



GGD
Kennemerland

Sensa Zorg
Sierenborch 6b
1043 BA Amsterdam

Toezichthouder	: GGD Kennemerland
In opdracht van gemeentes	: Gemeente Heemskerk, Velsen en Beverwijk
Datum start onderzoek	: 24 september 2025
Type onderzoek	: Proactief toezicht
Status	: Definitief
Datum vaststellen rapport	: 10-12-2025

Inhoudsopgave

Inleiding	3
Het onderzoek	4
Observaties en bevindingen.....	5
Gegevens voorziening	19
Bijlage: zienswijze	26



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

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 Sensa Zorg 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 Sensa Zorg gericht op het onderdeel ambulante begeleiding.

De toezichthouder heeft de volgende inspectieactiviteiten uitgevoerd:

- documentenonderzoek;
- gesprekken met vier ambulante begeleiders;
- een gesprek met de directeur-bestuurder en teamleider/kwaliteitsmanager

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

Vanaf 2009 biedt Sensa Zorg met op dit moment een team van ongeveer 150 zorgprofessionals ondersteuning aan volwassenen (Wmo) of jeugdigen (Jeugdhulp) in tien regio's in Nederland met name aan cliënten en gezinnen met een multiculturele achtergrond. De ambulante begeleiding vindt plaats door een cultuursensitief team bestaande uit medewerkers die bij de ondersteuning de culturele achtergrond en gewoonten van de cliënt respecteert en aansluit bij de leefwereld van de cliënt.

Op de website wordt de visie op hulpverlening als volgt beschreven:

"Voor Sensa Zorg bestaat de basiswaarde van een samenleving en ook het verlenen van goede zorg uit Sensa: het gevoel.

In onze hulpverlening neemt Sensa Zorg het gevoel als maatstaf. Hoe voelt iemand zich? Wat is 'normaal' voor iemand met een andere cultuur, geloofsovertuiging, seksuele voorkeur of opvatting? Hoe kunnen wij hierin de verbindende factor in zijn als Sensa Zorg? Wij laten ons, naast feitelijke waarheden en evidence based onderzoeken, ook leiden door sensitieve gevoelsmatige waarnemingen.

Vanuit onze kijk- werk- en leefwijze en ervaring hebben wij gezien dat elk mens begrepen wil worden en gevoelens wil uiten. Het eigen referentiekader is de bepalende factor voor het vervolg van handelen. Doordat wij aansluiten op dit referentiekader en het gevoel en begrip hebben voor iemands culturele achtergrond, geloofsovertuiging of geaardheid en focus hebben en houden op hun eigen waarde en talenten is onze hulpverlening uiterst effectief bij cliënten met diverse trauma's en problematieken.



Veel van onze cliënten komen uit een ander land met een andere maatschappelijke-, culturele-, geloofs- of familiale context en proberen hun draai te vinden in de Nederlandse samenleving. Dat zorgt voor talrijke uitdagingen en ogenschijnlijk onoplosbare problemen en uitdagingen. Onze begeleiding kenmerkt zich door groene, (cultuur) sensa'tieve hartstochtelijke hulpverlening, die deskundig is en resultaatgericht.

Wij zijn principieel divers en inclusief en overtuigd sensa'tief. Ruimte geven aan en aansluiten op de verschillende leefwerelden zit in het DNA van Sensa Zorg. Divers vanwege de meer dan 30 verschillende achtergronden van onze intrinsiek gemotiveerde zorg professionals en de verschillende methodieken die Sensa Zorg hanteert. Sensa'tief om (verborgen) vooroordelen tegen te gaan, bewustzijn te creëren en bij te dragen aan een inclusieve samenleving. Iedereen mag er zijn en telt mee."

En de missie in hulpverlening wordt als volgt geformuleerd:

"Sensa Zorg is intrinsiek gemotiveerd om Groene-, Sensa'tieve-, Hartstochtelijke Zorg te verlenen aan zijn of haar cliënten!"

Conclusie

De toezichthouder constateert op basis van het onderzoek dat er uitvoering wordt gegeven aan het beleid van Sensa Zorg. Het aanbod ambulante begeleiding voldoet voor wat betreft de getoetste normen in voldoende mate aan de daaraan gestelde eisen.

Advies aan College van B&W

Geen handhaving.

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

Reactie aanbieder

De aanbieder heeft gebruik gemaakt van de gelegenheid een zienswijze in te dienen en deze is toegevoegd aan het 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 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'
<u>1.1.1 Bepalen hulpvraag</u> In het document 'Normen en kwaliteitskaders binnen Sensa Zorg' zijn de procedures met betrekking tot de uitvoering van de ondersteuning vastgelegd. Er worden drie fases gehanteerd: • Intake en observaties;



- Begeleiding en evaluatie;
- Afsluiting en nazorg.

Het gevoerde beleid bij de uitvoering van de ondersteuning is ook onderdeel van het document 'Normen en kwaliteitskaders binnen Sensa Zorg'.

De route van aanmelden en het hulpverleningsproces is vastgesteld. De ambulante begeleider is verantwoordelijk voor alle acties en stappen die gezet worden vanaf de aanmelding waarbij de volgende fases worden gehanteerd:

- Aanmeldfase
- Kennismakingsfase
- Intake en Observatie fase
- Begeleidingsfase
- Evaluatiefase
- Verlengingsfase
- Afsluitfase

Met de ambulante begeleiders is gesproken over de verschillende fases die gehanteerd worden. Binnen zes weken wordt een zorgplan opgesteld op basis van de verschillende leefgebieden. Per leefgebied worden doelen geformuleerd en wat ingezet wordt om het doel te behalen. Tijdens de begeleiding wordt gewerkt aan de geformuleerde doelen met het uiteindelijke doel toewerken naar zelfstandigheid en zelfredzaamheid. Na elk bezoek wordt de begeleiding gerapporteerd en de ambulante begeleider monitort de voortgang van de begeleiding.

Het rapporteren gebeurt aan de hand van vaste punten:

- Hoe is de week van de cliënt verlopen?
- De afgesproken acties, afspraken en resultaten per doel.
- De methodiek die toegepast is.

1.1.2 Cyclisch proces

Na drie maanden worden de in het zorgplan vastgestelde korte termijn doelen geëvalueerd en na zes maanden de lange termijn doelen. Daarbij maakt de ambulante begeleider de beoordeling of de toegewezen ondersteuning nog toereikend is en of de vastgesteld einddatum in de beschikking gehaald zal worden.

Bij afronding van de begeleiding wordt een afsluitende evaluatie uitgevoerd (mondeling of schriftelijk) en de uitkomsten worden verwerkt in het cliëntdossier.

Conclusie getoetste norm 'Doelen en dossier'

Met de medewerkers is gesproken over het gevoerde beleid en de werkwijze in de praktijk. Ook heeft de toezichthouder enkele dossiers van cliënten ingezien. Uit de gesprekken en de dossiers van cliënten blijkt dat de ambulante begeleiding overeenkomstig het beleid wordt uitgevoerd.

Geconcludeerd wordt dat cliënten binnen de mogelijkheden, in samenspraak met de medewerkers de hulpvraag en de doelen van de geboden ondersteuning hebben bepaald. Medewerkers werken cyclisch aan de hand van de periodieke evaluaties.

Het proces is inzichtelijk in het digitale cliëntdossier Nedap Ons.



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

De gedragscode is onderdeel van het document 'Normen en kwaliteitskaders binnen Sensa Zorg'.

Uit de gesprekken met de ambulante begeleiders blijkt dat ze op de hoogte zijn van de



vastgelegde afspraken.

De gedragscode is toegankelijk voor medewerkers via het digitale kwaliteitshandboek. Tijdens de inwerkperiode is aandacht voor de gedragscode en de gewenste omgangsvormen en de bejegening van cliënten.

1.2.2 Medezeggenschap

Het 'Beleid Cliënttevredenheid bij Sensazorg' is onderdeel van het document 'Normen en kwaliteitskaders binnen Sensa Zorg'.

Het doel van het beleid wordt als volgt geformuleerd:

"het systematisch meten en verbeteren van de tevredenheid van cliënten over de zorg- en dienstverlening van Sensazorg. Wij streven naar een hoge mate van betrokkenheid, open communicatie en het continu verbeteren van onze kwaliteit van zorg op basis van de ervaringen en signalen van cliënten."

Cliënt ontvangen één keer per drie jaar een schriftelijke cliënttevredenheidsvragenlijst waarin vragen gesteld worden over de volgende onderwerpen:

- Bejegening en communicatie;
- Deskundigheid van medewerkers;
- Betrokkenheid bij het hulpverleningsplan;
- Resultaat van de begeleiding;
- Bereikbaarheid en duidelijkheid van informatie.

Daarnaast voeren de gedragswetenschappers of teamleiders minimaal één keer per kwartaal per team steekproefgesprekken met cliënten over de ervaren begeleiding.

Tijdens de tussentijdse en eindevaluatie wordt ook informatie opgehaald bij de cliënt over de ervaren tevredenheid.

De resultaten van de tevredenheidsmetingen worden geanonimiseerd verwerkt in kwartaalrapportages en deze worden besproken binnen het managementteam en teruggekoppeld aan de teams tijdens werkoverleggen.

Op basis van trends of opvallende uitkomsten worden verbeteracties opgesteld en opgevolgd binnen de kwaliteitscyclus. Bij structurele ontevredenheid worden concrete verbeteracties geformuleerd, uitgevoerd en gemonitord.

De uitkomsten van de metingen vormen de input voor het kwaliteitsjaarplan.

De respons op het cliënttevredenheidsonderzoek in 2024 was dermate laag dat er onvoldoende betrouwbare resultaten beschikbaar waren voor registratie en analyse. Wel is de uitkomst gebruikt voor verbetering. Om deze reden is de aanpak voor 2026 herzien waarbij de ambulante begeleiders gevraagd is een actievere rol te vervullen vanwege zowel de taal- als de cultuurbarrières een aanzienlijke invloed hebben op de deelnamebereidheid en het begrip van cliënten. Om die reden is het evalueren van de medezeggenschap en het meten van de tevredenheid een continu proces en is in 2025 het beleid aangepast.

Cliënten worden geïnformeerd over wat er met hun feedback is gedaan via een terugkoppeling in nieuwsbrieven, cliëntoverleggen of individuele gesprekken.

In het beleid met betrekking tot de medezeggenschap staat vermeld dat er een cliëntenraad is ingesteld bestaande uit een vertegenwoordiging van cliënten van verschillende afdelingen waaronder de ambulante begeleiding Wmo uit de diverse regio's.

Er is aandacht voor de werving van nieuwe leden door cliënten middels een brief te informeren en



uit te nodigen deel te nemen aan de cliëntenraad.

Op dit moment bestaat de cliëntenraad uit vijf cliënten (Jeugd, Wmo en GGZ).

De cliëntenraad heeft als doel om de kwaliteit van zorg en dienstverlening te verbeteren door middel van het geven van advies en feedback. Jaarlijks vinden vier online bijeenkomsten plaats met de leden van de cliëntenraad, de directie en de afdeling Kwaliteit.

Het beleid met betrekking tot de cliëntenraad wordt jaarlijks geëvalueerd en indien nodig aangepast zodat het blijft aansluiten bij de behoeften van de cliënten en de organisatie.

Cliënten ontvangen een welkomsttas met informatie waaronder de medezeggenschap die cliënten hebben. De ambulante begeleiders worden op de hoogte gehouden over de regeling voor medezeggenschap per e-mail en tijdens vergaderingen. Nieuwe medewerkers ontvangen tijdens de inwerkdagen een welkomsttas met de benodigde folders en informatie, zodat zij deze met hun eigen cliënten kunnen delen. Deze folders zijn ook op kantoor beschikbaar. In verband met taalbarrière bij cliënten hebben ambulante begeleiders een actieve rol in het informeren van cliënten en de teamleider bewaakt of ambulante begeleiders hier aandacht voor hebben.

Op website van Sensa Zorg staat informatie over de cliëntenraad met daarbij het mailadres waarop de cliëntenraad bereikbaar is.

1.2.3 Klachtenregeling

Er is beleid vastgesteld over de afhandeling van klachten. De klachtenregeling is gebaseerd op de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) en de Jeugdwet.

Sensazorg beschikt over een laagdrempelige klachtenprocedure waarin cliënten hun onvrede kunnen uiten. Deze is terug te vinden op de website en in de cliëntenbrochure.

Er is een onafhankelijke klachtenfunctionaris beschikbaar voor cliënten.

Bij aanvang van de begeleiding worden cliënten geïnformeerd over de klachtenregeling en waar deze te vinden is. Cliënten ontvangen een welkomsttas met daarin informatie over het indienen van een klacht en de procedure. Nieuwe medewerkers worden ingewerkt op de regeling voor klachten en deze passend onder de aandacht brengen van cliënten.

Uitingen van ongenoegen of klachten worden besproken met de betrokken medewerker, teamleider en waar nodig met de gedragswetenschapper. Klachten worden serieus genomen en afgehandeld overeenkomstig de vastgestelde procedure.

De voorkeur gaat uit naar het informeel oplossen van klachten.

Cliënten kunnen op verschillende manieren klachten indienen waaronder persoonlijk, schriftelijk, telefonisch en online via de website.

Jaarlijks worden klachten geanalyseerd op trends en patronen. Deze analyses worden besproken binnen het managementteam en gebruikt voor verbetering van:

- Cliëntveiligheid;
- Kwaliteit van zorg;
- Medewerkertrainingen en protocollen.

1.2.4 Privacy

De wijze waarop aandacht is voor het borgen van de privacy van een cliënt is onderdeel van het document 'Normen en kwaliteitskaders binnen Sensa Zorg' en het veiligheidsbeleid.

Het uitgangspunt is dat bij het verwerken van gegevens van cliënten, Sensa Zorg van medewerkers uiterste zorgvuldigheid verwacht en het te allen tijde de privacy van cliënten respecteren.



Alle persoonsgegevens worden verwerkt en opgeslagen conform de AVG. Beschreven staat dat verlies, diefstal of misbruik van gegevensdragers (zoals USB-sticks of laptops) met persoonsgegevens direct gemeld moeten worden bij de directie. Indien blijkt dat persoonsgegevens van cliënten zijn gelekt, wordt dit gemeld bij de Autoriteit Persoonsgegevens. Een medewerker van de afdeling financiën is aangewezen als functionaris Gegevensbescherming. De ambulante begeleiders geven aan zorgvuldig om te gaan met privacygevoelige informatie. Het dossier van cliënten is alleen toegankelijk voor de medewerkers die vanuit hun functie en werkzaamheden toegang moeten hebben.
Conclusie getoetste norm 'Rechten cliënt'
Uit de gesprekken die gevoerd zijn en het vastgestelde beleid is geconcludeerd dat voldaan wordt aan de norm 'Rechten cliënt'.

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 Ondersteuning die aansluit bij wensen, mogelijkheden en ondersteuningsbehoefte

Bij aanvang van de begeleiding is aandacht voor het leren kennen van de cliënt en het leggen van een basis van vertrouwen. Aan de hand van de verschillende leefgebieden wordt gekeken waar ondersteuning nodig is en welke ondersteuning. Dit wordt samen met de cliënt vastgelegd in het zorgplan met de daarbij behorende doelen en de wijze waarop het doel bereikt gaat worden.

1.3.2 Continuïteit in de verleende ondersteuning

De cliënt krijgt een vaste ambulante begeleider toegewezen passend bij de hulpvraag. Bij kortdurende afwezigheid wordt in overleg met de cliënt besproken of vervanging gewenst is. Afhankelijk van de situatie en de wens van de cliënt wordt een vervangende ambulante begeleider ingezet of is er een achterwacht beschikbaar die de cliënt kan inschakelen mocht dat nodig zijn.

1.3.3 Stimuleren zelfredzaamheid en participatie van de cliënt

Bij aanvang van de begeleiding wordt besproken wat de cliënt nodig heeft en waar de behoefte ligt. De regie en de verantwoordelijkheid wordt bij de cliënt gelegd en de ambulante begeleider ondersteunt de cliënt daarbij. Tijdens de begeleiding wordt gericht toegewerkt naar de zelfredzaamheid van de cliënt.

Conclusie getoetste norm 'Ondersteuning in de praktijk'

Uit de gesprekken die gevoerd zijn en het vastgestelde beleid is geconcludeerd dat voldaan wordt aan de norm 'Ondersteuning in de praktijk'.



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 norm 'Afstemming met (in)formele netwerk'1.4.1 Interne afstemming

Er is aandacht voor reflectie door middel van een maandelijks teamoverleg en een zes wekelijkse intervisie als structureel onderdeel van de werkzaamheden. Het maandelijks teamoverleg vindt plaats met de teamleider en casuïstiek is een standaard onderdeel van het overleg. De intervisie vindt plaats in kleine groepjes onder de begeleiding van een externe intervisor.

Bijzonderheden in de situatie van de cliënt worden bijgehouden in de digitale notities in Nedap en



deze zijn toegankelijk voor het hele team.

Elke cliëntdossier wordt minimaal eens per kwartaal besproken met een gedragswetenschapper of teamleider.

Een gedragswetenschapper leest mee in de dossiers en rapportages van cliënten en heeft een adviserende rol. Ook kan een gedragswetenschapper indien nodig betrokken worden bij de ambulante begeleiding en huisbezoeken om observaties in de thuissituatie te kunnen doen.

1.4.2 Externe afstemming met formele netwerk

De ambulante begeleiding is veelal maatwerk en bij complexe situaties wordt samengewerkt met het formele netwerk van een cliënt. De ambulante begeleider onderhoudt het contact met het betrokken formele netwerk van de cliënt als regiehouder van het proces van externe afstemming. Bij complexe casuïstiek vindt multidisciplinair overleg plaats waarin de gedragswetenschapper een adviserende en sturende rol vervult.

Ook kan het formele netwerk betrokken worden bij de periodieke evaluaties.

1.4.3 Afstemming met het informele netwerk

Het sociale netwerk wordt in kaart gebracht bij aanvang van de begeleiding en afhankelijk van de situatie betrokken bij de begeleiding en de periodieke evaluaties die plaatsvinden. Dit gebeurt altijd in overleg met de cliënt en de afspraken worden vastgelegd.

In 2025 is er extra aandacht geweest voor het versterken van het informele netwerk en het coachen van ambulante begeleiders door de teamleider.

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

Uit de gesprekken die gevoerd zijn en het vastgestelde beleid is geconcludeerd dat voldaan wordt aan de norm 'Afstemming met (in)formele netwerk'.

Gebruikte bronnen:

- Interviews met vier ambulante begeleiders
- Dossiers cliënten

Documenten:

- Normen en kwaliteitskaders binnen Sensa Zorg (versie 5.0; 2025-2026)
- Brief 'Uitnodiging deelname cliëntenraad Sensa Zorg' (onderdeel welkomsttas cliënten)
- Folder 'Uw ervaring telt!' (onderdeel welkomsttas cliënten)
- Klachtenreglement Sensa Zorg (versie 2.0; 2025-2026)
- Overzicht meldingen 2025-2025
- Klantentevredenheidsonderzoek 2024
- Rapportage klantentevredenheidsonderzoek Q4 2024
- Rapportage klachten en incidenten Q3 2025
- Website: www.sensazorg.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 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 geldende 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'		
<u>2.1.1 Veiligheidsrisico's van cliënt</u> Bij de intake brengt de ambulante begeleider samen met de cliënt de veiligheidsrisico's in kaart door middel van het uitvoeren van een risicoanalyse. Wat zijn de risico's en welke invloed hebben deze op het dagelijkse leven van de cliënt? De risicoanalyse is onderdeel van het digitale dossier van de cliënt en periodiek wordt de beoordeling gemaakt of het nog passend is bij de situatie. Veiligheidsincidenten en signalen worden vastgelegd in het cliëntdossier. Signalen worden geregistreerd overeenkomstig het beleid van Sensa Zorg en er worden passende maatregelen genomen. Als er sprake is van huiselijk geweld en mishandeling, wordt een veiligheidsplan opgesteld waarin de afspraken samen met de cliënt worden vastgesteld. De ambulante begeleider monitort of de afspraken in het veiligheidsplan uitgevoerd worden. Het (in)formele netwerk wordt betrokken bij situaties waarin gezamenlijke actie nodig is.		
Beoordeling en conclusie getoetste norm 'Omgaan met risico's cliënt'		
Uit de gesprekken die gevoerd zijn en het vastgestelde beleid is geconcludeerd dat voldaan wordt aan de norm 'Omgaan met risico's cliënt'.		

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'

2.2.1 Borgen veiligheid van de cliënten en beroepskrachten

Het vastgestelde veiligheidsbeleid is van toepassing op alle medewerkers en cliënten. Het veiligheidsbeleid heeft als doel het waarborgen van de fysieke, psychische en sociale veiligheid, een voorwaarde voor goede zorg welke centraal staat in het dagelijks handelen.

Er wordt ingegaan op de gehanteerde veiligheidsprincipes; cliënt- en medewerkersveiligheid en wat daar onder verstaan wordt.

In het veiligheidsbeleid wordt ingegaan op de verantwoordelijkheden:

- Medewerkers: Signaleren, rapporteren en handelen bij onveilige situaties.
- Teamleiders: Toezicht houden op uitvoering beleid, begeleiden bij incidenten.
- Directie: Draagt eindverantwoordelijkheid voor implementatie, actualisering en toetsing van het veiligheidsbeleid.

Met de ambulante begeleiders is gesproken over de veiligheid van cliënten en de medewerkers zelf. Onveilige situaties worden altijd gemeld bij de teamleider. Bij acute onveiligheid wordt de politie ingeschakeld.

Er is aandacht voor de veiligheid van de ambulante begeleiders. Mocht de thuissituatie van de cliënt een onveilige situatie vormen voor ambulante begeleiders, worden de begeleidingsgesprekken elders gevoerd.

Mocht tijdens de begeleiding de situatie onveilig worden, begrenst de ambulante begeleider de cliënt door aan te geven dat het gedrag ongewenst is en indien nodig verlaat de ambulante begeleider de situatie.

2.2.2 Meldcode Huiselijk Geweld en Kindermishandeling



Er is een protocol huiselijk geweld en kindermishandeling vastgesteld en deze is toegeschreven naar Sensa Zorg met de verantwoordelijken per stap. Er zijn aandachtsfunctionarissen aangewezen. Het overlegteam Huiselijk Geweld en Kindermishandeling bestaat uit zes aandachtfunctionarissen met diverse disciplines, die zich dagelijks bezig houden met casussen waar Huiselijk Geweld en Kindermishandeling naar voren komen. Het overlegteam is bedoelt voor collegiale consultatie.

De ambulante begeleider is verantwoordelijk voor het toepassen van de te nemen stappen overeenkomstig het protocol zoals het afwegingskader en het melden Veilig Thuis.

Uit het gesprek met de ambulante begeleiders blijkt dat de kennis en het gebruik van het protocol bevorderd wordt. De ambulante begeleiders hebben een signalerende functie. Zorgen worden gedeeld in het team en besproken. Indien nodig wordt samen met de aandachtsfunctionarissen de beoordeling gemaakt welke stappen gezet moeten worden. Er wordt een veiligheidsplan opgesteld in samenspraak met het (in)formele netwerk. Het bewust zijn van signalen en het in kaart brengen blijft een continu proces tijdens de begeleiding.

Nieuwe medewerkers volgen op de derde dag van de inwerkperiode de basis training Meldcode Huiselijk Geweld en Kindermishandeling gegeven door één van de zes aandachtsfunctionarissen. Daarnaast is de kennis en het gebruik van de Meldcode Huiselijk Geweld en Kindermishandeling onderdeel van het jaarlijkse opleidingsplan.

2.2.3 Leren van incidenten

Het beleid 'Incidenten cliënten en medewerkers' is onderdeel van het document 'Normen en kwaliteitskaders binnen Sensa Zorg' waarbij de gehanteerde procedure beschreven wordt met als doel te leren van incidenten en deze daardoor in de toekomst te voorkomen.

Op de website van Sensa Zorg kunnen incidenten en calamiteiten via een digitaal meldpunt gemeld worden door cliënten, het netwerk van de cliënt of door medewerkers.

De meldingen worden automatisch doorgestuurd naar de kwaliteitscoördinator voor de afhandeling en opvolging.

Jaarlijks worden incidenten en calamiteiten geanalyseerd op trends en patronen. Deze analyses worden besproken binnen het managementteam en gebruikt voor verbetering van:

- Cliëntveiligheid;
- Kwaliteit van zorg;
- Medewerkerstrainingen en protocollen.

In het document 'Normen en kwaliteitskaders binnen Sensa Zorg' wordt het volgende beschreven; *Calamiteitenprocedure: In geval van ernstige incidenten wordt gehandeld volgens de interne meldstructuur.*

Het beleid met betrekking tot het melden van calamiteiten en geweldsincidenten bij de toezichthouder van de GGD is als volgt vastgelegd:

- De Wmo-begeleider of andere betrokken zorgprofessional meldt een incident of calamiteit binnen 3 werkdagen schriftelijk bij de GGD via het daartoe bestemde meldpunt van de GGD.
- De kwaliteitsfunctionaris bewaakt deze termijn en ondersteunt bij het opstellen van de melding.
- Indien nodig wordt de melding geëscaleerd naar de directie voor beoordeling en verdere opvolging.

Beoordeling en conclusie getoetste norm 'Veiligheidsbeleid'



Uit de gesprekken die gevoerd zijn en het vastgestelde beleid is geconcludeerd dat voldaan wordt aan de norm 'Veiligheidsbeleid'.

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 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 vier ambulante begeleiders
- Dossiers cliënten
- Documenten:
 - Protocol huiselijk geweld en kindermishandeling Sensa Zorg versie 1.0 2024-2026
 - Overzicht meldingen 2024-2025
 - Rapportage klachten en incidenten Q3 2025
 - Normen en kwaliteitskaders binnen Sensa Zorg (versie 5.0; 2025-2026)
- Website www.sensazorg.nl



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 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

Het screeningsbeleid medewerkers is onderdeel van het document 'Normen en kwaliteitskaders binnen Sensa Zorg'. Voor de indiensttreding worden de relevante en geldige diploma's en/of certificaten gecontroleerd. Een referentiecheck kan onderdeel zijn en deze wordt uitgevoerd tijdens de sollicitatieprocedure door de teamleider.

In het personeelsdossier wordt een kopie van het diploma en relevante certificaten bewaard, dit is de verantwoordelijkheid van de afdeling HR. Het uitgangspunt is dat een uittreksel van het diploma uit het diplomaregister van DUO wordt gevraagd aan nieuwe medewerkers.

De cao Jeugdzorg is van toepassing. In een functieprofiel staan de functiecriteria en de competenties beschreven.

Voor de ambulante begeleiders geldt de volgende opleidingseis:

- MBO werk- en denkniveau bij voorkeur praktisch, administratief, en juridische kennis

De ambulante begeleiders zijn in het bezit van een diploma HBO Sociaal Work, Persoonlijke begeleider MBO niveau 4, Maatschappelijk Dienstverlener MBO niveau 4, HBO Pedagogiek of HBO Toegepaste Psychologie.

3.1.2 Stimuleren, ondersteunen en bevorderen ontwikkeling

Na de aanvang van de werkzaamheden volgt een inwerkprocedure en onderdeel is een specifieke training voor ambulante begeleiders "Leren observeren en rapporteren". Daarnaast krijgen zij een introductie in de gehanteerde methodiek 'Culturele anamnese voor de Volwassenen'.



Het beleid met betrekking tot scholing en deskundigheidsbevordering is onderdeel van het document 'Normen en kwaliteitskaders binnen Sensa Zorg'.

Vastgelegd is op welke wijze de kwaliteit en deskundigheid van medewerkers geborgd wordt:

- Sensa Ontwikkelcyclus: vaste evaluatiemomenten (ontwikkelgesprekken, voortgangsgesprekken) waarin scholingsbehoefte en groei centraal staan.
- Vaardighedenmatrix: per functiegroep is in kaart gebracht welke vaardigheden vereist zijn en hoe deze worden onderhouden.
- Scholingsdossier: iedere medewerker houdt een actueel digitaal scholingsdossier bij in overleg met HR en teamleider.
- Intervisie & Reflectie: intervisie is structureel onderdeel van het werk, ondersteund door gedragswetenschappers of coaches.

Beschreven staat dat Sensa Zorg over een afdeling "Leren & Ontwikkelen" beschikt bestaande uit trainers, praktijkopleiders en een scholingscoördinator en het volgende wordt aangegeven:

- Ontwikkelt en actualiseert het leerbeleid.
- Zet interne praktijkgerichte trainingen op.
- Organiseert en coördineert bijscholingen, intervisies en teamtrainingen.
- Begeleidt medewerkers tijdens de praktijkleertrajecten (inwerkprogramma, werkbegeleiding).

Er is een aanbod van interne trainingsprogramma's via de Sensazorg Academy waarbij eigen geaccrediteerde trainingen ontwikkeld zijn zoals bijvoorbeeld de Sensa Methodiek, ethisch handelen, de meldcode en begeleidingsvaardigheden.

Jaarlijkse worden bepaalde trainingen herhaald zoals AVG, veiligheid, signaleren.

Daarnaast wordt gebruik gemaakt van externe scholing op maat bij specifieke leervragen of thema's. Voorbeelden kunnen zijn traumaverwerking, LVB-problematiek en/of verslaving.

Jaarlijks wordt een opleidingsplan vastgesteld per afdeling. Beschreven wordt wie de training geeft en wat de inhoud van de training is. Voor de ambulante begeleiding zijn dat de volgende trainingen:

- Leren observeren en rapporteren;
- Meldcode Kindermishandeling en Huiselijk geweld;
- Beroepsethiek en tuchtrecht (basis en verdieping).

De ambulante begeleiders vertellen dat er aandacht is voor de persoonlijke ontwikkeling door het aanbod van trainingen passend bij de aard van de werkzaamheden en de behoefte van de ambulant begeleiders.

3.1.3 Passende VOG

In het screeningsbeleid medewerkers als onderdeel van het document 'Normen en kwaliteitskaders binnen Sensa Zorg' staat vermeld dat voor de indiensttreding of inzet wordt gecontroleerd of de persoon over een Verklaring Omtrent het Gedrag beschikt die niet ouder is dan 3 jaar. Pas na het overleggen van de VOG, wordt de medewerker ingezet.

Het beleid komt niet overeen met de praktijk. De contactpersoon van Sensa Zorg verklaart dat voor aanvang van de werkzaamheden de nieuwe medewerker een VOG moet overleggen die niet ouder is dan drie maanden.

De VOG is onderdeel van het personeelsdossier en om de drie jaar moeten medewerkers een nieuwe VOG overleggen. Het borgingsproces is schriftelijk vastgelegd en er vinden periodieke



controles plaats. Minimaal jaarlijks worden alle relevante documenten gecontroleerd op geldigheid, waaronder de VOG. Dit is de verantwoordelijkheid van de afdeling HR. Mocht de medewerker geen nieuwe VOG kunnen overleggen, dan wordt het contract beëindigd.

De afdeling HR checkt de VOG's op echtheid via www.validatie.nl van de Rijksoverheid, de validatievoorziening van de Justitiële Informatiedienst.

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

Er worden geen ervaringsdeskundigen of vrijwilligers ingezet. Er worden alleen stagiairs ingezet die in het derde of laatste leerjaar zitten en vastgelegd is op welke wijze stagiairs verantwoord ingezet worden.

Het doel van het vastgelegde beleid is als volgt vastgelegd:

"het bieden van een gestructureerde en professionele begeleiding aan stagiaires, zodat zij zich kunnen ontwikkelen, relevante werkervaring opdoen en een positieve bijdrage leveren aan de organisatie. Dit draagt bij aan de kwaliteit van de stage en het welzijn van de stagiaire."

Beoordeling en conclusie getoetste norm 'Personeel'

Uit het aangeleverde beleid en de gevoerde gesprekken is geconcludeerd dat redelijkerwijs voldaan wordt aan de norm 'Personeel'.

3.1 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'

3.2.1 Borging en bewaking kwaliteit van de ondersteuning

Sensa Zorg is gecertificeerd volgens het keurmerk 'ISO 9001:2015'.

Dit certificaat is geldig voor de volgende scope:

"Het bieden van geestelijke gezondheidszorg, waaronder pedagogische begeleiding en



psychologische hulp; Het verlenen van kraamzorg activiteiten aan kraamvrouwen.” In juli 2025 is een externe audit uitgevoerd door LRQA en beoordeeld is of het managementsysteem van Sensa Zorg B.V. voldoet aan de eisen uit de ISO 9001:2015, zoals uitgevoerd conform het auditplan. Vastgesteld is dat de organisatie beschikt over een werkend kwaliteitsmanagementsysteem dat de organisatie ondersteunt in het realiseren van haar doelstellingen. Daarnaast wordt jaarlijks een interne audit uitgevoerd en de wijze waarop en wie verantwoordelijk is, is vastgesteld in het beleid 'Interne audits' als onderdeel van het document 'Normen en kwaliteitskaders Sensa Zorg'. Er is een digitaal kwaliteitshandboek ingericht, QLink, waarin protocollen, formulieren en werkinstructies beschikbaar zijn voor alle medewerkers en die de medewerkers ondersteunt bij het uitvoeren van de werkzaamheden.
3.2.2 Samenwerking intern en met andere organisaties In een functieprofiel is vastgelegd welke taken en verantwoordelijkheden de ambulante begeleiders hebben. Het doel van het uitvoeren van de werkzaamheden wordt als volgt beschreven: • Wat moet ik bereiken (resultaten); • Wat kan ik doen om de doelen te bereiken (activiteiten). Er is beleid vastgesteld gericht op de samenwerking met andere organisaties waarin de uitgangspunten en werkwijze voor samenwerking met externe partijen zoals zorgorganisaties, gemeenten, huisartsen, scholen, welzijnsinstellingen en andere relevante partners beschreven wordt.
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 vier ambulante begeleiders
- Dossiers cliënten
- Documenten:
 - Functieprofiel WMO specialist
 - Kwalificaties (steekproef)
 - Certificaat ISO 9001:2015 met vervaldatum 7 april 2026
 - Auditrapport 1 juli 2025
 - Organogram Sensa Zorg februari 2024
 - Overzicht cliënten IJmond
 - Overzicht personeel (gevolgde opleiding, datum in dienst, afgiftedatum VOG)
 - Normen en kwaliteitskaders Sensa Zorg (versie 5.0; 2025-2026)
 - Opleidingsplan afdeling ambulante jeugd en gezinsprofessionals 2025
 - Beleid Begeleiding Stagiaires (versie 1.0 Maart 2025)
- Website www.sensazorg.nl



Gegevens onderzoek

Gegevens aanbieder

Naam locatie	: Sensa Zorg
Adres	: Sierenborch 6b
Postcode en plaats	: 1043 BA Amsterdam
Telefoonnummer	: 085 273 32 63
Contactpersoon	: Mw. S. Hassanzadah (Kwaliteitsmanager)
Kwaliteitssysteem	: ISO 9001:2015
E-mail/website	: www.sensazorg.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	: 24-09-2025
Opstellen concept rapport	: 27-11-2025
Vaststelling rapport	: 09-12-2025
Verzenden rapport naar aanbieder	: 10-12-2024
Verzenden rapport naar gemeente	: 10-12-2025



Bijlage: zienswijze

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

Zienswijze Sensa Zorg op het conceptrapport Toezicht Wmo – Proactief Onderzoek
 Datum onderzoek: 24 september 2025
 Aanbieder: Sensa Zorg
 Datum: 03-12-2025

Geachte toezichthouder, Pietrik Schrur,

Wij danken u hartelijk voor het toezichtsbezoek en het opgestelde conceptrapport. Wij waarderen de zorgvuldigheid waarmee het onderzoek is uitgevoerd en de open gesprekken die met onze medewerkers hebben plaatsgevonden. In deze zienswijze geven wij onze reactie op het rapport.

1. Algemene reactie

Sensa Zorg onderschrijft de conclusies van het onderzoek, waarin wordt vastgesteld dat onze ambulante begeleiding in voldoende mate voldoet aan de gestelde wettelijke en gemeentelijke kwaliteitseisen. Wij herkennen ons in de bevinding dat ons beleid in de praktijk goed wordt uitgevoerd en dat de kwaliteit van begeleiding, veiligheid en professionaliteit aantoonbaar geborgd is.

Wij zijn tevreden dat het rapport de sterke punten van onze werkwijze benadrukt, zoals het cyclisch werken, het betrekken van netwerk, de inzet op cultuursensitieve begeleiding en onze aandacht voor veiligheid, deskundigheid en kwaliteitsborging.

2. Reacties op specifieke onderdelen

2.1 VOG-beleid

In het rapport wordt terecht opgemerkt dat in de schriftelijke beleidsdocumentatie stond dat een VOG niet ouder mag zijn dan drie jaar, terwijl in de uitvoering de regel wordt toegepast dat de VOG niet ouder mag zijn dan drie maanden bij indiensttreding.

Wij bevestigen dat de praktijk leidend is: voor aanvang van werkzaamheden moet altijd een VOG van maximaal drie maanden oud zijn overgelegd.

Wij hadden het beleid in 2025 aangepast, de wijzigingen waren in 2025 ook volledig doorgevoerd door HR. Deze gaan wij nogmaals goed evalueren met HR en leidinggevenden. En het Beleid is leidend.

2.2 Verbeteracties cliënttevredenheidsonderzoek

Het rapport benoemt dat de respons in 2024 laag was. Dit klopt, en zoals in het rapport staat weergegeven, hebben wij in 2025 reeds verbetermaatregelen doorgevoerd.

Inmiddels is het traject voor 2026 verder aangescherpt door:

- actieve ondersteuning van cliënten door ambulante begeleiders bij het invullen;
- inzet van meertalige informatie en toelichtingen;
- verkorting van de vragenlijst;
- een extra meetmoment in de tussenevaluaties.

Wij verwachten hiermee een representatievere respons te behalen.

2.3 Versterking informele netwerk



Wij voegen graag toe dat in 2025 niet alleen extra aandacht is besteed aan het coachen van medewerkers, maar dat wij vanaf 2026 structureel een korte triage toevoegen aan de intake om de inzetbaarheid van het netwerk nog systematischer in kaart te brengen.

3. Overige opmerkingen

Wij willen toezichthouders bedanken voor de prettige samenwerking. Het rapport geeft een realistisch en zorgvuldig beeld van onze organisatie. De aanbevelingen en aandachtspunten nemen wij mee binnen onze kwaliteitscyclus.

4. Conclusie

Sensa Zorg kan zich vinden in het conceptrapport en de daarin opgenomen conclusies. De enkele geconstateerde afwijking in het VOG-beleid is inmiddels volledig rechtgezet. Wij hebben geen verdere correcties die een aanpassing van het rapport vereisen. Wij zien uit naar de vaststelling van het definitieve rapport.

Met vriendelijke groet,

Kwaliteit en Directie

