



Flevoland

Rapportage

Proactief toezicht Wmo

Ambulante Hulpverlening Midden Nederland (AHMN)
Ambulante begeleiding, gemeente Dronten

Toezichthouders : B. Boeve
In opdracht van : gemeente Dronten
Status : Definitief
Datum vaststellen rapport : 21 december 2020

Inhoudsopgave

1. Onderzoek	3
1.1. Inleiding	3
1.2. Voorziening	4
1.3. Toetsingskader	4
2. Verloop van het onderzoek.....	5
3. Oordeel	6
4. Conclusie	8
4.1. Advies aan de voorziening	8
4.2. Advies aan de gemeente	8
5. Beoordeling.....	9
5.1. Beoordelingssystematiek.....	9
5.2. Thema 1: <i>De voorziening is doelmatig, doeltreffend en cliëntgericht.</i>	9
5.3. Thema 2: <i>De voorziening is veilig.</i>	14
5.4. Thema 3: <i>De voorziening is afgestemd op de reële behoefte van de cliënt en andere vormen van zorg of hulp.</i>	15
5.3 Thema 4: <i>De voorziening wordt verstrekt in overeenstemming met de op de beroepskracht rustende verantwoordelijkheid op basis van de professionele standaard.</i>	16
5.4 Thema 5: <i>De voorziening wordt verstrekt met respect en inachtneming van de rechten van de cliënt</i>	19
Bijlage 1: Reactie van de aanbieder op de bevindingen	21
Bijlage 2: Toetsingskader ambulante begeleiding v2020.....	22
Bijlage 3: Programma van eisen gemeente Dronten.....	25

1. Onderzoek

1.1. Inleiding

Conform de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo) zijn gemeenten verantwoordelijk voor het toezicht op de kwaliteit van voorzieningen.

Daarvoor hebben de gemeente Almere, Dronten, Lelystad, Noordoostpolder en Urk GGD Flevoland aangewezen als toezichthoudend ambtenaar voor de lokale taken binnen die gemeenten. Daarnaast is GGD Flevoland door alle gemeenten in Flevoland aangewezen als toezichthoudende ambtenaar voor de regionale taken binnen Flevoland.

De toezichthoudend ambtenaar Wmo doet onderzoek naar de kwaliteit van de maatschappelijke ondersteuning door het uitvoeren van signaal gestuurde en proactieve onderzoeken. Daarnaast wordt toezicht gehouden naar aanleiding van (wettelijk verplichte) meldingen van calamiteiten en geweldsincidenten incidenten door aanbieders. De gemeente Dronten heeft de toezichthouder GGD Flevoland verzocht om proactief onderzoek te doen naar de kwaliteit van de ambulante begeleiding van **Ambulante Hulpverlening Midden Nederland (AHMN), te Harderwijk**.

Er is met de gemeente Dronten afgesproken om het onderzoek te richten op de volgende thema's:

- Thema 1: De voorziening is doelmatig, doeltreffend en cliëntgericht
- Thema 2: De voorziening is veilig
- Thema 3: De voorziening is afgestemd op de reële behoefte van de cliënt en andere vormen van zorg of hulp
- Thema 4: De voorziening wordt verstrekt in overeenstemming met de op de beroepskracht rustende verantwoordelijkheid op basis van de professionele standaard
- Thema 5: De voorziening wordt verstrekt met respect en inachtneming van de rechten van de cliënt

Daarnaast zijn in het programma van eisen, aan gecontracteerde zorgaanbieders die werkzaam zijn voor de inwoners van de gemeente Dronten, aanvullende kwaliteitseisen geformuleerd. Deze zijn in het onderzoek meegenomen en getoetst.

Het doel van dit onderzoek is om op deze thema's te toetsen of en in hoeverre voorzieningen voldoen aan de wet- en regelgeving door:

1. Te beoordelen in hoeverre de voorziening voldoet aan de kwaliteitseisen.
2. De aanbieder te informeren over de kwaliteit van de voorziening.
3. De gemeenten te informeren over de kwaliteit van de voorziening.

Leeswijzer

Het rapport begint met een beschrijving van de voorziening en het toetsingskader wat is gebruikt. In hoofdstuk 2 is het verloop van het onderzoek weergegeven en in hoofdstuk 3 wordt het oordeel gegeven op basis van de bevindingen. In hoofdstuk 4 is de conclusie beschreven en in hoofdstuk 5 is de beoordeling per thema weergegeven.

In bijlage 1 is de reactie van de aanbieder toegevoegd. In bijlage 2 staat het toetsingskader wat van toepassing is bij dit onderzoek en in bijlage 3 het programma van eisen, geldend voor de maatwerkvoorzieningen van de gemeente Dronten.

1.2. Voorziening

Gegevens aanbieder	
Aanbieder	Ambulante Hulpverlening Midden Nederland
Voorziening	Ambulante begeleiding
Adres	Gelreweg 3, 3843 AN Harderwijk
Telefoonnummer	085-0492717
Emailadres	info@ambulantehulpverlening.nl

Contracten	
Inkoopgemeente	gemeente Dronten

Ambulante Hulpverlening Midden Nederland (AHMN) wil zich richten in haar beleid op maatschappelijke integratie en optimale participatie van mensen. In het bijzonder gaat de aandacht uit naar mensen met een lichte verstandelijke beperking, psychiatrische problematiek of dubbel diagnostiek. (*Bron: site AHMN*)

AHMN biedt ambulante begeleiding in de gemeente Dronten. Buiten dit werkgebied biedt zij tevens geclusterd wonen en 24u-zorg aan. Daarnaast heeft AHMN de mogelijkheid om via haar dochterstichting Materra leerwerkplekken aan te bieden. AHMN is werkzaam in de provincie Flevoland en in Noord-Veluwe.

De financiering van haar zorg ontvangt AHMN vanuit de Wmo, de Wlz en vanuit Pgb's. Zij hebben momenteel ongeveer 400 cliënten in zorg.

AHMN heeft in het totaal ongeveer 100 medewerkers in dienst. Zij hebben hun organisatiestructuur per 1 november 2020 onderverdeeld in twee regioteams; Flevoland en Noord-Veluwe. Vanuit het team in Flevoland wordt de ambulante begeleiding voor de cliënten uit de gemeente Dronten ingezet. Er zijn ten tijde van het onderzoek 7 ambulante cliënten uit de gemeente Dronten die worden begeleid door AHMN. Deze begeleiding wordt uitgevoerd door ambulant begeleiders, niveau B, C en D.

1.3. Toetsingskader

Het toezicht is gebaseerd op de kwaliteitseisen die zijn opgenomen in hoofdstuk 3 van de Wmo, de gemeentelijke verordeningen en (eventuele) nadere regelgeving. Dit is vertaald naar een toetsingskader wat ook gepubliceerd is op de website van de GGD Flevoland. In bijlage 2 treft u het toetsingskader aan dat gebruikt is bij dit onderzoek. Beoordeling vindt plaats op basis van de geselecteerde criteria uit het toetsingskader. Deze criteria zijn samengevoegd tot een aantal items en in één tabel gezet. Deze tabel is een leidraad in het onderzoek en wordt tevens benut als zelfscan waarmee de voorziening zichzelf kan beoordelen.

Bijlage 3 is een weergave van het programma van eisen van de gemeente Dronten voor 2020. De kwaliteitseisen die hierin genoemd worden, staan in dit rapport beschreven onder de items 1.14 t/m 1.19, 2.7 en 4.11 t/m 4.13. Dit zijn extra kwaliteitseisen naast het aanwezige toetsingskader en zijn van toepassing op de ambulante begeleiding, welke AHMN uitvoert in opdracht van de gemeente Dronten. Deze onderdelen zijn meegenomen in de beoordeling van de kwaliteit van AHMN.

De extra kwaliteitseisen vanuit het programma van eisen van de gemeente Dronten, zijn niet meegenomen in de zelfscan en derhalve niet beoordeeld door AHMN.

2. Verloop van het onderzoek

AHMN heeft op 31 januari 2020 de aankondiging van het proactief onderzoek van de toezichthouder Wmo ontvangen. Vanwege het vertrek van deze toezichthouder en de geldende maatregelen vanuit corona, heeft het onderzoek enige tijd stilgelegen.

Op 1 september 2020 heeft de huidige toezichthouder procesafspraken gemaakt met de algemeen directeur van AHMN. Deze procesafspraken hadden onder meer betrekking op het invoegen van de HKZ-certificering in het toezichtsonderzoek vanuit de Wmo. Naar aanleiding hiervan heeft de toezichthouder de opgevraagde documenten ontvangen. De afspraak voor het bezoek aan AHMN is vervolgens gemaakt.

Het bezoek heeft plaatsgevonden op 10 november 2020. Tijdens dit onderzoek is gesproken met de intern adviseur, die tevens in de functie van vervangend manager werkzaam is. Daarnaast zijn twee ambulante medewerkers en één medewerker van de afdeling zorgbemiddeling gesproken. Tevens heeft er een gesprek plaatsgevonden met twee ambulante cliënten. Zij zijn binnen AHMN lid van de cliëntenraad.

Het toetsingskader en de aanvullende kwaliteitseisen vanuit de gemeente Dronten vormden de leidraad van de gesprekken. De ontvangen zelfscan geeft een beeld van de zelfreflectie van AHMN en is toegevoegd aan het rapport.

De toezichthouder heeft de gesprekken met de medewerkers en de cliënten van AHMN als open en inspirerend ervaren. Er heeft een constructief gesprek plaats kunnen vinden betreffende de kwaliteit van deze voorziening. Hierdoor heeft de toezichthouder voldoende beeld gekregen bij (de kwaliteit van) de voorziening.

3. Oordeel

In dit hoofdstuk worden per thema de bevindingen weergegeven en hoe de beoordeling door de toezichthouder is gewogen.

Thema 1: De voorziening is doelmatig, doeltreffend en cliënt gericht.

De voorziening voldoet volledig aan de gestelde criteria.

Toelichting: AHMN heeft beleid inzake de ondersteuningsplannen. Zij geven uitvoering aan de zorg conform dit beleid. Zij sluiten met hun ambulante hulpverlening aan bij de route die vanuit de gemeente Dronten wordt uitgezet. De begeleiding sluit aan bij de regiemogelijkheden van de cliënt. De cliënt is regievoerder van het traject, wat ook zichtbaar is in de dossiers. De dossiers zijn op alle punten in orde. AHMN betreft zoveel mogelijk het netwerk van de cliënt bij de begeleiding. Zij zijn erop gericht om de cliënt deel te laten uitmaken van een sociaal netwerk. AHMN kan de zorg voor nieuwe cliënten binnen de daarvoor gestelde termijn laten starten. Er is hierdoor geen sprake van het inzetten van overbruggingszorg. Op basis van de hulpvraag van de cliënt wordt een match gemaakt met een begeleider. De ondersteuningsplannen zijn conform de termijnen opgesteld. De doelen hieruit worden tijdig geëvalueerd. Indien er sprake is van verlenging van een traject, dan wordt dit onderbouwd en besproken met de gids van de gemeente Dronten. De nazorg van een cliënt is niet structureel geregeld, maar kan wel worden geboden op vraag van de cliënt. Deze nazorg wordt gegeven vanuit de betrokkenheid van AHMN bij de cliënt.

Thema 2: De voorziening is veilig.

De voorziening voldoet volledig aan de gestelde criteria.

Toelichting: AHMN heeft vanaf het begin van de hulpverlening aandacht voor de veiligheid van cliënten en medewerkers. Zij registreren en analyseren incidenten en calamiteiten. Er is bedrijfsopvang aanwezig binnen AHMN. Binnen AHMN zijn voldoende mogelijkheden aanwezig om veiligheidsinschattingen te doen en veranderingen bij cliënten te signaleren. Deze zijn bekend binnen de organisatie en worden toegepast. Er is voldoende aandacht voor de sociale veiligheid. Bij indienstreding ondertekenen de medewerkers een gedragscode en een geheimhoudingsplicht.

Thema 3: De voorziening is afgestemd op de reële behoefte van de cliënt en andere vormen van zorg of hulp

De voorziening voldoet volledig aan de gestelde criteria.

Toelichting: AHMN is voldoende gericht op samenwerking met andere vormen van zorg of hulp. De medewerkers hebben voldoende kennis van de sociale kaart en kunnen desgewenst deze kennis opvragen, zowel binnen als buiten hun eigen organisatie. Er wordt vastgelegd welke hulpverlening er betrokken is bij de cliënt. AHMN is zelf kritischer op dit punt. Zij zien verbeter mogelijkheden in de samenwerking en afstemming met andere hulpverleners.

Thema 4: De voorziening wordt verstrekt in overeenstemming met de op de beroepskracht rustende verantwoordelijkheid op basis van de professionele standaard

De voorziening voldoet volledig aan de gestelde criteria.

Toelichting: De medewerkers beschikken over de kwalificaties die nodig zijn voor de uitvoer van hun werkzaamheden. Er is functiedifferentiatie toegepast onder de begeleiders van AHMN. De medewerkers hebben een passend en geldig VOG. De medewerkers krijgen passende scholing. Er is opleidingsbeleid aanwezig. AHMN heeft nadrukkelijk oog voor scholing van de medewerkers. Er zijn voldoende mogelijkheden binnen AHMN om casuïstiek te bespreken en om kennisoverdracht te

laten plaatsvinden. Er wordt geen gebruik gemaakt van vrijwilligers of stagiaires in de begeleiding van de cliënten uit de gemeente Dronten. AHMN is HKZ gecertificeerd en aangesloten bij de brancheorganisatie VGN. Kwaliteitsverbeteringen op basis van het medewerkerstevredenheidsonderzoek en het cliënttevredenheidsonderzoek zijn inzichtelijk. Het vereiste beleid is aanwezig en medewerkers zijn hiervan op de hoogte. De continuïteit onder de medewerkers is momenteel op orde. Dit is enige tijd minder geweest. Hiervoor is aandacht vanuit AHMN. Er wordt voor de begeleiding in de gemeente Dronten geen gebruik gemaakt van onderaannemers. Daarnaast hebben zij ook geen vrijwilligers in dienst, maar maken ze gebruik van vrijwilligers die door andere organisaties zijn aangetrokken.

Thema 5: De voorziening wordt verstrekt met respect en inachtneming van de rechten van de cliënt

De voorziening voldoet volledig aan de gestelde criteria.

Toelichting: Er is een actieve cliëntenraad aanwezig binnen AHMN. Zij zijn goed toegerust op hun taken en verantwoordelijkheden. Er is een klachtenregeling aanwezig welke goed te vinden is binnen AHMN. De klachten van cliënten worden in een vroegtijdig stadium opgelost. De bejegening van cliënten is goed. Vanuit de cliënten wordt dit als een positief punt gezien van AHMN.

4. Conclusie

AHMN is een organisatie die er op gericht is om kwalitatief goede en veilige zorg te leveren aan de cliënt. Zij staat open voor verbetering wat onder meer zichtbaar is in de beleidsdocumenten, het jaarplan en tijdens de gesprekken met de medewerkers en cliënten. Ze zijn kritisch op hun eigen handelen en weten dit positief in te zetten voor verbeteringen ten behoeve van de hulpverlening. Ze staan open voor de inbreng van cliënten. De begeleiding weet goed aan te sluiten bij de regie van de cliënt. AHMN heeft een in ontwikkeling zijnde cliëntenraad, waar actieve en kritische cliënten in participeren. Zij kunnen een goede inbreng gaan leveren aan de kwaliteitsverbetering binnen deze organisatie. De toezichthouder is zeer positief over hetgeen tijdens het onderzoek is aangetroffen bij AHMN. De organisatie voldoet aan de gestelde criteria vanuit het toetsingskader Wmo en aan de onderzochte items uit het Programma van Eisen van de gemeente Dronten.

4.1. Advies aan de voorziening

Ten aanzien van item 1.18; Nazorg maakt onderdeel uit van het traject en staat in redelijke verhouding tot het traject, adviseert de toezichthouder aan AHMN om te overwegen om de nazorg op te nemen binnen het beleid betreffende het hulpverleningstraject.

Ten aanzien van item 3.2; De begeleiding is afgestemd op andere vormen van ondersteuning en zorg met andere aanbieders, onderstreept de toezichthouder om, conform het eigen jaarplan, dit onderwerp verder te ontwikkelen.

Ten aanzien van item 4.10; Er is continuïteit onder de beroepskrachten in de ondersteuning van cliënten, onderstreept de toezichthouder nogmaals het belang van de continuïteit van medewerkers. De toezichthouder heeft het vertrouwen in AHMN dat dit onderwerp onder de aandacht blijft, zoals ook besproken is.

Daarnaast wil de toezichthouder AHMN er specifiek op attenderen dat de inzet van deze cliëntenraad een positieve bijdrage kan leveren aan de kwaliteitsverbetering van de hulpverlening. Door de positieve houding van AHMN ten opzichte van zijn cliënten, kan dit een mooie samenwerking worden. De cliëntenraad kan hierbij in hun rol komen en hun inbreng geven, waardoor de hulpverlening nog meer kan worden afgestemd op de diverse hulpvragen van cliënten.

4.2. Advies aan de gemeente

De toezichthouder concludeert op basis van het onderzoek dat de aanbieder volledig voldoet aan de gestelde eisen en adviseert de gemeente Dronten hierop niet te handhaven.

5. Beoordeling

De criteria zijn door de voorziening zelf beoordeeld in de zelfscan en vervolgens in het onderzoek door de toezichthouder op basis van de aangeleverde en opgehaalde informatie.

5.1. Beoordelingssystematiek

Bij de beoordeling van prestaties is de beoordelingssystematiek aangehouden zoals die gebruikt is in de zelfscan.

	De beoordeling wordt als goed beoordeeld bij 80% en 100% overeenstemming met het betreffende item uit de norm. Er wordt dus (bijna) volledig voldaan aan de gestelde eis.
	De beoordeling wordt als voldoende beoordeeld bij 60% en 80% overeenstemming met het betreffende item uit de norm. Er wordt grotendeels voldaan aan de gestelde eis en er is ruimte voor verbetering.
	De beoordeling wordt als matig beoordeeld bij 40% en 60% overeenstemming met het betreffende item uit de norm. Er wordt gedeeltelijk voldaan aan de gestelde eis en er is duidelijk ruimte voor verbetering.
	De beoordeling wordt als onvoldoende beoordeeld bij 0% en 40% overeenstemming met het betreffende item uit de norm. Er wordt niet voldaan aan de gestelde eis waardoor verbetering noodzakelijk is.
	Dit item is niet beoordeeld .

5.2. Thema 1: *De voorziening is doelmatig, doeltreffend en cliëntgericht.*

		Zelfscan 16-11-2020	Beoordeling GGD 19-11-2020
1.1	De organisatie ontwikkelt, implementeert, reflecteert, evalueert en stelt bij op passend beleid/richtlijnen ten behoeve van de ondersteuningsplannen / werkplannen		
AHMN heeft beleid ten aanzien van het werken met ondersteuningsplannen. Deze werkwijze is terug te vinden in het aanwezige registratiesysteem, Mextra. De medewerkers zijn op de hoogte van deze werkwijze en voeren dit ook conform het beleid uit.			
1.2	De organisatie heeft voor zijn cliënten actuele ondersteuningsplannen/werkplannen. Hierin is begrijpelijk en SMART opgenomen wat de ondersteuningsbehoefte van de cliënt is, wat hij/zij wil en hoe de ondersteuning daarop aansluit. De afspraken hierin worden in de praktijk nagekomen.		
De ondersteuningsplannen zijn up-to-date. Bij de afdeling zorgbemiddeling worden nieuwe cliënten aangemeld. Op deze afdeling wordt het routeplan bij de gids van de gemeente Dronten opgevraagd indien deze niet aanwezig is. Naar aanleiding hiervan wordt een intakegesprek gehouden. Vervolgens worden de hoofdoelen en het persoonsbeeld geformuleerd. Naar aanleiding hiervan worden de			

		Zelfscan 16-11-2020	Beoordeling GGD 19-11-2020
<p>hoofddoelen opgesplitst in kleinere, SMART-geformuleerde, doelen. Deze werkwijze is zichtbaar in de dossiers.</p>			
1.3	De ontwikkeling van de cliënt, de geleverde ondersteuning en eventuele knelpunten worden structureel geregistreerd.		
<p>Er wordt structureel gerapporteerd, dit is zichtbaar in de dossiers. Indien er gewerkt is aan een doel wordt er bij dit doel gerapporteerd. Zo ontstaat een overzicht van wanneer en op welke manier er met een cliënt aan het doel is gewerkt. Tevens is zichtbaar welke knelpunten en ontwikkelingen er bij het betreffende doel zijn.</p>			
1.4	Cliënten hebben inspraak gehad bij het opstellen van hun ondersteuningsplan en minimaal eenmaal per jaar wordt er geëvalueerd en zo nodig bijgesteld.		
<p>De gesproken cliënten geven aan dat zij de regie hebben over hun hulpverleningstraject. Zij hebben inspraak in het opstellen van hun ondersteuningsplan. Zij geven aan dat er elk half jaar een evaluatie plaatsvindt. Tevens is zichtbaar in de dossiers dat de ondersteuningsplannen zijn ondertekend en elk halfjaar plaatsvinden.</p>			
1.5	Ondersteuning en/of dagactiviteiten richten zich op afstemming met mantelzorgers, familieleden en andere informele ondersteuners/vrijwilligers. Tevens ondersteunen of versterken zij dezen.		
<p>De ambulante begeleiders geven aan op welke manier zij afstemming zoeken met het netwerk van de cliënt. Zo geeft een medewerker als voorbeeld dat hij, met toestemming van de cliënt, contact onderhoudt met zijn moeder van deze cliënt. Deze moeder is ook aanwezig bij de evaluaties. De andere medewerker gaf als voorbeeld aan dat zij, met de cliënt, met succes een vrijwilliger hadden gevonden die activiteiten onderneemt met hem.</p> <p>De gesproken cliënten geven ook aan dat de ambulante begeleiders het netwerk betreft bij de begeleiding. Dit is wel afhankelijk van de wens van de cliënt. Zo geeft één cliënt aan dat de begeleiding hem helpt bij het herstellen van het contact met zijn kinderen.</p> <p>De methodiek (Community Support), waarbinnen AHMN haar hulpverlening vormgeeft, heeft als belangrijk speerpunt dat het netwerk van de cliënt wordt betrokken bij de hulpverlening. Deze methodiek sluit daarmee aan op dit onderzochte thema.</p>			
1.6	In het werkplan is vastgelegd welke overige hulpverleners, mantelzorger(s) en sociaal netwerk betrokken zijn bij cliënt.		
<p>In de dossiers is zichtbaar welke overige hulpverleners, mantelzorger(s) en sociaal netwerk betrokken is bij de cliënt. Dit wordt bij het 1^e gesprek door de afdeling zorgbemiddeling uitgevraagd. Gedurende het ambulante traject kan dit door de begeleiders worden aangevuld of bijgesteld. In het jaarplan 2019 is zichtbaar dat er aandacht is voor het gebruik van een zogenaamde netwerkkaart.</p>			

		Zelfscan 16-11-2020	Beoordeling GGD 19-11-2020
1.7	De ondersteuning vindt plaats in de vorm van praktische hulp en ondersteuning bij het uitvoeren dan wel het ondersteunen bij/oefenen van handelingen/vaardigheden die zelfredzaamheid en participatie tot doel hebben.		
AHMN heeft de beschikking over ambulante begeleiders B, C en D (zie item 4.1). In beperkte mate hebben zij de beschikking over ambulante begeleiders A. Deze begeleiders A worden niet ingezet binnen de gemeente Dronten. Afhankelijk van de hulpvraag van de cliënt wordt de ambulante begeleider B en/of C ingezet. De ambulante begeleiders B geven voornamelijk uitvoer aan de praktische ondersteuning. Dit kan zijn in de vorm van helpen bij het schoonmaken of doen van boodschappen. De ambulante begeleiders C geven veelal uitvoer aan de doelen die overstijgend en minder praktisch uitvoerbaar zijn. Tevens zijn zij verantwoordelijk voor het schrijven van de hulpverleningsplannen. De gesproken cliënten bevestigen dit beeld.			
1.8	De ondersteuning sluit aan bij de regiemogelijkheden van de cliënt.		
De gesproken cliënten geven aan dat zij te allen tijde de regie over het ambulante traject hebben. Daarnaast zijn de cliënten van mening dat de ambulante begeleiding goed afstemt op de hulpvragen; dat wat de cliënt zelf kan doen, wordt niet overgenomen. De ambulante begeleiding werkt motiverend en stimulerend voor de cliënten, waardoor zij doelen kunnen behalen.			
1.9	In geval van meervoudige, complexe problematiek is een regisseur of coördinator aangewezen die de nodige samenhang en continuïteit bewaakt.		
In geval van meervoudige, complexe problematiek is de begeleider C de coördinator die de samenhang en continuïteit over het hulpverleningstraject bewaakt. Voor advies kan zij opschalen naar een begeleider D, die desgewenst kan aansluiten bij overleggen. In het jaarplan 2019 is zichtbaar dat de afstemming tussen begeleider B en C, onder de aandacht is binnen de teams.			
1.10	In het dossier is de situatie van cliënt (diagnose, persoonlijke omstandigheden en zorgachtergrond) opgenomen.		
In het dossier is zichtbaar dat de situatie van de cliënt wordt vastgelegd. Het vastleggen van deze gegevens start bij de afdeling zorgbemiddeling.			
1.11	Voor de cliënten is te allen tijde duidelijk wie het aanspreekpunt is bij de beroepskrachten en aanbieders die ondersteuning bieden aan cliënt.		
De cliënten geven aan dat het voor hen duidelijk is wie het aanspreekpunt is. Zij weten het onderscheid te maken tussen de begeleiders B en C. Zij kunnen benoemen hoe de vervanging is geregeld bij ziekte of verlof van deze begeleiders.			
1.12	De ondersteuning is zowel gericht op de cliënt, als op het gezinssysteem en het sociale netwerk.		
Zie punt 1.5.			

		Zelfscan 16-11-2020	Beoordeling GGD 19-11-2020
1.13	De organisatie werkt met een beschreven methodiek, waarbij er ruimte is voor professionele autonomie en innovatie van de ondersteuning		
<p>Binnen AHMN wordt gewerkt met de methodiek "Community Support". Het doel van deze methodiek is het vergroten van de samenredzaamheid, zodat mensen in staat zijn met hulp van hun sociale netwerk hun problemen op te lossen. Centraal in de begeleiding staat het uitgaan van mogelijkheden en krachten (<i>Bron: Movisie</i>).</p> <p>De gesproken medewerkers zijn getraind in deze methodiek. Zij geven aan dat zij in de begeleiding, binnen deze methodiek, ruimte hebben om hun eigen begeleidingsstijl te kunnen toepassen.</p> <p>Bij de afdeling zorgbemiddeling wordt in de matching tussen cliënt en begeleiding rekening gehouden met de kennis, kunde en begeleidingsstijl van de medewerkers.</p>			
1.14	<i>Programma van Eisen, punt 13 en 14:</i> Indien de maximale wachttijd wordt overschreden, is de organisatie verplicht om overbruggingszorg in te zetten, conform afspraken.		
<p>Binnen AHMN wordt de wachttijd voor ambulante trajecten niet overschreden. Er is dus geen noodzaak om overbruggingszorg in te zetten. De ambulante hulpverlening wordt altijd geleverd indien de zorgvraag van de cliënt passend is voor AHMN. Indien blijkt dat de AHMN geen passende hulpverlening kan bieden, geeft ze de zorg terug naar de gemeente. Hier kan sprake van zijn als bijvoorbeeld de begeleiding geen expertise heeft op een specifieke cliëntvraag. Welke dit zijn, staan beschreven in de uitsluitingscriteria voor cliënten. Deze zijn terug te vinden op de site.</p>			
1.15	<i>Programma van Eisen, Punt 26:</i> Het ondersteuningsplan is gereed binnen 6 weken na het intakegesprek en sluit aan op het plan wat is opgesteld door de cliënt in samenspraak met de gids van de gemeente Dronten.		
<p>In het dossier is zichtbaar dat het ondersteuningsplan binnen 6 weken gereed is. De medewerkers geven blijk dat zij van deze termijnen op de hoogte zijn. Zie ook punt 1.2.</p>			
1.16	<i>Programma van Eisen, Punt 27:</i> Minimaal iedere 6 maanden vindt een evaluatiegesprek plaats aan de hand van het ondersteuningsplan. Indien gewenst of noodzakelijk met aanwezigheid van de gids van de gemeente Dronten.		
<p>In het dossier is zichtbaar dat het ondersteuningsplan elke 6 maanden wordt geëvalueerd met de cliënt. De medewerkers geven aan dat afhankelijk van de complexiteit van de hulpvraag, de gids aanwezig is. Deze afweging wordt gemaakt in overleg met de gids en de cliënt. Zodoende is niet bij elke evaluatie een gids aanwezig.</p>			

		Zelfscan 16-11-2020	Beoordeling GGD 19-11-2020
1.17	<i>Programma van Eisen, Punt 28:</i> Aan het einde van het traject wordt er afgesloten met een eindrapportage. Deze is ondertekend door de cliënt. Hierin worden de gestelde doelen vanuit het ondersteuningsplan geëvalueerd. Verlenging van een traject moet inhoudelijk onderbouwd worden.		
De dossiers die zijn ingezien betroffen geen cliënten waarvan het traject was afgesloten. De medewerkers zijn op de hoogte van het proces wat gevolgd dient te worden bij afsluiting van een traject. Afsluiting van een traject staat als zodanig ook in het beleid omschreven. De medewerkers geven aan dat verlenging van een traject wel plaatsvindt. Voorafgaand aan een aanvraag voor verlenging vindt een evaluatie plaats aan de hand van een evaluatieverslag. Dit wordt dan ook besproken met de gids die de verlenging kan afgeven.			
1.18	<i>Programma van Eisen, Punt 32:</i> Nazorg maakt onderdeel uit van het traject en staat in redelijke verhouding tot het traject.		
Bij afsluiting van een traject kunnen de (oud)cliënten contact opnemen met AHMN of de (oud)begeleider. Zij kunnen bij simpele vragen dan advies geven of een luisterend oor bieden. Indien de hulpvraag vanuit de cliënt groter wordt, kan AHMN helpen bij het aanvragen van een nieuwe beschikking bij de gids. Het aantal contactmomenten, waar een cliënt in het kader van nazorg gebruik van kan maken bij AHMN, is niet vastgelegd. Hier staat geen financiële vergoeding tegenover aangezien de beschikking dan al is afgesloten. De intern adviseur geeft aan dat er geen beleid is inzake de nazorg. De nazorg wordt gegeven vanuit de betrokkenheid van AHMN bij de cliënt.			
1.19	<i>Programma van Eisen, punt 46:</i> De organisatie zet zo spoedig mogelijk passende hulp of ondersteuning in voor de cliënt. Indien en voor zover deze ondersteuning door de organisatie niet direct kan worden geboden, wordt uitgegaan van een maximaal aanvaardbare periode tussen de aanmelding bij de organisatie en het eerste intakegesprek van 15 werkdagen.		
In het beleid van AHMN is terug te lezen dat het 1 ^e gesprek met de cliënt binnen 14 dagen moet plaatsvinden. De medewerker van zorgbemiddeling bevestigt dat deze manier van werken wordt uitgevoerd en haalbaar is.			

De voorziening voldoet aan 18 van de 19 items. 1 item voldoet grotendeels.

5.3. Thema 2: De voorziening is veilig.

		Zelfscan 16-11-2020	Beoordeling GGD 19-11-2020
2.1	De veiligheidsrisico's van cliënt zijn in kaart gebracht, besproken met cliënt, opgenomen in het dossier en vormen onderdeel van de evaluaties.		
<p>Bij de afdeling zorgbemiddeling wordt de hulpvraag van de cliënt in kaart gebracht. In Mextra is zichtbaar dat hierbij ook de risico's van de cliënt in kaart worden gebracht. De medewerkers geven aan dat dit ook onderdeel uitmaakt van het persoonsbeeld van de cliënt. Een cliënt geeft aan dat risico's met hem zijn besproken. Bij deze cliënt was er sprake van drugsgebruik en daarbij de mogelijkheid op terugval. Dit risico was dan ook een gespreksonderwerp bij de evaluaties.</p>			
2.2	In het dossier is opgenomen hoe bij (dreigende) risicovolle situaties gehandeld kan worden. In de ondersteuning wordt rekening gehouden met de risico's van de cliënt.		
<p>AHMN heeft de beschikking over een signaleringslijst. Deze kan gebruikt worden indien er veiligheidsrisico's zijn. De medewerkers kennen deze lijst en kunnen beschrijven hoe en wanneer ze deze gebruiken. Zie ook punt 2.1.</p>			
2.3	Veiligheidsrisico's worden vroegtijdig gesignaleerd en hierop wordt geanticipeerd.		
<p>Zoals beschreven, in punt 2.1 en 2.2, start deze signalering al bij de intake van de cliënt. De medewerkers geven blijk van deze manier van werken.</p>			
2.4	De aanbieder heeft passend beleid/richtlijnen ontwikkeld op het gebied van calamiteiten en geweldsincidenten en handelt hiernaar. Deze worden conform de wet gemeld.		
<p>Er is beleid op het gebied van calamiteiten en geweldsincidenten. Incidenten en calamiteiten worden intern geanalyseerd. Twee begeleiders en een SPV-er zijn getraind en worden ingezet voor de interne bedrijfsopvang, indien hiervoor aanleiding is bij een calamiteit of incident (BOT-team). Hiermee staat AHMN haar medewerkers bij na schokkende gebeurtenissen. Meldingen worden gemeld conform de wet. Er is een interne commissie die incidenten beoordeelt en analyseert. De intern adviseur geeft aan dat het management handboek, waarin het beleid en protocollen staan, binnenkort wordt ge-update. Zij is hier verantwoordelijk voor. Er zijn bij de toezichthouders Wmo de afgelopen jaren geen calamiteiten of geweldsincidenten gemeld.</p>			
2.5	Er is sprake van een veilige en schone omgeving.		
<p>De begeleiders komen bij de cliënten thuis. Indien hier sprake is van slechte hygiënische omstandigheden of onveiligheid, dan is dit een bespreekpunt met de cliënt. Eén medewerker noemde een voorbeeld waarbij het voor de begeleider onveilig was en welke mogelijkheden hij toen had om de situatie veilig te maken. Dit is onderwerp van gesprek binnen AHMN. De intern adviseur gaf aan dat zij ook de beschikking hebben over bijvoorbeeld de 'ARIH'; dit is een checklist waarmee een inschatting gemaakt kan worden of de begeleiders veilig op huisbezoek kunnen.</p>			

		Zelfscan 16-11-2020	Beoordeling GGD 19-11-2020
2.6	Er is beleid rondom sociale veiligheid.		
De medewerkers ondertekenen bij indiensttreding een gedragscode. De gesproken medewerkers gaven aan dat er een open cultuur is binnen AHMN waarin men elkaar mag en kan aanspreken. De cliënten hebben een eigen inlog voor Mextra waarmee ze hun dossier kunnen inzien. Dit geeft blijk van samenwerking en openheid in de begeleiding. De gesproken cliënten geven aan dat ze in hun eigen dossier kunnen, maar maken hier nauwelijks gebruik van. Ze vertrouwen hun begeleiders en AHMN.			
2.7	<i>Programma van Eisen, Punt 52:</i> Medewerkers die in contact staan met de cliënt, hebben een geheimhoudingsverklaring ondertekent.		
De medewerkers ondertekenen bij indiensttreding een gedragscode waarin onder meer staat beschreven hoe zij dienen om te gaan met geheimhouding van gegevens. Daarnaast staat in de arbeidsovereenkomsten een geheimhoudingsverklaring opgenomen. De personeelsdossier zijn op dit onderdeel in orde.			

De voorziening voldoet aan 7 van de 7 items.

5.4. Thema 3: De voorziening is afgestemd op de reële behoefte van de cliënt en andere vormen van zorg of hulp.

		Zelfscan 16-11-2020	Beoordeling GGD 19-11-2020
3.1	De organisatie en de beroepskrachten hebben voldoende kennis van de lokale sociale kaart in de gemeente (en aangrenzende gemeenten) waar de organisatie is gevestigd / ondersteuning wordt geboden.		
De medewerkers en de afdeling zorgbemiddeling beschikken over voldoende kennis van de lokale sociale kaart in de gemeente Dronten. Dit blijkt uit de gevoerde gesprekken. Daarbij geven zij aan dat indien zij vragen hebben hierover, zij deze intern bij de afdeling "kennis & expertise" kunnen stellen.			
3.2	De begeleiding is afgestemd op andere vormen van ondersteuning en zorg met andere aanbieders.		
Zie punt 1.5. In het dossier is zichtbaar welke hulpverlening er naast AHMN wordt ingezet. In het jaarverslag 2019 komt vanuit de certificering naar voren, dat de uitwerking van de samenwerking meer concretisering vraagt van AHMN.			

		Zelfscan 16-11-2020	Beoordeling GGD 19-11-2020
3.3	De beroepskrachten en aanbieders die ondersteuning bieden aan de cliënt zorgen ervoor dat overdracht van taken en verantwoordelijkheden expliciet plaatsvindt		
De begeleiders C hebben de coördinatie over het traject. Zij onderhouden ook de externe contacten. Indien er knelpunten zijn, kunnen ze hiervoor een begeleider D betrekken. Voor inhoudelijke vragen kunnen zij daarnaast opschalen naar een gedragsdeskundige of SPV-er. Indien er zowel een begeleider B als C betrokken zijn bij een cliënt, dan is afgesproken welke begeleider welke taken uitvoert. Dit is ook terug te zien in het dossier. De cliënten bevestigen bovenstaande.			
3.4	De beroepskrachten en aanbieders die ondersteuning bieden aan de cliënt maken duidelijke afspraken over de verdeling van taken en verantwoordelijkheden met betrekking tot de geboden ondersteuning aan cliënt.		
Zie punt 3.3. In het dossier is vastgelegd welke organisaties betrokken zijn bij de cliënt naast AHMN.			

De voorziening voldoet aan 3 van de 4 criteria. 1 criterium voldoet grotendeels.

5.3 Thema 4: *De voorziening wordt verstrekt in overeenstemming met de op de beroepskracht rustende verantwoordelijkheid op basis van de professionele standaard*

		Zelfscan 16-11-2020	Beoordeling GGD 19-11-2020
4.1	De medewerkers zijn vakbekwaam en beschikken over kwalificaties en/of opleidingen die passend zijn bij hun werkzaamheden.		
<p>AHMN heeft functiedifferentiatie. Zij hebben de beschikking over de volgende begeleiders:</p> <p>Begeleider A: minimaal Mbo-2 niveau Begeleider B: minimaal Mbo-3 niveau Begeleider C: minimaal Mbo-4 niveau (veelal HBO-niveau) Begeleider D: minimaal HBO + niveau (dit kan zijn middels aanvullende opleidingen of werkervaring) Binnen de afdeling "Kennis & Expertise" zijn SPV-ers en orthopedagogen beschikbaar. De personeelsdossier staan in Curentis. De dossiers die door de toezichthouder zijn ingezien waren op dit onderwerp in orde.</p> <p>Begeleiders A zijn niet werkzaam voor cliënten uit de gemeente Dronten. Begeleiders B geven veelal vorm aan de praktische doelen, zoals het samen schoonmaken, doen van boodschappen. Begeleiders C coördineren de begeleiding en geven vorm aan de doelen die minder praktisch van aard zijn, zoals reflectie, ontwikkelen van intrinsieke vaardigheden. Begeleiders D hebben een paar uur van hun contract om hun aanvullende kennis te kunnen delen met de begeleiders C en B. Zo hebben zij een rol indien er crisis is, zij fungeren als 1^e aanspreekpunt op gemeentelijk niveau.</p>			

		Zelfscan 16-11-2020	Beoordeling GGD 19-11-2020
De afdeling "Kennis & Expertise" kan om inhoudelijke kennis gevraagd worden door de begeleiders. Zij hebben geen eindverantwoordelijkheid, geven wel advies en sturing aan de begeleidingstrajecten. De eindverantwoordelijkheid over de trajecten ligt bij de manager.			
4.2	De aanbieder biedt de in het kader van de geboden voorziening aangewezen beroepskracht passende scholing en heeft een opleidingsbeleid.		
De medewerkers geven aan dat er zij elk jaar een verplichte training ontvangen. Zo is er een training "omgaan met agressie" geweest en komt er binnenkort een training die dieper in gaat op psychiatrische ziektebeelden. Daarnaast zijn de begeleiders getraind in de methodiek "Community Support" en is er een basisopleiding (e-learning) over medicijngebruik. De manager geeft aan dat het volgen van opleidingen en het blijvend ontwikkelen van medewerkers op dit vlak, hoge prioriteit heeft. In de gesprekken met de medewerkers wordt dit beeld bevestigd. Daarnaast bevestigt het jaarverslag 2019 en het jaarplan 2020 ditzelfde beeld.			
4.3	Binnen de organisatie bestaan structuren waarbij casuïstiek en kennis delen centraal staat.		
Er zijn diverse overlegstructuren binnen AHMN. Zo hebben bijvoorbeeld zowel de begeleider B als C structureel gepland werkoverleg met de SPV-er. Hierin worden onder meer de voortgang van het traject besproken. Met de begeleider D vindt er onder meer caseload bespreking plaats. Indien er een begeleider B en C betrokken zijn bij een cliënt, dan kunnen zij onderling overleg inplannen. Daarnaast zijn de begeleiders vrij om extra overleggen te organiseren indien zij dit nodig vinden, zo geven de medewerkers aan. Tevens is er eenvoudig telefonisch overleg mogelijk omdat iedereen de beschikking heeft over een werktelefoon.			
4.4	Medewerkers zijn op de hoogte van geldende protocollen en richtlijnen en handelen daarnaar.		
De gesproken begeleiders zijn op de hoogte van de protocollen die er zijn binnen AHMN. Zij weten deze te vinden. Zij kunnen goed verwoorden hoe de hulpverlening uitgevoerd moet worden in proces. Daarnaast weten ze protocollen te benoemen zoals de klachtenregeling en de meldcode kindermishandeling. Zij hebben kennis van deze processen.			
4.5	Er is een vrijwilligers/stagebeleid, indien de aanbieder hier gebruik van maakt.		
AHMN heeft geen vrijwilligers in dienst. Daarnaast maakt AHMN geen gebruik van stagiaires bij de hulpverlening die zij uitvoeren in opdracht van de gemeente Dronten. Dit item is dan ook niet van toepassing. Beleid is wel aanwezig.			
4.6	De aanbieder voldoet aan relevante professionele en branchegerichte standaarden b.v. een HKZ- of ISO-certificering.		
AHMN heeft een HKZ certificering (ISO 9001). Deze is geldig tot en met 20 juni 2022.			

		Zelfscan 16-11-2020	Beoordeling GGD 19-11-2020
4.7	Alle medewerkers, stagiaire(s) en vrijwilligers beschikking over een Verklaring Omtrent gedrag die bij aanvang niet ouder is dan 12 maanden.		
De personeelsdossiers die zijn ingezien, zijn op orde. De VOG's zijn bij aanvang van het dienstverband passend en aanwezig.			
4.8	Kwaliteitsverbeteringen op basis van signalen van cliënten en van cliënt- en medewerkerstevredenheidsonderzoeken zijn aantoonbaar.		
<p>In het jaarverslag van 2019 staat beschreven hoe er om is gegaan met de uitkomsten van het CTO en MTO. Het CTO is uitgevoerd door LSR (Landelijk Steunpunt medezeggenschap). De cliënten waarderen AHMN met een 8,3. Vanuit het MTO is zichtbaar dat AHMN door haar medewerkers wordt gewaardeerd met een 7,8. Vanuit het CTO en MTO zijn acties geformuleerd, zoals te lezen is in ditzelfde jaarverslag. In het jaarplan 2020 is deze opvolging beperkter zichtbaar.</p> <p>Directe signalen van cliënten worden door de begeleiders opgepakt, zo geven de medewerkers en cliënten aan. De aanwezige cliëntenraad kan hiervoor ook benaderd worden. Dit laatste gebeurt nu nog weinig.</p>			
4.9	De aanbieder heeft passend beleid ontwikkeld, reflecteert op dit beleid, evalueert en stelt bij op het punt van personeelsbeleid, opleiding en scholing en de melding van huiselijk geweld en kindermishandeling.		
<p>Er zijn twee functionarissen binnen AHMN die het onderwerp "huiselijk geweld en kindermishandeling" specifiek tot taak hebben. Zij geven vorm aan de kennisoverdracht binnen AHMN en denken en adviseren mee, indien er situaties zijn waarbij dit beleid moet worden toegepast. De functionarissen hebben een verplicht referaat georganiseerd voor de medewerkers van AHMN. Ook bij aanname van nieuw personeel wordt de meldcode uitgelegd, zo staat in het jaarverslag 2019 beschreven. Daarnaast is er beleid inzake dit onderwerp aanwezig. De medewerkers kennen het beleid. Bij de intake wordt altijd besproken welk netwerk er aanwezig is. Hierin wordt ook besproken of er kinderen zijn en waar zij verblijven.</p> <p>AHMN heeft personeelsbeleid en visie op opleiding en scholing. Dit staat bij eerdere items beschreven.</p>			
4.10	Er is continuïteit onder de beroepskrachten in de ondersteuning van cliënten.		
De gesproken cliënten geven aan dat de continuïteit van de beroepskrachten ongeveer een jaar geleden, minder stabiel was. De intern adviseur beaamt dit. Beide geven aan dat het afgelopen jaar de continuïteit onder de hulpverleners weer op orde is. De intern adviseur geeft aan dat dit een kwetsbaar punt is en dat dit blijvend onder de aandacht is binnen AHMN. Dit is tevens zichtbaar in het jaarplan 2020.			
4.11	<i>Programma van Eisen, Punt 43:</i> De aanbieder is aangesloten bij een brancheorganisatie of een beroepsorganisatie die past bij de gevraagde dienstverlening		
AHMN is aangesloten bij de brancheorganisatie VNG.			

		Zelfscan 16-11-2020	Beoordeling GGD 19-11-2020
4.12	<i>Programma van Eisen, Punt 16:</i> Indien er sprake is van onderaannemers dan dient de eindverantwoordelijkheid en de afspraken vast te liggen. Tevens moet vastliggen welke doelen er behaald moeten worden		
AHMN maakt geen gebruik van onderaannemers voor de zorg die zij in opdracht van de gemeente Dronten uitvoeren. Zij hebben enkel onderaannemers voor de zorg die zij vanuit de gemeente Almere uitvoeren. Dit criterium is hier niet van toepassing.			
4.13	<i>Programma van Eisen, Punt 21:</i> De aanbieder stelt gedurende de looptijd van de raamovereenkomst beleid op ten aanzien van het stimuleren van het netwerk van de cliënt en of vrijwilligers		
De aanbieder heeft zelf geen vrijwilligers in dienst. Zij werken veelal samen met vrijwilligers die in een gemeente werkzaam zijn vanuit andere vrijwilligersorganisaties, zoals bijvoorbeeld Humanitas. De begeleider kon hier voorbeelden van noemen. Het stimuleren van het netwerk van de cliënt en of vrijwilligers ligt verankert in de methodiek van AHMN.			

De voorziening voldoet aan 11 van de 12 criteria. 1 criterium voldoet grotendeels. 1 criterium is niet van toepassing.

5.4 Thema 5: *De voorziening wordt verstrekt met respect en inachtneming van de rechten van de cliënt*

		Zelfscan 16-11-2020	Beoordeling GGD 19-11-2020
5.1	Er is een regeling vastgesteld voor de medezeggenschap van cliënten over de voorgenomen besluiten van de dienstverlener welke voor gebruikers van belang zijn. Cliënten zijn hiervan op de hoogte.		
Er is een regeling voor medezeggenschap van cliënten vastgesteld. De cliëntenraad heeft een training gehad om de wet- en regelgeving hieromtrent eigen te maken. Ze zijn nog in ontwikkeling wat betreft het positionering binnen AHMN. Zij willen zich het komend jaar meer richten op zichtbaarheid voor andere cliënten. De gesproken cliëntenraad kwam erg bevlogen en krachtig over. Zij nemen hun rol en taak zeer serieus. Hier liggen voor AHMN mooie kansen om door middel van de inbreng van de cliënten, de kwaliteit van zorg op een hoger plan te gaan brengen. De cliëntenraad geeft aan door de directeur op de hoogte te worden gebracht van besluiten en ontwikkelingen die spelen. Zij ervaren de houding van de directeur als open en gelijkwaardig.			

		Zelfscan 16-11-2020	Beoordeling GGD 19-11-2020
5.2	De aanbieder heeft een regeling voor de behandeling van klachten vastgesteld.		
De aanbieder heeft een regeling voor de behandeling van klachten vastgesteld. Deze is zichtbaar op de site. AHMN is aangesloten bij een externe klachtenbemiddeling genaamd Quasir. Voor de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) is AHMN aangesloten bij de VGN. Cliënten kunnen zich laten bijstaan door een onafhankelijk vertrouwenspersoon.			
5.3	De aanbieder is aangesloten bij een geschilleninstantie.		
AHMN is aangesloten bij de geschillencommissie gehandicaptenzorg			
5.4	De bejegening door de beroepskracht van de cliënt is passend en correct.		
<p>De cliënten geven aan dat de bejegening van de begeleiders richting hen prettig en respectvol is. Eén cliënt geeft aan dat ze een tijd geleden bij een wisseling van begeleiding iemand kreeg, waarmee ze geen klik had. Dit is uiteindelijk, op aandringen van de cliënt, veranderd. De cliënten geven aan dat het belangrijk is dat er een goede match is met de begeleiding. Zij willen niet iemand die zegt wat ze moeten doen, maar iemand die met hen meekijkt, meedenkt, reflecteert en ondersteunt. De begeleiders die zij tot nu toe hebben gehad, deden dit naar tevredenheid.</p> <p>AHMN houdt vanaf de start van de zorg rekening met de hulpvraag van de cliënt en zoekt daarbij een passende begeleider. De afdeling zorgbemiddeling spreekt al de nieuwe medewerkers, om zodoende een goede match te kunnen maken.</p> <p>In de gedragscode, welke ondertekend is door de medewerkers, is ruim aandacht voor het onderwerp bejegening. De medewerkers geven aan dat dit onderwerp ook in de overleggen met bijv. SPV-er terugkomt.</p> <p>In het jaarverslag 2019 is zichtbaar dat de bejegening als positief punt genoemd vanuit het CTO.</p>			
5.5	De aanbieder neemt eventuele klachten in behandeling en handelt die tijdig en passend af.		
De cliënten geven aan dat AHMN op een passende manier omgaat met knelpunten die zij ervaren. Klachten worden vroegtijdig opgelost met en door de begeleiding van de cliënt. Op zowel de klachtenbemiddeling en de klachtencommissie is in 2019 geen beroep gedaan (<i>bron: jaarverslag 2019</i>).			
5.6	De aanbieder heeft passend beleid/richtlijnen ontwikkeld, reflecteert op dit beleid/richtlijnen, evalueert en stelt bij op het punt van de omgang met en de uitwisseling van (gevoelige) persoonsgegevens en de afhandeling van klachten (op basis van een klachtregeling).		
AHMN heeft een privacy protocol, welke is vastgesteld op 17 dec 2019. In dit privacy protocol staat onder meer beschreven met welk doel de gegevens worden verzameld en welke rechten een cliënt hierin heeft. Daarnaast is bij aanname van nieuw personeel aandacht voor geheimhouding. Zoals eerder in dit rapport genoemd heeft AHMN een passend beleid rondom de afhandeling van klachten.			

De voorziening voldoet aan 6 van de 6 criteria.

Bijlage 1: Reactie van de aanbieder op de bevindingen

AHMN stemt in met het conceptrapport en is tevreden met de bevindingen.

Eén afkorting is aangepast op bladzijde 7.

Bijlage 2: Toetsingskader ambulante begeleiding v2020

De Wmo (2015) geeft algemene kwaliteitseisen weer:

- De voorziening is doelmatig, doeltreffend en cliëntgericht (artikel 3.1, tweede lid sub a, Wmo)
- De voorziening is veilig (artikel 3.1, tweede lid sub a, Wmo)
- 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, Wmo)
- De voorziening wordt verstrekt in overstemming met de op de beroepskracht rustende verantwoordelijkheid o.b.v. de professionele standaard (art. 3.1, tweede lid sub c, Wmo)
- De voorziening wordt verstrekt met respect en in achtneming van de rechten van de cliënt (art. 3.1, tweede lid sub d, Wmo)

De algemene kwaliteitseisen zijn door VNG en GGD GHOR Nederland uitgewerkt. Samen met gemeentelijke verordeningen en (eventuele) nadere regelgevingen vormen ze uiteindelijk het toetsingskader voor diverse lokale voorzieningen.

Onderstaand een overzicht van de algemene kwaliteitseisen betrekking hebbend op ambulante begeleiding.

Thema 1

De voorziening is doelmatig, doeltreffend en cliëntgericht

- 1.1 De organisatie ontwikkeld, implementeert, reflecteert, evalueert en stelt bij op passend beleid/richtlijnen t.b.v. de ondersteuningsplannen/werkplannen.
- 1.2 De organisatie heeft voor zijn cliënten actuele ondersteuningsplannen/werkplannen. Hierin is begrijpelijk en SMART opgenomen wat de ondersteuningsbehoefte van de cliënt is, wat hij/zij wil en hoe de ondersteuning daarop aansluit. De afspraken hierin worden in de praktijk nagekomen.
- 1.3 De ontwikkeling van de cliënt, de geleverde ondersteuning en eventuele knelpunten worden structureel geregistreerd.
- 1.4 Cliënten hebben inspraak gehad bij het opstellen van hun ondersteuningsplan en minimaal eenmaal per jaar wordt er geëvalueerd en zo nodig bijgesteld.
- 1.5 Ondersteuning en/of dagactiviteiten richten zich op afstemming met mantelzorgers, familieleden en andere informele ondersteuners/vrijwilligers. Tevens ondersteunen of versterken zij dezen.
- 1.6 In het werkplan is vastgelegd welke overige hulpverleners, mantelzorger(s) en sociaal netwerk betrokken zijn en welke afspraken er zijn gemaakt.
- 1.7 De ondersteuning vindt plaats in de vorm van praktische hulp en ondersteuning bij het uitvoeren dan wel het ondersteunen bij/oefenen van handelingen/vaardigheden die zelfredzaamheid en participatie tot doel hebben.
- 1.8 De ondersteuning sluit aan bij de regiemogelijkheden van de cliënt.
- 1.9 In geval van meervoudige, complexe problematiek is een regisseur of coördinator aangewezen die de nodige samenhang en continuïteit bewaakt.
- 1.10 In het dossier is de situatie van cliënt (diagnose, persoonlijke omstandigheden en zorgachtergrond) opgenomen.
- 1.11 Voor de cliënten is te allen tijde duidelijk wie het aanspreekpunt is bij de beroepskrachten en aanbieders die ondersteuning bieden aan cliënt.
- 1.12 De ondersteuning is zowel gericht op de cliënt, als op het gezinssysteem en het sociale netwerk.
- 1.13 De organisatie werkt met een beschreven methodiek, waarbij er ruimte is voor professionele autonomie en innovatie van de ondersteuning.

Thema 2

De voorziening is veilig

- 2.1 De veiligheidsrisico's van cliënt zijn in kaart gebracht, besproken met cliënt, opgenomen in het dossier en vormen onderdeel van de evaluaties.
- 2.2 In het dossier is opgenomen hoe bij (dreigende) risicovolle situaties gehandeld kan worden. In de ondersteuning wordt rekening gehouden met de risico's van de cliënt.
- 2.3 Veiligheidsrisico's worden vroegtijdig gesignaleerd en hierop wordt geanticipeerd.
- 2.4 De aanbieder heeft passend beleid/richtlijnen ontwikkeld op het gebied van calamiteiten en geweldsincidenten en handelt hiernaar. Deze worden conform de wet gemeld.
- 2.5 Er is sprake van een veilige en schone omgeving.
- 2.6 Er is beleid rondom sociale veiligheid.

Thema 3

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

- 3.1 De organisatie en de beroepskrachten hebben voldoende kennis van de lokale sociale kaart in de gemeente (en aangrenzende gemeenten) waar de organisatie is gevestigd/ondersteuning wordt geboden.
- 3.2 De begeleiding is afgestemd op andere vormen van ondersteuning en zorg en met andere aanbieders.
- 3.3 De beroepskrachten en aanbieders die ondersteuning bieden aan de cliënt zorgen ervoor dat overdracht van taken en verantwoordelijkheden expliciet plaatsvindt.
- 3.4 De beroepskrachten en aanbieders die ondersteuning bieden aan de cliënt maken duidelijke afspraken over de verdeling van taken en verantwoordelijkheden met betrekking tot de geboden ondersteuning aan cliënt.

Thema 4

De voorziening wordt verstrekt in overeenstemming met de op de beroepskracht rustende verantwoordelijkheid op basis van de professionele standaard.

- 4.1 De medewerkers zijn vakbekwaam en beschikken over kwalificaties en/of opleidingen die passend zijn bij hun werkzaamheden.
- 4.2 De aanbieder biedt de in het kader van de geboden voorziening aangewezen beroepskracht passende scholing en heeft een opleidingsbeleid.
- 4.3 Binnen de organisatie bestaan structuren waarbij casuïstiek en kennis delen centraal staat.
- 4.4 Medewerkers zijn op de hoogte van geldende protocollen en richtlijnen en handelen daarnaar.
- 4.5 Er is een vrijwilligers/stagebeleid, indien de aanbieder hier gebruik van maakt.
- 4.6 De aanbieder voldoet aan relevante professionele en branchegerichte standaarden b.v. een HKZ- of ISO-certificering.
- 4.7 Alle medewerkers, stagiaire(s) en vrijwilligers beschikken over een Verklaring Omtrent gedrag die bij aanvang niet ouder is dan 12 maanden.
- 4.8 Kwaliteitsverbeteringen op basis van signalen van cliënten en van cliënt- en medewerkerstevredenheidsonderzoeken zijn aantoonbaar.
- 4.9 De aanbieder heeft passend beleid ontwikkeld, reflecteert op dit beleid, evalueert en stelt bij op het punt van personeelsbeleid, opleiding en scholing en de melding van huiselijk geweld en kindermishandeling.
- 4.10 Er is continuïteit onder de beroepskrachten in de ondersteuning van cliënten.

Thema 5

De voorziening wordt verstrekt met respect en inachtneming van de rechten van de cliënt

- 5.1 Er is een regeling vastgesteld voor de medezeggenschap van cliënten over de voorgenomen besluiten van de dienstverlener welke voor gebruikers van belang zijn. Cliënten zijn hiervan op de hoogte.
- 5.2 De aanbieder heeft een regeling voor de behandeling van klachten vastgesteld.
- 5.3 De aanbieder is aangesloten bij een geschilleninstantie.
- 5.4 De bejegening door de beroepskracht van de cliënt is passend en correct.
- 5.5 De aanbieder neemt eventuele klachten in behandeling en handelt die tijdig en passend af.
- 5.6 De aanbieder heeft passend beleid/richtlijnen ontwikkeld, reflecteert op dit beleid/richtlijnen, evalueert en stelt bij op het punt van de omgang met en de uitwisseling van (gevoelige) persoonsgegevens en de afhandeling van klachten (op basis van een klachtregeling).

Bijlage 3: Programma van eisen gemeente Dronten

PROGRAMMA VAN EISEN LOKALE MAATWERKVOORZIENINGEN WMO

Aanvullend op de definitielijst in de offerteaanvraag worden in dit Programma van eisen de volgende definities gehanteerd:

Eindrapportage Rapportage nadat een Beschikking is afgelopen. In deze rapportage worden de gestelde doelen uit het Ondersteuningsplan en het afgesproken resultaat op basis van het Routeplan geëvalueerd.

Ondersteuningsplan Plan dat is opgesteld tussen Cliënt en zorgaanbieder waarin de gespecificeerde doelen, de ingezette ondersteuning en de voortgang van de doelen wordt beschreven om het afgesproken resultaat vanuit het Routeplan te behalen.

Routeplan Plan dat is opgesteld tussen Cliënt en Gids waarin de hulpvraag en het gewenste resultaat staan beschreven met het oog op het vaststellen van de duur en de intensiteit van de ondersteuning aan Cliënt. De situatie van de Cliënt wordt in kaart gebracht m.b.v. de zelfredzaamheidsmatrix en/ of participatieladder.

Algemene eisen

1. Opdrachtnemer gaat onvoorwaardelijk akkoord met het programma van eisen en de Algemene Rijksvoorwaarden voor Diensten 2018 (ARVODI). Leverings-, betalings- en/ of andere algemene voorwaarden – hoe dan ook genaamd – van Opdrachtnemer worden uitdrukkelijk niet geaccepteerd.
2. Opdrachtnemer conformeert zich volledig en zonder voorbehoud aan de (concept)overeenkomst die is bijgesloten. Indien tekstsuggesties worden overgenomen, worden die opgenomen in de Nota van Inlichtingen.
3. Opdrachtnemer houdt zich aan de wet- en regelgeving en aan de geldende verordening en de nadere regels.
4. Opdrachtnemer neemt kennis van het gemeentelijke beleidsplan, de verordening en de Dronter Koers en werkt mee aan het implementeren van de werkwijze van de nieuwe route van Anke Siegers (<http://denieuweroute.com/>). Opdrachtnemer onderschrijft de beleidsmatige uitgangspunten en handelt er naar.
5. Opdrachtnemer stelt zich op de hoogte van de laatste ontwikkelingen, kwaliteitseisen en weten regelgeving op landelijk en lokaal niveau en handelt er naar.
6. Bij het einde van de overeenkomst zal Opdrachtnemer kosteloos meewerken aan de overgang naar de nieuwe overeenkomst (al dan niet met een andere leverancier) en draagt actief bij aan een goede implementatie.

Uitvoering

7. Opdrachtnemer informeert de Cliënt en/ of wettelijk vertegenwoordiger(s) voorafgaande aan de uitvoering van het Ondersteuningsplan over algemene zaken, klachtenregeling, vertrouwenspersoon en/ of cliëntondersteuning.
8. Opdrachtnemer voldoet aan het gestelde in de Wet maatschappelijke ondersteuning en volgt, zoveel als mogelijk, de op haar van toepassing zijnde cao's.
9. Opdrachtnemer dient in de hele gemeente Dronten de gevraagde hulp of ondersteuning te PvE kunnen leveren.
10. Opdrachtnemer onderschrijft de visie op ondersteuning en doorontwikkeling zoals door Opdrachtgever beschreven in deze aanbesteding.
11. Opdrachtgever gaat uit van het zo spoedig mogelijk inzetten van passende hulp of ondersteuning door Opdrachtnemer. Indien en voor zover deze ondersteuning door Opdrachtnemer niet direct kan worden geboden, wordt uitgegaan van een maximaal aanvaardbare periode tussen de aanmelding (van Cliënt door Opdrachtgever bij Opdrachtnemer) en het eerste intakegesprek bij Opdrachtnemer van 15 werkdagen.

12. Indien de maximale termijn van 15 werkdagen wordt overschreden stelt Opdrachtnemer, Opdrachtgever en Cliënt op de hoogte. Indien deze termijn in enig geval niet haalbaar blijkt, neemt Opdrachtnemer contact op met de Gids om een andere termijn af te spreken of naar een andere Opdrachtnemer te verwijzen. De Opdrachtgever accepteert geen wachttijden bij urgente problematiek. Urgente problematiek betreft in ieder geval casuïstiek waarbij sprake is van crisis of spoed.
13. Indien de maximaal aanvaardbare wachttijd voor hulp of ondersteuning in een individuele situatie dreigt te worden overschreden, blijft Opdrachtnemer verantwoordelijk voor het bieden van hulp of ondersteuning. Indien Opdrachtnemer andere door Opdrachtgever gecontracteerde Opdrachtnemer of andere Opdrachtnemer in de vorm van onderaannemerschap betreft, om te komen tot snellere inzet van hulp of ondersteuning, levert Opdrachtnemer de noodzakelijke overbruggingshulp.
14. Bij de inzet van hulp en ondersteuning zijn naast de datum van aanmelding, ook inhoudelijke overwegingen bepalend voor het moment van start van de hulp. In die gevallen waarin dringende hulp of ondersteuning nodig is, of als er een risico is op verslechtering van de situatie, weegt Opdrachtnemer nadrukkelijk af of wachten binnen de maximaal aanvaardbare wachttijden verantwoord is. Zo nodig zet Opdrachtnemer overbruggingshulp in.
15. De Cliënt bepaalt samen met de Opdrachtgever in het Routeplan welk resultaat er dient te worden behaald, het "wat". Opdrachtnemer bepaalt met Cliënt in het Ondersteuningsplan "hoe" de resultaten uit het Routeplan behaald worden. Daarbij moet het mogelijk zijn om de ondersteuning op verzoek van de Cliënt flexibel in te zetten (bijv. de ene week meer uren dan de andere week i.v.m. de aard en de omvang van de werkzaamheden).
16. De wijze waarop het resultaat wordt behaald, is aan de Opdrachtnemer, daar waar nodig in zijn rol als hoofdaannemer. Het is denkbaar dat er aanvullend andere expertise benodigd is om het gewenste resultaat te behalen dan Opdrachtnemer zelf kan leveren. De hoofdaannemer kan een andere Opdrachtnemer inschakelen. In dat geval is de Opdrachtnemer de hoofdaannemer en maakt hij gebruik van een of meerdere onderaannemers. De keuze voor een onderaannemer wordt gemaakt door de Opdrachtnemer in zijn rol als hoofdaannemer, in samenspraak met de Cliënt. In het kader van innovatie en afschaling van ondersteuning benut de Opdrachtnemer actief collectieve voorzieningen dan wel vrijwillige inzet. Deze inzet kan zowel tijdens (voorkeur) als na het traject ingezet worden.
17. Opdrachtnemer blijft bij de inschakeling van een onderaannemer te allen tijde (eind)verantwoordelijk en aansprakelijk voor de uitgevoerde hulp of ondersteuning. Ook is Opdrachtnemer verantwoordelijk voor de administratieve en financiële afhandeling van de uitgevoerde hulp richting de onderaannemers.
18. Hoofdaannemers en onderaannemers maken met elkaar afspraken over de inzet van hulp of ondersteuning. Opdrachtgever verwacht dat hoofdaannemers en onderaannemers hiervoor een contract afsluiten, waarin inhoudelijke en financiële afspraken worden vastgelegd. De werkwijze tussen beide partijen is de verantwoordelijkheid van de hoofdaannemer. De onderaannemer wordt uitbetaald door de hoofdaannemer.
19. Bij het inzetten van onderaannemer zal Opdrachtnemer (hoofdaannemer) de onderaannemer een realistisch en marktconform tarief betalen. Het moet voor een onderaannemer in ieder geval mogelijk zijn om haar personeel een tarief te betalen conform de voor onderaannemer geldende van toepassing zijnde cao.
20. Opdrachtgever zoekt actief naar mogelijkheden om ondersteuning af te schalen. Dat wil zeggen verkorten van ondersteuningsduur of intensiteit (bijvoorbeeld door gebruik te maken van voorveld, vrijwilligers en eigen netwerk van de Cliënt). De hulp of ondersteuning is gericht op blijvende participatie en stimulering van de zelfredzaamheid, passend bij de ontwikkelfase van de Cliënt.
21. Opdrachtnemer stelt gedurende de looptijd van de raamovereenkomst beleid op ten aanzien van het stimuleren van inzet van het netwerk van de Cliënt en of vrijwilligers.
22. Opdrachtnemer mag geen Cliënten weigeren binnen de in de aanbieding opgegeven capaciteit, tenzij hij hiervoor zwaarwegende gronden heeft. Wanneer een Opdrachtnemer een Cliënt wil weigeren dient hij dit beargumenteerd te overleggen met de Gids.
23. Opdrachtnemer meldt schriftelijk, direct en beargumenteerd, aan de Opdrachtgever wanneer Opdrachtnemer en Cliënt niet tot overeenstemming kunnen komen of als Opdrachtnemer de hulp niet kan voortzetten. Hulp kan door Opdrachtnemer alleen beëindigd worden na toestemming van Opdrachtgever.
24. Opdrachtnemer dient op werkdagen minimaal van 09.00 – 17.00 uur telefonisch bereikbaar te zijn.
25. Indien Cliënt overgaat tot het wisselen van Opdrachtnemer, hetgeen uitsluitend op verzoek van Cliënt en na toestemming van Opdrachtgever mogelijk is of indien het wettelijk kader wijzigd, zorgt

- Opdrachtnemer voor een warme overdracht van de relevante gegevens van Cliënt aan de nieuwe Opdrachtnemer met als doel de continuïteit van de maatwerkvoorziening te waarborgen.
26. Opdrachtnemer stelt binnen zes weken na het intakegesprek in overleg met Cliënt een Ondersteuningsplan op dat aansluit op de in het Routeplan (zoals is opgesteld door Cliënt en Gids) geformuleerde resultaten. Het Ondersteuningsplan wordt opgesteld conform het toetsingskader Wmo van GGD Flevoland. (<https://www.ggdflerland.nl/Themas/Milieu-en-Toezicht/wmo-toezicht>) In het Ondersteuningsplan wordt minimaal de volgende informatie beschreven / weergegeven:
- Beschrijving van de gespecificeerde doelen welke aansluiten op de resultaten in het
 - Routeplan van de gemeente Dronten.
 - Inschatting tijdsduur traject & einddatum.
 - In te zetten intensiteit van ondersteuning.
 - Data en tijdstip eerstvolgende evaluatie moment(en).
 - Data volgende rapportage.
 - Ondersteuningsplan is ondertekend door Cliënt en Opdrachtnemer.
- Opdrachtnemer draagt er zorg voor dat het Ondersteuningsplan, voorzien van handtekening Cliënt en Opdrachtnemer, binnen acht weken na het intakegesprek in het bezit is van Opdrachtgever (gemeente Dronten). Dit binnen de mogelijkheden van privacywetgeving en de eisen van proportionaliteit. Het ondersteuningsplan moet voldoende informatie bevatten zodat de gemeente een weloverwogen besluit kan nemen over de inzet en bekostiging van de hulpverlening dan wel het voortzetten van de hulpverlening.
27. Minimaal iedere zes maanden vindt aan de hand van het Ondersteuningsplan een evaluatiegesprek plaats tussen Opdrachtnemer en Cliënt en indien gewenst of noodzakelijk (bij stagnatie) met aanwezigheid van de Gids. Opdrachtnemer draagt er zorg voor dat de rapportage binnen twee weken na evaluatie (ondertekend door Cliënt en Opdrachtnemer) in het bezit is van Opdrachtgever. Rapportage is voorzien van data en tijdstip eerstvolgende evaluatie momenten of afsluiting traject.
- In evaluatiegesprekken komt aan de orde:
 - De gestelde doelen opgesteld in het Ondersteuningsplan;
 - Het standpunt van Cliënt over de gestelde doelen, voortgang en mogelijkheden van afschalen van hulp en gebruik maken van het eigen netwerk;
 - De mate waarin de Cliënt tevreden is over de geleverde hulp;
 - Het standpunt van de zorgaanbieder betreffende de voortgang van de ondersteuning;
 - Op welke wijze de samenwerking met andere professionals en informele ondersteuners wordt vormgegeven.
28. Einde Beschikking is einde traject, er wordt verwacht dat de afgesproken resultaten behorende bij de gespecificeerde doelen vanuit het Routeplan zijn behaald. Einde traject wordt afgesloten met een Eindrapportage, welke is ondertekend door Cliënt en Opdrachtnemer en binnen twee weken in bezit is van Opdrachtgever. In de Eindrapportage worden de gestelde doelen vanuit het Ondersteuningsplan en het resultaat vanuit het Routeplan geëvalueerd. Verlenging van het traject kan alleen op basis van inhoudelijke argumentatie, vastgelegd door middel van een rapportage welke is ondertekend door Cliënt en Opdrachtnemer. In deze rapportage wordt beargumenteerd weergegeven waarom gestelde doelen niet of gedeeltelijk behaald zijn, aan welke doelen er nog gewerkt dient te worden en welke termijn hier voor nodig is. Op basis van inhoudelijke argumentatie beslist de Gids of verlenging en voor welke tijdsduur deze verlenging noodzakelijk is. Uitgangspunt na datum beëindiging traject is dat er binnen een half jaar geen nieuwe Beschikking wordt afgegeven binnen hetzelfde profiel aan de Cliënt.
29. Het streven van Opdrachtgever is dat iedereen participeert naar vermogen. Opdrachtnemer draagt hieraan bij door, indien relevant, samen te werken met participatiepartners/UWV om de ondersteuning in samenhang te organiseren.
30. Bij verlof of ziekte van de medewerker draagt Opdrachtgever zorgt voor gelijkwaardige vervanging. Bij vervanging wordt rekening gehouden met de situatie van de Cliënt.
31. De locaties van Opdrachtnemer voldoen aan alle wettelijke (veiligheids)eisen.
32. Nazorg maakt onderdeel uit van het traject en moet in redelijke verhouding staan tot het traject. Wanneer Opdrachtnemer constateert dat de Cliënt meer nazorg nodig heeft dan redelijk is, neemt deze beargumenteerd contact op met de Gids.

33. Opdrachtnemer heeft bij een geldige zorgtoewijzing (bericht vanuit Opdrachtgever dat Opdrachtnemer zorg mag verlenen) een acceptatieplicht binnen de bij aanbidding opgegeven capaciteit. Daaronder valt ook de verplichting om te zoeken naar een passend alternatief wanneer niet tijdig passende ondersteuning aan de Cliënt kan worden geboden en hierover af te stemmen met de Gids.

Uitvoering – specifieke eisen voor hulp bij het huishouden

Niet van toepassing bij AHMN (punt 34 tot en met 37)

Vervoer

Niet van toepassing bij AHMN (punt 38 tot en met 42)

Kwaliteit

43. Opdrachtnemer is aangesloten bij een brancheorganisatie of beroepsorganisatie die past bij de gevraagde dienstverlening.
44. Opdrachtnemer en onderaannemers werken mee aan van toepassing zijnde inspecties door de daarvoor aangewezen organisaties en geven opvolging aan aanbevelingen die hieruit naar voren komen.
45. Opdrachtnemer levert een kwalitatief goed aanbod uitgevoerd volgens professionele standaarden en uitgangspunten en door Opdrachtgever opgelegde kaders. De hulp sluit aan op de behoefte van Cliënt.
46. Opdrachtgever gaat uit van het zo spoedig mogelijk inzetten van passende hulp of ondersteuning door Opdrachtnemer. Indien en voor zover deze ondersteuning door Opdrachtnemer niet direct kan worden geboden, wordt uitgegaan van een maximaal aanvaardbare periode tussen de aanmelding (van Cliënt door Opdrachtgever bij Opdrachtnemer) en het eerste intakegesprek bij Opdrachtnemer van 15 werkdagen.
47. Opdrachtnemer beschikt over een vastgelegde vorm van medezeggenschap van Cliënten welke voldoet aan de eisen die de wetgeving daaraan stelt.
48. Opdrachtnemer sluit haar hulpverlening aan bij de uitgangspunten en doelstellingen zoals benoemd in de Dronter Koers en de nieuwe route van Anke Siegers en legt deze vast in een PDCA (Plan Do Check Act)-cyclus welke jaarlijks door de organisatie geëvalueerd en bijgesteld wordt. Opdrachtnemer stuurt dit document elk jaar per e-mail in het eerste kwartaal (voor 1 april) aan Opdrachtgever.
49. Voor ZZP'ers geldt dat zij moeten voldoen aan de minimale eisen zoals verwoord binnen het keurmerk ZZP'er Zorg (www.mijnkeurmerk.nl)
50. Opdrachtnemer werkt methodisch en kan dit aantoonbaar maken. De methodiek(en) van Opdrachtnemer is/ zijn gericht op het vergroten/bevorderen van de zelfstandigheid, de autonomie van Cliënt. In de werkwijze van Opdrachtnemer wordt actief gebruik gemaakt en de samenwerking gevonden met het preventieve aanbod in de gemeente van Opdrachtgever.
51. Opdrachtnemer verleent ondersteuning met inachtneming van de eisen die volgens de algemeen aanvaarde professionele standaard redelijkerwijs aan Opdrachtnemer mogen worden gesteld. De bij de Opdrachtnemer in dienst zijnde medewerkers houden zich aan de voor hen geldende beroepscode.
52. Opdrachtnemer garandeert dat personeel met Cliëntcontact:
 - Beschikt over een geldige Verklaring Omtrent Gedrag (VOG)
 - Een getekende geheimhoudingsverklaring indient
 - De Nederlandse taal beheerst in woord en geschrift;
 - Zich kan legitimeren als medewerk(st)er van Opdrachtnemer;
 - Een klantvriendelijke, hulpvaardige en servicegerichte instelling heeft;
 - De culturele achtergrond, geloofsovertuiging en/ of leefwijze van de Cliënt respecteert;
 - Discreet omgaat met vertrouwelijke informatie.
53. De door Opdrachtnemer in te zetten medewerkers houden zich aan de Meldcode huiselijk geweld en Kindermishandeling en handelen hiernaar. Opdrachtnemer bevordert de kennis over en het gebruik van de meldcode bij de in te zetten medewerkers.
54. Prestatie-indicatoren o.b.v. landelijk outcomecriteria

Informatie en communicatie

55. Namens de Opdrachtnemer treedt één contactpersoon op als accountmanager die primair verantwoordelijk is voor de naleving en verdere invulling van de Raamovereenkomst. Deze accountmanager is het aanspreekpunt voor Opdrachtgever. Opdrachtnemer dient bij een wisseling van de accountmanager zorg te dragen voor een tijdige en volledige overdracht van alle beschikbare informatie. De contractmanager van Opdrachtgever dienen hierover tijdig geïnformeerd te worden.
56. Opdrachtnemer meldt direct aan Opdrachtgever relevante ontwikkelingen die van invloed kunnen zijn op de continuïteit van de bedrijfsvoering en hulpverlening.
57. Minimaal één keer per jaar vindt er een gesprek plaats tussen de contractmanager van Opdrachtgever en de accountmanager van Opdrachtnemer. Hierin wordt o.a. de dienstverlening van Opdrachtnemer geëvalueerd op basis van de door Opdrachtnemer zichzelf gestelde doelen zoals beschreven in eis 46 en de in eis 54 genoemde Kritische Prestatie Indicatoren (KPI's).
58. Voorafgaand aan het overleg overlegt Opdrachtnemer een rapportage van de voorgaande zes maanden.
59. Opdrachtnemer meldt calamiteiten of geweld bij het uitvoeren van de dienstverlening onverwijld aan Opdrachtgever. Opdrachtnemer doet dit door binnen 48 uur na ontvangst signaal, het digitale contactformulier op de website van de gemeente Dronten in te vullen met daarbij een beschrijving van de calamiteit of het geweld en de Cliënt waar deze is gesignaleerd. Ook dient Opdrachtnemer de calamiteit of het geweldsincident te melden bij de GGD Flevoland (<https://www.ggdflerland.nl/Themas/Milieu-en-Toezicht/wmo-toezicht>).
60. Opdrachtnemer meldt tijdig bij Opdrachtgever wanneer zij een veranderde situatie of hulpvraag signaleert. Hierbij wordt (niet limitatief) rekening gehouden met
- Gezinssituatie
 - De meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling
 - Ziekte
 - Veranderde indicatie
 - Andere problemen van invloed op het functioneren van de Cliënt.
61. Wanneer een Cliënt drie keer zijn gemaakte tijdsafspraken niet nakomt, wordt de Gids van de Opdrachtgever hiervan, per e-mail of telefonisch, op de hoogte gesteld om tot afstemming te komen.
62. Opdrachtnemer neemt actief deel aan de door Opdrachtgever in te richten overlegstructuur waarin Opdrachtgever met Opdrachtnemers gezamenlijk de inhoud en kwaliteit van de ondersteuning bespreekt en veranderingen volgt en implementeert.
63. Informatie-uitwisseling voldoet aan de actuele wettelijke eisen op het gebied van privacy.

Administratie, declaratie en betaling

64. Opdrachtnemer gaat akkoord met de administratieve werkwijze zoals beschreven in Bijlage 2.
65. Indien het niet tijdig aanleveren van de gegevens voor het berekenen van een eigen bijdrage aan het CAK (zoals omschreven in bijlage 2) leidt tot inkomstenderving van de Opdrachtgever, kan Opdrachtgever deze kosten verhalen op Opdrachtnemer.
66. Naast toepassing van het landelijk accountantsprotocol dient Opdrachtnemer medewerking te verlenen aan uitvoering van materiele controles en/ of te voldoen aan verzoeken om nadere informatie door of namens Opdrachtgever.

Klachtenregeling en Cliënttevredenheid

67. Opdrachtnemer registreert klachten van Cliënten of Opdrachtgever en de maatregelen die zijn genomen om de klacht af te handelen en herhaling te voorkomen.
68. Opdrachtnemer zorgt voor een heldere en inzichtelijke klachtenprocedure.
69. Opdrachtnemer stuurt elk jaar per e-mail in het eerste kwartaal (voor 1 april) aan Opdrachtgever een overzicht van de geregistreerde klachten en de afhandeling daarvan.

70. Opdrachtnemer voert als onderdeel van haar dienstverlening Cliënttevredenheidsonderzoeken uit onder haar Cliënten op casusniveau na afloop van het traject en zo nodig gedurende het traject. De resultaten en verbeteracties worden gedeeld met Opdrachtgever en worden meegenomen in de eerder genoemde PDCA cyclus.
Op verschillende plaats in het Programma van eisen worden acties en rapportages vermeld. Voor het de overzichtelijkheid zijn al deze acties hieronder schematisch weergegeven. De eisen zelf blijven leidend.

PvE Wmo – Concept t.b.v. Stuurgroep