

WMO TOEZICHT

Onderzoeksrapport

Definitief rapport nader 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 2025
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	7
Advies aan de gemeente	9
Bevindingen	10
1 Doelmatigheid voorziening	10
1.1 Ondersteuningsplan	10
1.2 Evaluatie	11
1.3 Zelfredzaamheid	12
2 Veiligheid	12
2.1 Veiligheid cliënt	12
2.2 Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling	13
2.3 Intern meldingssysteem incidenten/bijna incidenten	13
3 Samenwerking en afstemming	14
3.1 Afstemming	14
3.2 Casusregie	15
4 Kwaliteit van personeel en organisatie	15
4.1 Kwaliteitssysteem	15
4.2 Personeelsbeleid	15
4.3 Medewerkers: Verklaring omtrent gedrag (VOG)	16
4.4 Informatievoorziening en website	16
5 Rechten van de cliënt	17
5.1 Klachtenregeling	17
Schriftelijke reactie aanbieder	18
Bronoverzicht	19
Gegevensoverzicht	20
Bijlage 1 Eisen	21
1 Doelmatigheid voorziening	21
2 Veiligheid	23
3 Samenwerking en afstemming	24
4 Kwaliteit van personeel en organisatie	25
5 Rechten van de cliënt	27

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

De Wmo toezichthouder van GGD Gelderland-Midden heeft een nader kwaliteitsonderzoek uitgevoerd bij Derman Thuiszorg Gelderland waarvan dit rapport een weergave is.

De rapporten van Wmo kwaliteitstoezicht uitgevoerd door de toezichthouders 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 kan worden ingediend bij de gemeente Arnhem.

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.

Korte beschrijving van de locatie en de doelgroep

Derman Thuiszorg Gelderland (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 01H04. Momenteel ontvangen 31 cliënten huishoudelijke ondersteuning. Drie cliënten ontvangen naast huishoudelijke ondersteuning ook begeleiding basis van de aanbieder met een beschikking van de gemeente Arnhem.

De Wmo 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 twee. Zij vormen samen, met de medewerkers die Wlz zorg leveren, één team. Dagelijkse aansturing van de huishoudelijk ondersteuners vindt plaats door de begeleiders. Het team wordt aangestuurd 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 nader onderzoek heeft plaatsgevonden in opdracht van de MGR SDCG, waarbij de gemeente Arnhem als opdrachtgevende gemeente optreedt. Tijdens dit nader onderzoek zijn de kwaliteitseisen beoordeeld waarvan tijdens het kwaliteitsonderzoek dd. 11 juni 2024 werd geconstateerd dat hieraan niet werd voldaan. De kwaliteitseisen voor huishoudelijke ondersteuning 01H01 zijn niet opnieuw beoordeeld, omdat de aanbieder hiervoor niet meer gecontracteerd is. De aanbieder is in plaats hiervan gecontracteerd voor huishoudelijke ondersteuning 01H04. De hiervoor geldende kwaliteitseisen zijn hierom beoordeeld tijdens het nader onderzoek.

Ook heeft de MGR SDCG per 1 januari 2025 een wijziging aangebracht in kwaliteitseis 6 van het algemeen programma van eisen. De gewijzigde kwaliteitseisen zijn tijdens dit nader onderzoek door de toezichthouder beoordeeld.

Ten tijde van het nader onderzoek vinden tevens nog lopende onderzoeken plaats door twee zorgkantoren. Volgens de aanbieder betreffen dit nog dezelfde onderzoeken als tijdens het kwaliteitsonderzoek in juni 2024.

Het inspectiebezoek vond plaats op 11 juni 2025. Het betrof een aangekondigd inspectiebezoek dat bestond uit observatie, bronnenonderzoek (o.a. cliëntdossiers) en interviews. Er hebben gesprekken plaatsgevonden met een manager, een kwaliteitsmedewerker, twee begeleiders en twee huishoudelijk ondersteuners van de organisatie. De leidinggevende was bij de gesprekken met medewerkers niet aanwezig.

Daarnaast hebben ten behoeve van het onderzoek gesprekken plaatsgevonden met vier wijkcoaches van de gemeente Arnhem.

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

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 zorgkantoren 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.

Op **11 juni 2024** heeft opnieuw een kwaliteitsonderzoek door de toezichthouder van GGD Gelderland-Midden bij de aanbieder plaatsgevonden in opdracht van de MGR SDCG. Aanleiding waren de uitkomsten van een kwaliteitsonderzoek door de IGJ in 2023 en 2024. Er werden door de Wmo toezichthouder tekortkomingen vastgesteld ten aanzien van ondersteuningsplannen, het aanleveren van evaluatieverslagen aan de lokale toegang en hiermee afstemmen bij het bijstellen van doelen, eventueel

afbouwen van de begeleiding, vergroten van de zelfredzaamheid van cliënten, casusregie, meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling, signalerende functie van medewerkers, interne scholing over cliëntbejegening voor huishoudelijk ondersteuners, VOG's, diploma van een medewerker, implementatie van werkinstructies en protocollen, continuïteit van de ondersteuning, website van de aanbieder, inhoud van klachtenjaarverslagen en incidentenbeleid.

De toezichthouder adviseerde de MGR SDCG te handhaven conform handhavingsbeleid.

Gedurende dit kwaliteitsonderzoek bleek dat er tegelijkertijd ook onderzoeken plaatsvonden bij de aanbieder door twee zorgkantoren. Hierover heeft door de toezichthouder afstemming met de MGR SDCG plaatsgevonden, 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.

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 nader onderzoek blijkt dat Derman Thuiszorg Gelderland voldoet aan een deel van de wettelijke (kwaliteits)eisen en gemeentelijke eisen, zie hiervoor de bevindingen in het rapport.

Naar aanleiding van het kwaliteitsonderzoek dd. 11 juni 2024 heeft de aanbieder enkele wijzigingen doorgevoerd binnen de organisatie. Zo zijn er nieuwe afspraken gemaakt over taken en verantwoordelijkheden van begeleiders, waardoor zij nu het aanspreekpunt zijn voor huishoudelijk ondersteuners bij vragen, bijzonderheden of afwijkingen. Er vindt nu ook periodiek werkoverleg plaats tussen huishoudelijk ondersteuners en begeleiders. Uit alle gevoerde gesprekken blijken werkafspraken hierdoor nu meer duidelijk voor medewerkers en zij ervaren korte onderlinge lijnen.

Huishoudelijk ondersteuners hebben nog steeds geen inzage in het cliëntdossier. Zij geven aan inmiddels wel geïnformeerd te worden over afspraken en risico's uit het cliëntdossier.

Daarnaast is door de aanbieder door middel van bijscholing aandacht besteed aan het schrijven van ondersteuningsplannen en worden ondersteuningsplannen voor cliënten begeleiding nu opgesteld door Mbo niveau 4 geschoolde begeleiders. Desondanks voldoen ondersteuningsplannen qua inhoud voor zowel huishoudelijke ondersteuning als begeleiding nog niet aan de gestelde eisen.

Er vindt nog steeds periodiek evaluatie plaats van het ondersteuningsplan. Alle gesproken medewerkers geven aan dat de huishoudelijke ondersteuning hierin nu wordt meegenomen, maar uit beoordeelde evaluatieverslagen blijkt dit niet het geval. Hierin zijn enkel begeleidingsdoelen opgenomen en is vervolgens per doel aangegeven of deze is behaald. Evaluatieverslagen worden verder nog steeds niet ondertekend door de cliënt en (tijdig) gedeeld met de lokale toegang. Ook merkt de toezichthouder op dat enkele behaalde doelen alsnog worden voortgezet en er niet voor alle voort te zetten doelen concrete werkafspraken zijn opgenomen waaruit blijkt hoe deze alsnog behaald gaan worden.

Verder blijkt uit dit nader onderzoek één cliënt al langere tijd geen begeleiding van de aanbieder te ontvangen, terwijl hiervoor wel een beschikking is toegekend. Dit is door de aanbieder niet gecommuniceerd met het wijkteam en aan begeleiders is door de manager enkel kenbaar gemaakt dat zij tijdelijk geen begeleiding hoeven te leveren aan deze cliënt. In het ondersteuningsplan van de betreffende cliënt is opgenomen dat na verstrekking van een nieuwe indicatie weer begeleiding geleverd kan worden, terwijl afgelopen maart een nieuwe beschikking is toegekend. Uit het ondersteuningsplan en gesprekken met wijkcoaches blijkt deze cliënt daarnaast gebruik te maken van de dagbesteding van de aanbieder, terwijl hiervoor geen beschikking is afgegeven.

Het afgelopen jaar heeft de aanbieder weer gekampt met personeelsverloop. De begeleiding wordt nu door twee begeleiders geleverd die beide beschikken over een Mbo niveau 4 diploma conform gestelde eisen. Huishoudelijke ondersteuning wordt wel nog door (grotendeels) dezelfde medewerkers geleverd. Alle medewerkers hebben een VOG overlegd, maar een deel hiervan is ouder dan drie jaar en daarmee verouderd.

De aanbieder heeft een interne training over cliëntbejegening ontwikkeld die alle medewerkers dienen te volgen. De kwaliteitsmanager ziet erop toe dat medewerkers de training volgen en met een voldoende afsluiten.

Daarnaast zijn werkinstructies en protocollen herzien en geactualiseerd. Zo heeft de aanbieder haar incidentenbeleid aangepast. De inhoud hiervan is hierdoor nu echter enkel gericht op afspraken en het melden van calamiteiten, geweldsincidenten en disfunctioneren van een medewerker bij de IGJ. Incidenten zijn hierin nu niet meer opgenomen. Hierdoor ontbreekt een geborgde werkwijze voor het melden, registreren, analyseren, verbeteren en terugkoppelen aan de melder bij incidenten en (bijna) fouten.

Ook de meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling is geactualiseerd, maar deze blijkt nog onvoldoende geïmplementeerd bij de huishoudelijk ondersteuners. Wel heeft de aanbieder aandacht besteed aan de signalerende functie van o.a. huishoudelijk ondersteuners en ervaren zij duidelijke afspraken over het melden van bijzonderheden. Desondanks is de meldcode niet specifiek onder de aandacht gebracht en blijkt het signaleren op huiselijk geweld onvoldoende bekend.

De aanbieder heeft haar klachtenjaarsverslagen aangevuld en over 2022, 2023 en 2024 verslaglegging geschreven. Ook heeft de aanbieder haar website geactualiseerd.

De toezichthouder concludeert tekortkomingen ten aanzien van:

- De inhoud van ondersteuningsplannen voor begeleiding en huishoudelijke ondersteuning;
- Het afstemmen met de lokale toegang bij het bijstellen van doelen;
- De inhoud van evaluatieverslagen en het delen hiervan met de lokale toegang;
- Aantoonbaar werken aan de zelfredzaamheid van de cliënt en het eventueel afbouwen van de begeleiding;
- Het maken van afspraken over casusregie met ketenpartners;
- Borging van het melden, registreren, analyseren en opstellen van verbetermaatregelen bij incidenten en (bijna) fouten;
- Continuïteit van de ondersteuning;
- VOG's van medewerkers;
- Implementatie van de meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling.

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 eis wordt deels voldaan. De ondersteuningsplannen voor cliënten die begeleiding ontvangen worden inmiddels opgesteld door medewerkers met een opleiding Mbo niveau 4 in Zorg en Welzijn¹. De inhoud van de ondersteuningsplannen voldoet echter voor zowel huishoudelijke ondersteuning als begeleiding nog niet volledig aan de gestelde eisen. Ook wordt nog steeds niet aantoonbaar gewerkt aan innovatie en afbouw van de begeleiding, ontvangt één cliënt momenteel geen begeleiding terwijl hiervoor wel een beschikking is toegekend en sluiten doelen niet altijd aan op de doelen die vanuit de lokale toegang zijn gesteld. Daarnaast wordt niet afgestemd met de lokale toegang bij het tussentijds bijstellen van doelen.

Beschrijving:

Uit het kwaliteitsonderzoek dd. 11 juni 2025 bleek dat voor iedere cliënt een zorgdossier werd aangemaakt in het registratiesysteem. De zorgdossiers bevatten o.a. een ondersteuningsplan, risico inventarisatie en evaluatieverslagen. De huishoudelijk ondersteuners hadden hiertoe echter geen inzage en waren niet bekend met de hierin opgenomen doelen. Zij maakten aan de hand van een standaard aftekenlijst mondeling afspraken met de cliënt over de uit te voeren werkzaamheden. Hierdoor was geen sprake van een werkplan conform gestelde eisen voor cliënten met een beschikking voor huishoudelijke ondersteuning 01H01. Daarnaast ontbrak in de ondersteuningsplannen voor cliënten begeleiding een eerstvolgende evaluatiedatum, binnen welk tijdsbestek doelen konden worden afgeschaald naar minder uren en/of eenvoudigere ondersteuningsinzet, hoe nazorg werd vormgegeven, eventuele overdracht naar andere aanbieders en afspraken over casusregie. Ook beschikte één van de vier begeleiders over een Mbo niveau 4 diploma dat niet was gericht op Zorg en Welzijn¹, waardoor niet alle ondersteuningsplannen werden opgesteld door begeleiders met een Mbo niveau 4 diploma conform gestelde eisen.

Er werd verder onvoldoende gewerkt aan het afbouwen van begeleiding. De gesproken wijkcoaches gaven aan dat afschaling van uren op initiatief van de aanbieder niet plaatsvond en er juist vaker om opschaling werd gevraagd, zonder goede reden of met redenen die niet aansloten op gemaakte afspraken en/of het te leveren product. Doelen werden vrijwel niet tussentijds bijgesteld en indien dit wel gebeurde vond hierover geen afstemming plaats met de lokale toegang.

De toezichthouder heeft ten behoeve van het nader onderzoek vijf cliëntdossiers ingezien. De eisen met betrekking tot een werkplan voor huishoudelijke ondersteuning 01H01 zijn niet opnieuw beoordeeld, omdat de aanbieder hiervoor niet meer gecontracteerd is. In plaats daarvan is de aanbieder nu voor huishoudelijke ondersteuning 01H04 gecontracteerd en zijn bijbehorende eisen met betrekking tot een ondersteuningsplan door de toezichthouder beoordeeld.

Door middel van bijscholing heeft de aanbieder de afgelopen periode aandacht besteed aan het schrijven van ondersteuningsplannen en het rapporteren in het cliëntdossier. Alle beoordeelde cliëntdossiers bevatten een ondersteuningsplan met o.a. doelen en acties. Hierin ontbreekt voor cliënten begeleiding echter nog steeds 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 ondersteuningsplannen voor cliënten begeleiding worden nu wel opgesteld door twee Mbo niveau 4 geschoolde begeleiders, waarmee aan de gestelde kwalificatie eis wordt voldaan.

Wat betreft huishoudelijke ondersteuning is door de manager voor alle cliënten hetzelfde doel in het ondersteuningsplan geformuleerd "zich bevinden in een schone en veilige leefomgeving". De uit te voeren werkzaamheden zijn hierin ook opgenomen en worden door de begeleider met de huishoudelijk ondersteuner besproken. De gesproken huishoudelijk ondersteuners geven aan voldoende geïnformeerd te worden over de werkzaamheden. Aan de hand van aftekenlijsten houden de huishoudelijk ondersteuners bij de cliënten bij welke werkzaamheden zij wanneer hebben uitgevoerd. Hieruit blijkt eveneens geen sprake van een ondersteuningsplan met concrete doelaafspraken (in lijn met het plan van de lokale toegang), kansen/mogelijkheden van de cliënt, 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 voor cliënten huishoudelijke ondersteuning 01H04.

Verder blijkt uit alle gevoerde gesprekken en inzage in cliëntdossiers dat met cliënten begeleiding nog steeds niet aantoonbaar wordt gewerkt aan het innoveren en eventueel afbouwen van de ondersteuning, zie hiervoor ook constatering 1.2 en 1.3. Doelen zijn vooral gericht op stabilisatie en uit o.a. evaluatieverslagen blijken doelen veelal niet behaald te worden en/of niet altijd overeen te komen met de opgestelde doelen van de lokale toegang. Daarnaast ontvangt één cliënt, om onduidelijke redenen, met een beschikking voor begeleiding en huishoudelijke ondersteuning ten tijde van het nader onderzoek geen begeleiding en is hierover niet gecommuniceerd met de lokale toegang. In het plan van deze cliënt staat beschreven *“in afwachting van een geldige indicatie om weer begeleiding te mogen ontvangen”*, terwijl afgelopen maart al een nieuwe beschikking is toegekend. Ook zijn doelen in het plan gericht op het gebruik van de dagbesteding van de aanbieder, terwijl hiervoor geen beschikking is afgegeven en de inhoud hierdoor niet aansluit op de door de lokale toegang gestelde doelen.

Uit gesprekken met wijkcoaches blijkt daarnaast dat doelen niet worden bijgesteld in overleg met de lokale toegang. Ook geven zij aan dat nog steeds vaak om ophoging van uren wordt gevraagd, zonder dit concreet te motiveren.

1.2 Evaluatie

***Deelconclusie:** Aan de gestelde eisen wordt deels voldaan. Uit gesprekken met medewerkers blijkt de input van huishoudelijk ondersteuners nu meegenomen te worden bij evaluatiegesprekken. In evaluatieverslagen wordt de huishoudelijke ondersteuning echter niet meegenomen. Wel is per begeleidingsdoel beschreven in hoeverre deze is behaald met een toelichting. Hierin wordt echter nog onvoldoende beschreven hoe concreet gewerkt gaat worden aan niet behaalde doelen. Ook worden evaluatieverslagen nog altijd niet ondertekend door de cliënt en (tijdig) gedeeld met de lokale toegang.*

Beschrijving:

Uit voorgaand kwaliteitsonderzoek bleek dat evaluatie periodiek plaatsvond en hiervan verslaglegging werd geschreven. Hierin werd echter onvoldoende gemotiveerd waarom doelen wel of niet waren behaald, ontbrak uitleg over hoe doelen alsnog behaald konden worden en ontbrak ondertekening van de cliënt. Het aanleveren van (volledige) verslaglegging werd door de gesproken wijkcoaches als aandachtspunt voor de aanbieder genoemd. Daarnaast werden huishoudelijk ondersteuners niet betrokken bij evaluatiemomenten. De toezichthouder adviseerde de aanbieder om hen hierbij te betrekken.

Er wordt nog steeds periodiek geëvalueerd met de cliënt, waarna verslaglegging wordt geschreven. Alle gesproken medewerkers geven aan dat de huishoudelijk ondersteuners hierbij nu worden betrokken, door voorafgaand aan een evaluatie input te vragen en dit tijdens de evaluatie te bespreken. Uit inzage in evaluatieverslagen blijkt de huishoudelijke ondersteuning hierin echter niet te worden meegenomen.

In de evaluatieverslagen is verder per begeleidingsdoel beschreven in hoeverre deze is behaald met een toelichting. Ondanks dat evaluatieverslagen qua inhoud uitgebreider zijn geschreven is nog onvoldoende beschreven hoe concreet gewerkt gaat worden aan niet behaalde doelen. Ook merkt de toezichthouder op dat sommige behaalde doelen alsnog worden voortgezet en gemaakte afspraken niet altijd zijn gericht op het vergroten van de zelfredzaamheid. Daarnaast worden evaluatieverslagen nog steeds niet ondertekend door de cliënt.

Uit gesprekken met wijkcoaches blijken evaluatieverslagen nog steeds niet altijd (tijdig) te worden aangeleverd bij de lokale toegang. Wijkcoaches geven daarnaast aan tijdens iedere evaluatie met nieuw personeel te maken te hebben, die niet altijd bekend zijn met de gestelde doelen. Een gesproken wijkcoach geeft wel aan de taal iets professioneler te vinden in verslaglegging, maar dat onderbouwing nog steeds onvoldoende plaatsvindt.

1.3 Zelfredzaamheid

Deelconclusie: Aan de gestelde eis wordt niet voldaan. Er wordt onvoldoende aan het behouden en vergroten van de zelfredzaamheid gewerkt.

Beschrijving:

Uit het nader onderzoek blijkt dat nog steeds onvoldoende aantoonbaar wordt gewerkt aan de zelfredzaamheid van de cliënt. Zoals in constatering 1.1. en 1.2. is beschreven richt de begeleiding zich vooral op stabilisatie en wordt nog steeds bij wijkcoaches vaak ophoging van uren aangevraagd, zonder een concrete onderbouwing. Daarnaast blijken gestelde doelen niet altijd overeen te komen met de doelen die door de lokale toegang zijn gesteld, ontvangt één cliënt momenteel geen begeleiding terwijl hiervoor wel een beschikking is afgegeven en blijkt uit evaluatieverslagen dat doelen veelal niet worden behaald en concrete afspraken gericht op het behouden en vergroten van de zelfredzaamheid ontbreken. Ook is er sprake van veel personeelsverloop binnen de begeleiding.

Over de onderlinge samenwerking wordt door de gesproken wijkcoaches het volgende gezegd:

"Bij één cliënt bleek dat er eigenlijk heel weinig is gewerkt aan doelen om zelfredzamer te worden. Dit had passend bij de mogelijkheden van de cliënt meer aandacht moeten hebben".

"Er wordt bij één cliënt om ophoging van de uren gevraagd. Ik begrijp de vraag wel ergens, maar er wordt niet voldoende aangetoond of concreet onderbouwd waarom dit nodig is. Afbouw van de ondersteuning vindt eigenlijk niet plaats".

"Ook het afgelopen jaar was de ervaring met Derman weer slecht. Er was een wisseling van begeleider, de zoveelste, en deze was wederom niet doorgegeven aan ons. Ook was de toewijzing allang verlopen toen met ons contact werd gezocht en heb ik diverse malen om een evaluatieverslag moeten vragen. Tijdens een evaluatiegesprek bleek de nieuwe begeleider geen idee te hebben van de doelen en waren een aantal ook niet aan bod gekomen".

"De kwaliteit is niet goed. Er wordt veel overgenomen in plaats van aangeleerd. Ook wordt geregeld om meer uren gevraagd al dan niet met terugwerkende kracht, wanneer indirecte uren zijn besteed aan het meegaan naar afspraken".

Over de onderlinge samenwerking met de lokale toegang geeft de aanbieder het volgende aan:

"We merken wel een kloof met het wijkteam. We hebben soms een andere visie op wat nodig is dan het wijkteam. Dit is wel lastig en we willen hierover nog graag met hen in gesprek".

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 wel voldaan. Zowel de begeleiders als huishoudelijk ondersteuners zijn bekend met eventuele risico's en hierop wordt gesignaleerd.

Beschrijving:

De MGR SDCG heeft per 1 januari 2025 een wijziging aangebracht in kwaliteitseis 6 van het algemeen programma van eisen. De gewijzigde kwaliteitseisen met betrekking tot risico's zijn hierom tijdens dit nader onderzoek door de toezichthouder beoordeeld.

Net als tijdens voorgaand kwaliteitsonderzoek wordt door de begeleider met iedere cliënt een risico inventarisatie afgenomen gericht op o.a. de fysieke en sociale veiligheid van de cliënt. Begeleiders zijn hierdoor bekend met eventuele risico's en uit gesprekken blijken zij zich, net als vorig jaar, bewust van hun signalerende functie.

Zoals ook in constatering 4.2. beschreven zijn er intern nieuwe werkafspraken gemaakt over taken en verantwoordelijkheden van medewerkers. Afgesproken is dat begeleiders regie hebben in de trajecten van cliënten die begeleiding en huishoudelijke ondersteuning ontvangen en dat zij aanspreekpunt zijn voor huishoudelijk ondersteuners bij vragen of bijzonderheden. Hierbij is specifiek afgesproken dat de huishoudelijk ondersteuners alle bijzonderheden, incidenten en signalen bij begeleiders moeten melden. Ook vindt nu periodiek werkoverleg plaats tussen de huishoudelijk ondersteuners en medewerkers, waardoor er meer ruimte is om casuïstiek te bespreken en worden nu eventuele risico's uit de risico inventarisatie met de huishoudelijk ondersteuner besproken. Alle gesproken medewerkers ervaren duidelijke afspraken over het melden van bijzonderheden en andere afwijkingen en noemen voldoende bekend te zijn met eventuele risico's bij cliënten.

2.2 Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling

***Deelconclusie:** Aan de gestelde eis wordt deels voldaan. De aanbieder heeft inmiddels een aandachtfunctionaris aangewezen en diens contactgegevens in de meldcode opgenomen. Uit het nader onderzoek blijken afspraken over taken en verantwoordelijkheden in de meldcode huiselijk geweld echter onvoldoende aan te sluiten op de praktijk. Verder heeft de aanbieder aandacht besteed aan de signalerende functie van medewerkers, maar blijkt de meldcode huiselijk geweld nog niet geïmplementeerd onder huishoudelijk ondersteuners.*

Beschrijving:

De meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling voldeed tijdens voorgaand kwaliteitsonderzoek op papier aan de gestelde eisen en was destijds net herzien. Over de inhoud moesten nog interne afspraken gemaakt worden en de meldcode moest nog geïmplementeerd worden. Er werd bijvoorbeeld verwezen naar een nog vast te stellen aandachtfunctionaris en een deel van de medewerkers was niet bekend met de meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling.

Inmiddels heeft de aanbieder een aandachtfunctionaris aangesteld, waarvan de contactgegevens zijn opgenomen in de meldcode. Uit gesprekken met de begeleiders blijken zij voldoende bekend met de meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling. Met de huishoudelijk ondersteuners is afgesproken dat zij alle bijzonderheden en afwijkingen melden bij begeleiders. De gemaakte afspraken over taken en verantwoordelijkheden van medewerkers sluiten echter niet aan op de inhoud van de meldcode. Er wordt in de meldcode bijvoorbeeld geen onderscheid gemaakt in taken en verantwoordelijkheden per functie bij het doorlopen van de stappen; de 'melder' is verantwoordelijk voor het doorlopen van de stappen en het invullen van bijbehorende formulieren in het digitaal registratiesysteem. De huishoudelijk ondersteuners hebben hiertoe echter geen inzage en zijn hiervoor niet verantwoordelijk, zo blijkt uit de gevoerde gesprekken.

Ondanks dat de aanbieder aandacht heeft besteed aan de signalerende functie van huishoudelijk ondersteuners en zij duidelijke afspraken ervaren over het melden van o.a. bijzonderheden, is de meldcode niet specifiek bij hen onder de aandacht gebracht. Uit gesprekken met huishoudelijk ondersteuners blijkt voor hen onbekend hoe te signaleren op huiselijk geweld. Hieruit blijkt de meldcode nog niet volledig geïmplementeerd.

2.3 Intern meldingssysteem incidenten/bijna incidenten

***Deelconclusie:** Aan de gestelde eis wordt niet voldaan. De aanbieder heeft naar aanleiding van voorgaand kwaliteitsonderzoek haar incidentenbeleid geactualiseerd. Hierin zijn nu echter enkel afspraken over de werkwijze en het melden van calamiteiten, geweldsincidenten en disfunctioneren van een medewerker bij de IGJ opgenomen. Afspraken over het melden, registreren, analyseren, verbeteren en terugkoppelen aan de melder bij incidenten en (bijna) fouten zijn niet vastgelegd en hiermee onvoldoende geborgd.*

Beschrijving:

De toezichthouder concludeerde uit voorgaand kwaliteitsonderzoek dat afspraken over het melden, registreren, analyseren en opstellen van verbetermaatregelen bij incidenten en (bijna) fouten onvoldoende waren geborgd. Afspraken uit het incidentenbeleid kwamen niet overeen met de praktijk. Zo gaven huishoudelijk ondersteuners aan incidenten bij kantoor te melden terwijl in beleid was opgenomen dat hiervoor een MIC melding moest worden ingevuld. Huishoudelijk ondersteuners hadden hiertoe geen inzage en er was geen onderscheid gemaakt in taken en verantwoordelijkheden per functie.

Ook vond onvoldoende opvolging, analyse en een terugkoppeling aan de melder plaats op incidentmeldingen.

Hierop heeft de aanbieder haar incidentenbeleid afgelopen jaar herzien. De inhoud hiervan richt zich nu echter enkel op de werkwijze en het melden van calamiteiten, geweldsincidenten en disfunctioneren van een medewerker bij de IGJ. Afspraken over het melden, registreren, analyseren, verbeteren en terugkoppelen aan de melder bij incidenten of (bijna) fouten zijn niet vastgelegd en hierdoor onvoldoende geborgd.

Uit alle gevoerde gesprekken en inzage in de incidentregistratie blijken er het afgelopen jaar geen incidenten te zijn voorgevallen met cliënten met een Wmo beschikking.

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. De begeleiding wordt nu geleverd door Mbo niveau 4 geschoolde medewerkers. Ook heeft de aanbieder een interne opleiding over cliëntbejegening ontwikkeld voor alle medewerkers. Wel blijft de aanbieder kampen met personeelsverloop en ontvangt één cliënt met een beschikking voor begeleiding momenteel geen ondersteuning. Hiermee is de continuïteit van de geleverde ondersteuning nog onvoldoende geborgd. Huishoudelijk ondersteuners zijn inmiddels geïnformeerd over hun signalerende functie en worden naast bijzonderheden nu ook geïnformeerd over eventuele risico's uit de risico inventarisatie in het cliëntdossier.

Beschrijving:

De toezichthouder concludeerde uit voorgaand kwaliteitsonderzoek dat de continuïteit van de ondersteuning slechts deels was gewaarborgd. Eén van de vier begeleiders beschikte niet over een diploma conform gestelde eisen en de huishoudelijk ondersteuners ontvingen geen interne opleiding voor cliëntbejegening. Daarnaast gaven de gesproken wijkcoaches aan dat de kwaliteit onvoldoende geborgd werd vanwege veel personeelsverloop. Ook waren huishoudelijk ondersteuners onvoldoende geïnstrueerd over hun signalerende functie om actief te kunnen signaleren op de gezondheidssituatie, leefomstandigheden en sociale omgeving van de cliënt.

Net als voorgaande jaren heeft de aanbieder het afgelopen jaar gekampt met personeelsverloop. Hierdoor wordt de begeleiding nu door twee begeleiders geleverd, waarvan één een jaar werkzaam is bij de aanbieder en één vanaf mei 2025. Beide beschikken over een Mbo niveau 4 diploma conform gestelde eisen. Huishoudelijke ondersteuning wordt wel door (grotendeels) dezelfde huishoudelijk ondersteuners geleverd als tijdens het voorgaande onderzoek. Ook heeft de aanbieder inmiddels een e-learning over cliëntbejegening ontwikkeld die door alle begeleiders en huishoudelijk ondersteuners (grotendeels positief) is afgerond. Zie hiervoor ook constatering 4.2. Wel blijft de aanbieder kampen met personeelsverloop binnen de begeleiding, wat de continuïteit van de ondersteuning in het geding brengt. Uit gesprekken met de wijkcoaches blijkt verder dat regelmatig een nieuwe medewerker betrokken is bij de cliënt en deze niet altijd voldoende bekend is met de gemaakte doelafspraken. Ook ontvangt één cliënt, om onduidelijke redenen, momenteel geen begeleiding terwijl hiervoor wel een beschikking is afgegeven. De lokale toegang is hiervan niet op de hoogte gesteld en de begeleiders konden tijdens het inspectiebezoek niet toelichten waarom zij momenteel geen begeleiding leveren aan betreffende cliënt.

Verder heeft de aanbieder meer aandacht gegeven aan de signalerende functie van huishoudelijk ondersteuners. Met hen is nu afgesproken alle afwijkingen en bijzonderheden te melden bij de begeleiders. Ook worden zij nu naast bijzonderheden ook geïnformeerd over eventuele risico's uit de risico inventarisatie in het cliëntdossier.

3.2 Casusregie

Deelconclusie: Aan de gestelde eisen wordt deels voldaan. Er worden nog steeds geen afspraken gemaakt met ketenpartners over casusregie die worden vastgelegd in het cliëntdossier. Afspraken over casusregie worden nog steeds enkel intern gemaakt.

Beschrijving:

Er worden net als tijdens voorgaand kwaliteitsonderzoek geen afspraken met ketenpartners over casusregie gemaakt en vastgelegd in het cliëntdossier, zo blijkt uit inzage in cliëntdossiers en gesprekken met begeleiders.

4 Kwaliteit van personeel en organisatie

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

4.1 Kwaliteitssysteem

Deelconclusie: Aan de gestelde eis wordt wel voldaan. Medewerkers zijn bekend gemaakt met werkinstructies en protocollen en kunnen deze, indien nodig, raadplegen.

Beschrijving:

De aanbieder had in de periode voorafgaand aan het kwaliteitsonderzoek dd. 11 juni 2024 diens kwaliteitsmanagementsysteem heringericht en werkinstructies en handelingsprotocollen herzien. Implementatie hiervan moest echter nog plaatsvinden, waardoor medewerkers hiermee nog onvoldoende bekend waren. Wel gaven medewerkers aan te weten waar zij werkinstructies en handelingsprotocollen konden vinden.

Het afgelopen jaar heeft de aanbieder opnieuw haar werkinstructies en protocollen herzien en deze onder de aandacht gebracht bij medewerkers. Uit gesprekken met alle medewerkers blijkt dat zij de inhoud van werkinstructies als helder ervaren en de vindplaats hiervan bij hen bekend is.

4.2 Personeelsbeleid

Deelconclusie: Aan de gestelde eisen wordt wel voldaan. De aanbieder beschikt over voldoende gekwalificeerd en bekwaam personeel. De begeleiding wordt inmiddels geleverd door twee begeleiders met een Mbo niveau 4 diploma conform gestelde eisen. Huishoudelijke ondersteuning wordt geleverd door zes huishoudelijk ondersteuners met een certificaat voor basisopleiding schoonmaak of zorghulp niveau 1 en/of vergelijkbare ervaring. Daarnaast heeft de aanbieder een interne training over cliëntbejegening ontwikkeld voor medewerkers. Ook zijn intern nieuwe werkafspraken gemaakt, waardoor begeleiders nu het aanspreekpunt voor de huishoudelijk ondersteuners zijn bij o.a. bijzonderheden of vragen. Alle medewerkers ervaren hierdoor duidelijkere afspraken over hun taken en verantwoordelijkheden.

Beschrijving:

Uit het kwaliteitsonderzoek dd. 11 juni 2024 bleek dat niet alle medewerkers voldoende bekwaam en gekwalificeerd waren voor het uitvoeren van de begeleiding en huishoudelijke ondersteuning. Eén van de vier begeleiders beschikte niet over een diploma conform gestelde eisen en er werd geen interne opleiding over cliëntbejegening aan huishoudelijk ondersteuners aangeboden.

Begeleiding wordt inmiddels door twee begeleiders geleverd die beide beschikken over een Mbo niveau 4 diploma conform gestelde eisen. Huishoudelijke ondersteuning wordt nog steeds door (grotendeels dezelfde) zes huishoudelijk ondersteuners geleverd. Zij beschikken allen over een passend diploma, certificaat en/of ervaring. Ook biedt de aanbieder inmiddels een interne training aan over cliëntbejegening middels een e-learning. Uit inzage in het systeem blijkt dat alle begeleiders en huishoudelijk ondersteuners deze hebben gevolgd en een deel de e-learning met een voldoende heeft afgerond.

De kwaliteitsmanager ziet erop toe dat medewerkers de e-learning volgen en is voornemens om de e-learning binnenkort opnieuw aan medewerkers aan te bieden die deze nog niet positief hebben afgerond.

Afspraken over bijscholing zijn verder opgenomen in het scholingsplan 2025. De aanbieder is voornemens meer e-learning te gaan ontwikkelen, bijvoorbeeld over de meldcode huiselijk geweld.

Daarnaast blijkt uit alle gevoerde gesprekken met medewerkers dat zij in tegenstelling tot vorig jaar duidelijkere afspraken ervaren over hun taken en verantwoordelijkheden. Begeleiders zijn nu het eerste aanspreekpunt voor huishoudelijk ondersteuners bij vragen, incidenten of bijzonderheden over cliënten. Ook worden huishoudelijk ondersteuners meer betrokken bij het traject van de cliënt. Zo worden afspraken en bijzonderheden uit het cliëntdossier met hen besproken en worden huishoudelijk ondersteuners betrokken bij evaluaties. Hierdoor wordt meer structuur ervaren en korte lijntjes.

Sinds kort vindt ook periodiek werkoverleg plaats met de begeleiders en huishoudelijk ondersteuners. De aanbieder is voornemens dit overleg nog verder vorm te geven door vaste agendapunten op te stellen.

4.3 Medewerkers: Verklaring omtrent gedrag (VOG)

Deelconclusie: Aan de gestelde eis wordt deels voldaan. De twee begeleiders en manager beschikken over een VOG conform gestelde eisen. Vijf van de zes huishoudelijk ondersteuners hebben echter een VOG overlegd die ouder is dan drie jaar en daarmee verouderd. Hiervan heeft één huishoudelijk ondersteuner twee VOG's overlegd (2020 en 2022), waarvan één niet op het juiste functieprofiel is aangevraagd.

Beschrijving:

Tijdens voorgaand kwaliteitsonderzoek ontbrak van één medewerker een VOG en was de VOG van de manager (die incidenteel ondersteuning levert) niet aangevraagd op het juiste functieprofiel.

De manager beschikt nu over een VOG conform gestelde eisen en alle huishoudelijk ondersteuners en begeleiders hebben inmiddels een VOG overlegd. Hiervan zijn vijf VOG's van huishoudelijk ondersteuners echter ouder dan drie jaar en daarmee verouderd. Ook heeft één huishoudelijk ondersteuner twee VOG's overlegd, waarvan één (2020) op het juiste functieprofiel is aangevraagd en één (2022) op losse functieaspecten. De twee begeleiders beschikken over een VOG conform gestelde eisen.

De aanbieder is voornemens nieuwe VOG's aan te vragen en hierover afspraken vast te leggen in beleid.

4.4 Informatievoorziening en website

Deelconclusie: Aan de gestelde eis wordt wel voldaan. De website van de aanbieder beschikt inmiddels over de vereiste informatie.

Beschrijving:

De aanbieder heeft haar website geactualiseerd en aangevuld met een actueel overzicht van gecontracteerde producten en diensten aan cliënten, tijden waarop de organisatie te bereiken is en klachtenjaarverslagen vanaf 2022.

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 wel voldaan. De aanbieder heeft de inhoud van klachtenjaarverslagen aangevuld en over 2022, 2023 en 2024 een klachtenjaarverslag opgesteld en gepubliceerd op haar website.

Beschrijving:

Tijdens voorgaand kwaliteitsonderzoek bleek dat de aanbieder enkel klachtenjaarverslagen over 2020 en 2021 had opgesteld en gepubliceerd op haar website. De inhoud hiervan voldeed niet aan de gestelde eisen en vanaf 2022 waren geen klachtenjaarverslagen opgesteld. Inmiddels heeft de aanbieder haar klachtenjaarverslagen aangevuld met de aard van klachten, afhandelingstermijn per klacht, wijze waarop de klachten zijn afgehandeld en verbetermaatregelen per klacht. Ook zijn nu klachtenjaarverslagen over 2022, 2023 en 2024 opgesteld en gepubliceerd op de website van de aanbieder.

Schriftelijke reactie aanbieder

De aanbieder heeft geen gebruik gemaakt van de gelegenheid een schriftelijke reactie aan te leveren.

Bronoverzicht

1. Gesprekken met:

- Eén manager;
- Eén kwaliteitsmanager;
- Twee begeleiders;
- Twee huishoudelijk ondersteuners;
- Vier wijkcoaches van de gemeente Arnhem.

2. Doelmatigheid voorziening:

- Vijf cliëntdossiers (ondersteuningsplannen, evaluatieverslagen);
- Aftekenlijst huishoudelijke ondersteuning.

3. Veiligheid:

- Beleid veilig incident melden (VIM), juni 2024;
- Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling, juli 2024;
- Overzicht MIC meldingen, januari – mei 2025;
- Stappenplan meldcode huiselijk geweld.

4. Kwaliteit van personeel en organisatie:

- Scholingsbeleid & scholingsplan 2025, december 2024;
- Klachtenjaarverslag 2023;
- Klachtenjaarverslag 2024;
- Tien VOG's van medewerkers;
- Zes certificaten/diploma's van medewerkers.

5. Overig

- Website van de aanbieder.

Gegevensoverzicht

Gegevens Wmo aanbieder

Naam	: Derman Thuiszorg Gelderland
Adres	: Zoomstraat 2
Postcode en woonplaats	: 6826 BS Arnhem
Telefoonnummer	: 026-8403009
Website aanbieder	: www.dermanzorg.nl
Email aanbieder	: info@dermanzorg.nl
Aantal medewerkers	: 8
Rechtsvorm	: V.O.F.
HKZ/ISO gecertificeerd	: ISO

Gegevens toezichthouder

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 2025
Opstellen concept inspectierapport	: 1 juli 2025
Hoor/wederhoor	: 8 juli 2025
Zienswijze ontvangen	: -
Vaststelling inspectierapport	: 16 juli 2025
Verzending inspectierapport	: 16 juli 2025

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	
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	
In het ondersteuningsplan zijn in ieder geval de volgende onderwerpen beschreven: - 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). In afwijking van eis 2 van het Inkoopdocument Algemeen programma van eisen is voor Groepsbegeleiding Stabiel het volgende niet van toepassing: Doelafspraken tussen de cliënt en zorgaanbieder en;		Deels

Het tijdsbestek waarbinnen deze doelen moeten worden behaald.		
Inkoopdocument Begeleiding Productbeschrijving begeleiding basis	Begeleiding Basis	
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.		Ja
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
Inkoopdocument Huishoudelijke ondersteuning Productbeschrijving 01H01	HO 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.		N.B.
De medewerker AV-HO tekent wijzigingen en/of extra afspraken tussen de cliënt en medewerker AV-HO hierin aan.		N.B.
Aanbieder sluit een schriftelijke overeenkomst met de cliënt waarvoor zij AV-HO gaat leveren. Hierin is minimaal opgenomen: • 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.		N.B.
Inkoopdocument Huishoudelijke ondersteuning Productbeschrijving 01H02 Inkoopdocument Huishoudelijke ondersteuning Productbeschrijving 01H03 Inkoopdocument Huishoudelijke ondersteuning Productbeschrijving 01H04	HO 01H02, 01H03, 01H04	
In het ondersteuningsplan worden de doelen en methodische aanpak gedefinieerd in lijn met het plan dat vanuit het lokale team is opgesteld. Bij voorkeur wordt gebruik gemaakt van Sociale Netwerkstrategieën.		Nee

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

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

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.		Ja
Opdrachtgever verwacht hierin een professionele basishouding van opdrachtnemer: - Hij dient zich te allen tijde af te vragen: "Is het hier veilig voor de cliënt? Welke risico's zijn er voor de cliënt? Hoe kan ik die voor de cliënt voorkomen?" - Hij dient risico's te signaleren ten aanzien van de fysieke en sociale veiligheid van de cliënt. - Hij dient zich te houden aan de veiligheidseisen en neemt daarvoor benodigde acties en handelt daar naar. - Eventuele veiligheidsrisico's worden direct besproken met opdrachtgever en maken onderdeel uit van het verificatiegesprek en algemene monitoring.		Ja

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

2.3 Intern meldingssysteem incidenten/bijna incidenten	Eisen zijn van toepassing op	Ja/Nee/Deels /N.v.t.
--	------------------------------	----------------------

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

3 Samenwerking en afstemming

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

3.1 Afstemming	Eisen zijn van toepassing op	Ja/Nee/Deels /N.v.t.
Eis 4 Inkoopdocument Algemeen programma van eisen	Alle zorgvormen	
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.		Ja

3.2 Casusregie	Eisen zijn van toepassing op	Ja/Nee/Deels /N.v.t.
Eis 5 Inkoopdocument Algemeen Programma van eisen	Alle zorgvormen	
In geval van meervoudige, complexe problematiek is één regisseur of coördinator aangewezen die de nodige samenhang en continuïteit bewaakt.		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	
Medewerkers zijn op de hoogte van deze werkinstructies en handelingsprotocollen en handelen daar naar.		Ja
4.2 Personeelsbeleid	Eisen zijn van toepassing op	Ja/Nee/Deels /N.v.t.
Eis 13 Inkoopdocument Algemeen programma van eisen	Alle zorgvormen, behalve als alleen activerend werk geboden wordt	
De opdrachtnemer is zelf bekwaam en gekwalificeerd en/of beschikt over aantoonbaar bekwame en gekwalificeerde medewerkers voor het uitvoeren van de gevraagde dienstverlening, zet gekwalificeerde medewerkers in en dient dit op ieder moment aan opdrachtgever te kunnen aantonen.		Ja
Inkoopdocument Begeleiding Productbeschrijving begeleiding basis	Begeleiding Basis	
Uitvoering door een professional met een afgeronde opleiding op mbo-3 niveau richting Zorg en Welzijn ¹ , waarbij de inhoud en opzet van de opleiding aansluiten bij de hulpverlening die de professional levert binnen het product.		Ja
Deze professional met mbo-3 niveau werkt onder aansturing van een professional met een afgeronde opleiding op mbo-4 niveau Zorg en Welzijn ¹ , waarbij de inhoud en opzet van de opleiding aansluiten bij de hulpverlening die de professional levert binnen het product.		Ja
Inkoopdocument Huishoudelijke ondersteuning Productbeschrijving 01H01 Inkoopdocument Huishoudelijke ondersteuning Productbeschrijving 01H04	HO 01H01 en HO 01H04	
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). • Zorghulp niveau 1/Basisopleiding schoonmaak inclusief certificaat/diploma of vergelijkbare ervaring en/of opleiding. • Interne opleiding voor cliënt bejegening.		Ja

• Beloning en salaris zijn conform de salarisschalen van de CAO.

1 Op de website www.inkoopscg.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	Alle zorgvormen	
Bestuurders (conform uittreksel KvK) en alle hulpverleners (alle medewerkers, inclusief uitzendkrachten, zzp'ers, stagiaires en vrijwilligers), die direct contact hebben met cliënten zijn in het bezit van een Verklaring Omtrent Gedrag (VOG) die bij indiensttreding niet ouder is dan 3 maanden en bij het inzetten op de gecontracteerde zorg door Inkoop SDCG, niet ouder dan 3 jaar. Dat betekent dat medewerkers in dienst bij de opdrachtnemer, die geen direct contact met de cliënt hebben, niet hoeven te beschikken over een VOG, met uitzondering van bestuurder(s) en met uitzondering van medewerkers die toegang hebben tot systemen waarin vertrouwelijke en gevoelige gegevens zijn opgeslagen. Indien opdrachtnemer met onderaannemers werkt, geldt deze eis ook voor de onderaannemers. Het volgende screeningsprofiel dient te worden aangevraagd: • Voor alle medewerkers met direct cliëntcontact geldt screeningsprofiel "Gezondheidszorg en welzijn van mens en dier". • Voor bestuurders geldt als volgt: een VOG-rechtspersoon die niet ouder is dan 3 maanden bij eerste contractering met de regio. De VOG dient elke 3 jaar opnieuw te worden aangevraagd en te worden aangeleverd. (Voor aanbieders Activerend werk wordt onder alle hulpverleners verstaan alle medewerkers/ vrijwilligers/stagiaires die daadwerkelijk betrokken zijn bij de begeleiding van de deelnemer Activerend werk. De eis VOG rechtspersoon voor bestuurders blijft onveranderd gelden).		Deels
4.4 Informatievoorziening en website	Eisen zijn van toepassing op	Ja/Nee/Deels /N.v.t.
Eis 16 Inkoopdocument Algemeen programma van eisen	Alle zorgvormen	
De opdrachtnemer beschikt over een actuele website, waar hij tenminste op publiceert: - Een actueel overzicht van de gecontracteerde producten en diensten aan cliënten. - De klachtenregeling incl. het klachtenjaarslag. - Wijze van omgaan met privacy (AVG). - Wachttijden. - Eventuele certificeringen. - Telefoonnummer en/of andere contactgegevens van de organisatie, incl. tijden waarop de organisatie bereikbaar is.		Ja

(In afwijking van eis 16 algemeen programma van eisen geldt voor Activerend werk dat het voldoende is dat organisatie beschikt over een website met minimaal informatie over de organisatie en contactgegevens van de aanbieder).

5 Rechten van de cliënt

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

5.1 Klachtenregeling	Eisen zijn van toepassing op	Ja/Nee/Deels /N.v.t.
Eis 9 Inkoopdocument Algemeen programma van eisen	Alle zorgvormen, behalve indien alleen activerend werk wordt geboden.	
De opdrachtnemer stelt jaarlijks een openbaar klachtenjaarslag/klachtenlijst op en publiceert dit op zijn website.		Ja
In het klachtenjaarslag/klachtenlijst is minimaal beschreven: - Hoeveel klachten zijn ingediend. - Welke klachten zijn ingediend (beschrijving van de klacht, incl. het thema van de klacht). - De afhandelingstermijn (per klacht). - De wijze waarop de klachten zijn afgehandeld (per klacht). - De wijze van communicatie en opvolging van de klachten (per klacht). - Welke verbetermaatregelen naar aanleiding van de klachten zijn genomen (per klacht).		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