calamiteiten
- Het bieden van bijscholing
- VOG's
- De website

De Wmo toezichthouder adviseerde de MGR SDCG hierop om een volledig onderzoek uit te voeren.

De kwaliteitscriteria uit de Wmo 2015 aangevuld met aanvullende eisen vanuit de gemeentelijke verordening en contracteisen zijn door de toezichthouder beoordeeld.

De kwaliteitscriteria uit de Wmo 2015 betreffen:

- De voorziening is doelmatig, doeltreffend en cliëntgericht (Wmo 2015, art. 3.1, tweede lid sub a).
- De voorziening is veilig (Wmo 2015, art. 3.1, tweede lid sub a.).
- De voorziening is afgestemd op de reële behoefte van de cliënt en andere vormen van zorg of hulp (Wmo 2015 art. 3.1, tweede lid sub b).
- De voorziening wordt verstrekt in overeenstemming met de op de beroepskracht rustende verantwoordelijkheid o.b.v. de professionele standaard (Wmo 2015, art. 3.1, tweede lid sub c.).
- De voorziening wordt verstrekt met respect en in acht neming van de rechten van de cliënt (Wmo 2015, art. 3.1, tweede lid sub d.).

Uit het onderzoek blijkt dat bij Rima Zorg wordt voldaan aan een deel van de gestelde wettelijke (kwaliteits)eisen en gemeentelijke eisen, zie hiervoor de bevindingen in het rapport.

De cliënten die gesproken zijn ten behoeve van het onderzoek zijn tevreden over de ondersteuning die zij ontvangen. Allen geven zij aan de begeleiding deskundig en betrokken te vinden en de bejegening prettig te vinden. Ook de medewerkers van wijkteam/gebiedsteam geven aan dat er oog is voor de individuele client en hierbij maatwerk geboden wordt en aangesloten wordt bij diens belevingswereld.

Alle cliënten hebben een actueel ondersteuningsplan, kennen deze en geven aan dat dit de leidraad is voor de ondersteuning die geboden wordt.

De volledigheid van de zorgdossiers is een punt van aandacht. In diverse dossiers missen documenten. Ook zijn de gesproken medewerkers niet op de hoogte van de aanwezigheid van een intakeverslag in het dossier.

De aanbieder heeft aangegeven bezig te zijn met een kwaliteitsslag. De aanbieder is bezig met ISO-certificering en wil een verbeterregister gaan opstellen.

Een aantal processen zijn nog niet beschreven en moeten beschreven gaan worden. Zo wil de aanbieder kaders stellen aan de problematiek van cliënten die in begeleiding genomen wordt door bijvoorbeeld het opstellen van contra-indicaties. Op dit moment wordt bij aanmelding al wel kritischer gekeken naar de problematiek van cliënten, maar kaders hiervoor zijn nog niet opgesteld. Ook de uitvraag bij de intake is nog niet vastgelegd.

Cliënten geven aan dat op de locatie Trans, waar kamers verhuurd worden aan cliënten, tot ongeveer een half jaar geleden onrust was. Meerdere cliënten geven aan dat de onrust, doordat de aanbieder nu kritischer is op het aannemen van nieuwe cliënten, nu niet meer aan de orde is.

De continuïteit van de ondersteuning blijkt uit het onderzoek onvolledig geborgd. Vanuit de gesprekken met de cliënten en wijkteam/gebiedsteam medewerkers blijkt sprake van veel personeelsverloop in de afgelopen jaren. Uit de gesprekken blijkt dat dit ten koste is gegaan van de communicatie met wijk- en gebiedsteam en cliënten. Deze wordt als rommelig omschreven.

Vlak voor het onderzoek is opnieuw een medewerker met ontslag gegaan. Dit was één van de twee Hbo geschoolde medewerkers. Met dit vertrek heeft de aanbieder op dit moment slechts één Hbo geschoolde medewerker en kan deze hiermee niet volledig voldoen aan de kwalificatie-eisen die aan specialistische begeleiding gesteld zijn.

De aanbieder heeft het wonen en de zorg gescheiden door dit te bieden vanuit verschillende B.V.'s. Echter, uit de gesprekken en uit de huur- en zorgovereenkomsten blijkt sprake van een koppelbeding. Dit is niet conform gestelde eis.

De toezichthouder concludeert tekortkomingen ten aanzien van:

- Kwalificaties van medewerkers;
- Continuïteit van de ondersteuning;
- Scholingsbeleid;
- De koppeling van wonen en zorg;
- Het opnemen van afschaling van zorg in het begeleidingsplan;
- Een werkend kwaliteitssysteem;
- De inhoud van het klachtenjaarverslag;
- De aanwezigheid van een cliëntenraad of vergelijkbaar platform.

#### **Advies aan de gemeente**

De Wmo toezichthouder van de VGGM geeft het advies aan de MGR SDCG en gemeenten om op de geconstateerde tekortkomingen te handhaven (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.

# Bevindingen

## 1 Doelmatigheid voorziening

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

### 1.1 Ondersteuningsplan

*Deelconclusie: Aan de gestelde eis wordt deels voldaan. Alle cliënten hebben een actueel ondersteuningsplan dat grotendeels voldoet aan de gestelde eisen. Hierin is echter niet opgenomen hoe wordt afgeschaald van begeleiding specialistisch naar begeleiding basis. De volledigheid van zorgdossiers is een aandachtspunt. Uit de dossierinzage blijken niet alle dossiers volledig.*

#### Beschrijving:

De aanbieder maakt gebruik van een registratiesysteem waarin alle cliënten een actueel dossier hebben. Ten behoeve van het onderzoek is van drie cliënten het dossier ingezien. In het dossier worden contactpersonen genoteerd, evenals de huisarts en de namen van eerste en tweede betrokken medewerker. Ieder contactmoment wordt gerapporteerd in het dossier.

De volledigheid van zorgdossiers is een aandachtspunt. In de drie dossiers mist bij één van de dossiers een alcohol en drugsverklaring (die wel opgenomen zou moeten zijn omdat bij client sprake is van alcohol- en drugsgebruik) en in een ander dossier mist de huur- en de zorgovereenkomst.

Alle drie dossiers bevatten een ondersteuningsplan waarin op alle leefgebieden doelen met concrete acties zijn gesteld. De acties zijn onderverdeeld in acties voor de cliënt en acties voor de begeleider.

Het merendeel van de huidige cliënten woont in een kamer of woning van de aanbieder. Doelen zijn veelal gesteld op onder andere het uitstromen en het vinden van een eigen woonruimte.

De vijf gesproken cliënten kennen hun ondersteuningsplan, geven aan actief betrokken te zijn bij het opstellen hiervan en benoemen dat het plan de basis is voor de ondersteuning die ingezet wordt.

Alle plannen en evaluatieverslagen worden gelezen door de manager waarna deze het accordeert en de client het kan ondertekenen. De plannen die zijn ingezien zijn allen voor akkoord ondertekend door de client.

Plannen worden standaard voor een half jaar opgesteld door een van de drie medewerkers, de medewerker die de eerste begeleider van de cliënt is. De medewerkers zijn Mbo-4 of Hbo geschoold, waarmee voldaan wordt aan de eis dat het plan moet worden opgesteld door een professional met minimaal Mbo-4 opleiding.

In de ondersteuningsplannen die zijn ingezien is niet opgenomen hoe wordt afgeschaald van begeleiding specialistisch naar begeleiding basis.

De gesproken medewerkers van de wijk- of gebiedsteams geven aan dat bij bijzonderheden of bijstellingen van het plan afstemming plaatsvindt. Ook geven zij aan dat in de afstemming afschaling van de ondersteuning veelal besproken wordt. Ook de cliënten die zijn gesproken vertellen dat het afbouwen van begeleidingsuren besproken wordt.

Ten aanzien van urenregistratie: medewerkers houden in hun digitale agenda bij hoeveel tijd zij begeleiding hebben geboden aan de cliënt. Dit is gekoppeld aan het individuele cliëntdossier.

### 1.2 Evaluatie

*Deelconclusie: Aan de gestelde eis wordt voldaan. Evaluatie vindt ieder half jaar plaats en hiervan wordt een verslag opgesteld waaruit blijkt of doelen zijn behaald.*

#### Beschrijving:

Ieder half jaar vindt evaluatie plaats van het ondersteuningsplan. In het opgestelde ondersteuningsplan wordt per doel aangegeven wat de situatie van de cliënt is en of een doel behaald is of niet en hiermee gecontinueerd wordt. De cliënt tekent dit aangepaste plan waarna een nieuw plan wordt opgesteld.



De medewerkers van wijkteam/gebiedsteam noemen het tijdig aanleveren van evaluatieverslagen alle drie een aandachtspunt voor de aanbieder.

### 1.3 Ondersteuning

*Deelconclusie: Aan de gestelde eis wordt voldaan. De begeleiding vindt op geplande en ongeplande momenten plaats, is doelgericht en is gericht op diverse levensgebieden.*

#### Beschrijving:

Na aanmelding door het wijkteam vindt een eerste inschatting plaats door de manager of de zorgvraag voldoet aan de begeleiding die door Rima Zorg geboden kan worden. De aanbieder houdt hierin aan dat geen sprake mag zijn van acute psychiatrie of acute verslaving en dat een cliënt zelfstandig moet kunnen wonen. Afspraken hierover zijn niet vastgelegd. De aanbieder geeft aan kritischer naar aanmeldingen te kijken na een situatie van onrust en overlast die ontstond naar aanleiding van een niet passende plaatsing.

Vervolgens voert de manager met het wijkteam een intake met de cliënt uit waarin op alle leefgebieden de situatie in kaart wordt gebracht. De manager maakt hiervan een verslag (voorlopige zorgomschrijving) en neemt dit op in het zorgdossier. De gesproken medewerkers geven aan enkel mondeling informatie van de manager over de cliënt te krijgen na de intake. Zij zijn niet op de hoogte van het bestaan van een intakeverslag.

De intake wordt uitgevoerd door het bespreken van de verschillende leefgebieden. De manager houdt hiervoor eigen, niet in afspraken vastgelegde, vragen aan.

Veelal kan binnen 1-2 weken na aanmelding het begeleidingstraject gestart worden. In principe kent Rima Zorg geen wachtlijst.

Alle cliënten krijgen twee begeleiders toegewezen, de eerste begeleider is verantwoordelijk voor het opstellen van het plan en is eerste aanspreekpunt voor de ondersteuning.

De begeleiding is veelal gericht op het vinden van woonruimte, versterken van netwerk, stabiel houden van cliënten, maar ook het overbruggen tot een behandeltraject.

De ondersteuning is cliëntgericht. Meerdere cliënten geven aan dat de begeleiding hen geholpen heeft om de basis op orde te krijgen.

Medewerkers geven aan binnen de organisatie vrijheid te krijgen voor de invulling van de begeleiding.

*"Hierdoor kunnen we aandacht hebben voor de individuele mens en de ondersteuning richten op wat de persoon nodig heeft".* Ook geven de medewerkers aan dat het verbeteren van de kwaliteit van leven altijd de insteek is.

Uit de gesprekken blijkt dat de inzet van dagbesteding een belangrijk onderdeel is van de begeleiding. De aanbieder stelt dat werk, dagbesteding of vrijwilligerswerk vereist is om structuur te bieden aan de cliënt.

De medewerkers geven aan een 24-uurs verantwoordelijkheid voor hun cliënten te hebben. Zij maken met cliënten afspraken over bereikbaarheid, bijvoorbeeld ook in het weekend als men weet dat het slechter gaat met een client. Er wordt geen 24-uurs bereikbaarheid geboden. In het verleden kende de aanbieder een bereikbaarheidsdienst, maar de aanbieder is hiermee gestopt.

De cliënten die gesproken zijn vertellen dat afspraken omtrent bereikbaarheid gemaakt zijn.

### 1.4 Zelfredzaamheid

*Deelconclusie: Aan de gestelde eis wordt voldaan. De aanbieder werkt aan zelfregie van zorg waar dit mogelijk is.*

#### Beschrijving:

De aanbieder werkt vanuit de volgende visie: *"Rima Zorg gelooft in het herstel van mensen en helpt hen de regie over hun leven te houden of terug te krijgen.*

*Herstelgericht werken betekent dat Rima Zorg de eigen kracht en de keuzes van de mens als vertrekpunt van de begeleiding neemt. Men werkt aan zijn eigen herstel en de begeleider ondersteunt dit proces. De hulpverlening is gericht op het vergroten van de zelfredzaamheid".*

In de functieomschrijving van de ambulant begeleider is het volgende doel opgenomen: *"De zelfredzaamheid van cliënten verhogen en hen begeleiden naar het zo zelfstandig mogelijk voeren van een huishouding".*

Zowel medewerkers als directie geven in de gesprekken aan dat begeleiding gericht is op het overbodig maken van de ondersteuning.

De gesproken medewerkers geven aan dat de ondersteuning veelal is gericht op het toewerken naar zelfstandigheid en naar zelfstandig wonen; bijvoorbeeld door het aanleren van ADL vaardigheden, zoals het schoonhouden van de woonruimte.

Ook het versterken van het netwerk is vaak opgenomen in de doelen. *“Cliënten hebben vaak een klein netwerk, of hebben door bijvoorbeeld een verslavingsgeschiedenis problemen met hun netwerk. Indien mogelijk wordt het netwerk betrokken bij de begeleiding, maar meestal is dit niet van toepassing en is de ondersteuning gericht op het opbouwen van het netwerk”*, geven de medewerkers aan.

## 1.5 Wonen en zorg

*Deelconclusie: Aan de gestelde eis wordt niet voldaan. De aanbieder sluit afzonderlijke huurovereenkomsten en zorgovereenkomsten af, maar heeft deze wel gekoppeld.*

### Beschrijving:

De aanbieder biedt aan het merendeel van de huidige cliënten naast begeleiding ook woonruimte. De aanbieder heeft hiervoor op het adres Trans in Arnhem negen kamers beschikbaar in een appartementencomplex. De cliënten delen hier keuken en badkamer met elkaar. De aanbieder geeft aan hiermee ook een prikkel voor het willen uitstromen te willen geven.

Op deze locatie bevindt zich ook het kantoor van de aanbieder.

Daarnaast heeft de aanbieder in Arnhem zes zelfstandige appartementen die zij verhuurt aan de cliënten.

Voor het verhuren van de woonruimte heeft de aanbieder een afzonderlijke BV opgericht, Risama B.V. De aanbieder sluit huurovereenkomsten en zorgovereenkomsten af met cliënten. Deze zijn ingezien door de toezichthouder. In de huurovereenkomst is opgenomen dat *“huurder zich verplicht zorg af te nemen van Rima Zorg, een afschrift van de zorgovereenkomst is aan de huurovereenkomst gehecht”*. En *“1.5 De Huurovereenkomst is met ingang van ..... Aangegaan voor bepaalde tijd, te weten de duur van de zorgovereenkomst”*.

Hiermee is sprake van een koppeling van de zorg aan de huur.

De aanbieder biedt het liefst zo min mogelijk ondersteuning met woonruimte en wil dit gaan afbouwen omdat deze niet de functie van verhuurder wil vervullen. De aanbieder hoopt meer aanmeldingen te krijgen van cliënten die al zelfstandig wonen in eigen woonruimte.

Huurcontracten worden daarom volgens de aanbieder nu zo min mogelijk verlengd bij uitstroom.

## 2 Veiligheid

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

### 2.1 Veiligheid cliënt

*Deelconclusie: Aan de gestelde eis wordt wel voldaan. De aanbieder voert niet standaard een risico-inventarisatie uit. Wel worden in de intake en in evaluaties alle levensgebieden doorgenomen, waarbij oog is voor risico's. Indien van toepassing wordt een signaleringsplan opgesteld.*

### Beschrijving:

Veiligheid is een onderwerp bij het plaatsen van cliënten, aldus de aanbieder. Op de Trans in Arnhem bevinden zich negen kamers in een pand. Bij een plaatsing wordt gekeken naar de samenstelling van de bezette kamers en of dit passend is.

Twee van de gesproken cliënten geven aan dat de Trans tot ongeveer zes maanden geleden onrustig was. Er was sprake van overlast door bijvoorbeeld drugsgebruik. De cliënten geven aan dat hiervan in het afgelopen half jaar geen sprake meer is. Als reden hiervoor geven ze aan dat nu beter gekeken wordt naar wie er geplaatst wordt.

Risico-inventarisaties worden niet standaard uitgevoerd. Wel worden in de intake en later in evaluaties alle leefgebieden doorgenomen. Indien sprake is van risico's, is hiervoor oog en wordt indien van toepassing een signaleringsplan opgesteld. Gezien de problematiek van de cliënten zou het wenselijk zijn om bij de start standaard een risico-inventarisatie uit te voeren.

Indien sprake is van alcohol- of drugsverslaving wordt bij de start een alcohol en drugsverklaring ondertekend waarin onder andere de mogelijkheid voor het afnemen van testen is opgenomen. In een dossier dat door de toezichthouder is ingezien miste deze verklaring.

Cliënten zijn zelf verantwoordelijk voor het innemen van medicatie. Medewerkers vertellen wel over situaties waarin in het verleden medicatie beheerd en verstrekt is door de aanbieder. De aanbieder geeft aan dat dit nu niet meer gebeurt.

## 2.2 Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling

*Deelconclusie: Aan de gestelde eis wordt voldaan. De aanbieder heeft een meldcode opgesteld die voldoet aan de gestelde eisen.*

Beschrijving:

De aanbieder kent een meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling. Voor de meldcode is een functionaris aangesteld, de manager. Enkele dagen na het inspectiebezoek staat voor de medewerkers en directie een (externe) training gepland over de meldcode.

## 2.3 Intern meldingssysteem incidenten/bijna incidenten

*Deelconclusie: Aan de gestelde eis wordt voldaan. De aanbieder heeft incidentenbeleid opgesteld. Incidenten worden gemeld, geanalyseerd en geregistreerd.*

Beschrijving:

De aanbieder heeft beleid opgesteld omtrent het melden van incidenten en calamiteiten. Meldingen worden indien van toepassing door de betreffende begeleider gedaan in het registratiesysteem. Analyse hierop vindt plaats door de manager waarna terugkoppeling in het team plaatsvindt. De organisatie is klein en de lijnen zijn kort, geven medewerkers en directie aan. Hierdoor is een melding veelal al besproken voordat deze formeel gedaan wordt. Registratie van de meldingen vindt plaats in een MIC-register. Deze is door de toezichthouder ingezien. Hierin is gezien dat in een maand vier meldingen zijn gedaan van incidenten. Voor en na deze maand zijn geen meldingen gedaan. De aanbieder geeft aan dat dit een onrustige periode betrof rondom een cliënt.

## 2.4 Calamiteiten

*Deelconclusie: Aan de gestelde eis wordt voldaan. De aanbieder is op de hoogte van de meldplicht bij calamiteiten en geweld en dit is opgenomen in beleid.*

Beschrijving:

De aanbieder is bekend met de meldplicht bij calamiteiten en geweld. In het incidentenbeleid is het melden van calamiteiten en geweld bij de Wmo toezichthouden van de GGD Gelderland Midden opgenomen. Tot op heden hebben zich geen meldingsplichtige gebeurtenissen voorgedaan.

### 3 Samenwerking en afstemming

*Wettelijke kwaliteitseis: De voorziening is afgestemd op de reële behoefte van de cliënt en andere vormen van zorg of hulp (Wmo 2015 art. 3.1, tweede lid sub b)*

#### 3.1 Afstemming

*Deelconclusie: Aan de gestelde eis wordt deels voldaan. Afstemming met andere vormen van geboden zorg of ondersteuning vindt plaats. De continuïteit van de specialistische ondersteuning is op dit moment echter onvoldoende geborgd.*

**Beschrijving:**

Veelal zijn cliënten in behandeling bij een GGZ- instelling of verslavingszorg. Afstemming hiermee verloopt volgens de aanbieder goed en afspraken zijn helder. Dit is terug te zien in de zorgdossiers van cliënten en blijkt uit de gesprekken met cliënten.

Op dit moment is de continuïteit van de ondersteuning onvoldoende geborgd. Enkele dagen voor het inspectiebezoek is een vierde begeleider vrij abrupt met ontslag gegaan.

Hierdoor is op dit moment slechts één van de begeleiders Hbo geschoold. Vervanging van de begeleider bij bijvoorbeeld vakantie en ziekte door een Hbo geschoolde begeleider (bij specialistische begeleiding) is nu niet georganiseerd.

#### 3.2 Casusregie

*Deelconclusie: Aan de gestelde eis wordt voldaan. Afspraken met andere betrokken hulpverleners worden gemaakt en vastgelegd.*

**Beschrijving:**

Bijna altijd is een behandelaar betrokken en worden verantwoordelijkheden, regie en rollen afgesproken en vastgelegd in het ondersteuningsplan. Dit blijkt uit inzage in de dossiers en uit de gesprekken met cliënten.

#### 3.3 VIR

*Deelconclusie: De gestelde eis is niet van toepassing. Begeleiding wordt enkel aan cliënten ouder dan 23 jaar geboden.*

## 4 Kwaliteit van personeel en organisatie

*Wettelijke kwaliteitseis: De voorziening wordt verstrekt in overeenstemming met de op de beroepskracht rustende verantwoordelijkheid o.b.v. de professionele standaard (Wmo 2015, art. 3.1, tweede lid sub c.)*

### 4.1 Kwaliteitssysteem

*Deelconclusie: Aan de gestelde eis wordt niet voldaan. De aanbieder heeft geen kwaliteitskeurmerk en heeft op dit moment geen werkend kwaliteitssysteem.*

#### Beschrijving:

Een van de directeuren geeft in het gesprek aan dat de organisatie hen “overkomen” is. Enkele jaren geleden werd hen gevraagd een cliënt te begeleiden, vervolgens zijn hier meer cliënten bijgekomen.. Nu moet een kwaliteitsslag gemaakt worden.

Onderdeel hiervan is ISO-certificering. De aanbieder heeft nu geen kwaliteitskeurmerk.

De toezichthouder heeft een mailwisseling ontvangen voor het afspreken van auditdagen voor ISO-certificering in december 2022.

Ook is de aanbieder bezig met het opstellen van een verbeterregister. Dit kon aan de toezichthouder nog niet getoond worden.

Alle documenten (protocollen en werkafspraken) zijn gebundeld opgeslagen en hier inzichtelijk voor de medewerkers.

Medewerkers hebben laten zien de kwaliteitsdocumenten te kunnen vinden en hiermee bekend te zijn.

Op dit moment hebben protocollen en andere documenten geen versienummer of datum. Hierdoor kan de actualiteit van de documenten niet getoetst worden.

De aanbieder zelf geeft aan dat alle document recent herzien zijn in het kader van de naderende ISO-audit.

De aanbieder is aangesloten bij een branchevereniging en heeft hiermee intensief contact in het kader van de kwaliteitsslag en certificering.

De Raad van Commissarissen is intensief betrokken bij de ontwikkelingen. De Raad komt ieder kwartaal bij elkaar en houdt zicht op de ontwikkelingen ten aanzien van de kwaliteit.

### 4.2 Personeelsbeleid

*Deelconclusie: Aan de gestelde eis wordt niet voldaan. De aanbieder voldoet momenteel niet aan de gestelde kwalificatie-eisen. Niet alle specialistische begeleiding wordt geboden door Hbo geschoolde medewerkers. Uit de gesprekken met cliënten en medewerkers van wijk- en gebiedsteam blijken veel personele wisselingen te hebben plaatsgevonden.*

#### Beschrijving:

De aansturing binnen de organisatie vindt plaats door de twee directeuren, waarvan één een managementfunctie vervult en zorginhoudelijke taken heeft door het doorlopen van de aanmeldprocedure en het uitvoeren van intakes.

De manager ziet en accordeert verder alle zorgplannen en evaluatieverslagen.

Beide directeuren hebben geen zorg gerelateerde diploma. Wel hebben zij beide 20 jaar ervaring met werken in de verslavingszorg en hierbij diverse trainingen en cursussen gevolgd (certificaten niet getoond). De manager heeft daarnaast een managementopleiding gevolgd.

De daadwerkelijke begeleiding wordt geboden door drie ambulante begeleiders, twee Mbo-4 geschoolde medewerkers (met een contract voor 24 uur en een contract voor 28 uur) en een Hbo geschoolde medewerker (contract 24 uur). Een dag voor het inspectiebezoek is een tweede Hbo geschoolde begeleider met ontslag gegaan.

Met het vertrek van de tweede Hbo geschoolde begeleider is een kwetsbare situatie ontstaan waarin bij vakantie en ziekte van de Hbo geschoolde medewerker gespecialiseerde begeleiding niet geboden kan worden door een andere Hbo geschoolde medewerker. Op dit moment hebben 15 cliënten een indicatie voor gespecialiseerde begeleiding (bron: overzichten van gemeenten). Uit de gesprekken met de cliënten blijkt dat twee van hen gespecialiseerde begeleiding ontvangen van Mbo-4 geschoolde medewerkers.

Twee van de drie medewerkers zijn in 2022 in dienst gekomen. Uit de gesprekken met cliënten en medewerkers van het wijkteam/gebiedsteam blijken veel personeelwisselingen te hebben plaatsgevonden in de afgelopen jaren. Alle gesproken cliënten hebben met wisselingen te maken gehad. Eén cliënt geeft aan meer dan 10 begeleiders gehad te hebben in enkele jaren tijd. Een van de wijk- en gebiedsteammedewerkers geeft aan dat dit ten koste is gegaan van de onderlinge afstemming en deze rommelig is verlopen en afspraken niet nagekomen werden. Twee medewerkers van het wijkteam/gebiedsteam geven verder aan onduidelijkheid ervaren te hebben doordat medewerkers en directie in communicatie niet op één lijn lagen, er sprake was van een verschil in visie, en hierdoor verschillende boodschappen uitgedragen werden naar hen en naar cliënten. Ook een client geeft aan dat de communicatie, bijvoorbeeld ten aanzien van vervanging van een medewerker, niet goed verlopen is.

Meerder cliënten geven aan dat de begeleidingsuren flexibel in te zetten zijn. Een van de cliënten geeft aan tijdens zwangerschapsverlof van een medewerker geen vervanging te hebben gewild. Daarom vond enkel telefonisch contact plaats om te bespreken of het goed ging met de client en werden de overgebleven begeleidingsuren voor en na het verlof als extra uren ingezet.

De afgelopen jaren heeft vanwege corona en teamwisselingen scholing niet plaatsgevonden. Nu de aanbieder een kwaliteitsslag aan het maken is wil deze een scholingsplan opstellen waarin jaarlijkse trainingen opgenomen moeten worden. Rapporteren, motiverende gespreksvoering en verslaving zijn onderwerpen die bijvoorbeeld aan bod moeten komen. Voor enkele dagen na het inspectiebezoek is een training in de meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling gepland.

Door de vele personeelwisselingen heeft een medewerkers tevredenheidsonderzoek nog niet plaatsgevonden. De aanbieder is voornemens om in maart/april 2023 personeelstevredenheid te meten, omdat de medewerkers dan een jaar in dienst zijn.

Ieder maandagochtend vindt een gezamenlijk overleg plaats waarin casuïstiek en organisatieontwikkelingen besproken kunnen worden.

Incidenten en cliënten die in die aankomende week een evaluatie hebben worden in ieder geval besproken. De gesproken medewerkers geven aan vertrouwen te krijgen van de organisatie en hierdoor out of the box begeleiding te kunnen bieden binnen eigen professionele kaders.

Wel wordt genoemd behoefte te hebben aan meer overleg voor meer teamgerichte onderwerpen.

Stagiaires of vrijwilligers zijn niet werkzaam voor de organisatie. De manager noemt in het contact enkele keren continuïteit belangrijk te vinden en wisselingen van personeel zo veel mogelijk te willen voorkomen. Om deze reden worden stagiaires niet ingezet en wil zij goed kijken naar hoe ondersteuning opgevangen wordt nu een medewerker vertrokken is.

#### **4.3 Medewerkers: Verklaring omtrent gedrag (VOG)**

*Deelconclusie: Aan de gestelde eis wordt voldaan. Voor alle medewerkers is een passend VOG overlegd.*

Beschrijving:

De aanbieder heeft voor de drie medewerkers VOG's overlegd die actueel zijn en zijn aangevraagd op het functieprofiel Gezondheidszorg en Welzijn van Mens en Dier.

De twee directeuren konden tijdens het inspectiebezoek geen VOG overleggen. Na het inspectiebezoek zijn deze alsnog aangeleverd, waarbij één VOG na het inspectiebezoek is aangevraagd.

#### **4.4 Informatievoorziening en website**

*Deelconclusie: Aan de gestelde eis wordt voldaan. De aanbieder beschikt over een actuele website die voldoet aan de gestelde eisen.*

Beschrijving:

De aanbieder heeft de website recent vernieuwd. Hierop is een overzicht opgenomen van de diensten die geleverd worden door de aanbieder, het privacy beleid, wachttijden en contactgegevens van de organisatie. De klachtenregeling en een klachtenformulier (klachtenoverzicht) zijn tevens opgenomen.

## 5 Rechten van de cliënt

*Wettelijke kwaliteitseis: De voorziening wordt verstrekt met respect en in acht neming van de rechten van de cliënt (Wmo 2015, art. 3.1, tweede lid sub d.).*

### 5.1 Klachtenregeling

*Deelconclusie: Aan de gestelde eis wordt deels voldaan. De aanbieder heeft een klachtenregeling opgesteld en gepubliceerd op de website. Een klachtenoverzicht is opgenomen als klachtenformulier. Hierin zijn niet alle onderdelen opgenomen die in de eisen aan een klachtenjaarverslag gesteld zijn.*

#### Beschrijving:

De aanbieder heeft een klachtenprocedure opgesteld en is aangesloten bij Klachtenportaal Zorg. De aanbieder heeft tot op heden geen formele klachten ontvangen.

De aanbieder geeft aan in het verleden folders te hebben verstrekt aan cliënten, maar dit nu niet meer te doen omdat dit niet aansluit en deze door cliënten niet gelezen worden. Cliënten kunnen nu op de website terecht voor informatie hierover of deze vragen aan de begeleiding. Ook is informatie over het indienen van een klacht opgenomen in de gedragscode die cliënten ontvangen met de contactgegevens van Klachtenportaal Zorg. De gesproken cliënten geven allen aan bij bijzonderheden contact op te kunnen en zullen nemen met de manager.

Op de website is de klachtenprocedure opgenomen. Een klachtenoverzicht is opgenomen onder de term "klachtenformulier". De toezichthouder adviseert de terminologie aan te passen om de vindbaarheid op de website te verbeteren.

In het overzicht zijn enkel de datum van binnenkomen van de klacht, persoon die deze behandeld heeft en de datum van afhandeling opgenomen. Een omschrijving van de klacht, de wijze waarop de klacht is afgehandeld, wijze van communicatie en opvolging en de verbetermaatregelen ontbreken hier nu.

### 5.2 Rechten van de cliënt en gedragscode

*Deelconclusie: Aan de gestelde eis wordt deels voldaan. De gesproken cliënten zijn tevreden over de ondersteuning die zij ontvangen. De aanbieder kent geen regeling voor medezeggenschap van cliënten.*

#### Beschrijving:

Alle gesproken cliënten zijn tevreden over de huidige begeleiding die zij ontvangen. Allen geven zij aan goede en passende ondersteuning te ontvangen door een begeleider die deskundig is.

De personeelwisselingen in de afgelopen jaren, de overlast tot een half jaar geleden op de Trans en de communicatie over veranderingen aan cliënten worden als aandachtspunt genoemd door enkele cliënten.

De medewerkers van Rima Zorg en van het wijkteam/gebiedsteam geven aan dat er oog is voor de individuele cliënt, er maatwerk geleverd wordt en dat aangesloten wordt bij de belevingswereld van de cliënt. Ook cliënten geven dit allen aan in het gesprek: "Je wordt gezien" en "je bent geen nummer", wordt door de gesproken cliënten aangegeven.

De aanbieder kent een gedragscode die geldt voor medewerkers en cliënten. Beide moeten deze bij start/indiensttreding ondertekenen.

In de gedragscode zijn onder andere regels omtrent gebruik van drugs en omgangregels opgenomen.

Bij het uitwisselen van informatie wordt een toestemmingsverklaring ondertekend door de client. Afstemming vindt veelal ook plaats in het bijzijn van een client.

De aanbieder kent geen cliëntenraad en heeft medezeggenschap niet op een andere wijze georganiseerd. De aanbieder zoekt hiervoor naar een goede wijze, omdat deze de cliënten niet samen wil brengen.

Wel wordt jaarlijks een bewonersvergadering georganiseerd op de Trans, deze is gericht op het wonen op de locatie en niet op de ambulante begeleiding in eigen woonruimte.

De aanbieder heeft in maart 2021 een cliënttevredenheidsonderzoek uitgevoerd. Hieruit zijn aandachtspunten omtrent bereikbaarheid van de aanbieder in het weekend en wisselingen in het team gekomen. Cliënten geven hierin aan medewerkers deskundig te vinden en zich op het gemak te voelen.

## Schriftelijke reactie aanbieder

Ontvangen op 9 januari 2023

### Reactie op het tweede rapport

#### ISO

De Iso audit is uitgesteld doordat de auditeur corona had, hij zal nu begin februari plaatsvinden

#### Specialistische zorg

Zoals al aangegeven ten tijde van het onderzoek waren er een heel aantal evaluaties in gepland tot eind van het jaar. Deze evaluaties hebben ertoe geleid dat de uren specialistisch sterk zijn afgenomen zoals er toen al is aangegeven.

#### Trans / woningen

Wij zijn in gesprek met de pand eigenaar van de Trans om mogelijk het contract te ontbinden. Uitgangspunt is dat de cliënten die er wonen er kunnen blijven wonen. Mogelijk dat nieuwe cliënten, wanneer er een kamer leeg is, als nog kunnen komen wonen op de Trans. Dit zal dan rechtstreeks met de pandeigenaar zijn, mogelijk dat wij een aanbeveling zouden kunnen doen maar de verhuur gaat dan niet meer via Risama BV. Leeg stand van kamers zal mogelijk ook worden ingevuld door andere gegadigden die zich melden bij de Eigenaar.

Wat de overige woningen betreft zal er met cliënten en eigenaren worden overlegd om de woningen waar gewenst te worden omgeklapt op naam van client.

Risama BV zal op het moment dat alle contracten zijn overgenomen of beëindigd worden opgeheven.

Wanneer de pandeigenaar van de Trans hier in meewerkt zal Rimazorg geen mogelijkheden meer bieden t.a.v. wonen met zorg. Alleen cliënten met eigen woonruimte kunnen gebruik maken van de diensten Rimazorg. Aanpassing van de website in deze is opgenomen in het verbeter register

#### Contra indicaties.

Binnen Rimazorg zijn er contra indicatie 's, zijn echter nog niet op de website vermeld. Dit verbeter punt is opgenomen in verbeterregister van het kwaliteitssysteem.

#### Volledigheid dossiers

Er ligt geen verplichting t.a.v. de alcohol en drugs verklaring, het geconstateerde is mogelijk bij een client gezien die voor de ontwikkeling van het formulier in zorg was. De huur overeenkomst is na het oordeel van zowel directie alsook RVC geen document dat in het zorgdossier thuis hoort. Het missen van een zorgovereenkomst is in het verbeterregister van de organisatie opgenomen.

#### Veiligheid Client

Rimazorg heeft in het verbeterregister opgenomen dat er bij de start standaard een risico-inventarisatie uit te voeren.

#### Rechten van de client

Er wordt twee keer per jaar een bewoners overleg georganiseerd. Er is inmiddels een initiatief t.a.v. de cliëntenraad in ontwikkeling.

Is tevens opgenomen in het verbeter register van Rimazorg.



# Bronoverzicht

## 1. Interviews met:

- Twee directeuren
- Een Lid van de Raad van Commissarissen
- Twee medewerkers
- Drie coaches van wijkteam Arnhem/Gebiedsteam Rheden
- Vijf Cliënten

## 2. Observaties tijdens het inspectiebezoek

- Inzage in kwaliteitssysteem met protocollen
- Overzicht zorgplannen 18-10-2022
- Registratie incidenten 2022
- 3 Zorgdossiers met zorgplannen, evaluatieverslagen en rapportages
- 1 Signaleringsplan
- 2 Intakeverslagen

## 3. Documenten met betrekking tot het toezicht

- Format voor gedragscode ondertekend op 03-03-2022
- Functieomschrijving ambulante begeleider
- Meldcode Huiselijk geweld en Kindermishandeling, geen versienummer of datum
- Klachtenprocedure, geen versienummer of datum
- Beleid Incidenten, geen versienummer of datum
- MIC-formulier
- MIM-formulier
- Email 29 sept 2022 over ISO 9001 audit dagen
- Document met visie en missie
- Uitkomst Client tevredenheid onderzoek maart 2021
- Jaarrekening 2021
- Jaarrekening 2020
- Format Huurovereenkomst Woonruimte bepaalde tijd (bewoning met zorgindicatie)
- Format Zorgovereenkomst Zorg in Natura (ZiN) Rimazorg BV
- Format Akkoordverklaring drugs-en alcoholtest
- Rima Zorg medicatiebeleid, geen versienummer

## 4. Documenten met betrekking tot het personeel

- Diploma's en VOG's van 3 medewerkers
- VOG's van de directeuren, 1 is gedurende het onderzoek aangevraagd

## 5. Overig

- Website van de aanbieder

## Gegevensoverzicht

### Opvanggegevens

Naam	: Rima Zorg B.V.
Adres	: Trans 21
Postcode en woonplaats	: 6811 HS Arnhem
Telefoonnummer	: 026 8200260
Website aanbieder	: www.rimazorg.nl
Aantal medewerkers	: 3
Rechtsvorm	: Besloten Vennootschap
HKZ/ISO gecertificeerd	: Nee

### Gegevens toezicht

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

### Gegevens opdrachtgever

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

### Gegevens gemeente voor bezwaar tegen openbaarmaking

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

### Planning

Datum inspectie	: 20 oktober 2022
Opstellen concept inspectierapport	: 2 december 2022
Hoor/wederhoor	: 12 december 2022 en 16 december schriftelijke reactie
Zienswijze ontvangen	: 9 januari 2023
Vaststelling inspectierapport	: 10 januari 2023
Verzending inspectierapport	: 10 januari 2023

## Bijlage 1 Eisen

### 1 Doelmatigheid voorziening

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

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

In afwijking van eis 2 van het Inkoopdocument Algemeen programma van eisen is voor Groepsbegeleiding Stabiel het volgende niet van toepassing: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Doelafspraken tussen de cliënt en zorgaanbieder en;</li> <li>- Het tijdsbestek waarbinnen deze doelen moeten worden behaald.</li> </ul>		
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.		Ja
Inkoopdocument Begeleiding Productbeschrijving begeleiding basis	Begeleiding Basis	
<u>Tot 1 juli 2022:</u> Het opstellen van een ondersteuningsplan wordt uitgevoerd door een professional met minimaal een opleiding op mbo-4/beginnend hbo niveau.		Ja
<u>Vanaf 1 juli 2022:</u> Het opstellen van een ondersteuningsplan wordt uitgevoerd door een professional met een afgeronde mbo-4 opleiding richting Zorg en Welzijn <sup>1</sup> , waarbij de inhoud en opzet van de opleiding aansluiten bij de hulpverlening die de professional levert binnen het product.		Ja
Eis 2 Inkoopdocument Begeleiding Zorgvorm specifieke eisen	Begeleiding	
De aanbieder investeert aantoonbaar in het innoveren en eventueel afbouwen van zorg, dat wil zeggen het verkorten van de zorgduur en het verminderen van het aantal begeleidingsuren. Bij begeleiding betekent dit dat de aanbieder waar mogelijk werkt aan het afbouwen van begeleiding naar voorliggende voorzieningen en/of naar de inzet van het sociaal netwerk, bij voorkeur met behulp van sociale netwerkstrategieën.		Ja
Er wordt ingezet op het afschalen van Begeleiding specialistisch naar Basis begeleiding (zie eis 1). Hierover worden concrete afspraken gemaakt in het ondersteuningsplan van de cliënt.		Nee

1 Op de website [www.inkoopdocg.nl](http://www.inkoopdocg.nl) staat een limitatief overzicht met relevante mbo-/hbo-/wo-opleidingen richting Zorg en Welzijn

<b>1.2 Evaluatie</b>	<b>Eisen zijn van toepassing op</b>	<b>Ja/Nee/Deels /N.v.t.</b>
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. Dit is nodig om de toewijzing en vordering hiervan te monitoren. Hierbij wordt rekening gehouden met de privacyregels.		Ja

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

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

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

## 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	
Er is een intern meldings-/registratiesysteem voor incidenten, fouten en bijna fouten dat operationeel is (VIM: Veilig Incident Melden). Het melden, registreren, analyseren, verbeteren en terugkoppelen aan melder is georganiseerd en geborgd. Het betreft incidenten of bijna incidenten, die zijn gekoppeld aan het handelen door zorgprofessionals.  (In afwijking van eis 11 van het Inkoopdocument Algemeen programma van eisen geldt voor aanbieders Activerend werk, alleen een registratie van incidenten die verband houden met uitvoering van Activerend werk (datum, wie, wat en bij wie gemeld en welke acties), de analyse (hoe heeft het kunnen gebeuren), verbeteracties en borging (hoe voorkomen dat het nogmaals gebeurt).		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	
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. (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.)		Ja

### 3 Samenwerking en afstemming

*Wettelijke kwaliteitseis: De voorziening is afgestemd op de reële behoefte van de cliënt en andere vormen van zorg of hulp (Wmo 2015 art. 3.1, tweede lid sub b)*

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

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

<b>3.3 VIR</b>	<b>Eisen zijn van toepassing op</b>	<b>Ja/Nee/Deels /N.v.t.</b>
Eis 12 Inkoopdocument Algemeen Programma van eisen	Alle zorgvormen, behalve als alleen activerend Werk geboden wordt	
Opdrachtnemer maakt, indien van toepassing, gebruik van de verwijfsindex 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)		N.v.t.



## 4 Kwaliteit van personeel en organisatie

*Wettelijke kwaliteitseis: De voorziening wordt verstrekt in overeenstemming met de op de beroepskracht rustende verantwoordelijkheid o.b.v. de professionele standaard (Wmo 2015, art. 3.1, tweede lid sub c.)*

4.1 Kwaliteitssysteem	Eisen zijn van toepassing op	Ja/Nee/Deels /N.v.t.
Eis 7 Inkoopdocument Algemeen programma van eisen	Van toepassing op alle zorgvormen	
De opdrachtnemer werkt aantoonbaar aan kwaliteit: de inschrijver beschikt over een kwaliteitssysteem (beleid, protocol of beschreven werkwijze vertaald in een kwaliteitshandboek). Onder een kwaliteitsbeleid/werkend kwaliteitssysteem wordt tenminste verstaan: het systematisch uitvoeren van zelfevaluaties over de bereikte kwaliteit en de daaruit voortkomende verbeterplannen.		Nee
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. 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.		Ja
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 en gekwalificeerde medewerkers voor het uitvoeren van de gevraagde dienstverlening, zet gekwalificeerde medewerkers in en dient dit op ieder moment aan opdrachtgever te kunnen aantonen.	alle bekwame	Ja
Opdrachtnemer heeft passend beleid waarin minimaal beschreven staat: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hoe de opdrachtnemer omgaat met opleiding en scholing, met als doel het behouden en verder ontwikkelen van kennis en kunde van zichzelf en de in te zetten medewerkers.</li> <li>- Inzet van vrijwilligers, stagiaires en medewerkers in opleiding is altijd onder verantwoordelijkheid van bekwaam en gekwalificeerde medewerkers.</li> </ul>		Nee

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Borging van een duurzame inzetbaarheid van zichzelf en voor de opdracht in te zetten medewerkers.</li> <li>- Hoe de opdrachtnemer ervoor zorgt dat hij zelf en zijn voor de opdracht in te zetten medewerkers op de hoogte is van de laatste ontwikkelingen binnen de branche.</li> </ul> <p>(Eis 13 van het Algemeen programma van eisen is in zijn geheel niet van toepassing voor aanbieders Activerend werk)</p>		
Eis 18 Inkoopdocument Algemeen Programma van eisen	Alle zorgvormen	
De opdrachtnemer draagt ervoor zorg dat de aangeboden individuele ondersteuning door zo weinig mogelijk verschillende medewerkers wordt uitgevoerd.		Ja
Eis 19 Inkoopdocument Algemeen Programma van eisen	Alle zorgvormen	
De opdrachtnemer draagt zorg voor passende vervanging bij afwezigheid (bijvoorbeeld of in het geval van vakantie) van de vaste medewerker.		Nee
Bij vervanging wordt rekening gehouden met de situatie van de cliënt, tenzij de cliënt zelf aangeeft geen gebruik te willen maken van vervangende dienstverlening.		Ja
Laten staan Inkoopdocument Begeleiding Productbeschrijving begeleiding basis	Begeleiding Basis	
<u>Tot 1 juli 2022:</u> Uitvoering door een professional met een opleiding op minimaal mbo3 niveau op het gebied van Zorg en Welzijn onder aansturing van een professional met minimaal een opleiding op mbo-4/ beginnend hbo niveau in een gelijke richting.		Ja
<u>Vanaf 1 juli 2022:</u> Uitvoering door een professional met een afgeronde opleiding op mbo-3 niveau richting Zorg en Welzijn <sup>1</sup> , waarbij de inhoud en opzet van de opleiding aansluiten bij de hulpverlening die de professional levert binnen het product.		Ja
<u>Vanaf 1 juli 2022:</u> Deze professional met mbo-3 niveau werkt onder aansturing van een professional met een afgeronde opleiding op mbo-4 niveau Zorg en Welzijn <sup>1</sup> , waarbij de inhoud en opzet van de opleiding aansluiten bij de hulpverlening die de professional levert binnen het product.		Ja
Inkoopdocument Begeleiding Productbeschrijving begeleiding specialistisch	Begeleiding Specialistisch	
<u>Tot 1 juli 2022:</u> Door de complexiteit en hoge mate van instabiliteit van de situatie is een ervaren professional nodig met een hbo-opleiding richting Zorg en Welzijn (FWG 45 of hoger).		Nee
<u>Vanaf 1 juli 2022:</u> Door de complexiteit en hoge mate van instabiliteit van de situatie wordt de voorziening Begeleiding specialistisch Wmo uitgevoerd door een professional met een afgeronde hbo-opleiding richting Zorg en Welzijn <sup>1</sup> , waarbij de inhoud en opzet van de ondersteuning aansluiten bij de hulpverlening die de professional levert binnen het product.		Nee

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

<b>4.3 Medewerkers: Verklaring omtrent gedrag (VOG)</b>	<b>Eisen zijn van toepassing op</b>	<b>Ja/Nee/Deels /N.v.t.</b>
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 indienstreding 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.)		Ja
---	--	----

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

## 5 Rechten van de cliënt

*Wettelijke kwaliteitseis: De voorziening wordt verstrekt met respect en in acht neming van de rechten van de cliënt (Wmo 2015, art. 3.1, tweede lid sub d.).*

5.1 Klachtenregeling	Eisen zijn van toepassing op	Ja/Nee/Deels /N.v.t.
Eis 9 Inkoopdocument Algemeen programma van eisen	Alle zorgvormen, behalve indien alleen activerend werk wordt geboden.	
De opdrachtnemer heeft een effectieve en laagdrempelige regeling vastgelegd voor de afhandeling van klachten van cliënten en ten aanzien van gedragingen van de opdrachtnemer of haar medewerkers tegen een cliënt, conform vigerende wet- en regelgeving.		Ja

De cliënt wordt geïnformeerd over de klachtenregeling.		Ja
De klachtenregeling is te vinden op de website van de betreffende opdrachtnemer.		Ja
De opdrachtnemer stelt jaarlijks een openbaar klachtenjaerverslag/klachtenlijst op en publiceert dit op zijn website.		Ja
In het klachtenjaerverslag/klachtenlijst is minimaal beschreven: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hoeveel klachten zijn ingediend.</li> <li>- Welke klachten zijn ingediend (beschrijving van de klacht, incl. het thema van de klacht).</li> <li>- De afhandelingstermijn (per klacht).</li> <li>- De wijze waarop de klachten zijn afgehandeld (per klacht).</li> <li>- De wijze van communicatie en opvolging van de klachten (per klacht).</li> <li>- Welke verbetermaatregelen naar aanleiding van de klachten zijn genomen (per klacht).</li> <li>-</li> </ul>		Nee

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

**GGD Gelderland-Midden**  
is onderdeel van de Veiligheids- en Gezondheidsregio Gelderland-Midden



**GGD Gelderland-Midden**

Postbus 5364  
6802 EJ ARNHEM  
T 0800 8446 000  
E [ggd@vggm.nl](mailto:ggd@vggm.nl)  
I [www.ggdgm.nl](http://www.ggdgm.nl)



**Gelderland-Midden**