

WMO TOEZICHT

Onderzoeksrapport

Definitief rapport kwaliteitsonderzoek

Naam: Darna Care B.V.

Adres: Vlijtseweg 17-2

Postcode en woonplaats: 7317 AC Apeldoorn

KvK nummer: 80281702

Zorgvorm: Begeleiding basis en specialistisch

Datum inspectie: 14 november 2023

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	8
Bevindingen	9
1 Doelmatigheid voorziening	9
2 Veiligheid	12
3 Samenwerking en afstemming	14
4 Kwaliteit van personeel en organisatie	15
5 Rechten van de cliënt	18
Schriftelijke reactie Darna Care	20
Bronoverzicht	23
Gegevensoverzicht	24
Bijlage 1 Eisen	25
1 Doelmatigheid voorziening	25
2 Veiligheid	28
3 Samenwerking en afstemming	29
4 Kwaliteit van personeel en organisatie	30
5 Rechten van de cliënt	33

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, 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.

De Wmo toezichthouder van GGD Gelderland-Midden heeft een kwaliteitsonderzoek uitgevoerd bij Darna Care B.V. 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.ggdgm.nl.

Bezwaar op de openbaarmaking van het rapport van het kwaliteitsonderzoek uitgevoerd bij Darna Care B.V. kan worden ingediend bij de gemeente Arnhem.

Korte beschrijving van de locatie en de doelgroep

Darna Care B.V. (hierna Darna Care) biedt sinds 2020 begeleiding en behandeling in de regio's Arnhem en Apeldoorn.

In de regio Apeldoorn betreft dit behandeling, beschermd wonen en ambulante begeleiding. In de regio Arnhem, in enkele gemeenten vallend onder MGR SDCG, wordt enkel ambulante begeleiding geboden binnen de zorgvorm begeleiding (basis en specialistisch).

In het kwaliteitshandboek heeft de aanbieder de doelgroep als volgt beschreven:

“Vandaag de dag, is onze samenleving rijk aan diversiteit. Darna Care is een kleinschalige, laagdrempelige en interculturele zorginstelling. Wij bieden ondersteuning aan mensen van 12 jaar en ouder. Darna Care is er voor mensen met verstandelijke, psychische en/of sociale problematiek die baat hebben bij begeleiding om weer actief deel uit te gaan maken van de samenleving. Hierbij staat het vergroten van de zelfredzaamheid/zelfontwikkeling centraal. Darna Care zet zich in voor mensen in een kwetsbare situatie zodat ze volwaardig en zo zelfstandig mogelijk kunnen leven. Darna Care is een zorgorganisatie welke ambulante begeleiding, behandeling en zelfstandig begeleid wonen biedt. Bij ambulante begeleiding, worden jongeren vanuit hun eigen thuissituatie geholpen. Bij zelfstandig

begeleid wonen wordt vanuit Darna Care een kamer aangeboden en kunnen jongeren met begeleiding zelfstandig leren wonen”.

Darna Care biedt begeleiding en behandeling aan momenteel 183 cliënten. Het betreft jeugdigen (vanuit de Jeugdwet) en volwassenen (vanuit de Wmo). Ongeveer 75% van de cliënten ontvangt ondersteuning op basis van een Wmo indicatie. De overige 25% betreft jeugdigen.

Binnen de gemeenten vallend onder MGR SDCG wordt momenteel aan 23 cliënten met een Wmo indicatie begeleiding geboden. Het betreft enkel Zorg in Natura.

Zes cliënten hebben een beschikking voor begeleiding specialistisch en de overige cliënten een beschikking voor begeleiding basis.

Het betreft 18 cliënten uit de gemeente Arnhem, één cliënt uit de gemeente Renkum, twee uit de gemeente Westervoort en twee uit de gemeente Overbetuwe.

De aanbieder werkt in de gemeenten vallend onder de MGR SDCG niet met of als onderaannemer. In andere gemeenten wel.

Darna Care heeft momenteel 38 medewerkers in dienst, waarvan er 22 als ambulant begeleider werkzaam zijn. Momenteel is er sprake één ambulant team, maar de aanbieder is voornemens het team op te splitsen in een team regio Apeldoorn en een team regio Arnhem.

Op dit moment zijn de begeleiders in de praktijk al werkzaam in één van de regio's.

De ondersteuning in de gemeenten die vallen onder MGR SDCG (hierna regio Arnhem) wordt uitgevoerd door zes vaste ambulant begeleiders, één begeleider die begeleiding biedt in de regio Apeldoorn maar nu een cliënt in de regio Arnhem begeleidt en één stagiaire.

Aansturing vindt plaats door een zorgcoördinator en een zorgmanager. Eindverantwoordelijkheid voor de ondersteuning ligt bij de twee eigenaren van Darna Care, waarvan één eindverantwoordelijk is voor de ambulante ondersteuning.

De organisatie is groeiend. Zo zegt het kwaliteitshandboek: *“Over vijf jaar wil Darna Care werkzaam zijn in de gehele regio Centraal Gelderland en Zorgregio Midden-IJssel/Oost-Veluwe en met al die gemeenten de juiste (WMO/JW) contracten hebben om zo de begeleiding te kunnen geven in de specifieke doelgroepen die daar aan de orde zijn”.*

Onderzoek: aanleiding en belang

Dit onderzoek heeft plaatsgevonden in opdracht van de MGR SDCG waarbij de gemeente Arnhem als opdrachtgevende gemeente optreedt. Bij dit onderzoek zijn ook de gemeenten Overbetuwe, Renkum en Westervoort 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 14 november 2023. Het betrof een aangekondigd inspectiebezoek op een kantoor van de aanbieder aan de Eusebiusbuitensingel 9 te Arnhem. Op 23 november heeft een tweede bezoek plaatsgevonden waarin cliëntdossiers zijn ingezien.

Het onderzoek bestond uit observatie, bronnenonderzoek (o.a. cliëntdossiers) en interviews. Er hebben gesprekken plaats gevonden met één van de eigenaren van Darna Care, de kwaliteitsmanager, de zorgcoördinator, de zorgmanager en de HR-manager.

Verder zijn gesprekken gevoerd met twee ambulante begeleiders en zes cliënten. De leidinggevende was bij de gesprekken met cliënten en begeleiders niet aanwezig.

Ten behoeve van het onderzoek zijn daarnaast drie medewerkers van wijkteams/sociale teams uit twee gemeenten gesproken.

Alle personen die zijn gesproken stelden zich coöperatief op. De gesprekken verliepen in een open en professionele sfeer.

Inspectiehistorie

Op 27 januari 2021 heeft een quickscan bij Darna Care plaatsgevonden door de Wmo toezichthouder van GGD Gelderland-Midden in opdracht van MGR SDCG. De quickscan is een verkorte variant van een kwaliteitsonderzoek waarin enkele basiseisen worden getoetst.

In de quickscan constateerde de toezichthouder dat de aanbieder niet voldeed aan de eisen ten aanzien van:

- Ondertekening van het ondersteuningsplan en opname van een eerstvolgende evaluatiedatum in het plan;
- De aanwezigheid van een werkend kwaliteitsmanagementsysteem;
- Informatie over de klachtenprocedure op de website van de aanbieder;
- Het meten van cliënttevredenheid en het vormgeven van medezeggenschap.

De toezichthouder adviseerde MGR SDCG om een volledig kwaliteitsonderzoek uit te (laten) voeren. Door de MGR SDCG is hierop een hersteltraject geboden, waarna MGR SDCG constateerde dat de aanbieder aan de gestelde eisen voldeed.

Conclusie en advies

De kwaliteitscriteria uit de Wmo 2015 aangevuld met aanvullende eisen vanuit de gemeentelijke verordening 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 Darna Care wordt voldaan aan een deel van de gestelde wettelijke (kwaliteits)eisen en gemeentelijke eisen, zie hiervoor de bevindingen in het rapport.

Gesproken cliënten zijn over het algemeen tevreden over de ondersteuning die zij van de aanbieder ontvangen. Zij vinden de bejegening van de begeleiders prettig, ervaren inspraak in de begeleiding en geven aan dat afspraken ten aanzien van de begeleiding (bijvoorbeeld in het opgestelde plan) in de praktijk uitgevoerd worden.

Ook de gesproken medewerkers van wijkteam of sociaal team zijn tevreden. Bij bijzonderheden wordt afstemming gezocht en indien van toepassing worden signalen gedeeld.

De intakeprocedure wordt zorgvuldig doorlopen door middel van een systeem waarin de processtappen zijn uitgewerkt per functie. Door de aanbieder wordt de situatie en hulpvraag van de cliënt uitgevraagd en risico's worden in kaart gebracht.

Alle cliënten hebben een ondersteuningsplan, een perspectiefplan, waarin korte- en lange termijn doelen zijn opgenomen, waaraan acties en termijnen zijn verbonden. Cliënten geven allen aan betrokken te zijn geweest bij het opstellen van het plan en inspraak in de inhoud te hebben gehad. Alle plannen zijn voor akkoord door de cliënt ondertekend.

In ondersteuningsplannen is de looptijd van het plan niet altijd helder, ontbreekt de datum van evaluatie en zijn afspraken omtrent afschaling en afstemming met andere vormen van ondersteuning niet opgenomen.

Evaluatie van de ondersteuning vindt minimaal ieder half jaar plaats.

Niet alle begeleiders zijn op de hoogte van gemaakte afspraken bij de uitvoer van evaluaties, waardoor verschillende werkwijzen gehanteerd worden. Als doelen actueel blijven na de evaluatie zouden hierop bijvoorbeeld data in het plan moeten worden aangepast. Dit wordt niet door alle begeleiders gedaan. Ook zijn afspraken omtrent het opstellen van een evaluatieverslag niet duidelijk. Niet altijd wordt hierdoor een evaluatieverslag opgesteld. Eén van de gesproken begeleiders doet dit bij tussentijdse evaluaties enkel in de rapportage en maakt hiervan geen evaluatieverslag. Ook worden evaluaties enkel gedeeld met wijkteam/sociaal team bij het aflopen van de beschikking.

De ondersteuning is gericht op de diverse levensgebieden en is waar mogelijk gericht op afschalen van de ondersteuning. Er is aandacht voor het bevorderen van de zelfredzaamheid en er wordt toegewerkt naar uitstroom.

De aanbieder maakt gebruik van de zelfredzaamheidsmatrix om risico's te inventariseren en begeleiders hebben in de begeleiding oog voor risico's.

Bij een acuut probleem op het levensdomein veiligheid of een score van drie of lager op geestelijke gezondheid en verslaving op de ZRM zou een veiligheidsplan of signaleringsplan moeten worden opgesteld. Geen van de dossiers die zijn ingezien bevatten echter een signaleringsplan of veiligheidsplan, ondanks dat de scores op de zelfredzaamheidsmatrix dit in enkele gevallen wel zouden indiceren.

De aanbieder heeft diverse protocollen en werkafspraken opgesteld en beschikt over verschillende kwaliteitsmanagementsystemen, waarvan een deel momenteel werkend is.

Een groot deel van de documenten heeft geen opstellingsdatum of versienummer en een cyclus waarbij documenten regelmatig herzien en actueel gehouden worden ontbreekt.

De aanbieder heeft een meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling opgesteld, waarin definities en stappen zijn uitgewerkt. De meldcode wordt regelmatig besproken met de ambulante begeleiders. Uit de gesprekken blijkt echter dat beleid niet overeenkomt met de afspraken in de praktijk en de meldcode hierdoor nu niet passend is.

Het Vim beleid is verouderd, de informatie ten aanzien van de Vim functionaris en Vim commissie is niet meer actueel. Ook is onvoldoende opgenomen welke gebeurtenissen gemeld dienen te worden als incident. Van incidenten wordt momenteel daarnaast onvoldoende registratie bijgehouden.

De meldplicht bij calamiteiten is onvoldoende bekend en onvoldoende vastgelegd in beleid.

De aanbieder biedt bijscholing aan de medewerkers.

De begeleiding wordt uitgevoerd door Mbo-3, Mbo-4 en Hbo geschoolde medewerkers waarmee aan de eisen ten aanzien van kwalificaties bij begeleiding basis wordt voldaan.

Aan de eisen die gelden voor begeleiding specialistisch, namelijk uitvoer door een Hbo-geschoolde medewerker, wordt niet altijd voldaan. Uit gesprekken en dossierinzage blijkt dat specialistische begeleiding ook wordt uitgevoerd door Mbo-3 of Mbo-4 geschoolde medewerkers. In dat geval is wel de Hbo geschoolde zorgcoördinator betrokken die het opgestelde perspectiefplan accordeert en aanwezig is bij evaluaties. Hiermee wordt echter niet aan de gestelde eisen voldaan.

Alle ambulante begeleiders en de stagiaire hebben een actuele VOG kunnen overleggen. Voor één van de medewerkers is deze echter niet aangevraagd op het geëiste functieprofiel, maar op functieaspecten.

De website van de aanbieder vermeldt een overzicht van producten en diensten, informatie over beleid bij klachten en contactgegevens. Een klachtenjaarsverslag en privacy beleid ontbreken op de website.

Ook is informatie omtrent een kwaliteitscertificaat op de website niet actueel, ten onrechte is hier vermeld dat de aanbieder HKZ gecertificeerd is.

De toezichthouder concludeert tekortkomingen ten aanzien van:

- De inhoud van het ondersteuningsplan;
- Het opstellen van evaluatieverslagen en het delen van de verslagen met sociaal team/wijkteam;
- De inhoud van de meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling;
- De inhoud van het incidenten- en calamiteitenbeleid;
- Het vastleggen van afspraken met samenwerkingspartners;
- Het hebben van een werkend kwaliteitsmanagementsysteem;
- De inhoud van het kwaliteitshandboek;
- Kwalificaties en VOG's van medewerkers;
- De website van de aanbieder;

- Het opstellen en publiceren van een klachtenjaarsverslag.

Advies aan de gemeente

De Wmo toezichthouder van de GGD Gelderland-Midden geeft het advies aan de MGR SDCG en de gemeente Arnhem 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 eisen wordt deels voldaan. Alle cliënten hebben een ondersteuningsplan, genaamd een perspectiefplan. Het plan bevat doelen waaraan acties en termijnen zijn verbonden en is voor akkoord door de cliënt ondertekend.

De looptijd van het plan is niet altijd duidelijk in het plan opgenomen en de datum van evaluatie ontbreekt. Ook is niet opgenomen binnen welk tijdsbestek kan worden afgeschaald naar minder uren en/of een eenvoudiger ondersteuningsinzet. Daarnaast is de afstemming op andere vormen van hulp en zorg hierin niet beschreven. Plannen worden niet altijd opgesteld door een professional met minimaal een Mbo-4 afgeronde opleiding in Zorg en Welzijn.

Beschrijving:

De aanbieder geeft aan dat nieuwe aanmeldingen voornamelijk 'via via' bij Darna Care terecht komen. Cliënten vertellen anderen over de ondersteuning die zij ontvangen waardoor nieuwe aanmeldingen via wijkteam of sociaal team gedaan worden.

Aanmeldingen komen binnen bij de zorgcoördinator die een eerste kennismaking uitvoert en bepaalt of de zorg die Darna Care biedt passend is bij de hulpvraag. De aanmeldingen worden vervolgens besproken in een aanmeldoverleg waarin directeur, zorgmanager en zorgcoördinator vertegenwoordigd zijn.

Gesproken medewerkers van wijkteam/sociaal team zijn tevreden over de uitvraag bij de aanmelding en geven aan dat hierin een goede afweging plaatsvindt waarin bepaald wordt of de ondersteuning passend is.

Na de kennismaking, als bepaald is dat de ondersteuning vanuit Darna Care passend is, wordt bepaald welke begeleider aansluit bij de hulpvraag. De ambulante begeleider voert vervolgens de intake uit.

De intake is uitgebreid, op alle levensgebieden van de ZRM (zelfredzaamheidsmatrix) worden de situatie en de hulpvraag in kaart gebracht en vastgelegd in een intakeformulier en ZRM. Het intakeformulier wordt voor akkoord door de cliënt ondertekend.

De aanbieder maakt gebruik van een registratiesysteem waarin iedere cliënt een zorgdossier heeft. In het zorgdossier is onder andere opgenomen: informatie omtrent de beschikking van de cliënt, de persoonsgegevens, een intakeformulier, de zelfredzaamheidsmatrix (ZRM), een ondersteuningsplan (perspectiefplan), evaluatieverslagen en een ondertekende toestemmingsverklaring.

Om te borgen dat per stap in het proces de juiste acties worden uitgezet en formulieren worden ingevuld maakt de aanbieder gebruik van een systeem waarin overzichtelijk is uitgewerkt wie welke stappen in het proces zet en welke formulieren hiervoor ingevuld moeten worden.

Ten behoeve van het onderzoek zijn acht zorgdossiers ingezien die allen informatie over de beschikking van de cliënt, persoonsgegevens, een ZRM, intakeformulier en ondertekende toestemmingsverklaring bevatten.

Alle dossiers bevatten verder een perspectiefplan. In de plannen die zijn ingezien zijn doelen opgesteld waaraan termijnen zijn gekoppeld. Naast doelen voor de ondersteuning vanuit Darna Care zijn ook de doelen vanuit de beschikking in het plan opgenomen.

De doelen voor de begeleiding zijn onderverdeeld in lange termijn doelen en korte termijn doelen. Aan de doelen zijn acties verbonden. Ten aanzien van acties is onderscheid gemaakt in acties voor de cliënt en acties voor de hulpverlener.

Bij het merendeel van de ingeziene plannen zijn doelen SMART opgesteld. In een enkel ingezien plan zijn acties niet specifiek en concreet, maar algemener opgesteld.

De zorgcoördinator geeft in het gesprek aan dat dit een aandachtspunt is en dat geïnvesteerd wordt in het meer SMART opstellen van doelen. Zo is recent tijdens intervisie door de zorgcoördinator en de orthopedagoog geoefend met het opstellen van SMART geformuleerde doelen.

Alle ingeziene plannen zijn voor akkoord door de cliënt en de betrokken begeleider ondertekend. Alle gesproken cliënten geven aan betrokken te zijn geweest bij het opstellen van het plan en de inhoud hiervan te kennen.

In de plannen is niet altijd duidelijk te herleiden wat de looptijd van het plan is. Als looptijd van het plan wordt de looptijd van de beschikking aangehouden die benoemd staat in het plan. In enkele plannen die zijn ingezien is de looptijd echter al enige tijd verstreken. De afspraken hieromtrent zijn niet bij alle medewerkers bekend. De zorgcoördinator geeft aan beleid te hanteren dat, als uit de evaluatie blijkt dat de opgestelde doelen nog niet behaald zijn en blijven staan, een plan door kan lopen. In dat geval dient de datum in het plan wel aangepast te worden, wat in een aantal ingeziene plannen niet gebeurd is. Een gesproken medewerker is van deze afspraak niet op de hoogte, maar noemt dat het plan dan zonder wijzigingen doorloopt. Uit de evaluatieverslagen die zijn ingezien blijkt dat in deze situaties wel is vastgelegd in het evaluatieverslag dat de doelen nog actueel zijn.

In de plannen die zijn ingezien ontbreekt verder een evaluatiedatum. Ook is niet opgenomen binnen welk tijdsbestek kan worden afgeschaald naar minder uren en/of een eenvoudiger ondersteuningsinzet. Daarnaast is de afstemming op andere vormen van hulp en zorg hierin niet beschreven.

Afspraken omtrent afschaling zijn niet opgenomen in het plan, maar dit is wel onderwerp in de begeleiding, zo blijkt uit de gesprekken met medewerkers, cliënten en medewerkers van wijkteam/sociaal team. Inzet van het netwerk is ook onderwerp in de begeleiding.

De begeleiders die de ondersteuning uitvoeren en plannen opstellen zijn Mbo-3, Mbo-4 of Hbo geschoold. De zorgcoördinator is betrokken als een Mbo-3 of Mbo-4 geschoolde medewerker de begeleiding uitvoert. In dat geval is de zorgcoördinator aanwezig bij evaluaties en controleert deze de opgestelde plannen. Hiermee wordt echter niet volledig aan de gestelde eis voldaan voor begeleiding basis dat plannen moeten worden opgesteld door medewerkers met minimaal een Mbo-4 diploma.

Rapportage vindt na ieder contactmoment plaats in het dossier en is doelgericht. Per contactmoment wordt ook de tijdinvestering in het dossier opgenomen, waarmee urenregistratie plaatsvindt.

1.2 Evaluatie

Deelconclusie: Aan de gestelde eisen wordt deels voldaan. Evaluatie vindt ieder half jaar plaats. Van de evaluatie bij het aflopen van de beschikking wordt een verslag opgesteld dat gedeeld wordt met sociaal team/wijkteam. De werkwijze bij tussentijdse evaluaties verschilt per medewerker. Niet altijd wordt dan een evaluatieverslag opgesteld.

Beschrijving:

Uit het kwaliteitshandboek: *“Het perspectiefplan wordt minimaal eenmaal per half jaar (eenmaal per kwartaal bij een kortere indicatie) geëvalueerd met de cliënt en waar nodig bijgesteld. De ambulante begeleider/hulpverlener is verantwoordelijk voor aanpassingen in het perspectiefplan van de cliënt”.*

Evaluatie vindt plaats bij het aflopen van de beschikking. Indien een beschikking langer dan een half jaar is afgegeven wordt tussentijds geëvalueerd. Bij de evaluatie wordt de ZRM opnieuw afgenomen.

In alle ingeziene dossiers zijn evaluatieverslagen opgenomen.

Bij het aflopen van de beschikking dient een evaluatieverslag te worden opgesteld dat wordt gedeeld met het sociaal team/ wijkteam. De werkwijze bij tussentijdse evaluaties blijkt uit de gesprekken niet duidelijk en verschillend per medewerker. De aanbieder geeft aan dat dit komt door verschil in werkwijze in regio Apeldoorn en regio Arnhem. De ene begeleider schrijft bij een halfjaarlijkse evaluatie een verslag en de ander neemt hetgeen besproken is enkel op in de rapportage.

Evaluatieverslagen bij het aflopen van de beschikking en bij tussentijdse evaluaties, zijn doelgericht. Per doel wordt weergegeven of het doel is behaald en of de begeleiding voortgezet dient te worden. Evaluatieverslagen worden ondertekend voor akkoord door de cliënt.

1.3 Ondersteuning

Deelconclusie: Aan de gestelde eisen wordt voldaan. De begeleiding richt zich op diverse levensgebieden en vindt plaats op geplande en ook ongeplande momenten.

Beschrijving:

Over de werkwijze bij het bieden van begeleiding zegt de website van de aanbieder het volgende: "Onze begeleiding is gericht op alle leefgebieden. Hierbij valt te denken aan onder andere huisvesting, werken, studeren, verslaving, schulden en relaties met familie en vrienden. Wij willen graag dat onze zorgvragers met onze persoonlijke en professionele manier van ondersteuning zo zelfstandig mogelijk deel kunnen nemen aan het leven in hun eigen omgeving. Darna Care hanteert de presentiebenadering als methodiek. Wij vinden het simpelweg belangrijk er te zijn voor de ander, zodat een vertrouwensrelatie wordt opgebouwd. Door de zorgvrager onvoorwaardelijk te accepteren, ontstaat er ruimte voor wat zich niet laat maken of afdwingen. Dit is onze basishouding naar onze zorgvragers toe en wat de presentiebenadering beoogt".

Uit gesprekken met cliënten en medewerkers blijkt sprake van doelgerichte begeleiding die gericht is op de diverse levensgebieden, bijvoorbeeld op dagbesteding, huisvesting, omgaan met handicaps en beperkingen, financiën, administratie en psychisch functioneren. De begeleiding kan ook gericht zijn op toewerken naar behandeling, zo blijkt uit inzage in dossiers waar in een ingezien perspectiefplan een doel is gesteld dat hierop betrekking heeft. De begeleiding kan plaatsvinden bij individuen of binnen gezinssamenstellingen.

De begeleiding vindt plaats op geplande momenten. Daarnaast zijn medewerkers bereikbaar voor cliënten buiten de geplande contactmomenten, zo blijkt uit de gesprekken met cliënten.

1.4 Zelfredzaamheid

Deelconclusie: Aan de gestelde eisen wordt voldaan. De aanbieder werkt aan zelfregie en het bevorderen van zelfredzaamheid in de begeleiding. Waar mogelijk wordt toegewerkt naar afschaling en uitstroom.

Beschrijving:

Uit de gesprekken met de begeleiders en de cliënten blijkt sprake van betrokkenheid van medewerkers bij cliënten. Medewerkers zijn op de hoogte van diens situatie, achtergronden en problematiek. Er wordt gewerkt vanuit de presentiebenadering en de aanbieder geeft aan het belangrijk te vinden dat medewerkers maatwerk kunnen bieden en "voor de inwoner kunnen gaan".

Met het gebruik van de ZRM wordt zelfredzaamheid in kaart gebracht en toegewerkt naar het vergroten van zelfredzaamheid. Waar mogelijk wordt het netwerk ingezet en toegewerkt naar uitstroom en meer zelfstandigheid. De missie en visie van de aanbieder zeggen hierover:

"In onze dienstverlening staat de vraag van de zorgvrager centraal. Wij handelen vanuit het belang van de zorgvrager. Wij richten ons op het versterken van de eigen kracht en het vergroten van de zelfredzaamheid. Samen met de zorgvrager worden de mogelijkheden van het netwerk bekeken en indien mogelijk, benut. Niet de beperkingen, maar de mogelijkheden van onze zorgvragers vormen de spil van ons bestaan. Wij bieden cultuur sensitieve zorg. In onze multiculturele samenleving bieden wij maatwerk en realiseren wij op deze manier laagdrempeligheid binnen onze hulpverlening. We zeggen wat we doen en doen wat we zeggen!

Centraal in onze visie staat: het welbevinden van kwetsbare mensen (niet hun ziekte of gebrek), uitgaan van hun eigen kracht en wil, daar waar zij zich thuis voelen (vaak thuis of in hun eigen buurt), met steun van naasten en uiteindelijke zelfontplooiing. Iedereen heeft recht op aandacht en respect met behoud of ontwikkeling naar zelfredzaamheid, toekomstperspectief en een zinvolle dagbesteding. Wij zoeken de verbinding met organisaties die net als wij streven naar wonen, werken en meedoen".

Als geconstateerd wordt dat de zorg niet passend is dan wordt dit aangegeven bij medewerkers van wijkteam/sociaal team, zo blijkt uit gesprekken met begeleiders en medewerkers van wijkteam/sociaal team. Er wordt dan bijvoorbeeld toegewerkt naar overdracht naar een andere aanbieder.

1.5 Wonen en zorg

Deelconclusie: De gestelde eis is niet van toepassing.

Beschrijving:

In de regio Arnhem worden geen woningen aangeboden aan cliënten.

2 Veiligheid

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

2.1 Veiligheid cliënt

Deelconclusie: Aan de gestelde eisen wordt deels voldaan. Risico's worden in kaart gebracht bij de start van de ondersteuning met het afnemen van de zelfredzaamheidsmatrix. Deze werkwijze wordt momenteel herzien. De afspraken omtrent het vervolgens opstellen van een signaleringsplan of veiligheidsplan zijn niet altijd duidelijk.

Beschrijving:

Bij de start van de ondersteuning en bij iedere evaluatie wordt de zelfredzaamheidsmatrix ingevuld. In de ZRM is opgenomen dat bij een inschatting van een acuut probleem op het domein veiligheid een veiligheidsplan gemaakt dient te worden. De zorgcoördinator geeft verder aan dat bij een score van drie of lager op geestelijke gezondheid of verslaving een signaleringsplan zou moeten worden opgesteld. Uit dossierinzage blijkt dat bij een aantal cliënten waarbij laag gescoord is op deze levensgebieden geen signaleringsplan of veiligheidsplan is opgesteld. Wel is door de toezichthouder een dossier gezien waarbij een doel gesteld is in het perspectiefplan om een signaleringsplan/veiligheidsplan op te stellen, waaraan momenteel gewerkt wordt. De zorgcoördinator geeft aan dat de begeleider uiteindelijk zelf moet inschatten of het nodig is om een signaleringsplan of veiligheidsplan op te stellen, ondanks de afspraak omtrent scores op de ZRM. Onduidelijk is echter op basis waarvan een begeleider dit zou moeten doen.

De aanbieder is momenteel bezig met een aanpassing van de werkwijze.

Er is een nieuw format opgesteld voor het afnemen van een risico-inventarisatie. Deze zal nog geïmplementeerd worden. Het nieuwe format heeft een uitgebreidere uitvraag ten aanzien van risico's en wordt aan het intakeformulier toegevoegd als onderdeel na het afnemen van de ZRM.

2.2 Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling

Deelconclusie: Aan de gestelde eisen wordt deels voldaan. De aanbieder heeft een meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling opgesteld met uitwerking van de stappen. Uit het gesprek met de aanbieder blijkt beleid echter af te wijken van de huidige werkwijze.

Beschrijving:

De aanbieder heeft een meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling opgesteld. De aanbieder geeft aan dat een aantal keer per jaar situaties zich voordoen waarop de meldcode van toepassing is.

Medewerkers ontvangen de meldcode bij indiensttreding van de zorgcoördinator waarop deze gezamenlijk doorgenomen wordt. Daarnaast wordt deze door de orthopedagoog jaarlijks besproken met de medewerkers in een themabijeenkomst.

In de meldcode zijn definities en de stappen uitgewerkt. In de meldcode zijn alle verantwoordelijkheden binnen de stappen toebedeeld aan de ambulante begeleiders. Uit de gesprekken blijkt de huidige werkwijze echter anders te zijn dan vastgelegd in de meldcode; begeleiders moeten bij signalen afstemmen met de orthopedagoog en met de zorgcoördinator.

2.3 Intern meldingssysteem incidenten/bijna incidenten

Deelconclusie: Aan de gestelde eisen wordt deels voldaan. De aanbieder heeft Vim beleid opgesteld. Dit beleid is echter verouderd. Wie de functie van Vim-functionaris en van de incidentcommissie bekleedt is niet actueel. Uit het beleid wordt niet duidelijk welke gebeurtenissen gemeld dienen te worden. De termijn voor het indienen van een melding is gesteld op een jaar, dit is een te lange termijn. Van de incidenten wordt verder geen incidentregistratie bijgehouden. Hierdoor is het melden, registreren en analyseren onvoldoende geborgd.

Beschrijving:

De aanbieder geeft aan af en toe met incidenten te maken te hebben, dit betreft dan voornamelijk situaties met verbale agressie. Afgelopen jaar waren dit twee gebeurtenissen voor de gehele organisatie.

Door de toezichthouder is het Vim beleid ingezien en besproken. Het Vim beleid is verouderd. Het beleid is opgesteld in 2020 en is niet meer passend. De directeur wordt hierin genoemd als Vim-functionaris en Vim-commissie. De Vim functionaris is momenteel echter de zorgmanager, die op 1 januari 2023 in dienst is gekomen.

Enkel de definitie van een incident is in beleid opgenomen, een uitwerking hiervan ontbreekt waardoor uit beleid onvoldoende duidelijk wordt welke situaties door begeleiders gemeld dienen te worden als incident.

Meldingen moeten door begeleiders gedaan worden middels het 'formulier registratie incidenten'. De Vim-functionaris ontvangt de melding en bepaalt of het een calamiteit betreft.

Analyse op meldingen wordt gedaan in het managementteam (tevens de incidentencommissie) bestaande uit een HR-manager, kwaliteitsmanager en zorgmanager. Dit is niet in het beleid vastgelegd.

Gesproken begeleiders zijn bekend met de afspraken omtrent het melden van incidenten. De protocollen komen soms aan bod in werkoverleg of intervisie, geven zij aan. Tijdens het inspectiebezoek is een incident besproken waarvan de medewerker nog melding zou gaan doen. In deze situatie blijkt uit het gesprek adequaat gehandeld te zijn bij een dreiging van geweld en is goed afgestemd met betrokkenen en met politie. Deze situatie moet echter nog gemeld worden, passend binnen de termijn die de aanbieder in beleid heeft opgenomen. De termijn voor het melden van incidenten is door de aanbieder in beleid op maximaal een jaar gesteld. Het is echter wenselijk om incidenten snel te melden, zodat alle informatie nog voorhanden is.

De aanbieder houdt geen incidentregistratie bij. De incidentformulieren worden enkel opgenomen in de zorgdossiers. In de notulen van het managementteam-overleg worden eventuele bijzonderheden vanuit de bespreking genoteerd.

De analyse door de incidentencommissie en eventuele verbetermaatregelen worden niet vastgelegd waarmee onvoldoende duidelijk is hoe analyse heeft plaatsgevonden en wat uitkomsten zijn. Hiermee ontbreekt ook borging van eventuele verbetermaatregelen.

2.4 Calamiteiten

Deelconclusie: Aan de gestelde eisen wordt deels voldaan. De aanbieder is onvoldoende op de hoogte van de meldplicht. De werkwijze bij calamiteiten is in diverse documenten vastgelegd, maar hieruit wordt onvoldoende duidelijk wat, waar en door wie gemeld dient te worden. Tot op heden hebben zich geen calamiteiten, geweld, of gebeurtenissen met impact of onrust voorgedaan.

Beschrijving:

De aanbieder is onvoldoende bekend met de meldplicht bij calamiteiten, geweld en gebeurtenissen met impact en onrust. De werkwijze bij calamiteiten is in diverse documenten vastgelegd; het incidentenbeleid, het protocol calamiteitentoezicht van MGR SDCG en het kwaliteitshandboek van de aanbieder.

In het incidentenbeleid is opgenomen dat na een incidentmelding de Vim-functionaris onderzoekt of sprake is van een calamiteit en zo nodig het calamiteitenproces in gang zet. In het kwaliteitshandboek is opgenomen dat bij geweld en calamiteiten melding bij de IGJ plaats moet vinden.

Op dit moment is in beleid onvoldoende vastgelegd wat, wanneer, waar en door wie gemeld dient te worden. Zo is het melden bij de Wmo toezichthouder niet vastgelegd en ontbreekt informatie over het melden van gebeurtenissen met impact en onrust. De aanbieder is voornemens dit op te pakken.

De aanbieder geeft aan dat geen calamiteiten, geweld bij de verstrekking van de voorziening of gebeurtenissen met impact hebben plaatsgevonden.

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 eisen wordt deels voldaan. Afstemming met andere samenwerkingspartners vindt plaats en hierover worden afspraken gemaakt. De cliënt is op de hoogte van de afspraken die zijn gemaakt ten aanzien van afstemming en geeft voor de uitwisseling van informatie toestemming middels een toestemmingsformulier.

Afspraken ten aanzien van samenwerking, taken en verantwoordelijkheden worden onvoldoende vastgelegd in het dossier van de cliënt.

Beschrijving:

Afstemming met andere hulp- of zorgverleners en andere samenwerkende organisaties vindt regelmatig plaats, zoals met schuldhulpverlening, scholen, GGZ, reclassering of verslavingszorg, zo blijkt uit gesprekken met begeleiders, cliënten en medewerkers van wijkteam/sociaal team.

Afspraken omtrent samenwerking, taken en verantwoordelijkheden worden echter niet vastgelegd in het zorgdossier of perspectiefplan. Het registratiesysteem biedt de mogelijkheid voor het opnemen van zorgafspraken, maar dit is niet ingevuld in de dossiers die ten behoeve van het onderzoek zijn ingezien.

Bij de start van de ondersteuning worden afspraken omtrent gegevensuitwisseling wel vastgelegd in een toestemmingsformulier dat door de cliënt wordt ondertekend.

Afstemming met de medewerkers van het sociaal team/ wijkteam verloopt goed. Ten behoeve van het onderzoek zijn drie medewerkers gesproken uit diverse gemeenten. Zij zijn tevreden over de afstemming met de aanbieder. Bij bijzonderheden wordt contact met hen opgenomen en vindt afstemming plaats. Daarnaast zijn zij tevreden over de bejegening van de aanbieder, deze sluit aan op problematiek en achtergrond van de cliënt.

Ten aanzien van de signalerende functie heeft de aanbieder aandacht voor het signaleren van de gezondheidssituatie, leefomstandigheden en de sociale omgeving van cliënten in de begeleiding die geboden wordt, zo blijkt uit gesprekken met de begeleiders en de cliënten.

De continuïteit van de ondersteuning is geborgd. Er wordt altijd een schaduwbegeleider aangesteld die de ondersteuning kan overnemen bij vakantie of ziekte van een begeleider. Gesproken cliënten geven aan dat bij vakantie of ziekte, indien gewenst, vervanging wordt georganiseerd. Dit gebeurt dan in samenspraak met de cliënt.

3.2 Casusregie

Deelconclusie: Aan de gestelde eisen wordt voldaan. In geval van meervoudige, complexe casuïstiek worden afspraken gemaakt omtrent regie, taken en verantwoordelijkheden.

Beschrijving:

Afstemming met andere partijen vindt plaats en hierin worden ook afspraken omtrent regie, taken en verantwoordelijkheden gemaakt. Dit betreft afspraken ten aanzien van de begeleiding bij individuen, maar ook afspraken bij de inzet van meerdere hulpverleners in bijvoorbeeld een gezin. Ten behoeve van de afspraken vindt gegevensuitwisseling plaats, waarvoor toestemming aan de cliënt wordt gevraagd. Uit dossierinzage blijkt echter dat gemaakte afspraken onvoldoende worden vastgelegd.

3.3 VIR

Deelconclusie: Aan de gestelde eis wordt voldaan. De aanbieder is aangesloten op de verwijzindex en maakt hiervan gebruik.

Beschrijving:

De aanbieder is aangesloten op de verwijzindex voor jongeren tot 23 jaar. Indien van toepassing wordt hiervan gebruik gemaakt.

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 eisen wordt niet voldaan. De aanbieder heeft geen kwaliteitscertificaat en beschikt over diverse kwaliteitsmanagementsystemen waarvan een deel werkend is. Daarnaast ontbreken protocollen in het kwaliteitshandboek. Protocollen hebben verder geen versienummer of datum waardoor van een groot deel van de documenten niet vastgesteld kan worden of deze actueel zijn. Een cyclus om documenten actueel te houden ontbreekt.

Beschrijving:

De aanbieder heeft op dit moment geen kwaliteitscertificaat. Darna Care was tot 23 oktober 2023 HKZ (Kleine organisaties) gecertificeerd maar is hiervoor te groot geworden. De aanbieder heeft hierop ISO-certificering aangevraagd. De audit hiervoor is uitgesteld omdat de aanbieder bezig is met het opzetten van een beschermd wonen locatie in de regio Apeldoorn en deze zorgvorm wil meenemen in de certificering. De audit staat nu gepland op 23 november 2023.

De aanbieder heeft een kwaliteitshandboek dat is opgesteld in mei 2023. In het kwaliteitshandboek is onder andere informatie over de organisatie opgenomen, zoals de missie, visie, doelgroep en exclusiecriteria en zijn primaire processen beschreven.

Ten aanzien van protocollen zijn in het kwaliteitshandboek enkele protocollen opgenomen, dit betreft enkel de klachtenprocedure en een verkorte incidentprocedure. Andere protocollen, zoals de meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling zijn wel opgesteld, maar ontbreken in het kwaliteitshandboek. Het kwaliteitshandboek is voorzien van een datum, evenals het Vim beleid. Het Vim beleid is in 2020 opgesteld en is daarmee verouderd. Alle andere documenten die ten behoeve van het onderzoek zijn ingezien bevatten geen datum of versienummer.

De aanbieder beschikt over diverse kwaliteitsmanagementsystemen waarvan een deel werkend is, zoals het systeem dat borgt dat juiste documenten gebruikt worden binnen de diverse processtappen binnen de begeleiding. De aanbieder beschikt op dit moment niet over een cyclus om het systematisch evalueren van documenten te borgen. Jaarlijks zouden alle documenten inhoudelijk doorgenomen moeten worden. Hier blijkt in de praktijk echter geen sprake van aangezien een deel van de documenten verouderde informatie bevat.

Gesproken begeleiders zijn bekend met de protocollen en werkinstructies. Deze zijn bij indienstreding doorgenomen met de begeleiders door de zorgcoördinator en begeleiders kunnen deze raadplegen op het intranet. Daarnaast geven begeleiders aan dat protocollen, zoals de meldcode en het Vim beleid, regelmatig besproken worden in overleggen.

Client- en medewerkerstevredenheidsonderzoeken worden beide ieder jaar uitgevoerd.

4.2 Personeelsbeleid

Deelconclusie: Aan de gestelde eisen wordt deels voldaan. Alle medewerkers die ambulante begeleiding bieden hebben een diploma op gebied van Zorg en Welzijn¹ op minimaal Mbo-3 niveau waardoor voor begeleiding basis aan de gestelde eisen wordt voldaan.

Gespecialiseerde begeleiding wordt veelal geboden door Hbo geschoolde medewerkers, maar ook door Mbo-3 of Mbo-4 geschoolde medewerkers. De aanbieder laat in dit geval een Hbo geschoolde zorgcoördinator meekijken met het opstellen van het plan en uitvoeren van evaluaties. Hiermee wordt echter niet volledig aan de kwalificatie-eisen voor begeleiding specialistisch voldaan.

Bijscholing wordt geboden en vervanging bij vakantie of ziekte is georganiseerd.

Beschrijving:

Darna Care heeft momenteel 38 medewerkers in dienst. Een deel van de medewerkers spreekt andere talen, zoals Arabisch of Berbers en kan hiermee aansluiten bij interculturele hulpvragen van cliënten.

De teams zijn opgesplitst in een team beschermd wonen en een team ambulante begeleiding. Het team ambulante begeleiding bestaat uit 22 medewerkers en biedt ambulante begeleiding in de regio Apeldoorn en de regio Arnhem.

De aanbieder is voornemens het team ambulante begeleiding op te splitsen in een team Apeldoorn en een team regio Arnhem. In 2024 zal hierover een definitief besluit worden genomen.

De aanbieder geeft hiervan aan dat de eisen per werkgebied verschillen en dat de werkwijze van de medewerkers daardoor afwijkt. Formeel zijn de teams nog niet opgesplitst maar infomeel zijn de medewerkers al wel werkzaam in één van de regio's.

Aansturing van de ambulante begeleiders vindt plaats door een zorgcoördinator, tevens ambulante begeleider van een aantal cliënten. De zorgcoördinator voert nieuwe aanmeldingen uit en is aanspreekpunt voor begeleiders bij bijzonderheden ten aanzien van de begeleiding.

De zorgcoördinator werkt tevens nieuwe medewerkers in. De eerste maand kijkt de zorgcoördinator mee met het opstellen van plannen en uitvoeren van evaluaties. Na de eerste maand doet de zorgcoördinator dit enkel nog bij Mbo geschoolde medewerkers.

De zorgmanager voert geen begeleidingswerkzaamheden uit maar stuurt zorginhoudelijk de organisatie aan. De zorgmanager is klachtenfunctionaris, aanspreekpunt voor de zorgcoördinator bij complexe casuïstiek en Vim-functionaris.

Verder kent de organisatie een kwaliteitsmanager en een HR-manager.

Eindverantwoordelijkheid voor de ondersteuning ligt bij de twee eigenaren, waarvan één zich richt op de ambulante begeleiding en de ander op het wonen.

De ondersteuning in de regio Arnhem wordt uitgevoerd door zes vaste ambulante begeleiders. Een enkele keer wordt een ambulante begeleider ingezet die werkzaam is in de regio Apeldoorn, omdat deze bijvoorbeeld op het gebied van taal en achtergrond beter aansluit op de cliënt. Momenteel wordt in de regio Arnhem aan één cliënt ondersteuning geboden door een medewerker die eigenlijk werkzaam is in de regio Apeldoorn.

Ook is momenteel een stagiaire werkzaam. De stagiaire heeft een stage-overeenkomst en voert werkzaamheden uit onder verantwoordelijkheid van een gekwalificeerde medewerker.

Waar nodig kan een gedragswetenschapper betrokken worden bij de ondersteuning.

De zeven medewerkers die op dit moment ambulante begeleiding in de regio Arnhem bieden beschikken over het volgende opleidingsniveau:

- Eén begeleider Mbo 3 in Zorg en Welzijn¹ (in opleiding tot Mbo4);
- Twee begeleiders Mbo 4 in Zorg en Welzijn¹;
- Vier begeleiders Hbo in Zorg en Welzijn¹.

Diploma's worden door de aanbieder altijd via Duo opgevraagd. Bij oude diploma's wordt het origineel ingezien om echtheid te verifiëren.

De aanbieder geeft aan dat bij complexe problematiek (specialistische begeleiding) veelal een Hbo geschoolde medewerker ingezet wordt en soms een Mbo-3 of Mbo-4 geschoolde medewerker onder verantwoordelijkheid van de Hbo'er ondersteuning biedt. In dat geval is dan de zorgcoördinator betrokken die controle uitvoert op de inhoud van het perspectiefplan en aansluit bij evaluaties.

Eén van de zes gesproken cliënten, met een indicatie voor specialistische begeleiding, ontvangt ondersteuning van een Mbo-4 geschoold medewerker.

De aanbieder maakt hiermee onvoldoende onderscheid bij de inzet van medewerkers begeleiding basis en specialistisch waardoor in de praktijk ook specialistische begeleiding wordt geboden door Mbo-3 of Mbo-4 geschoolde medewerkers. Hiermee wordt niet aan de kwalificatie eisen voor begeleiding specialistisch voldaan.

Met het ambulante team (beide regio's) vindt twee keer per maand teamoverleg en twee keer per maand intervisie plaats.

De aanbieder biedt bijscholing aan de medewerkers. Tijdens het inspectiebezoek is het scholingsplan 2022 en 2023 ingezien. In 2023 heeft onder andere een training plaatsgevonden over de presentiebnadering, evenals een training in het registratiesysteem. Jaarlijks wordt een themabijeenkomst over de meldcode georganiseerd.

De gesproken medewerkers zijn tevreden over Darna Care als werkgever. Zij geven aan zich gehoord te voelen binnen de organisatie en dat er sprake is van openheid en laagdrempelige contacten.

De aanbieder heeft geen vrijwilligers aan zich verbonden.

4.3 Medewerkers: Verklaring omtrent gedrag (VOG)

Deelconclusie: Aan de gestelde eis wordt deels voldaan. Alle ambulante begeleiders en de stagiaire hebben een actuele VOG kunnen overleggen. Voor één van de medewerkers is deze echter niet aangevraagd op het geëiste functieprofiel, maar op functieaspecten.

Beschrijving:

VOG's worden bij indiensttreding, voor de start van de werkzaamheden, overlegd en vervolgens iedere drie jaar opnieuw aangevraagd. Dit blijkt uit de gesprekken en uit inzage in beleid. De VOG's worden middels e-herkenning aangevraagd waardoor controle op echtheid geborgd is.

Van de zeven medewerkers en de stagiaire die op dit moment de ambulante begeleiding uitvoeren in de regio Arnhem zijn VOG's ingezien. Alle VOG's zijn niet ouder dan drie jaar en bijna allemaal aangevraagd op het profiel 'gezondheidszorg en welzijn van mens en dier'.

Eén medewerker heeft een VOG die is aangevraagd op functieaspecten 11, 12, 41, 43, 71, 84 en 85. Hierdoor wordt niet volledig aan de gestelde eis voldaan dat de VOG aangevraagd dient te worden op het functieprofiel 'gezondheidszorg en welzijn van mens en dier'.

4.4 Informatievoorziening en website

Deelconclusie: Aan de gestelde eis wordt deels voldaan. De aanbieder heeft een website waarop een overzicht van producten en diensten is opgenomen. Een klachtenjaarsverslag en privacy-beleid ontbreken hier en de informatie omtrent HKZ-certificatie is niet actueel.

Beschrijving:

De aanbieder heeft een website. Op de website is een overzicht van de producten en diensten opgenomen, evenals de werkwijze van de aanbieder, informatie over wachttijden en diens contactgegevens. Op de website is ook de klachtenregeling opgenomen, maar een klachtenjaarsverslag ontbreekt. Ook is geen informatie opgenomen ten aanzien van privacy-beleid en vermeldt de website HKZ-certificatie, die de aanbieder momenteel niet meer heeft.

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 eisen wordt deels voldaan. De aanbieder kent een klachtenregeling en heeft deze opgenomen op haar website. Een klachtenjaarsverslag wordt niet opgesteld en ontbreekt op de website.

Beschrijving:

De aanbieder heeft een klachtenregeling opgesteld die inzichtelijk is voor cliënten op de website van de aanbieder. De aanbieder verwijst op de website naar Klachtenportaal Zorg als onafhankelijke klachtencommissie. Op de website is tevens een klachtenformulier opgenomen. Indien een klacht wordt ingediend, dan wordt deze door de zorgmanager behandeld. Bespreking van de klacht vindt plaats in het managementteam. Registratie van klachten vindt enkel plaats in managementteam-notulen, er wordt geen afzonderlijke klachtenregistratie bijgehouden. Het is wenselijk hiervoor wel een registratie bij te houden. Een klachtenjaarsverslag wordt niet opgesteld en opgenomen op de website.

Binnen de regio Arnhem zijn tot op heden geen formele klachten ingediend.

5.2 Rechten van de cliënt en gedragscode

Deelconclusie: Aan de gestelde eisen wordt voldaan. Gesproken cliënten zijn tevreden over de ondersteuning die zij ontvangen en over de houding en bejegening van de begeleiders. Allen ervaren zij inspraak en zijn zij op de hoogte van gemaakte afspraken.

Beschrijving:

Alle gesproken cliënten zijn tevreden over de begeleiding die zij ontvangen van de ambulante begeleiders van Darna Care. Allen ervaren zij inspraak, geven zij aan tevreden te zijn over de bejegening van begeleiders en ervaren zij dat de ondersteuning aansluit op hun hulpvraag. Zij geven aan dat de afspraken die zijn gemaakt in de praktijk nagekomen worden. Cliënten ontvangen bij de start van de ondersteuning begrijpelijke informatie over de organisatie en over rechten en plichten.

Begeleiders geven aan dat bij het koppelen van een begeleider aan een cliënt gekeken wordt naar een match, bijvoorbeeld gezamenlijke interesses waarbij kan worden aangesloten of aansluiting qua taal of achtergrond.

Bij de start van de ondersteuning wordt een toestemmingsformulier ingevuld waarmee de cliënt toestemming geeft voor de uitwisseling van informatie. De gesproken cliënten zijn op de hoogte van afspraken die zijn gemaakt over onderlinge afstemming, samenwerking en gegevensuitwisseling
Bij inzage in dossiers is een steekproef uitgevoerd waarbij de ingeziene dossiers allen een ondertekende toestemmingsverklaring bevatten.

Ambulant begeleiders kunnen enkel de dossiers inzien van cliënten waarvan zij begeleider of schaduw-begeleider zijn. De andere dossiers zijn voor hen niet inzichtelijk.
Cliënten kunnen, indien gewenst, inzage in hun dossier krijgen.

De aanbieder kent een cliëntenraad waarin momenteel enkel cliënten uit de regio Apeldoorn vertegenwoordigd zijn, maar waar cliënten uit de regio Arnhem in kunnen participeren.

Schriftelijke reactie Darna Care

Verzonden op 17 januari 2024 door directeur Darna Care B.V.

Op 14 november 2023 heeft er een kwaliteitsonderzoek bij ons op kantoor in Arnhem plaatsgevonden. Wij zijn blij te lezen dat de cliënten die jullie hebben gesproken tevreden zijn over de ondersteuning die zij van ons ontvangen. Dit is waar wij het voor doen.

Voor een deel herkennen wij ons in het rapport. Er staan belangrijke verbeterpunten in en zaken waar wij trots op zijn. Uit de gesprekken met de begeleiders en de cliënten blijkt sprake van betrokkenheid van medewerkers bij cliënten. Daarnaast geven ook diverse wijkcoaches aan dat ze tevreden zijn met onze bejegening en de samenwerking met ons. Ook mooi om van hen terug te horen dat we tijdig met elkaar zorg afschalen. Ondanks onze kleinschaligheid worden we toch vaak gevonden door wijkcoaches.

Graag maken we hiermee onze zienswijze kenbaar op uw conceptrapport met betrekking tot het kwaliteitsonderzoek dat bij ons is uitgevoerd.

Deelconclusie 1.1 Ondersteuningsplan:

U geeft aan dat de looptijd niet altijd duidelijk in het plan is opgenomen en de datum van de evaluatie ontbreekt. Hier zijn wij ons van bewust en wij sturen hier structureel op. Onze zorgcoördinator voert structureel (periodieke) dossiercontroles uit en maakt onze medewerkers er bewust van dat dit een vereiste is. U geeft tevens aan dat plannen niet altijd worden opgesteld door een professional met minimaal een Mbo-4 afgeronde opleiding in Zorg en Welzijn. Indien een medewerker met een Mbo-3 afgeronde opleiding in Zorg en Welzijn wordt ingezet, worden plannen altijd samen met onze zorgcoördinator opgesteld en geaccordeerd (ondertekend) door de zorgcoördinator. Onze zorgcoördinator heeft een afgeronde Hbo-opleiding in Zorg en Welzijn. Ten tijde van het kwaliteitsonderzoek was de medewerker in kwestie bezig met afstuderen. Inmiddels heeft zij haar opleiding op MBO Niveau 4 in Zorg en Welzijn afgerond.

Deelconclusie 1.2 Evaluatie:

U geeft aan dat niet altijd een evaluatieverslag wordt opgesteld. Dit is onjuist. Medewerkers zijn verplicht evaluatieverslagen op te stellen en deze in het zorgdossier op te nemen. Hier controleert onze zorgcoördinator streng op. Ons cliëntenregistratiesysteem is hierop ingericht. Indien evaluaties ontbreken, worden medewerkers verzocht om deze alsnog aan het zorgdossier toe te voegen. Nadien wordt hier tevens op gecontroleerd. In het interview met een van de medewerkers, gaf één medewerker aan dat een evaluatieverslag niet altijd opgesteld wordt. Dit is incorrecte informatie. Iedere medewerker weet dat dit een verplichting is vanuit zowel ons als vanuit de eisen van Inkoop.

Deelconclusie 2.1 Veiligheid cliënt:

U geeft aan dat de afspraken omtrent het opstellen van een signaleringsplan of veiligheidsplan niet altijd duidelijk zijn. Die werkwijze werd ten tijde van het kwaliteitsonderzoek herzien. Inmiddels voeren wij bij elke cliënt een risico-inventarisatie uit. Aan de hand van de uitkomst wordt bepaald of een veiligheidsplan of signaleringsplan noodzakelijk is. Onze gedragswetenschapper is betrokken bij dit proces. Dit is in het laatste kwartaal van 2023 geïmplementeerd binnen de organisatie.

Deelconclusie 2.2 Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling:

Onze gedragswetenschapper organiseert jaarlijks themabijeenkomsten waarin de meldcode uitvoerig wordt besproken en behandeld. Het gehele team is bij deze themabijeenkomsten aanwezig om er zorg voor te dragen dat iedereen op de hoogte is en de werkwijze overeenkomt met de informatie in de meldcode.

Deelconclusie 2.3 Intern meldingssysteem incidenten/bijna incidenten:

Het VIM-reglement is inmiddels geüpdatet en voorzien van een evaluatiedatum. Daarnaast is daarin verwerkt welke incidenten er gemeld dienen te worden en is de termijn waarbinnen een incident gemeld dient te worden aangepast naar 24 uur. Ook houden wij in ons registratiesysteem Zilliz de incidentenmeldingen bij. Hierin wordt onderscheid gemaakt in cliëntgebonden incidenten en overige incidenten.

Deelconclusie 2.4 Calamiteiten

Onze gedragswetenschapper organiseert in samenspraak met onze kwaliteitsmanager jaarlijks themabijeenkomsten waarin het calamiteitenprotocol uitvoerig wordt besproken en behandeld. Het gehele team is bij deze themabijeenkomsten aanwezig om er zorg voor te dragen dat iedereen op de hoogte is en de werkwijze overeenkomt met de informatie in het calamiteitenprotocol. Inmiddels zijn we bezig ons calamiteitenprotocol te herschrijven, zodat duidelijk naar voren komt wat, waar en door wie gemeld dient te worden. Dit zien wij uiteraard als prioriteit en deze zal uiterlijk 31 januari 2024 herschreven zijn.

Deelconclusie 3.1 Afstemming

Afspraken ten aanzien van samenwerking, taken en verantwoordelijkheden worden volgens uw rapport onvoldoende apart vastgelegd in het dossier van de cliënt. Afspraken ten aanzien van samenwerking, taken als verantwoordelijkheden worden alleen in de rapportages geschreven. We zijn ons ervan bewust dat dit als een apart document in het dossier van cliënt toegevoegd dient te worden. Dit zorgt ervoor dat afspraken als taken makkelijker vindbaar zijn. Dit nemen wij uiteraard serieus en wij hebben onze werkwijze hier inmiddels op aangepast.

Deelconclusie 4.1 Kwaliteitssysteem

U heeft in het conceptrapport aangegeven dat wij geen werkend kwaliteitssysteem hebben. Hierdoor lijkt het alsof ons gehele kwaliteitssysteem niet werkend is of niet gebruikt wordt. In ons interview hebben wij uitgebreid onze kwaliteitssystemen getoond, waaronder Kepp en Zilliz. Deze systemen zijn zeer dynamisch en worden continu gebruikt, om de kwaliteit actueel te houden. Wij zouden de zin 'beschikt niet over een werkend kwaliteitsmanagementsysteem' in de deelconclusie graag anders omschreven willen zien. Wij zouden het passender vinden indien u omschrijft dat we over twee kwaliteitssystemen beschikken, die deels werkend zijn in plaats van een geheel niet werkend kwaliteitsmanagementsysteem.

Inmiddels hebben wij het kwaliteitshandboek aangepast en de vereiste protocollen hier inmiddels in opgenomen. Daarnaast zijn wij inmiddels ISO 9001 gecertificeerd. Dit betekent dat we daardoor voldoen aan deze eis. Al onze documenten zijn inmiddels voorzien van een versiedatum en een evaluatiedatum. Door middel van ons kwaliteitsmanagementsysteem KEPP en het jaarlijks uitvoeren van interne audits borgen wij een systematische cyclus waarin alle documenten elk jaar geëvalueerd en geborgd worden. In de auditplanning hebben wij vastgelegd wanneer evaluaties van onze kwaliteitsdocumentatie plaats vindt.

Deelconclusie 4.2 Personeelsbeleid

In het conceptrapport geeft u aan dat gespecialiseerde begeleiding veelal geboden wordt door Hbo geschoolde medewerkers, maar ook door Mbo-3 of Mbo-4 geschoolde medewerkers, waardoor niet aan de kwaliteitseisen wordt voldaan. Dit is niet correct. Dit betrof een Mbo-4 geschoolde medewerker welke inderdaad gespecialiseerde begeleiding bood. Er is destijds een miscommunicatie ontstaan in het afstemmen van de productcode met de gemeente. Onze werkwijze is dat wij altijd koppelingen maken op basis van de geschiktheidseisen vanuit inkoop.

Onze zorgmanager heeft bij de afstemming aangegeven dat we alleen een Mbo-4 geschoolde medewerker beschikbaar hadden voor deze casus. Er is toen echter een dubbele indicatie afgegeven, deels basis en deels specialistisch. Bij het verwerken van de indicatie is dit gegeven over het hoofd gezien. Inmiddels is de casus welke het betrof afgesloten. Uiteraard zullen wij hier in het vervolg extra op laten controleren door onze backoffice welke de indicatie verwerkt.

Deelconclusie 4.3 Medewerkers: Verklaring omtrent gedrag (VOG)

Het klopt dat wij voor één medewerker een VOG hebben aangevraagd op de functieaspecten 11, 12, 41, 43, 71, 84 en 85. Daar is uiteraard iets fout gegaan in de aanvraag en bij de verwerking van de VOG is hier door ons niet goed op gelet. Inmiddels hebben wij voor desbetreffende medewerker een nieuwe VOG aangevraagd op het functieprofiel 'gezondheidszorg en welzijn van mens en dier'. De VOG is tevens door ons ontvangen en verwerkt in het personeelsdossier van onze medewerker.

Deelconclusie 4.4 Informatievoorziening en website

In het conceptrapport geeft u aan dat een klachtenjaarslag en privacy-beleid ontbreken op onze website en de informatie omtrent de HKZ-certificatie niet actueel is. De reden van het ontbreken van een klachtenjaarslag is omdat er de jaren ervoor geen klachten zijn gemeld. Desondanks hebben wij alsnog een klachtenjaarslag opgesteld. Inmiddels staan ons klachtenjaarslag en ons privacy beleid vermeld op onze website. De informatie met betrekking tot de HKZ-certificatie is verwijderd en vervangen door het ISO 9001 logo vanuit KIWA.

Deelconclusie 5.1 Klachtenregeling

De reden van het ontbreken van een klachtenjaarslag is omdat er de jaren ervoor geen klachten zijn gemeld. Desondanks hebben wij alsnog een klachtenjaarslag opgesteld en gepubliceerd op onze website.

Wij nemen alle verbeterpunten uitermate serieus. Die verdienen aandacht en verbetering. Uiteraard zijn wij ook trots op de eisen waar we wel aan voldoen.

De toezichthouder ziet in de zienswijze aanleiding om haar beoordeling te wijzigen. De volgende aanpassingen zijn gedaan in de rapportage:

- *Aangepast is dat de aanbieder beschikt over diverse kwaliteitsmanagementsystemen waarvan een deel werkend is.*

Bronoverzicht

1. Observaties
2. Interviews met:
 - Eigenaar;
 - Kwaliteitsmanager;
 - Zorgcoördinator;
 - Zorgmanager;
 - HR-manager;
 - Twee ambulante begeleiders;
 - Zes cliënten (telefonisch en fysiek);
 - Drie medewerkers wijkteam/ sociaal team.
3. Documenten ontvangen voorafgaand aan het inspectiebezoek:
 - Functieomschrijvingen Darna Care, geen datum of versienummer;
 - Klachtenregeling Darna Care, geen datum of versienummer;
 - Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling Darna Care, geen datum of versienummer;
 - Protocol calamiteitentoezicht van MGR SDCG;
 - Reglement Veilig incident Melden (VIM), datum januari 2020;
 - Notulen Cliëntenraad 15-05-2023;
 - Notulen Cliëntenraad 18-09-2023;
 - Reglement cliëntenraad, geen datum of versienummer;
 - Kwaliteitshandboek Darna care, mei 2023 versie 1.3;
 - Brief MGR SDCG beoordeling Quick-scan VGGM 23 September 2021;
 - Brief MGR SDCG beoordeling herstel n.a.v. Quick-scan VGGM 5 augustus 2021;
 - Brief MGR SDCG advies Quick-scan VGGM 8 april 2021;
 - Darna Care Medewerkerstevredenheidsonderzoek 2023;
 - Uitkomst cliënttevredenheidsonderzoek Centraal Gelderland 2023;
 - Jaarverslag 2022 Darna Care;
 - Jaarverslag 2021 Darna Care;
 - Assessment Rapport HKZ Kleine Organisaties 23-08-2022.
4. Ingezien tijdens het inspectiebezoek:
 - Acht cliëntdossiers met onder andere intakeverslag, ZRM, perspectiefplan, evaluatieverslagen, toestemmingsverklaring en rapportages;
 - Diploma's en VOG's van zeven medewerkers;
 - Concept Format nieuw intakeformulier met toegevoegd risico-inventarisatie;
 - Scholingsplan 2022 en 2023;
 - Folder Darna Care;
 - Systeem met processtappen uitgewerkt met functie
5. Website

Gegevensoverzicht

Aanbieder

Naam : Darna Care B.V.
Adres : Vlijtseweg 17-2
Postcode en woonplaats : 7317 AC Apeldoorn
Telefoonnummer : 085-0607242
Website aanbieder : www.darnacare.nl
Email aanbieder : info@darnacare.nl
Aantal medewerkers : 38
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
Onderzoek uitgevoerd door : Wmo toezichthouder

Gegevens opdrachtgever

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

Gegevens gemeente voor bezwaar tegen openbaarmaking

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

Planning

Datum inspectie : 14 november 2023
Opstellen concept inspectierapport : 29 december 2023
Hoor/wederhoor : 11 januari 2024
Zienswijze ontvangen : 17 januari 2024
Vaststelling inspectierapport : 19 januari 2024
Verzending inspectierapport : 19 januari 2024

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"> - 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. - 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). 		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"> - 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	
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.		Deels
<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 ¹ , waarbij de inhoud en opzet van de opleiding aansluiten bij de hulpverlening die de professional levert binnen het product.		Deels
Eis 2 Inkoopdocument Begeleiding Zorgvorm specifieke eisen	Begeleiding	
De aanbieder investeert aantoonbaar in het innoveren en eventueel afbouwen van zorg, dat wil zeggen het verkorten van de zorgduur en het verminderen van het aantal begeleidingsuren. Bij begeleiding betekent dit dat de aanbieder waar mogelijk werkt aan het afbouwen van begeleiding naar voorliggende voorzieningen en/of naar de inzet van het sociaal netwerk, bij voorkeur met behulp van sociale netwerkstrategieën.		Ja
Er wordt ingezet op het afschalen van Begeleiding specialistisch naar Basis begeleiding (zie eis 1). Hierover worden concrete afspraken gemaakt in het ondersteuningsplan van de cliënt.		Ja

1 Op de website www.inkoopdocg.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.		Deels
Uit de evaluatie blijkt in hoeverre de gestelde doelen zijn behaald. Als een doel of een resultaat niet wordt gehaald, is de opdrachtnemer verantwoordelijk voor de motivering waarom dat doel of resultaat niet gehaald is. De opdrachtnemer beschrijft de wijze waarop de gestelde doelen alsnog behaald kunnen worden of dienen te worden bijgesteld.		Deels
De evaluatie wordt altijd gedeeld met de opdrachtgever indien de opdrachtgever de verwijzer is. Is de opdrachtgever niet de verwijzer, dan kan, op verzoek van de opdrachtgever en met toestemming van cliënt en/of wettelijke vertegenwoordiger, de evaluatie worden gedeeld met opdrachtgever. Dit is nodig om de toewijzing en vordering hiervan te monitoren. Hierbij wordt rekening gehouden met de privacyregels.		Deels

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

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

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

2 Veiligheid

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

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

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

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

2.4 Calamiteiten	Eisen zijn van toepassing op	Ja/Nee/Deels /N.v.t.
Eis 10 Inkoopdocument Algemeen Programma van eisen	Alle zorgvormen, behalve als alleen activerend Werk geboden wordt	
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.)		Deels

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.		Nee
Met eventuele andere samenwerkingspartners vindt de noodzakelijke (schriftelijke/digitale) gegevensuitwisseling plaats in het kader van de onderlinge afstemming. Ook vindt met andere opdrachtnemers evaluatie en zo nodig bijstelling plaats.		Ja
De continuïteit van de geboden hulp/ondersteuning is gewaarborgd.		Ja
De opdrachtnemer heeft een actieve signalerende functie ten aanzien van de gezondheidssituatie, de leefomstandigheden en de sociale omgeving van de cliënt. Van de opdrachtnemer wordt verwacht dat alle in te zetten medewerkers in staat zijn deze signalerende taak, gericht op de keten van zorg en ondersteuning in het gehele verzorgingsgebied, uit te voeren en hun signalering binnen hun organisatie neer te leggen.		Ja

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

3.3 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)		Ja

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		Nee

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.		
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.		Deels
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. (Eis 13 van het Algemeen programma van eisen is in zijn geheel niet van toepassing voor aanbieders Activerend werk)		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.		Ja
Bij vervanging wordt rekening gehouden met de situatie van de cliënt, tenzij de cliënt zelf aangeeft geen gebruik te willen maken van vervangende dienstverlening.		Ja
Inkoopdocument Begeleiding Productbeschrijving begeleiding basis	Begeleiding Basis	
<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 ¹ , 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>		Ja

Deze professional met mbo-3 niveau werkt onder aansturing van een professional met een afgeronde opleiding op mbo-4 niveau Zorg en Welzijn ¹ , waarbij de inhoud en opzet van de opleiding aansluiten bij de hulpverlening die de professional levert binnen het product.		
Inkoopdocument Begeleiding Productbeschrijving begeleiding specialistisch	Begeleiding Specialistisch	
Tot 1 juli 2022: 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).		Deels
Vanaf 1 juli 2022: 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 ¹ , waarbij de inhoud en opzet van de ondersteuning aansluiten bij de hulpverlening die de professional levert binnen het product.		Deels

¹ Op de website www.inkoopscdg.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.)		Deels

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"> - 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. 		Deels

(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).

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.		Nee
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). - 		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.		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	

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

I www.ggdgm.nl



Gelderland-Midden