



Wmo-toezicht Gelderland-Zuid

Rapport van bevindingen

Hertoets Wmo-toezicht Evitaa B.V.

4 juni 2026





Inhoudsopgave

1.	Inleiding	4
1.1.	Aanleiding	4
1.2.	Werkwijze	4
1.3.	Toetsingskader	5
1.4.	Leeswijzer	5
2.	Beknopte beschrijving Evitaa	6
2.1.	Algemeen	6
2.2.	Organisatiestructuur	6
2.3.	Organisatie	6
3.	Bevindingen	8
3.1.	Cliëntgerichtheid	9
3.2.	Veiligheid van de cliënt	15
3.3.	Deskundigheid van de professional	15
3.4.	Kwaliteitsbeheersing	17
4.	Oordeel	22
4.1.	Conclusies van het onderzoek	22
4.2.	Vervolg en advies	23
	Bijlage: bronnenlijst	24

1. Inleiding

1.1. Aanleiding

In de maanden augustus tot en met oktober 2024 deed het Wmo-toezicht van GGD Gelderland-Zuid onderzoek bij Evitaa B.V. (hierna Evitaa). In het [rapport](#) van dit toezichtonderzoek, d.d. 20 december 2024, vermeldde het Wmo-toezicht haar bevindingen.

Naar aanleiding van het rapport hebben de gemeenten Maasdriel en Zaltbommel als contracterende gemeenten op 10 maart 2025 Evitaa de aanwijzing gegeven om:

- "alle volgens de toezichthouder noodzakelijke maatregelen te nemen op de norm waarop Evitaa B.V. als onvoldoende is beoordeeld (...), met als te behalen resultaat een voldoende beoordeling van de toezichthouder;
- op de normen waarop Evitaa B.V. als voldoende wordt beoordeeld, de in het rapport opgesomde verbeterpunten op te pakken (...);
- te voldoen aan de gestelde hersteltermijnen (...)."

Op 18 december 2025 kondigde de toezichthouder een hertoets aan om te onderzoeken of de noodzakelijke verbeteringen zijn gerealiseerd. De hertoets vond plaats in de periode 26 januari tot en met 2 februari 2026. Het onderzoek is uitgevoerd door de volgende toezichthouders: mevrouw S. van den Berg en de heer T. Oomen. De heer C. Broeders was betrokken als onafhankelijk medebeoordelaar.

1.2. Werkwijze

Evitaa heeft de toezichthouder op 22 augustus 2025 schriftelijk geïnformeerd over de stand van zaken betreffende de norm die als onvoldoende was beoordeeld alsmede over de verbeterpunten uit de normen die als voldoende zijn beoordeeld. De toezichthouder heeft deze informatie betrokken bij de hertoets.

De toezichthouder verzamelde verder informatie door middel van het inzien van beleid en overige documenten, het inzien van diploma's van nieuwe medewerkers en een steekproefsgewijze controle van vijf cliëntdossiers. Er zijn ook twee andere cliëntdossiers ingezien om norm 1.8 te kunnen beoordelen. De aanbieder heeft deze twee dossiers voorgelegd omdat in deze dossiers een behandelaar betrokken was. Deze dossiers zijn dus nadrukkelijk niet gebruikt voor de beoordeling van andere normen. Daarnaast heeft een gesprek plaatsgevonden met de bestuurder en de general manager.

De uitkomsten van bovenstaande werkwijze zijn gebruikt om een oordeel te geven over de verbeteringen die Evitaa heeft gerealiseerd naar aanleiding van de aanwijzing van de

gemeenten Zaltbommel en Maasdriel d.d. 10 maart 2025. De toezichthouder beschrijft haar bevindingen in dit rapport.

Voorafgaand aan het onderzoek heeft de toezichthouder de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) en Wmo-toezichthouders van aangrenzende regio's in kennis gesteld van het voorgenomen onderzoek, om samenloop van toezicht te vermijden.

1.3. Toetsingskader

Het Wmo-toezicht heeft voor het geven van een oordeel het [toetsingskader Wmo-toezicht Gelderland-Zuid](#) gebruikt. Het Wmo-toezicht heeft in het eerste onderzoek op de volgende thema's getoetst: cliëntgerichtheid (1), veiligheid van de cliënt (2), deskundigheid van de professional (3) en kwaliteitsbeheersing (4).

In het eerste onderzoek van 20 december 2024 oordeelde de toezichthouder dat 17 van de 18 getoetste normen voldoende waren. De volgende norm is tijdens het eerste toezichtsonderzoek als onvoldoende beoordeeld en is tijdens dit onderzoek opnieuw getoetst:

- Norm 4.3: De aanbieder leert van incidenten.

Daarnaast is beoordeeld of de verbeterpunten die in het eerste rapport van bevindingen zijn beschreven in voldoende mate zijn opgepakt. Dit betreft verbeterpunten in de volgende normen:

- Norm 1.2: De cliënt krijgt gestructureerde, planmatige ondersteuning;
- Norm 1.8: De cliënt krijgt integrale ondersteuning;
- Norm 1.9: De privacy van de cliënt is gewaarborgd.
- Norm 3.1: De cliënt krijgt ondersteuning van bekwame en bevoegde professionals;
- Norm 4.4: De kwaliteit van de ondersteuning wordt systematisch geborgd en verbeterd.

1.4. Leeswijzer

Hoofdstuk 2 begint met een beschrijving van Evitaa. Hoofdstuk 3 geeft per thema de bevindingen van het Wmo-toezicht weer. Vervolgens beschrijft hoofdstuk 4 het oordeel. Ook het advies aan de gemeenten staat hier beschreven. De bijlage bevat een overzicht van de gebruikte bronnen.

2. Beknopte beschrijving Evitaa

2.1. Algemeen

Evitaa is een zorgorganisatie die volgens haar website actief is in de volgende regio's: Centraal Gelderland, Bommelerwaard, Rivierenland, Eindhoven, Noordoost-Brabant, Nijmegen en Foodvalley.

Evitaa omschrijft zichzelf op haar website als volgt:

Evitaa is opgericht vanuit de behoefte om als zorgverlener autonoom en bewust vanuit eigen normen en waarden te werken. De behoefte om zeer persoonlijk te werken staat bij ons centraal, dit sluit aan bij de visie dat iedere burger meetelt. Ons team houdt zich dagelijks bezig met de zorg voor onze cliënten, de cliënt centraal te stellen en alle uitdagingen die daarbij horen. Daarnaast denken we na over hoe we kunnen ontwikkelen, zijn we kritisch op ons eigen handelen, verbeteren we daar wat nodig is en denken we na over hoe we de zorg toekomstbestendig kunnen maken. De medewerkers beschikken over een uniek "DNA" en zijn de drijvende motor om de verschillende wijze van begeleiding en ondersteuning iedere dag weer vorm te geven, om zo samen met de cliënt te werken aan zijn of haar doelen. Ontwikkeling voor cliënten is minstens even belangrijk als de ontwikkeling van medewerkers, dus houden zij hun SKJ-registratie bij, doen ze cursussen en trainingen om ook uit zichzelf het hoogst haalbare te halen. Bij Evitaa kan cliënt en medewerker zichzelf zijn en zichzelf (blijven) ontwikkelen.

2.2. Organisatiestructuur

Evitaa is opgericht in 2015. Het is een besloten vennootschap (B.V.) en beschikt over een raad van commissarissen. De directeur voert, naast zorginhoudelijke werkzaamheden, het dagelijks bestuur met ondersteuning van een general manager. De directeur wordt bijgestaan door een cliëntenraad die gevraagd en ongevraagd advies kan geven.

2.3. Organisatie

Evitaa heeft ten tijde van het onderzoek twaalf medewerkers: zes ambulant begeleiders (onder wie de directeur), een general manager, een gedragsdeskundige en drie niet-zorggerelateerde medewerkers. Daarnaast voeren twee ZZP'ers werkzaamheden voor Evitaa uit: één als ambulant begeleider en een tweede als gedragskundige. Evitaa begeleidt tijdens het onderzoek geen stagiairs.



Evitaa biedt begeleiding en ondersteuning aan cliënten met een indicatie op basis van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), de Jeugdwet of de Wet langdurige zorg (Wlz).

Evitaa is in de regio Gelderland-Zuid gecontracteerd voor ambulante individuele begeleiding (regulier en specialistisch) en ambulante spoedhulp door de gemeenten uit de regio Bommelerwaard. Daarnaast levert Evitaa ondersteuning aan cliënten met een persoonsgebonden budget (PGB).

Tijdens het onderzoek biedt Evitaa begeleiding aan 18 cliënten met een Wmo-indicatie uit de regio Gelderland-Zuid. Van deze 18 cliënten krijgen vier cliënten specialistische begeleiding. De overige cliënten krijgen reguliere begeleiding.

De organisatie heeft haar kantoor in Ochten. Hier is ook een ruimte waar begeleidingsgesprekken plaats kunnen vinden.

3. Bevindingen

In dit hoofdstuk worden de resultaten van de hertoets gepresenteerd aan de hand van drie van de vier thema's uit het Toetsingskader Wmo-toezicht Gelderland-Zuid: cliëntgerichtheid, deskundigheid van de professional en kwaliteitsbeheersing. Het thema 'veiligheid van de cliënt' is niet getoetst omdat in het eerste onderzoek geen verbeterpunten zijn geconstateerd.

De thema's zijn uitgewerkt in normen. In de hertoets is gekeken naar:

- de norm, die in het eerste onderzoek als onvoldoende beoordeeld werd;
- de verbeterpunten die uit het eerste onderzoek naar voren kwamen.

Van de norm die in het eerste onderzoek als onvoldoende is beoordeeld, worden de bevindingen uit de eerste toets herhaald. Daarna worden de actuele bevindingen van de toezichthouder vermeld en wordt een actueel oordeel gegeven: voldoet aan de norm (groen), voldoet grotendeels aan de norm (oranje) of voldoet niet aan de norm (rood).

Bij de norm wordt toegelicht waar de toezichthouder naar gekeken heeft en wat haar bevindingen zijn. De onderdelen van de norm die in de vorige toets voldoende waren, zijn in deze norm niet opnieuw beschreven als ze voldoende zijn gebleven.

Bij de normen die in het eerste onderzoek als voldoende zijn beoordeeld, worden alleen de verbeterpunten uit het eerste onderzoek beschreven. Hierna volgen de huidige bevindingen ten aanzien van de verbeterpunten.

3.1. Cliëntgerichtheid

	Norm
1.2	De cliënt krijgt gestructureerde, planmatige ondersteuning.
	<i>Toelichting: waar kijkt de toezichthouder onder andere naar?</i> <i>De professional werkt methodisch en legt dit hele proces inzichtelijk vast in het cliëntdossier.</i> <i>Het ondersteuningsplan is geënt op de inhoud van de beschikking, die door de gemeente is afgegeven.</i> <i>Het ondersteuningsplan bevat concreet geformuleerde doelen en acties, die met elkaar samenhangen en gericht zijn op het vergroten van de eigen regie en de zelfredzaamheid van de cliënt en op maatschappelijke participatie.</i> <i>Het ondersteuningsplan wordt minimaal één keer per jaar met de cliënt geëvalueerd en bijgesteld.</i> <i>De professional rapporteert in een frequentie die voldoende is, gezien de aard van de indicatie.</i> <i>De rapportage is gericht op de doelen van de cliënt.</i> <i>Ook acties t.b.v. de cliënt en afspraken met derden betreffende de cliënt worden gerapporteerd.</i> Verbeterpunt eerste toets december 2024: startpunt begeleiding <i>In de onderzochte cliëntdossiers heeft toezichthouder in drie van de vijf gevallen geen duidelijk startpunt voor de ondersteuning gezien: niet in de vorm van een overdrachtsdocument of verslag van de verwijzer en niet in een intakeverslag. De intakeverslagen bevatten met name administratieve punten en onvoldoende inhoudelijke gegevens waarop de begeleiding aan cliënt gestoeld kan worden. Op het moment dat er in een dossier geen overdrachtsdocument of verslag van de verwijzer wordt aangetroffen, is een dergelijk intakeverslag niet toereikend.</i> <i>Maak in ieder cliëntdossier inzichtelijk wat het startpunt is van de begeleiding: neem alle informatie op die je over cliënt hebt verkregen.</i> Bevindingen hertoets maart 2026: startpunt begeleiding <i>De cliëntdossiers laten zien dat Evitaa erop inzet om de cliënt bij start van de begeleiding zo goed mogelijk in beeld te hebben.</i>

In alle vijf de onderzochte cliëntdossiers heeft de toezichthouder een verslag van de (telefonische) aanmelding gevonden. Deze verslagen geven een eerste beeld van de cliënt en diens ondersteuningsbehoefte. Twee cliëntdossiers bevatten een verslag of schriftelijke overdracht van de verwijzende partij.

De general manager geeft aan dat hij altijd vraagt om een verslag van de verwijzer. Dit verslag is echter niet altijd beschikbaar omdat de verwijzer soms geen verslag gemaakt heeft of doordat de cliënt het verslag niet aan Evitaa geeft. In de onderzochte dossiers staat vermeld of de cliënt gediagnosticeerd is. Wanneer geen diagnostisch verslag beschikbaar is, staat dit ook expliciet in het dossier vermeld.

De directeur vertelt dat de eerste zes weken van de begeleiding bedoeld zijn om kennis te maken en om samen met de cliënt tot een ondersteuningsplan te komen. Bij het maken van de ondersteuningsplannen wordt een format gebruikt. In dit format staan verschillende leefgebieden genoemd. In de ingevulde ondersteuningsplannen ziet de toezichthouder dat alle leefgebieden met cliënt worden doorgenomen. Hierdoor ontstaat een goed beeld van de cliënt en kunnen concrete doelen worden gemaakt.

Conclusie: het verbeterpunt is behaald.

Verbeterpunt eerste toets december 2024: concrete doelen

In de meeste begeleidingsplannen zijn de doelen voldoende SMART beschreven. In een paar begeleidingsplannen zijn de doelen echter (nog) niet SMART beschreven.

Voorbeelden hiervan zijn zinsneden als 'meer erop uit' en 'meer rust'.

- *Zorg ervoor dat alle doelen in de begeleidingsplannen SMART beschreven zijn.*

Bevindingen hertoets maart 2026: concrete doelen

De doelen in de begeleidingsplannen zijn over het algemeen concreet beschreven. In het format begeleidingsplan staat beschreven waar een SMART-geformuleerd doel aan moet voldoen. Daarnaast kan worden opgeschreven op welke wijze begeleiding gaat bijdragen aan het behalen van de doelen door cliënt.

Het format voor het begeleidingsplan wordt in de meeste dossiers duidelijk en zorgvuldig gevolgd. In één dossier is verdere concretisering van één doel mogelijk. In een ander dossier was nog geen begeleidingsplan aanwezig omdat cliënt korter dan zes weken in begeleiding was. In de overige drie dossiers zijn de doelen concreet beschreven en is zichtbaar dat de methodiek consequent wordt toegepast. Daarmee is aantoonbaar sprake van verbetering ten opzichte van de eerdere toetsing.

Conclusie: het verbeterpunt is behaald.

	Verbeterpunt eerste toets december 2024: navolgbaarheid ondersteuningsproces <i>In de onderzochte cliëntdossiers is gezien dat er na ieder cliëntcontact wordt gerapporteerd. De kwaliteit van de rapportage is wisselend. Er wordt niet altijd op doelen gerapporteerd. Dit valt soms te verklaren door de situatie van cliënt waardoor werken aan doelen niet mogelijk is. Dit staat echter niet consequent benoemd. In een enkel dossier staat niet of heel summier het gevoel en gedrag van de cliënt beschreven en blijft het bij korte aantekeningen van regelzaken, bijvoorbeeld hulp bij aanvraag bij het UWV. Uit het gesprek met de betrokken begeleider blijkt dat de dossiervoering onvoldoende de geboden ondersteuning weergeeft, die veel omvangrijker en gericht was dan terug was te lezen in de rapportage.</i> • <i>Zorg ervoor dat in ieder dossier de rapportage zodanig is, dat zowel het proces van cliënt als van de ondersteuning navolgbaar is.</i> Bevindingen hertoets maart 2026: navolgbaarheid ondersteuningsproces De dossiers geven de ondersteuning en het proces van de cliënt voldoende duidelijk weer. Uit de onderzochte cliëntdossiers blijkt dat na ieder begeleidingsmoment wordt gerapporteerd. In de meeste rapportages staat duidelijk hoe het met cliënt gaat, welke ontwikkelingen er zijn en wat de begeleider voor cliënt heeft gedaan. De inhoud van de rapportage sluit aan bij de doelen van de cliënt. Ook bijzonderheden zoals vakantie van cliënt staan gerapporteerd. In één dossier wordt enkele dagen na het begeleidingsmoment gerapporteerd. Het begeleidingsmoment vond vlak voor het weekend van betreffende begeleider plaats. De begeleider heeft op haar eerste werkdag na dit weekend gerapporteerd. Later rapporteren brengt het risico met zich mee dat te rapporteren informatie verloren gaat of dat een collega die onverwacht moet overnemen, relevante informatie mist. Conclusie: het verbeterpunt is behaald.
1.8	De cliënt krijgt integrale ondersteuning.
	<i>Toelichting: waar kijkt de toezichthouder onder andere naar?</i> <i>De professional zorgt dat hij beschikt over relevante informatie van de overige betrokken hulp¹- en zorgverleners en informeert hen binnen de wettelijke kaders over relevante gegevens en bevindingen zodat gezamenlijk verantwoorde ondersteuning, hulp, zorg en behandeling gegeven kan worden.</i>

¹ Met hulpverleners wordt ook het informele netwerk van de cliënt bedoeld.

De professional maakt, in samenspraak met de cliënt, duidelijke afspraken met overige betrokken hulp- en zorgverleners over de verdeling van taken en verantwoordelijkheden met betrekking tot de geboden ondersteuning aan cliënt.

De professional stemt, in samenspraak met de cliënt, regelmatig het ondersteuningsplan af met de overige betrokken hulp- en zorgverleners. Tezamen kijkt en handelt men vanuit het principe één huishouden, één plan, gericht op het belang van de cliënt.

De professional bespreekt met de cliënt regelmatig diens ervaringen met het samenwerkingsverband.

De professional werkt samen met andere partijen in de keten van voor- en na-traject. Er wordt gezorgd voor een naadloze aansluiting en een zorgvuldige overdracht.

Verbeterpunt eerste toets december 2024: afstemming met andere hulpverleners

Uit interviews met cliënten en medewerkers blijkt dat medewerkers over het algemeen contact hebben met andere bij cliënt betrokken hulpverleners. Als voorbeelden worden genoemd: een medewerker vergezelt cliënten naar afspraken met een behandelaar; een medewerker belt samen met een cliënt naar de huisarts; een medewerker woont halfjaarlijkse MDO's bij ten behoeve van een gezin waar meerdere andere partijen bij betrokken zijn; een medewerker stemt veelvuldig af met de behandelaar tijdens een crisis van haar cliënt.

Medewerkers vertellen dat afspraken met andere hulpverleners in de dagrapportage worden vastgelegd. In geen van de vijf onderzochte dossiers heeft de toezichthouder dit teruggezien. Uit interviews met medewerkers blijkt dat zij soms gebruik maken van een berichtenappgroep (Siilo) voor het contact met andere betrokken hulpverleners.

In een cliëntdossier waar over een behandelaar wordt gesproken, wordt niet concreet welke behandelaar het betreft en wat de gegevens van de contactpersoon zijn. Uit interviews blijkt dat cliënt intensieve behandeling ontvangt. De betrokken behandelaar organiseert driemaandelijks zorgafstemmingsgesprekken. De betrokken begeleider is hier nog nooit bij aangesloten. Uit het dossier en gesprek met cliënt wordt niet duidelijk waarom deze keuze is gemaakt. Het wordt ook niet duidelijk of er op andere wijze wél direct contact is geweest met de behandelaar om de zorg af te stemmen. De begeleider van Evitaa gebruikt wel het signaleringsplan dat door de behandelaar is opgesteld.

- *Zoek als begeleider altijd contact met andere hulpverleners en stem de hulpverleningsplannen op elkaar af;*

Bevindingen hertoets maart 2026: afstemming met andere hulpverleners

De begeleiding van Evitaa heeft aandacht voor samenwerking met andere hulpverleners.

In de vijf onderzochte cliëntdossiers was in één geval naast begeleiding ook een behandelaar betrokken. Dit betrof geen behandelaar voor cliënt zelf maar voor de kinderen van cliënt. Uit het dossier blijkt de intentie om indien mogelijk met elkaar in contact te treden voor overleg. Cliënt heeft schriftelijk ingestemd dat Evitaa informatie uitwisselt met deze behandelaar.

Omdat in de steekproef van vijf cliëntdossiers maar in één enkel geval een behandelaar betrokken was (en niet eens voor cliënt zelf), heeft Evitaa op verzoek van de toezichthouder nog twee andere dossiers laten zien waarbij een behandelaar betrokken was.

In één van die dossiers staat dat de behandelaar heeft aangegeven de begeleiding te informeren over hoe het met cliënt gaat. In het andere dossier staat dat begeleiding aanwezig was bij een bezoek van de behandelaar aan cliënt.

De toezichthouder heeft in de dossiers geen concrete voorbeelden aangetroffen van inhoudelijke afstemming van de ondersteuning en/of behandeling. De directeur in de rol van ambulant begeleider geeft aan dat zij haar pogingen om met behandeling in samenwerking te komen niet in het dossier vermeldt wanneer deze samenwerking niet tot stand komt. Als reden geeft ze aan dat ze dat niet zo chic vindt.

De toezichthouder vindt het van essentieel belang dat goede afstemming tussen behandeling en begeleiding plaatsvindt. Blijf hier als begeleiding op aandringen bij behandeling en noteer je acties hiertoe in het dossier.

De toezichthouder ziet dat begeleiders van Evitaa actief contact zoeken met andere betrokken hulpverleners om samen te werken. Door een beperkte hoeveelheid casussen waar een behandelaar bij betrokken was, heeft de toezichthouder geen volledig beeld kunnen krijgen in hoeverre hulpverleningsplannen inhoudelijk worden afgestemd met behandelaars.

Conclusie: het verbeterpunt is behaald.

Verbeterpunt eerste toets december 2024: contactgegevens in dossier

In een cliëntdossier waar over een behandelaar wordt gesproken, wordt niet concreet welke behandelaar het betreft en wat de gegevens van de contactpersoon zijn.

- *Zorg dat in de cliëntdossiers alle andere betrokken hulpverleners met contactgegevens genoteerd staan;*

Bevindingen hertoets maart 2026: contactgegevens in dossier

Alle cliëntdossiers bevatten contactgegevens van andere betrokken hulpverleners. In dossiers waar geen behandelaar betrokken is, staat dit expliciet vermeld zodat dat

	meteen duidelijk is. Conclusie: het verbeterpunt is behaald. Verbeterpunt eerste toets december 2024: afspraken in dossier Medewerkers vertellen dat afspraken met andere hulpverleners in de dagrapportage worden vastgelegd. In geen van de vijf onderzochte dossiers heeft de toezichthouder dit teruggezien. Uit interviews met medewerkers blijkt dat zij soms gebruik maken van een berichtenappgroep (Siilo) voor het contact met andere betrokken hulpverleners. • Zorg ervoor dat afspraken die met andere hulpverleners gemaakt worden, snel en eenvoudig in het dossier zijn terug te vinden. Bevindingen hertoets maart 2026: afspraken in dossier Verslaglegging van contact met behandelaren staat niet (alleen) in de dagrapportage maar op een vaste plaats in de cliëntdossiers zodat het snel kan worden teruggevonden. Conclusie: het verbeterpunt is behaald.
1.9	De privacy van de cliënt is gewaarborgd.
	<i>Toelichting: waar kijkt de toezichthouder onder andere naar?</i> De aanbieder beschikt over een vastgelegd privacy-beleid, dat voldoet aan wet- en regelgeving, en handelt daarnaar. De aanbieder geeft of vraagt alleen informatie aan derden over de cliënt, nadat de cliënt geïnformeerd is over welke gegevens het betreft en waarom dit nodig is, en hiervoor schriftelijk toestemming heeft gegeven. De aanbieder geeft binnen de organisatie slechts toegang tot de gegevens van cliënten aan medewerkers, voor wie dit noodzakelijk is voor het uitoefenen van hun taak. Verbeterpunt eerste toets december 2024: toestemming cliënten Uit interviews met medewerkers en cliënten komt naar voren dat wanneer medewerkers gegevens uitwisselen met derden, dit bijna altijd in bijzijn van de cliënt is. Begeleider en cliënt bellen samen de huisarts, en zijn samen aanwezig bij een MDO. Een begeleider geeft aan dat als zij gegevens met een derde uitwisselt over een cliënt, dit altijd met diens toestemming is. Tegelijkertijd geeft zij aan, dat ze toestemming niet altijd in het dossier vastlegt. Naar aanleiding van de controle op feitelijke onjuistheden, geeft de directeur aan dat de medewerker meteen na het gesprek met de toezichthouder actie heeft ondernomen op dit punt.

In de begeleidingsplannen staat opgenomen dat Evitaa met het oog op de ondersteuning informatie kan uitwisselen met de indicerende partij. Cliënten tekenen voor akkoord. Ook zijn er toestemmingsverklaringen aangetroffen in het kader van dossieronderzoek ten behoeve van ISO-certificering. Er zijn geen toestemmingsverklaringen gevonden waarmee cliënt schriftelijk toestemming heeft gegeven voor informatieuitwisseling met andere derden, zoals behandelaren. In de onderzochte dossiers is geen rapportage teruggevonden waaruit blijkt dat een cliënt (mondeling) toestemming voor informatieuitwisseling heeft gegeven.

De toezichthouder heeft een format gezien voor een toestemmingsverklaring voor het delen van gegevens met derden. Deze voldoet aan de AVG: er is een invulveld opgenomen voor de informatie die wordt gedeeld, voor het doel, aan wie de informatie voor verstrekt en op welke periode de toestemming ziet.

- *Leg de toestemming van cliënten voor informatie-uitwisseling vast, bijvoorbeeld door te werken met schriftelijke toestemmingsverklaringen en/of duidelijk in het dossier te rapporteren dat de cliënt toestemming heeft gegeven en waarvoor (welke informatie, met wie delen, met welk doel, periode).*

Bevindingen hertoets maart 2026: toestemming cliënten

De medewerkers van Evitaa leggen de toestemming van cliënten voor informatie-uitwisseling met derden vast.

Het format dat Evitaa tijdens het vorige onderzoek heeft overlegd, heeft de toezichthouder deze keer toegepast gezien in de onderzochte cliëntdossiers. De directeur legt uit dat naast het gebruik van de formulieren medewerkers cliënten altijd mondeling informeren wanneer zij informatie met een derde gaan uitwisselen.

De toezichthouder heeft gezien dat een medewerker van Evitaa de mondelinge toestemming tot het verstrekken van contactgegevens van een cliënt aan een derde in het cliëntdossier heeft gerapporteerd.

Conclusie: het verbeterpunt is behaald.

3.2. Veiligheid van de cliënt

Het thema veiligheid van de cliënt is in deze hertoets niet beoordeeld.

3.3. Deskundigheid van de professional

	Norm
3.1	De cliënt krijgt ondersteuning van bekwame en bevoegde professionals.

	<i>Toelichting: waar kijkt de toezichthouder onder andere naar?</i> <i>Professionals hebben competenties en vaardigheden die in lijn liggen met de professionele standaard en die aansluiten bij wat de doelgroep nodig heeft, en houden deze op peil.</i> <i>Professionals handelen volgens de professionele standaard.</i> <i>Professionals handelen volgens de afspraken zoals beschreven in protocollen, richtlijnen en handreikingen.</i> <i>Professionals betrekken zo nodig externe deskundigheid.</i> <i>Professionals verwijzen de cliënt, zo nodig en in overleg met de oorspronkelijke verwijzer, door.</i> Verbeterpunt eerste toets december 2024: startkwalificaties <i>Bij Evitaa werken zeven ambulant begeleiders, inclusief de directeur.</i> <i>• Vier begeleiders beschikken over een relevant diploma op Hbo-niveau.</i> <i>• Eén begeleider heeft een relevant diploma op Mbo-niveau.</i> <i>• Eén begeleider heeft een EVC op Hbo-niveau. Zij is SKJ-geregistreerd.</i> <i>• Eén begeleider heeft een opleiding Gezinstherapie bij Civas Opleidingen afgerond.</i> <i>De opleiding Gezinstherapie richt zich op de begeleiding van gezinnen die structurele problemen zelf niet kunnen oplossen. De opleiding is op Hbo-niveau en beslaat 12 lessen in een tijdsbestek van 6 maanden. Er is geen specifieke vooropleiding vereist.</i> <i>Omdat Evitaa twijfelde of het diploma Gezinstherapie aan de kwaliteitseisen van de gemeenten voldoet, heeft de organisatie – naast het contact met het opleidingsinstituut Civas - bij aanname van betreffende begeleider contact gezocht met een gemeente. De gemeente heeft vervolgens de productomschrijving naar Evitaa gemaild. Evitaa heeft op basis hiervan aangenomen dat het diploma van bovenstaande opleiding kwalificeert als relevant diploma op Hbo-niveau. De toezichthouder merkt op dat de gevolgde opleiding, hoewel op Hbo-niveau, in ieder geval in duur en studielast niet overeenkomt met een Hbo-bachelordiploma.</i> <i>'Evitaa heeft een getekende verklaring groepssupervisie behorende tot de masteropleiding Geestelijke Verzorging van de Islamitische Universiteit aangeleverd. De medewerker verklaart dat dit de vervolgopleiding van de opleiding Theologie aan de Islamitische Universiteit van Europa van betreffende medewerker is. Evitaa en medewerker geven aan geen diploma van deze opleiding te kunnen aanleveren in verband met het faillissement van het opleidingsinstituut. Volgens Evitaa heeft ook de curator aangegeven dat het niet meer mogelijk is een diploma op te vragen.'</i> <i>De toezichthouder kan de informatie over de diplomering niet verifiëren.</i>

	• <i>Zorg ervoor dat alle begeleiders aantoonbaar gekwalificeerd zijn voor hun functie.</i> Bevindingen hertoets maart 2026: startkwalificaties Alle begeleiders van Evitaa zijn aantoonbaar gekwalificeerd voor hun functie. Tijdens het vorige onderzoek kon de toezichthouder de diplomering van één van de begeleiders niet verifiëren. Deze begeleider is niet meer in dienst van Evitaa. Evitaa heeft drie nieuwe begeleiders in dienst genomen. Deze medewerkers beschikken allen over een relevant diploma op Hbo-niveau. Conclusie: het verbeterpunt is behaald.
--	---

3.4. Kwaliteitsbeheersing

4.3	De aanbieder leert van incidenten.
	<i>Toelichting: waar kijkt de toezichthouder onder andere naar?</i> <i>De aanbieder hanteert een meldingssysteem voor incidenten.</i> <i>De aanbieder neemt zo nodig verbetermaatregelen n.a.v. de incidentmeldingen.</i> <i>De aanbieder meldt calamiteiten en geweldsincidenten bij het Wmo-toezicht.</i> Bevindingen eerste toets december 2024: <i>Evitaa heeft twee processen voor het melden van incidenten: een proces 'Veilig incident melden' en een proces 'Afwijkingen, klachten- en ideeënafhandeling'</i> <i>1.</i> <i>Evitaa heeft een beleidsstuk '<u>Veilig incident melden</u>'. Evitaa definieert in het beleid incident als 'Een niet beoogde of onverwachte gebeurtenis die betrekking heeft op de kwaliteit van de zorg en heeft geleid, had kunnen leiden en zou kunnen leiden tot schade'. Het beleid richt zich vervolgens alleen op ernstige incidenten waarvoor binnen 24-uur een teamoverleg moet plaatsvinden en die mogelijk extern gemeld moeten worden (calamiteiten en geweldsincidenten) bij toezichthouder of inspectie.</i> <i>Uit interviews blijkt dat er het afgelopen jaar één MIC-melding is gedaan waarbij een Wmo-cliënt betrokken was.</i> <i>Het beleid 'Veilig incident melden' komt niet overeen met de Leidraad meldingen die de toezichthouder hanteert en die te vinden is op diens website. Een voorbeeld: het beleid van Evitaa bepaalt dat de aanbieder bij gerede twijfel of het incident een calamiteit betreft, zes weken de tijd heeft om onderzoek te (laten) doen. Dit komt niet overeen met</i>

de Leidraad meldingen waarin bepaald wordt dat er binnen drie werkdagen gemeld moet worden.

Evitaa heeft voor start van dit onderzoek nooit een calamiteit bij het Wmo-toezicht gemeld. Uit cliëntdossiers en uit interviews blijkt dat er zich wel meldingswaardige incidenten hebben voorgedaan. Zo heeft de toezichthouder in de cliëntdossiers gezien en in interviews gehoord dat een cliënt na automutilatie en een andere cliënt na een tentamen suïcide in het ziekenhuis zijn behandeld.

De directeur geeft voor het niet-melden van incidenten als verklaring aan dat zij de informatie op de website van de toezichthouder onduidelijk vindt.

Lopende het onderzoek heeft Evitaa binnen de gestelde 72 uur melding gedaan van een (nieuwe) calamiteit.

2.

Voor minder ernstige incidenten heeft Evitaa een ander proces ingericht, neergelegd in het beleid 'Afwijkingen, klachten- en ideeënafhandeling'. Medewerkers die 'ideeën ter verbetering' hebben of 'potentiële afwijkingen die in de toekomst mogelijk een probleem kunnen opleveren' signaleren, kunnen dit vastleggen in een verbeterformulier.

Toezichthouder heeft drie ingevulde verbeterformulieren ingezien. Eén formulier gaat bijvoorbeeld over de situatie dat een cliënt weigert mee te werken aan een ondersteuningsplan. Op het formulier zijn ook de te nemen verbetermaatregelen beschreven.

Tijdens het interview met de bestuurder vertelt zij dat alle verbeterformulieren in het teamoverleg worden besproken. Hierdoor wordt volgens haar snel duidelijk of er sprake is van een trend of van samenhang waarvoor organisatiebrede maatregelen moeten worden getroffen.

Het beleid dat Evitaa voor het melden van incidenten hanteert, waarborgt volgens de toezichthouder niet dat er in voldoende mate van incidenten wordt geleerd en wel om de volgende redenen:

- Het beleid biedt onvoldoende handvatten voor medewerkers om te kunnen bepalen wanneer een cliënt gerelateerde afwijking meldenswaardig is. Het beleid vermeldt bijvoorbeeld niet of onder afwijkingen ook tentamen suïcide en automutilatie vallen. Tevens is onduidelijk of incidenten gemeld moeten worden die niet 'door een toevalligheid' zijn ontdekt. Door de onduidelijkheid van het beleid bestaat de kans dat medewerkers verschillend omgaan met meldenswaardige afwijkingen (of incidenten) en deze niet worden gemeld;
- Omdat klachten en ideeën bij elkaar worden gevoegd met cliënt gerelateerde afwijkingen, ontstaat er geen duidelijk overzicht van incidenten. Dit bemoeilijkt het inzicht, overzicht, de analyse en het vormgeven van organisatiebrede

verbetermaatregelen. Bovendien ontstaat het risico dat incidenten onderbelicht blijven.

- De terminologie die Evitaa hanteert, wijkt af van hetgeen gangbaar is in de welzijnssector. Waar anderen spreken over 'incidenten', worden deze bij Evitaa veelal 'afwijkingen' genoemd. Dit kan voor onduidelijkheid in de samenwerking met ketenpartners (en inspectie) zorgen.
- In het beleid staat dat verbeterformulieren eens per jaar ter sprake komen als onderdeel van de directiebeoordeling. De toezichthouder ziet dit in de praktijk niet terug. In het kwaliteitsjaarverslag over 2023 wordt wel verwezen naar de incidenten uit dat jaar, maar staat niets beschreven over de analyse en het vervolg naar aanleiding van de gemelde cliënt gerelateerde afwijkingen.
- Het beleid en systeem voor het melden van client gerelateerde afwijkingen staat los van het beleid en systeem van 'Veilig incident melden'. De toezichthouder ziet een risico dat het voor medewerkers minder duidelijk is op welke wijze een voorval gemeld moet worden. Daarnaast wordt de kans groter dat meldenswaardige incidenten niet goed op waarde worden geschat door het scheiden van de systemen.
- Het beleid voor het melden van calamiteiten en geweldsincidenten bij de Wmo-toezichthouder is niet conform de Leidraad meldingen die de toezichthouder hanteert.

Conclusie toets december 2024

Uit de bevindingen blijkt dat Evitaa in onvoldoende mate borgt dat zij leert van incidenten. Om aan de norm te voldoen zijn de volgende aanpassingen nodig:

- *Zorg ervoor dat er binnen Evitaa een duidelijk beleid en een systeem komt voor het intern melden van (grote en kleinere) incidenten;*
- *Zorg dat aan de voorwaarden wordt voldaan om cyclisch overstijgend te kunnen analyseren, verbeteren en rapporteren.*
- *Zorg dat het beleid ten aanzien van het melden van calamiteiten en geweldsincidenten bij de Wmo-toezichthouder overeenkomt met de Leidraad meldingen van de toezichthouder en meldingen tijdig plaatsvinden.*

Bevindingen hertoets maart 2026:

Evitaa heeft twee processen voor het melden van incidenten: een proces 'Melding calamiteit of geweldsincident Wmo GGD regio Gelderland-Zuid' en een proces 'Interne niet meldbare incidenten, afwijkingen, klachten en ideeënafhandeling'. Het laatste is uitgewerkt in het beleidsstuk 'toelichting interne incidenten, klachten, afwijkingen en verbeteringen'.

1.

In het beleid 'Melding calamiteit of geweldsincident GGD regio Gelderland-Zuid' staat wanneer sprake is van een calamiteit of geweldsincident die bij de Wmo-toezichthouder gemeld moet worden en welke stappen intern gezet moeten worden. Dit beleid komt overeen met de [Leidraad meldingen](#) die de toezichthouder hanteert. Er staat ook een koppeling naar het interne beleid dat gevolgd moet worden wanneer er sprake is van een incident dat alleen intern hoeft te worden gemeld.

2.

Evitaa heeft in het beleid 'toelichting interne incidenten, klachten, afwijkingen en verbeteringen' beschreven wat onder 'niet extern meldbare incidenten' moet worden verstaan. Ook wordt beschreven wat 'wel extern meldbare incidenten' zijn. Net als tijdens het vorige onderzoek het geval was, kunnen medewerkers melden via een daartoe bestemd formulier. Het formulier wordt gemaild naar de general manager en de directeur. Evitaa heeft geen werkinstructies voor het analyseren van individuele incidenten. De general manager geeft aan dat hij samen met de directeur bespreekt wat de opvolging van het incident moet zijn. Ook wordt bekeken of het incident in het team wordt besproken. Dit is het geval wanneer er mogelijkheid is om er organisatiebreed van te kunnen leren.

De toezichthouder heeft voor het onderzoek Evitaa gevraagd om een overzicht van de incidentmeldingen van de drie laatste maanden op te sturen met een analyse en verbeterpunten. Er bleek in die periode geen incidentmelding van een Wmo-cliënt uit Gelderland-Zuid te zijn gedaan. Evitaa heeft ter illustratie een geanonimiseerde melding van een andere cliënt aan toezichthouder overlegd. Deze melding leent zich qua aard niet voor analyse en het nemen van verbetermaatregelen. De toezichthouder heeft daarom niet kunnen toetsen hoe Evitaa in de praktijk incidenten analyseert.

Meldformulieren worden opgeslagen in het cliëntdossier. Daarnaast worden alle incidentmeldingen bij elkaar opgeslagen in een daartoe bestemde map. De toezichthouder heeft dit kunnen zien. De general manager vertelt dat tijdens de jaarlijkse externe audit alle incidenten worden bekeken om te onderzoeken of er trends zijn die om maatregelen vragen.

Evitaa heeft een document 'Evaluatie en analyse interne meldingen 2025' overhandigd. Aanbieder heeft uit privacyoverwegingen de incidentmeldingen die niet over Wmo-cliënten handelen zwartgelakt. Uit de kopjes in het document valt echter op te maken dat gekeken wordt of opvallendheden en trends zijn waar te nemen.

Hoewel de praktische toepassing beperkt kon worden getoetst wegens het ontbreken van recente relevante meldingen, stelt de toezichthouder vast dat het beleid, de werkwijze

	en de organisatorische borging op dit punt nu voldoende aanwezig zijn. Conclusie: Evitaa voldoet aan de norm "De aanbieder leert van incidenten".
4.4	De kwaliteit van de ondersteuning wordt systematisch geborgd en verbeterd.
	<i>Toelichting: waar kijkt de toezichthouder onder andere naar?</i> <i>De kwaliteit wordt systematisch geborgd door middel van een kwaliteitskeurmerk of het aantoonbaar werken met een kwaliteitssysteem.</i> <i>De aanbieder schept voorwaarden voor een cultuur gericht op leren en verbeteren.</i> Verbeterpunt eerste toets december 2024: <i>Evitaa heeft een kwaliteitsjaarplanning overlegd. Daarop staat per maand vermeld wat er gedaan moet worden en wie verantwoordelijk is. De toezichthouder mist op dit overzicht nog het evalueren en eventueel aanpassen van inhoudelijk beleid. Uit de notulen van twee werkoverleggen blijkt echter dat dit beleid dit jaar wel kritisch bekeken is. Hier worden medewerkers actief bij betrokken.</i> • <i>Voeg het inhoudelijk beleid toe aan de kwaliteitsjaarplanning zodat dit jaarlijks geëvalueerd en zo nodig herzien wordt.</i> Bevindingen hertoets maart 2026: Op de kwaliteitsjaarplanning die Evitaa voorafgaand aan het onderzoek heeft aangeleverd, is de evaluatie van inhoudelijk beleid toegevoegd. Volgens de planning gebeurt dit iedere maand, doorlopend dus. Tijdens teamvergaderingen wordt regelmatig inhoudelijk beleid onder de aandacht gebracht. De general manager en de bestuurder geven aan dat bij uitvoering van een audit altijd gekeken wordt of het inhoudelijke beleid up to date is en of het ook daadwerkelijk zo wordt uitgevoerd. Op het scholingsoverzicht 2026 ziet de toezichthouder dat op meerdere momenten scholing staat gepland waarbij inhoudelijk beleid aan de orde komt. Conclusie: het verbeterpunt is behaald.

4. Oordeel

Dit hoofdstuk beschrijft het oordeel van het Wmo-toezicht over de kwaliteit van de maatschappelijke ondersteuning bij bedrijfsnaam. Ook wordt het advies van de toezichthouder aan de gemeenten beschreven en het vervolg.

4.1. Conclusies van het onderzoek

In het eerste onderzoek, waarvan de bevindingen zijn vastgelegd in het rapport d.d. 20 december 2024, scoorde Evitaa van de 18 onderzochte normen uit het toetsingskader er 17 voldoende. Bij 13 hiervan heeft de toezichthouder destijds geen verbeterpunten aangegeven. Deze zijn niet opnieuw onderzocht en worden als voldoende beschouwd. In dit onderzoek is 1 norm in het geheel beoordeeld en is bepaald of de verbeterpunten in voldoende mate zijn opgepakt.

De toezichthouder heeft de volgende **norm** als volgt beoordeeld:

Norm 4.3: Evitaa **voldoet** aan de norm "De aanbieder leert van incidenten".

De toezichthouder heeft de volgende **verbeterpunten** uit het vorige rapport als volgt beoordeeld:

Verbeterpunten uit norm 1.2:

- *Maak in ieder cliëntdossier inzichtelijk wat het startpunt is van de begeleiding: neem alle informatie op die je over cliënt hebt verkregen.*
- *Zorg ervoor dat alle doelen in de begeleidingsplannen SMART beschreven zijn.*
- *Zorg ervoor dat in ieder dossier de rapportage zodanig is, dat zowel het proces van cliënt als van de ondersteuning navolgbaar is.*

De verbeterpunten zijn behaald.

Verbeterpunten uit norm 1.8:

- *Zoek als begeleider altijd contact met andere hulpverleners en stem de hulpverleningsplannen op elkaar af;*
- *Zorg dat in de cliëntdossiers alle andere betrokken hulpverleners met contactgegevens genoteerd staan;*
- *Zorg ervoor dat afspraken die met andere hulpverleners gemaakt worden, snel en eenvoudig in het dossier zijn terug te vinden.*

De verbeterpunten zijn behaald.

Verbeterpunt uit norm 1.9:

- *Leg de toestemming van cliënten voor informatie-uitwisseling vast, bijvoorbeeld door te werken met schriftelijke toestemmingsverklaringen en/of duidelijk in het dossier te rapporteren dat de cliënt toestemming heeft gegeven en waarvoor (welke informatie, met wie delen, met welk doel, periode).*

Het verbeterpunt is behaald.

Verbeterpunt uit norm 3.1:

- *Zorg ervoor dat alle begeleiders aantoonbaar gekwalificeerd zijn voor hun functie.*

Het verbeterpunt is behaald.

Verbeterpunt uit norm 4.4:

- *Voeg het inhoudelijk beleid toe aan de kwaliteitsjaarplanning zodat dit jaarlijks geëvalueerd en zo nodig herzien wordt.*

Het verbeterpunt is behaald.

4.2. Vervolg en advies

Dit onderzoeksrapport stuurt het Wmo-toezicht aan Evitaa en aan de gemeenten Maasdriel en Zaltbommel, die bedrijfsnaam gecontracteerd hebben.

De gemeenten zijn verantwoordelijk voor de kwaliteit van de maatschappelijke ondersteuning. Dit betekent dat zij bevoegd zijn tot het nemen van maatregelen in het kader van handhaving. Of en wanneer dit aan de orde is, bepalen de gemeenten.

De toezichthouder geeft het volgende advies aan de gemeenten Maasdriel en Zaltbommel:

- Het handhavingstraject beëindigen

Bijlage: bronnenlijst

In deze bijlage vindt u de geraadpleegde bronnen en de datum van raadpleging.

5.1 Interviews

Directeur en General Manager: 4 februari 2026

5.2 Cliëntdossiers

Er zijn op 4 februari 2026 steekproefsgewijs 5 cliëntdossiers onderzocht. Vragen die opkwamen bij het inzien van de dossiers zijn direct gesteld aan de directeur in de rol van begeleider en de general manager. Beiden waren aanwezig tijdens het dossieronderzoek. Er zijn ook twee andere cliëntdossiers ingezien om specifiek norm 1.8 te kunnen beoordelen. De aanbieder heeft deze dossiers voorgelegd omdat in deze twee dossiers een behandelaar betrokken was.

5.3 Personeelsdossiers

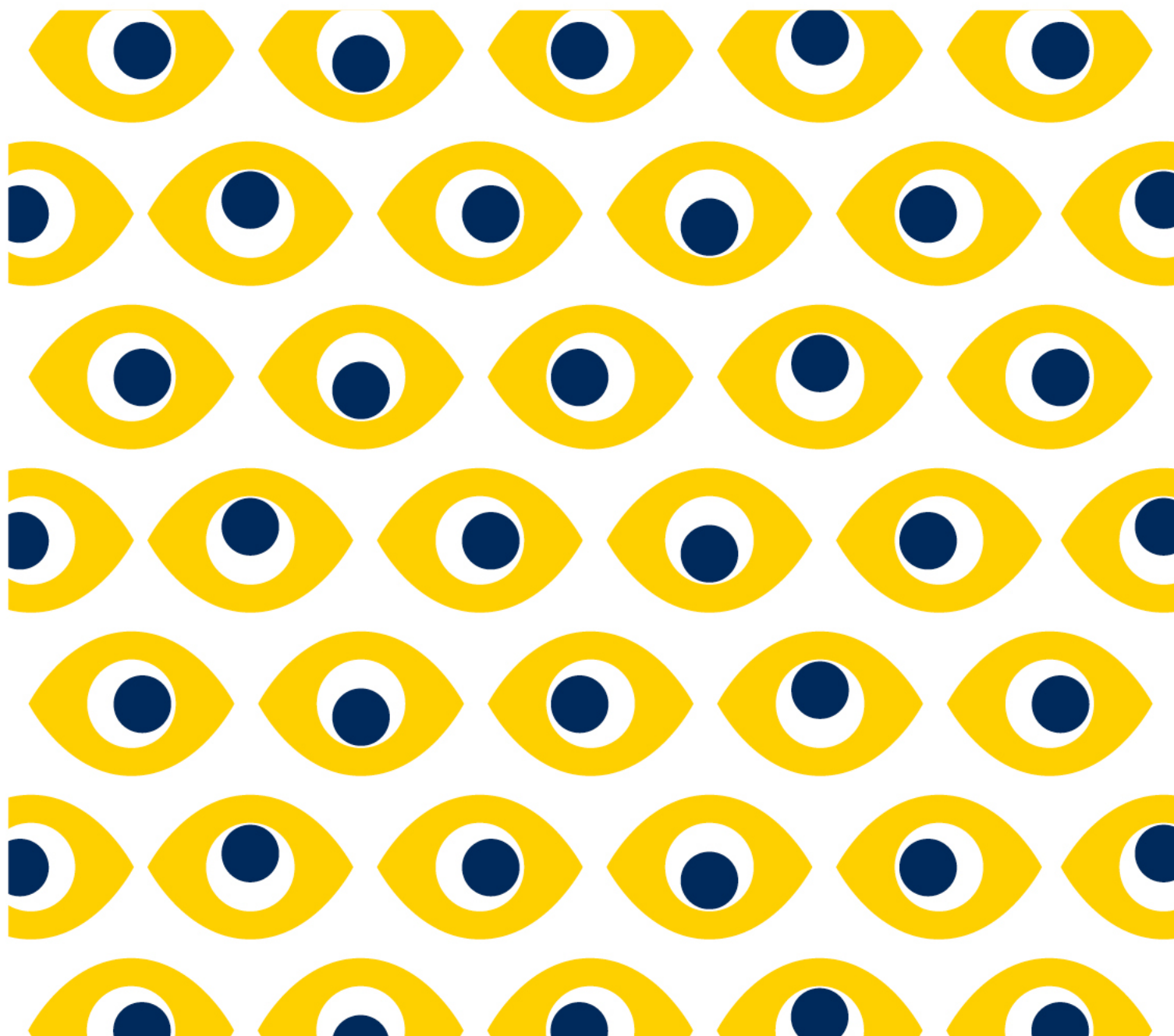
Op 4 februari heeft de toezichthouder kopieën van de relevante diploma's van drie nieuw in dienst getreden begeleiders ingezien.

5.4 Beleidsstukken en overige naslag

Naam document	Datum document
• Brief Evitaa aan gemeente Nijmegen met bijlagen	22-08-2025
• Overzicht van cliënten en hun indicatie	16-01-2026
• Overzicht van personeelsleden met functienaam en diploma's	16-01-2026
• Overzicht van stagiairs (BOL) en vrijwilligers	16-01-2026
• Overzicht inzet personeel niet in loondienst	16-01-2026
• Beleid betreffende het melden van incidenten	16-01-2026
• Melding calamiteit of geweldsincident Wmo GGD regio Gelderland-Zuid	21-01-2025
• Toelichting op niet meldbare incidenten, afwijkingen, klachten en verbeteringen	03-12-2025
• Overzicht incidentmeldingen	16-01-2026
• Evaluatie en analyse interne meldingen 2025	16-01-2026
• Wijze waarop inhoudelijk beleid wordt geëvalueerd	16-01-2026



Gelderland-Zuid



Wmo-toezicht GGD Gelderland-Zuid
Postbus 1120, 6501 BC Nijmegen
T 088 - 144 70 10
E wmotoezicht@ggdgelderlandzuid.nl
I www.ggdgelderlandzuid.nl

