



Rapportage Wmo toezicht
Toetsingskader Wmo toezicht West-Friesland 2022

Organisatie	Fourzorg B.V.
Toezichthouder	Team Toezicht Wmo Westfriesland
Datum start onderzoek	30 maart 2023
Status	<ul style="list-style-type: none">• Concept 1 juni 2023• Hoor & Wederhoor 6 juni 2023• Zienswijze 23 juni 2023
Definitief verslag	11 juli 2023

Inhoudsopgave

1. Inleiding	3
2. Algemeen	4
2.1 Bedrijfsinformatie	
2.2 Aanleiding onderzoek en onderzoeksmethode	
2.3 Korte beschrijving van de locatie en doelgroep	
2.4 Toetsingshistorie	
2.5 Toetsingsmethoden	
3. Aanbeveling en conclusie	5
3.1 Aanbeveling zorgaanbieder	
3.2 Aanbeveling gemeente	
3.3 Conclusie	
4. Bevindingen	7
5. Bronnen	15
5.1 Documentenlijst	
5.2 Diploma's, VOG en BHV	
6. Zienswijze zorgaanbieder	20

1. Inleiding

Waarom Wmo toezicht?

In de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo 2015) is opgenomen dat gemeenten per 1 januari 2015 verantwoordelijk zijn voor de organisatie van maatschappelijke ondersteuning van personen met een beperking en personen met psychische of psychosociale problemen en voor de kwaliteit en de continuïteit van de voorzieningen. Om de kwaliteit van Wmo-voorzieningen te waarborgen, wordt door middel van toezicht op Wmo-voorzieningen getoetst of aanbieders voldoen aan de wettelijke en gemeentelijke kwaliteitseisen.

Wie is waarvoor verantwoordelijk?

De aanbieder van een voorziening is verantwoordelijk voor de kwaliteit van de voorziening. Conform artikel 6.1 van de Wmo 2015 hebben de colleges van burgemeester en wethouders van de zeven Westfriese gemeenten (Hoorn, Koggeland, Opmeer, Medemblik, Stede Broec, Enkhuizen en Drechteland) toezichthouders aangesteld om het toezicht op Wmo-voorzieningen uit te voeren. De toezichthouders zijn daardoor belast met het houden van toezicht op de naleving van het bepaalde bij of krachtens de Wmo 2015; met andere woorden zij toetsen de kwaliteit van de voorziening. Zo nodig adviseert de toezichthouder of er maatregelen nodig zijn om de kwaliteit te waarborgen.

Waarop is toezicht gebaseerd?

Het toezicht is gebaseerd op de kwaliteitseisen die zijn opgenomen in hoofdstuk 3 van de Wmo 2015, het toetsingskader Wmo toezicht West-Friesland, de gemeentelijke verordening en contractuele eisen.

Wat is het doel van deze rapportage?

Dit rapport is opgesteld naar aanleiding van het onderzoek naar de kwaliteit van de voorziening, dat door de toezichthouder is uitgevoerd. Het doel van dit rapport is beschrijven in hoeverre de kwaliteit van de voorziening gewaarborgd is. De aanbieder en de gemeenten worden door middel van dit rapport hiervan op de hoogte gesteld.

De kwaliteit wordt getoetst op basis van onderstaande kaders. Deze kaders vinden hun grondslag in de Wmo 2015 en de lokale verordeningen:

- Doelmatigheid voorziening;
- Veiligheid;
- Samenwerken en afstemming;
- Kwaliteit personeel en organisatie;
- Rechten van de cliënt.

Leeswijzer:

In hoofdstuk 2 wordt ingegaan op de algemene bedrijfsinformatie, de aanleiding van het onderzoek en de toetsingshistorie – en methoden.

In hoofdstuk 3 leest u de aanbevelingen van de toezichthouders die gedaan zijn naar aanleiding van het dossieronderzoek en gesprekken op locatie (veldonderzoek).

Hoofdstuk 4 laat zien wat de constatering van de toezichthouder zijn, dit is aangegeven per toetsingscriterium en in hoofdstuk 5 staat weergegeven welke bronnen zijn gebruikt door de toezichthouders.

Tot slot leest u in hoofdstuk 6 de zienswijze de aanbieder.

2. Algemeen

2.1 Bedrijfsinformatie

Naam: Fourzorg

Rechtsvorm: B.V.

KvK nummer: 9

Datum oprichting: 2017

Postadres: Maelsonstraat 12, Unit 6, 1624NP Hoorn

Bezoekadres: Marconistraat 5 - 1821 BX Alkmaar

Vennoten: dhr. S. Tensen, dhr. B. Leenders, dhr. D.R. Stam

Activiteiten: Ambulante begeleiding aan jongeren en volwassenen.

2.2 Aanleiding onderzoek

Door middel van het uitvoeren van proactieve structurele onderzoeken streeft team Toezicht Wmo Westfriesland ernaar, om alle (gecontracteerde) Wmo aanbieders in de regio Westfriesland één keer per drie tot vier jaar op de geleverde kwaliteit van de voorziening te toetsen.

Dit onderzoek betreft een structureel onderzoek.

2.3 Korte beschrijving Fourzorg

Fourzorg (hierna 'de aanbieder') biedt ambulante begeleiding aan jongeren vanaf 12 jaar én aan volwassenen die om verschillende redenen vastlopen in hun dagelijks leven. Hierdoor is er vaak sprake van meervoudige complexe problematiek. De ambulante begeleiding die de aanbieder levert is met name gericht op het versterken en vergroten van de zelfredzaamheid van de cliënt.

De aanbieder werkt met een uniek concept samen met onderaannemers en/of middels het hebben van een samenwerkingsovereenkomst met reguliere bedrijven. De aanbieder faciliteert deze onderaannemers in het gebruik van het registratiesysteem dat de aanbieder zelf gebruikt. Hierdoor kan de aanbieder onder meer de geleverde kwaliteit van ondersteuning bepalen en behoudt het zicht op het gehele traject dat de cliënt aflegt. De aanbieder werkt bovengemiddeld op maat met de cliënten samen, door bijvoorbeeld geen bulkaanbod in het dagbestedingstraject op te nemen maar gebruik te maken van vakmensen in het bedrijfsleven die bereid zijn hun kennis te delen.

In 2022 had de aanbieder 61 Wmo gefinancierde cliënten bij een totaal van 376 cliënten.

In 2023 had de aanbieder 35 Wmo gefinancierde cliënten bij een totaal van 198 cliënten.

2.4 Toetsingshistorie

Baker Tilly Bedrijfsvoering toets 22 juni 2022

2.5 Toetsingsmethoden

De kwaliteitstoetsing vindt plaats door middel onderstaande twee toetsingsmethoden:

1. Dossieronderzoek: De toezichthouders toetsen (documenten die vooraf worden opgevraagd bij de zorgaanbieder (zie hoofdstuk 5).
2. Veldonderzoek: De toezichthouders gaan op de locatie(s) van de aanbieder in gesprek met directie, medewerkers en cliënten.

3. Aanbeveling en conclusie

In dit hoofdstuk leest u de aanbevelingen van de toezichthouders die gedaan zijn naar aanleiding van het dossier- en veldonderzoek. De opvolging van de aanbevelingen vindt na drie maanden plaats of later in overleg met de toezichthouder. Naast de aanbevelingen die binnen drie maanden opvolging moeten krijgen, zijn er aanbevelingen gedaan die binnen een jaar voldaan moeten zijn.

Een jaar na het onderzoek wordt het onderzoek afgesloten of er kan op basis van nieuwe signalen een reactief toezicht worden gestart.

De aanbieder is getoetst op de onderstaande vijf kwaliteitskaders, waaruit 83 toetsingscriteria voortvloeien (zie hoofdstuk 4).

- Doelmatigheid voorziening;
- Veiligheid;
- Samenwerken en afstemming;
- Kwaliteit personeel en organisatie;
- Rechten van de cliënt.

De toezichthouders delen het kwaliteitsrapport (inclusief aanbeveling en conclusie) met de Westfriese gemeenten.

3.1 Aanbeveling zorgaanbieder

	3 mnd	12 mnd
1. Doelmatigheid voorziening		
De aanbieder verwerkt de uitkomst van de laatste evaluaties, met terugwerkende kracht, correct en volledig in de zorgplannen.	X	
2. Veiligheid		
De aanbieder schoolt de medewerkers in omgaan met agressie.		X
De aanbieder gaat na/ beoordeelt of er bij de onderaannemers voldoende medewerkers een geldig BHV certificaat bezitten om de hiermee gepaard gaande veiligheid te kunnen waarborgen.	X	
De aanbieder gaat na/ beoordeelt of er bij de onderaannemers jaarlijks een brand-en/of ontruimingsoefening wordt gehouden.	X	
De aanbieder gaat na/ beoordeelt of er bij de onderaannemers een RI&E van de locatie aanwezig is.	X	
De aanbieder informeert de medewerkers over de meldplicht (art. 3.4 Wmo 2015) en over de mogelijkheden die er zijn om ondersteuning te krijgen vanuit team Toezicht Wmo.	X	
De aanbieder past het medicatieprotocol aan op een wijze die beter aansluit bij de huidige praktijk.	X	
De aanbieder omschrijft het gedrag van de client dat zich in aanloop naar decompensatie* of agressie voordoet en neemt concreet geformuleerde acties voor de medewerker(s) op in de risico-inventarisatie.	X	
3. Samenwerking en afstemming		
Geen		
4. Kwaliteit van personeel en organisatie		
De aanbieder brengt de te gebruiken methodiek onder de aandacht van de medewerkers.	X	
5. Rechten van de cliënt		
De aanbieder vult het document 'protocol cliëntdocumenten' aan met het recht op wijzigen of verwijderen van (een gedeelte) het cliëntdossier.	X	
De aanbieder verwijderd burgerservicenummers uit documenten waar deze informatie niet noodzakelijk is.	X	

De aanbieder maakt een toegankelijke versie van de klachtenregeling voor mensen die minder taalvaardig zijn.	X	
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---	--

* Bij decompensatie vertragen je hersenen alle functies van je lichaam of leggen ze zelfs stil. Hierdoor ontwikkel je een scala aan psychische klachten (www.ggzniews.nl).

3.2 Aanbeveling gemeente(n)

1. Doelmatigheid voorziening
Geen
2. Veiligheid
Geen
3. Samenwerking en afstemming
De regio Wf neemt contact op met de aanbieder om de knelpunten die de aanbieder ervaart te bespreken en gaat samen met de aanbieder kijken naar de mogelijkheden om tot meer 'partnerschap' te komen.
De regio Wf draagt zorg voor voldoende kennis bij de Wmo-consulenten, over de meest voorkomende ziektebeelden.
4. Kwaliteit van personeel en organisatie
Geen
5. Rechten van de cliënt
Geen

3.3 Conclusie

Concluderend kan gesteld worden dat:

1. De aanbieder haar zaken goed op orde heeft. De aanbevelingen dienen dan ook gezien te worden als 'de puntjes op i'.
2. De gegevens die voortkomen uit de evaluatiegesprekken met de cliënten soms niet correct zijn overgenomen in het zorgplan.
3. De risico-inventarisatie in de zorgplannen specifiek gemaakt kunnen worden.
4. De cliënten zich écht geholpen, gehoord, gezien en gewaardeerd voelen.
5. De medewerkers geschoold dienen te worden in het omgaan met agressie.
6. De aanbieder zich bewust is van de verplichting om de kwaliteit van de onderaannemer te toetsen. De aanbieder hierin al een mooie ontwikkeling in heeft doorgevoerd op clientniveau, maar op het toetsen van veiligheidsaspecten bij de onderaannemer nog verder kan verbeteren.
7. Het medicatieprotocol niet meer aansluit op de huidige praktijksituatie.
8. Medewerkers onvoldoende op de hoogte zijn over de methodiek van waaruit de aanbieder wenst te werken.
9. De burgerservicenummers van de cliënten vaker wordt genoteerd dan noodzakelijk is.
10. De klachtenregeling niet voor iedereen toegankelijk leesbaar is.
11. De aanbieder graag wil investeren in het nog verder verbeteren van de samenwerking met de regio Wf.

Beleving van de toezichthouder:

De toezichthouder heeft de aanbieder in de communicatie als open, transparant, lerend en deskundig ervaren. De aanbieder heeft het vergroten van de zelfredzaamheid en het welzijn van de client op nummer 1 staan, waarbij op deskundige wijze rekening gehouden wordt met de draagkracht en het ontwikkeltempo van ieder individu.

4. Bevindingen

1. Doelmatigheid voorziening	
<i>Wettelijke kwaliteitseis: De voorziening is doelmatig, doeltreffend en cliëntgericht (Wmo 2015, art. 3.1, tweede lid sub a).</i>	
1.1 Ondersteuningsplan	Ja/nee/n.v.t/n.b.¹
1. De aanbieder heeft voor elke cliënt een perspectiefplan en toetst op basis van een representatieve steekproef.	Ja
2. De aanbieder gebruikt een erkend zorgregistratiesysteem.	Ja
3. De resultaten uit het perspectiefplan zijn verwerkt in het ondersteuningsplan.	Ja
4. Het plan omvat een omschrijving van de vraag van de cliënt.	Ja
5. Het plan omschrijft de kansen/mogelijkheden van de cliënt (eigen kracht/sociale netwerk).	Ja
6. Het plan geeft aan welke voorziening wordt geboden.	Ja
7. De rol van het sociale netwerk van de cliënt is beschreven in het plan.	Ja
8. De afstemming tussen dagbesteding, werk en wonen, is zichtbaar in het ondersteuningsplan.	Ja
9. De afstemming van de aangeboden voorziening op andere vormen van geboden hulp en zorg is zichtbaar in het ondersteuningsplan.	Ja
10. De ondersteuningsvraag van de cliënt is in samenwerking met en met toestemming van de cliënt in een ondersteuningsplan geformuleerd.	Ja
11. Afwijkingen van het plan worden gemotiveerd toegelicht en besproken met de cliënt en zijn/haar sociale netwerk.	Ja
12. In het plan staat de naam van de eerstverantwoordelijke vermeld.	Ja
13. De eerstverantwoordelijke of diens vervanger is bekend bij de cliënt.	Ja
14. Het plan wordt minimaal jaarlijks geëvalueerd.	Ja
15. Van de evaluatie wordt verslag opgemaakt.	Ja
16. Op basis van de evaluatie worden de doelen zo nodig bijgesteld.	Ja /Nee
17. De cliënt heeft het evaluatieverslag ondertekend.	Ja/Nee
18. De datum van de eerstvolgende evaluatie staat in het ondersteuningsplan genoteerd.	Nee
Constatering	
<p>De aanbieder slaat cliëntdocumenten op in Nedap Ons.</p> <p>De aanbieder heeft van 4 cliënten gegevens aangeleverd. Ten tijde van deze audit blijkt 1 van de cliënten waarvan een dossier is aangeleverd te zijn uitgestroomd naar de Wlz.</p> <p>De toezichthouder is van mening dat de kwaliteit van de zorgplannen over het algemeen van goede kwaliteit is. De aanbevelingen worden gezien als 'de puntjes op de i'.</p> <p>De doorgevoerde veranderingen na de evaluatie zijn meestal zichtbaar in het ondersteuningsplan.</p> <p>Bij 1 van de 4 zorgplannen, komt de uitkomst van de ZRM (zelfredzaamheidsmatrix) niet overeen met het zorgplan.</p> <p>Bij 1 van de 4 zorgplannen is de ZRM niet afgenomen tijdens de evaluatie, maar heeft toen wel een score gekregen. Dit lijkt tegenstrijdig te zijn.</p> <p>Van de 4 zorgplannen is er 1 niet ondertekend door de cliënt. De overige drie zijn digitaal ondertekend.</p> <p>De datum voor een nieuwe evaluatie staat in geen van de 4 aangeleverde zorgplannen. Wel kent het zorgplan een aanvang- en beëindigingsdatum. Hieruit valt op te maken dat de aanbieder zich wel bewust is van de geldigheidsduur van een jaar die geldt voor het ondersteuningsplan. Omdat tijdens de audit inzage is verleend in het registratiesysteem, is het de toezichthouder duidelijk geworden dat het tijdig evalueren is geborgd door een automatische melding die gekoppeld is aan de opgenomen einddatum die wel in het verslag genoteerd is. De toezichthouder heeft daarom geen aanbeveling gegeven punt 18 van bovenstaande criteria.</p> <p><u>Hoor en wederhoor; aanvulling vanuit de aanbieder:</u></p> <p>De datum van de eerstvolgende evaluatie zijn procesmatig vastgelegd. Het zorgplan is maximaal 1 jaar geldig en dienen dan geëvalueerd te worden en opnieuw vastgesteld, alsmede bij het aflopen van een beschikking. Het beleid is dus minimaal 1x per jaar of vaker indien nodig/afgesproken.</p>	
Bronnen	
<p>Doc. 17: Handleiding Privacy</p> <p>Doc. 20: Protocol cliëntdocumenten</p> <p>Doc. 33, 34, 35 en 36: Clientgegevens</p>	

Audit Interview cliënten
Aanbeveling
De aanbieder verwerkt de uitkomst van de laatste evaluaties, met terugwerkende kracht, correct en volledig in de zorgplannen.

1.2 Uitvoering van de ondersteuning	Ja/nee/n.v.t/n.b.
1. De ondersteuning is gericht op het vergroten van de zelfredzaamheid en de participatie van de cliënten.	Ja
2. Er wordt gewerkt richting de uitstroom van de cliënten (bijv. richting een vervolgtraject). Indien van toepassing is er sprake van afschaling van begeleiding.	Ja
3. De cliënt is tevreden over de geboden ondersteuning.	Ja
4. De medewerkers zijn op de hoogte van de persoonlijke omstandigheden die relevant zijn voor de ondersteuning.	Ja
5. Bij beschermd wonen is 24 uren zorg/begeleiding gewaarborgd.	n.v.t.

Constatering
In 2022 had de aanbieder 61 Wmo gefinancierde cliënten. Ten tijde van deze audit heeft de aanbieder 35 Wmo gefinancierde cliënten. De doelen in de zorgplannen laten zien dat de aanbieder en de client samen focussen op het vergroten van de zelfredzaamheid van de client. De toezichthouder heeft 2 cliënten gesproken. Beide cliënten zijn langer dan een jaar in traject bij de aanbieder. Beiden laten zij weten heel erg tevreden te zijn over de begeleiding die zij ontvangen. Zij ervaren niet als 'patiënt of cliënt' behandeld te worden maar als een volledig gelijkwaardige. Dit heeft beide cliënten een grote vooruitgang opgeleverd in het zelfvertrouwen, het aangaan van sociaal contact én het beleven van een zinvol bestaan. Zij ervaren dat ze écht vooruit worden geholpen, doordat de aanbieder écht met ze aan het werk is om doelen te behalen.

Bronnen
Doc. 33,34,35,36; clientinformatie Audit Interview cliënten
Aanbeveling
Geen

2. Veiligheid
<i>Wettelijke kwaliteitseis: De voorziening is veilig (Wmo 2015, art. 3.1, tweede lid sub a.).</i>

2.1 Protocollen en afspraken	Ja/nee/n.v.t/n.b.
1. De organisatie heeft actuele werkinstructies en relevante handelingsprotocollen.	Ja
2. De organisatie heeft huisregels die besproken zijn met de cliënten.	Ja
3. De organisatie kent een agressieprotocol.	Ja
4. Het personeel is geschoold in het omgaan met agressie.	Nee
5. De organisatie kent een brandveiligheids- en ontruimingsplan. Periodiek wordt ontruiming geoefend.	n.b.
6. Op de locatie is een gediplomeerd en getrainde bedrijfshulpverlener aanwezig.	n.b.
7. De zorgaanbieder is ervan op de hoogte dat calamiteiten en geweldsincidenten gemeld dienen te worden aan de toezichthouders Wmo.	Ja/ Nee

Constatering
De toezichthouder complimenteert de aanbieder over het beschikbaar hebben van het protocol 'Opvang medewerkers na een schokkende gebeurtenis'. Hiermee heeft de aanbieder een veilig en oordeelvrij (leer)klimaat beoogd/ gecreëerd voor de medewerkers. In het protocol 'Ongewenste gebeurtenissen' staat hoe je een ongewenste gebeurtenis zoals agressie kunt melden. Het document zegt niks over het handelen tijdens agressie. Deze informatie is terug te vinden in het agressieprotocol. In het document Risico-inventarisatie medewerkers d.d. 22-02-2022 staat dat medewerkers behoefte hebben aan een training omgaan met agressie. Men spreekt in datzelfde document de verwachting uit dat er in 3e kwartaal 2022 fysieke trainingen weer mogelijk zijn.

In de samenvatting MIC-meldingen staat dat er 56% van de MIC-meldingen gaan over een vorm van agressie en dat een agressietraining voor medewerkers jaarlijks terugkerend moeten zijn. Ten tijde van deze audit heeft er nog geen training in het omgaan met agressie plaatsgevonden. Als argument waarom dit tot nu toe nog niet is gebeurd wordt de coronapandemie benoemd.

De aanbieder werkt als hoofdaannemer in de ambulante begeleiding. Dit zorgt ervoor dat er geen huisregels kunnen worden afgesproken met cliënten. De aanbieder heeft de dagbesteding ondergebracht bij diverse onderaannemers. Daar worden huisregels wel gehanteerd en besproken met de cliënt.

De aanbieder heeft een BHV plan aangeleverd die van toepassing is op de locatie 'Stadsfabriek Alkmaar'. Wat in dit document opvalt is het feit dat slechts 1 persoon het sleutelbeheer heeft over de hoofdaansluitingen van gas, elektriciteit en water. Bij navraag blijkt dat er meerdere bedrijven in de Stadsfabriek gehuisvest zijn met ieder hun eigen aansluitingen. Iedere huurder kan hierdoor zelfstandig handelen in een noodsituatie.

Er zijn 4 geldende BHV certificaten aangeleverd, waarvan 1 certificaat is behaald door een client. Deze 4 mensen zijn werkzaam op de locatie Stadsfabriek. Van de overige dagbestedingslocaties in onderaannemerschap zijn geen BHV certificaten aangeleverd.

In het protocol incidenten en calamiteiten staat te lezen dat incidenten niet bij de toezichthouder gemeld hoeven te worden. Dit geldt echter niet voor geweldsincidenten (zie art. 3.4 Wmo 2015). Soms wordt het verschil tussen een incident en een calamiteit pas duidelijk gedurende het calamiteitenonderzoek. De aanbieder heeft dit grijze gebied gevangen door in hetzelfde document op te nemen dat wanneer er twijfel is over de meldplicht aan de toezichthouder de medewerker in overleg treedt met de toezichthouder. In de praktijk blijkt dat de meldplicht onvoldoende bekend is en niet geïmplementeerd is.

In hetzelfde protocol staat ook dat de aanbieder altijd onderzoek zal doen naar een calamiteit. De toezichthouder mist hier de beschrijving van de onderzoeksmethode die de aanbieder daarvoor gebruikt. De toezichthouder heeft de aanbieder ten volle geïnformeerd over de mogelijkheden die de aanbieder heeft om ondersteuning te krijgen van een toezichthouder bij het uitvoeren van een calamiteitenonderzoek.

In het Suïcidebeleid is onder het kopje 'suïcidepoging' en onder 'geslaagde poging' opgenomen dat deze gebeurtenissen incidenten zijn die gemeld moet worden door het invullen van een MIC-formulier. De toezichthouder is van mening dat een tentamen suïcide een geweldsincident kan zijn (geweld tegen zichzelf) wanneer er ook sprake is van ernstig blijvend letsel en daarmee onder de meldplicht kan vallen. Een suïcide betreft een niet natuurlijk overlijden en dient altijd als calamiteit behandeld moet worden.

Bronnen

Doc. 22: Protocol incidenten en calamiteiten
Doc. 26: Protocol ongewenste gebeurtenissen
Doc. 27: Protocol opvang medewerkers na een schokkende gebeurtenis
Doc. 29: Suïcidebeleid
Doc. 31: Lijst opleiding medewerkers
Doc. 50: BHV-plan Stadsfabriek Alkmaar
Doc. 51: Folder dagbesteding
Doc: 67: Samenvatting MIC meldingen (ongedateerd)
Doc. 78: RI&E medewerkers 2022
Doc. 87: Agressieprotocol
Aangeleverde BHV certificaten (4 stuks)
Audit
Interview cliënten

Aanbeveling

De aanbieder schoolt haar medewerkers in omgaan met agressie.

De aanbieder gaat na/ beoordeelt of er bij de onderaannemers voldoende medewerkers een geldig BHV certificaat bezitten om de hiermee gepaard gaande veiligheid te kunnen waarborgen.

De aanbieder gaat na/ beoordeelt of er bij de onderaannemers jaarlijks een brand- en/of ontruimingsoefening wordt gehouden.

De aanbieder gaat na/ beoordeelt of er bij de onderaannemers een RI&E van de locatie aanwezig is.

De aanbieder informeert de medewerkers over de meldplicht (art. 3.4 Wmo 2015) en over de mogelijkheden die er zijn om ondersteuning te krijgen vanuit team Toezicht Wmo.

2.2 Medicatie en verdoevende middelen (alleen indien van toepassing)	Ja/nee/n.v.t/n.b.
1. De organisatie heeft een medicatieprotocol.	Ja
2. Alle medicatie staat op naam van cliënten. Er zijn geen voorraden zonder naam, m.u.v. een werkvoorraad die voldoet aan de 'handreiking werkvoorraad geneesmiddelen'.	n.v.t.
3. Voor iedere cliënt is een actueel medicatieoverzicht (toedienlijst of deellijst) aanwezig.	n.v.t.
4. In het ondersteuningsplan van de cliënt is dit medicatieoverzicht (zonder doseringen) opgenomen, met vermelding van reden van gebruik.	Ja
5. In de evaluatie van het ondersteuningsplan wordt het toedienen van medicatie besproken.	n.v.t.
6. Medicatie wordt onder goede condities bewaard en is niet toegankelijk voor onbevoegden. Score alleen 'ja' als alle onderstaande elementen aanwezig zijn: · in de koelkast (indien noodzakelijk) gescheiden van voedingsmiddelen; · in een afgesloten medicijnkast; · opiaten in afgesloten kast/kist gescheiden van de overige medicatie; · sleutelbeheer is adequaat geregeld; · houdbaarheidsdata actueel.	n.v.t.
7. Elk medicijn dat wordt toegediend wordt op datum en tijdstip afgetekend op een aftekenlijst.	n.v.t.
8. Bij toediening van medicatie die niet in een GDS-verpakking zit (= baxter) en waarbij sprake is van aantoonbaar risico in geval van verkeerde dosering vindt aantoonbaar controle plaats door een tweede, bekwame persoon.	n.v.t.
9. De organisatie heeft afspraken met de cliënten gemaakt over het gebruik van alcohol en verdoevende middelen.	n.v.t.
Constatering	
In het medicatieprotocol staat dat bekwame personen ieder jaar de medicatietraining die de aanbieder aanbiedt moet volgen. Van de aangeleverde certificaten en of diploma's die leiden tot deze noodzakelijke bekwaamheid is geen enkel diploma of certificaat na 2021 behaald. Bij navraag blijkt dat de aanbieder deze nascholing niet meer heeft gegeven, omdat de medewerkers geen medicatie meer delen/ toedienen. Het medicatieprotocol is nog aanwezig maar heeft geen meerwaarde meer.	
Voor de uitvoering van risicovolle handelingen wordt de wijkverpleging ingezet. Dit dient de client of diens naasten zelf te regelen.	
In de zorgovereenkomst staat: 'De client is zelf verantwoordelijk voor het medicatiegebruik. De aanbieder kan daar geen verantwoordelijkheid in nemen.'	
Bronnen	
Doc. 24: Medicatieprotocol	
Aanbevelingen	
De aanbieder past het medicatieprotocol aan op een wijze die beter aansluit bij de huidige praktijk.	

2.3 Risico-inventarisatie	Ja/nee/n.v.t/n.b.
1. De zorgaanbieder heeft een geactualiseerde RIE van de locatie.	
2. Het ondersteuningsplan bevat een risico-inventarisatie op die onderwerpen die voor de cliënt van toepassing zijn.	Ja
3. De risico-inventarisatie leidt tot concrete afspraken ter preventie van genoemde risico's.	Ja /Nee
4. Eventuele veiligheidsrisico's en de eigen verantwoordelijkheid van de cliënt zijn besproken met cliënt en wanneer van toepassing met het sociale netwerk.	Ja
5. Als wordt afgeweken van de risicoanalyse wordt dit gemotiveerd en besproken met de cliënt en wanneer van toepassing met het sociale	Ja

netwerk.	
Constatering	
De risico-inventarisatie in de vier aangeleverde zorgplannen aanwezig. De inhoud van de risico-inventarisatie is algemeen omschreven ('de begeleider monitort de cliënt'). Deze omschrijving biedt in de ogen van de toezichthouder onvoldoende handvatten om tot praktische uitvoering over te kunnen gaan. Op dit punt zou de risico-inventarisatie verder kunnen worden aangescherpt.	
Bronnen	
Doc. 33,34,35,36; clientinformatie Audit	
Aanbeveling	
De aanbieder omschrijft het gedrag van de client dat zich in aanloop naar decompensatie of agressie voordoet en neemt concreet geformuleerde acties voor de medewerker(s) op in de risico-inventarisatie.	

2.4 Grensoverschrijdend gedrag	Ja/nee/n.v.t/n.b.
1. De organisatie beschikt over een gedragscode hoe om te gaan met vriendschap, intimiteit en seksualiteit tussen cliënt en medewerker.	Ja
2. Alle medewerkers kennen deze gedragscode.	Ja
3. Medewerkers weten waar en hoe seksueel misbruik of grensoverschrijdend gedrag gemeld moet worden.	Ja
4. Medewerkers zijn geïnstrueerd over en in staat tot het hanteren van de meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling.	Ja
Constatering	
Beleid is geïmplementeerd in de uitvoering.	
Bronnen	
Doc. 16: Gedragscode Doc. 23: Protocol Kindermishandeling of huiselijk geweld Doc. 25: Meldcode met afwegingskader Doc. 28: Seksueel misbruik gaat soms heel subtiel Audit	
Aanbeveling	
Geen	

3. Samenwerking en afstemming	
<i>Wettelijke kwaliteitseis: De voorziening is afgestemd op de reële behoefte van de cliënt en andere vormen van zorg of hulp (Wmo 2015 art. 3.1, tweede lid sub b)</i>	
3.1 Afstemming met andere hulp- of zorgverleners	Ja/nee/n.v.t/n.b.
1. Met andere hulp- en zorgverleners vindt indien nodig afstemming en gegevensuitwisseling plaats (met toestemming van de cliënt).	Ja
2. De afspraken over het afstemmen met andere hulp- of zorgverleners worden schriftelijk vastgelegd.	Ja
3. Hoofdaannemer toetst de kwaliteit van onderaannemers.	Ja
4. Er is één regisseur die de samenhang en continuïteit bewaakt.	Ja
5. De aanbieder maakt gebruik van de Verwijsindex/VIN voor cliënten tot 23 jaar.	Ja
Constatering	
De aanbieder maakt voor het leveren van dagbesteding gebruik van onderaannemers. In het document procesbeschrijving dagbesteding staat te lezen dat de aanbieder de kwaliteit van de onderaannemers steekproefsgewijs controleert. Dit wordt in de praktijk mogelijk gemaakt doordat de onderaannemer in het systeem van Fourzorg registreert en rapporteert. De coördinator dagbesteding is bij Fourzorg in dienst. Zij maakt samen met de cliënt en de betrokken begeleider op de dagbesteding het zorgplan van de cliënt en draagt zorg voor de evaluaties en de aanpassingen die daaruit voort kunnen vloeien. De geïnterviewde cliënten herkennen dat zij toestemming moeten geven voor het uitwisselen van hun gegevens.	
Bronnen	
Doc. 17: Handleiding Privacy Doc. 20: Protocol cliëntdocumenten Doc. 37: Procesbeschrijving dagbesteding	

Audit
Interview cliënten
Aanbeveling
Geen

3.2 Samenwerking en afstemming met de gemeente <i>Offerteaanvraag Wmo Westfriesland, 1.8 Resultaten meten</i>	Ja/nee/n.v.t./n.b.
1. De zorgaanbieder ontvangt voldoende (achtergrond) informatie middels een perspectiefplan bij aanmelding van nieuwe cliënten.	Ja/ Nee
2. De zorgaanbieder ontvangt tijdig de opdracht om de ondersteuning van een nieuwe cliënt te kunnen starten	Ja/ Nee
3. De zorgaanbieder ontvangt tijdig de opdracht om de ondersteuning van een cliënt te kunnen verlengen/wijzigen.	Ja
4. Er vindt minimaal één keer per jaar een evaluatie van het zorgplan plaats (cliënt-zorgaanbieder-gemeente)	Nee
5. De voorziening is direct toegankelijk. Levert u aan de beschikbaarheidswijzer?	Nee

Constatering
De aanbieder ervaart dat het contact met de gemeente(n) vooral samenhangt met de Wmo-consulent die betrokken is. De verschillen die de aanbieder ervaart liggen op het terrein van beschikbaarheid, bereikbaarheid, kennis van ziektebeelden en de daarbij behorende mogelijkheden en/of beperkingen. Daarnaast mist de aanbieder de betrokken consulent(en) als sparringpartner in de vaak complexe casuïstiek waar de populatie bij deze aanbieder toe behoort. De beschikking wordt niet altijd tijdig afgegeven. De aanbieder laat weten dat het bij een complexe casus een keer 8 maanden heeft geduurd. De aanbieder spreekt uit dat zij graag meer 'partnerschap' zou willen ervaren met de regio Wf. Over de mogelijkheden van deelname aan ontwikkeltafels is de aanbieder niet volledig op de hoogte. In het aanmeldformulier wordt de client geïnformeerd over een mogelijke wachttijd die tot 8 weken kan oplopen.

Bronnen
Doc. 40; Aanmeldformulier

Aanbeveling
De regio Wf neemt contact op met de aanbieder om de knelpunten die de aanbieder ervaart te bespreken en gaat samen met de aanbieder kijken naar de mogelijkheden om tot meer 'partnerschap' te komen. De regio Wf draagt zorg voor voldoende kennis bij de Wmo-consulenten, over de meest voorkomende ziektebeelden.

4. Kwaliteit van personeel en organisatie

Wettelijke kwaliteitseis: De voorziening wordt verstrekt in overeenstemming met de op de beroepskracht rustende verantwoordelijkheid o.b.v. de professionele standaard (Wmo 2015, art. 3.1, tweede lid sub c.)

4.1 Kwaliteitsborging	Ja/nee/n.v.t./n.b.
1. Er is een kwaliteitsmanagementsysteem in gebruik (processen worden structureel volgens (een aanwezig) plan geëvalueerd en de documenten zijn niet ouder dan drie jaar).	Ja
2. De organisatie heeft een kwaliteitskeurmerk (HKZ, ISO etc.).	Nee

Constatering
De aanbieder beschikt over een kwaliteitsmanagementsysteem certificaat welke voldoet aan de NEN-EN 15224:2017 en geldig is tot 8 december 2025.

Bronnen
Doc. 84: Managementcertificaat Doc. 56: Resultaten interne audit vergeleken met NEN-ISO 15224:2017 Doc. 73: Primair procesbeschrijving Fourzorg

Aanbeveling
Geen

4.2 Personeel	Ja/nee/n.v.t/n.b.
1. Er is een bij de cliëntpopulatie passende verhouding tussen aantal medewerkers en aantal cliënten.	Ja
2. De verdeling van taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden is duidelijk voor de medewerkers.	Ja
3. De aangewezen beroepskracht voldoet aan de gestelde opleidingseisen.	Ja/ Nee
4. De aanbieder biedt de beroepskrachten bijscholing passend bij de cliëntenpopulatie.	Ja
5. De aanbieder heeft beleid t.a.v. verantwoorde inzet van vrijwilligers.	n.v.t.
6. Alle medewerkers en vrijwilligers hebben een verklaring omtrent gedrag (VOG) overlegd.	Ja
7. Er is beleid op herhaling aanvragen VOG.	Ja/ Nee
8. Er wordt regelmatig werkoverleg gehouden.	Ja
9. Jaarlijks wordt er een medewerker tevredenheidsonderzoek gehouden.	Nee
Constatering	
<p>De aanbieder heeft de uitkomst van het medewerkerstevredenheidsonderzoek dat is uitgevoerd in 2020 aangeleverd. Het valt de toezichthouder op dat meer dan 50% van de respondenten ervaart dat het werk als mentaal belastend wordt ervaren.</p> <p>Fourzorg bestaat sinds 2017 en is in korte tijd flink gegroeid. Met deze groei zijn ook processen aangepast die een positieve bijdrage leveren aan het verminderen van de mentale belasting bij de medewerkers. De aanbieder heeft hiervoor de volgende bijeenkomsten geïmplementeerd;</p> <p>1x per 2 weken is er intervisie onder leiding van een GZ-psycholoog;</p> <p>1x per 6 weken is er een caseload bespreking;</p> <p>1x per 6 weken is er een themabijeenkomst waarbij de medewerkers invloed hebben op het thema. Deze themabijeenkomst dient ter na- en bijscholing. De bij- en nascholing worden regelmatig door intern werkenden gegeven. Hierin ziet de toezichthouder een risico, omdat in zo'n situatie oude kennis gedeeld blijft worden en nieuwe kennis niet wordt opgedaan. Na hoor en wederhoor heeft de aanbieder facturen aangeleverd waaruit kan worden opgemaakt dat de aanbieder ook externe partijen inhuurt om bij-/ nascholing te faciliteren. Hiervan wordt volgens de aanbieder niet altijd een certificaat uitgereikt. De toezichthouder vertrouwt erop dat de aangeboden extern ingekochte bij-/nascholing door de medewerkers van Fourzorg is gevolgd.</p> <p>Tijdens het interview met de medewerkers is gebleken dat zij niet op de hoogte zijn van de methodiek die de aanbieder zegt te hanteren.</p> <p>Daarnaast kwam ook naar voren dat de medewerkers ervaren ten alle tijden terecht kunnen bij hun leidinggevende als zij behoefte hebben aan sparren over een casus of steun nodig hebben in verminderen van de mentale belasting die gepaard gaat met het ondersteunen van een complexe doelgroep. De medewerkers voelen zich veilig, gehoord en gezien.</p> <p>Beroepskrachten die in dienst komen bij de aanbieder maar nog niet/ onvoldoende passende scholing hebben afgerond, worden verplicht gesteld passende scholing te volgen. Dit is een onderdeel van de arbeidsovereenkomst. In de praktijk kan het enkele maanden duren voordat de opleiding start of de opleidingsduur ook past binnen de persoonlijke omstandigheden van de nieuwe medewerker. In dat geval wordt het functioneren van de nieuwe medewerker nauwlettend in de gaten gehouden en ondersteund waar nodig. De toezichthouder heeft er vertrouwen in dat de aanbieder zorgdraagt voor bij de branche passende geschoolde medewerkers.</p>	
Bronnen	
<p>Doc. 24: Medicatieprotocol</p> <p>Doc. 63: Uitkomst medewerkerstevredenheidsonderzoek Groene Hoeve 2022</p> <p>Doc. 68: Methodiek Fourzorg</p> <p>Doc. 73: Primair procesbeschrijving Fourzorg</p> <p>Audit</p>	
Aanbeveling	
De aanbieder brengt de te gebruiken methodiek onder de aandacht van de medewerkers.	

5. Rechten van de cliënt

Wettelijke kwaliteitseis: De voorziening wordt verstrekt met respect en in acht neming van de rechten van de cliënt (Wmo 2015, art. 3.1, tweede lid sub d.).

5.1 Rechten van de cliënt	Ja/nee/n.v.t/n.b.
1. De cliënt wordt met respect bejegend.	Ja
2. Cliënten worden geïnformeerd over hun rechten en plichten.	Ja/ Nee
3. De aanbieder heeft beleid t.a.v. cliëntparticipatie/medezeggenschap en informeert hierover actief de cliënten.	Ja
4. De aanbieder reflecteert op dit beleid, evalueert dit en stelt het zo nodig bij.	Ja

Constatering

In het protocol cliëntendocumenten wordt omschreven waar de client recht op heeft met betrekking tot het eigen dossier. Hierin ontbreekt het recht op verzoek tot verwijderen en/of aanpassen van hetgeen is opgenomen in het eigen dossier.

De medezeggenschap en clientparticipatie vormt de basis van waaruit de aanbieder werkt. Dit is voelbaar en zichtbaar voor de toezichthouder tijdens de rondleiding op de Stadfabriek maar ook in de gesprekken die de toezichthouder heeft gevoerd met de cliënten.

Bronnen

Doc. 20: Protocol cliëntdocumenten

Doc. 42: Agenda en notulen medezeggenschap Groene Hoeve d.d. 20-03-23

Doc. 43: Agenda en notulen medezeggenschap Groene Hoeve d.d. 30-01-23

Aanbeveling

De aanbieder vult het document 'protocol cliëntdocumenten' aan met het recht op wijzigen of verwijderen van (een gedeelte) het cliëntdossier.

5.2 Privacy	Ja/nee/n.v.t/n.b.
1. De organisatie respecteert de privacy van de cliënt.	Ja
2. De organisatie beschikt over een AVG-beleid en past dit toe in de praktijk.	Ja/ nee
3. Met de cliënt en/of het sociale netwerk zijn schriftelijk afspraken gemaakt over gegevensuitwisseling.	Ja

Constatering

Voor het delen van privacygevoelige informatie wordt gebruik gemaakt van mondelinge overdracht, Nedap, Declaree en Teams.

De aanbieder heeft een toestemmingsformulier laten ondertekenen door de twee geïnterviewde cliënten. Hieruit maakt de toezichthouder op, dat de aanbieder het toestemmingsformulier in de praktijk gebruikt.

De aanbieder heeft een datalek veroorzaakt bij het aanleveren van MIC-melding overzichten die zijn toegestuurd vanaf 2020. In deze documenten staat niet alleen de benodigde gegevens voor de registratie en afhandeling vermeld, maar bijvoorbeeld ook de burgerservicenummers (BSN) van cliënten. Deze staan overigens ook in de zorgplannen van de cliënten vermeld. De toezichthouder is van mening dat deze informatie niet noodzakelijk is om op te nemen in de genoemde documenten.

De toezichthouder heeft de documenten die betrekking hebben gehad op het datalek verwijderd en heeft melding gedaan bij de aanbieder. De aanbieder heeft aangetoond correct te hebben gehandeld in de afhandeling van dit datalek.

Bronnen

Doc. 17: Handleiding Privacy

Doc. 20: Protocol cliëntdocumenten

Doc. 21: protocol elektronisch communicatieverkeer en informatievoorzieningen

Doc. 85: Afhandeling Datalek

Audit

Richtlijn AVG

Aanbeveling

De aanbieder verwijderd burgerservicenummers uit documenten waar deze informatie niet noodzakelijk is.

5.3 Melden incidenten en klachten	Ja/nee/n.v.t/n.b.
1. Er is een intern meldingssysteem voor incidenten, fouten en bijna fouten dat operationeel is.	Ja
2. Melden, registreren, analyse, verbeteractie en terugkoppelen aan melder en team is geregeld.	Ja
3. Incidenten worden intern besproken en er worden verbetervoorstellen	Ja

geformuleerd.	
4. De verbetervoorstellen worden doorgevoerd. Er is sprake van een lerende organisatie.	Ja
5. Er is een klachtenregeling.	Ja
6. Deze klachtenregeling is toegankelijk en passend bij de cliëntpopulatie.	Nee
7. De aanbieder neemt eventuele klachten in behandeling en handelt die tijdig en passend af.	Ja
Constatering	
De klachtenregeling is geschreven op een taalniveau welke niet voor iedereen toegankelijk zal zijn.	
Bronnen	
Doc. 22: Protocol incidenten en calamiteiten Doc. 53: Klachtenregeling	
Aanbeveling	
De aanbieder maakt een toegankelijke versie van de klachtenregeling voor mensen die minder taalvaardig zijn.	

5. Bronnen

In dit hoofdstuk leest u welke bronnen de toezichthouders hebben gebruikt in het onderzoek.

5.1 Documentenlijst

Document nummer	Document naam	Aangeleverd op
1	Uitkomsten Bedrijfsvoeringsonderzoek Bakertilly (concept)	06-04-2023
2	Aanvulling op conceptrapportage	06-04-2023
3	Extern Fourzorg bevindingen bedrijfsvoering toets	06-04-2023
4	Bijlage bevindingen bedrijfsvoering toets	06-04-2023
5	Verbeterplan 01-03-22	06-04-2023
6	Verbeterplan 15-02-22	06-04-2023
7	Verbeterplan 22-06-22	06-04-2023
8	Gemarkeerd afschrift 3.1 rapportage Bakertilly	06-04-2023
9	Bijlage 6; gemarkeerde pagina 2	06-04-2023
10	Zorglegitimaties	06-04-2023
11	Toegewezen producten	06-04-2023
12	Bevindingen 01-03-22	06-04-2023
13	Bevindingen 01-07-22	06-04-2023
14	Declaraties	06-04-2023
15	Verbeterplan 01-07-22	06-04-2023
16	Gedragscode	24-04-2023
17	Handleiding Privacy	24-04-2023
18	Afwegingskader meldcode	24-04-2023
19	Meldcode informatie 2022	24-04-2023
20	Protocol clientdocumenten	24-04-2023
21	Protocol elektronisch communicatieverkeer 2022	24-04-2023
22	Protocol incidenten en calamiteiten	24-04-2023
23	Protocol kindermishandeling en huiselijk geweld	24-04-2023
24	Medicatieprotocol 2022	24-04-2023
25	Meldcode met afwegingskader 2023	24-04-2023
26	Protocol ongewenste gebeurtenissen 2022	24-04-2023
27	Protocol opvang medewerkers na schokkende gebeurtenis 2023	24-04-2023
28	Protocol seksueel misbruik 2022	24-04-2023
29	Suicidebeleid 2020	24-04-2023
30	Lijst functie medewerkers	24-04-2023
31	Lijst opleiding medewerkers	24-04-2023
32	Scholingsoverzicht	24-04-2023
33	Clientgegevens van client 1	01-05-2023
34	Clientgegevens van client 2	01-05-2023
35	Clientgegevens van client 3	01-05-2023
36	Clientgegevens van client 4	01-05-2023

37	Procesbeschrijving dagbesteding	01-05-2023
38	Intakeformulier	01-05-2023
39	Toetsingsformulier	01-05-2023
40	Aanmeldformulier	01-05-2023
41	VIN info voor ouders/ verzorgers	01-05-2023
42	Agenda en notulen medezeggenschap Groene Hoeve maart '23	01-05-2023
43	Agenda en notulen medezeggenschap Groene Hoeve januari '23	01-05-2023
44	Beschrijving zorgplan (werkinstructie)	01-05-2023
45	Matrix uitgewerkte doelen	01-05-2023
46	Handleiding ZRM 2017	01-05-2023
47	Handleiding ZRM Huishoudens 2020	01-05-2023
48	Handleiding Jongeren 2020	01-05-2023
49	Handleiding Jongeren korte uitleg	01-05-2023
50	BHV plan Stadsfabriek Alkmaar maart '23	01-05-2023
51	Folder dagbesteding	01-05-2023
52	Gedragsregels 08-12-2022	01-05-2023
53	Klachtenreglement	01-05-2023
54	MIC-format	01-05-2023
55	Proces beschikkingswijzer	01-05-2023
56	Resultaatmeting clienttevredenheid 2022	01-05-2023
57	Evaluatie ZRM-dagbesteding zorgplan okt '22 tot heden	01-05-2023
58	Zorgdocument dagbesteding	01-05-2023
59	Uitkomst medewerkerstevredenheidsonderzoek 2020	01-05-2023
60	Uitkomst cliënttevredenheidsonderzoek 2020	01-05-2023
61	1 ^e uitslag Jeugd	01-05-2023
62	Beleid cliënttevredenheidsonderzoek	01-05-2023
63	Uitkomst medewerkerstevredenheidsonderzoek Groene Hoeve 2020	01-05-2023
64	Uitkomst cliënttevredenheidsonderzoek Groene Hoeve 2020	01-05-2023
65	Verslag cliënttevredenheidsonderzoek	01-05-2023
66	Uitstroom 2022	01-05-2023
67	Uitstroom 2023	01-05-2023
68	Fourzorg methodiek maart '23	01-05-2023
69	Instellen e-mail	01-05-2023
70	Ons agenda werkinstructie	01-05-2023
71	On boarding programma	01-05-2023
72	Beschikkingen	01-05-2023
73	Primair proces 2021-2022	01-05-2023
74	Proces Backoffice	01-05-2023
75	Proces declaraties	01-05-2023
76	Proces zorgplan	01-05-2023
77	Zorgplan ondertekenen	01-05-2023
78	RI&E medewerkers 2022	01-05-2023
79	Risicoanalyse Fourzorg 2022	01-05-2023
80	RI&E Groene Hoeve	01-05-2023

81	Toestemmingsformulier cliënt interview 1	01-05-2023
82	Toestemmingsformulier client interview 2	01-05-2023
83	Functieomschrijving	01-05-2023
84	NEN-EN 15224:2017 DNV certificaat KMS geldig tot dec. 2025	30-05-2023
85	Afhandeling na datalek	30-05-2023
86	Overzicht aantal cliënten in zorg	30-05-2023
87	Agressieprotocol	20-06-2023
88	Facturatie + overzicht deelnemers ingekochte externe bij-/nascholing	10 juli 2023
	Overige	
	Uittreksel KvK	16-05-2023
	Management certificaat 2019	16-05-2019

5.2 Diploma's, VOG en BHV

Van de 23 medewerkers heeft 1 medewerker nog geen gehoor gegeven aan het starten van de opleiding die de werkgever bij indiensttreding met de medewerker heeft afgesproken. Deze medewerker werkt langer dan een jaar in de functie waarvoor de opleiding noodzakelijk wordt geacht. De medewerker laat tijdens de audit weten wel voornemens te zijn om in september te starten met de opleiding. De toezichthouder vertrouwt erop dat de aanbieder hierop toeziet.

Alle medewerkers hebben een recente VOG kunnen overleggen.
Drie medewerkers en 1 cliënt welke werkzaam zijn op de dagbestedingslocatie Stadsfabriek te Alkmaar hebben een geldig BHV-certificaat overlegd.

Hoofdstuk 6. Zienswijze zorgaanbieder

Fourzorg herkent zich in het geschetste beeld van de auditor. Wij hebben de afgelopen jaren heel hard gewerkt aan de kwaliteit van onze organisatie op zowel de proceskant als de zorgkant. Deze audit is daarom een fijne bevestiging op het harde werk wat we reeds gedaan hebben. Wij zijn blij met de puntjes op de i die we gekregen hebben. Wij bedanken jullie voor de grondige audit en hopen verder te kunnen bouwen aan de samenwerking.