



## WMO TOEZICHT

Concept rapport kwaliteitsonderzoek  
Naam: Thuiszorg de Gezusters B.V.  
Adres: Westerdorpsstraat 22A  
Postcode en woonplaats: 3871 AX Hoevelaken

Zorgvorm: lichte begeleiding

Datum inspectie: 16 december 2021  
Datum rapport: 3 februari 2022  
In opdracht van de gemeente Nijkerk



Gelderland-Midden

# INHOUDSOPGAVE

<b>GEGEVENSOVERZICHT .....</b>	<b>3</b>
<b>INLEIDING .....</b>	<b>4</b>
<b>Historie.....</b>	<b>4</b>
<b>Onderzoek: aanleiding en belang .....</b>	<b>4</b>
<b>Korte beschrijving van de organisatie en de doelgroep .....</b>	<b>5</b>
<b>CONCLUSIE EN ADVIES .....</b>	<b>6</b>
<b>Advies aan de gemeente.....</b>	<b>6</b>
<b>BEVINDINGEN.....</b>	<b>7</b>
<b>1 Doelmatigheid voorziening.....</b>	<b>7</b>
<b>2 Veiligheid .....</b>	<b>9</b>
<b>3 Samenwerking en afstemming.....</b>	<b>11</b>
<b>4 Kwaliteit van personeel en organisatie .....</b>	<b>12</b>
<b>5 Rechten van de cliënt.....</b>	<b>14</b>
<b>ZIENSWIJZE AANBIEDER .....</b>	<b>19</b>
<b>BIJLAGE 1: BRONNEN .....</b>	<b>20</b>

## GEGEVENSOVERZICHT

### Basisgegevens

Naam : Thuiszorg de Gezusters B.V.  
Adres : Westerdorpsstraat 22A  
Postcode en woonplaats : 3871 AX Hoevelaken  
Telefoonnummer : 033-2035123  
Website aanbieder : www.thuiszorgdegezusters.nl  
Rechtsvorm : B.V.  
HKZ/ISO gecertificeerd : HKZ  
KVK nummer : 73272396

### Gegevens toezicht

Naam GGD : GGD Gelderland-Midden  
Adres : Postbus 5364  
Postcode en woonplaats : 6802EJ ARNHEM  
Telefoonnummer : 0800-8446000

### Gegevens opdrachtgever

Naam : Gemeente Nijkerk  
Adres : Kolkstraat 27  
Postcode en woonplaats : 3860 BA Nijkerk

### Planning

Datum onderzoek : 16 december 2021  
Opstellen concept onderzoeksrapport : 19 januari 2022  
Hoor/wederhoor : 27 januari 2022  
Zienswijze ontvangen : 3 februari 2022  
Vaststelling onderzoeksrapport : 3 februari 2022  
Verzending onderzoeksrapport : 3 februari 2022

## INLEIDING

Het college van de gemeenten (hierna: gemeenten) zijn sinds 1 januari 2015 verantwoordelijk voor de kwaliteit van voorzieningen die verstrekt worden in het kader van de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo 2015).

De Wmo 2015 regelt in artikel 6.1. dat gemeenten een toezichthoudende ambtenaar aanwijzen. Het college van B&W van de gemeente Nijkerk heeft het Team Toezicht van GGD Gelderland-Midden als toezichthoudend ambtenaar aangewezen.

Zorgaanbieders die Wmo ondersteuning bieden, leveren vaak ook langdurige zorg (Wlz). Op de langdurige zorg wordt toezicht gehouden door de Inspectie voor de Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ). Gegevens en bevindingen in dit rapport beperken zich tot Wmo verstrekkingen.

De toetsing is gebaseerd op wettelijke regelingen waaronder de Wmo, aangevuld met de kwaliteitscriteria uit de gemeentelijke Wmo verordening, inkoopvoorwaarden, toekenningsbeschikkingen en/of uit overeenkomsten met zorgaanbieder.

De rapporten van Wmo kwaliteitstoezicht uitgevoerd door de toezichthouders van de GGD Gelderland –Midden worden gepubliceerd op de website [www.vggm.nl](http://www.vggm.nl)

Dit onderzoek heeft plaatsgevonden in opdracht van de gemeente Nijkerk. Bezwaar op de openbaarmaking van het rapport van het kwaliteitsonderzoek uitgevoerd bij Thuiszorg de Gezusters B.V. kan worden ingediend bij de gemeente Nijkerk.

### Historie

De Inspectie voor de Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) heeft zeven jaar geleden een inspectie uitgevoerd bij Thuiszorg de Gezusters B.V. Aandachtspunten voortkomend uit deze inspectie blijken na hertoetsing door de IGJ opgeheven.

### Onderzoek: aanleiding en belang

Dit onderzoek heeft plaatsgevonden op verzoek van de gemeente Nijkerk en heeft zich gericht op de lichte begeleiding die de aanbieder biedt. Het onderzoek had als doel na te gaan of de aanbieder voldoet aan de wettelijke (kwaliteits)eisen vanuit de Wmo en de aanvullende gemeentelijke (kwaliteits)eisen.

Het inspectiebezoek vond plaats op 16 december 2021. Het betrof een aangekondigd bezoek. Het onderzoek bestond uit observatie, bronnenonderzoek (bijlage 1) en interviews. Er hebben gesprekken plaats gevonden met de eigenaar en de coördinator Wmo van Thuiszorg de Gezusters B.V.

Ook zijn gesprekken gevoerd met twee cliënten en twee medewerkers. De leidinggevende was bij de gesprekken met cliënten en medewerkers niet aanwezig.

Tot slot is ten behoeve van het onderzoek gesproken met één medewerker van het gebiedsteam Nijkerk. Alle gesproken personen stelden zich coöperatief op. De gesprekken verliepen in een open en professionele sfeer.

## **Korte beschrijving van de organisatie en de doelgroep**

Thuiszorg de Gezusters B.V. (hierna: de Gezusters) verleent sinds 2014 begeleiding, palliatieve zorg, huishoudelijke ondersteuning en thuiszorg aan ouderen vanuit de volgende missie:

*“Wij werken cliëntgericht binnen de 4 levensdomeinen. Het behouden van eigen regie en zelfredzaamheid zijn speerpunten bij het inzetten van de zorg. Door het inzetten van kleine teams, met vaste zorgverleners, bieden wij een totaalpakket van zorg aan. Onze zorg is transparant en oprecht, we hebben oog voor details. Op deze wijze van zorgverlening willen wij ons draagvlak binnen de regio vergroten”.*

De werkzaamheden worden uitgevoerd door 45 medewerkers en zij zijn onderverdeeld in een team 'Zorg' en een team 'Huishoudelijke Zorg'. Het team 'Zorg' bestaat uit een teamcoördinator, zorgcoördinator en diverse zorgmedewerkers. Het team 'Huishoudelijke Ondersteuning' bestaat uit een teamcoördinator Wmo en huishoudelijke hulpen. De eigenaar is eindverantwoordelijk.

Het product lichte begeleiding wordt door de aanbieder uitgevoerd naast zorg of huishoudelijke ondersteuning. Twee medewerkers voeren de lichte begeleiding uit. Zij vallen onder één van bovengenoemde teams en hebben een combifunctie binnen de organisatie. De plaats van de lichte begeleiding binnen de teams voor de toekomst is nog onduidelijk. Volgens de aanbieder hangt dit af van hoe dit product zich verder ontwikkelt binnen de organisatie en de grootte van de vraag.

Lichte begeleiding is een nieuw product in de gemeente Nijkerk en wordt sinds oktober 2021 door de aanbieder geboden. Er wordt aan vier cliënten vallend onder de Wmo lichte begeleiding geboden op basis van Zorg in Natura financiering.

De lichte begeleiding richt zich op praktische ondersteuning om de zelfredzaamheid bij cliënten te behouden en/of vergroten.

De aanbieder is HKZ gecertificeerd.

## CONCLUSIE EN ADVIES

Uit onderzoek blijkt dat bij de Gezusters wordt voldaan aan het merendeel van de gestelde wettelijke (kwaliteits)eisen en gemeentelijke eisen.

### Wat gaat goed:

Cliënten uiten zich erg tevreden over de geboden ondersteuning en de aanbieder biedt zichtbaar zorg op maat. Vanuit gesprekken met het gebiedsteam Nijkerk, cliënten en medewerkers blijkt een grote mate van betrokkenheid bij cliënten.

### Er wordt nog niet voldaan aan:

- *Wettelijke kwaliteitseis: De voorziening is veilig (Wmo 2015, art. 3.1, tweede lid sub a.).*
  - De aanbieder kent een agressieprotocol.
  - Het personeel is geschoold in het omgaan met agressie.
  - De aanbieder, niet zijnde een aanbieder die hulpmiddelen of woningaanpassingen levert, stelt een meldcode vast waarin stapsgewijs wordt aangegeven hoe met signalen van huiselijk geweld of kindermishandeling wordt omgegaan en die er redelijkerwijs aan bijdraagt dat zo snel en adequaat mogelijk hulp kan worden geboden.
- *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)*
  - De afspraken worden schriftelijk vastgelegd.
- *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.)*
  - De organisatie is aangesloten bij een beroepsvereniging/ branchevereniging
- *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.).*
  - Cliënten worden geïnformeerd over hun rechten en plichten.
  - Nazorg bij incidenten is geregeld.
  - De klachtenregeling is bekend bij de cliënt/gemakkelijk te vinden voor de cliënt.
  - De aanbieder brengt de cliënt op de hoogte dat hij/zij gebruik kan maken van onafhankelijke cliëntondersteuner bij het indienen van klachten.
  - De aanbieder doet binnen 3 werkdagen na de calamiteit/geweldsincident melding bij de toezichthoudend ambtenaar Wmo.

## Advies aan de gemeente

De Wmo toezichthouder van de VGGM geeft het advies aan de gemeente Nijkerk te handhaven (conform handhavingsbeleid).

### **Toelichting handhaving**

*De toezichthouder geeft aan de gemeente het advies om wel of niet te handhaven  
Handhaving is een verzamelnaam voor activiteiten die zijn gericht op het bewerkstelligen van een goede naleving of een goede kwaliteit". (Bron: Rijksoverheid)*

*Er zijn verschillende vormen van handhaving, enkele voorbeelden:  
een (normoverdragend) gesprek voeren, een schriftelijke waarschuwing geven, last onder dwangsom, last onder bestuursdwang, het opleggen van een cliëntenstop, contractontbinding, etc.*

*Afhankelijk van o.a. de ernst en/of hoeveelheid van de overtreding(en), of sprake is van een recidive en de bereidheid van de aanbieder om de overtreding te beëindigen, besluit de gemeente, op basis van het gemeentelijk handhavingsbeleid, welke vorm van handhaving wordt ingezet.*

## BEVINDINGEN

<b>1 Doelmatigheid voorziening</b>	
<i>Wettelijke kwaliteitseis: De voorziening is doelmatig, doeltreffend en cliëntgericht (Wmo 2015, art. 3.1, tweede lid sub a).</i>	
<b>1.1 Ondersteunings- / begeleidingsplan</b>	<b>Ja/nee/deels n.v.t./n.b.<sup>1</sup></b>
De begeleider is verantwoordelijk voor het aanvullen van het ondersteuningsplan wat in hoofdlijnen door de consulent is opgesteld. De begeleider vult aan waar de cliënt tegenaan loopt en wat de doelen zijn voor de cliënt	Ja
Uit het plan blijkt aandacht voor de signalerende functie binnen de lichte begeleiding	Ja
De ondersteuning sluit(en) aan op de reële behoefte en mogelijkheden van de cliënt en zijn/haar sociale netwerk.	Ja
Het plan heeft de instemming van de cliënt en is ondertekend door de cliënt of diens vertegenwoordiger.	N.B.
De afspraken uit het zorgplan worden uitgevoerd/nagekomen	Ja
In het plan staat de naam van de eerstverantwoordelijke medewerker vermeld.	Ja
De eerstverantwoordelijke of diens vervanger is goed bereikbaar.	Ja
Elk halfjaar vindt er een evaluatie plaats met de casemanager/consulent. - Is de zorg nog passend? - Kan er afgeschaald worden naar een voorliggende voorziening? (Wlz, algemene voorziening)	Nee

### Constatering

De aanbieder werkt met een digitaal cliëntregistratiesysteem. Het cliëntregistratiesysteem bestaat onder andere uit ondersteuningsplannen, rapportage en urenregistratie en declaratie. Sinds kort werkt de aanbieder met de zelfredzaamheidsmatrix (ZRM) en een nieuw (passender) format voor ondersteuningsplannen voor lichte begeleiding.

De toezichthouder heeft vier ondersteuningsplannen van cliënten ingezien. De ZRM dient als basis voor het ondersteuningsplan.

In het ondersteuningsplan worden ZRM scores per leefgebied opgenomen en toegelicht. Op basis van deze bevindingen worden doelen geformuleerd. Hieruit blijkt aandacht voor de signalerende functie.

In het ondersteuningsplan is een eerstverantwoordelijke begeleider opgenomen.

Ondersteuningsplannen worden opgesteld door de coördinator Wmo en de eerstverantwoordelijke begeleider en vervolgens besproken met de cliënt, waarna deze het ondersteuningsplan dient te ondertekenen.

De ondersteuningsplannen die door de toezichthouder zijn ingezien zijn echter nog niet ondertekend en betreffen conceptversies. Reden hiervoor is dat de cliënten recent in begeleiding zijn en de aanbieder sinds december dit format hanteert.

Over de uitvoering van de begeleiding noemt een medewerker van het gebiedsteam het volgende:

*"Ik check bij de inwoner altijd of er gebeurt wat er moet gebeuren. Vorige week heb ik nog*

<sup>1</sup> N.b. betekent 'niet beoordeeld'.

*een check gedaan bij een cliënt die lichte begeleiding ontvangt. Deze is meer dan tevreden”.*

Evaluaties hebben nog niet plaatsgevonden gezien de korte duur dat cliënten lichte begeleiding ontvangen.

De toezichthouder heeft de aanbieder erop gewezen dat half jaarlijks evaluatie dient plaats te vinden. Afspraken ten aanzien van evaluatie zijn nog niet vastgelegd en de aanbieder was niet op de hoogte van deze eis. Tijdens het inspectiebezoek heeft de aanbieder een aanpassing gedaan in het cliëntregistratiesysteem zodat een eerstvolgende evaluatiedatum in het ondersteuningsplan kan worden opgenomen.

1.2 Zelfredzaamheid	Ja/nee/deels n.v.t./n.b.
De ondersteuning is gericht op het vergroten van de zelfredzaamheid en maatschappelijke participatie van cliënten	Ja
Er wordt gewerkt richting de uitstroom van cliënten waarbij aandacht is voor de eigen kracht en het sociale netwerk van de cliënt.	Ja

### Constatering

Zoals in constatering 1.1. staat beschreven maakt de aanbieder gebruik van de ZRM. Met dit instrument wordt de mate van zelfredzaamheid op diverse leefgebieden in kaart gebracht. Op basis van deze uitkomsten worden doelen geformuleerd die zijn gericht op het vergroten van de zelfredzaamheid van de cliënt.

De twee gesproken cliënten noemt over de inhoud van de begeleiding het volgende:

*“Ik merk dat mijn begeleider kijkt welke benadering bij mij past. We praten ook over wat er nodig is en maken dan een plan om samen naar een doel toe te werken”*

*“Ik ben heel dankbaar en content met alles wat er wordt ingezet. Ook met de ureninzet ben ik tevreden”.*

De aanbieder brengt standaard het netwerk van de cliënt in kaart. Met de cliënt worden mondeling afspraken gemaakt over met wie contact gelegd kan worden en wanneer, bijvoorbeeld in geval van nood of wanneer de cliënt de deur niet opent. Aangewezen contactpersoon wordt vervolgens opgenomen in het ondersteuningsplan.

Indien nodig en mogelijk wordt het sociale netwerk van de cliënt betrokken bij de ondersteuning. Soms wordt de ondersteuning ook ingezet om het netwerk te ontlasten, dan wordt er voor gekozen om de focus op de cliënt te leggen en het netwerk minder te betrekken.



<b>2 Veiligheid</b>	
Wettelijke kwaliteitseis: De voorziening is veilig (Wmo 2015, art. 3.1, tweede lid sub a.).	
<b>2.1 Protocollen en afspraken</b>	<b>Ja/nee/deels n.v.t./n.b.</b>
De organisatie heeft werkinstructies en handelingsprotocollen.	Ja
De instructies en protocollen zijn actueel	Ja
De aanbieder kent een agressieprotocol.	Nee
Het personeel is geschoold in het omgaan met agressie.	Nee

### Constatering

De aanbieder heeft diverse werkinstructies en handelingsprotocollen in gebruik. Jaarlijks worden processen geëvalueerd en worden documenten gecontroleerd op inhoud. Als een document aanpassing behoeft wordt het versienummer en de datum in het document aangepast.

Het personeelsboek, dat medewerkers bij indiensttreding ontvangen, bevat een protocol 'ongewenst gedrag, inclusief klachtenregeling'. In dit protocol is beschreven hoe medewerkers moeten handelen nadat zich bijvoorbeeld een situatie met agressie heeft voorgedaan.

Een agressieprotocol waarin is beschreven hoe medewerkers dienen te handelen op het moment dat er sprake is van agressie en wat dit inhoudt ontbreekt. Medewerkers zijn niet geschoold in het omgaan met agressie.

<b>2.2 Medicatie en verdovende middelen (alleen indien van toepassing)</b>	<b>Ja/nee/deels n.v.t./n.b.</b>
De organisatie heeft afspraken gemaakt over het gebruik van alcohol en verdovende middelen.	N.v.t.

### Constatering

De aanbieder bedient geen doelgroep waarbij risico's aanwezig zijn ten aanzien van verslaving. De aanbieder heeft in haar uitsluitingscriteria onder andere het volgende beschreven:

*"... Om deze reden hanteren wij transparante uitsluitingscriteria, waarbij de volgende zorgvragers zijn uitgesloten:*

- *Cliënten die afhankelijk zijn van zorg welke verder reikt dan de aanwezige reguliere zorg".*

Gestelde eis is om deze reden niet van toepassing.

2.3 Risico-inventarisatie	Ja/nee/deels n.v.t./n.b.
Eventuele veiligheidsrisico's en de eigen verantwoordelijkheid van de cliënt zijn besproken met cliënt en zijn/haar sociale netwerk.	Ja

#### Constatering

Eventuele risico's worden in het eerste gesprek met het gebiedsteam besproken. Bij de huidige cliëntgroep is geen sprake van veiligheidsrisico's.  
Indien er veiligheidsrisico's aanwezig zijn zullen deze worden opgenomen in het ondersteuningsplan van de cliënt.

2.4 Grensoverschrijdend gedrag	Ja/nee/deels n.v.t./n.b.
Medewerkers zijn bekend met het beleid en de visie rondom vriendschap, intimiteit, seksualiteit en seksueel grensoverschrijdend gedrag, preventie van seksueel misbruik en het melden van misbruik.	Ja
Medewerkers kunnen aantonen dat zij aandacht besteden aan vriendschap, intimiteit, seksualiteit en het voorkomen van seksueel grensoverschrijdend gedrag.	Ja
De aanbieder, niet zijnde een aanbieder die hulpmiddelen of woningaanpassingen levert, stelt een meldcode vast waarin stapsgewijs wordt aangegeven hoe met signalen van huiselijk geweld of kindermishandeling wordt omgegaan en die er redelijkerwijs aan bijdraagt dat zo snel en adequaat mogelijk hulp kan worden geboden.	Nee
De aanbieder bevordert de kennis en het gebruik van de meldcode	Ja
Medewerkers zijn geïnstrueerd over en in staat tot het hanteren van de meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling .	Ja

#### Constatering

Beleid ten aanzien van vriendschap, intimiteit en het voorkomen en melden van seksueel grensoverschrijdend gedrag/misbruik is opgenomen in het personeelshandboek. Zoals eerder genoemd ontvangen medewerkers deze bij indiensttreding. De twee gesproken medewerkers geven aan op de hoogte te zijn van de inhoud van het personeelshandboek.

De aanbieder heeft in beleid de definitie van ouderenmishandeling opgenomen. De vijf stappen van de meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling hanteert de aanbieder apart vanuit een bron van de rijksoverheid.

De aanbieder is echter wettelijk verplicht om zelf een meldcode vast te stellen waarin stapsgewijs wordt aangegeven hoe met signalen van huiselijk geweld en kindermishandeling moet worden omgegaan.

Bijscholing over de meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling vindt plaats in het teamoverleg.

Over de meldcode en vriendschap, intimiteit e.d. zegt een medewerker het volgende:

*"De meldcode wordt regelmatig besproken als opfrisser; wanneer doe je een melding en wanneer niet. Ook onderwerpen als intimiteit worden wel eens besproken, maar het komt eigenlijk nooit voor dat we daarmee te maken hebben. Dit onderwerp wordt ook wel eens samengepakt met de meldcode en besproken hoe te handelen in een bepaalde situatie".*

<b>3 Samenwerking en afstemming</b>	
<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>	
<b>3.1 Afstemming met andere hulp- of zorgverleners</b>	<b>Ja/nee/deels n.v.t./n.b.</b>
Met andere hulp- en zorgverleners (0 <sup>e</sup> , 1 <sup>e</sup> en 2 <sup>e</sup> lijn) vindt afstemming en de noodzakelijke gegevensuitwisseling plaats.	Ja
De afspraken worden schriftelijk vastgelegd.	Nee
De met andere hulp- en zorgverleners gemaakte afspraken worden regelmatig besproken met de cliënt en zijn/haar sociale netwerk en worden zo nodig bijgesteld.	Ja
Bij meervoudige, complexe problematiek is er samenwerking met de regisseur of coördinator die de samenhang en continuïteit bewaakt en toegang heeft tot de noodzakelijke gegevens.	N.B..
De tweede lijn is direct beschikbaar.	N.B.
Bij mogelijke decompensatie onderneemt de begeleiding actie richting casemanager/consulent	N.B.
Er wordt een dossier opgesteld zodat overdracht mogelijk is.	Ja

#### **Constatering**

Bij de huidige cliëntgroep is geen sprake van meervoudige, complexe problematiek en is geen externe zorg/ hulpverlener betrokken. Een deel van de cliënten ontvangt van de aanbieder ook thuiszorg of huishoudelijke ondersteuning.

Er is geen tweede lijn betrokken bij de huidige cliëntgroep. Wel vindt regelmatig overleg plaats met medewerkers van het gebiedsteam en bijvoorbeeld een huisarts. Afspraken over afstemming met andere hulp- en zorgverleners worden niet schriftelijk vastgelegd.

<b>3.2 Samenwerking en afstemming met de gemeente (casemanager)</b>	<b>Ja/nee/deels n.v.t./n.b.</b>
De begeleider is gericht op actieve signalering van veranderingen in gezondheids- en/of sociale situatie van de cliënt. Indien deze veranderingen dusdanig zijn dat de beschikking bijgesteld moet worden neemt de begeleider contact op met de casemanager.	Ja
Gedurende de ondersteuning legt de begeleider, indien nodig, verantwoording af aan de casemanager. De casemanager is vaak de consulent van de gemeente. Mocht een casemanager ontbreken legt de begeleider verantwoording af binnen de eigen organisatie.	Ja
Een evaluatie met een aanvraag voor verlenging van de indicatie wordt uiterlijk zes weken voor afloop van de indicatie aan de gemeente opgestuurd.	N.B.

#### **Constatering**

Er vindt regelmatig overleg plaats met medewerkers van het gebiedsteam. Dit contact wordt door de aanbieder als laagdrempelig en goed omschreven.

De medewerker van het gebiedsteam zegt het volgende over de samenwerking:

*“De medewerkers zijn heel betrokken. Dit merk ik vooral aan hoe ze over de inwoners praten.*

*Vol respect, maar ook met inleving. Ze vragen ook vaak hoe een inwoner een bepaalde aanpak zou vinden. Dit gaat altijd in samenwerking en zij nemen de leiding waar het nodig is. Als er een fractie van eigen inbreng kan zijn pakken ze daar ruimte voor. Hier onderscheidt de aanbieder zich in.*

*Ik ben sowieso heel tevreden over het contact. De lijnen zijn heel kort en de bereikbaarheid is perfect. Als je iets wilt regelen kan dat gelijk”.*

Afstemming met het gebiedsteam vindt plaats bij veranderingen en anders tijdens evaluatiemomenten. Dit contact wordt door zowel de aanbieder als de medewerker van het gebiedsteam als prettig omschreven.

De medewerker van het gebiedsteam geeft daarnaast aan dat de aanbieder graag wil leren en goed op zichzelf kan reflecteren.

Aanvraag voor verlenging van de indicatie heeft nog niet plaatsgevonden, omdat alle beschikkingen voor lichte begeleiding nog lopend zijn.

## 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/deels  
n.v.t./n.b.**

Er is een kwaliteitsmanagementsysteem in gebruik (processen worden structureel volgens (een aanwezig) plan geëvalueerd en de documenten zijn niet ouder dan drie jaar).

Ja

De organisatie heeft een kwaliteitskeurmerk.

Ja

De organisatie is aangesloten bij een beroepsvereniging/ branchevereniging

Nee

De continuïteit van de geboden voorziening is gewaarborgd.

Ja

De organisatie integreert de veranderingen op het gebied van de kanteling in de zorg binnen de eigen instelling.

Ja

### Constatering

De aanbieder heeft een kwaliteitsmanagementsysteem in gebruik en documenten zijn niet ouder dan drie jaar. Zoals in constatering 2.1 staat beschreven worden processen en documenten jaarlijks geëvalueerd en indien nodig bijgesteld.  
De aanbieder is HKZ gecertificeerd.

De aanbieder is niet aangesloten bij een beroepsvereniging of branchevereniging. De aanbieder geeft aan dat de kosten dusdanig hoog zijn dat deze niet in verhouding staan tot wat een lidmaatschap oplevert.

Vervanging van medewerkers bij uitval of vakantie is geregeld. De aanbieder geeft aan in geval van vakantie of kortdurende uitval eerst met de cliënt te bespreken of deze vervanging behoeft.

Het kan ook voorkomen dat het netwerk enkele zaken in de begeleiding overneemt. Als vervanging gewenst of nodig is wordt dit een andere medewerker bij de cliënt ingezet.

Eén cliënt noemt hierover het volgende:

*“Vervanging bij vakantie of ziekte is prettig geregeld. Mijn begeleider overlegt hierover met mij en de ondersteuning wordt altijd opgevangen”.*

Als zich veranderingen voortdoen op gebied van de kanteling in de zorg worden deze geïntegreerd binnen de organisatie. De eigenaar zorgt voor het doorvoeren van eventuele

wijzigingen.

4.2 Personeel	Ja/nee/deels n.v.t./n.b.
De medewerkers zijn op de hoogte van de persoonlijke omstandigheden en levensgeschiedenis van de cliënt.	Ja
De verdeling van taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden is duidelijk voor de medewerkers.	Ja
De aangewezen beroepskracht is vakbekwaam	Ja
De aanbieder heeft beleid t.a.v. verantwoorde inzet van vrijwilligers.	N.v.t.
Alle medewerkers en vrijwilligers hebben een verklaring omtrent gedrag (VOG) overlegd, die minimaal getoetst is op: <ul style="list-style-type: none"><li>• Het verlenen van diensten (nr. 41);</li><li>• Het verlenen van diensten in de persoonlijke leefomgeving (nr. 43);</li><li>• Belast zijn met de zorg voor (hulpbehoevende) personen, zoals ouderen en gehandicapten (nr. 85).</li></ul>	Ja

#### Constatering

De twee gesproken medewerkers geven beide aan dat hun taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden duidelijk zijn. Ook zijn de medewerkers op de hoogte van de persoonlijke omstandigheden en levensgeschiedenis van de cliënt.

Deze worden tijdens de intake besproken en gedeeld met de aangewezen begeleider.

Beide medewerkers zijn vakbekwaam en beschikken over een diploma en VOG conform gestelde eisen.

Er wordt niet gewerkt met vrijwilligers. Stagiaires worden niet ingezet in de lichte begeleiding.

4.3 Deskundigheidsbevordering	Ja/nee/deels n.v.t./n.b.
De beroepskrachten zijn opgeleid tot en deskundig voor wat betreft het ondersteunen van de doelgroep.	Ja
Begeleiding wordt uitgevoerd door een professional met minimaal MBO 2/3 denk en werk niveau VVT, WMD, GGZ of een vergelijkbare richting	Ja
De aanbieder biedt de beroepskrachten passende bijscholing.	Ja

#### Constatering

De toezichthouder heeft van de twee medewerkers die lichte begeleiding bieden een diploma conform gestelde eisen ingezien.

Bijscholing wordt apart gegeven aan het team 'Zorg' en het team 'Huishoudelijke Ondersteuning' gezien het verschil in taken en opleidingsniveau.

De coördinator zorg en de eigenaar verzorgen bijscholing voor het team 'Zorg' en de Wmo coördinator voor het team 'Huishoudelijke Ondersteuning'.

De scholingsbehoefte wordt door de Wmo coördinator twee keer per jaar uitgevraagd, in maart en in november, via een vragenlijst. Deze kunnen medewerkers zowel op papier als digitaal invullen.

Afgelopen periode kwam hier bijvoorbeeld het onderwerp 'dementie' uit en hier is vervolgens

in november ook bijscholing voor gepland. Vanwege COVID-19 kon dit echter niet doorgaan. Ook op individueel vlak zijn er mogelijkheden tot bijscholing. Eén medewerker die lichte begeleiding geeft heeft het afgelopen jaar bijvoorbeeld nog een opleiding afgerond. Daarnaast wordt gebruik gemaakt van e-learnings.

Ieder jaar vinden er functioneringsgesprekken plaats met medewerkers. Voorafgaand aan een functioneringsgesprek ontvangt de medewerker een formulier met onder andere vragen over diens eigen functioneren.

## 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 Algemeen

**Ja/nee/deels  
n.v.t./n.b.**

De bejegening door de beroepskracht van de cliënt is passend en correct.

Ja

De cliënt voelt zich op zijn/ haar gemak op de plaats waar de voorziening wordt geboden.

Ja

Cliënten worden geïnformeerd over hun rechten en plichten.

Nee

### Constatering

Vanuit gesprekken met de aanbieder, medewerkers, cliënten en de medewerker van het gebiedsteam blijkt de bejegening passend en correct. Cliënten uiten zich erg tevreden over de geleverde ondersteuning en zeggen hierover het volgende:

*"Mijn begeleider kijkt wat nodig is en heeft ook tijd voor een sociaal praatje terwijl we gewoon doorwerken. Ik ervaar dit als prettig en de verhouding is ook goed".*

*"De begeleider ziet ook goed als ik overprikkeld begin te raken. Ik ben gewoon heel tevreden".*

*"Ik ben heel content met de ondersteuning en vindt dat dit goed verloopt. Ze zijn vriendelijk en netjes".*

De medewerker van het gebiedsteam heeft aangegeven de aanbieder erg te vertrouwen en het de gemeente Nijkerk te gunnen dat deze aanbieder lang zal bestaan.

Cliënten worden niet standaard geïnformeerd over hun rechten en plichten. De aanbieder noemt hierover het volgende:

*"Bij het team 'Zorg' vindt een intake altijd fysiek plaats en worden cliënten hier wel op gewezen. Voor 'Huishoudelijke Ondersteuning' wijs je niet zo snel op de klachtenregeling, omdat deze intake veelal telefonisch plaatsvindt. Lichte begeleiding valt qua beleid voor ons meer onder 'Huishoudelijke Ondersteuning' en hier is geen tijd en ruimte voor. Er is nog niets bedacht met betrekking tot het delen van rechten en plichten. Wellicht een idee om hier nog naar te kijken".*

<b>5.2 Cliëntparticipatie</b>	<b>Ja/nee/deels n.v.t./n.b.</b>
De aanbieder heeft beleid t.a.v. cliëntparticipatie/ medezeggenschap.	Ja
De aanbieder reflecteert op dit beleid, evalueert dit en stelt het zo nodig bij.	Ja
De cliënt kan desgewenst participeren in een cliëntenraad of vergelijkbaar platform.	Ja
De cliënt wordt gewezen op het bestaan van patiëntenverenigingen en lotgenotencontactgroepen.	Ja

### **Constatering**

De aanbieder heeft beleid ten aanzien van medezeggenschap en heeft deze opgenomen op haar website.

Een cliëntenraad is echter nog niet opgezet, omdat leden ontbreken. De aanbieder geeft aan continu cliënten te werven voor de cliëntenraad.

Dit wordt onder andere gedaan door een nieuwsbrief die ongeveer vier keer per jaar aan cliënten worden gestuurd. De aanbieder benoemt graag een cliëntenraad te hebben om mee te sparren en dit bijvoorbeeld aan het begin van de corona periode gemist te hebben.

Indien gewenst worden cliënten gewezen op het bestaan van patiëntenverenigingen of lotgenotencontactgroepen. De aanbieder geeft aan voornemens te zijn om een overzicht van mogelijkheden te maken, zodat medewerkers makkelijker kunnen kijken wanneer een cliënt waar terecht kan.

<b>5.3 Privacy</b>	<b>Ja/nee/deels n.v.t./n.b.</b>
De organisatie respecteert de privacy van de cliënt.	Ja
Er wordt zorgvuldig omgegaan met de uitwisseling van gevoelige informatie. De organisatie voldoet aan de algemene verordening gegevensbescherming (AVG).	Ja

### **Constatering**

De aanbieder heeft privacybeleid opgesteld en gaat zorgvuldig om met privacy van de cliënt. Cliëntdossiers zijn bijvoorbeeld niet voor alle medewerkers inzichtelijk. Dit hangt er van af wie betrokken is bij de cliënt en van het opleidingsniveau van de medewerker.

<b>5.4 Melden incidenten en klachten</b>	<b>Ja/nee/deels n.v.t./n.b.</b>
Er is een intern meldingssysteem voor incidenten, fouten en bijna fouten dat operationeel is.	Ja
Melden, registreren, analyse verbeteractie en terugkoppelen aan melder en team is geregeld.	Ja
Er is sprake van een lerende organisatie.	Ja
Een speciale commissie behandelt incidentmeldingen en brengt verbetervoorstellen uit.	Ja
Nazorg bij incidenten is geregeld.	Nee
Er is een klachtenregeling.	Ja
De klachtenregeling is bekend bij de cliënt/gemakkelijk te vinden voor de cliënt.	Nee
De aanbieder neemt eventuele klachten in behandeling en handelt die tijdig en passend af.	Ja
De aanbieder brengt de cliënt op de hoogte dat hij/zij gebruik kan maken van onafhankelijke cliëntondersteuner bij het indienen van klachten.	Nee

#### **Constatering**

De aanbieder heeft een intern meldingssysteem in gebruik waar medewerkers gebruik van kunnen maken. Een meldingsformulier kan in het cliëntregistratiesysteem ingevuld worden, maar kan ook op papier ingevuld worden en op kantoor worden ingeleverd. Meldingen worden door de zorgcoördinatoren geëvalueerd en besproken met betrokken medewerker en cliënt. Op basis hiervan wordt onderzocht in hoeverre het incident voorkomen had kunnen worden en of er aanpassing in het ondersteuningsplan nodig zijn. Ook worden meldingen in het teamoverleg besproken om als team uit een gebeurtenis lering te trekken.  
Nazorg bij incidenten is niet geregeld.

De aanbieder is aangesloten bij een onafhankelijke klachtencommissie en heeft hun klachtenregeling op haar eigen website opgenomen.  
Als de aanbieder de klacht zelf behandelt wordt deze binnen een maand in behandeling genomen.

Zoals in constatering 5.1 staat beschreven zijn cliënten met een beschikking voor lichte begeleiding niet geïnformeerd over hun rechten en plichten. Cliënten zijn niet op de hoogte van de klachtenregeling en geïnformeerd over de inzet van een onafhankelijke cliëntondersteuner.



5.5 Melden calamiteiten en geweldsincidenten	Ja/nee/deels n.v.t./n.b.
De aanbieder doet binnen 3 werkdagen na de calamiteit/geweldsincident melding bij de toezichthoudend ambtenaar Wmo.	Nee
De aanbieder verricht eigen onderzoek binnen 6 weken bij onduidelijkheid of er sprake is van een calamiteit/geweldsincident.	N.B.
Het rapport voldoet aan de 'Richtlijn calamiteitenrapportage IGJ' Vanaf 1/1/2021: De 'Richtlijn rapportage over een calamiteit/geweld bij de verstrekking van een voorziening of andere gebeurtenis'.	N.B.
Minimaal 1 persoon van de onderzoekscommissie is onafhankelijk.	N.B.
Indien mogelijk wordt het sociaal netwerk betrokken bij het onderzoek.	N.B.

### Constatering

De aanbieder is niet op de hoogte van meldplicht bij de Wmo toezichthouder in geval van een calamiteit. De toezichthouder heeft de aanbieder hier over geïnformeerd tijdens het inspectiebezoek en de aanbieder is voornemens dit in beleid op te nemen. Een calamiteit heeft tot op heden niet plaatsgevonden binnen de organisatie. Om deze reden heeft de toezichthouder de eisen met betrekking tot het uitvoeren van een eigen onderzoek niet kunnen beoordelen.

5.6 Opschorten of beëindiging ondersteuning	Ja/nee/deels n.v.t./n.b.
Voor het opschorten of beëindigen van ondersteuning door de aanbieder is toestemming van de cliënt vereist.	N.B.
De aanbieder kan de ondersteuning eenzijdig opschorten of beëindigen op grond van zwaarwegende redenen. Onder zwaarwegende redenen worden ten minste verstaan: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Een ernstige mate van bedreiging of intimidatie geuit door de cliënt en/of zijn sociaal netwerk, waardoor de persoonlijke veiligheid of vrijheid van andere cliënten en/of personeel van de aanbieder in gevaar zijn;</li> <li>• Een onherstelbaar verstoorde vertrouwensrelatie;</li> <li>• Hygiënische omstandigheden die ernstige gezondheidsrisico's opleveren voor andere cliënten en/of personeel van de aanbieder;</li> <li>• Het niet nakomen van essentiële verplichtingen of regels door de cliënt, ook niet na herhaaldelijk (schriftelijk) aandringen of waarschuwen door de aanbieder.</li> </ul>	N.B.
Voor het eenzijdig opschorten of beëindigen van ondersteuning door de aanbieder is toestemming van de gemeente vereist.	N.B.
De aanbieder draagt er zorg voor dat de reeds aangevangen ondersteuning wordt voortgezet of overgedragen totdat er een definitieve oplossing is gevonden, tenzij dit naar het oordeel van de gemeente in redelijkheid niet van de aanbieder kan worden verlangd.	N.B.

### Constatering

Van opschorten of beëindigen van de ondersteuning is tot op heden geen sprake geweest. Om deze reden heeft de toezichthouder bovenstaande eisen niet kunnen beoordelen.

De aanbieder heeft wel een 'procedure zorgweigering' opgesteld en deze in het personeelshandboek opgenomen. Hierin staat beschreven welke situaties kunnen leiden tot het (tijdelijk) opschorten of beëindigen van de zorg. Indien zich een dergelijke situatie voordoet zal de aanbieder de cliënt, indien mogelijk, in de

gelegenheid stellen om de situatie te verbeteren zodat de zorg gecontinueerd kan worden. Als de situatie niet verbetert zal contact gezocht worden met bijvoorbeeld de gemeente ter afstemming. Er kan dan besloten worden om de ondersteuning te beëindigen.

## ZIENSWIJZE AANBIEDER

Zienswijze en reactie op het onderzoeksrapport Lichte begeleiding.

De punten genoemd in het onderzoeksrapport worden erkend en zullen worden opgepakt.

Het agressieprotocol wordt opgesteld en er wordt gezocht naar een training omgaan met agressie. Wel wil ik hierbij benoemen dat beide medewerkers recent hun helpende plus opleiding hebben gevolgd en dat daarin ook onderricht wordt gegeven aan omgang met agressie. Echter onderstreep ik dat het goed is om hier een aparte scholing voor te geven.

De meldcode huishoudelijk geweld en de klachtenregeling zijn wel aanwezig, deze hebben ook altijd in het papieren cliëntendossier gestaan. Deze zullen we opnieuw bij de cliënten onder de aandacht brengen en nieuwe cliënten er standaard over informeren in de vorm van een informatiefolder. In deze informatiefolder zullen cliënten ook worden geïnformeerd over hun rechten en plichten zoals het gebruik kunnen maken van een onafhankelijke cliëntondersteuner bij het indienen van klachten.

Zorgplannen en begeleidingsplannen worden bij ons door cliënten ondertekend, bij lichte begeleiding was dit, door het nieuwe (passender) format voor ondersteuningsplannen, op het moment van de controle nog niet het geval. Inmiddels zijn de zorgplannen met de cliënten doorgenomen en voor zover mogelijk ondertekend. Het is goed te benoemen dat lichte begeleiding nog in de opstart fase zit, en dat deze handeling binnen 6 weken na de start van de zorgverlening wordt toegepast. De halfjaarlijkse evaluaties hebben nog niet plaatsgevonden, omdat de lichte begeleiding nog geen halfjaar werd geleverd op het moment dat de controle plaats vond. In het ondersteuningsplan wordt de halfjaarlijkse evaluatiedatum opgenomen en worden alle afspraken schriftelijk vastgelegd.

Het aansluiten bij een branchevereniging wordt onderzocht en zal dit jaar zo snel mogelijk in orde worden gemaakt. Met kanttekening dat die kosten aanzienlijk zijn en dat het niet vanuit de huidige tarieven wordt gesteund.

Het werkproces bij incidenten is wel aanwezig, maar niet adequaat voor handen. De oorzaak is met name dat het nog nooit heeft plaatsgevonden en de organisatie niet op de hoogte was van de meldplicht bij calamiteiten en geweldsincidenten aan de GGD.

Er wordt binnen de organisatie wel actief gehandeld bij MIC en MIM meldingen, tevens worden deze geanalyseerd en meegenomen in de jaarlijkse organisatiebeoordeling. Bij de wijkzorg is dit een standaard agendapunt bij het teamoverleg. Dit zullen we ook op de agenda plaatsen bij (lichte) begeleiding en huishoudelijke ondersteuning.

- De toezichthouder ziet in de zienswijze geen aanleiding om haar beoordeling te wijzigen.

## BIJLAGE 1: BRONNEN

### 1. Interviews met:

- Eigenaar van Thuiszorg de Gezusters B.V.
- Coördinator Wmo
- Twee medewerkers die lichte begeleiding bieden
- Twee cliënten
- Eén medewerker van het gebiedsteam Nijkerk

### 2. Observaties tijdens het inspectiebezoek

- Vier ondersteuningsplannen van cliënten
- Eén oud ondersteuningsplan (vol)
- Nieuwsbrief Thuiszorg de Gezusters, december 2021
- Cliëntregistratiesysteem
- Zelfredzaamheidsmatrix

### 3. Documenten met betrekking tot het toezicht

- Privacybeleid Thuiszorg de Gezusters, mei 2021
- Formulier lid cliëntenraad Thuiszorg de Gezusters
- Klachtenreglement Klachtenportaal Zorg, januari 2021
- Organogram Thuiszorg de Gezusters
- Cliënttevredenheidsonderzoek Wmo, 2020
- Veilig melden voor medewerkers
- Cliënttevredenheidsonderzoek wijkverpleging, 2020
- Cliënttevredenheidsonderzoek wijkverpleging, 2021
- Personeelshandboek en verzuimreglement, november 2020
- Kwaliteitshandboek Thuiszorg de Gezusters 2020
- Stappenplan meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling
- Landelijk meldpunt zorg
- Signalering ouderenmishandeling
- Formulier melding incidenten medewerkers
- Formulier (bijna) incidenten cliënten
- Procesbeschrijving thuiszorg de Gezusters
- Procesbeschrijving (bijna) incidenten

### 4. Documenten met betrekking tot het personeel

- Twee diploma's van medewerkers
- Twee VOG's van medewerkers

### 5. Overig

- Website van de aanbieder

**GGD Gelderland-Midden**

is onderdeel van de Veiligheids- en Gezondheidsregio Gelderland-Midden



**GGD Gelderland-Midden**

Postbus 5364

6802 EJ ARNHEM

T 0800 8446 000

E [ggd@vggm.nl](mailto:ggd@vggm.nl)

I [www.vggm.nl](http://www.vggm.nl)