

WMO TOEZICHT

Definitieve kwaliteitsrapportage herinspectie

Naam: GF Totaalzorg B.V.

Adres: De Eik 78

Postcode en woonplaats: 6941 XG Didam

KvK nummer: 58257764

Zorgvorm: huishoudelijke ondersteuning

Datum inspectie: 10 mei 2022

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



INHOUDSOPGAVE

WMO TOEZICHT	1
INLEIDING	3
Korte beschrijving van de locatie en de doelgroep	3
Onderzoek: aanleiding en belang	4
Inspectiehistorie	4
CONCLUSIE EN ADVIES	5
Advies aan de gemeente	6
BEVINDINGEN	7
1 Doelmatigheid voorziening	7
1.1 Ondersteuningsplan	7
1.2 Evaluatie	8
4 Kwaliteit van personeel en organisatie	9
4.1 Personeelsbeleid	9
SCHRIFTELIJKE REACTIE AANBIEDER	10
BRONOVERZICHT	12
GEGEVENSOVERZICHT	13
BIJLAGE 1 EISEN	14

INLEIDING

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

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

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

Dit onderzoek heeft plaatsgevonden in opdracht van de Modulaire Gemeenschappelijke Regeling sociaal domein regio Centraal Gelderland (hierna te noemen MGR SDCG), waarbij de gemeente Zevenaar 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 toezichthouders van de GGD Gelderland –Midden worden gepubliceerd op de website www.vggm.nl

Bezwaar op de openbaarmaking van het rapport van het kwaliteitsonderzoek uitgevoerd bij GF Totaalzorg B.V. (hierna: GF Totaalzorg) kan worden ingediend bij de gemeente Zevenaar.

Korte beschrijving van de locatie en de doelgroep

GF Totaalzorg is een besloten vennootschap en is in 2010 gestart met het bieden van dagbesteding. De jaren nadien heeft GF Totaalzorg zich verder uitgebreid. GF Totaalzorg verleent nu naast dagbesteding ook huishoudelijke ondersteuning, wijkverpleging en thuiszorg. In 2020 is GF Totaalzorg door de MGR SDCG aanbesteed voor het bieden van huishoudelijke ondersteuning.

In de gemeente Zevenaar wordt vanuit de Wmo aan 17 cliënten huishoudelijke ondersteuning geboden. In de gemeente Westervoort ontvangen drie cliënten huishoudelijke ondersteuning en in de gemeente Duiven 10 cliënten.

In het algemeen betreft het cliënten die vanwege lichamelijke en/of psychische beperkingen het huishouden niet zelfstandig kunnen uitvoeren.

De huishoudelijke ondersteuning vindt plaats op basis van Zorg in Natura financiering.

GF Totaalzorg kent één bestuurder die, door omstandigheden, zijn taken heeft belegd bij de locatiemanager. De locatiemanager is hiermee verantwoordelijk voor besluitvorming en is eindverantwoordelijk.

Het gehele team 'huishoudelijke ondersteuning' bestaat uit één zorgmanager en 10 huishoudelijk ondersteuners. Van deze 10 huishoudelijk ondersteuners zijn er drie werkzaam in de gemeenten Zevenaar, Westervoort en/of Duiven.

De zorgmanager is ten tijde van de herinspectie met verlof, waardoor diens taken tijdelijk elders binnen de organisatie zijn belegd.

Onderzoek: aanleiding en belang

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

Het onderzoek heeft als doel na te gaan of de aanbieder voldoet aan de eisen waaraan niet werd voldaan bij het signaal gestuurde kwaliteitsonderzoek dd. 9 juli 2021.

Er wordt, net als tijdens voorgaand inspectiebezoek, geen combi-ondersteuning thuis (01H03) geboden aan cliënten. Dit product is om deze reden niet beoordeeld tijdens deze inspectie.

Het inspectiebezoek vond plaats op 10 mei 2022. Het betrof een aangekondigd inspectiebezoek.

Het onderzoek bestond uit observatie, bronnenonderzoek (o.a. cliëntdossiers) en interviews. Er hebben gesprekken plaats gevonden met de locatiemanager en HRM manager van GF Totaalzorg. Tevens zijn gesprekken gevoerd met drie cliënten en één medewerker. De leidinggevende was bij de gesprekken met cliënten en medewerker niet aanwezig.

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

Inspectiehistorie

Op **2 oktober 2020** heeft door de GGD Gelderland Midden pro actief toezicht plaatsgevonden bij de aanbieder middels een Quicksan in opdracht van de MGR SDCG.

Uit de Quicksan bleken verbeterpunten ten aanzien van de ondersteuningsplannen, evaluatieverslagen, meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling, calamiteiten, intern meldingssysteem voor incidenten, personeelsbeleid en rechten van de cliënten.

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

Op **9 juli 2021** heeft de GGD Gelderland Midden in opdracht van de MGR SDCG een signaal gestuurd kwaliteitsonderzoek uitgevoerd bij GF Totaalzorg. Uit dit onderzoek bleek dat GF Totaalzorg voldeed aan het merendeel van de gestelde wettelijke (kwaliteits)eisen en gemeentelijke eisen.

Er werden tekortkomingen vastgesteld ten aanzien van ondersteuningsplannen, evaluatieverslagen, rapportage, de inzet en vervanging van personeel en scholing voor personeel.

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

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

CONCLUSIE EN ADVIES

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 GF Totaalzorg B.V. niet wordt voldaan aan de gestelde wettelijke (kwaliteits)eisen en gemeentelijke eisen, zie hiervoor de bevindingen in het rapport.

De aanbieder heeft naar aanleiding van het inspectiebezoek dd. 9 juli 2021 enkele veranderingen doorgevoerd, waaronder het gebruik van een digitaal cliëntdossier en het vaststellen en hanteren van een evaluatieverslag. Ook heeft de aanbieder zich de afgelopen periode ingezet om personeel te werven. Dit blijkt echter niet voldoende om te voldoen aan gestelde tekortkomingen.

De toezichthouder concludeert tekortkomingen ten aanzien van:

- Ondersteuningsplannen;
- Rapportage;
- Evaluaties en verslaglegging hiervan;
- Vervanging en inzet van personeel;
- Het aanbieden van een interne training t.a.v. cliëntbejegening voor medewerkers.

Advies aan de gemeente

De Wmo toezichthouder van de VGGM geeft het advies aan de MGR SDCG en gemeente Zevenaar wel 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 niet voldaan. Ondersteuningsplannen zijn niet samen met de cliënt opgesteld en zijn vrijwel identiek aan elkaar. Rapportage vindt niet doelgericht plaats.

Beschrijving:

De aanbieder werkt inmiddels met een digitaal cliëntregistratiesysteem. De toezichthouder heeft van zes cliënten een ondersteuningsplan ingezien. Tijdens het inspectiebezoek op 9 juli 2021 constateerde de toezichthouder dat de ondersteuningsplannen identiek aan elkaar waren. Op een enkele zin na blijkt dat de ondersteuningsplannen tijdens de herinspectie nog steeds identiek zijn aan elkaar. Contact met het wijkteam vindt vrijwel niet plaats, waardoor begeleidingsdoelen niet in afstemming met de lokale toegang worden op- of bijgesteld. Verder blijkt ook dat in de ondersteuningsplannen nog steeds de kansen/mogelijkheden en ondersteuningsbehoefte van de cliënt ontbreken, evenals welke hulp/ondersteuning wordt geboden. Ook individuele doelafspraken die met de cliënt zijn gemaakt en de mate van afstemming met andere vormen van hulpverlening zijn niet opgenomen in het ondersteuningsplan.

Van deze zes cliënten ontvangen twee cliënten algemene voorziening huishoudelijke ondersteuning, ofwel 01H01. Hiervoor dient de aanbieder in plaats van een ondersteuning plan een schriftelijke overeenkomst/werkplan op te stellen. Dit wordt gedaan, maar hieruit valt niet te halen hoeveel uur ondersteuning de cliënt wekelijks ontvangt en wanneer deze wordt ingezet.

In de ondersteuningsplannen is aangevinkt dat deze besproken is met de cliënt en dat deze akkoord is. Alle gesproken cliënten geven echter aan niet bekend te zijn met een ondersteuningsplan en benoemen dat zij hier geen akkoord voor hebben gegeven. Eén cliënt heeft wel een ondersteuningsplan in diens bezit, maar noemt nooit samen met de aanbieder afspraken te hebben gemaakt over inhoud en het met de inhoud niet eens te zijn.

In de ondersteuningsplannen is de geldigheidsduur van de ondersteuningsplannen te zien. Als een ondersteuningsplan dreigt te verlopen, ontvangt de zorgmanager hier een melding van in het cliëntregistratiesysteem. Op deze wijze houdt de aanbieder bij dat er weer geëvalueerd moet worden.

Rapportage vindt inmiddels plaats in het digitale cliëntregistratiesysteem. Dit gebeurde voorheen op papier. Wanneer en hoe gerapporteerd wordt verschilt per medewerker.

De toezichthouder heeft van zes cliënten de rapportage ingezien. Veelal wordt enkel genoteerd dat de medewerker is geweest bij de cliënt en een enkele keer staat beschreven welke huishoudelijke taken zijn uitgevoerd.

Van een doelgerichte rapportage is geen sprake, mede doordat doelen niet per cliënt zijn uitgewerkt in het ondersteuningsplan.

De aanbieder noemt het volgende over het instrueren van medewerkers ten aanzien van rapporteren:

"We zijn begonnen met het digitaliseren van de tak verzorging. Dit hebben we een tijdje gedaan en gekeken hoe dit beviel. De verpleegkundigen hebben uitleg gegeven over hoe te rapporteren aan de huishoudelijke ondersteuners. Ook zetten zij nog berichten in het cliëntregistratiesysteem als er iets opvalt in de rapportage of anders kan".

De gesproken medewerker noemt het volgende over rapporteren:

"We hebben wel uitleg gekregen over rapporteren en het is mij helder wat er van mij wordt verwacht. Ik vind dit alleen geen succes, dus rapporteer ik liever niet. Als er iets is dan bel ik naar kantoor. Zij verwijzen me wel naar de rapportage, maar ik geef dan aan dat ik hier niet handig in ben. Het werkt niet voor ons".

1.2 Evaluatie

Deelconclusie: Aan de gestelde eis wordt niet voldaan. Evaluatie vindt niet plaats in overleg met de cliënt en er wordt geen verslag opgesteld waaruit blijkt hoe aan gestelde doelen is gewerkt en welke doelen komende periode worden meegenomen. Ook wordt het verslag niet ondertekend door de cliënt en niet gedeeld met het wijkteam.

Beschrijving:

De aanbieder geeft tijdens de herinspectie aan dat evaluatie inmiddels halfjaarlijks plaatsvindt. De ondersteuningsplannen worden voor een half jaar opgesteld, waarna evaluatie plaatsvindt. De cliënten die ten behoeve van het onderzoek zijn gesproken zijn echter niet bekend met de inhoud van het ondersteuningsplan en een evaluatiemoment is niet vooraf met hen besproken.

De aanbieder heeft inmiddels een format voor evaluatie ontwikkeld. Deze richt zich echter onvoldoende op afspraken uit het ondersteuningsplan en hoe de ondersteuning er de komende periode uit zal zien.

Als evaluatie heeft plaatsgevonden bij cliënten is dit tot op heden telefonisch gegaan. De aanbieder geeft aan voornemens te zijn om op huisbezoek te gaan voor een evaluatie, maar dat dit niet is gelukt door een tekort aan personeel. Twee van de drie cliënten geven aan gebeld te zijn voor een evaluatie. Zij zeggen hierover het volgende:

"Ik ben laatst gebeld door iemand van kantoor om een vragenlijst voor evaluatie door te nemen. Geen idee wat haar functie was. Ze ging me vervolgens vragen stellen over mijn woonsituatie. Toen heb ik ook aangegeven dat ze dit toch al weten en dat ik al zorg ontvang. Ik begreep dit niet zo goed".

"Ik ben wel gebeld met de vraag of de huishoudelijke ondersteuning goed ging en of mijn hulp nog bevalt. Het is niet inhoudelijk gegaan over de taken, dit regel ik ook met mijn hulp".

De evaluatiegesprekken zijn nu door verschillende medewerkers op kantoor opgepakt. De zorgmanager zal deze taak bij terugkomst van verlof gaan oppakken.

Verslaglegging van de evaluatie wordt niet gedeeld met het wijkteam.

Er vindt, net zoals beschreven in voorgaand inspectierapport voortkomend uit het kwaliteitsonderzoek dd. 9 juli 2022, geen afstemming plaats tussen aanbieder en de gemeente. Cliënten vragen zelf verlenging aan, waarbij geen evaluatie plaatsvindt met zowel het wijkteam als met de aanbieder voorafgaand aan het afgelopen van een beschikking. De aanbieder geeft aan door het wijkteam ook niet benaderd te worden en dat als zij informatie delen zij worden terugverwezen naar de cliënt of dat wordt gevraagd wat zij met de aangeleverde informatie moeten doen.

4 Kwaliteit van personeel en organisatie

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

4.1 Personeelsbeleid

Deelconclusie: Aan de gestelde eis wordt niet voldaan. De huishoudelijke ondersteuning kan onvoldoende worden opgevangen in geval van vakantie/uitval. Daarnaast ontbreekt een interne opleiding voor cliëntbejegening.

Beschrijving:

De aanbieder geeft, net als tijdens het inspectiebezoek dd. 9 juli 2021, aan te kampen met een personeelstekort onder de huishoudelijke ondersteuners. De aanbieder geeft aan op diverse platformen vacatures te hebben uitgezet, maar dat hier geen reacties op volgden. Om cliënten de geïndiceerde ondersteuning zo goed mogelijk te kunnen leveren neemt de aanbieder op dit moment geen nieuwe cliënten aan voor huishoudelijke ondersteuning.

Personeelstekort is onlangs ook onderwerp van gesprek geweest tijdens een contractgesprek met de MRC SDCG. In dit contractgesprek heeft de aanbieder aangegeven een eigenaar van een uitzendbureau te kennen voor mannelijke Poolse en Roemeense arbeidsimmigranten. De aanbieder geeft hierover het volgende aan:

"Een groot deel van hun vrouwen zit thuis zonder werk. We willen gaan kijken of we een deel van deze vrouwen zouden kunnen inzetten voor de huishoudelijke ondersteuning, en te beginnen met een pilot".

Er wordt nog uitgezocht of en hoe dit vormgegeven zou kunnen worden. De aanbieder geeft aan hier op den duur reactie op te krijgen vanuit de MRC SDCG.

De aanbieder streeft ernaar om een vaste huishoudelijk ondersteuner te koppelen aan een cliënt. Eén gesproken cliënt geeft aan veel wisselingen in personeel te ervaren en dit erg onprettig te vinden.

Bij uitval of vakantie wordt geprobeerd om de uren op te laten vangen door een andere huishoudelijk ondersteuner. Uit gesprekken met de aanbieder, cliënten en medewerker blijkt dat dit in de praktijk regelmatig niet lukt.

Cliënten zeggen over vervanging en inzet van personeel het volgende:

"Bij ziekte/uitval krijg ik alleen te horen dat ze helaas niemand hebben".

"Het afgelopen jaar heb ik een tijdje een vaste hulp gehad. Zij is nu 12 weken weg en hiervan heb ik zeven á acht weken geen hulp ontvangen".

"Mijn hulp viel laatst vier weken uit. Het was toen onduidelijk of en wanneer er iemand zou komen in deze weken. Uiteindelijk heb ik één keer vervanging gehad. Dit werd een paar dagen van tevoren gecommuniceerd. In juli heeft mijn hulp vakantie en ik weet nu al dat er dan niemand kan komen. Ze hebben niemand".

"Ik heb enorm veel wisselingen gehad in de hulp. Ik vind het vooral erg vervelend dat er niet goed wordt gecommuniceerd en dat kantoor zelfs verbaasd is als ik zelf bel om aan te geven dat er geen hulp is ingepland. Ik hoor verder niets van hun, wat me continu veel stress oplevert".

Een interne opleiding voor cliëntbejegening voor het bieden van huishoudelijke ondersteuning 01H01 en 01H04 wordt nog steeds niet aangeboden.

SCHRIFTELIJKE REACTIE AANBIEDER

1.1 Ondersteuningsplan.

De ondersteuningsplannen zijn niet identiek aan elkaar.

Ze lijken op elkaar aangezien 90% van de cliënten kampen met dezelfde problematiek.

Het doel wat behaald zal moeten worden is een schoon en leefbaar huis, dit is dus bij 90% ook hetzelfde doel.

Dit blijven kleine verschillen aangezien iedereen wel dezelfde wensen heeft (badkamer, toilet, stofzuigen, dweilen etc.)

De afspraken die tussen cliënt en medewerker zijn vastgelegd staan ook in het plan, behalve als cliënt heeft aangegeven dit niet te willen.

Het aantal uren staan in de indicatie, de toewijzing, het zorgarrangement en de planning. Naar ons idee is het daarmee duidelijk hoeveel uur ondersteuning een cliënt ontvangt. Als dit in een overeenkomst erbij gezet zou moeten worden, inclusief op welke dagen is dit veel te bewerkelijk. Vooral aangezien een cliënt nog wel eens wil wijzigen van beschikbare dag etc.

Volgens inkoop sociaal domein is een "natte handtekening" niet verplicht en is besproken voldoende.

alle plannen zijn telefonisch (i.v.m. corona) doorgenomen en akkoord bevonden door cliënt. aangezien onze cliëntèle vaak juist kampen met geheugenproblemen lijkt mij dit argument niet van toepassing. Daarnaast vinden wij het vreemd dat wij met iemand een ondersteuningsplan hebben gemaakt, ze deze ook in haar bezit heeft maar hier niet mee bekend en ermee eens is. Ondanks dat wij een plan altijd samen met cliënt opstellen en wij er geen weet van hebben dat zij het hier niet mee eens is.

De doelen van 90% van de cliënten is een schoon en leefbaar huis. Deze vallen niet verder uit te werken aangezien hier verder geen andere doelen te behalen zijn. een cliënt van ruim 90 jaar oud kunnen wij lastig als doel stellen dat ze het zelf weer gaat kunnen. ze zal niet jonger worden.... dat maakt het ook lastig om "doelgericht" te rapporteren.

m.b.t. eis 2 Inkoopdocument algemeen programma van eisen.

Hier zijn wij op "nee" beoordeeld omdat de "volgende onderwerpen" niet beschreven staan.

Wij zijn het hier niet mee eens aangezien deze minimaal op Deels hoort te staan.

Zoals aangegeven door [REDACTED] staan de onderwerpen er wél in, maar zijn ze onvoldoende uitgewerkt.

Dus ze staan wel beschreven. Over het onvoldoende uitwerken verschillen de meningen over, vandaar dat wij hierin akkoord kunnen gaan met een 'deels'.

m.b.t. inkoopdocument huishoudelijk ondersteuning productbeschrijving 01H01 schriftelijke overeenkomst met daarin opgenomen....

Voorheen Deels. nu zelfs uitgebreider plan.

- aantal uren staan in de toewijzing/planning, niet in overeenkomst i.v.m. veel te bewerkelijk.

- Wat de cliënt + zijn/haar netwerk zelf kan doen lijkt mij besproken met wijkteam. Dit zodat ze een juist aantal uren wat nodig is kunnen indiceren en toewijzen aan ons. het lijkt mij niet meer als logisch dat wij bespreken wat wij in de toegewezen uren doen. wat cliënt buiten deze uren doet is niet voor ons van belang.

daarnaast zou het een hele hoop schelen als wij van het wijkteam zouden ontvangen wat er besproken is met cliënt over invulling van de uren en wat er verwacht word. dit word niet met ons gedeeld en cliënten kunnen dit vaak zelf niet goed duidelijk maken.

1.2 Evaluatie

Wel bekend en wel besproken.

Ook hier geldt dat onze cliëntele vaak juist kampen met geheugenproblemen en wellicht niet meer weten dat deze zaken zijn besproken lijkt mij dit argument niet van toepassing.

Elke cliënt is sowieso nog door ons gebeld en vonden het meer vervelend dat we belden dan dat ze zaken wilden bespreken. Ze gaven aan dat ze dit wel met de medewerker zouden bespreken.

Het doel een schoon en leefbaar huis zal alleen behaald worden door de blijvende inzet van de medewerker. Het is niet haalbaar voor een cliënt om dit zelf weer te kunnen doen.

Iemand die het niet meer kan door ouderdom, zal niet ineens jonger worden en het zelf weer doen. Dat betreft dus 90-95% van onze cliëntele.

Wij hebben in het begin zeker de evaluaties gedeeld met de opdrachtgever maar doordat we 0 respons kregen zijn we daar maar mee gestopt.

4.1 personeelsbeleid

m.b.t. eis 19 inkoopdocument algemeen programma van eisen.

Wij dragen altijd zorg voor passende vervanging, mocht een medewerker 3 weken met vakantie zijn, zal dit overgenomen worden door een andere medewerker. Momenteel met het landelijke personeelstekort zijn wij wel genoodzaakt om cliënten te vragen op een andere dag/tijdstip dan normaal de hulp te laten plaatsvinden en om te vragen of familie/buren/mantelzorg kunnen bijspringen. De cliënten die volledig afhankelijk zijn van ons zullen wij alle uren vervangen. De cliënten die nog iets zelf kunnen of met hulp van familie/buren/mantelzorg iets kunnen zullen wij vragen om akkoord om minder uren te leveren tijdens de periode dat hun vaste medewerker met vakantie is. Wij zullen dan inkorten tot 2 uur.

BRONOVERZICHT

Gesprekken met:

- Eén locatiemanager
- Eén HRM manager
- Eén huishoudelijk ondersteuner
- Drie cliënten

Doelmatigheid voorziening:

- Zes ondersteuningsplannen van cliënten
- Drie evaluatieverslagen van cliënten
- Zes rapportages van cliënten
- Eén leeg format voor evaluatie
- Brief over Carenzorgt voor cliënten

GEGEVENSOVERZICHT

Opvanggegevens

Naam : GF Totaalzorg B.V.
Adres : De Eik 78
Postcode en woonplaats : 6941 XG Didam
Telefoonnummer : 0316-294499
Website aanbieder : www.gftotaalzorg.nl
Email aanbieder : info@gftotaalzorg.nl
Aantal medewerkers : 32
Rechtsvorm : B.V.
HKZ/ISO gecertificeerd : ISO 9001:2015

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 Zevenaar
Adres : Postbus 10
Postcode en woonplaats : 6900 AA Zevenaar

Planning

Datum inspectie : 10-05-2022
Opstellen concept inspectierapport : 31-05-2022
Hoor/wederhoor : 07-06-2022
Zienswijze ontvangen : 22-06-2022
Vaststelling inspectierapport : 22-06-2022
Verzending inspectierapport : 22-06-2022

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	
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.		Deels
Het ondersteuningsplan is ondertekend door de cliënt en/of wettelijke vertegenwoordiger.		Nee
Het bijstellen van de begeleidingsdoelen gedurende de uitvoering van het ondersteuningsplan dient altijd te gebeuren in afstemming met de Toegang.		Nee
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. - Wanneer geëvalueerd wordt (datum vastgelegd). - De afstemming op andere vormen van geboden hulp en zorg is beschreven in het ondersteuningsplan (zie eis 4 Afstemming). 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. 		Nee
Wettelijke kwaliteitseis: De voorziening is doelmatig, doeltreffend en cliëntgericht	Alle zorgvormen	
Rapportage vindt doelgericht en regelmatig plaats		Deels
Inkoopdocument Huishoudelijke ondersteuning Productbeschrijving 01H01	Huishoudelijke Ondersteuning 01H01	
Met de cliënt dient de aanbieder overleg te voeren over hoe, passend binnen de opdracht, de dienstverlening wordt ingevuld. De aanbieder legt de afgesproken zaken vast in een schriftelijke overeenkomst/werkplan, dat in het bezit blijft van de cliënt.		Deels
De medewerker AV-HO tekent wijzigingen en/of extra afspraken tussen de cliënt en medewerker AV-HO hierin aan.		Deels
Aanbieder sluit een schriftelijke overeenkomst met de cliënt waarvoor zij AV-HO gaat leveren. Hierin is minimaal opgenomen:		Nee

<ul style="list-style-type: none"> • Wat de cliënt en zijn/haar netwerk zelf kan doen. • Aantal uren ondersteuning per week, frequentie en wanneer AVHO wordt verleend (planning). 		
--	--	--

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.		Nee
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.		Nee

4 Kwaliteit van personeel en organisatie

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

4.1 Personeelsbeleid	Eisen zijn van toepassing op	Ja/Nee/Deels /N.v.t.
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.		Deels
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.		Deels
Bij vervanging wordt rekening gehouden met de situatie van de cliënt, tenzij de cliënt zelf aangeeft geen gebruik te willen maken van vervangende dienstverlening.		Deels
Inkoopdocument Huishoudelijke ondersteuning Productbeschrijving 01H01	Huishoudelijke Ondersteuning 01H01	
Medewerkers AV-HO zijn opgeleid en getraind conform de Collectieve Arbeidsovereenkomst CAO VVT (2018-2019) of een vergelijkbare CAO zoals de Collectieve Arbeidsovereenkomst Schoonmaak- en Glazenwasserbedrijf, Arbeid en Gezondheid (CAO Schoonmaak 2017- 2019). • Interne opleiding voor cliënt bejegening.		Nee
Inkoopdocument Huishoudelijke ondersteuning Productbeschrijving 01H04	Huishoudelijke ondersteuning 01H04	
Medewerkers Maatwerkvoorziening Huishoudelijke ondersteuning - eigen regie zijn opgeleid en getraind conform de CAO voor Thuiszorg (VVT) (2018-2019). • Interne opleiding voor cliënt bejegening.		Nee

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