



Zorggroep Aalsmeer
Molenpad 2
1431 BZ Aalsmeer

Toezichthouder	: GGD Kennemerland
In opdracht van gemeente	: Haarlemmermeer
Datum start onderzoek	: 8 april 2025
Type onderzoek	: Proactief toezicht
Status	: Vastgesteld
Datum vaststellen rapport	: 19 mei 2025

Inhoudsopgave

Inleiding.....	3
Het onderzoek.....	5
Observaties en bevindingen	8
Gegevens voorziening.....	24
Bijlage: zienswijze	32



Inleiding

Gemeenten zijn sinds 1 januari 2015 verantwoordelijk voor de organisatie van maatschappelijke ondersteuning van personen met een beperking en personen met psychische of psychosociale problemen. Dat staat in de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo 2015). Dit betekent dat de gemeente ook verantwoordelijk is voor de kwaliteit en de continuïteit van voorzieningen voor personen met een beperking en personen met psychische of psychosociale problemen en het toezicht op de voorzieningen. Elke gemeente moet daarvoor een toezichthouder aanstellen. De toezichthouder heeft de bevoegdheden zoals bepaald in de Algemene Wet Bestuursrecht.

Rol toezichthouder en toetsingskader

De toezichthouders toetsen of voorzieningen voldoen aan de wettelijke en gemeentelijke kwaliteitseisen. Om transparant te zijn over wat de toezichthouder toetst, hanteert het Wmo-toezicht een toetsingskader. Dit is het uitgangspunt voor het toetsen van aanbieders die maatschappelijke ondersteuning bieden aan cliënten. Het toetsingskader is gebaseerd op de wet- en regelgeving, de kwaliteitskaders uit het veld, en op de richtlijnen van professionals voor verantwoorde ondersteuning.

Leeswijzer toetsingskader

Het toetsingskader bestaat uit drie thema's:

- de cliënt;
- veiligheid; en
- professionaliteit.

Elk thema is uitgewerkt in een aantal normen. Bij elke norm staat waar de toezichthouder onder andere naar kijkt om te toetsen of aan deze norm wordt voldaan. Daarbij staat ook een verwijzing naar de wettekst en een korte toelichtende tekst. Om aan een norm te voldoen, moet dit door een aanbieder aangetoond worden. Voor de leesbaarheid wordt niet bij elke norm apart opgenomen dat dit aantoonbaar moet zijn.

Het toetsingskader is algemeen geformuleerd. Afhankelijk van het type onderzoek, het soort voorziening en de doelgroep leggen toezichthouders accenten. De toezichthouder kan aanvullende gemeentelijke eisen toetsen en beschrijven.

Onderzoeksmethoden

De toezichthouders hanteren verschillende onderzoeksmethoden om informatie te verzamelen. Onderzoeksmethoden zijn bijvoorbeeld documentenonderzoek, observaties, interviews met cliënten en medewerkers, en inzage in personeels- en cliëntdossiers. De toezichthouders vormen op basis van de verzamelde informatie een oordeel. Zij leggen de beoordeling vast in een rapportage. Zo nodig wordt



samengewerkt met de toezichthouder rechtmatigheid, toezichthouders van andere regio's en/of de Inspectie Gezondheidszorg Jeugd (IGJ).

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 is GGD Kennemerland in opdracht van de gemeente Haarlemmermeer op 8 april 2025 gestart met een proactief onderzoek, uitgevoerd bij Zorggroep Aalsmeer en gericht op het onderdeel dagbesteding.

In dit onderzoek is beoordeeld of uitvoering wordt gegeven aan het beleid van de aanbieder en of de ondersteuning die geboden wordt redelijkerwijs voldoet aan de gestelde eisen.

De toezichthouder heeft twee locatiebezoeken uitgevoerd en er zijn voorwaarden in de praktijk getoetst. Daarnaast heeft er een documentenonderzoek plaatsgevonden, aangevuld met interviews met verschillende medewerkers.

Het gesprek wat heeft plaatsgevonden is gevoerd met mevr. M. Brocken-Schouten beleidsmedewerker Zorg en kwaliteit, mevr. E. Carels coördinator ontmoetingscentrum en diverse medewerkers van de locaties.

Beschouwing

Zorggroep Aalsmeer biedt: Zorg met verblijf, Thuiszorg en Dagbesteding. De dagbesteding wordt aangeboden in Aalsmeer, Kudelstaart en Rijsenhout. Er worden programma's aangeboden op vrije inloop en maatwerkprogramma's met een verwijzing.

Voor de gemeente Haarlemmermeer wordt er dagbesteding aangeboden aan 8 cliënten op de locaties Aalsmeer en Rijsenhout, in totaal 30 dagdelen per week.

Uit: bestuursverslag 2023:

"De organisatie Zorggroep Aalsmeer bestaat uit het Zorgcentrum, Thuiszorg Aalsmeer met Verpleging & Verzorging en Hulp bij de Huishouding, Ontmoetingscentra en dagbesteding bij Irene, in Rijsenhout en Kudelstaart, Wijkpunt Voor Elkaer Kudelstaart en Tafeltje Dek Je in Aalsmeer. Samen vormen deze voorzieningen een volledige keten van ouderenzorg, goed ingebed in de gemeenschap met de focus op Aalsmeer en directe omgeving.

De focus vanuit de organisatie is gericht op:

- Zorg en begeleiding aan de oudere inwoners van Aalsmeer en directe omgeving. Waarbij we in de keten van zorg streven naar een goede samenwerking.



Missie: Waar staan we voor?

- Voor onze bewoners en cliënten: welzijn en zorg in een warme en herkenbare omgeving;
- Voor onze medewerkers: zinvolle arbeid, zelfontplooiing en erkenning;
- Voor de samenleving: maatschappelijk relevant blijvende dienstverlening van hoge kwaliteit.

Visie: Waar gaan we voor?

- Ieder mens is uniek. We waarderen ieder mens met zijn of haar behoeftes, persoonlijkheid, (christelijke) levensovertuiging en achtergrond. Cliënten houden zoveel mogelijk autonomie over hun leven;
- We staan dichtbij mensen in houding en gedrag. Doordat we toegankelijk en benaderbaar zijn, sluiten we aan bij cliënten, medewerkers en de omgeving en leveren we 'gewoon goede' ouderenzorg;
- We zijn wendbaar en spelen doelbewust in op veranderingen en ontwikkelingen en kijken daarbij wat en wie nodig is. Dit doen we zonder met alle winden mee te waaien.

Kernwaarden: Wat is de basis van ons handelen?

- Omzien: de kunst van het 'zien' (om echt te zien moet je meer doen dan gewoon kijken, en daarbij je hart laten spreken) en het geven van persoonlijke aandacht.
- Compassie: Telkens weer een oprechte poging doen tot het verstaan/ begrijpen van de ander en het opzij zetten van eigen (voor)oordelen.
- Deskundigheid: met vertrouwen in het werken vanuit expertise en/of ervaring, het open staan voor feedback en toetsing door anderen.

Wat we doen, doen we goed en dit laten we zien.

- Waardevol zijn: de waarde en waardigheid van mensen (cliënten, medewerkers, vrijwilligers en anderen) vanuit het perspectief van verleden, heden en toekomst; niet om wat ze hebben of wat ze kunnen maar om wie ze zijn en betekenen en kunnen bijdragen aan de gemeenschap. “

Conclusie

De toezichthouder constateert op basis van het onderzoek dat er uitvoering wordt gegeven aan het beleid van Zorggroep Aelsmeer. Het aanbod Dagbesteding voldoet voor wat betreft de getoetste onderwerpen in voldoende mate aan de daaraan gestelde eisen.



Advies aan College van B&W

Geen handhaving.

Er zijn geen tekortkomingen vastgesteld maar er is wel een aandachtspunt als aanbeveling geformuleerd bij de bevindingen.

- Daar Zorggroep Aelsmeer drie documenten heeft inzake meldingen bij calamiteiten en incidenten is het aan te bevelen om meldingen inzake de Wmo apart te beschrijven, met de eigen route van melden naar de desbetreffende toezichthouder van de desbetreffende gemeente (dat kan per gemeente verschillend zijn). Voor de gemeente Haarlemmermeer is de toezichthouder, GGD Kennemerland. Op de website van GGD Kennemerland staat het meldingsformulier Wmo.

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



Bevindingen

1. Cliënt

Kwaliteitseisen voorzieningen

- De voorziening is doelmatig, doeltreffend en cliëntgericht. (art. 3.1, tweede lid sub a Wmo2015)
- De voorziening is afgestemd op de reële behoefte van de cliënt en andere vormen van zorg of hulp. (art. 3.1, tweede lid sub b, Wmo2015)
- De voorziening wordt verstrekt met respect voor en inachtneming van de rechten van de cliënt. (art. 3.1, tweede lid sub d, Wmo2015);
- Kwaliteitseisen in gemeentelijke verordeningen (art. 2.1.3, tweede lid, sub c. Wmo2015);

Toelichting:

De ondersteuning sluit aan bij de behoeften en ontwikkelmogelijkheden van de cliënt en is planmatig en gestructureerd. De aanbieder bespreekt, evalueert en stelt de ondersteuning regelmatig bij. De aanbieder stemt de ondersteuning af met het (in)formele netwerk van de cliënt. De cliënt heeft inspraak en kan indien nodig laagdrempelig en onafhankelijk een klacht indienen.

1.1 Doelen en dossier

Norm		
Dossier		
1.1.1	De cliënt bepaalt binnen de mogelijkheden, in samenspraak met de beroepskracht de hulpvraag en de doelen van de geboden ondersteuning.	• Doelen en gemaakte afspraken zijn concreet en inzichtelijk. • De cliënt stemt aantoonbaar in met het plan en de gemaakte afspraken.
1.1.2	Beroepskrachten werken cyclisch. Zij leggen dit hele proces inzichtelijk vast.	• De beroepskracht evalueert periodiek, samen met de cliënt, de doelen van de verleende ondersteuning en de ontwikkeling van de cliënt. • De beroepskracht stelt, waar nodig, het plan bij, in samenspraak met de cliënt en, indien van toepassing, in afstemming met het (in)formele netwerk.



Bevindingen:**1.1.1**

- Doelen en gemaakte afspraken zijn concreet en inzichtelijk. Voor de start op de dagbesteding vindt er een intakegesprek plaats met de cliënt en eventueel een mantelzorger/familielid. Samen met de cliënt worden de doelen en afspraken vastgesteld en deze worden vastgelegd in het elektronisch cliënten-dossier.
- De cliënt stemt aantoonbaar in met het plan en de gemaakte afspraken. Nadat de afspraken en doelen zijn vastgelegd stemt de cliënt hiermee in. Alle verdere evaluaties en aanpassingen worden alleen gedaan met toestemming en instemming van de cliënt.

Uit: Ontmoetingscentrum algemene procedure maatwerk: (versie 4.0)

De reden van dagbesteding is welzijnsgericht. Dit uit zich in de subdoelen, behoud van zelfstandigheid en behoud van evenwicht, behoud van kwaliteit van leven en voorkomen van een crisis, behoud/terugvinden van welbevinden, maatschappelijk betrokken blijven, ontlasten en ondersteunen van mantelzorg en overbruggen.

Het vastleggen van doelen en acties is van belang voor het bepalen van de strategie, bijvoorbeeld de groep die gekozen wordt:

In *het elektronisch cliënten dossier* worden doelen en acties als volgt verwerkt:

- Een episode krijgt de naam *ontmoetingscentrum*
- Het hoofddoel is in ieder geval dagbesteding aangevuld met het belangrijkste hoofddoel zoals hierboven beschreven, wmo of wlz, de groep die daar bij past, de dagdelen en wel/geen vervoer; *activering en mantelzorgondersteuning – Inzicht ma en woe op de fiets*
- De doelen en acties worden iets specifiekier beschreven; nuttig bezig zijn met als actie; *passende activiteit in de tuin op maandagochtend of tafeltennissen op vrijdagmiddag*

De rapportage is hierop gericht. Rapportages zijn niet standaard dagelijks maar alleen als het van belang is dat collega's hiervan weten. *Na 6 tot 12 weken is een evaluatie van de doelen in een rapportage samengevat.* Hier gaat een evaluatiegesprek met de client en eventueel diens familie aan vooraf.

De Gemeente (WMO) wil jaarlijks de doelen en bijbehorende activiteiten weten; de episode ontmoetingscentrum wordt uitgeprint, opnieuw in gescand en opgestuurd naar de WMO. Voorafgaand aan deze evaluatie is een gesprek met de cliënt.

1.1.2

- De beroepskracht evalueert periodiek, samen met de cliënt, de doelen van de verleende ondersteuning en de ontwikkeling van de cliënt. Eén maal per jaar vindt er een evaluatie plaats met de cliënt (eventueel met de mantelzorger erbij), zo nodig vaker. Dan worden doelen bijgesteld en aangepast indien dit noodzakelijk is. 6 weken na de start van de dagbesteding vindt er een eerste evaluatie plaats, indien de cliënt dan niet in een



passende groep geplaatst is kan dit worden aangepast.

- De beroepskracht stelt, waar nodig, het plan bij, in samenspraak met de cliënt en, indien van toepassing, in afstemming met het (in)formele netwerk. Dit gebeurt tijdens de evaluaties en indien nodig vaker. Elke donderdag en vrijdag hebben de medewerkers een cliëntbespreking en dan worden de belangrijke zaken en gebeurtenissen doorgenomen en afgesproken.

1.2 Rechten cliënt

Norm		
Rechten		
1.2.1	De beroepskracht bejegent de cliënt op professionele wijze.	• De beroepskrachten bejegenen de cliënt respectvol en correct. • De beroepskrachten gedragen zich volgens de interne afspraken over bejegening richting cliënten.
1.2.2	De cliënt heeft medezeggenschap.	• De aanbieder heeft een vorm van medezeggenschap waarin voorgenomen besluiten die belangrijk zijn voor de cliënten, aan cliënten worden voorgelegd. • De aanbieder brengt cliënten en beroepskrachten aantoonbaar op de hoogte van de regelingen voor medezeggenschap. • De aanbieder motiveert cliënten aantoonbaar om van de inspraakmogelijkheid gebruik te maken. • De aanbieder onderzoekt periodiek of cliënten tevreden zijn over de ondersteuning en over de kwaliteit van de organisatie. De aanbieder brengt zo nodig verbeteringen aan.



1.2.3	De aanbieder beschikt over een klachtenregeling.	- De aanbieder heeft een toegankelijke klachtenprocedure die onafhankelijke behandeling van klachten garandeert. - De aanbieder informeert de cliënten over de klachtenregeling. - De aanbieder borgt dat er een tijdige en passende afhandeling van klachten van cliënten plaatsvindt. - De aanbieder brengt zo nodig verbeteringen aan naar aanleiding van de ingediende klachten.
1.2.4	De aanbieder borgt de privacy van de cliënt.	- De aanbieder beschikt over een privacy beleid conform wet- en regelgeving en past dit toe. - De aanbieder en de beroepskrachten delen informatie over de cliënt, als daar toestemming voor vereist is, alleen na toestemming van de cliënt.

Bevindingen:
1.2.1

- De beroepskrachten bejegenen de cliënt respectvol en correct.
- De beroepskrachten gedragen zich volgens de interne afspraken over bejegening richting cliënten.

Tijdens de observatie op de twee locaties dagbesteding is goed te zien dat de beroepskrachten respectvol met de cliënten omgaan. Er is tijd voor een praatje aan de koffietafel en worden grapjes gemaakt, beroepskrachten kennen de cliënten bij naam en bieden een troostende arm om de schouder indien nodig. Er is een gedragscode opgesteld (Gedragscode voor alle (on)betalde medewerkers in de organisatie, versie 3.0), waarin beschreven staat hoe de omgang met elkaar is, welke afspraken en regels er zijn en wat je moet doen bij ongewenst gedrag.

1.2.2

- De aanbieder heeft een vorm van medezeggenschap waarin voorgenomen besluiten die belangrijk zijn voor de cliënten, aan cliënten worden voorgelegd.
- De aanbieder brengt cliënten en beroepskrachten aantoonbaar op de hoogte van de regelingen voor medezeggenschap.
- De aanbieder motiveert cliënten aantoonbaar om van de inspraakmogelijkheid gebruik te maken.
- De aanbieder onderzoekt periodiek of cliënten tevreden zijn over de ondersteuning en over de kwaliteit van de organisatie. De aanbieder brengt zo nodig verbeteringen aan.

Er is een cliëntenraad aanwezig met ongeveer 5 leden. Deze wordt meer vanuit het woon-zorgcentrum benut. Vanuit de dagbesteding wordt er geen gebruik gemaakt van deelname aan



de cliëntenraad. Dit kan ook meer gepromoot worden op de locaties dagbesteding. Er is wel een centrumoverleg op groepsniveau, dit vindt elke 3 maanden plaats (is het streven). Tijdens dit overleg kunnen de cliënten aangeven hoe het gaat, wat er fijn is en wat er beter kan.

1.2.3

- De aanbieder heeft een toegankelijke klachtenprocedure die onafhankelijke behandeling van klachten garandeert.
- De aanbieder informeert de cliënten over de klachtenregeling.
- De aanbieder borgt dat er een tijdige en passende afhandeling van klachten van cliënten plaatsvindt.
- De aanbieder brengt zo nodig verbeteringen aan naar aanleiding van de ingediende klachten.

Zorggroep Aelsmeer heeft een klachtenregeling voor de cliënten. Zij zijn aangesloten bij Facid, zij vervullen de functie van klachtenfunctionaris en maken jaarlijks een klachtenjaarverslag. Een klacht kan worden ingediend bij de externe klachtenfunctionaris of de Raad van Bestuur. De klachtenregeling wordt bij de intake bekend gemaakt bij de cliënten. Vaak is het zo dat uitingen van ongenoegen en kleine klachten eerst bij de groepsleiding worden neergelegd.

1.2.4

- De aanbieder beschikt over een privacy beleid conform wet- en regelgeving en past dit toe.
- De aanbieder en de beroepskrachten delen informatie over de cliënt, als daar toestemming voor vereist is, alleen na toestemming van de cliënt.

De aanbieder beschikt over het document "AVG Privacyverklaring en beleid" (versie 8.0). Dit beleid voldoet aan de eisen die hieraan gesteld worden. Indien er informatie over de cliënt gedeeld moet worden (bijvoorbeeld met een familielid) dan gebeurt dit alleen met toestemming van de cliënt.



1.3 Ondersteuning in de praktijk

Norm		
Ondersteuning		
1.3.1	De cliënt ontvangt ondersteuning die aansluit bij wensen, mogelijkheden en ondersteuningsbehoefte.	- De beroepskracht kent de cliënt, zijn wensen, mogelijkheden en behoeften. - De beroepskracht heeft een actueel beeld van de context van de cliënt zoals: achtergrond, cultuur, leefwereld, gezondheid, problematiek en het gewenste toekomstperspectief. - De beroepskracht verleent ondersteuning zoals afgesproken is met de cliënt.
1.3.2	Er is continuïteit in de verleende ondersteuning.	- De cliënt weet wie zijn ondersteuning coördineert en welke beroepskracht verantwoordelijk is voor welk onderdeel van de ondersteuning. - De cliënt ontvangt ondersteuning van één of meerdere vaste beroepskracht(en). - De cliënt weet hoe en wanneer hij de beroepskracht kan bereiken. - De cliënt ontvangt passende vervanging bij afwezigheid van de beroepskracht.
1.3.3	De aanbieder en de beroepskrachten stimuleren de zelfredzaamheid en participatie van de cliënt.	- De ondersteuning sluit aan bij de mogelijkheden en ondersteuningsbehoeften van de cliënt. - De cliënt ervaart en behoudt zo veel mogelijk eigen regie over zijn leven en de ondersteuning. - De aanbieder en beroepskrachten stimuleren de cliënt om zijn zelfredzaamheid te behouden en te vergroten.

Bevindingen:

1.3.1

- De beroepskracht kent de cliënt, zijn wensen, mogelijkheden en behoeften.
- De beroepskracht heeft een actueel beeld van de context van de cliënt zoals: achtergrond, cultuur, leefwereld, gezondheid, problematiek en het gewenste toekomstperspectief.



- De beroepskracht verleent ondersteuning zoals afgesproken is met de cliënt.

De beroepskrachten hebben toegang tot die cliëntendossiers van de cliënten die in hun groep verblijven. In de dossiers staan de bijzonderheden van de cliënten vermeld. Tijdens de observatie op de groep vroeg de toezichthouder aan de beroepskracht of hij wist wat de (medische) achtergrond van de cliënten was. Hij gaf aan met een voorbeeld dat één vrouw aan afasie leed en schetste ook het ziektebeeld en het gedrag wat bij haar hoort. Ook gaf hij aan dat ze de benadering naar de cliënt toe hierop afstemmen. Tijdens de sport- en beweegactiviteit was één van de cliënten veelvuldig aan het mopperen. De beroepskracht gaf bij de toezichthouder aan dat dit gedrag bij deze cliënt past en dat zij dit regelmatig zo doet en dat de beroepskrachten weten hoe zij hiermee om moeten gaan. De aangeboden ondersteuning is duidelijk verschillend bij de cliënten in de groep, de cliënten die nog zelfstandiger zijn worden bijvoorbeeld minder geholpen met opstaan en zitten gaan dan cliënten die minder mobiel zijn.

1.3.2

- De cliënt weet wie zijn ondersteuning coördineert en welke beroepskracht verantwoordelijk is voor welk onderdeel van de ondersteuning.
- De cliënt ontvangt ondersteuning van één of meerdere vaste beroepskracht(en).
- De cliënt weet hoe en wanneer hij de beroepskracht kan bereiken.
- De cliënt ontvangt passende vervanging bij afwezigheid van de beroepskracht.

De cliënt maakt deel uit van een groep, bij elke groep zijn vaste medewerkers geplaatst en de cliënt weet welke vaste medewerkers bij zijn/haar groep horen. Elke dag dat de cliënt naar de dagbesteding gaat wordt hij/zij naar de groep gebracht en welkom geheten door de vaste medewerkers. In geval van ziekte/vakantie zijn er invallers beschikbaar. In het document "Ontmoetingscentrum algemene procedure maatwerk" staat beschreven hoe de inzet bij ziekte/vakantie/afwezigheid minimaal moet zijn om verantwoorde zorg te bieden. Per locatie kan dit anders afgesproken zijn. Afwezigheid van vaste beroepskrachten is altijd een risico en wordt als een risicosituatie beschreven in het document.

1.3.3

- De ondersteuning sluit aan bij de mogelijkheden en ondersteuningsbehoeften van de cliënt.
- De cliënt ervaart en behoudt zo veel mogelijk eigen regie over zijn leven en de ondersteuning.
- De aanbieder en beroepskrachten stimuleren de cliënt om zijn zelfredzaamheid te behouden en te vergroten.

Er zijn verschillende soorten groepen dagbesteding, in Aalsmeer zijn dat er vier; groep Inzicht (vijf dagen), groep Dagsoos (vijf dagen), groep D2 (vier dagen) en groep 8erom



(twee dagen). De groep Dagsoos is gericht op overbrugging en zo nodig het overnemen van zorgtaken. Op alle andere groepen worden zorgtaken ondersteund en niet overgenomen (denk aan het innemen van medicatie, toiletbezoek etc).

In Rijsenhout is er één groep aanwezig voor één dag in de week. Ook zijn er inloopgroepen aanwezig waarvoor geen indicatie nodig is. Voor elke groep zijn verschillende inclusiecriteria en uitsluitingscriteria vastgesteld. Samen met de cliënt wordt bij de intake bekeken op welke groep er plaats is en op welke groep de cliënt zich prettig zou voelen. Er zijn groepen die groepsgericht bezig gaan, maar ook groepen waar men zich richt op het individu binnen de groep. De diagnose van alle deelnemers is beginnende of matige dementie.

Deze manier van plaatsen en het aanbieden van verschillende groepen sluit aan bij de mogelijkheden en ondersteuningsbehoeften van de cliënten. Het aanbod binnen de groep is erop gericht om de cliënt te stimuleren zelfredzaam te blijven en de zelfredzaamheid te vergroten.

1.4 Afstemming met (in)formele netwerk

Norm		
Afstemming		
1.4.1	Interne afstemming De beroepskrachten stemmen onderling af over de ondersteuning van de cliënt.	• Beroepskrachten stemmen met elkaar af over de situatie en ontwikkeling van de cliënt en de te leveren ondersteuning. • Alle betrokken beroepskrachten informeren elkaar over bijzonderheden in de situatie en ontwikkeling van de cliënt. • Er zijn overleggen om casuïstiek met elkaar te bespreken.



1.4.2	Externe afstemming met formele netwerk: De beroepskrachten stemmen de ondersteuning aan de cliënt af op andere vormen van geboden hulp of zorg.	• De beroepskracht kent het formele netwerk van de cliënt en stemt met externe professionals af. Afspraken zijn vastgelegd. • De beroepskracht maakt afspraken met de cliënt over de afstemming met andere professionals. Hij heeft de afspraken met de cliënt hierover vastgelegd. • De beroepskracht heeft -indien nodig- afspraken met andere professionals gemaakt over regievoering'. Hij heeft de afspraken over de invulling vastgelegd.
1.4.3	Afstemming met het informele netwerk: Het netwerk van de cliënt wordt betrokken, ondersteund en actief benut.	• De beroepskracht en de cliënt onderzoeken de mogelijkheden van het inzetten van het informele netwerk. Zij houden hierbij rekening met de belastbaarheid en de (on)mogelijkheden van dit netwerk. • Afspraken zijn vastgelegd.

Bevindingen:
1.4.1

- Beroepskrachten stemmen met elkaar af over de situatie en ontwikkeling van de cliënt en de te leveren ondersteuning.
- Alle betrokken beroepskrachten informeren elkaar over bijzonderheden in de situatie en ontwikkeling van de cliënt.
- Er zijn overleggen om casuïstiek met elkaar te bespreken.

Er is overleg tussen de beroepskrachten, elke donderdag en vrijdag zijn er cliëntbesprekingen met het hele team.

Uit: Ontmoetingscentrum algemene procedure maatwerk (versie 4.0)

Cliënten zijn gemiddeld 1 tot 5 jaar bij het ontmoetingscentrum. Het team ervaart, communiceert en stelt bij. De tevredenheid/het welbevinden van de client is het uitgangspunt. Wordt opgemerkt dat er sprake is van een neerwaartse spiraal, wordt dit onderzocht met de client en / of in het team door de casus te bespreken. 2 ochtenden per week (donderdag en vrijdag) worden casussen besproken waarbij het gaat om een jaarlijks terugkomende evaluatie, een verzoek vanuit de familie of een neerwaartse spiraal. Alle teamleden hebben een meedenkende / vragende rol. Acties komen voort uit deze besprekingen. Om crisis te voorkomen hoeft niet gewacht te worden tot donderdag of vrijdag



maar is elke dag in de ochtend een moment om een casus in te brengen.

1.4.2

- De beroepskracht kent het formele netwerk van de cliënt en stemt met externe professionals af. Afspraken zijn vastgelegd.
- De beroepskracht maakt afspraken met de cliënt over de afstemming met andere professionals. Hij heeft de afspraken met de cliënt hierover vastgelegd.
- De beroepskracht heeft -indien nodig- afspraken met andere professionals gemaakt over regievoering'. Hij heeft de afspraken over de invulling vastgelegd.

De beroepskracht heeft, indien noodzakelijk, contact met het netwerk van de cliënt. Afspraken hieromtrent zijn vastgelegd in het digitale dossier van de cliënt. Afspraken met andere professionals zijn niet veel voorkomend, de cliënt bezoekt de dagbesteding en de afspraken met andere professionals (wijkzorg, huisarts etc) gebeuren naast de dagbesteding.

1.4.3

- De beroepskracht en de cliënt onderzoeken de mogelijkheden van het inzetten van het informele netwerk. Zij houden hierbij rekening met de belastbaarheid en de (on)mogelijkheden van dit netwerk.
- Afspraken zijn vastgelegd.

Afspraken met het informele netwerk zijn vastgelegd in het digitale dossier.

Uit: Ontmoetingscentrum algemene procedure maatwerk (versie 4.0)

De organisatie kiest voor ONS en Caren zorgt. Caren zorgt gaat over zorg. Omdat de ondersteuning vanuit het ontmoetingscentrum ook in een persoonlijk ECD in ONS staat zal de client of familie de rapportage van de begeleiders ook in kunnen zien. De ervaring leert dat de client gebaat is bij een gesprek over zijn of haar ondersteuningsbehoeften en dat de elektronische vastlegging niet meer tot de mogelijkheden behoort of tot verwarring leidt. De client mag zelf beslissen of Caren zorgt geactiveerd wordt. De rapportages van de begeleiders zijn alleen indien het belangrijk is om te delen en alleen als het van toepassing is op de voortgang van de ondersteuning. De voorkeur wordt gegeven aan persoonlijk (familie) contact.



Gebruikte bronnen:

- Interviews met:
 - mevr. M. Brocken-Schouten beleidsmedewerker Zorg en kwaliteit, mevr. E. Carels coördinator ontmoetingscentrum
 - diverse medewerkers van de locaties
- Documenten:
 - Ontmoetingscentrum algemene procedure maatwerk: (versie 4.0)
 - AVG Privacyverklaring en -beleid (versie 8.0).
 - Gedragscode voor alle (on)betaalde medewerkers van de organisatie (versie 3.0)
 - Klachtenregeling cliënten (versie 10.0)
 - Jaarverslag KF 2024 Zorggroep Aelsmeer
 - Overzicht Wmo Haarlemmermeer
 - RP24037 Verkort rapport PREM in eigen hand Wijkverpleging 2024 Zorggroep Aelsmeer
 - Kwaliteitsborging (versie 15.0)
- Website: www.zg-aelsmeer.nl
- Visuele observatie, locatie Irene te Aalsmeer en locatie Rijsenhout



2. Veiligheid

Veiligheid algemeen

- De voorziening is veilig. (art. 3.1, tweede lid sub a, Wmo)

Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling (artikel 3.3 Wmo2015)

- lid 1: De aanbieder, niet zijnde een aanbieder die hulpmiddelen of woningaanpassingen levert, stelt een meldcode vast waarin stapsgewijs wordt aangegeven hoe met signalen van huiselijk geweld of kindermishandeling wordt omgegaan en die er redelijkerwijs aan bijdraagt dat zo snel en adequaat mogelijk hulp kan worden geboden.
- lid 2: De aanbieder bevordert de kennis en het gebruik van de meldcode.
- lid 3: Bij of krachtens algemene maatregel van bestuur wordt vastgesteld uit welke elementen een meldcode in ieder geval bestaat.
- Artikel 7.2 Uitvoeringsbesluit Wmo 2015: Na inwerkingtreding van de wet berust het Besluit verplichte meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling op artikel 3.3, derde lid van de wet.

Meldplicht calamiteiten en geweldsincidenten (artikel 3.4 Wmo2015)

- Lid 1: De aanbieder doet bij de toezichthoudende ambtenaar, bedoeld in artikel 6.1, onverwijld melding van:
 - Iedere calamiteit die bij de verstrekking van een voorziening heeft plaatsgevonden;
 - Geweld bij de verstrekking van een voorziening.
- Lid 2: De aanbieder en de beroepskrachten die voor hem werkzaam zijn, verstrekken bij en naar aanleiding van een melding als bedoeld in het eerste lid aan de toezichthoudende ambtenaar de gegevens, daaronder begrepen persoonsgegevens, gegevens over gezondheid en andere bijzondere categorieën van persoonsgegevens en persoonsgegevens van strafrechtelijke aard, voor zover deze voor het onderzoeken van de melding noodzakelijk zijn.

Toelichting:

De aanbieder zorgt ervoor dat de ondersteuning veilig is. De aanbieder brengt veiligheidsrisico's samen met de cliënt in kaart en neemt maatregelen om de risico's te beperken. De aanbieder leert van incidenten en meldt calamiteiten- en geweldsincidenten bij de toezichthouder. De aanbieder stelt beleid over veiligheid vast en voert dit uit in de praktijk.

De begrippen "calamiteit" en "geweld bij de verstrekking van een voorziening" zijn gedefinieerd in artikel 1.1.1 lid 1 Wmo 2015.



2.1 Omgaan met risico's cliënt

Norm		
Risico's cliënt		
2.1.1	De beroepskracht is zich bewust van de veiligheidsrisico's van cliënt.	• De beroepskracht brengt samen met de cliënt en diens formele netwerk periodiek de veiligheidsrisico's voor cliënt in kaart en legt deze vast. • De beroepskracht neemt samen met de cliënt maatregelen om de veiligheidsrisico's waar mogelijk te verkleinen of uit te sluiten en legt deze vast. • De beroepskracht treedt bij acute onveiligheid op.

Bevindingen:	
2.1.1	• De beroepskracht brengt samen met de cliënt en diens formele netwerk periodiek de veiligheidsrisico's voor cliënt in kaart en legt deze vast. • De beroepskracht neemt samen met de cliënt maatregelen om de veiligheidsrisico's waar mogelijk te verkleinen of uit te sluiten en legt deze vast. • De beroepskracht treedt bij acute onveiligheid op. De geboden zorg vindt plaats op de locatie van de aanbieder. Op de locatie heeft de aanbieder de veiligheidsrisico's in kaart gebracht. Medicatie doet de cliënt zelf, de beroepskrachten zijn (in principe) niet BIG geregistreerd. Bij acute onveiligheid weet de beroepskracht wat te doen, er zijn afspraken over EHBO en BHV en indien van toepassing wordt 112 gebeld.



2.2 Veiligheidsbeleid

Norm		
Veiligheidsbeleid		
2.2.1	De aanbieder borgt de veiligheid van de cliënten en beroepskrachten.	- De aanbieder voorziet in geïmplementeerd veiligheidsbeleid. - De aanbieder beschikt over protocollen en richtlijnen met betrekking tot de veiligheid van cliënten en beroepskrachten. - De protocollen en richtlijnen zijn passend bij de doelgroep van de aanbieder. - De beroepskrachten kennen deze protocollen en handelen er naar.
2.2.2	De aanbieder stelt een Meldcode Huiselijk Geweld en Kindermishandeling vast en past deze toe in de praktijk.	- De aanbieder heeft een op de voorziening afgestemde Meldcode vastgesteld die voldoet aan het Besluit verplichte meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling. - De aanbieder bevordert de kennis en het gebruik van de meldcode - De beroepskrachten zijn op de hoogte van de Meldcode en passen deze toe.
2.2.3	De aanbieder leert van incidenten.	- De aanbieder hanteert een passende werkwijze voor het melden en leren van incidenten. - De aanbieder draagt zorg voor een veilige leercultuur binnen de organisatie. - De aanbieder neemt zo nodig verbetermaatregelen naar aanleiding van incidenten. - De aanbieder meldt calamiteiten en geweldsincidenten tijdig bij de toezichthouder.

Bevindingen:

2.2.1

- De aanbieder voorziet in geïmplementeerd veiligheidsbeleid.
- De aanbieder beschikt over protocollen en richtlijnen met betrekking tot de veiligheid van cliënten en beroepskrachten.
- De protocollen en richtlijnen zijn passend bij de doelgroep van de aanbieder.
- De beroepskrachten kennen deze protocollen en handelen er naar.



Er zijn richtlijnen en protocollen opgesteld inzake de veiligheid van de cliënten. In het protocol “procedure bij calamiteiten” staat beschreven wat te doen bij:

- Het verlaten van het gebouw door de deelnemer (zonder overleg en medeweten van de begeleiding)
- Ziekte
- Verwondingen
- Flauw vallen, shock, val
- Ontruiming

Er is een “agressieprotocol” en een “protocol omgaan met probleemgedrag of onbegrepen gedrag bij cliënten”.

De Arbo commissie komt drie maal per jaar langs op de locaties en brengt de situatie in beeld.

2.2.2

- De aanbieder heeft een op de voorziening afgestemde Meldcode vastgesteld die voldoet aan het Besluit verplichte meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling.
- De aanbieder bevordert de kennis en het gebruik van de meldcode
- De beroepskrachten zijn op de hoogte van de Meldcode en passen deze toe.

Zorggroep Aelsmeer beschikt over een meldcode huiselijk geweld. De beroepskrachten worden geïnformeerd over de procedures en weten deze te vertellen.

2.2.3

- De aanbieder hanteert een passende werkwijze voor het melden en leren van incidenten.
- De aanbieder draagt zorg voor een veilige leercultuur binnen de organisatie.
- De aanbieder neemt zo nodig verbetermaatregelen naar aanleiding van incidenten.
- De aanbieder meldt calamiteiten en geweldsincidenten tijdig bij de toezichthouder.

Er is een “procedure bij calamiteiten” hierin staat:

Extra meldprocedure bij calamiteiten in de zin van de WMO

Ingeval van een calamiteit in de zin van de WMO zoals beschreven in het bestek van de desbetreffende Gemeente wordt de directeur-bestuurder direct ingelicht. Hij of zij zal: Nagaan wat de exacte eisen van het bestek van de desbetreffende gemeente (op grond van het inwonerschap van de gedupeerde) zijn.

Binnen de gestelde termijnen en op de voorgeschreven wijze hiervan melding (laten) doen aan de desbetreffende toezichthouder en gemeente.

Ten aanzien van de contacten die hier met de toezichthouder en of gemeente uit voortvloeien is de directeur-bestuurder de eerst aangewezen.

Er is een “meldingsformulier calamiteit IGJ/WKKGZ”, deze is niet van toepassing op de Wmo, daar de IGJ niet de desbetreffende toezichthouder is.



Er is een document “melding incidenten cliënten (MIC) stroomschema en werkwijze”. Dit betreft de beschrijving van de MIC meldingen in ONS. In dit document wordt aangegeven dat MIC meldingen moeten worden doorgegeven aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGJ). Met een bijgevoegd meldingsformulier. Echter meldingen inzake de Wmo moeten met het meldingsformulier wat te vinden is op de website van de GGD aan de GGD worden gemeld.

De toezichthouder heeft de link naar het meldingsformulier doorgemailed, welke op de website van GGD Kennemerland staat. Daar er nu drie documenten zijn inzake meldingen bij calamiteiten en incidenten is het aan te bevelen om meldingen inzake de Wmo apart te beschrijven, met de eigen route van melden naar de desbetreffende toezichthouder van de desbetreffende gemeente (dat kan per gemeente verschillend zijn).

2.3 Veilige omgeving

Norm		
Veilige omgeving		
2.3.1	De aanbieder biedt een veilige, schone, passende en leefbare (woon)omgeving.	Dit betekent in ieder geval dat: • De (woon)voorziening is voorzien van brand(preventie)middelen. • Bedrijfshulpverlening/ EHBO in de voorziening is geborgd. • Alle ruimtes die in gebruik zijn schoon zijn. • Er huisregels zijn opgesteld en gecommuniceerd met cliënten en beroepskrachten. • De ruimte is ingericht op de ondersteuning die wordt geboden aan de cliënt. • De aanbieder zorgt voor een veilige omgeving indien verschillende doelgroepen op één locatie worden opgevangen.

Bevindingen:

2.3.1

- De (woon)voorziening is voorzien van brand(preventie)middelen.
- Bedrijfshulpverlening/ EHBO in de voorziening is geborgd.
- Alle ruimtes die in gebruik zijn schoon zijn.
- Er huisregels zijn opgesteld en gecommuniceerd met cliënten en beroepskrachten.
- De ruimte is ingericht op de ondersteuning die wordt geboden aan de cliënt.



- De aanbieder zorgt voor een veilige omgeving indien verschillende doelgroepen op één locatie worden opgevangen.

De locaties dagbesteding zijn voorzien van brandblusmiddelen, ook is er EHBO en BHV geregeld. De ruimtes zoals de entree, de groepsruimten, de keuken, toiletgroepen zijn zichtbaar schoon.

De groepsruimten zijn ingericht met een grote groepstafel, waar de cliënten aan kunnen zitten. Daaraan wordt gegeten en gedronken, het nieuws gekeken, een activiteit of spelletje gedaan. Er is een grote zaal aanwezig waar bewogen kan worden, al dan niet op een stoel.

Gebruikte bronnen:

- Interviews met
 - mevr. M. Brocken-Schouten beleidsmedewerker Zorg en kwaliteit, mevr. E. Carels coördinator ontmoetingscentrum
 - diverse medewerkers van de locaties
- Documenten:
 - Meldingen Incidenten Cliënten (MIC) stroomschema en werkwijze (versie 13.0)
 - Meldingsformulier calamiteit IGJ/WKKGZ
 - Procedure bij calamiteiten (versie 2.0)
 - Kwaliteitsborging (versie 2.0)
 - Meldcode huiselijk geweld (versie 13.0)
 - Agressieprotocol (versie 10.0)
 - Protocol omgaan met probleemgedrag of onbegrepen gedrag bij cliënten (versie 2.0)
- Website: www.zg-aelsmeer.nl
- Visuele observatie, locatie Irene te Aalsmeer en locatie Rijsenhout



3. Professionaliteit

Wmo 2015:

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

Toelichting:

De cliënt ontvangt ondersteuning van gekwalificeerde beroepskrachten die in bezit zijn van een Verklaring Omtrent het Gedrag. De beroepskrachten ontvangen bijscholing gericht op het werk dat zij uitvoeren. De aanbieder stelt kwaliteitsbeleid vast, houdt dit actueel en faciliteert beroepskrachten bij de uitvoering hiervan.

3.1 Personeel¹

Norm		
Personeel		
3.1.1	De beroepskracht is vakbekwaam en gekwalificeerd.	• De beroepskracht is passend opgeleid, middels erkend diploma of certificaat en conform brancheafspraken. • De beroepskracht heeft een duidelijk takenpakket, dat past bij de eigen bekwaamheid en bij de ondersteuningsbehoefte van de cliënt. • De aanbieder zorgt dat er voldoende deskundige beroepskrachten zijn, afgestemd op de cliënt en de ondersteuningsbehoefte.
3.1.2	De aanbieder stimuleert en ondersteunt de beroepskrachten en bevordert hun ontwikkeling.	• De aanbieder zorgt voor bijscholing die is afgestemd op de doelgroep en de werkzaamheden. • Binnen de organisatie zijn voldoende mogelijkheden voor beroepskrachten om periodiek te reflecteren op hun werkzaamheden.

¹ Wanneer de aanbieder met onderaannemers of ZZP'ers werkt, gelden de eisen ook voor de onderaannemers en ZZP'ers.



3.1.3	Beroepskrachten en vrijwilligers beschikken over een passende VOG.	- De aanbieder beschikt over de VOG's van een aanbieder die werkt als solistisch natuurlijk persoon, beroepskrachten, vrijwilligers die direct contact hebben met cliënten, en andere personen die beroepsmatig contact kunnen hebben met cliënten. - De VOG is niet ouder dan 3 maanden, op het moment dat de beroepskracht of vrijwilliger voor de aanbieder is gaan werken.
3.1.4	De aanbieder zorgt voor verantwoorde inzet en begeleiding van vrijwilligers, stagiaires en ervaringsdeskundigen zonder kwalificatie.	- Aanbieder heeft beleid voor een verantwoorde inzet van vrijwilligers en overig niet-gekwaliceerd medewerkers. - Inzet van niet-gekwaliceerde beroepskrachten vindt plaats onder de verantwoordelijkheid van een gekwaliceerde beroepskracht. De inzet is altijd in redelijke verhouding met de professionele inzet, afgestemd op de doelgroep en de ondersteuningsbehoefte. - Vrijwilligers en overig niet-gekwaliceerde medewerkers zijn op de hoogte van de voor hun taak relevante binnen de organisatie geldende procedures en richtlijnen.

Bevindingen:
3.1.1

- De beroepskracht is passend opgeleid, middels erkend diploma of certificaat en conform brancheafspraken.
- De beroepskracht heeft een duidelijk takenpakket, dat past bij de eigen bekwaamheid en bij de ondersteuningsbehoefte van de cliënt.
- De aanbieder zorgt dat er voldoende deskundige beroepskrachten zijn, afgestemd op de cliënt en de ondersteuningsbehoefte.

De beroepskrachten van de dagbesteding hebben een opleiding op MBO-4 niveau, een HBO opleiding, zoals social work of sport en bewegen. Ook zijn er beroepskrachten aanwezig die in opleiding zijn en onder begeleiding van een gediplomeerde beroepskracht meewerken op de groep.

Er is een taak-functie-omschrijving "begeleider ontmoetingscentrum" en "assistent begeleider ontmoetingscentrum", tevens is er een taak-functie-beschrijving van de coördinator aanwezig "coördinator ontmoetingscentrum".



Er is vastgesteld hoeveel begeleiders en/of assistent begeleiders er per groep aanwezig moeten zijn om verantwoorde opvang aan te bieden. Dit staat beschreven in “ontmoetingscentrum in- en uitsluitingscriteria”. Dit kan per groep verschillen, daar e problematiek van de doelgroep en het aantal deelnemers per groep verschillend is.

3.1.2

- De aanbieder zorgt voor bijscholing die is afgestemd op de doelgroep en de werkzaamheden.
- Binnen de organisatie zijn voldoende mogelijkheden voor beroepskrachten om periodiek te reflecteren op hun werkzaamheden.

In het “scholingsjaarplan 2025” staat beschreven welke bijscholingen de medewerkers kunnen volgen. Er zijn vier bijeenkomsten per jaar voor de medewerkers van de dagbesteding, waarbij er twee verplicht moeten worden bijgewoond (meer mag). In deze bijeenkomsten wordt gerichte vakkennis gedeeld, zoals omgaan met dementie.

3.1.3

- De aanbieder beschikt over de VOG’s van een aanbieder die werkt als solistisch natuurlijk persoon, beroepskrachten, vrijwilligers die direct contact hebben met cliënten, en andere personen die beroepsmatig contact kunnen hebben met cliënten.
- De VOG is niet ouder dan 3 maanden, op het moment dat de beroepskracht of vrijwilliger voor de aanbieder is gaan werken.

Elke medewerker en vrijwilliger overlegt een VOG die niet ouder is dan 3 maanden. Deze VOG moet binnen 1 maand na indiensttreding worden overlegd.

3.1.4

- Aanbieder heeft beleid voor een verantwoorde inzet van vrijwilligers en overig niet-gekwalificeerd medewerkers.
- Inzet van niet-gekwalificeerde beroepskrachten vindt plaats onder de verantwoordelijkheid van een gekwalificeerde beroepskracht. De inzet is altijd in redelijke verhouding met de professionele inzet, afgestemd op de doelgroep en de ondersteuningsbehoefte.
- Vrijwilligers en overig niet-gekwalificeerde medewerkers zijn op de hoogte van de voor hun taak relevante binnen de organisatie geldende procedures en richtlijnen.

Zorggroep Aelsmeer werkt met chauffeurs (vrijwilligers), deze mogen pas worden ingezet als er bij hen een rijtoets is afgenomen. Deze rijtoets wordt door de aanbieder aangeboden en afgenomen door een specialistisch bedrijf. Voor de chauffeurs is er ook twee maal per jaar een chauffeursoverleg.

De vrijwilligers op de groep werken altijd onder begeleiding en verantwoordelijkheid van de



aanwezige beroepskrachten.

3.2 Kwaliteitsbeleid

Norm		
Kwaliteitsbeleid		
3.2.1	De aanbieder borgt en bewaakt systematisch de kwaliteit van de ondersteuning.	- De aanbieder heeft actueel beleid, passend bij de doelgroep en evalueert en stelt het bij op regelmatige basis. - De aanbieder borgt en bewaakt systematisch de kwaliteit van de ondersteuning. - De aanbieder schept voorwaarden voor een cultuur gericht op leren en verbeteren.
3.2.2	De aanbieder draagt zorg voor samenwerking intern en met andere organisaties	- De aanbieder draagt aantoonbaar zorg voor een verdeling van taken en verantwoordelijkheden. - De aanbieder werkt op organisatieniveau samen met andere organisaties.

Bevindingen:

3.2.1

- De aanbieder heeft actueel beleid, passend bij de doelgroep en evalueert en stelt het bij op regelmatige basis.
- De aanbieder borgt en bewaakt systematisch de kwaliteit van de ondersteuning.
- De aanbieder schept voorwaarden voor een cultuur gericht op leren en verbeteren.

Zorggroep Aelsmeer is in het bezit van een ISO 9001: 2015 certificaat. Het certificaat is geldig voor de scope: verpleging, dagbesteding, thuiszorg en hulp in de huishouding. Het huidige certificaat is geldig tot 13 oktober 2026.

Daarnaast beschikt de zorggroep over een eigen kwaliteitssysteem en een directie-beoordeling. In het document: Kwaliteitsmanagementsysteem, kwaliteitshandboek en documentbeheersing staat de werkwijze omschreven.

In het bestuursverslag (Bestuursverslag 2023 Zorggroep Aelsmeer, versie 17 juni 2024) staat de verantwoording beschreven van de Zorggroep. Hiermee wordt de geboden zorg verantwoord en bewaakt.

De conclusie in het verslag is:



Conclusie

Het kwaliteitsmanagementsysteem draagt bij om als lerende organisatie te blijven ontwikkelen en verbeteren. Er blijven altijd mogelijkheden om op basis van evaluatie en reflectie het werkproces en tevredenheid te verbeteren. Terugkijkend op 2023 zien we een organisatie die zich hiervan bewust is en ook veel resultaten weet te behalen om goede zorg en begeleiding te bieden en borgen.

Er is een Raad van Toezicht aanwezig die structureel overleg heeft met de bestuurder.

3.2.2

- De aanbieder draagt aantoonbaar zorg voor een verdeling van taken en verantwoordelijkheden.
- De aanbieder werkt op organisatieniveau samen met andere organisaties.

De verdeling van taken en werkzaamheden zijn in eerste instantie uitgewerkt in functies in het Organogram. Deze functies zijn verder uitgewerkt en uitgeschreven in functiebeschrijvingen. In deze functiebeschrijvingen zijn taken en verantwoordelijkheden beschreven.

Zorggroep Aelsmeer heeft een samenwerkingsverband met andere VVT organisaties in de regio, waaronder PCSOH en ZC Meerlanden.

Gebruikte bronnen:

- Interviews met
 - mevr. M. Brocken-Schouten beleidsmedewerker Zorg en kwaliteit, mevr. E. Carels coördinator ontmoetingscentrum
 - diverse medewerkers van de locaties
- Documenten:
 - taak-functie-omschrijving “begeleider ontmoetingscentrum”
 - taak-functie-omschrijving “assistent begeleider ontmoetingscentrum”
 - taak-functie-beschrijving “coördinator ontmoetingscentrum”
 - scholingsjaarplan 2025
 - werving, selectie en aanstelling (versie 1.0)
 - Audit Rapport ISO 9001 - 2024-06 - Zorggroep Aelsmeer
 - ISO-9001 certificaat ZG Aelsmeer
 - Bestuursverslag 2023, Zorggroep Aelsmeer
- Website: www.zg-aelsmeer.nl
- Visuele observatie, locatie Irene te Aalsmeer en locatie Rijsenhout



Gemeente: Haarlemmermeer

Aanvullende gemeentelijke eisen naast het algemene toetsingskader in het kader van het toezicht op de kwaliteit van de Wmo aanbieder:

- In aanvulling op de wettelijke eis dat Calamiteiten en geweld moeten worden gemeld bij de (wettelijk) toezichthouder, meldt Opdrachtnemer deze ook aan Opdrachtgever binnen 24 uur.
- Opdrachtnemer draagt zorg voor de beschikbaarheid van een Cliëntvertrouwenspersoon.
- Opdrachtnemer is op werkdagen, gedurende het gehele jaar, minimaal van 8.00 tot 17.00 uur telefonisch bereikbaar, zowel voor Opdrachtgever als voor inwoners.
- De inschrijver dient te beschikken over een volledig geïntegreerd kwaliteitssysteem welke voldoet aan de landelijke eisen. Voorbeelden van kwaliteitssystemen zijn ISO-9001 versie 2008 of daarvan afgeleide EN 15224 (ISO voor zorg en welzijn), HKZ, PREZO, NIAZ, en NTPN of gelijkwaardig. Opdrachtnemer werkt mee aan inspecties en geeft opvolging aan aanbevelingen die hieruit naar voren komen.
- De Wmo 2015 schrijft voor dat Opdrachtnemer dient te beschikken over een regeling voor medezeggenschap van cliënten over voorgenomen besluiten van de aanbieder die voor de gebruikers van belang zijn. Opdrachtgever stelt aanvullend de volgende eis dat Opdrachtnemer de medezeggenschap van cliënten dient te organiseren zoals beschreven in de Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen.

Dagbesteding:

- Opdrachtnemer biedt dagbesteding op een locatie in Haarlemmermeer of Aanpalende gemeente (zie Definities).

Aanpalende gemeente	Gemeentes of dorpen grenzend aan de gemeente Haarlemmermeer, te weten: - Lisse - Hillegom - Heemstede - Haarlem - Amsterdam Zuid-West - Amstelveen - Aalsmeer - Leimuiden - Oude Wetering - Roelofarendsveen.
---------------------	---

- Indien cliënten zich niet zelfstandig kunnen vervoeren, is Opdrachtnemer verantwoordelijk voor het vervoer van cliënten van hun woonomgeving naar de dagbesteding en terug.



Gegevens onderzoek

Gegevens aanbieder

Naam locatie	: Zorggroep Aelsmeer
Adres	: Molenpad 2
Postcode en plaats	: 1431 BZ Aalsmeer
Telefoonnummer	: 0297-326050
Contactpersoon	: Mevr. E. Carels
Kwaliteitssysteem	: ISO 9001:2015
E-mail/website	: www.zg-aelsmeer.nl

Gegevens toezichthouder (GGD)

GGD	: GGD Kennemerland
Adres	: Postbus 5514
Postcode en plaats	: 2000 GM HAARLEM
Telefoonnummer	: 023-515 9500
Toezichthouder	: M. Smit

Gegevens opdrachtgever (gemeente)

Naam gemeente	: Haarlemmermeer
Adres	: Postbus 250
Postcode en plaats	: 2130 AG Hoofddorp

Planning

Datum start onderzoek	: 8 april 2025
Opstellen concept rapport	: 1 mei 2025
Vaststelling rapport	: 19 mei 2025
Verzenden rapport naar aanbieder	: 19 mei 2025
Verzenden rapport naar gemeente	: 19 mei 2025



Bijlage: zienswijze

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

Aanbieder heeft geen zienswijze ingediend.

