

WMO TOEZICHT

Definitief rapport herinspectie

Naam: Derman Thuiszorg Gelderland

Adres: Zoomstraat 2

Postcode en woonplaats: 6826 BS Arnhem

KvK nummer: 59249218

Zorgvorm: huishoudelijke ondersteuning, activerend werk en begeleiding

Datum inspectie: 21-09-2021

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



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	7
Advies aan de gemeente	9
BEVINDINGEN	10
1 Doelmatigheid voorziening	10
1.1 Ondersteuningsplan	10
1.2 Evaluatie	11
1.3 Ondersteuning	11
2 Veiligheid	12
2.2 Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling	12
2.4 Calamiteiten	13
3.1 Afstemming	13
4 Kwaliteit van personeel en organisatie	13
4.1 Kwaliteitssysteem	13
4.2 Personeelsbeleid	14
4.3 Goed hulpverlenerschap, professionele standaard en kwaliteit	15
4.4 Medewerkers: Verklaring omtrent gedrag (VOG)	15
4.5 Informatievoorziening en website	15
5 Rechten van de cliënt	16
5.1 Klachtenregeling	16
ZIENSWIJZE AANBIEDER	17
BRONOVERZICHT	18
GEGEVENSOVERZICHT	19
BIJLAGE 1 EISEN	20

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.

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.

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.

De rapporten van Wmo kwaliteitstoezicht uitgevoerd door de toezichthouders van de GGD Gelderland –Midden worden gepubliceerd op de website www.vggm.nl

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 opdracht gevende gemeente optreedt.

Bezwaar op de openbaarmaking van het rapport van de herinspectie, uitgevoerd bij Derman Thuiszorg Gelderland kan worden ingediend bij de gemeente Arnhem.

Korte beschrijving van de locatie en de doelgroep

Derman Thuiszorg Gelderland met rechtsvorm VOF verleent momenteel ondersteuning en begeleiding binnen de zorgvormen huishoudelijke ondersteuning, ambulante begeleiding en activerend werk.

Deze zorg vindt plaats op basis van ZIN-financiering vanuit de Wmo aan 23 cliënten.

Daarnaast wordt er zorg geboden op basis van de WLZ (19 cliënten), en vanuit de Zorgverzekeringswet (23 cliënten).

Momenteel wordt vanuit de Wmo de volgende ondersteuning geboden:

- 13 cliënten ontvangen Hulp bij Huishouden
- 2 cliënten ontvangen Begeleiding Basis,
- 1 cliënt ontvangt begeleiding bij activerend werk stabiel op trede 3
- 1 cliënt ontvangt Huishoudelijke ondersteuning en Activerend Werk stabiel op trede 3
- 1 cliënt ontvangt begeleiding basis en Activerend Werk stabiel op trede 3
- 3 cliënten ontvangen Huishoudelijke ondersteuning en begeleiding basis
- 2 cliënten hebben beschikkingen voor zowel Begeleiding Basis als huishoudelijke ondersteuning, alsmede een beschikking voor het product Activerend Werk stabiel op trede 3.

In het algemeen betreft het oudere cliënten met een Turkse achtergrond die de Nederlandse taal niet of nauwelijks beheersen waardoor zij niet voldoende zelfstandig kunnen functioneren.

Hulp bij Huishouden wordt geboden door 10 verzorgenden.

Derman Thuiszorg Gelderland heeft een nevenvestiging, Derman Thuiszorg Soest, gevestigd in Soest en biedt daar dagopvang.

Derman Thuiszorg Gelderland is een familiebedrijf dat geleid wordt door vader (eigenaar/directeur) en zoon. Zoon is als manager betrokken bij het kwaliteitsmanagementsysteem en stuurt na het vertrek van de kwaliteitsmedewerker in het voorjaar van 2021 de veelal nieuwe medewerkers aan. Tevens biedt hij begeleiding bij kortdurende ziekte/vakantie van begeleiders. Eén schoondochter is werkzaam als begeleider, een andere schoondochter werkt als verzorgende bij Derman Woonzorg en ondersteunt bij het werken aan kwaliteit bij Derman Thuiszorg Gelderland. Eindverantwoordelijkheid en besluitvorming ligt bij de eigenaar/directeur.

Sinds het vorige onderzoek in december 2020 zijn bijna alle medewerkers die toen werden ingezet voor begeleiding en het activerend werk uit dienst gegaan. Daarvoor in de plaats zijn alleen medewerkers in opleiding aangesteld.

Tevens heeft Derman Thuiszorg Gelderland sinds augustus 2020 een nevenvestiging, Derman Woonzorg BV in de Steeg, geopend. Hier wonen momenteel 4 oudere, al dan niet dementerende cliënten vanuit de WLZ die verpleging en verzorging ontvangen vanuit de Islamitische normen en waarden.

De IGJ heeft hier op 26 juli 2021 een onaangekondigde inspectie uitgevoerd nadat meerdere signalen werden ontvangen omtrent de veiligheid en kwaliteit van de zorgverlening.

De bevindingen van dit onderzoek door de IGJ zijn via deze link in te zien [Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd - Derman Woonzorg De Steeg juli 2021 \(igj.nl\)](#)

Deze herinspectie waarvan dit rapport een weergave is, betreft de huishoudelijke ondersteuning, begeleiding en activerend werk van de Wmo-cliënten vanuit de hoofdvestiging in Arnhem, en de daarbij ingezette medewerkers van de aanbieder.

Onderzoek: aanleiding en belang

Dit onderzoek heeft plaatsgevonden in opdracht van de MGR SDCG waarbij de gemeente Arnhem als opdracht gevende gemeente optreedt.

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 waaraan niet voldaan werd bij het signaalgestuurde kwaliteitsonderzoek op 7 december 2020.

Het inspectiebezoek vond plaats op 21 september 2021. Het betrof een aangekondigd inspectiebezoek.

Op dat moment was er in de middag één cliënt aanwezig met een beschikking voor activerend werk.

Gesprekken hebben plaats gevonden met de manager van Derman Thuiszorg Gelderland, een begeleider (BBL-stagiair), de administratief medewerker en de zeer recent aangestelde HR-medewerker. Er is telefonisch gesproken met nog twee begeleiders en drie wijkcoaches.

Personen stelden zich coöperatief op. Het gesprek verliep in een open sfeer. Tevens is een gesprek gevoerd met drie wijkcoaches. De leidinggevende en de eigenaar/directeur waren bij de gesprekken met de medewerkers deels aanwezig.

Inspectiehistorie

In **augustus en september 2016** heeft de **IGZ (nu IGJ)** een **onderzoek** uitgevoerd bij de locaties Arnhem en Soest van Derman Thuiszorg Gelderland V.O.F.

De conclusie in het rapport: "De zorg die Derman biedt voldoet vrijwel niet aan de normen en is daardoor zeer risicovol." Dit rapport is via deze link in te zien: [Rapport van het inspectiebezoek aan Derman Thuiszorg Gelderland V.O.F., locaties Arnhem en Soest op 22 augustus en 5 september PDF Gratis download \(docplayer.nl\)](#)

Op **9 november 2016** heeft GGD Gelderland-Midden in opdracht van de gemeente Arnhem een **kwaliteitsonderzoek** uitgevoerd bij Derman Thuiszorg/Dagopvang Gelderland, Zoomstraat 2 te Arnhem. Uit dit onderzoek is gebleken dat Derman Thuiszorg/Dagopvang Gelderland niet voldeed aan een deel van de gestelde wettelijke (kwaliteits)eisen en gemeentelijke eisen.

Onderstaande tekortkomingen zijn daarbij vastgesteld:

1. Zorgplannen dienen te worden voorzien van een datum
2. Protocollen en werkinstructies uit het kwaliteitshandboek zijn niet bij de medewerkers bekend
3. Voor cliënten belangrijke informatie is alleen in de Nederlandse taal opgesteld. De aanbieder zou wettelijk verplichte informatie over bv. klachtrecht ook in de Turkse taal op papier moeten verstrekken.
4. De organisatie kent geen brandveiligheids- en ontruimingsplan. Er zijn geen medewerkers gediplomeerd als Bedrijfshulpverlener.
5. Het recent opgestelde scholingsplan(deskundigheidsbevordering) is nog niet geïmplementeerd.
6. Periodiek moet ontruiming geoefend worden.
7. Alle medewerkers moeten het informatiepakket voor medewerkers in hun bezit hebben en op de hoogte zijn van de inhoud
8. Klachten van medewerkers dienen ook geregistreerd te worden.
9. Resultaten van een tevredenheids-enquête dienen omgezet te worden naar een actieplan.
10. Een groot deel van de medewerkers dient een Verklaring Omtrent het Gedrag aan te vragen en te overleggen aan de aanbieder.
11. De aanbieder draagt zorg voor het instellen van een personeelsvertegenwoordiging.
12. Het intern meldingssysteem voor incidenten, fouten en bijna fouten wordt actief gebruikt te worden.

De Wmo toezichthouder adviseerde de gemeente Arnhem om te handhaven met een hersteltermijn van 3 maanden op de hierboven genoemde verbeterpunten 1, 2, 7, 10 en 12.

Op de verbeterpunten 3, 4, 5, 6, 8, 9 en 11 is een hersteltermijn van 6 maanden geadviseerd.

De gemeente Arnhem heeft aan de toezichthouder geen opdracht verstrekt voor een herinspectie na afloop van de geadviseerde hersteltermijnen.

Op **7 december 2020** heeft de GGD in opdracht van de Modulair Gemeenschappelijke Regeling sociaal domein regio Centraal Gelderland (gemeente Arnhem en Zevenaar) een **signaalgestuurd kwaliteitsonderzoek** uitgevoerd bij Derman Thuiszorg Gelderland.

Uit dit onderzoek is gebleken dat Derman Thuiszorg Gelderland niet voldeed aan een deel van de gestelde wettelijke (kwaliteits)eisen en gemeentelijke eisen.

Onderstaande tekortkomingen zijn daarbij vastgesteld:

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

- In het ondersteuningsplan zijn in ieder geval de genoemde eisen beschreven
- Rapportage vindt doelgericht en regelmatig plaats
- 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.
- De datum van de eerstvolgende evaluatie staat in het ondersteuningsplan genoteerd.
- Er vindt urenregistratie plaats van de geleverde ondersteuning.

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

- 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.
- 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.
- 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.)

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).

- Aanbieder Activerend werk is verantwoordelijk voor het aantoonbaar monitoren van de ontwikkeling van de cliënt op de gestelde doelen opgesteld door lokale toegang samen met cliënt

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.).

- 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.

- In het kwaliteitshandboek zijn alle kwaliteitsdocumenten gebundeld en is de vindplaats van alle kwaliteitsdocumenten te achterhalen. Onder kwaliteitsdocumenten worden alle protocollen, richtlijnen, werkinstructies, notities en andere voor het werkproces relevante geschreven teksten verstaan. Documenten waarin de kwaliteitsborging beschreven is, maken hier tevens deel van uit. Tevens bevat dit kwaliteitsbeleid werkinstructies en handelingsprotocollen die van toepassing zijn voor de uitvoering van de gecontracteerde opdrachten. De meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling (eis 8), de klachtenregeling (eis 9) en het protocol calamiteiten toezicht (eis 10) zijn minimaal aanwezig en verwerkt in het kwaliteitssysteem en onderdeel van het kwaliteitshandboek.

- Medewerkers zijn op de hoogte van deze werkinstructies en handelingsprotocollen en handelen daar naar.

- Opdrachtnemer heeft passend beleid waarin minimaal beschreven staat:

- 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.

- Binnen de in de opdracht en overige inkoopdocumenten gestelde kaders neemt opdrachtnemer ten opzichte van de cliënt bij de uitvoering van zijn werkzaamheden de ondersteuning van een goed hulpverlener in acht en handelt daarbij in overeenstemming met de op hem rustende verantwoordelijkheid, voortvloeiende uit de voor hem of haar geldende professionele standaard en conform alle gestelde eisen en voorwaarden. Tot goed hulpverlenerschap wordt in ieder geval ook gerekend het leveren van kwalitatief goede, verantwoorde en proportionele ondersteuning binnen de hiertoe geldende of nog te stellen termijnen.

- 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.

- De opdrachtnemer beschikt over een actuele website, waar hij tenminste op publiceert:

- 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.

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.).

- In het klachtenjaarslag/klachtenlijst is minimaal beschreven:
 - 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).

De toezichthouder gaf het **advies** aan de Modulaire Gemeenschappelijke Regeling sociaal domein regio Centraal Gelderland (MGR) en de individuele gemeentes binnen de MGR te handhaven en de aanbieder een hersteltermijn te geven van vier maanden.

Naar aanleiding van dit advies heeft de MGR sociaal domein regio Centraal Gelderland de GGD opdracht gegeven een herinspectie uit te voeren waarvan dit rapport een weergave is.

Op **28 juni 2021** heeft Derman Thuiszorg Gelderland een cliëntenstop opgelegd gekregen naar aanleiding van een op 11 juni 2021 **ontvangen signaal** van Menzis zorgkantoor. Dit signaal was afkomstig van de wijkverpleging inzake eventuele fraude met declaraties door Derman. Menzis was bezig met een onderzoek en dit onderzoek door Menzis is door Derman niet gemeld bij SDCG. Derman heeft een directe meldingsplicht indien er sprake is van lopende onderzoeken/inspecties naar misstanden en/of fraude binnen de organisatie op basis van artikel 3, lid 6, onder c van de Specifieke inkoopvoorwaarden van Inkoop sociaal domein centraal Gelderland. Aangezien Derman geen melding hiervan had gedaan aan de inkooporganisatie, werd besloten een cliëntenstop op te leggen. Tevens werd besloten **een rechtmatigheidsonderzoek** in te stellen. Dit rechtmatigheidsonderzoek is gestart op 1 juli 2021.

CONCLUSIE EN ADVIES

Uit onderzoek blijkt dat bij deze herinspectie door Derman Thuiszorg Gelderland nog niet wordt voldaan aan de getoetste wettelijke (kwaliteits)eisen en gemeentelijke eisen.

Wat gaat goed:

De aanbieder houdt nu in het ECD een urenregistratie bij van de geboden begeleiding. Voor het activerend werk wordt in het ECD een presentielijst bijgehouden. Bij huishoudelijke ondersteuning tekent de cliënt in het papieren dossier de uren af dat huishoudelijke ondersteuning is geboden.

Onderstaande tekortkomingen zijn daarbij vastgesteld:

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

- In het ondersteuningsplan zijn in ieder geval de genoemde eisen beschreven
- Rapportage vindt doelgericht en regelmatig plaats
- 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.
- De datum van de eerstvolgende evaluatie staat in het ondersteuningsplan genoteerd.

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

- 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.
- 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.

- 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.)

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).

- Aanbieder Activerend werk is verantwoordelijk voor het aantoonbaar monitoren van de ontwikkeling van de cliënt op de gestelde doelen opgesteld door lokale toegang samen met cliënt

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.).

- 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.

- In het kwaliteitshandboek zijn alle kwaliteitsdocumenten gebundeld en is de vindplaats van alle kwaliteitsdocumenten te achterhalen. Onder kwaliteitsdocumenten worden alle protocollen, richtlijnen, werkinstructies, notities en andere voor het werkproces relevante geschreven teksten verstaan. Documenten waarin de kwaliteitsborging beschreven is, maken hier tevens deel van uit. Tevens bevat dit kwaliteitsbeleid werkinstructies en handelingsprotocollen die van toepassing zijn voor de uitvoering van de gecontracteerde opdrachten. De meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling (eis 8), de klachtenregeling (eis 9) en het protocol calamiteiten toezicht (eis 10) zijn minimaal aanwezig en verwerkt in het kwaliteitssysteem en onderdeel van het kwaliteitshandboek.

- Medewerkers zijn op de hoogte van deze werkinstructies en handelingsprotocollen en handelen daar naar.

- Opdrachtnemer heeft passend beleid waarin minimaal beschreven staat:

- 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.

- Binnen de in de opdracht en overige inkoopdocumenten gestelde kaders neemt opdrachtnemer ten opzichte van de cliënt bij de uitvoering van zijn werkzaamheden de ondersteuning van een goed hulpverlener in acht en handelt daarbij in overeenstemming met de op hem rustende verantwoordelijkheid, voortvloeiende uit de voor hem of haar geldende professionele standaard en conform alle gestelde eisen en voorwaarden.

Tot goed hulpverlenerschap wordt in ieder geval ook gerekend het leveren van kwalitatief goede, verantwoorde en proportionele ondersteuning binnen de hiertoe geldende of nog te stellen termijnen.

- 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.

- De opdrachtnemer beschikt over een actuele website, waar hij tenminste op publiceert:

- 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.

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.).

- In het klachtenjaarverslag/klachtenlijst is minimaal beschreven:

- 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).

Advies aan de gemeente

De Wmo toezichthouder van de VGGM geeft het advies aan de MGR SDCG en gemeente Arnhem te handhaven(conform handhavingsbeleid).

BEVINDINGEN

1 Doelmatigheid voorziening

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

1.1 Ondersteuningsplan

Deelconclusie: Aan de gestelde eis wordt deels voldaan

Beschrijving:

De toezichthouder heeft vier dossiers van cliënten in het ECD ingezien, waarbij er één zorgplan is opgesteld waarin zowel de doelen voor activerend werk als begeleiding zijn opgenomen als een cliënt voor beide zorgvormen een beschikking heeft.

In de ondersteuningsplannen voor begeleiding en activerend werk is opgenomen:

- De kansen/mogelijkheden en ondersteuningsbehoeften van de cliënt en welke hulp/ondersteuning wordt geboden.
- Welke doelaafspraken cliënt en opdrachtnemer maken en hoe zij deze gaan bereiken.
- In het plan staat de naam van de eerstverantwoordelijke (medewerker van de opdrachtnemer) vermeld. De eerstverantwoordelijke of diens vervanger is goed bereikbaar.
- Hoe opdrachtnemer de nazorg vormgeeft en de eventuele overdracht naar andere zorgvormen.
- De inzet van en afstemming met algemene voorzieningen (indien van toepassing).
- 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).

In de ondersteuningsplannen voor begeleiding en activerend werk is niet opgenomen:

- 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 eenvoudiger ondersteuningsinzet.
- Wanneer geëvalueerd wordt (datum vastgelegd).

Rapportage van begeleiding vindt regelmatig plaats maar steeds in algemene termen, niet doelgericht.

Rapportage van activerend werk vindt steeds in algemene termen plaats waarbij bij alle cliënten die op die dag aanwezig waren dezelfde tekst is geplaatst.

Indirecte begeleidingsmomenten worden niet gerapporteerd.

Er vindt urenregistratie plaats van de geleverde begeleiding gekoppeld aan de inzet van de medewerker in het ECD.

De aanbieder zegt hierover: "De declaraties worden d.m.v. planning = realisatie meegenomen en worden direct in ONS gedeclareerd, wij gebruiken geen apart factureringssysteem".

Het opstellen van het ondersteuningsplan voor begeleiding en/of activerend werk is gedaan door een medewerker met minimaal Mbo-4 niveau die nog werkzaam was voor de aanbieder op het moment dat de beschikkingen werden afgegeven. Bij meer recente beschikkingen is het ondersteuningsplan opgesteld door de manager/begeleider.

De toezichthouder heeft van twee cliënten met een beschikking voor huishoudelijke ondersteuning het ondersteuningsplan ingezien. In deze plannen is de naam van de manager opgenomen als contactpersoon voor het ondersteuningsplan. In het ondersteuningsplan voor huishoudelijke ondersteuning is steeds de naam van de manager van Derman Thuiszorg Gelderland opgenomen. De plannen zijn ondertekend door de manager en de administratief medewerker.

Het valt de toezichthouder op dat één van de twee plannen door zowel de manager als de administratief medewerker zijn ondertekent in februari 1998, terwijl de cliënt het tekende in februari 2021. Dit lijkt een slordigheidsfout te zijn omdat de datum overeenkomt met de geboortedatum van de administratief medewerker is.

In deze ondersteuningsplannen is opgenomen welke taken worden uitgevoerd door de cliënt, door het netwerk van de cliënt, of de huishoudelijk ondersteuner. De naam van de manager van Derman Thuiszorg Gelderland is opgenomen als contactpersoon voor het ondersteuningsplan. Een naam van een medewerker die de ondersteuning levert is niet opgenomen.

1.2 Evaluatie

Deelconclusie: *Aan de gestelde eis wordt niet voldaan*

Beschrijving:

De begeleider stelt voor de cliënt een evaluatieverslag op. In het ECD blijkt niet dat deze evaluatie wordt opgesteld samen met de cliënt. Bij twee cliënten is in de rapportage terug te zien dat de begeleider heeft laten weten dat er een evaluatie aan gaat komen, het verslag was toen al opgesteld maar niet gedeeld met de betreffende cliënten, waardoor het ook niet is ondertekend.

Een datum van de eerstvolgende evaluatie staat niet in het ondersteuningsplan genoteerd. Het ECD geeft twee maanden voor het aflopen van een beschikking een signaal dat een evaluatie opgesteld moet gaan worden.

Bij een cliënt lopen de beschikkingen voor activerend werk en begeleiding op 1 oktober 2021 af. De begeleider heeft op 2 september 2021 de wijkcoach een verzoek om verlenging gemaakt. Hierbij is geen evaluatieverslag meegestuurd. Dit blijkt uit de mailwisseling tussen begeleider en wijkcoach.

De inkoop eis geeft aan dat 6 weken voor het aflopen van de beschikking activerend werk de evaluatie voorbereid en gepland dient te worden. Daarmee wordt niet voldaan aan de gestelde eis.

In het betreffende dossier is tijdens het onderzoek geen recent evaluatieverslag opgenomen. Het laatste evaluatieverslag in het dossier van deze cliënt is van maart 2020.

De geïnterviewde wijkcoach geeft aan geen evaluatieverslag te hebben ontvangen voorafgaand aan het aflopen van de beschikkingen activerend werk en begeleiding, ondanks verzoeken hierom per email.

In de papieren ondersteuningsplannen van twee cliënten met een beschikking voor huishoudelijke ondersteuning staat opgenomen wanneer een evaluatie ingepland moet gaan worden. Bij de cliënt waarvan de beschikking afloopt op 1-1-2022 staat geschreven dat medio december een evaluatiedatum wordt afgesproken.

Bij de cliënt waarvan de beschikking afloopt op 15-2-2021 staat geschreven dat eind nov.-dec. een evaluatiedatum ingepland moet worden.

1.3 Ondersteuning

Deelconclusie: *Aan de gestelde eis wordt deels voldaan*

Beschrijving:

Voor alle cliënten met een beschikking voor begeleiding en/of activerend werk is nu in het ECD een ondersteuningsplan opgesteld dat past bij de begeleidingsdoelen binnen verschillende leefgebieden. Soms zijn doelen omgezet in kleinere stappen, veelal zijn doelen opgesteld voor de gehele duur van de beschikking.

Voor de cliënten met een beschikking voor huishoudelijke ondersteuning is een ondersteuningsplan opgesteld met de cliënt waarin is vastgelegd welke taken worden uitgevoerd door de huishoudelijk ondersteuner, door de cliënt of door het netwerk van de cliënt.

De begeleiding wordt zowel op vaste geplande tijden bij de cliënt thuis als op de locatie van de aanbieder in Arnhem gegeven. Niet alle cliënten hebben bijvoorbeeld de beschikking over een computer waardoor 'regelzaken' en financiële ondersteuning op de locatie van de aanbieder plaats vinden.

De begeleiding wordt vooral gedaan door medewerkers in opleiding, waarmee niet wordt voldaan aan de eis die hieraan wordt gesteld, te weten: Uitvoering door een professional met een opleiding op minimaal mbo-3 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.

Cliënten met een beschikking voor activerend werk (allen stabiel op trede 3) komen op vaste middagen tussen 13.00 en 17.00 uur, passend bij hun beschikking, naar de locatie van de aanbieder in Arnhem. Daar doen zij gezamenlijk activiteiten zoals bakken, koken, spelletjes, wedstrijdjes, knutselen of wandelen onder begeleiding van medewerkers in opleiding. Het sociale aspect van samen zijn binnen de eigen cultuur is belangrijk voor de cliënten. Deze bijeenkomsten zijn gelijk aan de bijeenkomsten die eerder door Derman Thuiszorg Gelderland werd geboden aan cliënten met een beschikking voor dagbesteding.

Eén van deze cliënten doet op onregelmatige tijden vrijwilligerswerk bij kennissen uit het netwerk met bv. een bakkerij of andere winkel.

Het activerend werk, dat door de aanbieder in groepsverband wordt aangeboden, is vooral gericht op het behouden van de mate van participatie en op persoonlijk vlak: groei van zelfvertrouwen, sociale vaardigheden en betere zelfbeheersing en gezondheid.

2 Veiligheid

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

2.2 Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling

Deelconclusie: *Aan de gestelde eis wordt deels voldaan*

Beschrijving:

In de personeelsgids staat in de inhoudsopgave dat de meldcode als bijlage 2 is toegevoegd, maar deze ontbreekt zowel in het papieren exemplaar dat de toezichthouder kreeg ter inzage, als in de digitale versie die de toezichthouder na het onderzoek kreeg toegestuurd.

Vervolgens toont de aanbieder de model meldcode van de VNV uit 2014 als zijde de meldcode die door de aanbieder is vastgesteld. Deze meldcode is echter niet meer toereikend, het afwegingskader ontbreekt hierin. De aanbieder toont ook een afwegingskader, dit is een los document.

Een medewerker heeft ondertussen de door de aanbieder vastgestelde Meldcode Huiselijk geweld en kindermishandeling versie 6.0 uitgeprint. Dit is een korte samenvatting van de gehele meldcode waarin verwijzingen naar drie websites staan opgenomen. Hiervan zijn er twee niet meer actueel.

Een volledige meldcode (gebaseerd op het basismodel) is niet door de aanbieder opgesteld en vastgesteld.

De aanbieder lijkt niet bekend te zijn met het gebruik van het kwaliteitshandboek.

De aanbieder geeft aan dat de meldcode per mail door alle nieuwe medewerkers is ontvangen. De toezichthouder heeft twee 'verklaringen ontvangst exemplaren informatie medewerkers Thuiszorg Derman Gelderland' ingezien waarin de nieuwe medewerkers hebben getekend voor ontvangst van "de Personeelsgids, Melding Huishoudelijk geweld en kindermishandeling en de meest recente CAO VVT" te hebben ontvangen.

Het is de toezichthouder niet duidelijk geworden welk document de medewerkers hebben ontvangen als het gaat om de Meldcode Huiselijk geweld en kindermishandeling.

Een telefonisch geïnterviewde medewerker geeft aan naast de personeelsgids en het arbeidscontract geen andere documenten te hebben ontvangen zoals de Meldcode Huiselijke geweld en kindermishandeling.

Een tweede telefonisch geïnterviewde medewerker geeft aan niet zeker te weten of de Meldcode Huiselijk geweld en kindermishandeling is ontvangen. Deze medewerker geeft aan wel op de hoogte te zijn van dit document doordat in de opleiding aandacht is besteed aan de inhoud van de meldcode en hoe te handelen.

Sinds het kwaliteitsonderzoek in december 2020 is er geen aandacht geweest voor training van nieuwe medewerkers in het werken met de Meldcode. Daarmee wordt niet voldaan aan de eis dat de meldcode geïmplementeerd moet zijn, dat volgens deze meldcode wordt gewerkt en dat het gebruik daarvan wordt bevorderd.

2.4 Calamiteiten

Deelconclusie: Aan de gestelde eis wordt niet voldaan

Beschrijving:

De aanbieder heeft geen calamiteitenprotocol opgesteld.

Bij de vraag van de toezichthouder om dit protocol te tonen laat de aanbieder het ontruimingsplan zien. De aanbieder heeft geen calamiteitenprotocol opgesteld.

In de VIM procedure van de aanbieder blijkt het melden van calamiteiten bij de IGJ opgenomen (voor Wlz-cliënten). Voor het melden van calamiteiten bij cliënten met een beschikking vanuit de Wmo is geen werkwijze niet opgenomen.

3 Samenwerking en afstemming

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

3.1 Afstemming

Deelconclusie: Aan de gestelde eis wordt niet voldaan

Beschrijving:

Een geïnterviewde wijkcoach geeft aan geen contact te hebben met de aanbieder over de gestelde doelen gedurende de looptijd van de beschikking voor Activerend werk. Beschikking van cliënten van deze wijkcoach lopen binnen 3 weken af. Er is nog geen evaluatieverslag ontvangen, ook is niet duidelijk wie de begeleider van deze cliënten is.

Een andere wijkcoach geeft aan dat een cliënt die al jaren begeleiding ontvangt van Derman Thuiszorg Gelderland, graag zelfstandiger wil worden, maar erg afhankelijk blijft van de aanbieder. Om die reden is geen nieuwe beschikking voor begeleiding verstrekt, maar gaat de wijkcoach deze cliënt zelf begeleiden. Dit is passend binnen het beleid van de gemeente Arnhem.

4 Kwaliteit van personeel en organisatie

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

4.1 Kwaliteitssysteem

Deelconclusie: Aan de gestelde eis wordt deels voldaan

Beschrijving:

De aanbieder beschikt over een ISO9001:2015 certificaat. Een herhalings-audit gaat eind september 2021 plaatsvinden.

De aanbieder heeft een kwaliteitshandboek versie 0.6 van 1 juni 2020, waarin alle protocollen en richtlijnen zijn opgenomen. Alle documenten zijn niet ouder dan drie jaar.

De toezichthouder constateert dat de volgende werkinstructies en handelingsprotocollen nog niet passend zijn opgesteld voor de uitvoering van de gecontracteerde vormen Huishoudelijk ondersteuning, begeleiding Basis en Activerend werk.

- Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling: deze voldoet niet (zie toelichting onder 2.2)

- Protocol calamiteitentoezicht: Informatie over het melden van calamiteiten bij de IGJ is opgenomen in het protocol "Beleid Veilig Incidenten Melden (VIM). Dit document bevat geen informatie omtrent het melden van calamiteiten bij de Wmo-toezichthouder als het gaat om een cliënt met een Wmo-beschikking.

Volgens het plan van aanpak dat de aanbieder opstelde na de herhalings-audit in juli 2020 zouden in Q4 van 2020 en Q1 van 2021 de benodigde activiteiten ten behoeve van kwaliteitsverbetering afgerond moeten zijn. Implementatie van het kwaliteitshandboek bij alle medewerkers was één van de activiteiten.

Tijdens deze herinspectie blijkt dat niet alle medewerkers bekend zijn met het kwaliteitshandboek.

Een andere activiteit beschrijft dat in Q1 2021 een protocol opgesteld dient te zijn waarin de wijze van aanname van personeel van Derman Thuiszorg Gelderland beschreven staat. Ten tijde van deze herinspectie is dit protocol niet aanwezig.

4.2 Personeelsbeleid

Deelconclusie: Aan de gestelde eis wordt niet voldaan

Beschrijving:

In de personeelsgids van de aanbieder is omtrent scholing het volgende geschreven:

"4.7 Opleidingen en trainingen Het (bij)scholen van medewerkers van Derman Thuiszorg wordt gezien als een essentieel onderdeel van de organisatie. De zorg is zeer dynamisch en kijkend naar de veranderingen in de zorg, zijn wij van mening dat het van meerwaarde is om ons personeel regelmatig bij te scholen. De deskundigheid van ons personeel wordt jaarlijks op peil gehouden door ze te scholen of op te leiden voor een handeling/functie welke past bij de uit te oefenen functie/takenpakket."

De aanbieder heeft een Opleidingsbeleid opgesteld waarin opleidingsdoelen zijn beschreven. Gedurende het kalenderjaar 2021 is geen opleiding aan de medewerkers gegeven of aangeboden, behalve een BHV cursus die geboekt is voor 16 nov. 2021.

De aanbieder zegt hierover: *"de inhoud van het beleid is alleen op papier, de doelen zijn niet nagekomen. We zijn van plan om tijdens functioneringsgesprekken de opleidingsbehoefte in kaart te brengen."*

Sinds de inspectie in december 2020 hebben bijna alle medewerkers die werden ingezet voor de begeleiding en het activerend werk afscheid genomen van de aanbieder. Na hun vertrek hebben de cliënten te maken met veel wisselingen, zij zien meerdere begeleiders. In het dossier van een cliënt met een beschikking voor begeleiding is te zien dat deze in de afgelopen maanden te maken had met vijf verschillende medewerkers.

De aanbieder zegt hierover: *"Onze cliënten hebben moeite met het vertrouwen van nieuwe mensen. Zeker ook als zij ondersteuning nodig hebben bij financiële zaken en geld opnemen bij een pinautomaat."*

Medewerkers die worden ingezet voor de begeleiding Basis, waarvoor 8 cliënten een beschikking hebben, dienen te beschikken over een diploma op minimaal Mbo-3 nivo op het gebied van Zorg en Welzijn. Momenteel is er alleen de manager voldoende gekwalificeerd om deze begeleiding te geven. In de praktijk wordt de begeleiding dan ook gedaan door een stagiaire.

Een stagiair zegt hierover: *"Sinds juni begeleid ik twee cliënten (waarvan 1 Wmo-client). Mijn begeleider, de manager, is eerst een paar keer mee geweest. Nu doe ik de begeleiding zelfstandig en rapporteer hier ook over in het ECD. Ik vertel de manager steeds wat ik heb gedaan."*

Bij ziekte en vakantie van medewerkers wordt getracht vervanging in te zetten.

Bij cliënten met een beschikking voor huishoudelijk hulp wordt maandelijks een planning gemaakt van de in te zetten medewerkers. Een cliënt heeft daardoor te maken met wisselende medewerkers.

De kwalificatie van medewerkers die momenteel worden ingezet voor de begeleiding en het activerend werk is als volgt:

- 1 manager (tevens zo nodig begeleider) diploma Mbo-4 Persoonlijk begeleider specifieke doelgroepen
- 1 begeleider diploma Mbo-4 Persoonlijk begeleider specifieke doelgroepen (momenteel met zwangerschapsverlof)
- 1 begeleider in opleiding Mbo-4 Sociaal maatschappelijke dienstverlening (momenteel langdurig ziek)
- 1 begeleider in opleiding (BBL) Hbo Social Work, zal naar verwachting dit najaar de Propedeuse behalen (waarvan 1 langdurig ziek, 1 met zwangerschapsverlof en 1 tevens manager is)
- 4 stagiaires Mbo persoonlijk begeleider specifieke doelgroepen nivo 4 (1 BBL, 3 BOL)

Deze medewerkers, waarvan er 5 recent (tussen maart en aug. 2021) zijn gestart met hun werkzaamheden, worden ondersteund door een administratief medewerker en een HR medewerker.

Tevens zijn er 8 huishoudelijk ondersteuners werkzaam bij de aanbieder.

Het inwerken en begeleiding van deze nieuwe medewerkers/stagiairs is en wordt in 2021 steeds door de manager gedaan. De manager zegt hierover: *"We zijn echt bezig met een doorstart met veel nieuwe mensen."*

4.3 Goed hulpverlenerschap, professionele standaard en kwaliteit

Deelconclusie: Aan de gestelde eis wordt niet voldaan

Beschrijving:

In het Kwaliteitshandboek van de aanbieder staat de doelgroep, net als bij de inspectie in december 2020, beschreven:

"De doelgroep van Derman Thuiszorg zijn zorgbehoevende ouderen die een plek zoeken waarbij zij het leven kunnen blijven leiden dat zij gewend zijn, met indien nodig een uitgebreid zorg- en servicepakket"

Dit komt niet overeen met de huidige visie op het leveren van kwalitatief goede, verantwoorde en proportionele ondersteuning waarbij de cliënt zoveel mogelijk gestimuleerd dient te worden zelfstandig te functioneren waarbij waar nodig ondersteuning wordt geboden.

Tevens handelt de aanbieder niet volgens de door hem zelf opgestelde plan van aanpak naar aanleiding van de heraudit in juli 2020. Zie hiervoor de beschrijving bij 4.1.

Het plan van aanpak dat bij de gemeente werd aangeleverd naar aanleiding van het kwaliteitsonderzoek in december 2020 zijn acties opgenomen naar aanleiding van de geconstateerde tekortkomingen ten tijde van het kwaliteitsonderzoek in juni 2016. Hieraan zijn actiedata gekoppeld in april, mei, juni en juli 2021 liggen.

4.4 Medewerkers: Verklaring omtrent gedrag (VOG)

Deelconclusie: Aan de gestelde eis wordt niet voldaan

Beschrijving:

De toezichthouder heeft van alle medewerkers (16) het personeelsdossier ingezien waarbij de aanwezige VOG's zijn beoordeeld.

Van twee medewerkers was geen VOG aanwezig.

De VOG van drie medewerkers (huishoudelijk ondersteuners) is ouder dan drie jaar.

4.5 Informatievoorziening en website

Deelconclusie: Aan de gestelde eis wordt deels voldaan

Beschrijving:

Op de website staat nu de volgende informatie over ondersteuning die vanuit de Wmo geboden kan worden:

"Gemeenten moeten ervoor zorgen dat mensen zolang mogelijk thuis kunnen blijven wonen. De gemeenten geeft ondersteuning thuis via de wet maatschappelijke ondersteuning."

Ondersteuning thuis via de WMO

Gemeenten zijn verantwoordelijk voor de ondersteuning van mensen die niet op eigen kracht zelfredzaam zijn. Het gaat bijvoorbeeld om:

- begeleiding en begeleiding groep
- ondersteuning om de mantelzorger tijdelijk te ontlasten;
- activerend werk
- Huishoudelijke Hulp"

Hiermee voldoet de aanbieder grotendeels aan de eis dat hij een actueel overzicht van gecontracteerde producten en diensten publiceert op zijn website. Voor het product 'begeleiding groep' is de aanbieder echter niet gecontracteerd.

De klachtenregeling is tevens opgenomen, evenals een klachtenjaerverslag over 2019. Een klachtenjaerverslag over 2020 ontbreekt.

Cliënten met een beschikking voor Huishoudelijke Ondersteuning ontvangen de benodigde informatie zowel mondeling als schriftelijk in hun eigen (Turkse of Nederlandse) taal.

5 Rechten van de cliënt

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

5.1 Klachtenregeling

Deelconclusie: Aan de gestelde eis wordt niet voldaan

Beschrijving:

Over 2020 is geen klachtenjaerverslag opgesteld. De aanbieder heeft een klachtenjaerverslag over 2019 op zijn website gepubliceerd. Uit het onderzoek van december 2020 blijkt dat dit niet voldoet aan de gestelde eisen.

De aanbieder zegt over klachten: "Onze cliënten zijn vanuit hun cultuur niet gewend om een klacht in te dienen. Soms bellen ze wel, dan lossen we het op."

Telefonisch binnengekomen klachten worden niet als zodanig geregistreerd.

De toezichthouder heeft 4 ingevulde klachtenformulieren, allen van 2021, ingezien. Deze klachten betroffen klachten van medewerkers over:

- een slecht werkende telefoon,
- onduidelijkheid over de periode van vakantie,
- onjuiste salarisbetaling.

Het vierde klachtenformulier betrof een melding door een medewerker van grensoverschrijdend gedrag en agressie door een cliënt. Deze klacht had als MIC ingediend en behandeld moeten worden.

In alle gevallen ontbreekt:

- 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)

ZIENSWIJZE AANBIEDER

Thuiszorg Derman Gelderland V.O.F.

Zoomstraat 2

6826 BS Arnhem
(+31) 26 8403009
info@dermanzorg.com



15 september 2021

Betreft: **Reactie herinspectie WMO toezicht
VGGM**

[REDACTED]

Beste [REDACTED]

Via deze zienswijze willen wij graag de volgende punten aangepast zien:

2.4 calamiteiten:

Derman beschikt over een protocol opgesteld voor de WMO samen met een algemeen melding calamiteiten wmo Arnhem bestand en factsheet calamiteiten GGD midden Gelderland bestand. Dit is tijdens de herinspectie verkeerd geïnterpreteerd omdat er tijdens een ISO audit kort voor de herinspectie het algemene protocol gebaseerd op de zorg (zvw,wlz) werd aangetoond. Documenten waarin stappen voor een calamiteitenmelding WMO uitgewerkt staan zijn ook al door de GGD en gemeente opgesteld deze zijn dan ook onmogelijk over het hoofd te zien.

4.3 Goed hulpverlenerschap, professionele standaard en kwaliteit:

u interpretatie op het geschreven is voor ons geen akkoord. U schrijft letterlijk overgenomen (Dit komt niet overeen met de huidige visie op het leveren van kwalitatief goede, verantwoorde en proportionele ondersteuning waarbij de cliënt zoveel mogelijk gestimuleerd dient te worden zelfstandig te functioneren waarbij waar nodig ondersteuning wordt geboden) Derman schrijft ;De doelgroep van Derman Thuiszorg zijn zorgbehoevende ouderen die een plek zoeken **waarbij zij het leven kunnen blijven leiden dat zij gewend zijn, met indien nodig** een uitgebreid zorg- en servicepakket". hier wordt duidelijk aangegeven dat Derman cliënten zal ondersteunen waar nodig om dagelijkse hun leven op te pakken ,dus hun zelfredzaamheid.

Graag zien wij deze twee punten aangepast in uw rapport.

Met vriendelijke groet,

Note van de toezichthouder: Bovenstaande zienswijze is door de aanbieder gedateerd op 15 september 2021, dit moet 15 oktober 2021 zijn.

- De toezichthouder ziet in de zienswijze geen aanleiding om haar beoordeling te wijzigen.

BRONOVERZICHT

Doelmatigheid voorziening:

- 4 dossiers van cliënten met verschillende beschikkingen ingezien
- Geen evaluatieverslagen aanwezig van 2021
- Gesproken met:
 - o Manager van Derman Thuiszorg Gelderland
 - o Administratief medewerker
 - o HR-medewerker
 - o 3 Begeleiders in opleiding
 - o Planner wijkverpleging (eerder als verzorgende werkzaam bij Derman)
 - o Kwaliteitsmedewerker (uit dienst sinds maart 2021)
- Rooster en ingezette uren medewerkers voor begeleiding in dossier van 4 cliënten
- Aanwezigheidslijsten activerend werk augustus en september 2021, en steekproef juni 2021
- Format ondersteuningsplan Huishoudelijk ondersteuning
- Informatie Algemene voorziening Huishoudelijk ondersteuning op papier in Nederlands en Turks

Veiligheid:

- Kwaliteitshandboek juni 2020 versie 0.6
- Beleid Veilig Incidenten melden versie 0.6
- Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling versie 0.6

Samenwerking en afstemming:

- Mailwisseling tussen begeleider in opleiding en wijkcoach om te komen tot een afspraak voor de evaluatie van beschikkingen van drie cliënten d.d. 2 september 2021 en 6 september 2021
- Interview met drie wijkcoaches

Kwaliteit van personeel en organisatie:

- ISO 9001 certificaat geldig tot december 2023
- Opleidingsbeleid versie 0.6
- 4 klachten van 2021 in een snelhechter
- Personeelsgids versie 0.6
- 2 verklaringen voor ontvangst van documenten bij de aanstelling
- Overzicht van alle huidige voor de Wmo-cliënten ingezette medewerkers
- Alle aanwezige VOG's in personeelsdossiers
- Verslagen van in- en externe audits d.d.
- Huisregels voor stagiaires
- Opleidingsbeleid Derman Thuiszorg versie 0.6
- Informatie op de website www.dermanthuiszorg Gelderland.nl
- Plan van aanpak n.a.v. de heraudit in juli 2020
- Plan van aanpak n.a.v. het kwaliteitsonderzoek in december 2020

Rechten van de cliënt:

- Klachtenprocedure incl. klachtenformulier versie 0.5 in Nederlands en Turks op de website

GEGEVENSOVERZICHT

Opvanggegevens

Naam : Derman Thuiszorg Gelderland
Adres : Zoomstraat 2
Postcode en woonplaats : 6826 BS Arnhem
Telefoonnummer : 026 8403009
Website aanbieder : www.thuiszorgdermangelderland.nl
Email aanbieder : info@dermanzorg.nl
Aantal medewerkers : 16
Rechtsvorm : V.O.F.
HKZ/ISO gecertificeerd : ISO

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 : Eusebiusbuitensingel 53
Postcode en woonplaats : Arnhem

Planning

Datum inspectie : 21-09-2021
Opstellen concept inspectierapport : 04-10-2021
Hoor/wederhoor : 13-10-2021
Zienswijze ontvangen : 15-10-2021
Vaststelling inspectierapport : 18-10-2021
Verzending inspectierapport : 18-10-2021

BIJLAGE 1 EISEN

1 Doelmatigheid voorziening

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

Eis 2 Inkoopdocument Algemeen programma van eisen	Alle zorgvormen, behalve als alleen groepsbegeleiding stabiel wordt geboden	
<p>In het ondersteuningsplan zijn in ieder geval de volgende onderwerpen beschreven:</p> <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
Wettelijke kwaliteitseis: De voorziening is doelmatig, doeltreffend en cliëntgericht	Alle zorgvormen	
Rapportage vindt doelgericht en regelmatig plaats		Deels
Er vindt urenregistratie plaats van de geleverde ondersteuning.		Ja

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

Eis 3 Inkoopdocument Activerend werk Zorgvorm specifieke eisen	Activerend Werk	
Aanvullend op de algemene eisen is aanbieder Activerend werk verantwoordelijk voor het voorbereiden en plannen van een evaluatiegesprek 6 weken voorafgaande aan het einde van de lopende toewijzing met cliënt en het lokaal team.		Nee
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 aanbrengen 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 Huishoudelijke ondersteuning Productbeschrijving 01H02	Huishoudelijke Ondersteuning 01H02	
De huishoudelijke ondersteuner / COT heeft een actieve signalerende functie t.a.v. de gezondheidssituatie, de leefomstandigheden en de sociale omgeving van de cliënt.		Ja
Eis 1 Inkoopdocument Activerend werk Zorgvorm specifieke eisen	Activerend Werk	
De aanbieder onderschrijft de uitgangspunten van Activerend werk: <ul style="list-style-type: none"> - Zo passend mogelijk: de kracht, kwaliteiten, mogelijkheden en ondersteuningsvraag van de cliënt staan centraal in relatie tot de gestelde doelen. - Zo lokaal mogelijk: werkplekken worden zoveel mogelijk in de nabijheid van de cliënt georganiseerd. - Zo regulier mogelijk: bij voorkeur vindt het werk plaats op een reguliere werkplek. - Gericht op ontwikkeling: waar mogelijk vergroten of anders versterken of behouden van de mate van participatie (gekoppeld aan de participatieladder) en op persoonlijk vlak: groei van zelfvertrouwen en sociale vaardigheden en betere zelfbeheersing en gezondheid. 		Deels
Inkoopdocument Productbeschrijvingen Activerend werk Stabiel arrangement Activerend werk, stabiel op trede 3	Activerend Werk Stabiel arrangement, trede 3	
De begeleider is op de werkplek of nabij.		Ja

2 Veiligheid

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

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.		Nee

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 toezichhoudend 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.)		Nee

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 9 Inkoopdocument Activerend werk Zorgvorm specifieke eisen	Activerend Werk	

Aanbieder Activerend werk is verantwoordelijk voor het aantoonbaar monitoren van de ontwikkeling van de cliënt op de gestelde doelen opgesteld door lokale toegang samen met cliënt.		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 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.		Deels
In het kwaliteitshandboek zijn alle kwaliteitsdocumenten gebundeld en is de vindplaats van alle kwaliteitsdocumenten te achterhalen. Onder kwaliteitsdocumenten worden alle protocollen, richtlijnen, werkinstructies, notities en andere voor het werkproces relevante geschreven teksten verstaan. Documenten waarin de kwaliteitsborging beschreven is, maken hier tevens deel van uit. Tevens bevat dit kwaliteitsbeleid werkinstructies en handelingsprotocollen die van toepassing zijn voor de uitvoering van de gecontracteerde opdrachten. De meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling (eis 8), de klachtenregeling (eis 9) en het protocol calamiteiten toezicht (eis 10) zijn minimaal aanwezig en verwerkt in het kwaliteitssysteem en onderdeel van het kwaliteitshandboek.		Deels
Medewerkers zijn op de hoogte van deze werkinstructies en handelingsprotocollen en handelen daar naar.		Nee

4.2 Personeelsbeleid	Eisen zijn van toepassing op	Ja/Nee/Deels /N.v.t.
Eis 13 Inkoopdocument Algemeen programma van eisen	Alle zorgvormen	
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. 	Nee	

- 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.		
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 Glazenwassersbedrijf, Arbeid en Gezondheid (CAO Schoonmaak 2017- 2019). <ul style="list-style-type: none"> • Zorghulp niveau 1/Basisopleiding schoonmaak inclusief certificaat/diploma of vergelijkbare ervaring en/of opleiding. • Interne opleiding voor cliënt bejegening. • Beloning en salaris zijn conform de salarisschalen van de CAO. 		Ja

4.3 Goed hulpverlenerschap, professionele standaard en kwaliteit	Eisen zijn van toepassing op	Ja/Nee/Deels /N.v.t.
Eis 14 Inkoopdocument Algemeen Programma van eisen	Van toepassing op alle zorgvormen	
Binnen de in de opdracht en overige inkoopdocumenten gestelde kaders neemt opdrachtnemer ten opzichte van de cliënt bij de uitvoering van zijn werkzaamheden de ondersteuning van een goed hulpverlener in acht en handelt daarbij in overeenstemming met de op hem rustende verantwoordelijkheid, voortvloeiende uit de voor hem of haar geldende professionele standaard en conform alle gestelde eisen en voorwaarden. Tot goed hulpverlenerschap wordt in ieder geval ook gerekend het leveren van kwalitatief goede, verantwoorde en proportionele ondersteuning binnen de hiertoe geldende of nog te stellen termijnen.		Nee

4.4 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.		Nee

(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.)		
---	--	--

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

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.
<p>In het klachtenjaarverslag/klachtenlijst is minimaal beschreven:</p> <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

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