



GGD
Kennemerland

Vivendi Zorg
Londenhaven 60
1448 KS Purmerend

| | |
|---------------------------|-----------------------|
| Toezichthouder | : GGD Kennemerland |
| In opdracht van gemeenten | : IJmond |
| Datum onderzoek | : 14-11-2023 |
| Type onderzoek | : Proactief onderzoek |
| Status | : Definitief |
| Datum vaststellen rapport | : 12-01-2024 |

Inhoudsopgave

| | |
|---------------------------------|----|
| Inhoudsopgave | 2 |
| Inleiding | 3 |
| Het onderzoek | 4 |
| Observaties en bevindingen..... | 5 |
| Gegevens voorziening..... | 16 |
| Bijlage: zienswijze | 17 |



Inleiding

Waarom toezicht?

In de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo 2015) is opgenomen dat gemeenten per 1 januari 2015 verantwoordelijk zijn voor de organisatie van maatschappelijke ondersteuning van personen met een beperking en personen met psychische of psychosociale problemen en voor de kwaliteit en de continuïteit van de voorzieningen. Om de kwaliteit van Wmo-voorzieningen te waarborgen, wordt door middel van toezicht op Wmo-voorzieningen, getoetst of aanbieders voldoen aan de wettelijke en gemeentelijke kwaliteitseisen.

Wie is waarvoor verantwoordelijk?

De aanbieder van een voorziening is verantwoordelijk voor de kwaliteit van de voorziening. Conform artikel 6.1 van de Wmo 2015 heeft het college van burgemeester en wethouders GGD Kennemerland aangewezen als toezichthouder. GGD Kennemerland is daarmee belast met het houden van toezicht op de naleving van het bepaalde bij of krachtens de Wmo 2015; met andere woorden de GGD Kennemerland is toezichthouder op de kwaliteit van de voorziening. De GGD adviseert als maatregelen nodig zijn om de kwaliteit te waarborgen.

Waarop is het toezicht gebaseerd?

Het toezicht is gebaseerd op de kwaliteitseisen die zijn opgenomen in hoofdstuk 3 van de Wmo 2015, de gemeentelijke verordening en (eventuele) nadere regelgeving.

Wat is het doel van dit rapport?

Dit rapport is opgesteld naar aanleiding van het onderzoek naar de kwaliteit van de voorziening, dat door de toezichthouder is uitgevoerd. Het doel van dit rapport is:

1. beschrijven in hoeverre de kwaliteit van de voorziening gewaarborgd is;
2. informeren van de aanbieder over de kwaliteit van de voorziening;
3. informeren van de gemeente over de kwaliteit van de voorziening.

Leeswijzer

Dit rapport is als volgt opgebouwd: in het eerste hoofdstuk staat de onderzoeksopzet; in het tweede hoofdstuk staan per domein de observaties en bevindingen van de toezichthouder beschreven; in het derde hoofdstuk staan de gegevens van de aanbieder en toezichthouder. Tot slot staat in de bijlage de schriftelijke reactie van de aanbieder op het rapport, indien de aanbieder van deze gelegenheid gebruik heeft gemaakt.



Het onderzoek

Onderzoeksoepzet

Dit onderzoek is uitgevoerd op grond van hoofdstuk 3 'Kwaliteit', artikel 3.1, lid 1 en 2 van de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015.

In het kader van het toezicht op de Wmo 2015 heeft GGD Kennemerland in opdracht van de drie IJmond gemeenten op 14 november 2023 een proactief onderzoek uitgevoerd bij Vivendi Zorg waar vanuit de Wmo ambulante begeleiding wordt geboden. De aanbieder heeft een contract met de drie IJmond gemeenten. Het onderzoek richt zich op de kwaliteit van het aanbod ambulante begeleiding en in dit onderzoek is beoordeeld of Vivendi Zorg redelijkerwijs voldoet aan de gestelde kwaliteitseisen.

Het onderzoek bestaat uit een documentenonderzoek aangevuld met een interview met de beide directieleden, eigenaar van Vivendi Zorg.

Algemene beschouwing aanbieder

Vivendi Zorg is in maart 2022 van start gegaan. De beide directieleden waren op dat moment nog in dienst bij een andere werkgever waar ambulante begeleiding en Hulp bij Huishouden geboden werd. Het eerste jaar is vooral gebruikt voor de voorbereiding, het ontwikkelen en formuleren van de werkwijze en het beleid.

Tijdens het onderzoek blijkt dat er geen aanbod is voor cliënten in de IJmond en er geen medewerkers aangesteld zijn. Er is wel sprake van onderaanneming. Een aantal zorgaanbieders waaronder Unalzorg en Madeliefje Thuiszorg als hoofdaannemer hebben een deel van de daadwerkelijke zorg uitbesteedt aan Vivendi Zorg die namens en onder verantwoordelijkheid van de hoofdaannemer ambulante begeleiding verleent. Eén van de beide directieleden is pedagoog en verantwoordelijk voor het onderdeel ambulante begeleiding. Daarnaast wordt een derdejaars stagiair HBO Pedagogiek ingezet onder begeleiding en directe supervisie van dit directielid. Het andere directielid is als gedragswetenschapper betrokken bij het proces van de ambulante begeleiding en daarnaast vooral verantwoordelijk voor de aanbestedingen en de financiën. Er is een ZZP-er beschikbaar voor een eventuele aanvraag Hulp bij Huishouden.

Op de website van Vivendi zorg wordt de doelstelling en visie van Vivendi Zorg als volgt beschreven:

Doelstelling

"De doelstelling van Vivendi Zorg is helder; zorg op maat, dichtbij, in eigen taal en oog op culturele aspecten.

Vivendi Zorg richt zich op het ondersteunen van kwetsbare doelgroepen, het vergroten en het behouden van minimale afhankelijkheid en het streven van maximale zelfstandigheid.

Vivendi Zorg heeft aandacht voor alle leefgebieden van."

Visie

"Onze visie is dat ieder mens bijzonder is en recht heeft op een volwaardig en respectvol leven. Onder hen bevinden mensen die hierbij hulp en ondersteuning nodig hebben. Onze uitgangspunt is om deze kwetsbare doelgroepen te ondersteunen en hen een volwaardige plek te geven in

de Nederlandse maatschappij.

Alles wat wij doen is gericht op het verbeteren van de kwaliteit van hun leven. We gaan uit van de eigen kracht en mogelijkheden van de cliënten

en hun netwerk. We ondersteunen de cliënten bij het ontwikkelen van henzelf en de persoonlijke capaciteiten benutten om de wensen en dromen waar te kunnen maken."

Conclusie

De toezichthouder constateert op basis van het onderzoek dat aan alle onderdelen uitvoering wordt gegeven volgens de wettelijke richtlijnen en daarmee wordt voldaan aan de alle gestelde eisen.



Bij een aantal onderwerpen zijn aanbevelingen geformuleerd en deze worden bij de betreffende onderdelen in het rapport vermeld.

Advies aan College van B&W

De toezichthouder adviseert kennis te nemen van de inhoud van dit rapport.



Observaties en bevindingen

0. Algemeen; Kwaliteit voorziening

| Nr. | Voorwaarden | Ja | Nee | Niet beoordeeld |
|-----|--|----|-----|-----------------|
| 0.1 | Er is een voor de branche geldend kwaliteitsborgingscertificaat, in ieder geval betrekking hebbende op zorg, maatschappelijke en/of aanpalende dienstverlening of aantoonbaar gelijkwaardig. | x | | |
| 0.2 | Er is een geldig ISO 9001:2015 certificaat met daarbij een bewijs van implementatie van additionele normen die gelden voor haar branche, in ieder geval betrekking hebbende op zorg, maatschappelijk en/of aanpalende dienstverlening. | | | x (n.v.t.) |
| 0.3 | Er is een kwaliteitssysteem, waarin opgenomen: <ul style="list-style-type: none"> - Wet kwaliteit. Klachten en geschillen zorg - Wet bescherming persoonsgegevens - Beschrijving van het primaire proces - Verantwoorde arbeidsomstandigheden - Documentatie (logboek/cliëntdossier, zorgplan) - Meting van de klanttevredenheid - Proces van ondersteuning - Opleidingsregistratie en opleidingsplan - Directiebeoordeling van het kwaliteitssysteem | x | | |

Bevindingen

Op 16 juni 2023 heeft 'DEKRA Audit' een audit uitgevoerd bij Vivendi Zorg B.V. waaruit blijkt dat het kwaliteitsmanagementsysteem van Vivendi Zorg B.V. en de toepassing daarvan voldoet aan de voorwaarden gesteld in:

HKZ-certificatieschema Kleine Organisaties voor het toepassingsgebied 'Ambulante individuele begeleiding en huishoudelijke hulp aan/bij kinderen, jongeren en volwassenen met psychosociale en psychiatrische problematiek'.

Uit de rapportage van de externe audit blijken geen bijzonderheden of tekortkomingen.

Vivendi Zorg beschikt over een intern kwaliteitssysteem met diverse documenten en formulieren die zijn toegezonden aan de toezichthouder.

Gebruikte bronnen:

- Certificaat HKZ Kleine organisaties (geldig vanaf 27 september 2023)
- Rapportage externe audit uitgevoerd op 16 juni 2023
- Diverse documenten (beleid en procedures)
- Interview (beide directieleden)



1. De voorziening wordt doelmatig, doeltreffend en cliëntgericht verstrekt.

| Nr. | Voorwaarden | Ja | Nee | Niet beoordeeld |
|-----|--|----|-----|-----------------|
| 1.1 | Er is een plan waaruit blijkt wat de kansen/mogelijkheden en ondersteuningsbehoeften zijn van de cliënt en welke voorziening wordt geboden. | x | | |
| 1.2 | De cliënt heeft zijn/haar ondersteuningsvraag kunnen formuleren, is betrokken bij het opstellen van het plan, wat zijn/haar instemming heeft. Het sociale netwerk van cliënt is eveneens betrokken bij het opstellen van het plan. | x | | |
| 1.3 | De op basis van het plan verleende ondersteuning wordt regelmatig besproken en zo nodig bijgesteld. | x | | |
| 1.4 | De op basis van de voorziening geboden ondersteuning sluit aan op de reële behoefte en mogelijkheden van de cliënt en zijn/haar sociale netwerk (waaronder eventuele mantelzorgers). | x | | |

Bevindingen

Vivendi Zorg maakt gebruik van een Elektronisch Cliëntdossier (ECD) van Nedap, een digitaal systeem waarin de ondersteuning vastgelegd kan worden. Nedap bevat alle actuele en relevante informatie zoals de indicatie, het intakeverslag, de risico-inventarisatie op cliëntniveau, het door de cliënt ondertekende zorgplan, de rapportages en de evaluatieverslagen. De toezichthouder heeft inzage gehad in het ECD.

Vastgelegd is hoe de aanmelding, de eerste kennismaking en de intake verloopt waaronder uit welke stappen de procedure bestaat en wie verantwoordelijk is.

Bij de intake zijn alle betrokken partijen (verwijzer/Wmo consulent, cliënt, ambulante begeleider) aanwezig zodat er een gezamenlijke start is.

Er wordt een intakeformulier ingevuld en deze wordt toegevoegd aan het digitale systeem Nedap. Tijdens de intake ontvangt de cliënt informatie over Vivendi Zorg, de privacy- en klachtenregeling en de algemene voorwaarden.

De ondersteuning en zorgbehoefte van de cliënt wordt in kaart gebracht. De doelen worden geformuleerd en vastgelegd in het zorgplan. Per doel worden concrete acties geformuleerd op welke wijze het doel bereikt wordt.

Het netwerk van de cliënt wordt betrokken en met een ecogram worden de belangrijke sociale contacten van de cliënt in kaart gebracht. Door het ecogram wordt de omvang van het sociale netwerk inzichtelijk en daarmee de praktische en emotionele steun die door het netwerk gegeven wordt. Daarnaast wordt in het ecogram het professionele netwerk in kaart gebracht.

Ook wordt een risico-inventarisatie ingevuld en daar waar nodig worden aanvullende doelen opgenomen in het begeleidingsplan.

De ambulante begeleider is verantwoordelijk voor het uitvoeren van de begeleiding zoals afgesproken in het zorgplan. In de rapportages wordt de voortgang beschreven; wat heeft de ambulante begeleider gezien, wat is er besproken en welke vervolgafspraken zijn gemaakt. Ook onderhoudt de ambulante begeleider de contacten met het netwerk en draagt zorg voor de afstemming van de ondersteuning met het netwerk van de cliënt. Zes weken na het opstarten van de begeleiding vindt er een terugkoppeling plaats naar het netwerk en de verwijzer/Wmo consulent over de voortgang en stand van zaken. De eerste evaluatie van de ondersteuning vindt na drie maanden plaats en daarna half jaarlijks.

Tijdens de evaluatie wordt samen met de cliënt het zorgplan geëvalueerd waarbij ook de risico-inventarisatie opnieuw wordt uitgevoerd.



De evaluatie wordt vastgelegd in een verslag en indien nodig wordt het zorgplan en de risico-inventarisatie bijgesteld. Zowel de cliënt als de vertegenwoordiger van de cliënt is bij de evaluatie en ondertekenen het evaluatieverslag.

Als de ambulante begeleiding wordt afgesloten worden er borgingsafspraken afgesproken en vastgelegd; welke doelen zijn behaald en wat is het vervolg bij een eventuele terugval. De eerste zes weken wordt het contact met de cliënt onderhouden door nazorg te bieden en beschikbaar te zijn voor de cliënt.

Gebruikte bronnen:

- Interview (beide directieleden)
- Beleid Intake en aanmelding
- Methodiek ecogram
- Beleid zorgplan en evaluatie
- Inzage Elektronisch Cliëntdossier Nedap



2. De voorziening is veilig.

| Nr. | Voorwaarden | Ja | Nee | Niet beoordeeld |
|-----|--|----|-----|-----------------|
| 2.1 | In het kader van de geboden voorziening wordt de veiligheid van de cliënt gewaarborgd. | x | | |
| 2.2 | Binnen de voorziening is een plan opgesteld waarin is aangegeven wie op welke momenten scholing volgt. | | | x |

Bevindingen

De fysieke en sociale veiligheid van de cliënt wordt in kaart gebracht voor de aanvang van de begeleiding. In een risico-inventarisatie wordt samen met de cliënt per situatie vastgelegd hoe groot de kans is dat het risico plaatsvindt en welke maatregelen genomen worden om de kans te verkleinen. Daar waar nodig worden aanvullende doelen opgenomen in het begeleidingsplan. Tijdens de periodieke evaluatie wordt de risico-inventarisatie opnieuw uitgevoerd en indien nodig bijgesteld.

In het vastgestelde opleidingsbeleid wordt beschreven dat jaarlijks in kaart zal worden gebracht wat de behoefte is aan scholing van personeel vanuit de aanbieder zelf en een medewerker vastgelegd in een jaarlijks opleidingsplan. Vivendi Zorg heeft het voornemen themabijeenkomsten, intervisiebijeenkomsten en interne cursussen voor medewerkers te organiseren. Sommige themabijeenkomsten dan wel cursussen zullen voor bepaalde functies en/of medewerkers verplicht worden gesteld.

Aanbeveling

Aandacht voor de deskundigheidsbevordering van medewerkers en bijscholing is van belang voor het leren van nieuwe vaardigheden en het opdoen van nieuwe kennis, maar ook voor het opfrissen van de kennis waar de medewerker al over beschikt en zo zorg te dragen dat de kwaliteit van de ondersteuning behouden blijft. Om deskundig te zijn en te blijven moet een medewerker over de nodige parate kennis beschikken. Door inzicht op de kennis en vaardigheden die medewerkers hebben en op individueel niveau inzichtelijk te maken waar iedereen staat kan in een jaarlijks opleidingsplan de behoefte van een organisatie in kaart gebracht worden. Door het opleidingsplan jaarlijks te evalueren kan het opleidingsplan bijgesteld worden. Hoe was de uitvoering, hoe hebben de medewerkers het ervaren en heeft het bijgedragen aan het vergroten of verbeteren van de gewenste kennis en vaardigheden? Bepaalde onderwerpen zoals bijvoorbeeld de kennis en het gebruik van de meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling zou een jaarlijks terugkerend onderwerp moeten zijn.

Gebruikte bronnen:

- Interview (beide directieleden)
- Opleidingsbeleid Vivendi Zorg (versie ontvangen op 16 oktober)
- Risico's inventarisatie cliënt (versie ontvangen op 16 oktober)



3. De voorziening is afgestemd op de reële behoefte van de cliënt en op andere vormen van zorg of hulp die de cliënt ontvangt.

| Nr. | Voorwaarden | Ja | Nee | Niet beoordeeld |
|-----|--|----|-----|-----------------|
| 3.1 | De aangeboden voorziening is voldoende afgestemd op andere vormen van geboden hulp en zorg (voor afstemming op reële behoefte cliënt zie 1.) | x | | |
| 3.2 | In geval van meervoudige, complexe problematiek is één regisseur of coördinator aangewezen die de nodige samenhang en continuïteit bewaakt. | x | | |

Bevindingen

De samenwerking met ketenpartners is vastgelegd waaronder op welke wijze de communicatie verloopt en het vastleggen van afspraken. Er wordt gebruik gemaakt van de verwijzindex VIN. VIN is de verwijzindex van Noord-Holland Noord voor jongeren tot 23 jaar en is een digitaal systeem dat professionals met elkaar verbindt die betrokken zijn bij dezelfde jeugdige of diens gezin. Dit maakt het mogelijk om vroegtijdig samen te werken en zo de best mogelijke ondersteuning te bieden.

Er is beleid vastgesteld waarin beschreven wordt op welke wijze Vivendi Zorg er zorg voor draagt dat de ondersteuning aansluit bij de situatie van de cliënt en een goed beeld geschetst wordt van de behoeften, doelen en hulpvragen van de cliënt.

Dat betekent dat met alle personen en/of instanties die betrokkenen zijn bij de cliënt besproken moet worden wat de doelen zullen zijn waar aan gewerkt zal moeten worden vanuit Vivendi Zorg. Er is aandacht voor wie wat doet als er een behandelaar betrokken is bij de cliënt om dubbelingen te voorkomen en een ieders verantwoordelijkheid te kaderen.

De ambulante begeleider is verantwoordelijk voor de afstemming van de ondersteuning met de eventuele andere zorgverleners en samenwerkingspartners.

Afhankelijk van de situatie is één iemand verantwoordelijk voor het bewaken van de samenhang en continuïteit van de ondersteuning.

Gebruikte bronnen:

- Interview (beide directieleden)
- Samenwerking ketenpartners (versie ontvangen op 16-10-2023)
- Beleid onderzoeksmodule (versie ontvangen op 16-10-2023)



4. De voorziening wordt verstrekt in overstemming met de op de beroepskracht rustende verantwoordelijkheid voortvloeiende uit de professionele standaard.

| Nr. | Voorwaarden | Ja | Nee | Niet beoordeeld |
|-----|---|----|-----|-----------------|
| 4.1 | De door de aanbieder in het kader van de geboden voorziening aangewezen beroepskracht is vakbekwaam. | x | | |
| 4.2 | Het door de aanbieder ingezette personeel is in het bezit van een verklaring omtrent het gedrag (VOG) en na het overleggen van de VOG kan de persoon zijn werkzaamheden aanvangen. | x | | |
| 4.3 | De aanbieder biedt de in het kader van de geboden voorziening aangewezen beroepskracht passende scholing. | | | x |
| 4.4 | De aanbieder heeft passend beleid ontwikkeld op het punt van: <ul style="list-style-type: none"> - kwaliteitszorg (ten aanzien van de te leveren ondersteuning); - personeelsbeleid, waaronder een verantwoorde inzet van vrijwilligers; - opleiding en scholing; - de melding van calamiteiten en geweldsincidenten en het daaruit trekken van lessen; - de melding van huiselijk geweld en kindermishandeling; - de omgang met en de uitwisseling van (gevoelige) persoonsgegevens; - de afhandeling van klachten (op basis van een klachtregeling); - cliëntparticipatie (op basis van een regeling voor medezeggenschap). <p>De aanbieder heeft het beleid ingevoerd en draagt zorg voor de uitvoering. Ook wordt het beleid gereflecteerd, geëvalueerd en zo nodig bijgesteld.</p> | x | | |

Bevindingen

Vivendi Zorg heeft ten tijde van het uitgevoerde onderzoek geen personeel in dienst. Eén van de beide directieleden is pedagoog en verantwoordelijk voor het onderdeel ambulante begeleiding. Daarnaast wordt een derdejaars stagiair HBO Pedagogiek ingezet onder begeleiding en directe supervisie van dit directielid.

Het andere directielid is als gedragswetenschapper betrokken bij het proces van de ambulante begeleiding en daarnaast vooral verantwoordelijk voor de aanbestedingen en de financiën. Er is een ZZP-er beschikbaar voor een eventuele aanvraag Hulp bij Huishouden.

In een organogram is de organisatiestructuur in kaart gebracht (raad van toezicht, management en medewerkers). De kwalificatie en de VOG van de beide directieleden zijn tijdens het onderzoek ingezien.

In het opleidingsbeleid is vastgelegd op welke wijze stagiairs worden ingezet.

De functie-eisen, vaardigheden en verantwoordelijkheden van de ambulante begeleider en de gedragswetenschapper zijn vastgelegd per functie; de minimale opleidingseis (ambulante begeleider voorkeur HBO geschoold), het overleggen van een geldige VOG en een SKJ registratie afhankelijk van de functie verplicht (gedragswetenschapper) of een pré (ambulante begeleider).



Er is personeelsbeleid gericht op het werven en aanname van nieuwe personeel. Met een nieuwe medewerker wordt een arbeidsovereenkomst van een jaar afgesloten met een proeftijd van een maand tevens de inwerkperiode. Jaarlijks vindt er een functioneringsgesprek plaats. Bij gebleken geschiktheid wordt een arbeidsovereenkomst aangegaan voor onbepaalde tijd. De nieuwe medewerker moet een passende VOG overleggen.

Vivendi Zorg is bezig de overlegstructuur in kaart te brengen welke overleggen er tussen de verschillende organisatieonderdelen, managementlaag en medewerkers gevoerd zullen worden. Er zullen periodieke werkoverleggen plaatsvinden en een wekelijks casuïstiekoverleg. Ook zullen er individuele gesprekken gevoerd worden met medewerkers gericht op de voortgang van de werkzaamheden alsmede de caseload en balans in de werkbelasting.

De beide directieleden vormen het managementteam en zijn verantwoordelijk voor het nemen van besluiten en het bepalen van de strategie. Op dit moment hebben zij wekelijks overleg over de stand van zaken en voortgang; inhoudelijk gericht op de begeleiding van de cliënten en gericht op het bepalen van de strategie zoals het beleid, de processen en procedures; wat gaat goed en wat moet anders?

De aanbieder heeft passend beleid ontwikkeld en verschillende documenten aangeleverd gericht de op de medewerkers rustende verantwoordelijkheid voortvloeiende uit de professionele standaard.

De aanbieder heeft het kwaliteitsbeleid vastgesteld, en vastgelegd is op welke wijze het beleid actueel gehouden wordt en hoe medewerkers gefaciliteerd worden bij de uitvoering van het beleid.

Er is beleid vastgesteld gericht op een melding van calamiteiten en geweldsincidenten en het daaruit trekken van lessen alsmede de afhandeling van klachten.

In het 'Beleid incidenten, calamiteiten en klachten' wordt een definitie geformuleerd van een calamiteit die gemeld moeten worden bij de toezichthouder IGJ of bij de toezichthouder Wmo.

In een meldingsformulier wordt het incident of de klacht vastgelegd en omschreven; de oorzaak, toedracht en gevolgen waarbij aangegeven wordt welke acties en maatregelen worden getroffen om herhaling te voorkomen, gevolgen (risico's) tot een minimum te beperken en wie daar verantwoordelijk voor is.

In het beleid huiselijk geweld wordt beschreven op welke wijze omgegaan wordt met signalen die kunnen wijzen op kindermishandeling en huiselijk geweld en welke stappen gevolgd worden waaronder het afwegingskader en het melden van huiselijk geweld bij Veilig Thuis.

Na het afsluiten van de begeleiding wordt een cliënttevredenheidsonderzoek uitgevoerd door middel van een vragenlijst waarbij Vivendi Zorg inzicht krijgt hoe cliënten de ondersteuning hebben ervaren. Deze inzichten worden gebruikt om de ondersteuning te verbeteren.

Er zal jaarlijks een cliënt- en medewerkerstevredenheid onderzoek uitgevoerd gaan worden. De uitkomst zal worden verwerkt in een samenvatting waarbij verbetermaatregelen geformuleerd zullen worden.

Aanbeveling

Voor de veiligheid van een cliënt is het van groot belang dat voordat de werkzaamheden worden aangevangen een VOG overgelegd wordt die is aangevraagd voor het dienstverband bij de aanbieder.

Stel het beleid rondom het overleggen van een VOG schriftelijk vast zoals voor de aanvang van de werkzaamheden, aangevraagd voor Vivendi Zorg en de specifieke functie, niet ouder dan twee maanden en het periodiek opnieuw aan laten vragen van een VOG.

Gebruikte bronnen:

- Interview (beide directieleden)
- Organogram Vivendi Zorg
- Lijst medewerkers Vivendi Zorg
- Kwalificaties beide directieleden
- VOG beide directieleden



- Beleid incidenten, calamiteiten en klachten
- Meldingsformulier incident cliënt
- Meldingsformulier incident medewerker
- Meldingsformulier Klacht/melding van onvrede
- Beleid huiselijk geweld en kindermishandeling
- Functiebeschrijving gedragswetenschapper
- Functieomschrijving gezinswerker



5. De voorziening wordt verstrekt met respect en in achtneming van de rechten van de cliënt.

| Nr. | Voorwaarden | Ja | Nee | Niet beoordeeld |
|-----|---|----|-----|-----------------|
| 5.1 | De bejegening door de beroepskracht van de cliënt is passend en correct. | x | | |
| 5.2 | De aanbieder houdt zich in het kader van de leveren ondersteuning aan de toepasselijke wettelijke voorschriften (waaronder bescherming persoonlijke levenssfeer). | x | | |
| 5.3 | De aanbieder neemt eventuele klachten in behandeling en handelt die tijdig en passend af. | x | | |

Bevindingen

Er is een gedragscode vastgesteld aanvullend op de regels zoals onder andere is opgenomen in de arbeidsovereenkomst en de wet Algemene verordening gegevensbescherming. In de gedragscode staan voorschriften hoe de medewerkers zich moeten gedragen. Beschreven wordt wat verstaan wordt onder goede omgangsvormen zoals dat medewerkers rekening houden met de ander, luisteren naar elkaar en respect hebben voor verschillen met betrekking tot etnische of nationale herkomst, godsdienstige overtuiging, geslacht, seksuele voorkeur en handicap.

Bij aanvang van de begeleiding wordt een toestemmingsformulier voor gegevensoverdracht ingevuld en ondertekend door de cliënt.

In het beleid incidenten, calamiteiten en klachten is vastgelegd dat bij een ernstige datalek en er sprake is van toegang tot persoonsgegevens of vernietiging, wijziging of vrijkomen van gegevens zonder dat dit de bedoeling is, dit gemeld wordt bij de Autoriteit persoonsgegevens.

Er is een klachtenprocedure vastgesteld waarin beschreven wordt op welke wijze klachten afgehandeld worden. Cliënten worden tijdens de intake op de hoogte gebracht van de klachtenregeling. In de informatiemap die een cliënt ontvangt bij aanvang van de ondersteuning zit ook informatie gericht op de afhandeling van klachten.

De beide directieleden zijn verantwoordelijk voor het afhandelen van een klacht. Indien de klacht niet naar wens is afgehandeld, kan de klager hiertegen bezwaar aantekenen bij de externe klachtencommissie SPOT.

Klachten worden geregistreerd op een formulier waarbij vastgelegd is wat de inhoud van de klacht is, wie er bij betrokken was en wat de mogelijke gevolgen zijn voor de cliënt. Ook wordt vastgelegd welke acties, corrigerende en/of preventieve maatregelen/verbeteringen worden getroffen om herhaling te voorkomen, op welke wijze gevolgen (risico's) tot een minimum te beperkt worden en wie daar verantwoordelijk voor is.

Uit de klachtenregistratie over 2023 blijkt dat er een klacht is ingediend door een cliënt over de bejegening en het gedrag van een medewerker huishoudelijke ondersteuning.

De aard en de inhoud klacht van de klacht is besproken alsmede de opvolging van de klacht en de genomen maatregelen.

Aanbevelingen

Formuleer in de gedragscode in concrete termen wat verstaan wordt onder gewenst gedrag en op welke wijze medewerkers geacht worden een cliënt te bejegenen alsmede wat verstaan wordt onder ongewenst gedrag. Leg vast wat de consequenties zijn en de te nemen maatregelen als er sprake is van ongewenst gedrag van een medewerker jegens een cliënt.

Bij meer dan tien medewerkers moet een cliënt mee kunnen praten over het beleid via de cliëntenraad zodat de gemeenschappelijke belangen van de cliënten behartigd worden. Daar is nu nog geen sprake van en de verplichting van het instellen van een cliëntenraad is op dit



moment niet van toepassing. Wel kan er vast nagedacht worden over de inspraak in aangelegenheden die direct van invloed zijn op het dagelijks leven van de cliënten en hoe een cliënt betrokken wordt bij de ondersteuning en kan meepraten. Op welke wijze kan een cliënt participeren in een cliëntenraad of een vergelijkbaar platform?

Gebruikte bronnen:

- Interview (beide directieleden)
- Beleid Gedragscode (versie ontvangen op 20 oktober)
- Beleid incidenten, calamiteiten en klachten
- Toestemmingsformulier gegevensoverdracht cliënt (versie 1.0)
- Klachtenprocedure (versie ontvangen op 20 oktober)
- Meldingsformulier Klacht/melding van onvrede
- Klachtenregistratie 2023



Gegevens voorziening

Locatiegegevens

| | |
|--------------------|---|
| Naam locatie | : Vivendi Zorg |
| Adres | : Londenhaven 60 |
| Postcode en plaats | : 1448 KS Purmerend |
| Telefoonnummer | : 0299-74 74 74 |
| Contactpersoon | : Mw. S. Öztürk |
| Kwaliteitssysteem | : ISO 9001:2015 |
| E-mail | : info@vivendizorg.nl |
| Website | : https://www.vivendizorg.nl |

Gegevens toezichthouder (GGD)

| | |
|---------------------------|--------------------|
| Naam GGD | : GGD Kennemerland |
| Adres | : Postbus 5514 |
| Postcode en plaats | : 2000GM HAARLEM |
| Telefoonnummer | : 023-7891613 |
| Onderzoek uitgevoerd door | : Mevr. P. Schurer |

Gegevens opdrachtgever (gemeente)

| | |
|--------------------|--------------------|
| Naam gemeente | : Gemeenten IJmond |
| Adres | : P/A Postbus 465 |
| Postcode en plaats | : 1970 AL IJmuiden |

Planning

| | |
|--|--------------|
| Datum onderzoek | : 14-11-2023 |
| Opstellen concept rapport | : 05-01-2024 |
| Vaststelling en openbaarmaking rapport | : 12-01-2024 |
| Verzenden rapport naar aanbieder | : 12-01-2024 |
| Verzenden rapport naar gemeente | : 12-01-2024 |



Bijlage: zienswijze

De zienswijze betreft een schriftelijke reactie van de aanbieder op de inhoud van het rapport.

De aanbieder heeft aangegeven akkoord te gaan met de inhoud van het rapport en geen gebruik te maken van de mogelijkheid een zienswijze in te dienen.

