

WMO TOEZICHT
Onderzoeksrapport

Definitief rapport kwaliteitsonderzoek
Naam: Zilverzorg B.V.
Adres: Velperweg 17
Postcode en woonplaats: 6824 BC Arnhem

Product: Thuisondersteuning

Datum inspectie: 7 november 2024
Datum rapport: 16 januari 2025
In opdracht van de gemeente Ede

Inhoudsopgave

Gegevensoverzicht	3
Inleiding	4
Historie	4
Onderzoek: aanleiding en belang	5
Korte beschrijving van de organisatie en de doelgroep	5
Conclusies en advies	6
Advies aan de gemeente	8
Bevindingen	9
1 Doelmatigheid voorziening	9
2 Veiligheid	11
3 Samenwerking en afstemming	14
4 Kwaliteit van personeel en organisatie	15
5 Rechten van de cliënt	18
Zienswijze aanbieder	22
Bijlage 1: Bronnen	24

Gegevensoverzicht

Basisgegevens

Naam : Zilverzorg B.V.
Adres : Velperweg 17
Postcode en woonplaats : 6824 BC Arnhem
Telefoonnummer : 085-4890589
Website aanbieder : www.zilverzorg.com
Rechtsvorm : B.V.
HKZ/ISO gecertificeerd : ISO 9001
KVK nummer : 74065750

Gegevens toezicht

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

Gegevens opdrachtgever

Naam : Gemeente Ede
Adres : Postbus 9022
Postcode en woonplaats : 6710 HK Ede
E-mailadres : toezichtwmo@ede.nl

Planning

Datum onderzoek : 7 november 2024
Opstellen concept onderzoeksrapport : 17 december 2024
Hoor/wederhoor : 24 december 2024
Zienswijze ontvangen : 15 januari 2025
Vaststelling onderzoeksrapport : 16 januari 2025
Verzending onderzoeksrapport : 16 januari 2025

Inleiding

Het college van de gemeenten (hierna: gemeenten) zijn verantwoordelijk voor de kwaliteit van voorzieningen die verstrekt worden in het kader van de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo 2015).

De Wmo 2015 regelt in artikel 6.1 dat gemeenten een toezichhoudende ambtenaar aanwijzen. Het college van B&W van de gemeente Ede heeft 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 andere vormen van zorg, zoals langdurige zorg (Wlz) of jeugdhulp. Gegevens en bevindingen in dit rapport beperken zich tot Wmo verstrekkingen.

De toetsing is gebaseerd op wettelijke regelingen waaronder de Wmo, aangevuld met de kwaliteitscriteria uit de gemeentelijke Wmo verordening, inkoopvoorwaarden, toekenningsbeschikkingen en/of uit overeenkomst(en) met de zorgaanbieder

Het inspectierapport wordt gepubliceerd op de website van de toezichhouder en/of de gemeente Ede. Zo kunnen inwoners zien hoe de kwaliteit van Wmo-voorzieningen gecontroleerd wordt en het helpt inwoners bij het kiezen van kwalitatief goede zorg. De zorgaanbieder wordt na het vaststellen van het rapport nader geïnformeerd over de procedure.

Historie

Op 30 mei 2024 heeft de Wmo toezichhouder van GGD Gelderland-Midden in opdracht van de gemeente Ede een Quicksan op de thuisondersteuning van Zilverzorg B.V. uitgevoerd. De Quicksan is een verkorte variant van een kwaliteitsonderzoek waarbij enkele basiseisen worden getoetst. Aandachtspunten uit de Quicksan waren gericht op het uitvoeren van evaluaties, inventariseren van risico's, de continuïteit van de geboden voorziening, de inhoud van calamiteitenbeleid, kwalificaties van medewerkers en het hebben van beleid omtrent medezeggenschap van cliënten.

De Wmo toezichhouder adviseerde de gemeente Ede om een volledig kwaliteitsonderzoek uit te (laten) voeren. De gemeente Ede heeft de aanbieder verzocht om de geconstateerde aandachtspunten te verbeteren en heeft de GGD Gelderland-Midden gevraagd om een volledig kwaliteitsonderzoek uit te voeren waarvan dit rapport een weergave is.

Onderzoek: aanleiding en belang

Dit onderzoek heeft plaatsgevonden op verzoek van de gemeente Ede. Het onderzoek had als doel na te gaan of de aanbieder voldoet aan de wettelijke (kwaliteits)eisen vanuit de Wmo en de aanvullende gemeentelijke (kwaliteits)eisen.

Het onderzoek bestond uit observatie, bronnenonderzoek (bijlage 1) en interviews. Het inspectiebezoek vond plaats op 7 november 2024. Het betrof een aangekondigd bezoek aan het hoofdkantoor van Zilverzorg B.V. te Arnhem. Er hebben gesprekken plaatsgevonden met de Wmo manager, een regiomanager, twee medewerkers en twee cliënten. De leidinggevende was bij de gesprekken met cliënten en medewerkers aanwezig.

Daarnaast heeft de Wmo toezichthouder in de periode na het inspectiebezoek nog drie cliënten en twee Wmo consulenten van de gemeente Ede gesproken ten behoeve van het onderzoek.

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

Korte beschrijving van de organisatie en de doelgroep

Zilverzorg B.V. (hierna: de aanbieder) levert huishoudelijke en ambulante ondersteuning in Gelderland, Flevoland, Overijssel, Noord-Brabant en Limburg vanuit de volgende missie:

“Zilverzorg staat voor het verbeteren van de levens- en woonkwaliteit van mensen die behoefte hebben aan zorg, hulp of gezelligheid”.

De ondersteuning wordt geleverd aan volwassenen en ouderen die (tijdelijk) niet meer in staat zijn het huishouden zelf te verzorgen. Ten tijde van het onderzoek levert de aanbieder aan 252 cliënten thuisondersteuning met een beschikking van de gemeente Ede. De thuisondersteuning wordt op basis van Zorg in Natura financiering geleverd. Daarnaast levert de aanbieder incidenteel ook particuliere ondersteuning of ondersteuning vanuit een PGB.

De organisatie is opgedeeld in regioteams. De thuisondersteuning in Ede wordt geleverd door 25 medewerkers uit het regioteam West. Dagelijkse aansturing van het regioteam vindt plaats door een regiomanager en zorgcoördinator, die worden ondersteund door een administratief medewerker. De directie is eindverantwoordelijk.

De aanbieder is ISO 9001 gecertificeerd.

Conclusies 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 kwaliteitsonderzoek blijkt dat Zilverzorg B.V. voldoet aan het merendeel van de gestelde wettelijke (kwaliteits)eisen en gemeentelijke eisen, zie hiervoor de bevindingen in het rapport.

De gesproken cliënten uiten zich grotendeels tevreden over de geleverde ondersteuning. Zij ervaren op een prettige wijze bejegend te worden en noemen afspraken te hebben gemaakt over de te leveren ondersteuning die in de praktijk, volgens het merendeel van de gesproken cliënten, worden nagekomen. Hierbij noemt één cliënt wel dat diens vaste medewerker afgesproken uren niet nakomt en werkzaamheden summier uitvoert.

Verder blijkt uit gesprekken met enkele cliënten en Wmo consultants de communicatie en/of bereikbaarheid van de aanbieder voor cliënten een aandachtspunt. Hierover wordt aangegeven dat er vaak sprake is van een lange telefonische wachtrij voor cliënten en dat de aanbieder cliënten soms onvoldoende informeert bij uitval en vervanging van medewerkers.

De onderlinge communicatie tussen de Wmo consultants en de aanbieder wordt door beide als prettig ervaren.

De thuisondersteuning richt zich vooral op het behouden, en waar mogelijk vergroten, van de zelfredzaamheid van de cliënt. Met iedere cliënt worden afspraken gemaakt over de uit te voeren werkzaamheden en wat de cliënt nog zelf kan uitvoeren. In het digitale cliëntregistratiesysteem worden o.a. afspraken over de uit te voeren werkzaamheden, achtergrondinformatie en bijzonderheden van de cliënt vastgelegd en vindt rapportage plaats. Een risico-inventarisatie wordt niet opgesteld met de cliënt. Het cliëntregistratiesysteem is niet inzichtelijk voor de huishoudelijk ondersteuners. Via de planning zijn voor hen afspraken over de uit te voeren werkzaamheden, bijzonderheden en adresgegevens van de cliënt te vinden.

Er vindt ten minste jaarlijks evaluatie met de cliënt plaats. De administratief ondersteuner vult hiervoor een vragenlijst in met de cliënt, waarna deze door de cliënt wordt ondertekend. Tijdens de evaluatie wordt o.a. de tevredenheid van de cliënt uitgevraagd en of gemaakte afspraken nog passend zijn.

Uit alle gevoerde gesprekken en inzage in diverse documenten en het medewerkersportaal blijkt binnen de organisatie voldoende aandacht te zijn voor de signalerende functie van medewerkers. Alle incidenten, signalen en andere afwijkingen moeten door hen worden gemeld bij de zorgcoördinator. Sinds kort is er een apart nummer voor medewerkers beschikbaar, waardoor zij bij spoed voorrang

krijgen op anderen in de telefonische wachtrij. Voor andere zaken dienen medewerkers via het algemene nummer contact op te nemen.

Alle medewerkers hebben een passend VOG overlegd. Medewerkers beschikken niet over een voltwoide Mbo niveau 1 opleiding in de richting van zorghulp, maar dienen bij indienstreding een basistraining (e-learning) van de aanbieder te volgen en bijbehorende eindtoets behalen waarmee aan gestelde kwalificatie eis wordt voldaan. De basistraining omvat informatie over de gedragsregels, ergonomie, veiligheid en uit te voeren werkzaamheden.

Verder wordt via het medewerkersportaal periodiek bijscholing aangeboden waar medewerkers vrijblijvend gebruik van kunnen maken. Medewerkers zijn niet, conform gestelde eis, geschoold in het omgaan met agressie.

De aanbieder beschikt verder over een kwaliteitsmanagementsysteem en actuele werkinstructies en protocollen. Een agressieprotocol en afspraken over het gebruik van alcohol en verdovende middelen voor medewerkers ontbreken echter. Daarnaast is het melden van geweldsincidenten en gebeurtenissen met maatschappelijke onrust en impact (regionale aanvulling) bij de Wmo toezichthouder niet opgenomen in het calamiteitenbeleid en daarmee onvoldoende geborgd.

Medewerkers ontvangen bij indienstreding een 'sociaal handboek' met daarin de voor hen belangrijke werkinstructies en informatie.

Uit het onderzoek blijken kwaliteitsverbeteringen op basis van klachten, incidenten en tevredenheidsonderzoeken aantoonbaar. Actiepunten en doelstellingen die hieruit voortkomen zijn bijvoorbeeld opgenomen in het meerjarenbeleidsplan, klachtenregistratie en/of verbeterregister met een duidelijke toedeling van taken.

De toezichthouder concludeert tekortkomingen ten aanzien van:

- Bereikbaarheid van de eerstverantwoordelijke medewerker of diens vervanger;
- Het opstellen van een risico-inventarisatie met cliënten;
- Het hebben van een agressieprotocol en het scholen van medewerkers in het omgaan met agressie;
- Het maken van afspraken over het gebruik van alcohol en verdovende middelen voor medewerkers;
- De continuïteit van de geboden voorziening;
- Borging van de meldplicht bij geweldsincidenten en gebeurtenissen met maatschappelijke impact en onrust (regionale aanvulling) bij de Wmo toezichthouder.

Advies aan de gemeente

De Wmo toezichthouder van de GGD Gelderland-Midden geeft het advies aan de gemeente Ede wel te handhaven (conform handhavingsbeleid).

De gemeente Ede laat schriftelijk aan de zorgaanbieder weten of en hoe zij dit advies opvolgen.

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	
<i>Wettelijke kwaliteitseis: De voorziening is doelmatig, doeltreffend en cliëntgericht (Wmo 2015, art. 3.1, tweede lid sub a).</i>	
Alle cliënten hebben een actueel ondersteunings- / begeleidingsplan (een plan waaruit blijkt wat de kansen, mogelijkheden en ondersteuningsbehoeften zijn van de cliënt en welke voorziening wordt geboden).	
1.1 Ondersteunings- / begeleidingsplan	Ja/nee/deels n.v.t./n.b.¹
De cliënt en de aanbieder bereiken overeenstemming over het begeleidingsplan. De cliënt en de aanbieder bereiken deze overeenstemming binnen zes weken nadat de cliënt is aangemeld bij de aanbieder.	Ja
Het plan omvat een omschrijving van de vraag van de cliënt.	Ja
Het plan omschrijft de kansen/mogelijkheden van de cliënt (eigen kracht/ sociale netwerk).	Ja
Het plan bevat concrete doelen en afspraken (wat, wanneer, wie) (SMART of PDCA-cyclus).	Ja
Het begeleidingsplan geeft aan welke voorziening wordt geboden.	Ja
Het sociale netwerk van de cliënt is actief betrokken bij bijvoorbeeld het opstellen van het plan.	Ja
De ondersteuning sluit(en) aan op de reële behoefte en mogelijkheden van de cliënt en zijn/haar sociale netwerk.	Ja
Het plan heeft de instemming van de cliënt en is ondertekend door de cliënt of diens vertegenwoordiger.	Ja
Afwijkingen van het plan worden gemotiveerd toegelicht en besproken met de cliënt en zijn/haar sociale netwerk.	Ja
In het plan staat de naam van de eerstverantwoordelijke medewerker vermeld.	Ja
De eerstverantwoordelijke of diens vervanger is goed bereikbaar.	Deels
Het plan wordt minimaal jaarlijks geëvalueerd.	Ja
Van deze evaluatie wordt verslag opgemaakt.	Ja
De cliënt heeft het evaluatieverslag ondertekend.	Ja
De datum van de eerstvolgende evaluatie staat in het plan genoteerd.	Ja
Signalen die duiden op mogelijke decompensatie of andere incidenten/calamiteiten worden vastgelegd.	Ja

¹ N.b. betekent 'niet beoordeeld'.

Constatering

Na aanmelding volgt een intakegesprek met de cliënt en de regiomanager, waarin o.a. algemene gegevens, bijzonderheden en afspraken over de te leveren ondersteuning worden besproken. Dit wordt vervolgens vastgelegd in een intakeverslag, dat dient als het begeleidingsplan. Hiervoor maakt de aanbieder gebruik van een digitaal cliëntregistratiesysteem.

Door de toezichthouder zijn vijf cliëntdossiers ingezien en beoordeeld. Allen bevatten een intakeverslag met de naam van de eerstverantwoordelijke medewerker, welke voorziening wordt geboden, afspraken over de uit te voeren werkzaamheden, algemene cliëntgegevens, achtergrondinformatie, bijzonderheden en ondertekening van de cliënt.

Het digitale cliëntregistratiesysteem, en daarmee de cliëntdossiers, zijn niet inzichtelijk voor de huishoudelijk ondersteuners. Via de planning zijn voor hen afspraken over de uit te voeren werkzaamheden, bijzonderheden en adresgegevens van de cliënt te vinden.

Bij signalen, incidenten of andere bijzonderheden legt de medewerker contact met de zorgcoördinator, die hierover dan rapporteert in het cliëntdossier.

Er vindt ten minste jaarlijks evaluatie met de cliënt plaats. De administratief ondersteuner vult hiervoor (telefonisch) een vragenlijst in met de cliënt, waarna deze door de cliënt wordt ondertekend. Hierbij wordt o.a. de tevredenheid van de cliënt uitgevraagd en of gemaakte afspraken nog passend zijn. De vragenlijst is recent door de aanbieder geactualiseerd, waardoor enkele vragen anders zijn geformuleerd en er meer aandacht is voor evt. wijzigingen in het netwerk van de cliënt.

Uit gesprekken met een deel van de cliënten blijkt de bereikbaarheid van de organisatie soms een aandachtspunt. Zij geven aan telefonisch lang in de wacht te staan als zij de aanbieder willen bereiken. Daarnaast noemt een gesproken Wmo consulent van enkele cliënten vernomen te hebben dat zij de aanbieder soms moeilijk kunnen bereiken. Over de onderlinge communicatie zegt de Wmo consulent verder het volgende:

“Ik heb een vast contactpersoon binnen de organisatie en heb veelal contact per mail. Dan reageren ze ook vlot. Ze proberen altijd erg mee te denken en doen er alles aan om de communicatie goed te houden. Hier staan ze ook erg voor open. Als de klant contact wil hebben gaat dat via het algemene nummer, daarin zit wel een verschil in reactietijd”.

Zowel de aanbieder als Wmo consulent geven aan dat het contact op een prettige manier verloopt en er korte lijntjes zijn.

1.2 Uitvoering begeleiding en aansluiting op de Wmo doelen	Ja/nee/deels n.v.t./n.b.
24 uren zorg/begeleiding is gewaarborgd.	N.v.t.
Het ondersteuningsaanbod van de aanbieder is gericht op vergroten van de zelfredzaamheid en de participatie van de cliënten.	Ja
Er wordt gewerkt richting de uitstroom van de cliënten (bijv. richting een vervoltraject). Indien van toepassing is er sprake van afschaling van begeleiding.	Ja

De inbreng van een multidisciplinair team (indien van toepassing) is zichtbaar in het ondersteuningsplan.	Ja
De afstemming tussen dagbesteding, werk en wonen, is zichtbaar in het plan (1 cliënt, 1 plan).	Ja
De aanbieder legt schriftelijk vast hoe de ondersteuning georganiseerd is. De aanbieder maakt gebruik van bewezen effectieve interventies en/of best practices.	Ja
Voor thuisondersteuning (mantelzorgers): de ondersteuning is gericht op: <ul style="list-style-type: none"> • Uitvoeren van praktische huishoudelijke werkzaamheden m.b.t. het dagelijkse leven; • Uitvoeren van preventieve interventies; • Signalering van verandering in de situatie. 	Ja

Constatering

<p>De thuisondersteuning richt zich op de uitvoer van huishoudelijke werkzaamheden in de thuissituatie van de cliënt en vindt binnen kantooruren plaats. Er is geen sprake van 24 uren ondersteuning, waardoor betreffende eis niet is beoordeeld door de toezichthouder.</p> <p>De aanbieder heeft in beleid opgenomen hoe de ondersteuning is georganiseerd. Thuisondersteuning richt zich vooral op het behouden, en waar mogelijk vergroten, van de zelfredzaamheid van de cliënt. Met iedere cliënt worden afspraken gemaakt over de uit te voeren werkzaamheden en wat de cliënt nog zelf kan uitvoeren. Als de ondersteuning van tijdelijke aard is en/of wanneer de situatie van de cliënt verandert worden de afspraken omtrent de werkzaamheden opnieuw beoordeeld en waar nodig wordt afgeschaald.</p> <p>Uit alle gevoerde gesprekken en inzage in diverse documenten en het medewerkersportaal blijkt dat binnen de organisatie voldoende aandacht is voor de signalerende functie van medewerkers. Alle veranderingen en afwijkingen moeten worden gemeld bij de zorgcoördinator. Sinds kort is er een apart telefoonnummer voor medewerkers beschikbaar, waardoor zij bij spoed voorrang krijgen op anderen in de wachtrij. Voor andere zaken dienen medewerkers via het algemene nummer contact op te nemen.</p> <p>In alle cliëntdossiers zijn contactpersonen opgenomen in geval van nood, zoals de huisarts en familie. Bij signalen en andere afwijkingen wordt hiermee afstemming gezocht.</p>

2 Veiligheid	
Wettelijke kwaliteitseis: De voorziening is veilig (Wmo 2015, art. 3.1, tweede lid sub a.).	
In het kader van de geboden voorziening wordt de veiligheid van de cliënt gewaarborgd.	
2.1 Protocollen en afspraken	Ja/nee/deels n.v.t./n.b.
De organisatie heeft werkinstructies en handelingsprotocollen.	Ja
De instructies en protocollen zijn actueel.	Ja

De aanbieder kent een agressieprotocol.	Nee
Het personeel is geschoold in het omgaan met agressie.	Nee

Constatering

De aanbieder beschikt over actuele werkinstructies en protocollen. Een agressieprotocol is niet opgesteld door de aanbieder en medewerkers zijn niet geschoold in het omgaan met agressie.

Alle medewerkers ontvangen bij indiensttreding een 'sociaal handboek', waarin alle voor hen belangrijke protocollen en werkinstructies zijn opgenomen. Bij wijzigingen worden medewerkers hierover geïnformeerd middels het medewerkersportaal.

2.2 Medicatie en verdovende middelen (alleen indien van toepassing)	Ja/nee/deels n.v.t./n.b.
De organisatie kent een medicatieprotocol.	N.v.t.
De organisatie kent een protocol drang- en dwangmaatregelen.	N.v.t.
Voor iedere cliënt is een actueel medicatieoverzicht (toedienlijst of deellijst) aanwezig.	N.v.t.
In het ondersteuningsplan van de cliënt is dit medicatieoverzicht (zonder doseringen) opgenomen, met vermelding van reden van gebruik.	N.v.t.
Alle medicatie staat op naam van cliënten. Geen voorraden zonder naam, m.u.v. een werkvoorraad die voldoet aan de 'handreiking werkvoorraad geneesmiddelen ² '.	N.v.t.
Elk medicijn dat wordt toegediend wordt op datum en tijdstip afgetekend op een aftekenlijst.	N.v.t.
Medicatie wordt onder de goede condities bewaard en is niet toegankelijk voor onbevoegden. Hieraan is alleen voldaan als onderstaande elementen aanwezig zijn: <ul style="list-style-type: none"> • in de koelkast gescheiden van voedingsmiddelen; • in een afgesloten medicijnkast; • opiaten in afgesloten kast/kist gescheiden van de overige medicatie; • sleutelbeheer is adequaat geregeld; • houdbaarheidsdata actueel. 	N.v.t.
Bij toediening van medicatie die niet in een GDS-verpakking ³ zit (=baxter) en waarbij sprake is van aantoonbaar risico in geval van verkeerde dosering vindt aantoonbaar controle plaats door een tweede, bekwame persoon.	N.v.t.
De organisatie heeft afspraken gemaakt over het gebruik van alcohol en verdovende middelen.	Deels

Constatering

De eisen met betrekking tot medicatie en dwang- en drang zijn niet van toepassing voor de aanbieder, omdat de thuisondersteuning op vrijwillige basis wordt geleverd en er geen medicatie wordt beheerd en verstrekt aan cliënten.

² Handreiking werkvoorraad geneesmiddelen. Actiz, GGZNederland, VGN 2011

³ GDS= Geneesmiddelen Distributie Systeem. Bij gebruik van en GDS heeft de apotheek de geneesmiddelen per client per toedientijdstip verpakt.

De aanbieder heeft afspraken vastgelegd voor cliënten over het gebruik van alcohol en verdovende middelen. Er zijn geen afspraken gemaakt en vastgelegd voor medewerkers over het gebruik van alcohol en verdovende middelen.

2.3 Risico-inventarisatie	Ja/nee/deels n.v.t./n.b.
Het ondersteuningsplan bevat een risico-inventarisatie op die onderwerpen die voor de cliënt van toepassing zijn.	Deels
Eventuele veiligheidsrisico's en de eigen verantwoordelijkheid van de cliënt zijn besproken met cliënt en zijn/haar sociale netwerk.	Ja
Als wordt afgeweken van de risicoanalyse wordt dit gemotiveerd en besproken met cliënt en zijn haar sociale netwerk.	Ja
De organisatie kent een brandveiligheids- en ontruimingsplan ⁴ .	N.v.t.
Periodiek wordt ontruiming geoefend.	N.v.t.
Het gebouw en de inventaris zijn schoon en onderhouden.	N.v.t.

Constatering

Er wordt geen risico-inventarisatie afgenomen met de cliënt. Tijdens het intakegesprek worden wel eventuele bijzonderheden van de cliënt uitgevraagd. Deze worden vastgelegd in het begeleidingsplan en voor medewerkers in de planning.

Tijdens het inspectiebezoek geeft de aanbieder aan onduidelijkheid te ervaren ten aanzien van de eis over het afnemen van een risico-inventarisatie voor het product thuisondersteuning. De toezichthouder heeft hierop de verordening van de gemeente Ede aan de aanbieder toegestuurd en de aanbieder heeft laten weten voornemens te zijn hierop verbetering te zullen treffen.

De eisen met betrekking tot brandveiligheid en ontruiming zijn door de toezichthouder niet beoordeeld, omdat de ondersteuning in de thuissituatie van de cliënt plaatsvindt.

2.4 Grensoverschrijdend gedrag	Ja/nee/deels n.v.t./n.b.
Medewerkers zijn bekend met het beleid en de visie rondom vriendschap, intimiteit, seksualiteit en seksueel grensoverschrijdend gedrag, preventie van seksueel misbruik en het melden van misbruik.	Ja
Medewerkers kunnen aantonen dat zij aandacht besteden aan vriendschap, intimiteit, seksualiteit en het voorkomen van seksueel grensoverschrijdend gedrag.	Ja
De aanbieder, niet zijnde een aanbieder die hulpmiddelen of woningaanpassingen levert, stelt een meldcode vast waarin stapsgewijs wordt aangegeven hoe met signalen van huiselijk geweld of kindermishandeling wordt omgegaan en die er redelijkerwijs aan bijdraagt dat zo snel en adequaat mogelijk hulp kan worden geboden.	Ja
De aanbieder bevordert de kennis en het gebruik van de meldcode.	Ja
Medewerkers zijn geïnstrueerd over en in staat tot het hanteren van de meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling.	Ja

⁴ De Wmo toezichthouder verricht geen technisch onderzoek naar brandveiligheid in zorgvoorzieningen. Vragen zijn gesteld op basis van veiligheid van de deelnemer, gericht op het veiligheidsbeleid en procedures van de aanbieder.

Constatering

In de gedragsregels voor medewerkers heeft de aanbieder haar visie ten aanzien van o.a. vriendschap en seksueel grensoverschrijdend gedrag opgenomen. Deze gedragsregels zijn onderdeel van het 'sociaal handboek' waarmee medewerkers bij indiensttreding bekend worden gemaakt.

De aanbieder beschikt over een meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling, waarin de vijf stappen zijn opgenomen met een toedeling van taken. De meldcode is niet inzichtelijk voor huishoudelijk ondersteuners. De aanbieder heeft in het 'sociaal handboek' informatie voor hen opgenomen aangaande de signalerende functie van medewerkers en het melden van huiselijk geweld en mishandeling.

Verder heeft de aanbieder onlangs een symposium gevolgd over ouderenmishandeling. Informatie hierover komt binnenkort op het medewerkersportaal met een e-learning van een externe partij waar medewerkers vrijblijvend aan kunnen deelnemen.

Uit gesprekken met medewerkers blijkt dat zij voldoende zijn geïnstrueerd in de meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling.

3 Samenwerking en afstemming	
<i>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)</i>	
Afspraken over de benodigde zorg/ondersteuning, alsmede afspraken over de afstemming met andere partijen, waaronder overdracht, zijn vastgelegd in het ondersteuningsdossier en zijn bekend bij de cliënt en zijn sociale netwerk.	
3.1 Afstemming met andere hulp- of zorgverleners	Ja/nee/deels n.v.t./n.b.
Met andere hulp- en zorgverleners (huisartsen, wijkverpleging e.d.) vindt afstemming en de noodzakelijke gegevensuitwisseling plaats.	Ja
De afspraken worden schriftelijk vastgelegd.	Ja
Bij samenwerking met andere hulp- en zorgverleners wordt vastgelegd wat de aard is van de relatie, waaronder begrepen verantwoordelijkheden, taken en beslissingsbevoegdheden.	Ja
De met andere hulp- en zorgverleners gemaakte afspraken worden regelmatig besproken met de cliënt en zijn/haar sociale netwerk en worden zo nodig bijgesteld.	Ja
Wanneer een cliënt instroomt vanuit een andere aanbieder, dan wel uitstroomt naar een andere aanbieder, vindt zorgvuldige overdracht tussen aanbieders plaats.	Ja
Bij meervoudige, complexe problematiek is er één regisseur of coördinator die de samenhang en continuïteit bewaakt en toegang heeft tot de noodzakelijke gegevens.	Ja
De tweede lijn is direct beschikbaar.	Ja
Bij mogelijke decompensatie onderneemt de begeleiding actie richting behandelaar/huisarts.	Ja

Constatering

Het netwerk van de cliënt wordt standaard geïnventariseerd en vastgelegd in het cliëntdossier. Tijdens de jaarlijkse evaluatiemomenten worden contactpersonen geactualiseerd. De afspraak is dat enkel in geval van nood of bij signalen/afwijkende situaties contact gelegd wordt met de vastgelegde contactpersonen, zoals familie of de huisarts van de cliënt. Als hier sprake van is worden hierover, waar mogelijk, verder mondeling afspraken met de cliënt gemaakt.

Bij in- en uitstroom van cliënten van of naar een andere zorgaanbieder vindt een overdracht plaats.

3.2 Samenwerking en afstemming met de gemeente (Wmo consulent)	Ja/nee/deels n.v.t./n.b.
De gemeente Ede is regisseur op het proces en coördineert de samenwerking vanuit het gedachtegoed 'één gezin, één plan, één regisseur'. De aanbieder voert regie op de inhoudelijke uitvoering van het begeleidingsplan.	Ja
De aanbieder informeert de gemeente in het kader van het uitvoeren van de herindicatie tijdig wanneer de door de gemeente gestelde doelen/resultaten niet binnen de gestelde termijn realiseerbaar blijken.	Ja

Constatering

De administratief ondersteuner krijgt acht weken voor het aflopen van de beschikking van de cliënt hierover een melding vanuit het registratiesysteem. Hierna wordt contact met de cliënt gezocht om de ondersteuning te evalueren en de cliënt erop te wijzen dan diens indicatie binnenkort verloopt. Als een herindicatie gewenst is dient de cliënt deze vervolgens zelf aan te vragen.

Uit het onderzoek blijkt dat bij bijzonderheden afstemming wordt gezocht met de Wmo consulent van de gemeente Ede.

4 Kwaliteit van personeel en organisatie	
<i>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.)</i>	
De beroepskracht is voldoende op de hoogte van de persoonlijke omstandigheden en levensgeschiedenis van de cliënt.	
4.1 Kwaliteitsborging	Ja/nee/deels n.v.t./n.b.
Er is een kwaliteitsmanagementsysteem in gebruik (processen worden structureel volgens (een aanwezig) plan geëvalueerd en de documenten zijn niet ouder dan drie jaar).	Ja
De aanbieder beschikt over een kwaliteitsborgingscertificaat afgegeven door een door de Raad voor Accreditatie (RvA) aangewezen instelling. Voorbeelden van certificaten zijn: <ul style="list-style-type: none"> • HKZ • ISO voor de zorg • NIAZ • PREZO • Kwaliteitswaarborg Zorgboerderijen 	Ja
De organisatie is aangesloten bij een beroepsvereniging/ branchevereniging.	Ja
Kwaliteitsverbeteringen op basis van signalen van cliënten (zoals klachten) en van cliënt- en medewerkerstevredenheidsonderzoeken) zijn aantoonbaar.	Ja
De continuïteit van de geboden voorziening is gewaarborgd.	Deels

De organisatie integreert de veranderingen op het gebied van de kanteling in de zorg binnen de eigen instelling.	Ja
--	----

Constatering

De aanbieder is ISO gecertificeerd en beschikt over een kwaliteitsmanagementsysteem waarin processen en beleid structureel worden geëvalueerd. Uit het onderzoek blijken kwaliteitsverbeteringen op basis van klachten, incidenten en tevredenheidsonderzoeken aantoonbaar. Actiepunten en doelstellingen die hieruit voortkomen zijn bijvoorbeeld opgenomen in het meerjarenbeleidsplan, klachtenregistratie en/of verbeterregister met een duidelijke toedeling van taken.

De continuïteit van de ondersteuning is niet altijd gewaarborgd. Het lukt de aanbieder in de meeste gevallen om vervanging te regelen bij vakantie of uitval van medewerkers. Hierover zegt de aanbieder het volgende:

"We zetten veel in om vervanging te regelen. Dit lukt alleen niet altijd door de markt".

Uit gesprekken met de cliënten blijkt dat er wisselende afspraken worden gemaakt over vervanging en dat dit waar mogelijk wordt geregeld. Twee cliënten geven hierbij aan niet altijd geïnformeerd te worden over zowel uitval als vervanging van medewerkers en noemen communicatie vanuit de aanbieder een aandachtspunt. Ook één Wmo consulent geeft aan de afgelopen periode meerdere klachten te hebben ontvangen van cliënten over de communicatie van de aanbieder bij uitval of vervanging.

De aanbieder is aangesloten bij een beroepsvereniging.

4.2 Personeel	Ja/nee/deels n.v.t./n.b.
De medewerkers zijn op de hoogte van de persoonlijke omstandigheden en levensgeschiedenis van de cliënt.	Ja
De verdeling van taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden is duidelijk voor de medewerkers.	Ja
De aangewezen beroepskracht is vakbekwaam.	Ja
De aanbieder heeft beleid t.a.v. verantwoorde inzet van vrijwilligers.	N.v.t.
Alle medewerkers en vrijwilligers hebben een verklaring omtrent gedrag (VOG) overlegd, die maximaal drie jaar oud is en minimaal getoetst is op: <ul style="list-style-type: none"> • Het verlenen van diensten (nr. 41); • Het verlenen van diensten in de persoonlijke leefomgeving (nr. 43); • Belast zijn met de zorg voor (hulpbehoevende) personen, zoals ouderen en gehandicapten (nr. 85) • Screeningsprofiel 45 'gezondheidszorg en welzijn van mens en dier'. 	Ja
De aanbieder heeft een ondernemingsraad (or) of personeelsvertegenwoordiging (pvt) bestaande uit democratisch gekozen werknemers ⁵ .	Ja
De aanbieder meet periodiek de medewerkerstevredenheid.	Ja

Constatering

De thuisondersteuning in Ede wordt geboden door 25 medewerkers uit het regioteam West. Uit alle gevoerde gesprekken en inzage in cliëntdossiers en de planning blijken medewerkers voldoende op de hoogte te zijn van de persoonlijke situatie en levensgeschiedenis van de cliënt.

⁵ In ondernemingen waar 10 tot 50 mensen werken en waar geen ondernemingsraad is, kan een personeelsvertegenwoordiging (PVT) in het leven worden geroepen. De organisatie is daartoe verplicht als meer dan de helft van het personeel aangeeft behoefte aan een PVT te hebben (WOR, art. 35).

Taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden van medewerkers zijn vastgelegd in diverse documenten. Deze zijn duidelijk voor de gesproken medewerkers.

Alle medewerkers dienen bij indiensttreding een basistraining te volgen, zie hiervoor ook constatering 4.3. Hieruit blijken de medewerkers voldoende vakbekwaam. De gesproken medewerkers geven verder aan de onderlinge communicatie en korte lijntjes binnen de organisatie als prettig te ervaren.

Alle medewerkers dienen een originele VOG te overleggen bij indiensttreding, waarna deze in het personeelsdossier wordt opgenomen. De toezichthouder heeft steekproefsgewijs van vijf medewerkers een VOG ingezien conform gestelde eisen.

In het personeelsdossier wordt tevens een afgifte datum en verloopdatum gekoppeld aan de VOG, waarmee geborgd wordt dat iedere drie jaar een nieuwe VOG wordt aangevraagd.

Er is geen sprake van een ondernemingsraad of personeelsvertegenwoordiging. De aanbieder geeft aan meermaals geprobeerd te hebben dit te organiseren, maar dat hiervoor geen animo is. Hierom vindt nu iedere vier maanden een overlegtafel plaats voor medewerkers, waarin actuele zaken over de organisatie worden gedeeld en medewerkers inspraak hebben op hetgeen dat in de organisatie speelt.

Jaarlijks wordt een tevredenheidsonderzoek afgenomen bij de medewerkers. De aanbieder maakt geen gebruik van vrijwilligers.

4.3 Deskundigheidsbevordering	Ja/nee/deels n.v.t./n.b.
De beroepskrachten zijn opgeleid tot en deskundig voor wat betreft het ondersteunen van de doelgroep.	Ja
<p>De zorgaanbieder is verantwoordelijk voor het inzetten van zorgmedewerkers thuisondersteuning die voldoen aan het onderstaande profiel:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Opleiding MBO Niveau 1 of basisopleiding schoonmaak inclusief certificaat of diploma of vergelijkbare ervaring en/of opleiding. • Beheersing van de Nederlandse taal <p>Vanwege de krapte op de arbeidsmarkt hanteren we het criterium dat streven naar zorgmedewerkers die de taal spreken die passend is bij de doelgroep en de zorgaanbieder (zodat trainingen gevolgd kunnen worden bijvoorbeeld).</p> <p>Wanneer een zorgmedewerker bij aanvang van de functie niet voldoet aan de opleidingseisen kan toch gestart worden in de functie als ze tegelijkertijd starten met aanvullende scholing om op de juiste ervaringsvereiste niveau te komen gedurende een periode van 6 maanden na aanvang.</p>	Ja
De aanbieder biedt de beroepskrachten passende bijscholing.	Ja

Constatering

Medewerkers beschikken niet over een voltooide Mbo niveau 1 opleiding in de richting van zorg hulp, maar dienen bij indiensttreding verplicht een basistraining (e-learning) van de aanbieder te volgen en bijbehorende eindtoets te behalen. De basistraining omvat informatie over de gedragsregels, ergonomie, veiligheid en de uit te voeren werkzaamheden (met instructiefilmpjes).

De afdeling HR ziet erop toe dat medewerkers de basistraining volgen en bijbehorende eindtoets halen.

Verder wordt periodiek bijscholing aangeboden via het medewerkersportaal, bijvoorbeeld over Alzheimer. Medewerkers kunnen zich hier vrijblijvend voor inschrijven.

Uit gesprekken met de aanbieder en medewerkers blijkt dat van dit aanbod wisselend gebruik wordt gemaakt en de medewerkers weinig behoefte hebben aan bijscholing.

5 Rechten van de cliënt	
<i>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.).</i>	
De bejegening door de beroepskracht van de cliënt is passend en correct.	
5.1 Algemeen	Ja/nee/deels n.v.t./n.b.
De cliënt voelt zicht op zijn/ haar gemak op de plaats waar de voorziening wordt geboden.	Ja
Cliënten worden geïnformeerd over hun rechten en plichten.	Ja
De aanbieder heeft op de eigen website op een begrijpelijke wijze kenbaar gemaakt welke diensten hij aanbiedt en op welke plek deze diensten geboden worden.	Ja

Constatering

<p>Alle gesproken cliënten geven aan zich op hun gemak te voelen op de plaats waar de voorziening wordt geboden. Zij zijn grotendeels tevreden over de geleverde ondersteuning en er zijn afspraken gemaakt over de uit te voeren werkzaamheden.</p> <p>Wel wordt de communicatie vanuit de aanbieder door twee cliënten en een Wmo consulent als aandachtspunt beschreven en ervaart één cliënt dat diens vaste medewerker werkzaamheden summier uitvoert en afgesproken uren niet nakomt.</p> <p>Cliënten worden bij de start van de ondersteuning geïnformeerd over hun rechten en plichten. Zij ontvangen dan o.a. algemene informatie over de te leveren ondersteuning.</p> <p>Verder heeft de aanbieder op haar website duidelijke informatie opgenomen over de aangeboden diensten en waar deze worden geboden.</p>
--

5.2 Cliëntparticipatie	Ja/nee/deels n.v.t./n.b.
De aanbieder heeft beleid t.a.v. cliëntparticipatie/ medezeggenschap.	Ja
De aanbieder reflecteert op dit beleid, evalueert dit en stelt het zo nodig bij.	Ja
De cliënt kan desgewenst participeren in een cliëntenraad of vergelijkbaar platform.	Ja
De cliënt wordt gewezen op het bestaan van patiëntenverenigingen en lotgenotencontactgroepen.	Ja

Constatering

<p>Medezeggenschap is door de aanbieder vormgegeven middels overlegtafels. Iedere vier maanden vindt een overlegtafel plaats in steeds een andere regio, waar cliënten aan mogen deelnemen. Alle cliënten ontvangen hiervoor een uitnodiging waarop zij kunnen reageren en agendapunten kunnen aanleveren. Vanuit de organisatie worden ook altijd agendapunten aangeleverd. Informatie over de overlegtafels is opgenomen op de website van de aanbieder en is vastgelegd in beleid.</p> <p>Cliënten worden, waar passend, gewezen op het bestaan van patiëntenverenigingen en lotgenotencontactgroepen.</p>

5.3 Privacy	Ja/nee/deels n.v.t./n.b.
De organisatie respecteert de privacy van de cliënt.	Ja
Er wordt zorgvuldig omgegaan met de uitwisseling van gevoelige informatie (persoonsgegevens, medische gegevens e.d.).	Ja

Constatering

De aanbieder heeft beleid opgesteld omtrent privacy en dit opgenomen op haar website. Uit gesprekken met de aanbieder en inzage in cliëntdossiers blijkt dat zorgvuldig wordt omgegaan met het uitwisselen van gevoelige informatie met derden.
Medewerkers dienen daarnaast bij indiensttreding te tekenen voor geheimhouding.

5.4 Melden incidenten en klachten	Ja/nee/deels n.v.t./n.b.
Er is een intern meldingssysteem voor incidenten, fouten en bijna fouten dat operationeel is.	Ja
Melden, registreren, analyse verbeteractie en terugkoppelen aan melder en team is geregeld.	Ja
Er is sprake van een lerende organisatie.	Ja
Een speciale commissie behandelt incidentmeldingen en brengt verbetervoorstellen uit.	Ja
Nazorg bij incidenten is geregeld.	Ja
De aanbieder hanteert een klachtenregeling voor de afhandeling van klachten van de cliënt over gedragingen van de aanbieder jegens de cliënt. De klachtenregeling is door de aanbieder schriftelijk vastgelegd.	Ja
De klachtenregeling is bekend bij de cliënt/gemakkelijk te vinden voor de cliënt.	Ja
De aanbieder neemt eventuele klachten in behandeling en handelt die tijdig en passend af.	Ja

Constatering

Er is een intern meldingssysteem voor incidenten en (bijna) fouten dat operationeel is. Afspraken over het melden, registreren, analyseren en opstellen van verbeteracties bij incidenten zijn vastgelegd in beleid en bekend bij medewerkers.

Tot op heden zijn geen incidenten voorgevallen bij cliënten met een beschikking van de gemeente Ede. Als zich een incident voordoet wordt dit door de medewerker gemeld bij de zorgcoördinator of regiomanager. Hierna wordt een incidentenformulier ingevuld en de Wmo manager stemt vervolgens met de directie af over de melding. Incidenten worden periodiek geanalyseerd in het managementoverleg, waarna verbetermaatregelen worden vastgelegd in het verbeterregister.

De Wmo manager maakt na een incident afspraken over nazorg met betrokkenen.

De aanbieder beschikt over een klachtenregeling en heeft deze opgenomen op haar website. Het afgelopen jaar zijn geen formele klachten ingediend. Er zijn wel uitingen van onvrede/informele klachten gemeld, die zijn opgenomen in een registratiebestand met informatie over de melding en afhandeling hiervan. Hieruit blijkt dat klachten tijdig en passend worden afgehandeld. Cliënten ontvangen bij de start van de ondersteuning een cliëntmap waarin de klachtenregeling is opgenomen.

Uit het onderzoek blijkt dat de aanbieder zich lerend opstelt en zich inzet voor kwaliteitsverbetering naar aanleiding van bijvoorbeeld klachten, incidenten, evaluaties en tevredenheidsonderzoeken.

5.5 Melden calamiteiten en geweldsincidenten	Ja/nee/deels n.v.t./n.b.
De aanbieder doet binnen 2 werkdagen na de calamiteit/geweldsincident melding bij de toezichthoudend ambtenaar Wmo.	Deels
Bij een calamiteitenonderzoek door de aanbieder: Het rapport voldoet aan de 'Richtlijn calamiteitenrapportage IGJ' Vanaf 1/1/2021: De 'Richtlijn rapportage over een calamiteit/geweld bij de verstrekking van een voorziening of andere gebeurtenis'.	N.b.
Indien mogelijk wordt het sociaal netwerk betrokken bij het onderzoek.	N.b.

Constatering

De aanbieder beschikt over incidenten- en calamiteitenbeleid waarin de meldplicht bij calamiteiten bij de Wmo toezichthouder is opgenomen. Hierin ontbreekt echter de meldplicht bij geweldsincidenten en bij gebeurtenissen met maatschappelijke onrust en impact (regionale aanvulling), waardoor het melden hiervan onvoldoende is geborgd.

Er zijn tot op heden geen meldingsplichtige gebeurtenissen voorgevallen bij de aanbieder, waardoor de eisen met betrekking tot de uitvoer van een calamiteitenonderzoek niet zijn beoordeeld door de toezichthouder.

5.6 Opschorten of beëindiging ondersteuning	Ja/nee/deels n.v.t./n.b.
Voor het opschorten of beëindigen van ondersteuning door de aanbieder is toestemming van de cliënt vereist.	N.b.
De aanbieder kan de ondersteuning eenzijdig opschorten of beëindigen op grond van zwaarwegende redenen. Onder zwaarwegende redenen worden ten minste verstaan: <ul style="list-style-type: none"> • Een ernstige mate van bedreiging of intimidatie geuit door de cliënt en/of zijn sociaal netwerk, waardoor de persoonlijke veiligheid of vrijheid van andere cliënten en/of personeel van de aanbieder in gevaar zijn; • Een onherstelbaar verstoorde vertrouwensrelatie; • Hygiënische omstandigheden die ernstige gezondheidsrisico's opleveren voor andere cliënten en/of personeel van de aanbieder; • Het niet nakomen van essentiële verplichtingen of regels door de cliënt, ook niet na herhaaldelijk (schriftelijk) aandringen of waarschuwen door de aanbieder. 	N.b.
Voor het eenzijdig opschorten of beëindigen van ondersteuning door de aanbieder is toestemming van de gemeente vereist.	N.b.
De aanbieder draagt er zorg voor dat de reeds aangevangen ondersteuning wordt voortgezet of overgedragen totdat er een definitieve oplossing is gevonden, tenzij dit naar het oordeel van de gemeente in redelijkheid niet van de aanbieder kan worden verlangd.	N.b.

Constatering

In beleid heeft de aanbieder afspraken vastgelegd over het opschorten en eenzijdig beëindigen van de ondersteuning. In de gemeente Ede is hier tot op heden geen sprake van geweest, waardoor de toezichthouder betreffende eisen niet heeft beoordeeld. Als hier sprake van is zal hierover afstemming worden gezocht met de Wmo consulent van de gemeente Ede. Tijdens het inspectiebezoek noemt de aanbieder enkele situaties die hebben plaatsgevonden in een andere regio waarin de ondersteuning eenzijdig is beëindigd.

Schriftelijke reactie aanbieder

1. Doelmatigheid voorziening

Constatering	Behaald
1.1 De eerstverantwoordelijke of diens vervanger is goed bereikbaar	Deels

Reactie Zilverzorg

Wij voeren structureel metingen uit om o.a. normen te bepalen. Zo voeren wij deze metingen ook uit op de wachttijden om de capaciteit te meten en te bepalen. O.b.v. deze meting is de gemiddelde norm die wij hanteren een wachttijd van 2 tot 3 minuten. Wij monitoren deze norm middels een KPI. Wij kunnen dus realtime in zien en op-of afschalen in capaciteit. Wij proberen zo goed mogelijk in te spelen op piekmomenten die wij uitlezen uit deze metingen en zetten daar voldoende capaciteit op in. Het is nooit 100% te voorspellen zodat we de volledige wachttijden kunnen tackelen omdat wij niet volledig kunnen inschatten hoeveel mensen er op welk moment bellen.

Wij hebben een tweede nummer ingevoerd dat alleen voor de medewerkers wordt gebruikt waardoor cliënten niet in dezelfde wachtrij komen te staan als de medewerkers en de wachttijden daardoor worden beperkt voor onze cliënten.

2. Veiligheid

Constatering	Behaald
2.1 De aanbieder kent een agressieprotocol	Nee
2.1 Het personeel is geschoold in het omgaan met agressie	Nee

Reactie Zilverzorg

Elke medewerker die bij Zilverzorg in dienst treedt ontvangt een sociaal handboek. Dit handboek geeft werkinstructies, huisregels belangrijke zaken weer die nodig zijn om te weten voordat men aan de slag gaat. Voordat men start wordt elke medewerker uitgenodigd voor een welkomstbijeenkomst. Hierbij worden belangrijke zaken o.a. de inhoud van het sociale handboek doorgesproken. In hoofdstuk Veiligheid en gedrag wordt

2.2. Medicatie en verdovende middelen

Constatering	Behaald
2.2 de organisatie heeft afspraken gemaakt over het gebruik van alcohol en verdovende middelen	Deels

Reactie

Gedragsregels staan beschreven in het sociale handboek die elke medewerker ontvangt bij in dienst treding. Hierin gaan wij per direct onder hoofdstuk veiligheid en gedrag op het werk afspraken beschrijven over het gebruik van alcohol en verdovende middelen voor onze medewerkers.

2.3 Risico-inventarisatie

Constatering	Behaald
2.3 het ondersteuningsplan bevat een risico-inventarisatie op de onderwerpen die voor de cliënt van toepassing zijn	Deels

Reactie

Wij hebben reeds de genoemde aanpassingen doorgevoerd in onze processen m.b.t. de lokale regelgeving van de gemeente Ede. Wij conformeren ons te allen tijde aan de Wet- en regelgeving WMO 2015. Het ondersteuningsplan bevat een risico-inventarisatie op die onderwerpen die voor de cliënt van toepassing zijn.

4. Kwaliteit van personeel en organisatie

Constatering	Behaald
4.1 De continuïteit van de geboden voorziening is gewaarborgd.	Deels

Reactie

Wij sturen middels KPI's op het tijdig in spelen personeelsbehoefte in nauwe afstemming dagdagelijks tussen de afdelingen. We meten tijdig of- en hoeveel personeel moet worden geworven o.b.v. verschillende factoren denk aan: in- uitstroom personeel, in-uitstroom cliënten, intensief contact met WMO m.b.t. wachtlijsten, behoeftes. Percentueel is er altijd uitval je kan nooit 100% dekking garanderen. We proberen dit wel altijd middels KPI's te monitoren door de Productiviteit bij te houden- maar nogmaals is een score van 100% uitgesloten in deze sector. Het enige wat we kunnen doen is het minimaliseren, reduceren en hierop sturen en dat doen we. Wij zullen blijven sturen op het binnenhalen en behouden van personeel en het verbeteren en optimaliseren van communicatie met cliënten en opdrachtgevers.

5. Rechten van de cliënt

Constatering	Behaald
5.4 De aanbieder doet binnen twee werkdagen melding bij de calamiteit/geweldsincident bij de toezichthoudend ambtenaar WMO.	Deels

Reactie

Het protocol geeft aan dat o.a. bij sprake van calamiteiten en geweldsincidenten altijd gemeld moeten worden bij inspectie gezondheidszorg en jeugd en de WMO toezichthouder. Deze plicht staat beschreven in het huidige protocol. We voegen het volgende aan ons protocol toe: De meldplicht bij geweldsincidenten en bij gebeurtenissen met maatschappelijke onrust en impact (regionale aanvulling).

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

Bijlage 1: Bronnen

1. Gesprekken met:

- Eén Wmo manager;
- Eén regiomanager;
- Twee medewerkers;
- Vijf cliënten;
- Twee Wmo consultants van de gemeente Ede.

2. Doelmatigheid voorziening:

- Vijf cliëntdossiers (o.a. intakeverslag, evaluatieverslagen, rapportage);
- Planningsysteem voor medewerkers.

3. Veiligheid:

- Klachten en meldingen, juni 2023;
- Protocol meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling;
- Veilig melden incidenten;
- Corrigerende maatregelen juni 2023.

4. Kwaliteit van personeel en organisatie:

- Sociaal handboek medewerkers 2024;
- Medewerkersportaal;
- ISO certificaat;
- Dashboard teams hele organisatie;
- Vijf VOG's van medewerkers;
- Jaarverslag 2022;
- Jaarverslag 2023;
- Medewerkerstevredenheidsonderzoek 2023;
- Medewerkerstevredenheidsonderzoek grafieken 2023;
- ISO rapport 2023;
- Meerjarenbeleidsplan Zilverzorg B.V. 2023-2027;
- Kwaliteitsplan Zilverzorg 2023;
- Notulen overlegtafel medewerkers Doesburg, januari 2023;
- Opleidingsplan 2024;
- E-learning basistraining huishoudelijk medewerker;
- Functieprofiel zorgcoördinator;
- Functieprofiel senior regiomanager;
- Functieprofiel administratief (telefonisch) ondersteuner;
- Functieprofiel huishoudelijke hulp.

5. Rechten van de cliënt:

- Cliënttevredenheidsonderzoek 2024;
- Klachtenregeling, januari 2023;
- Notulen overlegtafel cliënten Rheden, oktober 2024;
- Klachtenregistratie 2023 – 2024;
- Algemene informatie voor cliënten.

7. Overig

- Website van de aanbieder.

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