



Stichting Moving Up
Slotplein 17
1441 KG Purmerend

Toezichthouder	: GGD Kennemerland
In opdracht van gemeentes	: IJmond gemeenten
Datum start onderzoek	: 11-09-2025
Type onderzoek	: Proactief toezicht
Status	: Definitief
Datum vaststellen rapport	: 28-11-2025

Inhoudsopgave

Inleiding	3
Het onderzoek	4
Geldende kwaliteitseisen en normen.....	7
Gegevens voorziening.....	31
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; aanleiding en belang

Onderzoeksoptzet

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

Het toezicht op de naleving van de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 omvat de bij en krachtens de Wmo 2015 gestelde regels. Ten eerste zijn dit de regels uit de Wmo 2015 zelf aangevuld met:

- Het programma van eisen behorend bij de overeenkomst 'Begeleiding individueel';
- De overeenkomst 'Begeleiding individueel' vastgesteld tussen Stichting Moving Up en de IJmond gemeenten;
- Het aanmeldingsdocument 'Begeleiding individueel en dagbesteding' met het bijbehorende programma van eisen.

In het kader van het toezicht op de Wmo en bovenstaande wet en regelgeving heeft GGD Kennemerland in opdracht van de drie IJmond gemeenten een proactief onderzoek uitgevoerd bij Stichting Moving Up gericht op het onderdeel ambulante begeleiding.

De toezichthouder heeft de volgende inspectieactiviteiten uitgevoerd:

- documentenonderzoek;
- gesprekken met drie ambulante begeleiders;
- een gesprek met een zorgcoördinator;
- een gesprek met de gedragswetenschapper;
- een gesprek met de beide directeur-bestuurders.

Omdat er geen ambulante begeleiding wordt geboden aan cliënten woonachtig in één van de drie IJmond gemeenten is niet met cliënten gesproken als onderdeel van het onderzoek. Niet getoetst is of het beleid in de praktijk uitgevoerd wordt.

Per onderwerp staat beschreven welke kwaliteitseisen gelden met een toelichting op de kwaliteitseisen. In het rapport wordt bij de betreffende onderwerpen de getoetste normen met de bevindingen en conclusie per norm beschreven.

Beschouwing; korte beschrijving aanbieder

Stichting Moving Up heeft een kantoor in Almere en in Purmerend en heeft een Raad van Bestuur bestaande uit twee bestuurders. In een toelichting bij het organogram staat vermeld dat de beide bestuurders verantwoording afleggen aan de Raad van Toezicht. Op de website wordt vermeld dat de Raad van Toezicht uit drie personen bestaat. Stichting Moving Up heeft drie medewerkers in loondienst en er worden achttien ZZP'ers ingezet. In totaal is er 18.55 uur beschikbaar waarvan 7 fte ten behoeve van de uitvoering van de ambulante begeleiding. De personen die ingezet worden ten behoeve van de ambulante begeleiding zijn ZZP'ers. Dat geldt ook voor de beide zorgcoördinatoren en de gedragswetenschapper.

In het ondernemingsplan 2025-2026 wordt beschreven dat Stichting Moving Up ondersteuning biedt vanuit de Wmo en Wlz aan 65 cliënten woonachtig in Noord-Holland en Flevoland, zowel ambulante begeleiding als Beschermd Wonen.

Stichting Moving Up is onderaannemer voor Stichting Maatwerk in Zorg voor het aanbod Beschermd Wonen voor negen cliënten.



In het ondernemingsplan 2025-2026 van Stichting Moving Up staat het volgende beschreven: *"Stichting Moving Up ondersteunt mensen in hun weg naar zelfstandigheid en een betekenisvol leven. We bieden begeleid en beschermd wonen, ambulante begeleiding en vrijetijdsbesteding aan mensen die extra ondersteuning nodig hebben. Dit kan bijvoorbeeld gaan om mensen die uit een detentie- of jeugdzorg traject komen, maar ook om cliënten met een indicatie binnen de Wet langdurige zorg (WLZ) of de Wet maatschappelijke ondersteuning (WMO).*

Voor WMO-clients ligt de nadruk vaak op praktische ondersteuning in het dagelijks leven, zoals hulp bij administratie, sociale activering en het vergroten van zelfredzaamheid. WLZ-clients hebben meestal behoefte aan langdurig een intensieve begeleiding, waarbij stabiliteit en structuur centraal staan. Onze aanpak is daarom maatwerk: methodisch waar nodig, maar altijd laagdrempelig en persoonsgericht. We maken gebruik van sport, creatieve expressie en talentontwikkeling als middel om groei en ontwikkeling te stimuleren. Daarnaast werken we nauw samen met ketenpartners zoals gemeenten, jeugdreclassering en zorginstellingen om de best mogelijke ondersteuning te bieden. Met een holistische benadering en een focus op duurzame verandering streven we ernaar dat iedereen, ongeacht de achtergrond of hulpvraag, volwaardig kan deelnemen aan de maatschappij."

Op de website van Stichting Moving Up wordt het volgende aangegeven:

Missie

"Stichting Moving Up is toegewijd aan het begeleiden van jeugdige en volwassenen naar zelfredzaamheid door middel van persoonlijke ondersteuning en empowerment. Onze missie is het bieden van een warme, familie-achtige omgeving waarin we iedere cliënt behandelen alsof hij/zij deel uitmaakt van onze eigen familie. Met respect voor individuele verschillen streven we ernaar om samen met onze cliënten te groeien, hun krachten te benutten en hen te ondersteunen bij het nemen van stappen richting een zelfstandig en vervuld leven."

Visie

"Onze visie is een gemeenschap waarin iedere volwassene, ongeacht achtergrond of uitdagingen, het recht heeft om zelfstandigheid te ervaren en actief deel te nemen aan de samenleving. Bij Stichting Moving Up geloven we in gelijkheid en behandelen we iedereen met dezelfde zorg en toewijding, zonder onderscheid te maken. Door activiteiten te ontplooiën die variëren van positieve gesprekken thuis tot culturele uitstapjes en sportieve activiteiten, streven we ernaar om een ondersteunende omgeving te creëren die de groei en bloei van elk individu bevordert. De kracht van Stichting Moving Up ligt in het zien van de unieke waarde van elke persoon en het bieden van op maat gemaakte ondersteuning die verder gaat dan louter professionele relaties. Door het bevorderen van gelijkheid, nabijheid en respect, streven we ernaar om blijvende positieve veranderingen in het leven van onze cliënten te bewerkstelligen."

Conclusie onderzoek

Geconcludeerd is dat de aanbieder onvoldoende aangetoond heeft dat er sprake is van verantwoorde ondersteuning overeenkomstig een aantal kwaliteitseisen en normen. De toezichthouder constateert op basis van het onderzoek dat niet wordt voldaan aan de volgende normen:

- 2.2.3 Leren van incidenten
- 3.1.1 De beroepskracht is vakbekwaam en gekwalificeerd
- 3.1.3 Beroepskrachten en vrijwilligers beschikken over een passende VOG

Daarnaast zijn aanbevelingen gedaan bij de volgende kwaliteitseisen en normen:

- 1.2.2 Medezeggenschap
- 1.3 Ondersteuning in de praktijk
- 2.2.2 Meldcode Huiselijk Geweld en Kindermishandeling



Een nadere toelichting wordt in het rapport beschreven bij het betreffende onderwerp.

Advies handhaving aan College van B&W

De toezichthouder geeft het advies aan de IJmond gemeenten de aanbieder op te dragen passende maatregelen te nemen ter bevordering van de kwaliteit. Middels deze handhaving zal de aanbieder aangezet moeten worden tot herstel van de tekortkomingen en de naleving van de vereisten op het gebied van de kwaliteit.

Reactie aanbieder

De aanbieder heeft gebruik gemaakt van de gelegenheid een zienswijze in te dienen en deze is toegevoegd aan het rapport.



Geldende kwaliteitseisen: normen en bevindingen, oordeel en conclusie

1. Cliënt

Geldende kwaliteitseisen Wmo 2015

- 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 geldende kwaliteitseisen

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 'Doelen en 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 getoetste norm 'Doelen en dossier'

1.1.1 Bepalen hulpvraag

In het beleid 'Begeleiding individueel' is het volgende vermeld in de inleiding:
"Dit beleid beschrijft de wijze waarop SMUP invulling geeft aan Begeleiding Individueel binnen de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). Het doel van de begeleiding is het versterken van de zelfredzaamheid, participatie en kwaliteit van leven van cliënten, zodat zij zo lang mogelijk zelfstandig kunnen functioneren binnen hun eigen leefomgeving."



Vervolgens wordt ingegaan op de doelgroep, de uitgangspunten, de doelen van de begeleiding, de werkwijze en de taken van de begeleider.
Het administratieve primaire proces met alle stappen, de werkwijze, de risico's en beheersmaatregelen alsmede de verantwoordelijke medewerker is vastgesteld aan de hand van de volgende stappen; de aanvraag, in zorg nemen cliënt, uitvoeren zorg, declareren van zorgen beëindigen van zorg.

Met de medewerkers is gesproken over het gevoerde beleid en de werkwijze in de praktijk.
Voor de aanvang van de begeleiding vindt een intakegesprek plaats bij de cliënt in zijn woonomgeving gevoerd door de zorgcoördinator. Er wordt besproken wat de reden van de aanmelding is en de hulpvraag wordt in kaart gebracht. Ook het sociale netwerk en het professionele netwerk wordt in kaart gebracht en/of betrokken bij de intake. Er is aandacht voor de wensen en behoeften van de cliënt maar ook de verwachtingen.
Op basis van het intakegesprek bepaalt de zorgcoördinator welke ambulante begeleider wordt toegewezen aan de cliënt.

Met de ambulante begeleiders is gesproken over de doelen en geboden ondersteuning aan de hand van voorbeelden van cliënten. Ook zijn dossiers van cliënten ingezien.
De ambulante begeleider maakt een afspraak met de cliënten en vanaf dat moment start het begeleidingstraject. Samen met de cliënt worden de doelen in kaart gebracht en vastgelegd in het begeleidingsplan in het digitale cliëntdossier 'Zilliz'. Er wordt samen met de cliënt een zelfredzaamheid-Matrix (ZRM) ingevuld waarbij de zelfredzaamheid getoetst wordt op de verschillende leefgebieden. Per leefgebied wordt aangegeven welke feitelijke omstandigheden bij welk niveau van zelfredzaamheid horen. De doelen worden concreet beschreven; wat is de huidige situatie, wat is de gewenste situatie en welke acties zijn daar voor nodig? Er wordt gerapporteerd op de doelen en bijzonderheden worden vastgelegd.

De zorgcoördinator blijft betrokken bij de begeleiding als aanspreekpunt voor de cliënt en de ambulante begeleider. Ook bewaakt de zorgcoördinator het proces en de vastgestelde doelen en de voortgang van de begeleiding. Er worden steekproeven uitgevoerd of de doelen wel SMART geformuleerd zijn. Dat geldt ook voor de voortgang van de begeleiding en de rapportages.
In het wekelijkse teamoverleg waar de ambulante begeleiders en de zorgcoördinator bij aanwezig zijn, wordt de voortgang van de begeleiding besproken.

1.1.2 Cyclisch proces

De begeleiding wordt na uiterlijk zes maanden geëvalueerd. Tijdens de evaluatie wordt de zelfredzaamheid-Matrix opnieuw ingevuld. Met de cliënt wordt besproken welke doelen behaald zijn en welke doelen niet. Op basis van de evaluatie wordt het begeleidingsplan bijgesteld.

Beoordeling en conclusie getoetste norm 'Doelen en dossier'

Omdat er geen ambulante begeleiding wordt geboden aan cliënten woonachtig in één van de drie IJmond gemeenten, is niet met cliënten gesproken als onderdeel van het onderzoek. Niet getoetst is of het beleid in de praktijk uitgevoerd wordt.

Uit het onderzoek (vastgesteld beleid, gesprekken en dossiers cliënten) is geconcludeerd dat er redelijkerwijs voldoende sprake is geweest de cliënt binnen de mogelijkheden, in samenspraak met de medewerkers de hulpvraag en de doelen van de geboden ondersteuning te laten bepalen. Dat geldt ook voor het cyclisch werken. Het proces is inzichtelijk in het digitale cliëntdossier Zilliz.



1.2 Rechten cliënt

Norm 'Rechten cliënt'		
1.2.1	De beroepskracht bejegt 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 getoetste norm 'Rechten cliënt'

1.2.1 Bejegening

Er is een gedragscode vastgesteld waarin afspraken zijn vastgelegd op welke wijze cliënten bejegend worden en wat verwacht wordt van de medewerkers.

De gedragscode wordt bij de overeenkomst gevoegd die is afgesloten met een medewerker.



1.2.2 Medezeggenschap

In het beleid 'Medezeggenschap en Cliëntparticipatie' worden de uitgangspunten, doelen en werkwijze rondom medezeggenschap en participatie van cliënten beschreven. Beschreven wordt dat verbeterpunten besproken worden in het team en concrete vervolgacties worden vastgesteld.

De zorgcoördinator geeft aan dat vanaf de aanvang van de begeleiding aandacht is voor de medezeggenschap van de cliënt en de tevredenheid van cliënten over de begeleiding. Voorbeelden zijn de gesprekken die met cliënten gevoerd worden en de evaluatie van de begeleiding.

De directeur-bestuurder verklaart dat op Instagram informatie staat over de regeling voor medezeggenschap. Met ingang van 1 november is een kwaliteitsmanager aangesteld die er zorg voor zal gaan dragen dat cliënten tijdens de intake een informatiefolder ontvangen over de mogelijkheden van de medezeggenschap die cliënten hebben.

Op de website wordt aangegeven dat er regelmatig klanttevredenheidsonderzoeken uitgevoerd worden om inzicht te krijgen in ervaringen, wensen en verbeterpunten van cliënten.

De directeur-bestuurder geeft aan dat de klanttevredenheid jaarlijks wordt gemeten. Cliënten ontvangen een vragenlijst over de ervaren tevredenheid. Er is geen informatie aangeleverd waaruit blijkt wat met de uitkomst gedaan wordt en op welke wijze zo nodig verbeteringen aangebracht worden.

Er is een cliëntenraad ingesteld en op de website wordt het volgende vermeld:

"Sinds 2024 heeft SMUP een cliëntenraad. De cliëntenraad bestaat uit drie personen die de belangen behartigen van onze cliënten. De raad richt zich op het welbevinden van mensgerichte zorg en zij geven gevraagd en ongevraagd advies aan onze Raad van Bestuur. Zij geven advies over de kwaliteit van zorg, aandacht voor de cliënt (luisteren, vertrouwen en betrokkenheid), de informatievoorziening en communicatie."

Bij de informatie over de cliëntenraad wordt vermeld dat bij vragen over de medezeggenschap een cliënt contact op kan nemen. Daarbij wordt het mailadres van Stichting Moving Up vermeld. Er worden geen contactgegevens van de cliëntenraad of leden vermeld.

1.2.3 Klachtenregeling

Er is beleid vastgesteld over de afhandeling van klachten. Er is een interne en externe klachtenprocedure. Stichting Moving Up is voor de externe klachtenprocedure aangesloten bij het klachtenportaal Zorg. Op de website staat een link naar de klachtenprocedure waarin beschreven wordt op welke wijze een klacht afgehandeld wordt. Ook worden de contactgegevens van de externe klachtenfunctionaris en de geschillencommissie vermeld. Er is een klachtenformulier dat gedownload kan worden.

Met de zorgcoördinator is gesproken over de klachtenregeling en de afhandeling van klachten. Cliënten worden bij het intakegesprek geïnformeerd over de procedure. Ook wordt het vermeld op het toestemmingsformulier wat besproken en ingevuld wordt met de cliënt bij de aanvang van de begeleiding. Bij een klacht wordt hoor en wederhoor toegepast, de zorgcoördinator spreekt zowel de cliënt als de medewerker die betrokken is. Afhankelijk van de aard van de klacht vindt een gesprek plaats bij de cliënt thuis waarbij gesproken wordt over wat er gebeurd is en wat er nodig is.

De directeur-bestuurder verklaart dat tot op heden geen klachten ingediend zijn.

1.2.4 Privacy

In het beleid 'Uitwisseling Persoonsgegevens' wordt het doel, uitgangspunten, werkwijze gegevensuitwisseling, rollen en verantwoordelijkheden, evaluatie en borging beschreven. In de vastgestelde gedragscode wordt ook ingegaan op het zorgvuldig omgaan met



communicatiemiddelen, om de privacy van de cliënt te waarborgen en beschreven wordt op welke wijze dit gebeurt.

De medewerkers vertellen dat er gebruik wordt gemaakt van de beveiligde app 'Doctolib Siilo' voor het delen van informatie. Het digitale cliëntdossier is niet voor iedereen op alle onderdelen toegankelijk. De mails worden beveiligd verstuurd via het digitale zorgadministratiesysteem Zilliz of via Zivver.

Beoordeling en conclusie getoetste norm 'Rechten cliënt'

Omdat er geen ambulante begeleiding wordt geboden aan cliënten woonachtig in één van de drie IJmond gemeenten, is niet met cliënten gesproken over de verschillende onderwerpen als onderdeel van het onderzoek. Niet getoetst is of het beleid in de praktijk uitgevoerd wordt.

In het kader van de medezeggenschap (1.2.2) worden de volgende aanbevelingen gedaan:

- Leg vast op welke wijze de inspraak van cliënten bijdraagt aan de verbetering van de geboden ondersteuning en op welke wijze de behoeften en meningen van cliënten leiden tot ondersteuning die aansluit bij wat cliënten wensen.
- Draag zorg voor (contact)gegevens waaruit blijkt dat de cliëntenraad een onafhankelijk en zelfstandig adviesorgaan is.



1.3 Ondersteuning in de praktijk

Norm 'Ondersteuning in de praktijk'		
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 getoetste norm 'Ondersteuning in de praktijk'

1.3.1 Aansluiten bij wensen, mogelijkheden en ondersteuningsbehoefte

De zorgcoördinator heeft tijdens de intake met de cliënt aandacht voor de wensen en behoeften van de cliënt maar ook de verwachtingen. Op basis van het intakegesprek bepaalt de zorgcoördinator welke ambulante begeleider passend is bij de ondersteuningsvraag.

Met de ambulante begeleiders is gesproken over de wijze waarop gewerkt wordt aan de vertrouwensrelatie met de cliënt, de doelen met de daarbij behorende acties en rapportages voortgang begeleiding, de gehanteerde methodieken en de gesprekstechnieken die gebruikt worden. Ook is inzage gevraagd van een aantal dossiers.

Een ambulante begeleider vertelt dat samen sporten een onderdeel kan zijn van de ambulante begeleiding en de geboden ondersteuning. Het kantoor in Purmerend heeft een mogelijkheid om te



sporten samen met een cliënt.

Op de website van Stichting Moving Up wordt dit als volgt aangegeven:

"Stichting Moving Up zet zich in voor het bevorderen van een actieve en inclusieve leefstijl door middel van vrijetijdsbesteding en sport. Ons doel is om mensen, ongeacht leeftijd, achtergrond of beperking, de kans te geven om samen te bewegen, te leren en te groeien.

We organiseren sportieve activiteiten, workshops en evenementen die niet alleen bijdragen aan een gezonde levensstijl, maar ook aan sociale verbinding en persoonlijke ontwikkeling. Bij Moving Up geloven we in de kracht van sport om grenzen te verleggen en gemeenschappen sterker te maken.

Ons personeel heeft een breed scala aan bewezen cursussen gevolgd, waaronder de Trap Kickboks cursus, Bokstherapie en Rots en Water. Deze diverse trainingen stellen hen in staat om op verschillende manieren bij te dragen aan onze missie en om optimaal te kunnen ondersteunen."

In het gesprek met de beide bestuurders is gevraagd wat het gezamenlijk sporten bijdraagt aan de geboden ondersteuning. De bestuurders vertellen dat het gezamenlijk sporten als methodiek gebruikt wordt in de geboden ondersteuning. Door actief bezig te zijn, stelt de cliënt zich open en kan de ambulante begeleider op een laagdrempelige manier het gesprek voeren met cliënt. Gezamenlijk sporten draagt bij aan de weerbaarheid van een cliënt en agressieregulatie. Het betreft geen standaard aanbod en het sporten wordt ingezet afhankelijk van de situatie en de cliënt.

Beoordeling en conclusie getoetste norm 'Ondersteuning in de praktijk'

Omdat er geen ambulante begeleiding wordt geboden aan cliënten woonachtig in één van de drie IJmond gemeenten, is niet met cliënten gesproken over de verschillende onderwerpen als onderdeel van het onderzoek. De geldende norm is niet getoetst in de praktijk. De beschreven bevindingen zijn gebaseerd op de gesprekken die gevoerd zijn en de informatie die is aangeleverd.

Uit het aangeleverde beleid en de gevoerde gesprekken is geconcludeerd dat redelijkerwijs voldoende sprake is van ondersteuning die aansluit bij wensen, mogelijkheden en ondersteuningsbehoefte van de cliënt.

Dat geldt ook voor het stimuleren van de zelfredzaamheid en participatie van de cliënt.

In het kader van de geboden ondersteuning in de praktijk worden aanbevelingen gedaan:

- Sporten kan een waardevolle methode zijn binnen de Wmo-begeleiding gericht op maatschappelijke participatie en welzijn van cliënten. Het bevordert sociale vaardigheden, breidt het sociale netwerk uit en verbetert fysieke en mentale gesteldheid, waardoor een opwaartse spiraal in welzijn kan ontstaan. De aanbieder heeft geen beleid vastgesteld waaruit blijkt dat het aanbod van sport als maatschappelijke activiteit bijdraagt aan deelname aan de samenleving, een belangrijk doel van de Wmo. De toezichthouder doet de aanbeveling vast te leggen onder welke voorwaarden het gezamenlijk sporten wordt aangeboden en wat het bijdraagt aan de ondersteuning.
- De continuïteit in de verleende ondersteuning is besproken als aandachtspunt en aanbevolen wordt niet alleen ZZP'ers in te zetten maar ook medewerkers in loondienst. Stichting Moving Up heeft ten tijde van het onderzoek geen ambulante begeleiders in loondienst. Alle ambulante begeleiders die worden ingezet, zijn ZZP'ers. Met de ambulante begeleiders is een 'overeenkomst van opdracht' afgesloten voor bepaalde tijd. Stichting Moving Up is voor het aanbod ambulante begeleiding afhankelijk van ZZP'ers. Dit kan consequenties hebben voor de voortgang van de begeleiding en de continuïteit in de verleende ondersteuning als deze ZZP'ers wegvallen. De directeur-bestuurders verklaren dat er een vaste groep ZZP'ers beschikbaar is die zich voor langere tijd verbinden aan Stichting Moving Up. Daarbij wordt rekening gehouden met uitval en/of tijdelijke afwezigheid en de beschikbaarheid van een vervangende ZZP'er die op de hoogte is van de situatie van de cliënt. Om het risico van



schijnzelfstandigheid te voorkomen wordt een 'overeenkomst van opdracht' opgesteld waarin de zelfstandige positie van de ZZP'er is vastgelegd. ZZP'ers bepalen zelf hun werktijden binnen de afgesproken kaders en zijn verantwoordelijk voor hun eigen administratie en verzekeringen.

1.4 Afstemming met (in)formele netwerk

Norm 'Afstemming met (in)formele netwerk'		
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 getoetste norm 'Afstemming met (in)formele netwerk'

1.4.1 Interne afstemming

Met de ambulante begeleiders en zorgcoördinator is gesproken over de onderlinge afstemming. Wekelijks vindt een overleg plaats aan de hand van een vaste agenda waaronder afstemming over lastige casussen. De zorgcoördinator onderhoudt contact met de ambulante begeleiders over de voortgang en eventuele bijzonderheden. De week wordt gestart met een overleg waar zowel de beide bestuurders als de beide zorgcoördinatoren bij aanwezig zijn en eventuele bijzonderheden met betrekking tot de ambulante begeleiding worden besproken. Ook vindt interne afstemming plaats met de gedragswetenschapper.

1.4.2 Externe afstemming met formele netwerk

Er is beleid vastgesteld gericht op de externe afstemming met het professionele netwerk van de cliënt. In het beleid worden de uitgangspunten, doelen en werkwijze beschreven. Het professionele netwerk wordt in kaart gebracht bij de intake en geïnformeerd dat er ambulante begeleiding opgestart zal worden door Stichting Moving Up. Er wordt schriftelijke toestemming gevraagd aan de cliënt voor uitwisseling met het professionele netwerk. Indien de situatie dat vraagt, vindt een MDO plaats met alle betrokken partijen.

1.4.3 Afstemming met het informele netwerk

Er is beleid vastgesteld gericht op de afstemming met het sociale netwerk van de cliënt. Beschreven wordt dat de afstemming gericht is op:

- het versterken van de continuïteit van zorg en ondersteuning;
- het vergroten van de zelfredzaamheid en participatie van de cliënt;
- het bevorderen van een integrale aanpak;
- en het ondersteunen van de cliënt in het behouden van sociale contacten en relaties.

Het sociale netwerk wordt in kaart gebracht bij de intake. Uitgevraagd wordt welke rol het sociale netwerk speelt in het leven van de cliënt. Met de cliënt wordt besproken of en hoe het sociale netwerk betrokken wordt bij de ondersteuning.

Beoordeling en conclusie getoetste norm 'Afstemming met (in)formele netwerk'

Omdat er geen ambulante begeleiding wordt geboden aan cliënten woonachtig in één van de drie IJmond gemeenten, is niet met cliënten gesproken over de verschillende onderwerpen als onderdeel van het onderzoek. De geldende norm is niet getoetst in de praktijk. De beschreven bevindingen zijn gebaseerd op de gesprekken die gevoerd zijn en de informatie die is aangeleverd.

Uit het aangeleverde beleid en de gevoerde gesprekken is geconcludeerd dat redelijkerwijs voldoende sprake is van interne afstemming en afstemming met het (in)formele netwerk.

Gebruikte bronnen:

- Interviews met:
 - Drie ambulante begeleiders
 - Zorgcoördinator
 - Gedragswetenschapper
 - Directeur bestuurders
- Documenten:
 - Beleid Uitwisseling Persoonsgegevens



- Privacyreglement
- Beleid Medezeggenschap en Cliëntparticipatie
- Klanttevredenheidsonderzoek 2025
- beleid Klachten
- AO-IB procedure Stichting Moving Up
- Beleid Begeleiding Individueel (Wmo)
- Beleid Samenwerking met Ketenpartners
- Beleid Samenwerking en Afstemming Sociaal Netwerk van de Cliënt
- Gedragscode
- Overeenkomst van opdracht ZZP'ers
- Ondernemingsplan Stichting Moving Up 2025-2026
- Website: www.smup.nl



2. Veiligheid

Veiligheid algemeen

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

Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling (artikel 3.3 Wmo 2015)

- 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 Wmo 2015)

- 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 kwaliteitseisen

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 'Omgaan met 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 getoetste norm 'Omgaan met risico's cliënt'	
2.1.1 Veiligheidsrisico's van cliënt Bij de aanvang van de begeleiding wordt samen met de cliënt de veiligheidsrisico's in kaart gebracht door middel van het uitvoeren van een risicoanalyse. In een signaleringsplan wordt samen met de cliënt vastgelegd wel gedrag de cliënt vertoond als de cliënt zich goed voelt of juist niet goed voelt. Dit wordt beschreven in concrete termen: - Als ik me goed of niet goed voel dan merk ik dat aan - En anderen merken dat aan - Wat kan ik zelf doen als ik me niet goed voel? - Wat kan een ander doen als ik me niet goed voel?	
Beoordeling en conclusie getoetste norm 'Omgaan met risico's cliënt'	
Omdat er geen ambulante begeleiding wordt geboden aan cliënten woonachtig in één van de drie IJmond gemeenten, is niet met cliënten gesproken over de verschillende onderwerpen als onderdeel van het onderzoek. De geldende norm is niet getoetst in de praktijk. De beschreven bevindingen zijn gebaseerd op de gesprekken die gevoerd zijn en de informatie die is aangeleverd. Uit het aangeleverde beleid en de gevoerde gesprekken is geconcludeerd dat redelijkerwijs voldoende sprake is van omgaan met risico's.	



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 getoetste norm 'Veiligheidsbeleid'
<u>2.2.1 Borgen veiligheid van de cliënten en beroepskrachten</u> De wijze waarop de veiligheid van cliënten en medewerkers wordt geborgd is vastgelegd in beleid. Beschreven wordt dat medewerkers bij aanvang van de werkzaamheden informatie ontvangen over het gevoerde veiligheidsbeleid. <u>2.2.2 Meldcode Huiselijk Geweld en Kindermishandeling</u> In het beleid 'Melding huiselijk geweld en kindermishandeling' wordt beschreven op welke wijze omgegaan wordt met vermoedens van huiselijk geweld of kindermishandeling. Per 1 januari 2019 zijn professionals verplicht te werken met een afwegingskader in stap 5 van de



Meldcode. Een afwegingskader ondersteunt een beroepskracht met vermoedens van huiselijk geweld en/of kindermishandeling in stap 5 van een meldcode kindermishandeling en huiselijk geweld bij:

- het beslissen of een melding noodzakelijk is en
- het beslissen of het zelf bieden of organiseren van hulp (óók) mogelijk is.

In het vastgestelde beleid wordt in het eerste deel ingegaan op het afwegingskader en vervolgens op de stappen die gezet worden als er sprake is van een vermoeden van huiselijk geweld en/of kindermishandeling. Het afwegingskader is geen onderdeel van deze stappen.

Het beleid wordt afgesloten met de vijf stappen waaronder het afwegingskader.

De informatie in het eerste deel in relatie tot het laatste deel is verwarrend.

Een meldcode moet duidelijk maken welke functionarissen kunnen worden geraadpleegd voor advies en ondersteuning bij het zetten van de stappen. In het beleid van Stichting Moving Up staat dat dit de leidinggevende is. Niet duidelijk is wie daar mee bedoeld wordt omdat deze functie niet is ingevuld binnen de organisatie. Het is van belang dat de meldcode is afgestemd op de voorziening zodat medewerkers weten bij wie ze terecht kunnen bij een vermoeden van huiselijk geweld en/of kindermishandeling.

Met de medewerkers is gesproken over het bevorderen van de kennis en het gebruik van de meldcode.

De zorgcoördinator geeft aan dat bij een redelijk vermoeden van huiselijk geweld er intern overleg is en eventueel met het betrokken professionele netwerk. Ook kan Veilig Thuis geraadpleegd worden. De zorgcoördinator geeft aan niet te weten wie binnen Stichting Moving Up verantwoordelijk is voor een melding bij Veilig Thuis, wellicht is dat de gedragswetenschapper.

Uit de gesprekken blijkt dat er geen aandachtsfunctionaris is aangewezen. Een aandachtsfunctionaris is op grond van de Wet verplichte meldcode niet verplicht maar kan wel een belangrijke rol vervullen bij de implementatie van de meldcode en ondersteuning van medewerkers bij de uitvoering van de stappen van de meldcode. Ook in de samenwerking met Veilig Thuis kan de aandachtsfunctionaris een belangrijke verbindende bijdrage leveren.

Naast de Wet meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling moeten organisaties en zelfstandige beroepsbeoefenaren een aantal zaken regelen zoals bijvoorbeeld de kindcheck. Bij een kindcheck controleren professionals die werken met volwassenen of er kinderen in een gezin zijn. Of de kinderen veilig zijn en of er hulp nodig is. Organisaties moeten de kindcheck implementeren en het gebruik ervan onder werknemers bevorderen. De kindcheck wordt bijvoorbeeld ingezet als een ouder een psychische stoornis heeft of verslaafd is. Niet gebleken is dat dit toegepast wordt.

Eén van de beide directeur-bestuurders vertelt dat hij een training gaat volgen bij de Landelijke Vakgroep Aandachtsfunctionarissen Kindermishandeling, het LVAK.

Besproken is dat het van belang is dat de meldcode die is vastgesteld is toegeschreven naar de organisatiespecifieke situatie en waarin beschreven wordt welke functionarissen kunnen worden geraadpleegd voor advies en ondersteuning bij het zetten van de stappen zodat medewerkers op de hoogte zijn wie hier verantwoordelijk voor is.

2.2.3 Leren van incidenten

De volgende documenten zijn naar de toezichthouder gestuurd:

- Procedure meldingen, incidenten, afwijkingen en calamiteiten
- Overzicht meldingen 2024-2025



- Stappenplan leren van melden incidenten

In het stappenplan is de werkwijze vastgelegd en het belang van melden wordt als volgt beschreven:

- inzicht te krijgen in wat er, onverhoopt of onverwachts, niet goed gaat;
- te leren van elkaar;
- veilige zorg te creëren en
- een veilige omgeving om dit met elkaar te kunnen delen.

Het volgende blijkt uit het stappenplan.

In het stappenplan wordt beschreven wie een rol heeft waarbij de functies teamleider, locatiemanager en staf/kwaliteitsmedewerker worden genoemd. Stichting Moving Up heeft geen medewerkers in dienst in deze functies.

Ook wordt het volgende beschreven bij de samenstelling van de MIC-commissie:

"De commissie bestaat vaak uit een afvaardiging van de afdelingen/ teams, een teamleider, een stafmedewerker en mogelijk een arts"

In een procedure is vastgelegd op welke wijze omgegaan wordt met meldingen van incidenten, afwijkingen en calamiteiten en wie daar verantwoordelijk voor is. Ook in dit document wordt een medewerker kwaliteit genoemd als persoon naar wie de meldingen toegaan en de persoon die de melding beoordeelt en de eventuele trends.

Ook dit is niet passend bij de situatie van Stichting Moving Up. Dit is onder de aandacht gebracht van de directeur-bestuurders en aangegeven wordt dat zij de 'MIC-commissie' vormen. Daarbij wordt aangegeven dat de beide directeur-bestuurders alle binnenkomende meldingen beoordelen en toezien op de opvolging van de genomen verbetermaatregelen.

De directeur-bestuurders geven aan dat met ingang van 1 november een kwaliteitsmanager is aangesteld. Daarnaast zijn recent twee orthopedagogen toegevoegd aan het team. Tezamen zullen zij de MIC commissie vormen.

In de procedure meldingen, incidenten, afwijkingen en calamiteiten wordt beschreven dat jaarlijks een MIC-jaarverslag wordt opgesteld door de MIC commissie met daarin een analyse en beschrijving van trends en verbetermaatregelen.

Het meest recente MIC-jaarverslag is opgevraagd. De directeur-bestuurders geven aan dat het MIC-jaarverslag nog niet is opgesteld vanwege het ontbreken van voldoende personeel. Het team is recent uitgebreid met twee orthopedagogen en een kwaliteitsmanager in dienst en vanaf dit jaar zal het opstellen van het MIC-jaarverslag structureel worden opgepakt.

In het beleid 'Procedure meldingen, incidenten, afwijkingen en calamiteiten' en het 'Stappenplan leren van melden incidenten' wordt ingegaan op de werkwijze bij calamiteiten. Beschreven wordt dat calamiteiten gemeld moeten worden bij de IGJ. In geen van beide documenten wordt ingegaan op meldplicht Wmo.

De aanbieder moet calamiteiten en geweldsincidenten tijdig bij de toezichthouder Wmo melden. Met de beide directeur- bestuurders is gesproken over deze wettelijke meldplicht van calamiteiten en geweldsincidenten (artikel 3.4 Wmo 2015). De begrippen "calamiteit" en "geweld bij de verstrekking van een voorziening" zijn gedefinieerd in artikel 1.1.1 lid 1 Wmo 2015. De beide directeur-bestuurders noemen een voorbeeld van een geweldsincident cliënt jegens medewerker. Uit het gesprek blijkt dat de directeur-bestuurders niet op de hoogte zijn van de wettelijke meldplicht.

Dit wordt bevestigd door het beleid 'Procedure meldingen, incidenten, afwijkingen en calamiteiten'



en het 'Stappenplan leren van melden incidenten' waarin de meldplicht Wmo ontbreekt.

Beoordeling en conclusie getoetste norm 'Veiligheidsbeleid'

Er wordt niet voldaan aan 2.2.3 Leren van incidenten:

- De vastgestelde werkwijze voor het melden en leren van incidenten is niet passend bij Stichting Moving Up. Ook wordt het beleid niet volledig uitgevoerd wat betreft het opstellen van een jaarlijks MIC verslag door de MIC commissie met daarin een analyse en beschrijving van trends en verbetermaatregelen.
- Er is geen beleid opgesteld over het tijdig melden van calamiteiten en geweldsincidenten tijdig bij de toezichthouder. De beide directeur-bestuurders zijn ook niet op de hoogte van deze meldplicht.

De volgende aanbevelingen worden gedaan bij 2.2.2 Meldcode Huiselijk Geweld en Kindermishandeling:

- Draag zorg dat de meldcode is toegeschreven naar de organisatie van Stichting Moving Up en vastgelegd is welke functionarissen kunnen worden geraadpleegd voor advies en ondersteuning bij het zetten van de stappen. Het is van belang dat de meldcode is afgestemd op de voorziening zodat medewerkers weten bij wie ze terecht kunnen bij een vermoeden van huiselijk geweld en/of kindermishandeling.
- Draag zorg voor het aanwijzen van een aandachtsfunctionaris die een rol kan vervullen bij de implementatie van de meldcode en ondersteuning van medewerkers bij de uitvoering van de stappen van de meldcode.
- Leg vast op welke wijze de kindcheck uitgevoerd en geïmplementeerd gaat worden en draag zorg voor de bevordering van de kennis en het gebruik onder medewerkers.

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. • Bedrijfs hulpverlening/ 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 getoetste norm 'Veilige omgeving'

Deze norm is niet beoordeeld omdat het onderzoek zich richt op de ambulante begeleiding en de norm niet van toepassing is.

Gebruikte bronnen

- Interviews met:
 - Drie ambulante begeleiders
 - Zorgcoördinator
 - Gedragswetenschapper
 - Directeur bestuurders
- Documenten:
 - Document/beleid Melding huiselijk geweld en kindermishandeling
 - Procedure meldingen, incidenten, afwijkingen en calamiteiten
 - Stappenplan leren van melden incidenten
 - Overzicht meldingen 2024-2025
 - Ondernemingsplan Stichting Moving Up 2025-2026
 - Beleid Borging van Veiligheid van Cliënten en Medewerkers
- Website www.smup.nl



3. Professionaliteit

Geldende kwaliteitseisen 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 geldende kwaliteitseisen:

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 getoetste norm 'Personeel'

3.1.1 Vakbekwaamheid en kwalificatie

In het beleid omtrent VOG wordt ook vermeld dat Stichting Moving Up alleen personen inzet die in het bezit zijn van relevante en enige ervaring hebben met het werken in de zorg.

In een functieprofiel staan de functiecriteria en de competenties beschreven. Voor de ambulante begeleiders geldt de volgende opleidingseis:

- Mbo+/hbo denk- en werkniveau, opleiding Social Work, SPW of gelijkwaardig.

Er is een overzicht aangeleverd van de medewerkers die ingezet worden met o.a. de functie die ze uitvoeren, het niveau van de opleiding en de beroepsregistratie. Bij de beroepsregistratie wordt vermeld of er sprake is van een SKJ registratie. De beide directeur bestuurders, de gedragswetenschapper en één van de beide zorgcoördinatoren zijn SKJ geregistreerd. De andere zorgcoördinator is dat niet. De directeur-bestuurders geven aan dat de aanvraag nog niet in behandeling genomen kon worden.

Voor het aanbod ambulante begeleiding geldt de verplichting voor een SKJ registratie niet, voor het aanbod Jeugd wel en zijn werkgevers verplicht te werken met SKJ-geregistreerde professionals. Stichting Moving Up biedt ook ondersteuning aan jeugdigen en dat betekent dat deze zorgcoördinator pas ingezet kan worden bij dit aanbod als de zorgcoördinator SKJ geregistreerd is.

De kwalificaties zijn opgevraagd van alle medewerkers die worden ingezet binnen de ambulante begeleiding. Niet alle medewerkers zijn passend opgeleid middels een erkend diploma of



certificaat overeenkomstig het beleid en het functieprofiel.
Het volgende blijkt:

Tijdens het onderzoek blijkt dat er sprake is van diplomafraude. Een ambulante begeleider die cliënten in Purmerend begeleidt samen met twee andere ambulante begeleiders, heeft een vervalst diploma en heeft geen zorg-gerelateerde opleiding gevolgd. Deze ambulante begeleider kan met ingang van direct niet meer ingezet worden. De vervalsing was goed zichtbaar. De maand waarin deze persoon geboren is, wordt als volgt geschreven; '25 April'. Op een diploma wordt een maand nooit met een hoofdletter geschreven. Bovendien zit er een spelfout in. Daar wordt uit afgeleid dat er onvoldoende controle plaatsvindt voor de verificatie van de echtheid van een diploma door de aanbieder. Dit is besproken met de directeur-bestuurder en erkend wordt dat dit het geval is.

Een ambulante begeleider heeft geen beroepsgerichte opleiding overeenkomstig de opleidingseis. De ambulante begeleider geeft aan in het gesprek dat is gevoerd, dat de ambulante begeleider zelfstandig drie cliënten begeleidt.

Deze persoon heeft een EVC-traject (Erkenning van Verworven Competenties) doorlopen waarmee de opgedane werkervaring en vaardigheden zijn erkend en dit is vastgelegd in een Ervaringscertificaat met als afgiftedatum 12 augustus 2025 en afgegeven door QRM. In het EVC-register kan gecontroleerd worden of een Ervaringscertificaat is opgenomen in het register. Om werkgevers, examencommissies of de belastingdienst in de gelegenheid te stellen te controleren of het Ervaringscertificaat verstrekt is door een erkende EVC-aanbieder, wordt gewerkt met het EVC-register voor Ervaringscertificaten. Er is een registratieplicht sinds 01-01-2018. Uitsluitend Ervaringscertificaten, uitgegeven door een erkende EVC-aanbieder, kunnen in het EVC-register worden opgenomen. Registratie is van belang in het kader om aan te tonen dat het om een officieel ervaringscertificaat gaat. Uit het 'Register Ervaringscertificaten' blijkt dat het ervaringscertificaat niet is opgenomen. Stichting Moving Up heeft dit niet gecontroleerd. De toezichthouder heeft contact opgenomen met de EVC aanbieder en de EVC aanbieder heeft alsnog zorggedragen voor de opname in het EVC register.

Een ervaringscertificaat kan gebruikt worden bij het aanvragen van vrijstellingen voor een opleiding en/of het behalen van een (branche)diploma. Uit het ervaringscertificaat blijkt dat de ervaring, kennis en kunde is gemeten en gewaardeerd op basis van de meetstandaard 'Persoonlijk begeleider maatschappelijke zorg'. Beschreven wordt dat het ervaringscertificaat ter verzilvering zal worden aangeboden aan een onderwijsinstelling, zodat deze persoon gekwalificeerd is overeenkomstig de cao en de kwaliteitseis. Dat is in de fase van het onderzoek niet gebeurd. Uit het gesprek met deze medewerker blijkt dat deze medewerker wel ingezet wordt als ambulante begeleider. Dit blijkt ook uit de ontvangen overeenkomst van opdracht voor werkzaamheden op het gebied van zorg/ambulante begeleiding voor de duur van een jaar, van 1 januari tot en met 31 december 2025.

Van één ambulante begeleider is geen kwalificatie overlegd en gevraagd is deze alsnog aan te leveren. In een toelichting bij deze opgevraagde informatie wordt aangegeven dat deze medewerker geen formeel zorgdiploma heeft en werkzaam is als ervaringsdeskundige. Deze persoon heeft een achtergrond als professioneel atleet. Daarbij wordt vermeld:
"Hij brengt waardevolle praktijkervaring en motivatiekracht in binnen onze begeleidingstrajecten en werkt uitsluitend onder toezicht van een gekwalificeerde begeleider."

3.1.2 Stimuleren, ondersteunen en bevorderen ontwikkeling

Er is scholingsbeleid vastgesteld. In het scholingsbeleid 2025 wordt beschreven dat medewerkers de volgende cursussen en trainingen hebben gevolgd:

- Werken met autisme – Stichting Mee



- Juridische kaders in de jeugdzorg
- Boksend opvoeden – gedragsmanagement en communicatietechnieken
- Suïcidepreventie – 113

Bij de aangeleverde informatie zijn in eerste instantie certificaten gestuurd van scholingen die plaats hebben gevonden in 2024. Gevraagd is naar certificaten van scholingen die plaats hebben gevonden in 2025 overeenkomstig het scholingsbeleid en het volgende is gestuurd:

- Certificaten Autisme spectrum stoornis - Stichting Mee (beide bestuurders en vier ambulante begeleiders).

Daarnaast zijn wederom documenten aangeleverd gericht op scholing die in 2024 heeft plaatsgevonden zoals bijvoorbeeld:

- Een presentielijst (drie ambulante begeleiders, een zorgcoördinator en een directeur bestuurder) en de presentatie van een workshop 'Suïcide preventie'.
- Eén certificaat van een online training suïcidepreventie 'in gesprek met een jongere' gevolgd door een ambulante begeleider.

Ook is een presentielijst en presentatie van een training 'Juridische kaders binnen de jeugdzorg & Jeugd' aangeleverd, dit heeft geen betrekking op het Wmo aanbod ambulante begeleiding.

Uit de gevoerde gesprekken en de aangeleverde informatie is onvoldoende aangetoond dat Stichting Moving Up zorg draagt voor bijscholing die is afgestemd op de doelgroep en de werkzaamheden van alle ambulante begeleiders. De ambulante begeleiders geven aan dat er binnen Stichting Moving Up wel aandacht is voor deskundigheidsbevordering ook al blijkt dit onvoldoende uit de certificaten van scholing gevolgd in 2025.

Dit is besproken als aandachtspunt en zorg te dragen dat alle personen die ingezet worden ten behoeve van de ambulante begeleiding, bijscholing ontvangen.

Uit de gevoerde gesprekken blijkt dat er als volgt gereflecteerd wordt op werkzaamheden:

- Casuïstiekbespreking tijdens de wekelijkse overleggen;
- Functioneringsgesprekken met ambulante begeleiders gevoerd door de zorgcoördinator;
- Tijdens trainingen gebruik te maken van de methodiek rollenspelen waarbij gefilmd wordt.

Ook kan de gedragswetenschapper ondersteuning bieden.

De directeur-bestuurders geven aan dat daarnaast regelmatig evaluatiegesprekken gevoerd worden met de ZZP'ers om te zorgen dat de samenwerking in lijn blijft met de geldende wet- en regelgeving.

3.1.3 Passende VOG

In het beleid omtrent VOG is vastgelegd dat nieuwe medewerkers en ZZP'ers die beroepsmatig worden ingezet ten behoeve van de ondersteuning een VOG moeten overleggen.

Daarbij wordt het volgende vermeld:

- De VOG dient bij ingang van het dienstverband of aanvang van de opdracht niet ouder te zijn dan 3 maanden.
- Bij een langer dienstverband of opdrachtverlening aan een zzp'er volgen we de sector van de langdurige zorg en de zorgverlening binnen de geestelijke gezondheidszorg waarbij iedere 3 jaar een nieuwe VOG wordt geëist (Bron: zzp'er in de zorg).

Verderop in het beleid wordt het volgende vermeld:



- Iedere maand doet de backoffice een check op alle VOG's mocht een VOG ouder zijn dan 1 jaar oud wordt er gelijk een nieuwe aangevraagd.

Deze informatie spreekt elkaar tegen. Uit de begeleidende mail die de contactpersoon heeft gestuurd bij de opgevraagde informatie kan wel afgeleid worden dat deze werkwijze gehanteerd wordt. Echter blijkt uit twee VOG's dat deze ouder zijn dan een jaar. Daarmee wordt het beleid niet uitgevoerd en is het proces onvoldoende geborgd.

De VOG van de gedragswetenschapper voldoet niet aan de eis en het volgende blijkt:
De VOG van de gedragswetenschapper is afgegeven op 2 september 2024 voor een andere werkgever. De gedragswetenschapper vertelt dat ze twee maanden geleden als ZZP'er is gestart met de werkzaamheden bij Stichting Moving Up. Uit het gesprek blijkt dat de gedragswetenschapper betrokken is bij de ondersteuning die geboden wordt aan de cliënten. De gedragswetenschapper vertelt dat ze bij lastige casussen verdiepende gesprekken voert met cliënten.

3.1.4 Verantwoorde inzet en begeleiding van vrijwilligers, stagiaires en ervaringsdeskundigen zonder kwalificatie

In het ondernemingsplan van Stichting Moving Up wordt beschreven dat ervaringsdeskundigen ingezet worden bij begeleidingstrajecten en het geven van trainingen.

Het volgende wordt beschreven:

"Moving Up werkt met een vast team van betrokken begeleiders, waaronder ook ervaringsdeskundigen. Door hun inzet ontstaat er sneller vertrouwen en kunnen cliënten op een laagdrempelige manier ondersteund worden bij uiteenlopende vragen."

En:

"Wat ons echt uniek maakt, is de actieve inzet van ervaringsdeskundigen binnen ons team. Mensen die zelf ervaring hebben met de thema's waar onze cliënten mee worstelen, bieden niet alleen herkenning, maar ook hoop en perspectief. Deze manier van werken wordt door diverse gemeenten als vernieuwend en waardevol gezien, en wij ontvangen hierover regelmatig positieve terugkoppeling. De inzet van ervaringsdeskundigen draagt aantoonbaar bij aan vertrouwen, verbinding en openheid vanuit onze cliënten."

In een toelichting bij de opgevraagde informatie en de diploma's wordt aangegeven dat een medewerker geen formeel zorgdiploma heeft en werkzaam is als ervaringsdeskundige. Deze persoon heeft een achtergrond als professioneel atleet. Daarbij wordt vermeld:

"Hij brengt waardevolle praktijkervaring en motivatiekracht in binnen onze begeleidingstrajecten en werkt uitsluitend onder toezicht van een gekwalificeerde begeleider."

Er is beleid vastgesteld gericht op de inzet en begeleiding van ervaringsdeskundigen. In het beleid wordt beschreven dat de inzet plaatsvindt onder supervisie van een coördinerend begeleider of teamleider. De wijze van ondersteuning is als volgt vastgelegd; door middel van intervisie, werkbegeleiding, bijscholing en een jaarlijkse functioneringsgesprek.

Beoordeling en conclusie getoetste norm 'Personeel'

Er is niet voldaan aan:

- 3.1.1 De beroepskracht is vakbekwaam en gekwalificeerd
- 3.1.3 Beroepskrachten en vrijwilligers beschikken over een passende VOG



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 getoetste norm 'Kwaliteitsbeleid'
<u>3.2.1 Borging en bewaking kwaliteit van de ondersteuning</u> Stichting Moving Up is sinds 19 juni 2024 gecertificeerd volgens het keurmerk HKZ Kleine organisaties. De beide directeur-bestuurders geven aan dat er een certificeringstraject opgestart gaat worden voor certificering 'HKZ Zorg en Welzijn'. Er is een digitaal kwaliteitshandboek ingericht. <u>3.2.2 Samenwerking intern en met andere organisaties</u> In een functieprofiel is vastgelegd welke taken en verantwoordelijkheden de ambulante begeleiders hebben. In het ondernemingsplan wordt het volgende aangegeven over de externe samenwerking: <i>"Bij Moving Up zien we andere zorgorganisaties niet als concurrenten, maar als waardevolle partners in het veld. We geloven dat goede zorg alleen ontstaat als we samenwerken, kennis delen en elkaar versterken. Organisaties zoals RIBW, Levvel en Maatwerk in Zorg bieden deels vergelijkbare diensten en opereren soms in hetzelfde werkgebied, maar we hebben juist een samenwerkingsrelatie met hen."</i> De directeur-bestuurders vertellen dat er sprake is van onderaannemerschap voor het aanbod Beschermd Wonen.
Beoordeling en conclusie getoetste norm 'Kwaliteitsbeleid'
Uit het aangeleverde beleid en de gevoerde gesprekken is geconcludeerd dat redelijkerwijs voldaan wordt aan de norm 'Kwaliteitsbeleid'.



Gebruikte bronnen

- Interviews met:
 - Drie ambulante begeleiders
 - Zorgcoördinator
 - Gedragswetenschapper
 - Directeur bestuurders
- Documenten:
 - Functieprofiel ambulante begeleider, gedragswetenschapper, zorgcoördinator
 - Kwalificaties ambulante begeleiders
 - Scholingsbeleid 2025 – Stichting Moving Up
 - Ondernemingsplan Stichting Moving Up 2025-2026
 - Overeenkomst van opdracht ZZP-ers
 - Overzicht personeel d.d. 27-08-2025
 - Ervaringscertificaat 25779 Persoonlijk begeleider maatschappelijke zorg (afgiftedatum 12 augustus 2025) Afgegeven door QRM
 - HKZ certificaat voor kleine organisaties afgegeven voor wonen en ambulante begeleiding aan jeugd en (jong) volwassenen afgegeven 19 juni 2024
 - Beleid omtrent VOG
 - VOG's
 - Register Ervaringscertificaten www.ervaringscertificaat.nl
 - Ondernemingsplan Stichting Moving Up 2025-2026
 - Beleid inzake de inzet van ervaringsdeskundigen als ambulant begeleiders
- Website www.smup.nl



Gegevens onderzoek

Gegevens aanbieder

Naam	: Stichting Moving Up
Adres	: Slotplein 17
Postcode en plaats	: 1441 KG Purmerend
Telefoonnummer	: 085-333 23 39
Contactpersoon	: Dhr. Y. Zwijnenburg en Dhr. R. Aouriaghel
Kwaliteitssysteem	: HKZ Kleine organisaties
E-mail/website	: www.smup.nl

Gegevens toezichthouder (GGD)

GGD	: GGD Kennemerland
Adres	: Postbus 5514
Postcode en plaats	: 2000 GM HAARLEM
Telefoonnummer	: 023-515 9500
Toezichthouder	: P. R. Schurer

Gegevens opdrachtgever (gemeente)

Naam gemeente	: IJmond (Beverwijk, Velsen, Heemskerk)
Adres	: p/a postbus 450
Postcode en plaats	: 1940 AL Beverwijk

Planning

Datum start onderzoek	: 11-09-2025
Opstellen concept rapport	: 14-11-2025
Vaststelling rapport	: 28-11-2025
Verzenden rapport naar aanbieder	: 28-11-2025
Verzenden rapport naar gemeente	: 28-11-2025



Bijlage: zienswijze

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

Hoewel wij op dit moment geen cliënten begeleiden die woonachtig zijn binnen één van de drie IJmond-gemeenten, hebben wij er bewust voor gekozen om het onderzoek toch te laten uitvoeren. Wij vinden het belangrijk om als organisatie periodiek te worden getoetst, zodat wij kunnen blijven leren en verbeteren. Veel van de bevindingen waren bij ons al bekend en hebben wij inmiddels opgepakt. Tegelijkertijd zijn wij ons ervan bewust dat wij op twee punten onnodige steken hebben laten vallen: de VOG-controle van één medewerker en de diplomacontrole van een andere collega. Dit onderzoek heeft ons er opnieuw op gewezen hoe belangrijk het is om nog alerter te blijven op deze processen.

In het rapport wordt ook een opmerking gemaakt over ons stappenplan 'Leren van melden van incidenten'. U geeft daarbij aan dat in het beleid functies worden genoemd zoals locatiemanager en kwaliteitsmanager, terwijl deze functies op dat moment nog niet ingevuld waren. Dit beleid is destijds opgesteld vanuit de organisatiestructuur die wij voor ogen hadden. Zoals u in het rapport ook heeft vermeld, hebben wij inmiddels per 1 november een kwaliteitsmanager aangesteld. Daarnaast is per 1 oktober een locatiemanager gestart voor de woongroep Kantershof in Amsterdam. Dit verklaart waarom deze functies al in het beleid waren opgenomen. Verder merkt u op dat de zorgcoördinator tijdens het interview aangaf niet goed te weten wie binnen SMUP verantwoordelijk is voor een melding bij Veilig Thuis. De zorgcoördinator gaf daarbij ook aan dat er tot op dat moment nog geen situaties waren geweest waarin een melding aan de orde was. Binnen onze werkwijze worden dit soort afwegingen altijd gezamenlijk besproken door het bestuur, de zorgcoördinator en de gedragswetenschapper. De gedragswetenschapper heeft bij zorginhoudelijke beslissingen de doorslaggevende rol. Inmiddels wordt dit proces verduidelijkt en opgenomen in ons geactualiseerde beleid.

Wij waarderen de zorgvuldigheid waarmee het onderzoek is uitgevoerd en nemen de aanbevelingen graag mee in onze verdere kwaliteitsontwikkeling.

Met vriendelijke groet,
R. Aouriaghel
Stichting Moving Up



