

WMO TOEZICHT

Onderzoeksrapport

Definitief rapport kwaliteitsonderzoek
Naam: Derman Thuiszorg Gelderland
Adres: Zoomstraat 2
Postcode en woonplaats: 6826 BS Arnhem
KvK nummer: 59249218

Zorgvorm: Begeleiding en huishoudelijke ondersteuning

Datum inspectie: 11 juni 2024
In opdracht van: Modulaire Gemeenschappelijke Regeling sociaal domein regio Centraal Gelderland en gemeente Arnhem

Inhoudsopgave

Inleiding	3
Korte beschrijving van de locatie en de doelgroep	3
Onderzoek: aanleiding en belang	4
Inspectiehistorie	5
Conclusie en advies	6
Advies aan de gemeente	9
Bevindingen	10
1 Doelmatigheid voorziening	10
1.1 Ondersteuningsplan	10
1.2 Evaluatie	11
1.3 Ondersteuning	12
1.4 Zelfredzaamheid	12
1.5 Wonen en zorg	13
2 Veiligheid	13
2.1 Veiligheid cliënt	13
2.2 Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling	13
2.3 Intern meldingssysteem incidenten/bijna incidenten	14
2.4 Calamiteiten	14
3 Samenwerking en afstemming	15
3.1 Afstemming	15
3.2 Casusregie	15
4 Kwaliteit van personeel en organisatie	16
4.1 Kwaliteitssysteem	16
4.2 Personeelsbeleid	16
4.3 Medewerkers: Verklaring omtrent gedrag (VOG)	17
4.4 Informatievoorziening en website	17
5 Rechten van de cliënt	18
5.1 Klachtenregeling	18
5.2 Rechten van de cliënt en gedragscode	18
Schriftelijke reactie aanbieder	19
Bronoverzicht	21
Gegevensoverzicht	22
Bijlage 1 Eisen	23
1 Doelmatigheid voorziening	23
2 Veiligheid	26
3 Samenwerking en afstemming	27
4 Kwaliteit van personeel en organisatie	28
5 Rechten van de cliënt	31

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 (hierna: MGR SDCG), te weten Arnhem, Doesburg, Duiven, Lingewaard, Overbetuwe, Renkum, Rheden, Rozendaal, Wageningen, Westervoort en Zevenaar.

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

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

De rapporten van Wmo kwaliteitstoezicht uitgevoerd door de toezichhouders van de GGD Gelderland-Midden worden gepubliceerd op de website www.ggdgm.nl.

Bezwaar op de openbaarmaking van het rapport van het kwaliteitsonderzoek uitgevoerd bij Derman Thuiszorg Gelderland V.O.F. kan worden ingediend bij de gemeente Arnhem.

Korte beschrijving van de locatie en de doelgroep

Derman Thuiszorg Gelderland V.O.F. (hierna: de aanbieder) biedt begeleiding, dagbesteding, thuiszorg, wonen en huishoudelijke ondersteuning aan ouderen met een migratieachtergrond. Dit doet de aanbieder vanuit de volgende visie:

“Derman Zorg beoogt door middel van een divers teams aan zorgprofessionals met verschillende culturele en taalachtergronden, de juiste kennis, inzicht, taalbeheersing en expertise te organiseren waardoor zij kunnen aansluiten op de zorg en ondersteuningsvragen van cliënten met zoveel mogelijk verschillende achtergronden. Daarnaast beoogt Derman Zorg in de inrichting en aankleding van haar locaties culturele invloeden te verwerken wat bijdraagt aan de mate van ‘thuis’ voelen van de cliënten. Derman Zorg gelooft dat de mate van zelfregie en zelfredzaamheid van grote invloed is op de mate van kwaliteitsbeleving van zorgvragers. Met deze reden hanteert zij een activerende werkwijze en benadering naar de cliënten toe”.

In de gemeenten vallend onder de MGR SDCG is de aanbieder gecontracteerd voor het bieden van begeleiding basis en huishoudelijke ondersteuning 01H01. Momenteel ontvangen drie cliënten begeleiding en 16 cliënten huishoudelijke ondersteuning. Daarnaast ontvangen drie cliënten zowel begeleiding als huishoudelijke ondersteuning. Allen hebben een beschikking van de gemeente Arnhem.

De ondersteuning wordt geleverd op basis van Zorg in Natura financiering. Daarnaast levert de aanbieder zorg vanuit de Wlz en zorgverzekeringswet.

Huishoudelijke ondersteuning wordt geleverd door zes medewerkers en begeleiding door vier. Zij vormen samen, met de medewerkers die Wlz zorg leveren, één team. Dagelijkse aansturing vindt plaats

door een manager die incidenteel begeleiding levert aan cliënten. De twee vennoten zijn eindverantwoordelijk.

De aanbieder werkt vanuit de Wmo niet met of als onderaannemer.
De aanbieder is ISO gecertificeerd.

Onderzoek: aanleiding en belang

Dit onderzoek heeft plaatsgevonden in opdracht van de MGR SDCG, waarbij de gemeente Arnhem als opdrachtgevende gemeente optreedt. Uitgangspunt voor het toezicht zijn de kwaliteitscriteria uit de Wmo 2015 aangevuld met alle eisen en voorwaarden waaronder de aanbieder gecontracteerd is binnen Inkoop 2020.

De aanleiding van het onderzoek waren uitkomsten van een kwaliteitsonderzoek bij de aanbieder door de IGJ in 2023 en 2024. Het onderzoek had als doel na te gaan of de aanbieder voldoet aan de wettelijke kwaliteitseisen en aan de aanvullende eisen vanuit de gemeentelijke verordening en de regionale contracteisen en -voorwaarden.

Het inspectiebezoek vond plaats op 11 juni 2024. Het betrof een aangekondigd inspectiebezoek. Het onderzoek bestond uit observatie, bronnenonderzoek (o.a. cliëntdossiers) en interviews. Er hebben tijdens het bezoek gesprekken plaatsgevonden met een manager, een kwaliteitsmedewerker en een begeleider van de aanbieder.

Verder zijn ten behoeve van het onderzoek gesprekken gevoerd met vier wijkcoaches van de gemeente Arnhem, één cliënt, één begeleider en twee huishoudelijk ondersteuners. De leidinggevende was bij deze gesprekken niet aanwezig.

Alle gesproken personen stelden zich coöperatief op. De gesprekken verliepen grotendeels in een open en professionele sfeer. De toezichthouder merkt hierbij wel op dat de aanbieder tijdens het inspectiebezoek onjuiste informatie heeft verstrekt aan de Wmo toezichthouder over de inzet van een medewerker die (nog) geen VOG heeft overlegd.

Tijdens het inspectiebezoek bleek dat op dat moment ook een onderzoek plaatsvond bij de aanbieder door het zorgkantoor. De toezichthouder heeft de MGR SDCG hierover geïnformeerd en afstemming gezocht met het zorgkantoor.

In de afrondende fase van dit kwaliteitsonderzoek bleek dat ook een ander zorgkantoor een onderzoek is gestart bij de aanbieder.

Inspectiehistorie

In het verleden hebben meerdere kwaliteitsonderzoeken bij de aanbieder plaatsgevonden door de Wmo toezichthouder in opdracht van de gemeente Arnhem en MGR SDCG. Daarnaast zijn door de IGJ en het zorgkantoor kwaliteitsonderzoeken bij de aanbieder uitgevoerd. De rapporten van de IGJ zijn te vinden op www.toezichtdocumenten.igj.nl.

De volgende onderzoeken zijn uitgevoerd door de Wmo toezichthouder van GGD Gelderland-Midden:

Op **9 november 2016** heeft de toezichthouder van GGD Gelderland Midden een kwaliteitsonderzoek uitgevoerd bij de aanbieder in opdracht van de gemeente Arnhem. Aandachtspunten voortkomend uit dit onderzoek waren gericht op ondersteuningsplannen, bekendheid van protocollen en werkinstructies onder medewerkers, opstellen van documenten in begrijpelijke taal voor cliënten, aanwezigheid van een ontruimingsplan en het oefenen hiervan, implementatie van bijscholing, registratie van klachten, opvolging geven aan resultaten uit tevredenheidsonderzoeken, instellen van een personeelsvertegenwoordiging en het intern meldingssysteem voor incidenten.

De toezichthouder adviseerde de gemeente Arnhem een hersteltermijn te bieden aan de aanbieder op de geconstateerde aandachtspunten.

Op **7 december 2020** heeft de toezichthouder van GGD Gelderland-Midden in opdracht van de MGR SDCG een signaal gestuurd kwaliteitsonderzoek uitgevoerd bij de aanbieder. Er werden tekortkomingen vastgesteld ten aanzien van ondersteuningsplannen, evaluatie, urenregistratie, meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling, meldplicht bij calamiteiten, monitoren van de ontwikkeling van cliënten activerend werk, kwaliteitsmanagementsysteem, bekendheid van werkinstructies en protocollen bij medewerkers, personeelsbeleid, handelen in overeenstemming met de professionele standaard, VOG's van medewerkers, klachtenjaarverslag en de website van de aanbieder.

De toezichthouder adviseerde de MGR SDCG te handhaven op de gestelde aandachtspunten en de aanbieder hiervoor een hersteltermijn te geven.

Gedurende het kwaliteitsonderzoek dd. 7 december 2020 werd ook onderzoek uitgevoerd bij de aanbieder door het zorgkantoor. Hierop is door MGR SDCG een cliëntenstop opgelegd bij de aanbieder, omdat de aanbieder zich niet had gehouden aan de meldingsplicht bij lopende onderzoeken naar misstanden en/of fraude binnen de organisatie, zoals opgenomen in de inkoopvoorwaarden van de MGR SDCG.

Vervolgens heeft hierop in opdracht van de MGR SDCG op **21 september 2021** een nader kwaliteitsonderzoek plaatsgevonden bij de aanbieder waarin de eisen, waaraan tijdens het kwaliteitsonderzoek dd. 7 december 2020 niet werd voldaan, opnieuw zijn getoetst. De toezichthouder constateerde dat onvoldoende verbetering was aangebracht op de eerder vastgestelde tekortkomingen.

De toezichthouder adviseerde de MGR SDCG te handhaven conform handhavingsbeleid.

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 Derman Thuiszorg Gelderland wordt voldaan aan een deel van de gestelde wettelijke (kwaliteits)eisen en gemeentelijke eisen, zie hiervoor de bevindingen in het rapport.

De aanbieder heeft, naar aanleiding van kwaliteitstoezicht door de IGJ in 2023 en 2024, een kwaliteitsslag gemaakt binnen de organisatie. Sinds drie maanden is een kwaliteitsmedewerker in loondienst getreden die het kwaliteitsmanagementsysteem en vrijwel alle werkinstructies en protocollen heeft herzien. Het kwaliteitsmanagementsysteem is opnieuw ingericht, waardoor beleid makkelijker vindbaar moet zijn voor medewerkers. Het herziene kwaliteitsmanagementsysteem en de herziene werkinstructies en protocollen moeten nog geïmplementeerd worden.

Uit inzage in werkinstructies en protocollen blijken deze grotendeels geactualiseerd, maar dient implementatie hiervan nog plaats te vinden. Het is onduidelijk hoe en wanneer herzien beleid geïmplementeerd zal worden. Ook moeten over de inhoud van sommige werkinstructies nog interne afspraken worden gemaakt.

In de meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling wordt bijvoorbeeld naar een aandachtfunctionaris verwezen die nu niet is aangesteld. De aanbieder geeft aan tot die tijd gebruik te maken van een algemeen stappenplan, dat in een kantoorruimte van de aanbieder aan de muur hangt. De meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling is onvoldoende geïnstrueerd aan medewerkers. Eén begeleider noemt hierop gewezen te zijn. De huishoudelijk ondersteuners zijn hiermee niet bekend. Hierbij noemt één huishoudelijk ondersteuner niet met de meldcode te werken, omdat deze niet met kinderen werkt.

Het incidentenbeleid moet nog herzien worden. Uit het onderzoek blijkt dat de inhoud hiervan niet overeenkomt met de praktijk. De huishoudelijk ondersteuners hanteren bijvoorbeeld een andere werkwijze in het melden van incidenten dan hierin is opgenomen.

Ook geeft de aanbieder aan dat incidenten sinds kort standaard tijdens het operationeel overleg worden besproken. Hierover zijn geen afspraken in beleid opgenomen en uit gesprekken blijkt dat hier in de praktijk geen sprake van is en dat incidenten nu onvoldoende opvolging krijgen. Hierdoor is geen sprake van een eenduidige en geborgde werkwijze voor het melden, registreren, analyseren, opstellen van verbetermaatregelen en terugkoppelen aan de melder bij incidenten.

Daarnaast sluit het incidentenbeleid onvoldoende aan op het recent herziene calamiteitenprotocol.

De aanbieder beschikt grotendeels over voldoende bewaarde en gekwalificeerde medewerkers voor het uitvoeren van de Wmo voorzieningen. Alle huishoudelijk ondersteuners zijn in bezit van een passend

diploma of certificaat. Zij ontvangen echter geen interne opleiding voor cliëntbejegening van de aanbieder, waardoor niet volledig aan gestelde eis wordt voldaan.

Daarnaast beschikt één van de vier begeleiders niet over een diploma op gebied van Zorg en Welzijn¹. Van de andere drie medewerkers beschikt één over een Hbo diploma en twee over een Mbo niveau 4 diploma conform gestelde eisen. De manager, die incidenteel ondersteuning levert, beschikt tevens over een passend Mbo niveau 4 diploma.

Ook hebben de medewerkers vrijwel allemaal een passende VOG overlegd. Voor één begeleider, die een week voor het inspectiebezoek in dienst is gekomen bij de aanbieder, is de VOG nog in aanvraag. Tijdens het inspectiebezoek gaf de manager aan dat deze begeleider hierom nog geen ondersteuning biedt aan cliënten. Uit het onderzoek blijkt echter dat deze begeleider wel degelijk ondersteuning biedt aan cliënten en de manager hierover onjuiste informatie heeft verstrekt aan de toezichthouder. De manager beschikt daarnaast over een VOG die niet is aangevraagd op het vereiste functieprofiel. Hiermee wordt niet volledig aan de gestelde eis voldaan.

Voor iedere cliënt wordt een digitaal cliëntdossier aangemaakt met o.a. een ondersteuningsplan, risico inventarisatie en evaluatieverslagen. Een deel van de cliënten ontvangen meerdere zorgvormen van de aanbieder. Per zorgvorm is een vaste medewerker aan de cliënt toegewezen. Doelen worden per zorgvorm opgesteld en integraal verwerkt in één ondersteuningsplan.

De huishoudelijk ondersteuners hebben hierin echter geen inzage en zijn niet bekend met de hierin opgenomen doelen. De huishoudelijk ondersteuners maken enkel mondeling afspraken met de cliënt over de uit te voeren werkzaamheden. Dit doen zij aan de hand van een standaard aftekenlijst met huishoudelijke taken. Via deze lijst houden zij ook een urenregistratie bij, waarna deze wordt ondertekend door de cliënt. Hieruit blijkt onvoldoende sprake van een werkplan voor cliënten met een beschikking voor enkel huishoudelijke ondersteuning dat is toegespitst op de situatie van de cliënt en in bezit is van de cliënt, zoals omschreven in de gestelde eisen.

De toezichthouder heeft verder vier digitale cliëntdossiers ingezien. De hierin opgenomen ondersteuningsplannen bevatten concrete doelafspraken en bijbehorende acties en zijn middels een vinkje voor akkoord ondertekend door de cliënt. In het intakeformulier zijn per leefgebied de kansen, mogelijkheden en ondersteuningsbehoefte van de cliënt opgenomen.

In de ondersteuningsplannen voor cliënten die begeleiding of huishoudelijke ondersteuning i.c.m. begeleiding ontvangen, ontbreekt een eerstvolgende evaluatiedatum, binnen welk tijdsbestek doelen kunnen worden afgeschaald naar minder uren en/of eenvoudigere ondersteuningsinzet, hoe nazorg wordt vormgegeven en eventuele overdracht naar andere aanbieder en afspraken over casusregie.

De ondersteuningsplannen voor cliënten met een beschikking voor begeleiding worden grotendeels opgesteld door begeleiders met een diploma conform gestelde eisen. Eén begeleider is in bezit van een Mbo niveau 4 diploma, waarmee niet volledig aan de gestelde eis wordt voldaan.

Evaluatie vindt periodiek plaats, waarna hiervan verslaglegging wordt geschreven. De inhoud hiervan is echter summier en wordt niet door de cliënt ondertekend. Deze wordt wel inhoudelijk met de cliënt besproken.

De huishoudelijk ondersteuners zijn geen onderdeel van dit evaluatiemoment. De toezichthouder adviseert de aanbieder om de huishoudelijk ondersteuners hierbij te betrekken zodat alle benodigde informatie hierin wordt meegenomen.

De evaluatieverslagen worden niet altijd gedeeld met de wijkcoaches. De gesproken wijkcoaches geven allen aan dat het tijdig aanvragen van een herindicatie en aanleveren van verslaglegging een aandachtspunt is voor de aanbieder. Ook vinden zij de inhoud van verslaglegging minimaal.

Verder worden standaard risico's geïnventariseerd met cliënten en opgenomen in het cliëntdossier. De begeleiders zijn zich bewust van hun signalerende functie en zijn bekend met eventuele risico's. De huishoudelijk ondersteuners hebben, zoals eerder genoemd, geen inzage in de cliëntdossiers. Zij worden wel geïnformeerd bij bijzonderheden, maar zijn onvoldoende geïnstrueerd over hun signalerende functie op de gezondheidssituatie en leefomstandigheden van de cliënt.

Uit het onderzoek blijkt dat wel wordt voldaan aan de gestelde eisen over de inhoud van de begeleiding en huishoudelijke ondersteuning. De gesproken cliënt uit zich tevens tevreden over de geleverde ondersteuning en voelt zich op diens gemak. De ondersteuning is veelal gericht op stabiliseren en voorkomen van achteruitgang. Er wordt echter onvoldoende gewerkt aan het vergroten van de zelfredzaamheid van de cliënten en aan eventuele afbouw van uren.

Alle gesproken wijkcoaches geven aan dat vaak, zonder goede onderbouwing, om ophoging van uren wordt gevraagd, dat begeleiders soms taken uitvoeren die niet passend zijn bij het product begeleiding en onvoldoende zoeken naar duurzame oplossingen om de zelfredzaamheid te vergroten.

Wat betreft de huishoudelijke ondersteuning blijkt uit gesprekken met de cliënt en de huishoudelijk ondersteuners dat cliënten, waar mogelijk, wel zelf huishoudelijke taken uitvoeren.

De aanbieder beschikt over een website waarop informatie over wachttijden, certificeringen, privacyreglement, contactgegevens van de organisatie klachtenregeling en klachtenjaarverslagen over 2020 en 2021 zijn opgenomen. Ook bevat de website een overzicht van gecontracteerde producten en diensten aan cliënten, maar deze informatie is deels verouderd. Er staat bijvoorbeeld dat dagbesteding en activerend werk wordt geboden vanuit de Wmo, terwijl de aanbieder hiervoor niet meer gecontracteerd is.

Ook ontbreken de klachtenjaarverslagen over 2022 en 2023 en tijden waarop de organisatie te bereiken is. In de klachtenjaarverslagen ontbreekt informatie over de aard van de klachten, afhandelingstermijn per klacht, wijze waarop de klachten zijn afgehandeld en verbetermaatregelen per klacht.

De toezichthouder concludeert tekortkomingen ten aanzien van:

- Inhoud van ondersteuningsplannen;
- Het opstellen van een werkplan voor cliënten huishoudelijke ondersteuning;
- Inhoud en ondertekening van evaluatieverslagen;
- Aanleveren van evaluatieverslagen aan de lokale toegang;
- Zoeken van afstemming met de lokale toegang over het bijstellen van doelen;
- Eventueel afbouwen van begeleiding;
- Vergroten van de zelfredzaamheid van cliënten;
- Afspraken over casusregie met ketenpartners;
- Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling;
- Signalerende functie van huishoudelijk ondersteuners;
- Interne scholing voor cliënt bejegening aan huishoudelijk ondersteuners;
- Ontbreken van één VOG en één VOG die niet op het vereiste functieprofiel is aangevraagd;
- Implementatie van werkinstructies en protocollen;
- Eén diploma van een begeleider;
- Continuïteit van de ondersteuning;
- De website van de aanbieder;

- Inhoud van klachtenjaarverslagen;
- Incidentenbeleid.

Advies aan de gemeente

De Wmo toezichthouder van de GGD Gelderland-Midden geeft het advies aan de MGR SDCG en gemeente Arnhem te handhaven op de gestelde tekortkomingen (conform handhavingsbeleid).

Toelichting handhaving

De toezichthouder geeft aan de gemeente het advies om wel of niet te handhaven. Handhaving is een verzamelnaam voor activiteiten die zijn gericht op het bewerkstelligen van een goede naleving of een goede kwaliteit". (Bron: Rijksoverheid)

Er zijn verschillende vormen van handhaving, enkele voorbeelden: Een (normoverdragend) gesprek voeren, een schriftelijke waarschuwing geven, last onder dwangsom, last onder bestuursdwang, het opleggen van een cliëntenstop, contractontbinding, etc. Afhankelijk van o.a. de ernst en/of hoeveelheid van de overtreding(en), of sprake is van een recidive en de bereidheid van de aanbieder om de overtreding te beëindigen, besluit de gemeente, op basis van het gemeentelijk handhavingsbeleid, welke vorm van handhaving wordt ingezet.

Bevindingen

1 Doelmatigheid voorziening

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

1.1 Ondersteuningsplan

Deelconclusie: Aan de gestelde eisen wordt deels voldaan. Voor iedere cliënt wordt een digitaal cliëntdossier aangemaakt met o.a. een ondersteuningsplan, risico inventarisatie en evaluatieverslagen. De ondersteuningsplannen bevatten concrete doelafspraken waarmee de cliënt akkoord is gegaan. Indien een cliënt meerdere zorgvormen van de aanbieder ontvangt is per zorgvorm een vaste medewerker aan de cliënt toegewezen. Doelen worden per zorgvorm opgesteld en integraal verwerkt in één ondersteuningsplan. De huishoudelijk ondersteuners hebben in het plan echter geen inzage en zijn niet bekend met de hierin opgenomen doelen. De huishoudelijk ondersteuners maken enkel mondeling afspraken met de cliënt over de uit te voeren werkzaamheden. Dit doen zij aan de hand van een standaard aftekenlijst met huishoudelijke taken. Via deze lijst houden zij ook urenregistratie bij, waarna deze wordt ondertekend door de cliënt. Hieruit blijkt onvoldoende sprake van een werkplan voor cliënten met een beschikking voor huishoudelijke ondersteuning dat is toegespitst op de situatie van de cliënt en in bezit is van de cliënt, zoals omschreven in de gestelde eisen. In de ondersteuningsplannen voor cliënten, die begeleiding of huishoudelijke ondersteuning i.c.m. begeleiding ontvangen, ontbreekt een eerstvolgende evaluatiedatum, binnen welk tijdsbestek doelen kunnen worden afgeschaald naar minder uren en/of eenvoudigere ondersteuningsinzet, hoe nazorg wordt vormgegeven en eventuele overdracht naar andere aanbieder en afspraken over casusregie. De ondersteuningsplannen voor cliënten met een beschikking voor begeleiding worden grotendeels opgesteld door begeleiders met een diploma conform gestelde eisen. Eén begeleider is in bezit van een Mbo niveau 4 diploma dat hiaraan niet voldoet. Daarnaast wordt bij cliënten met een beschikking voor begeleiding onvoldoende gewerkt aan het afbouwen van ondersteuning.

Beschrijving:

Er wordt voor iedere cliënt een cliëntdossier aangemaakt in het digitale cliëntregistratiesysteem waarin o.a. een ondersteuningsplan, intakeverslag en evaluatieverslagen zijn opgenomen. Een deel van de cliënten ontvangt meerdere zorgvormen van de aanbieder. Per zorgvorm is een vaste medewerker aan de cliënt toegewezen. Doelen worden per zorgvorm opgesteld en vervolgens integraal verwerkt in één ondersteuningsplan.

De huishoudelijk ondersteuners hebben echter geen inzage in het digitale cliëntregistratiesysteem en zijn niet bekend met de hierin opgenomen doelen. Uit gesprekken blijkt dat de aanbieder bij cliënten met een beschikking voor huishoudelijke ondersteuning werkt met een vaste aftekenlijst met huishoudelijke taken. Huishoudelijk ondersteuners stemmen bij ieder bezoek aan de hand van deze lijst met de cliënt af wat er moet gebeuren, vinken uitgevoerde taken hierop af en houden hiermee de urenregistratie bij. Hieruit blijkt onvoldoende sprake van een werkplan voor cliënten met een beschikking voor enkel huishoudelijke ondersteuning dat is toegespitst op de situatie van de cliënt, waarin is opgenomen wat de cliënt en/of diens netwerk zelf kan doen, tot welke doelgroep de cliënt behoort en met concrete afspraken over de uren en uit te voeren werkzaamheden.

De toezichthouder heeft van vier cliënten (één begeleiding en drie zowel begeleiding als huishoudelijke ondersteuning), het cliëntdossier ingezien. Hiervan ontvangen drie cliënten ook Wlz zorg van de aanbieder. In de cliëntdossiers is opgenomen welke zorgvorm(en) de cliënt ontvangt en wie de eerstverantwoordelijke medewerker is van de cliënt. Ook bevatten de cliëntdossiers een intakeformulier waarin per leefgebied de kansen, mogelijkheden en ondersteuningsbehoefte van de cliënt zijn beschreven. De ondersteuningsbehoefte van cliënten is verder uitgewerkt in een ondersteuningsplan met concrete doelafspraken en bijbehorende acties. Ondersteuningsplannen zijn middels een vinkje voor akkoord ondertekend door de cliënt.

In de ondersteuningsplannen voor cliënten die begeleiding of huishoudelijke ondersteuning i.c.m. begeleiding ontvangen, ontbreekt een eerstvolgende evaluatiedatum, binnen welk tijdsbestek doelen kunnen worden afgeschaald naar minder uren en/of eenvoudigere ondersteuningsinzet, hoe nazorg wordt vormgegeven en eventuele overdracht naar andere aanbieders en afspraken over casusregie.

De eis met betrekking tot het vastleggen van afspraken over afschalen van begeleiding specialistisch naar begeleiding basis is niet van toepassing, omdat de aanbieder niet gecontracteerd is voor begeleiding specialistisch.

De ondersteuningsplannen voor cliënten met een beschikking voor begeleiding basis zijn grotendeels opgesteld door begeleiders met een diploma conform gestelde eisen. Eén begeleider beschikt echter over een Mbo niveau 4 diploma 'Sociaal Juridische Medewerker Sociale Zekerheid', waarmee niet aan de gestelde eis wordt voldaan. Zie voor een verdere toelichting over kwalificaties van medewerkers ook constatering 4.2.

Uit gesprekken met wijkcoaches blijkt dat de aanbieder soms al in gesprek is geweest met de cliënt alvorens een beschikking is afgegeven. Ook vertelt één wijkcoach over een casus waar al ondersteuning werd ingezet voordat zij een aanmelding hadden ontvangen. Een andere wijkcoach noemt een casus waarbij de aanbieder voorafgaand onjuiste informatie heeft verstrekt over te leveren huishoudelijke ondersteuning en erop aanstuurde ook begeleiding te kunnen leveren. Deze wijkcoach geeft aan dat de aanbieder in gesprekken hierover onvoldoende kennis had over de inhoud van de gecontracteerde producten en gemeentelijke afspraken over de in te zetten ondersteuning.

Verder blijkt uit inzage in cliëntdossiers en gesprekken met begeleiders, cliënt en wijkcoaches dat onvoldoende wordt gewerkt aan het afbouwen van begeleiding, eventueel naar voorliggende voorzieningen en/of het sociale netwerk van de cliënt.

Alle gesproken wijkcoaches geven aan dat er geen sprake is van afschaling van uren op initiatief van de aanbieder en noemen dat er vaak juist om meer uren wordt gevraagd, zonder goede reden of met redenen die niet aansluiten op gemaakte afspraken en/of het te leveren product. Doelen worden tussentijds vrijwel niet bijgesteld en hier wordt voor een langere periode aan gewerkt. Indien doelen bijgesteld moeten worden vindt hierover geen contact plaats met de lokale toegang, aldus de gesproken wijkcoaches.

Wat betreft de huishoudelijke ondersteuning blijkt uit gesprekken met de huishoudelijk ondersteuners en cliënt dat wordt gewerkt aan een schoon en leefbaar huis, waarmee het vereiste resultaat voor huishoudelijk ondersteuning wordt bereikt.

De planning wordt gemaakt door de manager. Dit geldt voor zowel huishoudelijke ondersteuning als begeleiding. De planning is in het cliëntregistratiesysteem inzichtelijk voor medewerkers. Voor huishoudelijk ondersteuners wordt daarnaast gewerkt met een aftekenlijst waarin zij en de cliënt wekelijks de uitgevoerde werkzaamheden en gewerkte uren bijhouden en aftekenen. De begeleiders controleren maandelijks de gewerkte cliënturen en dienen wijzigingen per mail aan de manager door te geven. De manager accordeert de uren vervolgens in het systeem en is verantwoordelijk voor facturatie.

1.2 Evaluatie

***Deelconclusie:** Aan de gestelde eisen wordt deels voldaan. Er vindt periodiek evaluatie plaats waarna verslaglegging wordt geschreven. In de evaluatieverslagen is onvoldoende gemotiveerd waarom doelen wel of niet zijn behaald en ontbreekt uitleg over hoe de aanbieder ervoor zorgt dat doelen in de toekomst alsnog behaald kunnen worden. Ook worden evaluatieverslagen niet ondertekend door de cliënt. De toezichthouder adviseert de aanbieder verder om huishoudelijk ondersteuners te betrekken bij evaluatiemomenten, zodat alle benodigde informatie meegenomen wordt in de evaluatie. Daarnaast worden evaluatieverslagen niet altijd gedeeld met de wijkcoaches. Zij geven allen aan dat het tijdig aanvragen van een herindicatie en aanleveren van verslaglegging een aandachtspunt is voor de aanbieder. Ook vinden zij de inhoud van verslaglegging minimaal.*

Beschrijving:

Uit inzage in cliëntdossiers blijkt dat ten minste zes weken voor het aflopen van de beschikking een evaluatie plaatsvindt met de cliënt. Na iedere evaluatie wordt in het cliëntregistratiesysteem een evaluatieverslag geschreven. In het format hiervoor kan per doel beschreven worden in hoeverre deze is behaald en aan welke doelen de komende periode gewerkt gaat worden.

In de door de toezichthouder beoordeelde evaluatieverslagen is echter slechts summier gemotiveerd waarom doelen wel of niet zijn behaald en ontbreekt uitleg over hoe de aanbieder ervoor zorgt dat doelen in de toekomst alsnog behaald kunnen worden. Daarnaast worden evaluatieverslagen niet ondertekend door de cliënt. De aanbieder geeft aan de inhoud wel altijd met cliënten te bespreken.

De huishoudelijk ondersteuners worden niet betrokken bij evaluatiemomenten. Dit is onwenselijk omdat zij wel een signalerende functie hebben en benodigde informatie kunnen aanleveren. De toezichthouder adviseert de aanbieder om de input van huishoudelijk ondersteuners hierin mee te nemen om het ondersteuningstraject goed te kunnen monitoren.

Evaluatieverslagen worden niet altijd gedeeld met de wijkcoach. De gesproken wijkcoaches geven aan hier vaak zelf om te moeten vragen en dat verslaglegging niet tijdig wordt aangeleverd. Ook vinden zij de inhoud van verslaglegging minimaal. Eén wijkcoach geeft hierbij aan dat in sommige trajecten (gezien de doelgroep) ook weinig resultaat behaald kan worden. Daarnaast wordt vaak te laat een herindicatie aangevraagd door de aanbieder. Dit wordt door alle wijkcoaches als aandachtspunt omschreven.

1.3 Ondersteuning

Deelconclusie: Aan de gestelde eisen wordt wel voldaan. De inhoud van de begeleiding voldoet aan de gestelde eisen en wordt geleverd op geplande momenten.

Beschrijving:

De begeleiding vindt vrijwel altijd plaats op geplande momenten. Als hiervan wordt afgeweken worden hierover afspraken met de cliënt gemaakt.

De inhoud van de begeleiding voldoet aan de gestelde eisen. Bij een groot deel van de cliënten is, gezien de leeftijd, taalbarrière en/of problematiek, weinig ontwikkeling mogelijk. Hierdoor is de begeleiding vooral gericht op stabiliseren.

Uit het onderzoek blijkt dat de aanbieder aansluit op de behoefte van de cliënt en diens hulpvraag. Dit wordt door wijkcoaches anderzijds ook als aandachtspunt beschreven. Zie hiervoor ook constatering 1.4.

De gesproken cliënt uit zich tevreden over de inhoud van de begeleiding.

1.4 Zelfredzaamheid

Deelconclusie: Aan de gestelde eisen wordt deels voldaan. Er wordt met cliënten met een beschikking voor begeleiding gewerkt aan stabilisatie maar onvoldoende aan het vergroten van de zelfregie. Huishoudelijke ondersteuning wordt, conform eisen, enkel geleverd als de cliënt en diens netwerk hiertoe niet in staat zijn. Ook worden met de cliënt afspraken gemaakt over de uit te voeren werkzaamheden en voert de cliënt, indien mogelijk, zelf taken uit.

Beschrijving:

Er wordt met cliënten met een beschikking voor begeleiding veelal gewerkt aan stabilisatie. Uit het onderzoek blijkt verder dat de aanbieder zich inzet om aan te sluiten bij de hulpvraag van de cliënt, maar dat onvoldoende wordt gewerkt aan het vergroten van de zelfredzaamheid. De gesproken wijkcoaches zeggen hierover het volgende:

"Ik zie geen progressie. Ik heb het idee dat ze de neiging hebben om veel over te nemen en niet op een gezonde manier werken aan de zelfredzaamheid van de cliënt. Het is lief dat ze alles willen doen voor de cliënt, maar je moet je soms afvragen of dat het juiste is en of je de cliënt hier juist niet meer hulpbehoevend mee maakt. Hierin lijkt ook een gat te zitten tussen ons en de aanbieder en in het begrijpen wat Wmo ondersteuning inhoudt. Ik probeer dit vaak uit te leggen, maar we lijken elkaar hierin niet te verstaan".

"Ik krijg soms onvoldoende zicht op de geleverde ondersteuning in lopende trajecten. Dit heeft ook te maken met de vele wisselingen in personeel. De afgelopen periode heb ik samengewerkt met één begeleider die prima is en de ondersteuning biedt die ze kan bieden aan de cliënt".

"De doelgroep is blij met deze aanbieder. De onderlinge samenwerking met ons verloopt soms wel stroef. Zij doen soms taken die wij niet zien als onderdeel van de begeleiding. Wij richten ons op de zelfredzaamheid van de cliënt. Er was bijvoorbeeld een cliënt die de post niet zelf kon openen. De oplossing is dan niet dat je dit zelf gaat doen met de cliënt, maar op zoek gaat naar een duurzame oplossing. Ik heb de indruk dat er soms meer gedaan kan worden. Bij één cliënt was sprake van een wisseling van begeleider, die de cliënt zelfredzamer heeft gemaakt. Dat was super goed. Deze begeleider ging vervolgens ook weg en dan stopt de stijgende lijn".

"Ze beloven soms aan cliënten voorafgaand aan het traject dat ze mee kunnen gaan naar afspraken bij het ziekenhuis en hun financiën kunnen regelen. We willen niet dat aanbieder een vervoersdienst is en dit schept ook bepaalde verwachtingen bij de cliënt, die wij soms achteraf moeten rechtbreien".

De huishoudelijke ondersteuning wordt enkel geleverd wanneer de cliënt of diens netwerk hiertoe niet in staat zijn. Uit gesprekken met één cliënt en de huishoudelijk ondersteuners blijkt dat over de uitvoering onderling afspraken worden gemaakt en de cliënt, indien mogelijk, zelf taken uitvoert.

1.5 Wonen en zorg

Deelconclusie: Gestelde eis is niet van toepassing op de aanbieder.

Beschrijving:

Gestelde eis is niet van toepassing op de aanbieder, omdat de aanbieder geen woningen aanbiedt aan cliënten.

2 Veiligheid

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

2.1 Veiligheid cliënt

Deelconclusie: Aan de gestelde eis wordt deels voldaan. De begeleiders nemen standaard een risico inventarisatie af met de cliënt, die wordt opgenomen in het cliëntdossier. Uit gesprekken met begeleiders blijkt dat zij zich bewust zijn van hun signalerende functie op de fysieke en sociale veiligheid van de cliënt. De huishoudelijk ondersteuners zijn echter onvoldoende geïnstrueerd over hun signalerende functie en hebben geen inzage in de cliëntdossiers, waardoor zij onvoldoende bekend zijn met eventuele risico's.

Beschrijving:

Tijdens het intakegesprek wordt door de begeleider of manager een intakeformulier met de cliënt doorlopen, dat een risico inventarisatie op alle leefgebieden bevat. Hiermee worden risico's op de fysieke en sociale veiligheid van de cliënt geïnventariseerd. Daarnaast hanteert de aanbieder ook een ander format voor risico inventarisatie, die in twee van de vier door de toezichthouder beoordeelde cliëntdossiers was opgenomen. Het is onduidelijk wanneer en waarvoor deze risico inventarisatie ook wordt afgenomen bij cliënten. Hieruit en uit gesprekken met begeleiders blijkt dat zij zich bewust zijn van hun signalerende functie en bekend zijn met eventuele risico's bij cliënten.

De huishoudelijk ondersteuners hebben geen inzage in het digitale cliëntdossier. Als zij een nieuwe cliënt toegewezen krijgen worden zij enkel mondeling geïnformeerd over eventuele bijzonderheden. Uit het onderzoek blijkt dat de huishoudelijk ondersteuners onvoldoende zijn geïnstrueerd over hun signalerende functie, zo blijkt één huishoudelijk ondersteuner niet te werken met de meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling, omdat geen zorg wordt verleend aan kinderen. Hierdoor bestaat een groot risico dat signalen ten aanzien van de fysieke en sociale veiligheid van de cliënt onvoldoende worden gesignaleerd. Zij geven aan wel bekend te zijn met eventuele bijzonderheden.

2.2 Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling

Deelconclusie: Aan de gestelde eisen wordt deels voldaan. De aanbieder beschikt over een meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling die op papier voldoet aan de gestelde eisen. Over de inhoud moeten echter nog interne afspraken worden gemaakt en de meldcode moet nog geïmplementeerd worden.

Beschrijving:

De aanbieder heeft recent een nieuwe meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling opgesteld, die op papier voldoet aan de gestelde eisen maar nog niet is geïmplementeerd. Ook moeten afspraken die hierin zijn vastgelegd nog vertaald worden naar de praktijk. In de meldcode wordt bijvoorbeeld verwezen naar een aandachtfunctionaris die in de praktijk nog niet is aangewezen. Uit gesprekken met de aanbieder blijkt niet

helder te zijn wie deze rol zal gaan oppakken en is onduidelijk wanneer en hoe de meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling geïmplementeerd zal gaan worden.

Van de gesproken begeleiders geeft één aan door de aanbieder geattendeerd te zijn op de meldcode. De andere begeleider noemt hiermee bekend te zijn door diens vorige werkgever. De huishoudelijk ondersteuners zijn hiermee niet bekend. Hierbij noemt één huishoudelijk ondersteuner niets met de meldcode te maken te hebben, omdat deze geen zorg levert aan kinderen.

Tijdens het inspectiebezoek geeft de aanbieder aan nog gebruik te maken van een algemeen stappenplan, waarin enkel de vijf stappen van de meldcode zijn opgenomen, dat aan de muur op het kantoor van de aanbieder hangt. Hieruit blijkt de meldcode onvoldoende geïmplementeerd.

De toezichthouder merkt hierbij op dat de aanbieder de vernieuwde meldcode al wel op haar website heeft opgenomen en ook in het incidentenbeleid van de aanbieder wordt al verwezen naar de, nog vast te stellen, aandachtfunctionaris bij het hanteren van de meldcode.

2.3 Intern meldingssysteem incidenten/bijna incidenten

Deelconclusie: Aan de gestelde eis wordt deels voldaan. De aanbieder beschikt over een intern meldingssysteem voor (bijna) fouten en incidenten. Afspraken over het melden, registreren, opstellen van verbetermaatregelen en terugkoppelen aan de melder bij incidenten zijn opgenomen in beleid. Uit het inspectiebezoek blijkt echter dat incidentenbeleid niet overeenkomt met de praktijk en afspraken over het melden, registreren, analyseren, opstellen van verbetermaatregelen in onvoldoende mate zijn geborgd.

Beschrijving:

De aanbieder beschikt over een intern meldingssysteem voor incidenten en (bijna) fouten. Het incidentenbeleid van de aanbieder omvat twee stappenplannen voor het melden en registreren van incidenten, waarvan één algemene informatie bevat over hoe een organisatie dient om te gaan met incidenten en één interne afspraken over het melden, registreren, opstellen van verbetermaatregelen en terugkoppelen aan de melder. Afspraken over analyse ontbreken.

Uit het onderzoek blijkt echter dat interne afspraken niet overeenkomen met de praktijk. De huishoudelijk ondersteuners geven bijvoorbeeld aan incidenten enkel aan kantoor te moeten melden, terwijl in beleid is opgenomen dat een MIC melding moet worden ingevuld. Hierin is geen onderscheid gemaakt in taken/verantwoordelijkheden voor huishoudelijke ondersteuners en begeleiders. Ook is niet helder wie met 'kantoor' wordt bedoeld.

Er vindt daarnaast onvoldoende opvolging en analyse plaats op een incidentmelding, evenals een terugkoppeling aan de melder. De aanbieder geeft tijdens het inspectiebezoek aan dat incidenten sinds kort maandelijks tijdens het operationeel overleg worden besproken en ieder kwartaal tijdens het managementoverleg worden geanalyseerd. Verbetermaatregelen worden vervolgens opgenomen in het beheersplan.

Hier blijkt in de praktijk echter geen sprake van en deze werkwijze is niet opgenomen in incidentenbeleid. Hierdoor is het melden, registreren, analyseren, vastleggen van verbetermaatregelen en terugkoppelen aan de melder onvoldoende geborgd. Daarnaast bevat het incidentenbeleid verschillende begripsbepalingen van een calamiteit. De toezichthouder adviseert de aanbieder haar beleid ook hierop te herzien. De aanbieder geeft aan dat het incidentenbeleid nog geactualiseerd moet worden.

Er hebben zich het afgelopen jaar geen incidenten voorgedaan met cliënten met een Wmo beschikking.

2.4 Calamiteiten

Deelconclusie: Aan de gestelde eis wordt wel voldaan. De aanbieder beschikt over een calamiteitenprotocol waarin de meldplicht bij calamiteiten, geweldsincidenten en gebeurtenissen met maatschappelijke impact en onrust bij de Wmo toezichthouder helder is beschreven.

Beschrijving:

De aanbieder beschikt over een, recent herzien, calamiteitenprotocol waarin de meldplicht bij calamiteiten, geweldsincidenten en gebeurtenissen met maatschappelijke impact en onrust bij de Wmo toezichthouder

helder is opgenomen. Daarnaast maakt de aanbieder aanvullend gebruik van de 'factsheet calamiteiten' van de GGD Gelderland-Midden.

De toezichthouder merkt hierbij op dat in het incidentenbeleid van de aanbieder enkel naar de meldplicht bij de IGJ wordt verwezen, zie ook constatering 2.3. Voor de volledigheid adviseert de toezichthouder hierin ook te verwijzen naar de meldplicht bij de Wmo toezichthouder of het calamiteitenprotocol van de aanbieder.

De aanbieder geeft aan dat zich tot op heden geen calamiteiten binnen de organisatie hebben voorgedaan.

3 Samenwerking en afstemming

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

3.1 Afstemming

Deelconclusie: Aan de gestelde eisen wordt deels voldaan. Indien nodig wordt afstemming gezocht met het sociale netwerk en/of ketenpartners van de cliënt. Afspraken hierover zijn vastgelegd in een toestemmingsformulier dat wordt opgenomen in het cliëntdossier. De continuïteit van de ondersteuning is deels gewaarborgd. Eén begeleider beschikt niet over een diploma conform gestelde eisen en de huishoudelijk ondersteuners ontvangen geen interne opleiding voor cliëntbejegening. Daarnaast zijn huishoudelijk ondersteuners onvoldoende geïnstrueerd over hun signalerende functie om actief te signaleren op de gezondheidssituatie, leefomstandigheden en sociale omgeving van de cliënt.

Beschrijving:

Het netwerk van de cliënt wordt standaard geïnventariseerd en opgenomen in het cliëntdossier. Ook wordt met cliënten een toestemmingsformulier ingevuld voor gegevensuitwisseling met derden. Hierin is opgenomen met wie contact opgenomen mag worden en waarvoor.

Er wordt, indien nodig, afstemming gezocht met het sociale netwerk en/of ketenpartners van de cliënt.

De continuïteit van de ondersteuning is deels gewaarborgd. Eén begeleider beschikt niet over een diploma conform gestelde eisen en aan huishoudelijk ondersteuners wordt geen interne opleiding voor cliëntbejegening geboden. Zie hiervoor ook constatering 4.2.

Ook geven de gesproken wijkcoaches aan dat het de aanbieder niet altijd lukt om stabiliteit en continuïteit te borgen. Zij ervaren veel verloop van personeel.

Zoals in constatering 2.1 beschreven wordt met iedere cliënt een risico inventarisatie ingevuld en opgenomen in het cliëntdossier. De begeleiders stellen deze zelf op met de cliënt en uit gesprekken blijken zij zich bewust van hun signalerende functie op de gezondheidssituatie, leefomstandigheden en sociale omgeving van de cliënten. De huishoudelijk ondersteuners hebben hier echter geen inzage in. Als zij een nieuwe cliënt toegewezen krijgen worden zij door de manager wel geïnformeerd over eventuele bijzonderheden. Uit het onderzoek blijkt echter dat zij onvoldoende zijn geïnstrueerd over hun signalerende functie, waardoor niet aan de gestelde eis wordt voldaan.

Zie hiervoor ook constatering 2.1 en 2.2.

3.2 Casusregie

Deelconclusie: Aan de gestelde eisen wordt deels voldaan. Aan iedere cliënt wordt een eerstverantwoordelijke begeleider toegewezen, die regie houdt en aanspreekpunt is voor de cliënt. Er worden echter geen afspraken over casusregie met ketenpartners gemaakt en vastgelegd in het cliëntdossier, waardoor niet volledig aan gestelde eisen wordt voldaan.

Beschrijving:

Afspraken over casusregie worden enkel intern gemaakt en vastgelegd. Een deel van de cliënten ontvangt meerdere zorgvormen van de aanbieder, waardoor per zorgvorm een andere medewerker betrokken is. Er wordt

bij iedere cliënt een eerstverantwoordelijke begeleider afgesproken die regie houdt en aanspreekpunt is voor de cliënt. Dit wordt vastgelegd in het cliëntdossier.

Afspraken met ketenpartners over casusregie worden niet gemaakt en vastgelegd in het cliëntdossier, waardoor niet volledig aan gestelde eisen wordt voldaan.

4 Kwaliteit van personeel en organisatie

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

4.1 Kwaliteitssysteem

Deelconclusie: Aan de gestelde eisen wordt wel voldaan. De aanbieder is ISO gecertificeerd en beschikt over een, recent herzien, kwaliteitsmanagementsysteem. Middels een 'jaarplanning' zal de kwaliteitsmedewerker systematisch evaluaties uitvoeren over de bereikte kwaliteit en daaruit voortkomende verbeterplannen. Medewerkers zijn bekend met werkinstructies en protocollen.

Beschrijving:

De aanbieder is ISO gecertificeerd.

De aanbieder heeft, naar aanleiding van toezicht van de IGJ, de afgelopen periode een kwaliteitsslag gemaakt binnen de organisatie. Sinds drie maanden is een kwaliteitsmedewerker in loondienst die bezig is al het beleid te herzien. Ook is het kwaliteitsmanagementsysteem heringericht, om de vindbaarheid van werkinstructies en protocollen te vergroten en waarmee medewerkers ook vanuit het systeem input kunnen leveren aan de aanbieder over beleid. Dit, en herzien beleid, moet nog geïmplementeerd worden.

Het kwaliteitsmanagementsysteem bevat de vereiste documenten en werkinstructies. Wel blijkt uit het onderzoek dat herzien beleid, bijvoorbeeld de meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling en het calamiteitenprotocol, nog geïmplementeerd moeten worden.

Uit gesprekken met de kwaliteitsmedewerker en inzage in de 'jaarplanning' blijkt dat systematisch evaluaties zullen worden uitgevoerd over de bereikte kwaliteit en daaruit voortkomende verbeterplannen, waarmee aan de gestelde eisen wordt voldaan.

Medewerkers weten waar zij werkinstructies en handelingsprotocollen kunnen vinden. Doordat herzien beleid onvoldoende is geïmplementeerd kunnen medewerkers hier echter onvoldoende naar handelen. Ook blijkt uit het onderzoek dat medewerkers onvoldoende bekend zijn gemaakt met de inhoud van de meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling.

4.2 Personeelsbeleid

Deelconclusie: Aan de gestelde eisen wordt deels voldaan. De aanbieder beschikt over beleid ten aanzien van scholing, duurzame inzetbaarheid, inzet van stagiaires en hoe ervoor wordt gezorgd dat de aanbieder op de hoogte blijft van de laatste ontwikkelingen in de branche. Vrijwel alle medewerkers zijn voldoende bekwaam en gekwalificeerd voor het uitvoeren van de begeleiding of huishoudelijke ondersteuning. Alle huishoudelijk ondersteuners beschikken over een passend diploma of certificaat. Er wordt echter geen interne opleiding voor cliëntbejegening aangeboden, waardoor niet volledig aan de gestelde eis wordt voldaan. Daarnaast beschikt één van de vier begeleiders niet over een diploma conform gestelde eisen¹.

Beschrijving:

De aanbieder heeft in beleid opgenomen hoe met scholing wordt omgegaan, hoe duurzame inzetbaarheid wordt geborgd, hoe de aanbieder ervoor zorgt om op te hoogte te blijven van de laatste ontwikkelingen in de branche en beleid aangaande de inzet van stagiaires.

Alle medewerkers zijn onderdeel van één team dat wordt aangestuurd door een manager die incidenteel ondersteuning levert aan cliënten. Het team bestaat uit zorgmedewerkers (Wlz), (ambulant) begeleiders en huishoudelijk ondersteuners.

Huishoudelijke ondersteuning wordt geleverd door zes medewerkers en begeleiding door vier. Binnen de Wmo voorzieningen wordt geen gebruik gemaakt van vrijwilligers. Incidenteel worden, onder toezicht van een begeleider, stagiaires ingezet bij cliënten met een beschikking voor begeleiding.

De aanbieder beschikt grotendeels over voldoende bekwame en gekwalificeerde medewerkers voor het uitvoeren van de Wmo voorzieningen. Alle huishoudelijk ondersteuners zijn in bezit van een passend diploma of certificaat. Er wordt echter geen interne opleiding voor cliënt bejegening aangeboden, waardoor niet volledig aan gestelde eis wordt voldaan.

Eén van de vier begeleiders beschikt niet over een diploma conform gestelde eisen¹. Dit betreft een Mbo diploma 'Sociaal Juridische Medewerker Sociale Zekerheid'. Van de andere drie begeleiders beschikt één over een Hbo diploma en twee over een Mbo niveau 4 diploma conform gestelde eisen. De manager beschikt tevens over een passend Mbo niveau 4 diploma.

De aanbieder voert sinds een half jaar echtheidscontroles uit op diploma's door via DUO een uittreksel aan te vragen. Deze wordt vervolgens opgenomen in het personeelsdossier.

Alle begeleiders en huishoudelijk ondersteuners beschikken over een eigen caseload. Met de cliënt worden afspraken gemaakt over vervanging bij vakantie of uitval. Veelal wordt de ondersteuning overgenomen door medewerkers met dezelfde functie en waar nodig door de manager.

Maandelijks vindt een operationeel overleg plaats met het hele team.

4.3 Medewerkers: Verklaring omtrent gedrag (VOG)

Deelconclusie: Aan de gestelde eis wordt deels voldaan. Eén begeleider beschikt niet over een VOG en de VOG van de manager is niet aangevraagd op het vereiste functieprofiel.

Beschrijving:

Vrijwel alle huishoudelijk ondersteuners en begeleiders beschikken over een VOG conform gestelde eisen. Voor één begeleider, die een week voor het inspectiebezoek in dienst is gekomen bij de aanbieder, is de VOG nog in aanvraag. De manager geeft tijdens het inspectiebezoek aan dat deze begeleider hierom nog geen ondersteuning biedt aan cliënten en enkel administratieve taken uitvoert. Uit het onderzoek blijkt echter dat de manager hierover onjuiste informatie heeft verstrekt aan de toezichthouder en dat deze begeleider wel degelijk ondersteuning biedt aan cliënten.

Daarnaast heeft de manager, die incidenteel ondersteuning levert, een VOG overlegd die niet op het vereiste functieprofiel is aangevraagd. Hiermee wordt niet voldaan aan de gestelde eis.

De aanbieder ontvangt altijd de originele VOG en neemt hiervan vervolgens een kopie op in het medewerkersdossier.

4.4 Informatievoorziening en website

Deelconclusie: Aan de gestelde eisen wordt deels voldaan. Op de website van de aanbieder ontbreekt een actueel overzicht van gecontracteerde producten en diensten aan cliënt, tijden waarop de organisatie te bereiken is en klachtenjaarverslagen over 2022 en 2023.

De aanbieder verstrekt op passende wijze informatie aan haar cliënten en houdt hierbij rekening met diens achtergrond, taal en problematiek.

Beschrijving:

De aanbieder beschikt over een website waarop informatie over wachttijden, certificeringen, privacyreglement, contactgegevens van de organisatie, klachtenregeling en klachtenjaarverslagen over 2020 en 2021 zijn opgenomen. De website bevat ook een overzicht van gecontracteerde producten en diensten aan cliënten, maar deze informatie is deels verouderd. Er staat bijvoorbeeld dat dagbesteding en activerend werk wordt geboden vanuit de Wmo, terwijl de aanbieder hiervoor niet meer gecontracteerd is. Daarnaast ontbreken klachtenjaarverslagen over 2022 en 2023 en tijden waarop de organisatie te bereiken is.

Bij het verstrekken van informatie aan cliënten wordt rekening gehouden met de achtergrond en problematiek van de cliënt. De aanbieder legt uit dat veelal sprake is van een taalbarrière en analfabetisme, waardoor informatie

indien nodig wordt vertaald wordt of mondeling wordt toegelicht. Hierdoor wordt op passende wijze informatie verstrekt aan de cliënt, rekening houdend met diens achtergrond, taal en problematiek.

5 Rechten van de cliënt

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

5.1 Klachtenregeling

Deelconclusie: Aan de gestelde eisen wordt deels voldaan. De aanbieder beschikt over een klachtenregeling. De klachtenregeling en klachtenjaarverslagen over 2020 en 2021 zijn opgenomen op de website van de aanbieder. De klachtenjaarverslagen over 2022 en 2023 ontbreken hierop. Daarnaast zijn in de klachtenjaarverslagen de aard van de klachten, afhandelingstermijn per klacht, wijze waarop klachten zijn afgehandeld en verbetermaatregelen per klacht onvoldoende beschreven.

Beschrijving:

De aanbieder beschikt over een klachtenregeling en heeft deze opgenomen op haar website. De website bevat ook klachtenjaarverslagen over 2020 en 2021. De klachtenjaarverslagen van 2022 en 2023 ontbreken hierop.

De aanbieder geeft aan over 2022 en 2023 geen klachten te hebben ontvangen. Uit de klachtenjaarverslagen op de website blijkt dat in 2020 en 2021 wel een aantal klachten zijn ingediend bij de aanbieder. Hieruit is niet te herleiden of dit klachten van Wmo cliënten betreffen. Daarnaast zijn in de klachtenjaarverslagen de aard van de klachten, afhandelingstermijn per klacht, wijze waarop de klachten zijn afgehandeld en verbetermaatregelen per klacht onvoldoende beschreven.

Cliënten worden geïnformeerd over de klachtenregeling. Deze wordt, indien nodig, mondeling toegelicht of vertaald.

5.2 Rechten van de cliënt en gedragscode

Deelconclusie: Aan de gestelde eisen wordt wel voldaan. De gesproken cliënt voelt zich op haar gemak en ervaart voldoende inspraak in het ondersteuningstraject. Er worden afspraken over gegevensuitwisseling vastgelegd in een toestemmingsformulier, dat wordt opgenomen in het cliëntdossier. Daarnaast beschikt de aanbieder over een gedragscode die bekend is bij medewerkers en is er sprake van een cliëntenraad die periodiek bijeen komt.

Beschrijving:

De gesproken cliënt uit zich tevreden over de geleverde ondersteuning en voelt zich op diens gemak op de plaats waar de ondersteuning wordt geleverd. Ook ervaart de cliënt voldoende inspraak in het ondersteuningstraject en ruimte om wensen aan te geven.

Jaarlijks worden, door een extern bureau, tevredenheidsonderzoeken afgenomen bij cliënten, waarmee zij onder andere wensen, kritiek en positieve ervaringen over de aanbieder kunnen delen.

Met de cliënt worden afspraken gemaakt over gegevensuitwisseling met derden. Dit wordt mondeling met de cliënt besproken en er wordt een toestemmingsformulier ingevuld, waarin is opgenomen met wie en waarvoor gegevensuitwisseling kan plaatsvinden.

De aanbieder beschikt over een cliëntenraad die periodiek bijeenkomt. Afspraken over de cliëntenraad zijn vastgelegd in een werkplan. Het werkplan wordt jaarlijks herzien en bevat o.a. algemene informatie over de cliëntenraad, een jaarplanning en speerpunten voor dat jaar.

Er is een gedragscode opgesteld door de aanbieder, die ten minste de vereiste thema's bevat. Medewerkers zijn hiermee bekend.

Schriftelijke reactie aanbieder

Schriftelijke reactie Derman Thuiszorg

Op 11 juni 2024 heeft de WMO toezichthouder een kwaliteitsonderzoek uitgevoerd binnen onze organisatie. De wijze waarop het onderzoek is uitgevoerd en de communicatie daar om heen hebben wij als zeer positief ervaren, waarvoor onze dank.

De uitkomst van het rapport geeft aan dat we inmiddels veel stappen vooruit hebben gezet maar dat er ook nog aandachtspunten zijn. In de afgelopen periode zijn we direct van start gegaan met het oppakken van de aandachtspunten. Wij geven graag een overzicht van een aantal zaken die inmiddels door ons zijn opgepakt en/of ten uitvoer zijn gebracht.

Kwaliteitsmanagement systeem

Ten tijde van het onderzoek was de herinrichting van het kwaliteitsmanagement systeem al in een ver gevorderd stadium. De herinrichting bestaat uit de ontwikkeling van een Derman Thuiszorg “intranet” site waar alle medewerkers op eenvoudige wijze toegang hebben tot alle voor hun werkzaamheden relevante documenten. Dit systeem is inmiddels, m.i.v. 30-06-2024, geïmplementeerd. Om alle medewerkers op de hoogte te brengen van nieuwe geïmplementeerde werkinstructies ontvangen zie hierover een digitale nieuwsbrief.

Herziene werkinstructies en procedures

Er is een herziene versie “Meldcode huiselijke geweld en kindermishandeling” geïmplementeerd. Zoals vermeld in de procedure heeft Derman Thuiszorg tevens een aandachtsfunctionaris benoemd. Het gebruik van de meldcode zal jaarlijks een onderdeel van het scholingsplan vormen. Alle in gebruik zijnde werkinstructies worden middels een vaste jaarplanning herijkt en indien van toepassing geactualiseerd.

Scholingsplan

Training “cliëntbejegening” zal in september verzorgd worden voor alle medewerkers die contact hebben met cliënten. Daarnaast zullen er een aantal onderwerpen jaarlijks opgenomen worden in het scholingsplan (bv. gebruik meldcode, calamiteiten protocol, melden incidenten, rapporteren).

Beleid incident melden

De procedure “Veilig incident melden” is geactualiseerd en geïmplementeerd. Analyse van de meldingen vindt maandelijks plaats. Bespreken van de resultaten is een vast agenda punt tijdens de verschillende maandelijks overleggen.

Overige aandachtspunten

Het verbeteren van de kwaliteit van dienstverlening is een continu proces. Daar zijn wij ons zeer van bewust. We streven ernaar te voldoen aan de wettelijk gestelde kwaliteitseisen. Dat we op een aantal punten nog slagen moeten maken is ons duidelijk. We werken er echter hard aan om onszelf keer op keer te verbeteren.

- Pagina 4: In de afrondende fase van dit kwaliteitsonderzoek bleek dat ook een ander zorgkantoor een onderzoek is gestart bij de aanbieder.
Dit betreft zorgverzekeraar Zilveren Kruis en geen zorgkantoor.
 - Pagina 5: Inspectiehistorie.
Vanuit de gemeente Arnhem is het onderzoek met betrekking tot Wmo-2015 afgesloten.
 - Pagina 6: Het herziene kwaliteitsmanagementsysteem en de herziene werkinstructies en protocollen moeten nog geïmplementeerd worden.
Graag vermelden dat de beleidstukken grotendeels zijn geïmplementeerd, alleen een deel moet nog geïmplementeerd worden.
 - Pagina 6: Het incidentenbeleid moet nog herzien worden
Het incidentenbeleid is herzien en vastgesteld.
 - Pagina 8: als tekortkoming: Eventueel afbouwen van begeleiding.
begeleidingsuren zijn gebaseerd op de situatie van de cliënt, waardoor zelfredzaamheid van cliënt niet altijd haalbaar is.
 - Pagina 8: Eén diploma van een begeleider.
Deze is achteraf aangeleverd, wij kunnen ons er niet in vinden dat dit als tekortkoming wordt beschouwen.
 - Pagina 8: als tekortkoming: Continuïteit van de ondersteuning.
Waar is dat op gebaseerd? Wij kunnen ons daar niet in vinden.
- De toezichthouder ziet in de zienswijze geen aanleiding om haar beoordeling te wijzigen.

Bronoverzicht

1. Gesprekken met:

- Eén manager;
- Eén kwaliteitsmedewerker;
- Twee begeleiders;
- Twee huishoudelijk ondersteuners;
- Eén cliënt;
- Twee wijkcoaches van de gemeente Arnhem.

2. Doelmatigheid voorziening:

- Vier cliëntdossiers (ondersteuningsplannen, evaluatieverslagen, risico inventarisaties, toestemmingsverklaringen, intakeverslagen);
- Format aftekenlijst huishoudelijke ondersteuning.

3. Veiligheid:

- Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling 2022;
- Calamiteitenbeleid Wmo, 2024;
- Beleid Veilig Incidenten Melden en stappenplan, versie 0.6;
- Algemene meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling.

4. Kwaliteit van personeel en organisatie:

- Kwaliteitsmanagementsysteem (oude en nieuwe versie);
- Assessmentrapport Derman Thuiszorg Gelderland V.O.F. ISO 9001:2015, september 2023;
- Rechtmatigheidsrapportage gemeente Arnhem Derman Thuiszorg Gelderland, december 2021;
- Inspectierapport IGJ, september 2023;
- Inspectierapport vervolfbezoek IGJ, maart 2024;
- Kwaliteitsjaarplan 2024, maart 2024;
- Missie en visie, november 2023;
- Functiebeschrijving Ambulant Begeleider, versie 0.5;
- Functiebeschrijving helpende welzijn;
- Jaarverslag 2022;
- Jaarverslag 2023, mei 2024;
- Scholingsplan Derman Thuiszorg Q2 en Q3 2024;
- Scholingsplan Derman Zorg, mei 2024;
- Duurzame inzetbaarheid Derman Zorg, april 2024;
- Gedragscode Derman Zorg, mei 2024;
- Informatie stage Derman Zorg;
- Acht diploma's en twee certificaten;
- 10 VOG's;
- Triqs rapportage medewerkerstevredenheidsonderzoek, november 2023;
- Triqs Factsheet medewerkerstevredenheidsonderzoek.

5. Rechten van de cliënt:

- Klachtenprocedure Derman thuiszorg, maart 2022;
- Cliëntenraad werkplan 2024;
- Notulen kick-off cliëntenraad, januari 2024;
- Notulen cliëntenraad, maart 2024;
- Factsheet STEPS algemeen 2022;
- Triqs rapportage cliëntervaringsmeting, februari 2023;
- Triqs open opmerkingen behorend bij STEPS cliëntervaringsmeting, februari 2023.

7. Overig

- Website van de aanbieder.

Gegevensoverzicht

Opvanggegevens

Naam : Derman Thuiszorg Gelderland
Adres : Zoomstraat 2
Postcode en woonplaats : 6826 BS Arnhem
Telefoonnummer : 026-8403009
Website aanbieder : www.dermanzorg.com
Email aanbieder : info@dermanzorg.com
Aantal medewerkers : 11
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 : Koningstraat 38
Postcode en woonplaats : 6811 DG Arnhem

Planning

Datum inspectie : 11 juni 2024
Opstellen concept inspectierapport : 12 juli 2024
Hoor/wederhoor : 23 juli 2024
Zienswijze ontvangen : 1 augustus 2024
Vaststelling inspectierapport : 2 augustus 2024
Verzending inspectierapport : 2 augustus 2024

Bijlage 1 Eisen

1 Doelmatigheid voorziening

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

1.1 Ondersteuningsplan	Eisen zijn van toepassing op	Ja/Nee/Deels /N.v.t.
Eis 2 Inkoopdocument Algemeen programma van eisen	Alle zorgvormen	
Ongeacht de verwijzer (toegang of geautoriseerde verwijzer) wordt de te verlenen ondersteuning door de opdrachtnemer verwerkt in een ondersteunings- of behandelplan. Dit plan dient gereed te zijn voor de start van de ondersteuning.		Ja
Cliënt en ook het sociale netwerk van cliënt zijn betrokken bij het opstellen van het ondersteuningsplan en de cliënt heeft zijn/haar ondersteuningsvraag kunnen formuleren.		Ja
Het ondersteuningsplan is ondertekend door de cliënt en/of wettelijke vertegenwoordiger.		Ja
Het bijstellen van de begeleidingsdoelen gedurende de uitvoering van het ondersteuningsplan dient altijd te gebeuren in afstemming met de Toegang.		Nee
Eis 2 Inkoopdocument Algemeen programma van eisen	Alle zorgvormen, behalve bij enkel 01H01	
<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). <p>In afwijking van eis 2 van het Inkoopdocument Algemeen programma van eisen is voor Groepsbegeleiding Stabiel het volgende niet van toepassing:</p>		Deels

<ul style="list-style-type: none"> - Doelafspraken tussen de cliënt en zorgaanbieder en; - Het tijdsbestek waarbinnen deze doelen moeten worden behaald. 		
Wettelijke kwaliteitseis: De voorziening is doelmatig, doeltreffend en cliëntgericht	Alle zorgvormen	
Er vindt urenregistratie plaats van de geleverde ondersteuning.		Ja
Inkoopdocument Begeleiding Productbeschrijving begeleiding basis	Begeleiding Basis	
<u>Tot 1 juli 2022:</u> Het opstellen van een ondersteuningsplan wordt uitgevoerd door een professional met minimaal een opleiding op mbo-4/beginnend hbo niveau.		N.b.
<u>Vanaf 1 juli 2022:</u> Het opstellen van een ondersteuningsplan wordt uitgevoerd door een professional met een afgeronde mbo-4 opleiding richting Zorg en Welzijn ¹ , waarbij de inhoud en opzet van de opleiding aansluiten bij de hulpverlening die de professional levert binnen het product.		Deels
Eis 2 Inkoopdocument Begeleiding Zorgvorm specifieke eisen	Begeleiding	
De aanbieder investeert aantoonbaar in het innoveren en eventueel afbouwen van zorg, dat wil zeggen het verkorten van de zorgduur en het verminderen van het aantal begeleidingsuren. Bij begeleiding betekent dit dat de aanbieder waar mogelijk werkt aan het afbouwen van begeleiding naar voorliggende voorzieningen en/of naar de inzet van het sociaal netwerk, bij voorkeur met behulp van sociale netwerkstrategieën.		Nee
Er wordt ingezet op het afschalen van Begeleiding specialistisch naar Basis begeleiding (zie eis 1). Hierover worden concrete afspraken gemaakt in het ondersteuningsplan van de cliënt.		N.v.t.
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.		Nee
Aanbieder sluit een schriftelijke overeenkomst met de cliënt waarvoor zij AV-HO gaat leveren. Hierin is minimaal opgenomen: <ul style="list-style-type: none"> • Wat de cliënt en zijn/haar netwerk zelf kan doen. • Tot welke doelgroep de cliënt behoort. • Aantal uren ondersteuning per week, frequentie en wanneer AVHO wordt verleend (planning). • Welke activiteiten moeten worden verricht. 		Nee
Inkoopdocument Huishoudelijke ondersteuning Productbeschrijving 01H01	HO 01H01	
Het resultaat van Huishoudelijke ondersteuning is: <ul style="list-style-type: none"> - Een schoon en leefbaar huis. De lichte huishoudelijke taken worden uitgevoerd (bed opmaken, stoffen, afwassen, kamers opruimen, vuilniszak verwisselen) en de zware huishoudelijke taken worden uitgevoerd (stofzuigen, schrobben/soppen van sanitair en keukens, dweilen, bedden verschoneren, opruimen huishoudelijk afval). - Beschikken over schone was (wassen in wasmachine, drogen in droger of ophangen/afhalen, vouwen en opbergen). De cliënt dient zoveel als mogelijk te zorgen voor strijkvrij wasgoed (n.v.t. voor gemeente Rheden en Rozendaal). - Beschikken over boodschappen (n.v.t. voor gemeente Duiven, Westervoort, Renkum, Rheden, Rozendaal en Zevenaar). - Opruimen van boodschappen (n.v.t. voor gemeente Arnhem, Duiven, Westervoort, Rheden, Rozendaal en Zevenaar). - De maaltijden zijn verzorgd (bereiden van broodmaaltijden en opwarmen van warme maaltijd) (n.v.t. voor gemeente Arnhem, Rheden, Rozendaal en Zevenaar). 		Ja

1.2 Evaluatie	Eisen zijn van toepassing op	Ja/Nee/Deels /N.v.t.
Eis 3 Inkoopdocument Algemeen programma van eisen	Alle zorgvormen	
Op initiatief van opdrachtnemer vindt, tenminste 6 weken voor afloop van de indicatie, evaluatie plaats van het ondersteunings- of behandelplan en de uitvoering daarvan. Wanneer het traject langer duurt dan een jaar vinden er in overleg meerdere evaluaties plaats.		Ja
Elke evaluatie wordt besproken met de cliënt en er wordt een verslag gemaakt, dat ondertekend is door de cliënt en/of wettelijke vertegenwoordiger, zodat helder is dat deze evaluatie is besproken met de desbetreffende cliënt.		Deels
Uit de evaluatie blijkt in hoeverre de gestelde doelen zijn behaald. Als een doel of een resultaat niet wordt gehaald, is de opdrachtnemer verantwoordelijk voor de motivering waarom dat doel of resultaat niet gehaald is. De opdrachtnemer beschrijft de wijze waarop de gestelde doelen alsnog behaald kunnen worden of dienen te worden bijgesteld.		Deels
De evaluatie wordt altijd gedeeld met de opdrachtgever indien de opdrachtgever de verwijzer is. Is de opdrachtgever niet de verwijzer, dan kan, op verzoek van de opdrachtgever en met toestemming van cliënt en/of wettelijke vertegenwoordiger, de evaluatie worden gedeeld met opdrachtgever. Dit is nodig om de toewijzing en vordering hiervan te monitoren. Hierbij wordt rekening gehouden met de privacyregels.		Deels

1.3 Ondersteuning	Eisen zijn van toepassing op	Ja/Nee/Deels /N.v.t.
Inkoopdocument Begeleiding Productbeschrijving begeleiding basis	Begeleiding Basis	
De begeleiding is planbaar. Basis begeleiding vindt vrijwel altijd plaats op geplande momenten.		Ja
Inkoopdocument Begeleiding Productbeschrijving Begeleiding basis Wmo	Begeleiding Basis	
Begeleiding basis is gericht op: <ul style="list-style-type: none"> - Cliënten activeren en 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

1.4 Zelfredzaamheid	Eisen zijn van toepassing op	Ja/Nee/Deels /N.v.t.
Eis 2 Inkoopdocument Begeleiding Zorgvorm specifieke eisen	Begeleiding	

Aanbieder werkt aan zelfregie van zorg waar dit mogelijk is. Er wordt verwacht van aanbieder dat hij aantoonbaar de zelfredzaamheid van de cliënten verbetert en/of verslechtering voorkomt of de zelfredzaamheid stabiel houdt.		Deels
Eis 1 Inkoopdocument Huishoudelijke ondersteuning Zorgvorm specifieke eisen	Huishoudelijke Ondersteuning	
Ondersteuning bij het voeren van een huishouden wordt alleen geboden wanneer er geen andere oplossingen (zoals eigen mogelijkheden, gebruikelijke hulp, mantelzorg of vrijwilligershulp) zijn die problemen op dit leefgebied kunnen voorkomen of oplossen.		Ja
Activiteiten die door de cliënt zelf kunnen worden uitgevoerd, behoren tot de eigen verantwoordelijkheid van de cliënt. De cliënt voert dan een deel van het huishouden zelf uit en voor het andere deel wordt ondersteuning geboden.		Ja

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

2 Veiligheid

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

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

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

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

2.4 Calamiteiten	Eisen zijn van toepassing op	Ja/Nee/Deels /N.v.t.
Eis 10 Inkoopdocument Algemeen Programma van eisen	Alle zorgvormen, behalve als alleen activerend Werk geboden wordt	
<p>Opdrachtnemer meldt iedere calamiteit, ieder geweldsincident en ernstig incident met grote impact op de maatschappij, cliënt, zijn/haar omgeving en/of andere betrokkenen binnen twee werkdagen aan de aangewezen toezichthoudend ambtenaar waar de calamiteit zich voordoet.</p> <p>(in afwijking van eis 10 van algemeen programma van eisen geldt voor aanbieders van Activerend werk dat in geval van een calamiteit, zoals nader omschreven in het protocol, dit binnen 2 werkdagen gemeld wordt bij lokale toegang. Gezamenlijk zal het vervolg bepaald worden en wie welke rol hierin pakt.)</p>		Ja

3 Samenwerking en afstemming

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

3.1 Afstemming	Eisen zijn van toepassing op	Ja/Nee/Deels /N.v.t.
Eis 4 Inkoopdocument Algemeen programma van eisen	Alle zorgvormen	
De aangeboden hulp/ondersteuning dient te worden afgestemd op andere vormen van geboden hulp en ondersteuning.		Ja

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

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

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.		Ja
In het kwaliteitshandboek zijn alle kwaliteitsdocumenten gebundeld en is de vindplaats van alle kwaliteitsdocumenten te achterhalen. Onder		Ja

<p>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.</p> <p>Tevens bevat dit kwaliteitsbeleid werkinstructies en handelingsprotocollen die van toepassing zijn voor de uitvoering van de gecontracteerde opdrachten.</p> <p>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.</p>		
<p>Medewerkers zijn op de hoogte van deze werkinstructies en handelingsprotocollen en handelen daar naar.</p>		Deels

4.2 Personeelsbeleid	Eisen zijn van toepassing op	Ja/Nee/Deels /N.v.t.
Eis 13 Inkoopdocument Algemeen programma van eisen	Alle zorgvormen, behalve als alleen activerend werkgeboden wordt	
De opdrachtnemer is zelf bekwaam en gekwalificeerd en/of beschikt over aantoonbaar en gekwalificeerde medewerkers voor het uitvoeren van de gevraagde dienstverlening, zet gekwalificeerde medewerkers in en dient dit op ieder moment aan opdrachtgever te kunnen aantonen.	De opdrachtnemer is zelf bekwaam en gekwalificeerd en/of beschikt over aantoonbaar en gekwalificeerde medewerkers voor het uitvoeren van de gevraagde dienstverlening, zet gekwalificeerde medewerkers in en dient dit op ieder moment aan opdrachtgever te kunnen aantonen.	Deels
<p>Opdrachtnemer heeft passend beleid waarin minimaal beschreven staat:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hoe de opdrachtnemer omgaat met opleiding en scholing, met als doel het behouden en verder ontwikkelen van kennis en kunde van zichzelf en de in te zetten medewerkers. - Inzet van vrijwilligers, stagiaires en medewerkers in opleiding is altijd onder verantwoordelijkheid van bekwaam en gekwalificeerde medewerkers. - Borging van een duurzame inzetbaarheid van zichzelf en voor de opdracht in te zetten medewerkers. - Hoe de opdrachtnemer ervoor zorgt dat hij zelf en zijn voor de opdracht in te zetten medewerkers op de hoogte is van de laatste ontwikkelingen binnen de branche. <p>(Eis 13 van het Algemeen programma van eisen is in zijn geheel niet van toepassing voor aanbieders Activerend werk)</p>		Ja
Eis 18 Inkoopdocument Algemeen Programma van eisen	Alle zorgvormen	
De opdrachtnemer draagt ervoor zorg dat de aangeboden individuele ondersteuning door zo weinig mogelijk verschillende medewerkers wordt uitgevoerd.		Ja
Eis 19 Inkoopdocument Algemeen Programma van eisen	Alle zorgvormen	
De opdrachtnemer draagt zorg voor passende vervanging bij afwezigheid (bijvoorbeeld of in het geval van vakantie) van de vaste medewerker.		Ja
Bij vervanging wordt rekening gehouden met de situatie van de cliënt, tenzij de cliënt zelf aangeeft geen gebruik te willen maken van vervangende dienstverlening.		Ja
Inkoopdocument Begeleiding Productbeschrijving begeleiding basis	Begeleiding Basis	
<p><u>Tot 1 juli 2022:</u></p> <p>Uitvoering door een professional met een opleiding op minimaal mbo3 niveau op het gebied van Zorg en Welzijn onder aansturing van een professional met minimaal een opleiding op mbo-4/ beginnend hbo niveau in een gelijke richting.</p>		N.b.
<p><u>Vanaf 1 juli 2022:</u></p> <p>Uitvoering door een professional met een afgeronde opleiding op mbo-3 niveau richting Zorg en Welzijn¹, waarbij de inhoud en opzet van de opleiding aansluiten bij de hulpverlening die de professional levert binnen het product.</p>		Deels

<p><u>Vanaf 1 juli 2022:</u> Deze professional met mbo-3 niveau werkt onder aansturing van een professional met een afgeronde opleiding op mbo-4 niveau Zorg en Welzijn¹, waarbij de inhoud en opzet van de opleiding aansluiten bij de hulpverlening die de professional levert binnen het product.</p>		Deels
Inkoopdocument Huishoudelijke ondersteuning Productbeschrijving 01H01	Huishoudelijke Ondersteuning 01H01	
<p>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).</p> <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. 		Deels

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

4.3 Medewerkers: Verklaring omtrent gedrag (VOG)	Eisen zijn van toepassing op	Ja/Nee/Deels /N.v.t.
Eis 15 Inkoopdocument Algemeen Programma van eisen	Van toepassing op alle zorgvormen	
<p>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.</p> <p>(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.)</p>		Deels

4.4 Informatievoorziening en website	Eisen zijn van toepassing op	Ja/Nee/Deels /N.v.t.
Eis 16 Inkoopdocument Algemeen programma van eisen	Van toepassing op alle zorgvormen	
<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 klachtenjaerverslag. - Wijze van omgaan met privacy (AVG). - Wachttijden. - Eventuele certificeringen. - Telefoonnummer en/of andere contactgegevens van de organisatie, incl. tijden waarop de organisatie bereikbaar is. 		Deels

(In afwijking van eis 16 algemeen programma van eisen geldt voor Activerend werk dat het voldoende is dat organisatie beschikt over een website met minimaal informatie over de organisatie en contactgegevens van de aanbieder).		
Inkoopdocument Huishoudelijke ondersteuning Productbeschrijving 01H01	Huishoudelijke Ondersteuning 01H01	
De cliënt ontvangt van de aanbieder welke informatie dan ook, mondeling en/of schriftelijk, in een aangepaste vorm als de informatie moeilijk toegankelijk is voor de cliënt door blindheid of slechthorend-, slechthorend- of doofheid, analfabetisme of andere gezondheidsproblemen die begrip van de informatiespreiding op traditionele wijze in de weg staan.		Ja

5 Rechten van de cliënt

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

5.1 Klachtenregeling	Eisen zijn van toepassing op	Ja/Nee/Deels /N.v.t.
Eis 9 Inkoopdocument Algemeen programma van eisen	Alle zorgvormen, behalve indien alleen activerend werk wordt geboden.	
De opdrachtnemer heeft een effectieve en laagdrempelige regeling vastgelegd voor de afhandeling van klachten van cliënten en ten aanzien van gedragingen van de opdrachtnemer of haar medewerkers tegen een cliënt, conform vigerende wet- en regelgeving.		Ja
De cliënt wordt geïnformeerd over de klachtenregeling.		Ja
De klachtenregeling is te vinden op de website van de betreffende opdrachtnemer.		Ja
De opdrachtnemer stelt jaarlijks een openbaar klachtenjaarslag/klachtenlijst op en publiceert dit op zijn website.		Deels
In het klachtenjaarslag/klachtenlijst is minimaal beschreven: <ul style="list-style-type: none"> - Hoeveel klachten zijn ingediend. - Welke klachten zijn ingediend (beschrijving van de klacht, incl. het thema van de klacht). - De afhandelingstermijn (per klacht). - De wijze waarop de klachten zijn afgehandeld (per klacht). - De wijze van communicatie en opvolging van de klachten (per klacht). - Welke verbetermaatregelen naar aanleiding van de klachten zijn genomen (per klacht). 		Deels

5.2 Rechten van de cliënt en gedragscode	Eisen zijn van toepassing op	Ja/Nee/Deels /N.v.t.
Eis 17 Inkoopdocument Algemeen programma van eisen	Van toepassing op alle zorgvormen, behalve enkel activerend werk	
De cliënt voelt zich op zijn/haar gemak op de plaats waar de hulp/ondersteuning wordt geboden		Ja

De opdrachtnemer staat open voor wensen, aanwijzingen, vragen en kritiek van de cliënt.		Ja
Er zijn met de cliënt afspraken (schriftelijk/digitaal) gemaakt over gegevensuitwisseling die passen binnen het privacy-statuuat van de opdrachtnemer.		Ja
De cliënt kan participeren in een cliëntenraad of een vergelijkbaar platform.		Ja
Medewerkers houden zich aan de door de opdrachtnemer vastgestelde gedragscode die schriftelijk is vastgelegd, waarbij aandacht wordt besteed aan de volgende thema's: <ul style="list-style-type: none"> - Correcte cliëntbejegening. - Servicegerichte en klantvriendelijke instelling. - Inlevingsvermogen en hulpvaardigheid. - Respecteren ziens-, geloofs- en zijnswijze van de cliënt. - Privacy, geheim te houden al hetgeen is toevertrouwd. - Integriteit van de medewerkers (als voorbeeld beleid op het aannemen van cadeaus c.q. schenkingen, etc.). 		Ja

GGD Gelderland-Midden

is onderdeel van de Veiligheids- en Gezondheidsregio Gelderland-Midden



GGD Gelderland-Midden

Postbus 5364

6802 EJ ARNHEM

T 0800 8446 000

E ggd@vggm.nl

I www.ggdgm.nl



Gelderland-Midden