



Wens Je Zorg
Kloosterstraat 3
2021 VJ Haarlem

| | |
|---------------------------|-----------------------|
| Toezichtouder | : GGD Kennemerland |
| In opdracht van gemeenten | : IJmond |
| Datum onderzoek | : 23-04-2024 |
| Type onderzoek | : Proactief onderzoek |
| Status | : Definitief |
| Datum vaststellen rapport | : 05-06-2024 |

Inhoudsopgave

| | |
|---------------------------------|----|
| Inleiding | 3 |
| Het onderzoek | 4 |
| Observaties en bevindingen..... | 6 |
| Gegevens voorziening..... | 16 |
| Bijlage: zienswijze | 18 |



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

Onderzoeksopzet

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 23 april 2024 een proactief onderzoek uitgevoerd bij Wens je Zorg gericht op het aanbod ambulante begeleiding. De aanbieder heeft een contract met o.a. de drie IJmond gemeenten. Het onderzoek bestaat uit een documentenonderzoek aangevuld met een gesprek met de directeur-bestuurder mw. S. Ceylan en de persoon die de directeur-bestuurder ondersteunt dhr. E. Cekic.

In 2023 hebben de drie IJmond gemeenten de toezichthouder ook de opdracht gegeven een proactief onderzoek uit te voeren waar de aanbieder geen gehoor aan heeft gegeven. Op 20 september 2023 heeft de toezichthouder een mail gestuurd naar de aanbieder met de aankondiging voor het onderzoek en een uitnodigingsbrief met een termijn voor het aanleveren van de gevraagde informatie. In de periode daarna heeft de toezichthouder geprobeerd contact te krijgen met de aanbieder door het versturen van verschillende mails en te bellen. Hier is op geen enkele manier gehoor aan gegeven door de aanbieder.

De gemeente heeft de aanbieder in gebreke gesteld omdat de aanbieder in 2023 geen medewerking heeft verleend aan het meewerken aan de opdracht voor het uitvoeren van het proactieve onderzoek ondanks de verschillende pogingen van de toezichthouder. In de brief met de ingebrekestelling die in 2024 naar de aanbieder is gestuurd is de aanbieder verzocht uiterlijk 20 maart contact op te nemen met de toezichthouder. Op 18 maart heeft de aanbieder de toezichthouder een mail gestuurd met de vraag welke informatie de toezichthouder nodig heeft. Op 19 maart heeft de toezichthouder de aanbieder een mail gestuurd met de informatie die nodig is met een termijn tot 26 maart voor het aanleveren van de informatie. Ook is in de mail een voorstel gedaan met een datum voor het onderzoek en het verzoek uiterlijk 22 maart te laten weten of dat mogelijk is. De aanbieder heeft geen gehoor gegeven aan dit verzoek en heeft ook de gevraagde informatie niet aangeleverd op de uiterlijke datum.

De gemeente heeft de aanbieder op 27 maart een mail gestuurd met het dringende verzoek uiterlijk 29 maart de gevraagde informatie aan te leveren en de toezichthouder te laten weten of het onderzoek kan plaatsvinden op de voorgestelde datum. Dezelfde dag heeft de toezichthouder een mail ontvangen van Wens je Zorg met een reactie op het voorstel voor de datum van het onderzoek en de opgevraagde informatie.

Beschouwing

Wens je Zorg biedt aan ongeveer 150 cliënten woonachtig in de gemeenten Heemstede en Bloemendaal zorg in de vorm van huishoudelijke ondersteuning. Deze werkzaamheden worden uitgevoerd door veertien medewerkers.

Er is één medewerker in dienst die administratieve werkzaamheden verricht zoals de planning en het beantwoorden van de telefoon.

De directeur-bestuurder is verantwoordelijk voor het richting en sturing geven aan de organisatie (waaronder beleidsvorming).

Er is ten tijde van het onderzoek geen aanbod ambulante begeleiding vanuit Wens je Zorg aan cliënten woonachtig in de IJmond. De aanbieder verklaart op dit moment alleen actief te zijn in de gemeente Heemstede en Bloemendaal voor het aanbod HbH. Er zijn geen medewerkers beschikbaar en aangesteld voor het aanbod ambulante begeleiding.

Op de website en in de informatiebrochure van Wens je Zorg staat bij het onderdeel 'personeel' het volgende beschreven:

"Het team van Wens je zorg bestaat uit ervaren collega's welke vele jaren ervaring hebben opgedaan in verschillende zorgverleningsgebieden.

Gezien het aanbod fungeert Wens je zorg vanuit een intercultureel en multidisciplinaire team.



Zo bestaat Wens je zorg uit directie leden, managementteam, gedragswetenschappers, hulpverleners, HBH-medewerkers, administratieve medewerkers, stagiaires en vrijwilligers. Onze medewerkers zijn allen SKJ geregistreerd en hebben affiniteit en specialisme in het aansluiten bij cliënten, het voor oog houden van de taalbarrières, kennis van de culturele aspecten, wensen en behoeften van de cliënten. Alle ambulante teamleden bezitten minimaal een HBO en of WO-opleiding en beschikken specialisaties en expertise op specifieke onderdelen en onderwerpen binnen de maatschappelijk vraagstukken.”

Deze informatie is niet overeenkomstig de huidige situatie. Dit wordt in het rapport bij de betreffende onderdelen beschreven en toegelicht.

Conclusie en bevindingen

In dit onderzoek is beoordeeld of Wens je Zorg redelijkerwijs voldoet aan de gestelde kwaliteitseisen.

De aanbieder heeft op basis van de aangeleverde informatie en het gesprek dat heeft plaatsgevonden op 23 april onvoldoende aan kunnen tonen dat de kwaliteit van het aanbod kan worden gewaarborgd en er redelijkerwijs voldaan zou kunnen worden aan de gestelde kwaliteitseisen overeenkomstig de Wet maatschappelijke ondersteuning.

Ook verliep het contact net als in de aanloop naar het opstarten tijdens het uitvoeren van het onderzoek moeizaam. De aanbieder dient binnen een door de toezichthouder gestelde redelijke termijn alle medewerking te verlenen die redelijkerwijs kan worden gevraagd, aan een verzoek dat binnen het kader van het onderzoek en de bevoegdheid van de toezichthouder wordt gedaan. De toezichthouder heeft tijdens het gesprek met de directeur-bestuurder en de externe ondersteuner afgesproken dat er nog aanvullende informatie verstrekt zal worden. In een mail verstuurd op 24 april is deze afspraak bevestigd door de toezichthouder en is verzocht uiterlijk 26 april de ontbrekende informatie aan te leveren. De aanbieder heeft geen gehoor gegeven aan dit verzoek. De toezichthouder heeft op 30 april geprobeerd telefonisch contact te krijgen met de directeur-bestuurder. De directeur-bestuurder was niet bereikbaar en de toezichthouder heeft wederom een mail gestuurd met een verzoek om uiterlijk 1 mei de ontbrekende informatie aan te leveren. In de mail is vermeld dat als er niet voldaan wordt aan dit verzoek, de toezichthouder moet concluderen dat de aanbieder wederom niet volledig mee heeft gewerkt aan het onderzoek. Op 6 mei heeft de toezichthouder de aanbieder een mail gestuurd dat in het rapport opgenomen zal worden dat er niet volledig mee gewerkt is aan het onderzoek en een verzoek dat door de toezichthouder is gedaan. De aanbieder heeft onvoldoende medewerking verleend aan het verzoek dat binnen het kader van het onderzoek en de bevoegdheid van de toezichthouder is gedaan. Gevolg is dat de toezichthouder de toezichtstaak onvoldoende heeft kunnen uitvoeren.

Advies aan College van B&W

De toezichthouder constateert op basis van het onderzoek dat niet op alle onderdelen uitvoering wordt gegeven aan de kwaliteitseisen die gelden en aan een aantal van de voorwaarden getoetst tijdens het onderzoek. Er zijn tekortkomingen vastgesteld en de toezichthouder adviseert de gemeente om het rapport af te handelen conform het gemeentelijke beleid.

Zie voor een nadere toelichting bij het betreffende onderdeel.



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 |
| 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

De aanbieder heeft niet kunnen aantonen dat het kwaliteitsborgingscertificaat (met een geldigheid van 23 maart 2022 tot 23 maart 2025) is afgegeven voor Wens je Zorg met het adres Kloosterstraat 3 te Haarlem en het contract dat Wens je Zorg heeft met de drie IJmond gemeenten voor het aanbod ambulante begeleiding.

Er zijn twee rapporten aangeleverd van een audit uitgevoerd door DEKRA bij Wens je Zorg B.V. te Hilversum op 26 januari 2022 aan de 's-Gravelandseweg 25.

De externe ondersteuner (directeur-bestuurder van Sude Zorg) vertelt tijdens het onderzoek dat hij aanbieder is van Sude Zorg gehuisvest in Hilversum op dit adres en een contract heeft met gemeenten in die regio. Sude Zorg is een andere organisatie vallend onder een andere B.V. met een andere directeur-bestuurder dan Wens je Zorg.

Het certificatietraject voor HKZ Kleine Organisaties bestaat uit verschillende fases en bij de audit toetst een auditor of de organisatie klaar is voor certificatie.

Een certificaat heeft een geldigheid van drie jaar en onderhoud door middel van een jaarlijkse vervolgaudit is verplicht. De rapportage van de audit uitgevoerd in 2022 is naar de toezichthouder verzonden. Er is geen rapportage verzonden van de vervolgaudit uitgevoerd in maart 2023 en maart 2024.

Een andere eis is dat een organisatie een omvang heeft van maximaal 10 fte. Bij het vaststellen van het aantal fte tellen alle medewerkers mee, dus eigen personeel, ZZP'ers, uitzendkrachten en ander ingehuurd personeel alsmede het management. De externe ondersteuner vertelt dat inmiddels niet meer aan deze eis voldaan wordt en verklaart dat in september een HKZ audit zal plaatsvinden voor grote organisaties.

De documenten en formulieren als onderdeel van het kwaliteitssysteem zijn toegezonden aan de toezichthouder. Het klachtenreglement is tijdens het bezoek gezien. In het klachtenreglement staat dat Wens je Zorg is aangesloten bij Stichting Zorggeschil als de klacht niet naar tevredenheid kan worden afgehandeld en er sprake is van een geschil. Stichting Zorggeschil stelt als verplichte voorwaarde dat de aanbieder de klachtenregeling op de website moeten



plaatsen. Op de website van Wens je Zorg staat geen informatie over de klachtenregeling, de afhandeling van klachten en geschillen.

Tijdens het onderzoek is gesproken met de aanbieder over de afhandeling van de klachten. De externe ondersteuner verklaart dat Wens je Zorg is aangesloten bij SPOT. Als de toezichthouder vraagt naar een toelichting en hoe zich dit verhoudt tot de aansluiting bij Stichting Zorggeschil, verklaart de externe ondersteuner dat SPOT en Stichting Zorggeschil hetzelfde is.

Deze informatie klopt niet. SPOT is een brancheorganisatie en Stichting Zorggeschil is een geschilleninstantie.

Voor de overige documenten als onderdeel van het kwaliteitssysteem geldt ook dat deze niet overeenkomen met de daadwerkelijke situatie. Er worden functies beschreven waar geen sprake van is en de informatie in de verschillende documenten spreekt elkaar tegen waarmee het beleid niet consistent is. Ook is van de meeste documenten de revisiedatum verstreken en is er geen sprake van recent beleid passend bij de huidige situatie.

Dit wordt bij de betreffende onderdelen toegelicht.

Gebruikte bronnen:

- Interview directeur-bestuurder (mw. S. Ceylan)
- Interview externe ondersteuning (dhr. E. Cekic)
- Rapport nummer: 39727-1 Initial audit stage 1 uitgevoerd door DEKRA, 27 januari 2022 ('s-Gravelandseweg 25 Hilversum)
- Rapport nummer: 39821-1 Initial audit stage 2 uitgevoerd door DEKRA, 27 januari 2022 ('s-Gravelandseweg 25 Hilversum)
- Website www.wensjezorg.nl
- Website www.sudezorg.nl
- Ontvangen documenten



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

Ten tijde van het onderzoek blijkt dat Wens je Zorg geen ambulante begeleiding aanbiedt aan cliënten woonachtig in de IJmond. De aanbieder verklaart ook niet actief te zijn in andere regio's en er zijn geen medewerkers aangesteld.

De genoemde voorwaarden zijn dus niet inhoudelijk beoordeeld.

De aanbieder heeft verschillende documenten aangeleverd gericht op het proces van aanmelding en intake, het vaststellen van het ondersteuningsplan en de evaluatie van de ondersteuning. De aangeleverde informatie komt niet overeen met de daadwerkelijke situatie. Er worden functies beschreven waar geen sprake van is en de informatie in de verschillende documenten spreekt elkaar tegen waarmee het beleid niet consistent is.

Hieronder volgen enkele voorbeelden waaruit dit blijkt:

- De werkinstructie Zorgleefplan gaat in op het aanbod Hulp bij Huishouden en niet op het aanbod Ambulante begeleiding.
- In de functiebeschrijving 'Persoonlijke Begeleider' staat beschreven dat deze medewerker begeleiding en leiding ontvangt van de teamleider Verpleging & Verzorging. Er is geen sprake van verpleging bij Wens je Zorg en deze functie wordt niet ingevuld. De directeur-bestuurder kan niet vertellen wat en wie bedoeld wordt met 'Verpleging & Verzorging'. Ook zijn twee verschillende documenten aangeleverd die niet volledig overeenkomen. Hier kan geen verklaring voor gegeven worden.
- In het document 'Werkinstructie evaluatie en nazorg' wordt de functie van zorgcoördinator naast de functie van zorgverlener vermeld. Er is geen zorgcoördinator in dienst bij Wens je Zorg. Ook sluit het document niet aan bij het aanbod ambulante begeleiding en het lijkt het vooral van toepassing op het aanbod HbH. Aangegeven wordt dat de zorgcoördinator overeenkomstig de vastgestelde frequentie contact opneemt met de cliënt om te informeren naar de tevredenheid over de dienstverlening, de geleverde zorg en of aan de doelstelling van de zorg wordt voldaan. Dit is in het geval van de ambulante begeleiding niet gebruikelijk en ook niet wenselijk. Besproken is dat het van belang is dat de zorgverlener zelf verantwoordelijk is voor de evaluatie van de ondersteuning. Het gaat naast de tevredenheid van cliënt vooral om de voortgang van de begeleiding (de behaalde doelen, bijstellen doelen, etc.) en het bijstellen van de ondersteuning.

Besproken is dat het van belang is dat het beleid en de vastgestelde werkwijze overeenkomt met de situatie in de praktijk. Bovenstaande voorbeelden zijn niet limitatief. De voorbeelden illustreren dat de aanbieder onvoldoende heeft kunnen aantonen dat het aanbod doelmatig, doeltreffend en cliëntgericht verstrekt zal worden.



Gebruikte bronnen:

- Interview directeur-bestuurder (mw. S. Ceylan)
- Interview externe ondersteuning (dhr. E. Cekic)
- Website: www.wensjezorg.nl
- Aangeleverde documenten:
 - WI 020 Werkinstructie Zorgleefplan (versie 01-12-2022)
 - WI 030 Aanmelding en intake cliënt, werkinstructie procedure (versie 01-12-2022)
 - WI032 Werkinstructie evaluatie en nazorg (versie 01-12-2022)
 - Functiebeschrijving Persoonlijke Begeleider (versie 1.0)
 - Doc 4513 Functiebeschrijving Persoonlijke begeleider (versie 002)



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

Er zijn een aantal documenten aangeleverd gericht op de veiligheid van de cliënt zoals een 'Risico inventarisatie cliënt' waarin aan de hand van verschillende situaties het risico ingeschat wordt en de genomen maatregelen beschreven kunnen worden.

Wens je Zorg heeft een gedragscode vastgesteld voor de medewerkers. Het volgende wordt vermeld in dit document:

"De belangrijkste rechtsregel die van toepassing zijn op een overeenkomst tussen een zorgvrager en een zorgverlener zijn vastgelegd in de Wet Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO). Daaruit voortvloeiend gelden verplichtingen voor de zorgverlener."

Gevraagd is wat hier mee bedoeld wordt. Dit kan zowel de directeur-bestuurder als de externe ondersteuner niet vertellen.

Van WGBO is sprake bij langdurige zorg (zoals zorg in een verpleeghuis) en jeugdhulp en dit is dus niet van toepassing op het aanbod vanuit de Wmo. Deze wet regelt de relatie tussen patiënt en hulpverlener (artsen, verpleegkundigen, orthopedagogen, psychologen, etc.).

In het document wordt ingegaan op 'minderjarigen en wilsonbekwaamheid'. Er wordt niet ingegaan op het aanbod ambulante begeleiding en wat een gedragscode betekent bij dit aanbod.

Een gedragscode zou moeten bestaan uit concrete gedragsregels die houvast bieden in situaties waar het er toe doet zoals een aanbod aan een kwetsbare doelgroep. De gedragsregels zouden gedragingen moeten beschrijven die als goed, gewenst of nastrevenswaardig ervaren worden (positieve normen), maar ook gedragingen die als negatief en ongewenst worden ervaren (negatieve normen).

Er zijn twee verschillende functiebeschrijvingen aangeleverd van het aanbod ambulante begeleiding waarin de functie 'Persoonlijke Begeleider' staat beschreven zoals de eisen die gesteld worden en de werkzaamheden op hoofdlijnen. In één van deze beide functiebeschrijvingen wordt het overleggen van een VOG beschreven. Het volgende wordt aangegeven:

"Voor deze functie is een positieve Verklaring Omtrent Gedrag (VOG) vereist. (De VOG is bij indiensttreding niet ouder dan twaalf maanden)."

Dit is een onwenselijke situatie en het is voor de veiligheid van een cliënt van groot belang dat voor de aanvang van de werkzaamheden een VOG overgelegd wordt die is aangevraagd voor het dienstverband bij de aanbieder.

Een VOG is van belang in een functie waarin gewerkt wordt met vertrouwelijke gegevens en kwetsbare personen. Een VOG is een momentopname en deze wordt afgegeven als het gedrag uit het verleden geen bezwaar vormt voor de werkzaamheden die worden uitgevoerd. De werkgever bepaalt hoelang de VOG geldig is. Vanwege de aard en inhoud van de functie van een ambulante begeleider is het belangrijk dat voor de aanvang van de werkzaamheden een VOG overgelegd wordt die is aangevraagd voor het dienstverband bij de aanbieder en dat periodiek een nieuwe VOG aangevraagd wordt. Gezien de kwetsbare doelgroep is het van belang zorg te dragen voor het formuleren van beleid op het overleggen van een VOG voor de



aanvang van de werkzaamheden en het periodiek (in ieder geval drie jaarlijks) aanvragen van een nieuwe VOG en dit op te nemen in het personeelsbeleid.

De bovenstaande voorbeelden zijn niet limitatief. De voorbeelden illustreren dat de aanbieder niet heeft kunnen aantonen dat er redelijkerwijs voldaan zal worden aan het waarborgen van de veiligheid van de cliënt bij het aanbod ambulante begeleiding.

Er is een opleidingsbeleid aangeleverd vastgesteld voor de periode 2021-2023. In het opleidingsbeleid wordt het volgende aangegeven:

"De leidinggevende is verantwoordelijk voor de samenstelling van het jaarlijkse opleidingsplan van zijn of haar afdeling en kan zich hierin laten adviseren door personeelszaken. Bij de formulering van dit jaarlijkse opleidingsplan heeft een zorgvuldige afweging plaats gevonden tussen opleidingsnoodzaak en opleidingsbehoefte, alsmede een prioriteitsafweging in relatie tot het beschikbare budget. De plannen per afdeling worden onder regie van PZ gebundeld tot één Wens je Zorg opleidingsplan. In het managementoverleg wordt het Wens je Zorgopleidingsplan getoetst, eventueel bijgesteld en vastgesteld."

Gevraagd is naar het jaarlijkse opleidingsplan. De aanbieder verklaart dat er een opleidingsplan is vastgesteld en afgesproken is dat deze verstuurd zal worden naar de toezichthouder. Ondanks verschillende mails met het verzoek deze aanvullende informatie aan te leveren, heeft de aanbieder het opleidingsplan niet gestuurd.

Aandacht voor de deskundigheidsbevordering van medewerkers en bijscholing is niet alleen belangrijk 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. De aanbieder heeft niet kunnen aantonen hier aandacht voor te hebben.

Het opleidingsbeleid is vastgesteld voor de periode 2021-2023 en daarmee niet recent en overeenkomstig de situatie. Er wordt gesproken over een 'leidinggevende' en een afdeling 'personeelszaken' voor advies. Van deze functie en afdeling is geen sprake bij Wens je Zorg.

Gebruikte bronnen:

- Interview directeur-bestuurder (mw. S. Ceylan)
- Interview externe ondersteuning (dhr. E. Cekic)
- Website: www.wensjezorg.nl
- Aangeleverde documenten:
 - Functiebeschrijving Persoonlijke Begeleider (versie 1.0)
 - Doc 4513 Functiebeschrijving Persoonlijke begeleider (versie 002)
 - Opleidingsbeleid 2021-2023 (versie 1.0, datum revisie: 31-12-2022)
 - Risico inventarisatie cliënt
 - BEL 4508 Gedragscode zorgverleners (versie 01-12-2022)



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

Dit onderwerp is inhoudelijk niet beoordeeld. Er is wordt geen ambulante begeleiding geboden en de aanbieder heeft geen personeel in dienst voor het aanbod ambulante begeleiding. De aanbieder heeft geen beleid vastgesteld gericht op de afstemming op andere vormen van geboden hulp en zorg voor het aanbod ambulante begeleiding.

Gebruikte bronnen:

- Interview Directeur-bestuurder (mw. S. Ceylan)
- Interview externe ondersteuning (dhr. E. Cekic)
- Website: www.wensjezorg.nl



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 | De aanbieder biedt de in het kader van de geboden voorziening aangewezen beroepskracht passende scholing. | | | x |
| 4.3 | De aanbieder heeft passend beleid ontwikkeld op het punt van: - 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). De aanbieder reflecteert op dit beleid, evalueert dit en stelt het zo nodig bij. | | x | |

Bevindingen

De aanbieder heeft geen personeel in dienst ten behoeve van het aanbod ambulante begeleiding en een aantal voorwaarden van dit onderwerp zijn niet beoordeeld. Er zijn twee verschillende functiebeschrijvingen aangeleverd van het aanbod ambulante begeleiding waarin de functie 'Persoonlijke Begeleider' staat beschreven zoals de eisen die gesteld worden en de werkzaamheden op hoofdlijnen. De opleidingseis genoemd in de beide functiebeschrijvingen komt niet overeen met de website en de informatiebrochure van Wens je Zorg voor cliënten. Op de website en in de informatiebrochure staat vermeld dat het team ambulante begeleiders minimaal over een HBO en/of WO opleiding beschikken. In de functiebeschrijving wordt uitgegaan van minimaal een MBO opleiding.

Ook wordt op de website en in de informatiebrochure de samenstelling van het team als volgt beschreven:

'Zo bestaat Wens je zorg uit directieleden, managementteam, gedragswetenschappers, hulpverleners, HBH-medewerkers, administratieve medewerkers, stagiairs en vrijwilligers'.

Dit is niet overeenkomstig de situatie. Het team bestaat uit de directeur-bestuurder, een medewerker die ondersteunt bij de administratie en de medewerkers HbH.

De aanbieder heeft onvoldoende zorggedragen voor het ontwikkelen van passend beleid. Hier volgen enkele voorbeelden waaruit dit blijkt.

Veel beleid is verouderd waarbij de revisiedatum is verstreken en de vraag is in hoeverre het beleid aansluit bij de huidige situatie. Ook komt de aangeleverde informatie niet overeen met de daadwerkelijke situatie. Er worden functies beschreven waar geen sprake van is en de informatie in de verschillende documenten spreekt elkaar tegen waarmee het beleid niet consistent is.



Er is een opleidingsbeleid aangeleverd vastgesteld voor de periode 2021-2023. In het opleidingsbeleid wordt het volgende aangegeven:

"De leidinggevende is verantwoordelijk voor de samenstelling van het jaarlijkse opleidingsplan van zijn of haar afdeling en kan zich hierin laten adviseren door personeelszaken. Bij de formulering van dit jaarlijkse opleidingsplan heeft een zorgvuldige afweging plaats gevonden tussen opleidingsnoodzaak en opleidingsbehoefte, alsmede een prioriteitsafweging in relatie tot het beschikbare budget. De plannen per afdeling worden onder regie van PZ gebundeld tot één Wens je Zorg opleidingsplan. In het managementoverleg wordt het Wens je Zorgopleidingsplan getoetst, eventueel bijgesteld en vastgesteld."

Gevraagd is naar het jaarlijkse opleidingsplan. De aanbieder verklaart dat er een opleidingsplan is vastgesteld en afgesproken is dat deze verstuurd zal worden naar de toezichthouder. Ondanks verschillende mails met het verzoek deze aanvullende informatie aan te leveren, heeft de aanbieder het opleidingsplan niet gestuurd.

Het beleid met betrekking tot huiselijk geweld staat beschreven in de meldcode Kindermishandeling en huiselijk geweld. De verantwoordelijkheden worden beschreven. Beschreven wordt dat de Raad van Bestuur/leidinggevenden aandachtsfunctionaris ouderenmishandeling zijn.

De rol van de aandachtsfunctionaris wordt als volgt beschreven:

"Houdt meldingen van ouderenmishandeling bij en meldt deze bij de Inspectie."

En bij melden staat het volgende vermeld:

Voor een melding van of vragen over ouderenmishandeling in de zorg kunnen instellingen contact opnemen www.huiselijkgeweld.nl, melden kan bij het Meldpunt van de IGZ:

- *Telefoonnummer 088 120 50 50 (werkdagen 09.00 tot 17.00 uur, lokaal tarief)*
- *Mail ouderenmishandeling@igz.nl of meldpunt@igz.nl*
- *Melden kan via Zorgvoorkennis: www.zorgvoorkennis.nl, pagina Meldcode*

Er is een procedure opgesteld inzake de melding van calamiteiten en incidenten. In de Procedure Melding Incident Zorgverlener staat het volgende:

Dit is niet overeenkomstig de eis welke stappen genomen moeten worden bij vermoedens van (ouderen)mishandeling in huiselijke kring. Een vermoeden van (ouderen)mishandeling moet gemeld worden bij Veilig Thuis. Dit is het advies- en meldpunt voor iedereen die met huiselijk geweld te maken heeft of krijgt. Ook wordt in de meldcode alleen ingegaan op oudermishandeling en niet op andere vormen van huiselijk geweld zoals kindermishandeling.

De wijze waarop omgegaan wordt met de uitwisseling van (gevoelige) persoonsgegevens is vastgelegd. De revisiedatum is 31-12-2022 en de contactgegevens in dit document zijn verouderd. Het beleid komt niet overeen met de huidige situatie. De volgende contactgegevens worden vermeld:

Contactpersoon: Emrah Cekic Functionaris voor de gegevensbescherming

Kloosterstraat 3

Haarlem

www.sudezorg.nl

info@sudezorg.nl

Sude Zorg is niet gevestigd op dit adres in Haarlem en vanaf eind 2023 is de directeur-bestuurder van Wens je Zorg mw. S. Ceylan.

Het beleid gericht op het melden van incidenten is vastgelegd in een procedure waarbij het volgende wordt vermeld:

"Indien een cliënt, zorgverlener of derde een incident meemaakt doet hij/zij hiervan, zo snel mogelijk, melding bij voorkeur aan de direct betrokkene of andere betrokkene zodat direct corrigerende en/of preventieve maatregelen getroffen kunnen worden.

Betrekt hierbij, indien wenselijk, in eerste instantie ter bemiddeling de directie.

Betrekt hierbij, indien wenselijk, in tweede instantie ter bemiddeling de

klachtenopvangfunctionaris.

Betrekt hierbij, indien de melding van het incident niet tot een tevreden oplossing kan worden gebracht, vervolgens de directie.



Betrekt hierbij, indien de melding van het incident niet tot een tevreden oplossing kan worden gebracht, tot slot de onafhankelijke klachtencommissie van Wens Je Zorg."

Dit is niet overeenkomstig de wettelijke eis. Als zich een incident of calamiteit heeft voorgedaan dan dient dit gemeld te worden bij de toezichthouder Wmo (in dit geval GGD Kennemerland) en niet bij de onafhankelijke klachtencommissie zoals Wens je Zorg heeft opgenomen in het beleid.

Gesproken is over de afhandeling van klachten. Het klachtenreglement is tijdens het bezoek gezien. In het klachtenreglement staat dat Wens je Zorg is aangesloten bij Stichting Zorggeschil als de klacht niet naar tevredenheid kan worden afgehandeld en er sprake is van een geschil. Stichting Zorggeschil stelt als verplichte voorwaarde dat de aanbieder de klachtenregeling op de website moeten plaatsen. Op de website van Wens je Zorg staat geen informatie over de klachtenregeling, de afhandeling van klachten en geschillen. De aanbieder heeft niet kunnen aantonen daadwerkelijk aangesloten te zijn bij Stichting Zorggeschil.

Tijdens het onderzoek is gesproken met de aanbieder over de afhandeling van de klachten. De externe ondersteuner verklaart dat Wens je Zorg is aangesloten bij SPOT. Als de toezichthouder vraagt naar een toelichting en hoe zich dit verhoudt tot de aansluiting bij Stichting Zorggeschil, verklaart de externe ondersteuner dat SPOT en Stichting Zorggeschil hetzelfde is. Deze informatie klopt niet. SPOT is een brancheorganisatie en Stichting Zorggeschil is een geschilleninstantie.

De aanbieder heeft niet kunnen aantonen hoe invulling wordt gegeven aan cliëntparticipatie. Gevraagd is naar de wijze waarop invulling wordt gegeven aan de medezeggenschap van cliënten. Verklaard wordt dat er beleid is vastgesteld gericht op cliëntparticipatie en de medezeggenschap en afgesproken is dat deze verstuurd zal worden naar de toezichthouder. Ondanks verschillende mails met het verzoek deze aanvullende informatie aan te leveren, heeft de aanbieder het beleid niet gestuurd.

Bovenstaande voorbeelden zijn niet limitatief. De voorbeelden illustreren dat de aanbieder onvoldoende heeft kunnen aantonen passend beleid te hebben ontwikkeld.

Gebruikte bronnen:

- Interview Directeur-bestuurder (mw. S. Ceylan)
- Interview externe ondersteuning (dhr. E. Cekic)
- Website: www.wensjezorg.nl
- Documenten:
 - Functiebeschrijving Persoonlijke Begeleider (versie 1.0)
 - Doc 4513 Functiebeschrijving Persoonlijke begeleider (versie 002)
 - Opleidingsbeleid 2021-2023 (versie 1.0, datum revisie: 31-12-2022)
 - Meldcode kindermishandeling, huiselijk geweld en ouderenmishandeling (Versienummer 002 Versiedatum 01-11-2022)
 - PRO UV 004 procedure Melding Incident Zorgverlener (versienummer 002 en versiedatum 01-12-2022)
 - AVG Gegevensbeschermingseffect beoordeling (datum revisie: 31-12-2022)
 - Klachtenreglement (versie ingezien op dag van het onderzoek)
 - Informatiebrochure Wens je Zorg (ontvangen op dag van het onderzoek)



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

Dit onderwerp is inhoudelijk niet beoordeeld. Er wordt geen ambulante begeleiding geboden en de aanbieder heeft geen personeel in dienst voor het aanbod ambulante begeleiding.

Het beleid gericht op de wijze waarop de voorziening verstrekt wordt met respect en in achtneming van de rechten van de cliënt is bij andere onderdelen in het rapport beschreven en beoordeeld.

Gebruikte bronnen:

- Interview directeur (mw. S. Ceylan)
- Interview externe ondersteuning (dhr. E. Cekic)
- Website: www.wensjezorg.nl
- Documenten:
 - AVG Gegevensbeschermingseffect beoordeling
 - BEL 4508 Gedragscode zorgverleners
 - Gedragscode zorgverleners
 - Klachtenreglement (versie ingezien op dag van het onderzoek)



Gegevens voorziening

Locatiegegevens

| | |
|--------------------|--|
| Naam locatie | : Wens Je Zorg |
| Adres | : Kloosterstraat 3 |
| Postcode en plaats | : 2021 VJ Haarlem |
| Telefoonnummer | : 020-2184572 |
| Contactpersoon | : Mw. S. Ceylan |
| Kwaliteitssysteem | : HKZ Kleine Organisaties |
| E-mail/website | : www.wensjezorg.nl |

Gegevens toezichthouder (GGD)

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

Gegevens opdrachtgever (gemeente)

| | |
|--------------------|---|
| Naam gemeente | : IJmond (Heemskerk, Velsen, Beverwijk) |
| Adres | : P/A Postbus 465 |
| Postcode en plaats | : 1970 AL IJmuiden |

Planning

| | |
|----------------------------------|--------------|
| Datum onderzoek | : 23-04-2024 |
| Opstellen concept rapport | : 21-05-2024 |
| Vaststelling rapport | : 05-06-2024 |
| Verzenden rapport naar aanbieder | : 05-06-2024 |
| Verzenden rapport naar gemeente | : 05-06-2024 |



Bijlage: zienswijze

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

De aanbieder heeft geen gebruik gemaakt van de gelegenheid een zienswijze in te dienen.

