

# WMO TOEZICHT

## Onderzoeksrapport

Definitief rapport kwaliteitsonderzoek

Naam: Atlashulp B.V. (KVK: 39098183)  
Adres: Midden Engweg 23  
Postcode en woonplaats: 3882TS Putten

Producten: Begeleiding en huishoudelijke ondersteuning

Datum inspectie: 15 december 2022  
Datum rapport: 16 februari 2023

In opdracht van de gemeente Nijkerk

# Inhoudsopgave

Gegevensoverzicht	3
Inleiding	4
Inspectie-historie	4
Onderzoek: aanleiding en belang	5
Korte beschrijving van de organisatie en de doelgroep	5
Conclusie en advies	7
Advies aan de gemeente	9
Bevindingen	10
1 Doelmatigheid voorziening	10
2 Veiligheid	13
3 Samenwerking en afstemming	16
4 Kwaliteit van personeel en organisatie	18
5 Rechten van de cliënt	20
Schriftelijke reactie aanbieder	24
Bijlage 1: bronnen	26

## Gegevensoverzicht

### Basisgegevens

Naam	: Atlashulp B.V.
Adres	: Midden Engweg 23
Postcode en woonplaats	: 3882 TS Putten
Telefoonnummer	: 033-7370140
Website aanbieder	: www.atlashulp.nl
Rechtsvorm	: Besloten Vennootschap
HKZ/ISO gecertificeerd	: Nee
KVK-nummer	: 39098183

### 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	: 15 december 2022
Opstellen concept onderzoeksrapport	: 26 januari 2023
Hoor/wederhoor	: 3 februari 2023
Zienswijze ontvangen	: 15 februari 2023
Vaststelling onderzoeksrapport	: 16 februari 2023
Verzending onderzoeksrapport	: 17 februari 2023

## 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 toezichhoudende ambtenaar aanwijzen. Het college van B&W van de gemeente Nijkerk heeft het Team Toezicht van GGD Gelderland-Midden als toezichhoudend 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.

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

### Inspectie-historie

Op 21 september 2022 heeft door de Wmo toezichthouder van GGD Gelderland-Midden proactief toezicht plaatsgevonden bij Atlashulp B.V. middels een Quickscan in opdracht van de gemeente Nijkerk. De Quickscan is een verkorte variant van een kwaliteitsonderzoek, waarin geselecteerde basiseisen worden getoetst.

Uit de Quickscan bleek de aanbieder niet te voldoen aan de eisen ten aanzien van:

- Ondersteuningsplannen en evaluatie;
- Het uitvoeren van een risico-inventarisatie;
- De meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling;
- Protocollen en afspraken;
- Kwaliteitsborging;
- Het melden van incidenten en calamiteiten;
- De VOG's van medewerkers;
- De kwalificaties van medewerkers en de bijscholing;
- De rechten van de client.

De Wmo toezichthouder adviseerde de gemeente Nijkerk hierop om een volledig onderzoek uit te voeren.

## Onderzoek: aanleiding en belang

Dit onderzoek heeft plaatsgevonden op verzoek van de gemeente Nijkerk naar aanleiding van de uitkomsten uit de Quickscan van 21 september 2022.

Het inspectiebezoek vond plaats op 15 december 2022. Het betrof een aangekondigd bezoek.

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 onderzoek bestond uit observatie, bronnenonderzoek (bijlage 1) en interviews. Er hebben tijdens het inspectiebezoek gesprekken plaatsgevonden met de eigenaar/directrice van Atlashulp B.V., een officemedewerker, een medewerker huishoudelijke ondersteuning en een medewerker begeleiding.

Voorafgaand aan het inspectiebezoek zijn drie cliënten gesproken. Eén van hen ontving huishoudelijke ondersteuning en begeleiding, de anderen enkel huishoudelijke ondersteuning. Daarnaast zijn na het inspectiebezoek een medewerker van het gebiedsteam Nijkerk, een tweede medewerker huishoudelijke ondersteuning en een tweede medewerker begeleiding telefonisch gesproken door de toezichthouder.

Alle personen die zijn gesproken ten behoeve van het onderzoek stelden zich coöperatief op. De gesprekken verliepen in een open en professionele sfeer. De leidinggevende was bij de gesprekken met cliënten niet aanwezig en bij de gesprekken met medewerkers grotendeels niet aanwezig.

## Korte beschrijving van de organisatie en de doelgroep

Atlashulp B.V., hierna Atlashulp, verleent sinds 2007 huishoudelijke ondersteuning en begeleiding.

Huishoudelijke ondersteuning wordt geboden in acht gemeenten, waaronder de gemeente Nijkerk (de overige zeven gemeenten vallen buiten de regio Gelderland Midden). Enkel in de gemeente Nijkerk wordt naast huishoudelijke ondersteuning ook begeleiding geboden door de aanbieder.

In 2015 is de aanbieder in korte tijd fors gegroeid, omdat zij cliënten en huishoudelijke medewerkers (50) van een failliete zorgaanbieder overnam.

*De missie van de organisatie is als volgt beschreven (bron visie kwvb 2022): 'Atlashulp is een plaatselijke middelgrote zorgorganisatie en biedt zorgzame, vertrouwde, kwalitatief hoogwaardige en persoonlijke thuiszorg in de vertrouwde omgeving van cliënt en buurt. De wensen en de behoeften van de cliënten staan centraal. Door dichtbij de cliënten te zijn gevestigd streeft Atlashulp naar hoge directe betrokkenheid bij de client, diens omgeving in welke zin dan ook en haar eigen medewerkers. Atlashulp heeft geen bewust streven te groeien in grootte, maar wel te groeien door verbeteren van kwaliteit en goede concrete communicatie met alle betrokken partijen'.*

Op dit moment wordt in totaal aan ongeveer 200 cliënten huishoudelijke ondersteuning geboden waarvan 27 cliënten huishoudelijke ondersteuning ontvangen met een beschikking van de gemeente Nijkerk.

De huishoudelijke ondersteuning wordt geboden door op dit moment 43 huishoudelijk ondersteuners. Hiervan zijn er 6 werkzaam in de gemeente Nijkerk. De aansturing en planning vindt plaats door twee officemedewerkers.

Begeleiding wordt geboden aan 3 cliënten in Nijkerk, allen met een Wmo beschikking voor reguliere begeleiding. Alle 3 ontvangen naast begeleiding ook huishoudelijke ondersteuning van de aanbieder.

Het team dat de begeleiding biedt aan de 3 cliënten bestaat op dit moment uit een Hbo geschoolde medewerker en een niet gekwalificeerde medewerker. De Hbo geschoolde medewerker zal binnen enkele weken stoppen met de werkzaamheden. Haar taken worden dan overgenomen door een Mbo-4 geschoolde medewerker, die momenteel ingewerkt wordt.

De ondersteuning wordt voornamelijk geleverd in Zorg in Natura, in enkele gevallen wordt deze op PGB basis geleverd (5%). De huishoudelijke ondersteuning voert de aanbieder ook uit als onderaannemer van andere zorgaanbieders.

De aanbieder heeft momenteel geen kwaliteitskeurmerk. Op dit moment wordt toegewerkt naar HKZ certificering. De externe audit vindt begin maart plaats.

## Conclusie en advies

De kwaliteitscriteria uit de Wmo 2015 aangevuld met aanvullende eisen vanuit de gemeentelijke verordening zijn door de toezichthouder beoordeeld.

De kwaliteitscriteria uit de Wmo 2015 betreffen:

- De voorziening is doelmatig, doeltreffend en cliëntgericht (Wmo 2015, art. 3.1, tweede lid sub a).
- De voorziening is veilig (Wmo 2015, art. 3.1, tweede lid sub a.).
- 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 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 voorziening wordt verstrekt met respect en in acht neming van de rechten van de cliënt (Wmo 2015, art. 3.1, tweede lid sub d.).

Uit het onderzoek blijkt dat er bij Atlashulp wordt voldaan aan een deel van de gestelde wettelijke (kwaliteits)eisen en gemeentelijke eisen, zie hiervoor de bevindingen in het rapport.

Uit de gesprekken met de cliënten, medewerkers, medewerker gebiedsteam en uit inzage in de dossiers blijkt betrokkenheid vanuit medewerkers en aandacht voor de persoonlijke situatie van cliënten. Cliënten geven aan de bejegening van de medewerkers prettig en respectvol te vinden.

Er is aandacht voor de zelfredzaamheid en participatie en er wordt toegewerkt naar uitstroom. Middels informatiemappen bij cliënten thuis worden cliënten geïnformeerd over hun rechten en plichten. Informatie over onder andere privacy beleid en de klachtenregeling is hierin opgenomen.

De aanbieder was voornemens in 2022 de begeleiding verder uit te breiden, maar heeft dit jaar te maken gehad met ziekte en uitval van medewerkers, waardoor de focus lag op de basis; het bieden van continuïteit.

Uit de gesprekken met de cliënten blijken problemen ten aanzien van de continuïteit van de ondersteuning. Twee van de drie gesproken cliënten geeft aan enige tijd geen huishoudelijke ondersteuning te hebben ontvangen in 2022.

De aanbieder stelt dat sinds december 2022 sprake is van stabiliteit en continuïteit. Dit kon in dit onderzoek nog niet vastgesteld worden.

De aanbieder heeft de afgelopen maanden geïnvesteerd in het maken van een kwaliteitsslag. Dit in het kader van komende kwaliteitscertificering en naar aanleiding van de uitkomsten uit de quickscan die in september plaatsvond. Protocollen en werkafspraken worden momenteel opgesteld en aangepast. Implementatie hiervan moet veelal nog plaatsvinden. De aan de toezichthouder toegestuurde protocollen en werkafspraken zijn veelal niet voorzien van een versienummer of opstellingsdatum waardoor niet vastgesteld kon worden of de documenten actueel waren. Ook bleken enkele opgestelde documenten, zoals het agressiebeleid, inhoudelijk niet passend voor de organisatie. De huidige klachtenregeling is niet meer passend vanwege organisatorische veranderingen en ook de cliëntenraad is momenteel niet meer actief conform beleid.

Naar aanleiding van de Quicksan van 21 september 2022 heeft de aanbieder controle uitgevoerd op alle dossiers op volledigheid en ondertekening. Ook heeft de aanbieder aanpassingen gedaan in het format van het zorgplan, waardoor deze nu aan de eisen voldoet. Nog niet alle zorgplannen zijn echter conform het nieuwe format opgesteld. Voor de huishoudelijke ondersteuning bevatten daardoor niet alle ondersteuningsplannen afspraken omtrent de uit te voeren werkzaamheden.

In de zorgdossiers is verder geen rapportage opgenomen en worden afspraken, bijvoorbeeld omtrent afstemming, onvoldoende vastgelegd. Rapportage wordt door de huidige begeleider wel buiten het zorgdossier bijgehouden, dit is voor anderen echter niet inzichtelijk.

Ten aanzien van veiligheid doet de aanbieder geen risico-inventarisatie op clientniveau voor de cliënten die begeleiding ontvangen. Signalen die duiden op mogelijke decompensatie of andere incidenten/calamiteiten worden op dit moment niet vastgelegd in een signaleringsplan.

Ten aanzien van personeelsbeleid wordt niet aan de gestelde eisen voldaan. Op dit moment wordt een deel van de begeleiding uitgevoerd door een niet gekwalificeerde medewerker. Daarnaast kan een groot deel van de medewerkers geen VOG overleggen.

De toezichthouder concludeert hiermee tekortkomingen ten aanzien van:

- Inhoud van de zorgdossiers; rapportages worden hierin onvoldoende opgesteld, signalen die duiden op mogelijke decompensatie worden niet vastgelegd en afspraken (bijvoorbeeld omtrent afstemming met andere partijen) worden onvoldoende vastgelegd in de zorgdossiers;
- De inhoud en actualiteit van werkinstructies en protocollen en de implementatie hiervan bij medewerkers;
- Training van medewerkers in omgaan met agressie;
- De continuïteit van de huishoudelijke ondersteuning;
- Het maken van afspraken omtrent het gebruik van alcohol en verdovende middelen;
- Het uitvoeren van een risico-inventarisatie voor de cliënten die begeleiding ontvangen;
- Het beleid omtrent vriendschap, intimiteit, seksualiteit en seksueel grensoverschrijdend gedrag, preventie van seksueel misbruik en het melden van misbruik;
- Implementatie van de meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling en het bevorderen van het gebruik;
- Kwalificaties van medewerkers begeleiding en VOG's van alle medewerkers;
- Het bieden van bijscholing;
- Een cliëntenraad die momenteel niet actief is;
- De klachtenregeling die op dit moment niet passend is.

Aandachtspunt voor de gemeente Nijkerk: Omdat de aanbieder van de gemeente bij aanmelding summier informatie ontvangt over de cliënt, doelen worden bijvoorbeeld niet gedeeld, kan de begeleiding hierop onvoldoende afgestemd worden. Dit ziet de Wmo toezichthouder als een aandachtspunt voor de gemeente Nijkerk. Het zou wenselijk zijn deze informatie bij de start te delen, zodat de ondersteuning hierop afgestemd kan worden.



## Advies aan de gemeente

De Wmo toezichthouder van de GGD Gelderland-Midden 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>
Alle cliënten hebben een actueel zorgplan.  (Voor huishoudelijke ondersteuning geldt dat in het plan afspraken omtrent uit te voeren werkzaamheden zijn opgenomen)	Deels
Begeleiding: Dit plan is gebaseerd op de doelen die door de consulent van de gemeente zijn opgesteld in het ondersteuningsplan.	Nee
Begeleiding: De cliënt heeft zijn/haar ondersteuningsvraag kunnen formuleren en is betrokken geweest bij het opstellen van het zorgplan.	Ja
Begeleiding: Het plan omvat een omschrijving van de vraag van de cliënt.	Ja
Begeleiding: Uit het plan blijkt wat de kansen/mogelijkheden en ondersteuningsbehoeften zijn van de cliënt	Ja
Begeleiding: Het zorgplan bevat een analyse van de problematiek en omschrijft de kansen/mogelijkheden van de cliënt (eigen kracht/sociale netwerk).	Ja
Begeleiding: Het plan bevat concrete doelen en afspraken (wat, wanneer, wie) (SMART of PDCA-cyclus)	Ja
Begeleiding: Het begeleidingsplan geeft aan welke voorziening wordt geboden.	Ja
Begeleiding: Het sociale netwerk van de cliënt wordt actief betrokken bij bijvoorbeeld het opstellen van het zorgplan, indien gewenst door de cliënt.	Ja
Huishoudelijke Ondersteuning: Het zorgplan/begeleidingsplan omvat tevens het aanleren en onderhouden van de regie zodat client met behulp van takenlijstjes zelf HH1 of HH2 kan uitvoeren	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.	Ja
De afspraken uit het zorgplan worden uitgevoerd/nagekomen	Ja
Begeleiding: Afwijkingen van het plan worden gemotiveerd toegelicht in het zorgplan en besproken met de cliënt en zijn/haar sociale netwerk.	Ja
Begeleiding: De afstemming tussen de voorzieningen op alle leefgebieden is zichtbaar in het zorgplan.	Ja
In het plan staat de naam van de eerstverantwoordelijke medewerker vermeld.	Ja
De eerstverantwoordelijke of diens vervanger is goed bereikbaar.	Ja
Begeleiding: Het plan wordt minimaal jaarlijks geëvalueerd	Ja
Begeleiding: Van deze evaluatie wordt verslag opgemaakt.	Ja
Begeleiding: De cliënt heeft het evaluatieverslag ondertekend.	Ja
Begeleiding: De datum van de eerstvolgende evaluatie staat in het plan genoteerd.	Nee
Begeleiding: Het evaluatieverslag wordt aan de gemeente verstuurd.	Ja

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

Begeleiding: Signalen die duiden op mogelijke decompensatie of andere incidenten/calamiteiten worden vastgelegd in een signaleringsplan

Nee

### **Constatering**

Na aanmelding voor zowel huishoudelijke ondersteuning als begeleiding wordt door één van de officemedewerkers of de directrice telefonisch contact opgenomen met de cliënt waarin een inschatting wordt gemaakt van de benodigde zorg en de termijn waarop de ondersteuning moet worden ingezet. Vervolgens vindt een huisbezoek plaats waarin een intake wordt uitgevoerd.

Indien een beschikking voor begeleiding is afgegeven vindt dit intakegesprek veelal plaats met een medewerker van het gebiedsteam.

Een verslag van de intake wordt niet opgesteld. De informatie vanuit de intake wordt vanuit gemaakte aantekeningen direct verwerkt in het cliëntdossier en in het zorgplan.

De aanbieder maakt gebruik van een digitaal registratiesysteem waarin de cliëntdossiers opgenomen zijn. Daarnaast ontvangen cliënten een map die bij hen thuis wordt bewaard waarin afspraken omtrent de huishoudelijke ondersteuning en begeleiding (verwerkt in twee zorgplannen) zijn opgenomen. Ook zijn hierin onder andere het privacyreglement en de klachtenregeling opgenomen.

De cliënten die begeleiding ontvangen, ontvangen allen naast begeleiding ook huishoudelijke ondersteuning van de aanbieder. Voor beide wordt een afzonderlijk plan opgesteld, dat door de client voor akkoord moet worden ondertekend.

Naar aanleiding van de Quickscan zijn aanpassingen gedaan in de formats voor de zorgplannen. Ook heeft controle plaatsgevonden op de volledigheid van de dossiers en ondertekening van alle plannen.

In de plannen zijn nu de volgende punten opgenomen:

- Cliëntgegevens;
- Naam medewerker;
- Indicatie;
- Wens van de cliënt;
- Afspraken dagen en tijd;
- Externe betrokkenen;
- Aanspreekpunt (familie/mantelzorg)
- Arbo checklist.

Ten aanzien van de huishoudelijke ondersteuning wordt in het zorgplan voor alle cliënten een algemeen doel opgenomen, namelijk: *“een schoon en leefbaar huis om zo lang mogelijk op een prettige en veilige manier thuis te kunnen blijven wonen”*.

Vervolgens zijn hieraan concrete acties gekoppeld; een uitwerking van de werkzaamheden die door de huishoudelijk ondersteuner worden uitgevoerd.

In de dossiers die zijn ingezien bevat één zorgplan voor de huishoudelijke ondersteuning een “oud” plan, hierin is nog geen uitwerking van de werkzaamheden opgenomen. De afspraken omtrent de werkzaamheden zijn voor deze cliënt wel in de zorgmap van de client opgenomen.

Uit gesprekken die zijn gevoerd met medewerkers en cliënten blijkt dat de gemaakte afspraken in de praktijk worden nagekomen.

De aanbieder stelt voor de begeleiding een zorgplan op met concrete en specifieke doelen waaraan acties gekoppeld zijn.

Ieder jaar vindt evaluatie plaats waarvan in het plan een verslag wordt opgenomen. Bij het afgeven van de nieuwe indicatie wordt vervolgens een nieuw plan opgesteld.

Uit de gesprekken die de toezichthouder voerde met de huidige begeleider en met een cliënt die begeleiding ontvangt blijkt dat de begeleiding doelgericht plaatsvindt en de afspraken uit het plan worden nagekomen.

De doelen voor de begeleiding zijn niet gekoppeld aan de ondersteuningsplannen van de gemeente, omdat de aanbieder slechts in beperkte mate informatie van de gemeente ontvangt bij aanmelding en hierdoor niet kan aansluiten op de door de gemeente gestelde doelen. Het zou wenselijker zijn meer informatie en bijvoorbeeld de doelen voor de ondersteuning te ontvangen om hierop de benodigde zorg af te kunnen stemmen.

Signaleringsplannen worden door de aanbieder niet opgesteld bij decompensatie, incidenten of calamiteiten.

Ten behoeve van het onderzoek zijn drie digitale dossiers ingezien, waarvan twee van cliënten die begeleiding en huishoudelijke ondersteuning ontvangen. In de dossiers is voor de begeleiding geen rapportage van de ondersteuning opgenomen. De huidige hoofdbegeleider (een ZZP'er) heeft geen toegang tot de digitale cliëntdossiers en houdt de rapportage zelf bij. Periodiek wordt hiervan een verslag verstrekt aan de aanbieder, bijvoorbeeld bij het aflopen van de beschikking ten behoeve van de aanvraag voor verlenging. De ondersteunende begeleider houdt geen rapportage bij van de uitgevoerde werkzaamheden.

In één van de plannen die is ingezien voor begeleiding is een ongekwalificeerde medewerker (de ondersteunende begeleider) opgenomen als aanspreekpunt voor de begeleiding.

De inhoud van de begeleiding is divers, zo blijkt uit de zorgplannen en het gesprek met een cliënt. De begeleiding betreft bijvoorbeeld een klankbord zijn voor emoties, maar veelal meer praktische en lichte ondersteuning; het stimuleren van dagelijkse activiteiten en structuur. Zo ondersteunt de begeleiding bij het doen van boodschappen, biedt deze ondersteuning bij de administratie en helpt deze een cliënt bij het opmaken van het bed.

Ieder jaar vindt evaluatie plaats van de afspraken.

De aanbieder heeft een planningsoverzicht gemaakt waarin voor alle cliënten onder andere de datum van evaluatie is opgenomen. De evaluatiedatum is niet in het ondersteuningsplan opgenomen.

Een van de gesproken cliënten geeft aan dat in het afgelopen jaar wel evaluatie plaatsvond van de begeleiding, maar vanwege personeelwisselingen niet van de huishoudelijke ondersteuning.

Momenteel wordt uren registratie bijgehouden, in de map bij cliënten thuis en in een digitale agenda.

Nadat de aanbieder drie maanden geleden signalen ontving dat voor de huishoudelijke ondersteuning de door de medewerkers doorgegeven urenbesteding niet kloppend was heeft zij hierop een intern onderzoek uitgevoerd. Hiervoor zijn alle cliënten benaderd met de vraag of en hoeveel uur de ondersteuning geboden was. De aanbieder kwam vervolgens tot de conclusie dat er meer controle nodig was. Om deze reden worden nu met enige regelmaat cliënten gebeld om de urenbesteding te controleren.

De aanbieder heeft tevens sinds december 2022 aan de medewerkers verplicht gesteld dat in de map bij de cliënt thuis de ureninzet afgetekend moet worden. Bij de bezochte cliënten is inderdaad uit de mappen zichtbaar dat dit vanaf december 2022 gedaan wordt, vóór december 2022 niet.

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

In de visie van Atlashulp is opgenomen: *'Atlashulp werkt samen, betreft en versterkt het (sociaal) netwerk en werkt samen met andere disciplines (formeel en informeel) om de totale zorg zo efficiënt mogelijk te laten verlopen. Waar mogelijk wordt afgeschaald. Is aanspreekbaar voor hulp bij diverse vragen ihkv de signaleringsplicht en helpt vraag op de juiste plek neer te leggen'*.

Ook is hierin opgenomen: *'Atlashulp levert effectieve en duurzame ondersteuning, gericht op het behalen van het beste resultaat en houdt bewust toezicht op de kwaliteit, rechtmatigheid en doelmatigheid van ondersteuning. Hierbij wordt rekening gehouden met reeds voorliggende hulp in welke zin dan ook. (Hieronder valt ook eigen kracht van de client)'*.

De aanbieder geeft aan het belangrijk te vinden om de cliënt zelf te laten doen wat deze nog zelf kan en de zelfredzaamheid in begeleiding en huishoudelijke ondersteuning te bevorderen. Ook wordt ondersteuning niet langer verstrekt dan nodig is en waar mogelijk toegewerkt naar uitstroom. De aanbieder geeft hierbij wel aan de handvatten hiervoor vanuit de gemeente te missen. *'Toewerken naar afschaling is soms moeilijk omdat informatie vanuit de gemeente te beperkt is'*, aldus de directrice.

De gesproken medewerker van het gebiedsteam Nijkerk noemt het op tijd afschalen van de zorg nog een aandachtspunt. *“Ze willen de client nog wel eens te lang vasthouden”*, zegt de gebiedsteammedewerker hierover.

De aanbieder geeft aan dat bij inzet van minder uren dan afgesproken een beschikking niet altijd naar beneden bij wordt gesteld. Er wordt meestal gewacht op het moment dat de beschikking afloopt. Wel worden enkel de uren gedeclareerd die ook daadwerkelijk geleverd zijn.

<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	Nee
De aanbieder kent een agressieprotocol.	Deels
Het personeel is geschoold in het omgaan met agressie.	Nee

### **Constatering**

De aanbieder heeft de afgelopen maanden, in het kader van komende kwaliteitscertificering en n.a.v. de Quickscan, protocollen en werkafspraken opgesteld en aangepast. Onder andere is een agressieprotocol opgesteld, die nog in concept opgesteld is en geïmplementeerd moet worden. Het conceptbeleid is door de toezichthouder ingezien. De inhoud hiervan is nog niet passend. In beleid wordt bijvoorbeeld verwezen naar een afdeling P&O, maar de aanbieder heeft geen P&O afdeling. Training omtrent omgaan met agressie is niet gegeven. De aanbieder inventariseert momenteel de onderwerpen voor bijeenkomsten/deskundigheidsbevordering en wil op basis hiervan in- of externe scholing gaan aanbieden.

De aan de toezichthouder toegestuurde protocollen en werkafspraken zijn veelal niet voorzien van een versienummer op opstellingsdatum waardoor niet vastgesteld kon worden of de documenten actueel zijn.

Implementatie van werkinstructies en protocollen en communicatie hierover aan medewerkers vindt plaats bij indiensttreding en hierna per email. Daarnaast geeft de aanbieder aan dat 2-3 maal per jaar bijeenkomsten moeten plaatsvinden voor medewerkers waarin bijvoorbeeld beleid en omgangsvormen besproken kunnen worden en deskundigheidbevordering kan plaatsvinden. Afgelopen jaar heeft deze bijeenkomst slechts éénmaal plaatsgevonden en een gesproken medewerker geeft aan vanwege de locatie deze bijeenkomsten in principe niet te bezoeken. De huidige begeleider, die als ZZP'er werkzaamheden voor de organisatie verricht, geeft aan geen werkafspraken of protocollen van de aanbieder te hebben ontvangen. Wel vindt onderling veel contact en afstemming plaats, aldus de begeleider.

In het bedrijfsreglement, die medewerkers bij indiensttreding ontvangen, is omtrent protocollen en werkafspraken onder andere opgenomen: *‘Werknemer volgt de richtlijnen van het privacy reglement, protocol bejegening Atlashulp en neemt kennis van de incidenten en klachtenregeling en van de meldcode huiselijk geweld’*.

<b>2.2 Medicatie en verdovende middelen (alleen indien van toepassing)</b>	<b>Ja/nee/deels n.v.t./n.b.</b>
De organisatie kent een medicatieprotocol.	N.v.t.
Begeleiding: De organisatie kent een protocol drang- en dwangmaatregelen	N.v.t.
Begeleiding: Voor iedere cliënt is een actueel medicatieoverzicht (toedienlijst of deellijst) aanwezig. (niet van toepassing bij lichte begeleiding)	N.v.t.
Begeleiding: In het ondersteuningsplan van de cliënt is dit medicatieoverzicht (zonder doseringen) opgenomen, met vermelding van reden van gebruik. (niet van toepassing bij lichte begeleiding)	N.v.t.
Begeleiding: Alle medicatie staat op naam van cliënten. Geen voorraden zonder naam, m.u.v. een werkvoorraad die voldoet aan de 'handreiking werkvoorraad geneesmiddelen' <sup>2</sup> . (niet van toepassing bij lichte begeleiding)	N.v.t.
Begeleiding: Elk medicijn dat wordt toegediend wordt op datum en tijdstip afgetekend op een aftekenlijst. (niet van toepassing bij lichte begeleiding)	N.v.t.
Begeleiding: Medicatie wordt onder de goede condities bewaard en is niet toegankelijk voor onbevoegden. Hieraan is alleen voldaan als onderstaande elementen aanwezig zijn: <ul style="list-style-type: none"> <li>• in de koelkast gescheiden van voedingsmiddelen;</li> <li>• in een afgesloten medicijnkast;</li> <li>• opiaten in afgesloten kast/kist gescheiden van de overige medicatie;</li> <li>• sleutelbeheer is adequaat geregeld;</li> <li>• houdbaarheidsdata actueel.</li> </ul> (niet van toepassing bij lichte begeleiding)	N.v.t.
Begeleiding: Bij toediening van medicatie die niet in een GDS-verpakking <sup>3</sup> zit (=baxter) en waarbij sprake is van aantoonbaar risico in geval van verkeerde dosering vindt aantoonbaar controle plaats door een tweede, bekwame persoon. (niet van toepassing bij lichte begeleiding)	N.v.t.
De organisatie heeft afspraken gemaakt over het gebruik van alcohol en verdovende middelen.	Nee

### **Constatering**

De aanbieder heeft geen medicatiebeleid opgesteld en hanteert het beleid dat cliënten zelf verantwoordelijkheid dragen voor medicatie. Verstrekking of beheer hiervan vindt niet plaats. Afspraken omtrent alcoholgebruik en gebruik van verdovende middelen zijn niet gemaakt. De aanbieder geeft aan dat dit wel onderdeel is van de signalerende functie die zij heeft. De aanbieder geeft aan maatwerk te willen bieden. Zo wordt een situatie omschreven van huishoudelijke ondersteuning aan een client die alcohol gebruikte en waar de afspraak was gemaakt dat de huishoudelijke ondersteuner niet in de woonkamer kwam waar client zich bevond en onder invloed van alcohol was. Enkel de andere ruimten werden schoongehouden.

<sup>2</sup> Handreiking werkvoorraad geneesmiddelen. Actiz, GGZNederland, VGN 2011

<sup>3</sup> GDS= Geneesmiddelen Distributie Systeem. Bij gebruik van en GDS heeft de apotheek de geneesmiddelen per client per toedientijdstip verpakt.

<b>2.3 Risico-inventarisatie</b>	<b>Ja/nee/deels n.v.t./n.b.</b>
Begeleiding: Het ondersteuningsplan bevat een risico-inventarisatie op die onderwerpen die voor de cliënt van toepassing zijn.	Nee
Begeleiding: De risico-inventarisatie leidt tot concrete begeleidingsafspraken ter preventie van de genoemde risico's.	Nee
Eventuele veiligheidsrisico's en de eigen verantwoordelijkheid van de cliënt zijn besproken met cliënt en zijn/haar sociale netwerk.	Nee
Begeleiding: De organisatie kent een brandveiligheids- en ontruimingsplan <sup>4</sup> .	N.v.t.
Begeleiding: Periodiek wordt ontruiming geoefend.	N.v.t.
Begeleiding: Het gebouw en de inventaris zijn schoon en onderhouden.	Ja

### Constatering

In het zorgdossier is voor de huishoudelijke ondersteuning een Arbo checklist opgenomen.

De aanbieder geeft aan een signalerende functie te hebben ten aanzien van risico's, voor de huishoudelijke ondersteuning en de begeleiding.

De aanbieder heeft recent een plan gemaakt voor risicosignalering. Dit plan is nog in concept en niet geïmplementeerd. In het plan is opgenomen dat de medewerkers, indien van toepassing, een signaal kunnen afgeven aan kantoor. Hierin zijn geen handvatten voor medewerkers opgenomen over hoe en waarop gesignaleerd moet worden. Ook is het plan niet passend voor de ondersteuning die geboden wordt. In de uitwerking van de signalering is als voorbeeld van een actie wisselgging bij decubitus opgenomen.

Uit de gesprekken met de medewerkers blijkt wel oog voor de signalerende functie. Zo geeft een huishoudelijk ondersteuner aan: *"Wij wassen de kleding en zien dus of iemand bijvoorbeeld incontinent is"*.

Ook voor de begeleiding geeft de aanbieder aan enkel een signalerende functie hebben.

Voor de begeleiding wordt een risico-inventarisatie op cliëntniveau niet uitgevoerd en opgenomen in het zorgplan. De aanbieder heeft een verkorte checklist toegestuurd aan de toezichthouder voor het uitvoeren van een risico-inventarisatie. In de praktijk wordt deze echter niet gebruikt.

<b>2.4 Grensoverschrijdend gedrag</b>	<b>Ja/nee/deels n.v.t./n.b.</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.	Nee
Medewerkers kunnen aantonen dat zij aandacht besteden aan vriendschap, intimiteit, seksualiteit en het voorkomen van seksueel grensoverschrijdend gedrag.	Nee
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.	Ja
De aanbieder bevordert de kennis en het gebruik van de meldcode	Deels

<sup>4</sup> De Wmo toezichthouder verricht geen technisch onderzoek naar brandveiligheid in zorgvoorzieningen. Vragen zijn gesteld op basis van veiligheid van de deelnemer, gericht op het veiligheidsbeleid en procedures van de aanbieder.

Medewerkers zijn geïnstrueerd over en in staat tot het hanteren van de meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling.	Deels
---	-------

### Constatering

De aanbieder heeft geen beleid opgesteld omtrent vriendschap, intimiteit, seksualiteit en seksueel grensoverschrijdend gedrag, preventie van seksueel misbruik en het melden van misbruik. Medewerkers zijn niet op de hoogte van de visie van de aanbieder.

De aanbieder geeft aan wel eens te maken te hebben gehad met een situatie van seksueel grensoverschrijdend gedrag waarop gesprekken hebben plaatsgevonden (onder andere met gemeente) en de zorg aan de cliënt beëindigd is.

De aanbieder heeft een meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling opgesteld waarin de stappen zijn uitgewerkt.

De aanbieder heeft in de meldcode verantwoordelijkheden niet uitgewerkt, omdat deze ervan uitgaat dat iedereen zelf verantwoordelijk is om bij signalen zo nodig melding te doen (burgerlijke verantwoordelijkheid). De afspraken hierover met huishoudelijk ondersteuners en begeleiders zijn dan ook gelijk, beide hebben dezelfde verantwoordelijkheden.

Collegiale afstemming is opgenomen in de meldcode. Indien afstemming gewenst is kunnen huishoudelijke medewerkers en begeleiders contact opnemen met de officemedewerkers voor overleg.

De aanbieder heeft twee jaar geleden alle medewerkers geïnstrueerd in de meldcode middels een intern overlegmoment. Medewerkers die hierna in dienst zijn gekomen hebben onvoldoende instructie ontvangen. De gesproken huishoudelijk ondersteuners geven aan een kaartje met de stappen van de meldcode te hebben ontvangen. Zij hebben hierbij echter geen instructie ontvangen.

Wel hebben medewerkers bij indiensttreding een bedrijfsreglement ontvangen waarin wordt verwezen naar de meldcode die gevolgd moet worden.

<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</b> n.v.t./n.b.
Begeleiding: Afspraken over de benodigde zorg/ondersteuning, alsmede over de afstemming met andere partijen, waaronder overdracht, zijn vastgelegd in het zorgplan en zijn bekend bij de cliënt en zijn/haar sociale netwerk.	Deels
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.v.t.
Indien deze betrokken zijn, zijn met de tweede lijn afspraken gemaakt omtrent beschikbaarheid	N.v.t.
Begeleiding: Bij mogelijke decompensatie onderneemt de begeleiding actie richting behandelaar/ huisarts.	Ja
Huishoudelijke ondersteuning: Bij mogelijke decompensatie onderneemt de begeleiding actie richting casemanager/consulent	Ja
Er wordt een dossier opgesteld zodat overdracht mogelijk is.	Deels



### Constatering

Met andere hulpverleners en het netwerk van de cliënt vindt indien van toepassing afstemming plaats, zo wordt de thuiszorg genoemd als organisatie waarmee afstemming plaatsvindt als het bijvoorbeeld niet goed gaat met de cliënt.

Indien meerdere hulpverleners betrokken zijn wordt soms aangesloten bij multidisciplinaire overleggen (MDO's). Toestemming voor de uitwisseling van informatie wordt aan cliënten mondeling gevraagd.

Voor begeleiding vindt afstemming plaats met medewerkers van het gebiedsteam Nijkerk. In het zorgplan is standaard opgenomen dat hiermee afstemming plaatsvindt.

Afspraken omtrent de afstemming worden echter onvoldoende vastgelegd in het dossier. In het dossier vindt tevens onvoldoende rapportage plaats.

Bij bijzonderheden ten aanzien van cliënten binnen de huishoudelijke ondersteuning stemt de huishoudelijk medewerker af met de officemedewerkers die indien nodig afstemmen met de gemeente. Gedurende het inspectiebezoek belde een huishoudelijk ondersteuner met een officemedewerker om af te stemmen over een zorgelijke situatie met lekkage in een woning. De situatie werd door de medewerkers zorgvuldig opgepakt.

<b>3.2 Samenwerking en afstemming met de gemeente (casemanager)</b>	<b>Ja/nee/deels n.v.t./n.b.</b>
Begeleiding: Een evaluatie met een aanvraag voor verlenging van de indicatie wordt uiterlijk zes weken voor afloop van de indicatie aan de gemeente opgestuurd.	Deels
Huishoudelijke ondersteuning: De aanbieder houdt bij welke werkzaamheden op welk moment zijn uitgevoerd en verstrekt hiervan periodiek een overzicht aan de gemeente.	Deels

### Constatering

De aanbieder geeft aan dat de communicatie met de gebiedsteammedewerkers goed verloopt. De afstemming met het gebiedsteam over begeleiding vindt plaats door de begeleiders en voor de huishoudelijke ondersteuning door de officemedewerkers.

Aandachtspunt is het verstrekken van informatie/doelen die door de gemeente zijn opgesteld zodat de aanbieder hierop kan aansluiten met de begeleiding.

De aanbieder geeft aan ook een aandachtspunt voor zichzelf te zien in het voldoende op de hoogte zijn en handelen op afzonderlijke gemeentelijke eisen.

De aanbieder houdt voor de huishoudelijke ondersteuning bij welke werkzaamheden worden uitgevoerd. Hiervan wordt geen overzicht verstrekt aan de gemeente omdat dit niet gevraagd wordt door de gemeente. Wel wordt bij het aflopen van een beschikking een evaluatieverslag voor huishoudelijke ondersteuning aan de gemeente verstuurd waarin wordt aangegeven of de huishoudelijke ondersteuning voortgezet zou moeten worden.

De gesproken gebiedsteammedewerker is tevreden over de afstemming met de aanbieder.

Voorname over de bejegening naar cliënten. Ook het snel kunnen starten met het bieden van ondersteuning wordt als positief punt benoemd.

Het verstrekken van een evaluatie bij het aflopen van een beschikking vindt volgens de gebiedsteammedewerker niet altijd uiterlijk 6 weken voor het aflopen van de beschikking plaats. Dit is een aandachtspunt.

## 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).

Deels

De organisatie heeft een kwaliteitskeurmerk.

Nee

De organisatie is aangesloten bij een beroepsvereniging/ branchevereniging

Nee

De continuïteit van de geboden voorziening is gewaarborgd.

Deels

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

Ja

### Constatering

De aanbieder was voornemens om in 2022 uit te breiden, vooral met het bieden van begeleiding. Vanwege ziekte en uitval is dit niet gebeurd. De focus ligt volgens de aanbieder nu voornamelijk op de basis op orde krijgen.

De aanbieder was tot in de loop van 2021 HKZ gecertificeerd, maar heeft sindsdien geen keurmerk. De reden hiervoor is dat de aanbieder het keurmerk gericht op kleine organisaties niet meer passend vond. De aanbieder is nu bezig zich opnieuw te certificeren en heeft met enkele gemeenten, anderen dan Nijkerk, afgesproken dat dit voor 31 maart 2023 gerealiseerd moet zijn. Op 8 en 9 maart vindt de externe audit plaats in het kader van HKZ certificering.

In het kader hiervan wordt momenteel het kwaliteitshandboek actueel en volledig gemaakt. Hierop zal ook een cyclus afgesproken gaan worden om de documenten regelmatig te herzien.

De nieuw aangenomen begeleider moet een rol gaan vervullen in het sturen op kwaliteit. Zo zal deze de taak krijgen om de documenten voor de huishoudelijk ondersteuners te beoordelen op volledigheid en deze te implementeren bij de huishoudelijk ondersteuners. Het inrichten van rapportages voor de begeleiding wordt hierin ook opgenomen, aldus de nieuwe begeleider.

De aanbieder heeft de afgelopen periode medewerkers voornamelijk per mail op de hoogte gesteld van wijzigingen in beleid.

De aanbieder wil ieder kwartaal bijeenkomsten organiseren met alle medewerkers, afgelopen jaar heeft deze bijeenkomst slechts eenmaal plaatsgevonden. Veranderingen in beleid, bijvoorbeeld in de meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling, moeten in deze bijeenkomsten besproken gaan worden, evenals afspraken omtrent gedrag en omgang met de client.

De continuïteit van de huishoudelijke ondersteuning wordt door twee gesproken cliënten als aandachtspunt benoemd. Beide geven aan enige tijd zonder ondersteuning te hebben gezeten. Bij één betrof dit een periode van drie maanden en bij één een periode van zes weken.

De aanbieder geeft aan de afgelopen periode veel ziekte en uitval te hebben gehad. Aan cliënten is daarom een periode aangegeven dat ze minder hulp kregen, zodat de ondersteuning verdeeld kon worden over de cliënten.

De aanbieder geeft aan sinds begin december weer op sterkte te zijn en iedereen de afgesproken ondersteuning te kunnen bieden.

De aanbieder is op dit moment nog niet aangesloten bij een branchevereniging, een aanvraag hiervoor is wel ingediend.

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.	Deels
De aangewezen beroepskracht is vakbekwaam	Deels
Reguliere begeleiding: Uitvoering kan plaatsvinden door een professional van minimaal MBO- niveau 4 MWD, GGZ, VVT of een vergelijkbare richting. Het wordt uitgevoerd onder de verantwoordelijkheid van een professional met een afgeronde opleiding van minimaal hbo-niveau.	Nee
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>	Nee

### Constatering

De gesproken medewerkers zijn allen betrokken bij de cliënten en op de hoogte van diens persoonlijke omstandigheden. Cliënten en de gesproken gebiedsteammedewerker zijn hierover tevreden.

De huishoudelijke ondersteuning wordt geboden door op dit moment 43 huishoudelijk ondersteuners. Hiervan zijn er zes werkzaam in de gemeente Nijkerk. De aansturing en planning, evenals de aanmeldingen van de huishoudelijke ondersteuning, vinden plaats door twee officemedewerkers. Voor de huishoudelijke ondersteuning hanteert de aanbieder beleid dat nieuwe medewerkers minimaal twee jaar ervaring moeten hebben. Indien een nieuwe medewerker dit niet heeft gaat een ervaren medewerker mee met de eerste bezoeken aan de cliënten.

De begeleiding aan op dit moment drie cliënten uit Nijkerk met een beschikking voor reguliere begeleiding wordt volgens de aanbieder uitgevoerd door een hoofdbegeleider. Deze wordt hierin ondersteund door een begeleider die enkel praktische werkzaamheden uitvoert. De hoofdbegeleider stelt het zorgplan op. De aanbieder noemt deze de spin in het web, de hoofdbegeleider maakt afspraken over het traject en houdt vinger aan de pols m.b.t. wijzigingen en veranderingen. De directrice, die een studie universitair rechten gevolgd heeft, geeft aan eindverantwoordelijkheid voor alle plannen te dragen en deze ook allen te zien.

De huidige hoofdbegeleider voert de werkzaamheden uit als ZZP'er en heeft een Hbo-opleiding op gebied van Zorg en Welzijn afgerond. De huidige hoofdbegeleider zal in de aankomende weken stoppen met de werkzaamheden. Hiervoor is sinds december 2022 een nieuwe begeleider gestart die momenteel ingewerkt wordt. De nieuwe hoofdbegeleider is in dienst van de organisatie en is Mbo niveau 4 geschoold op gebied van Zorg en Welzijn, aangevuld met enkele trainingen en cursussen. Deze nieuwe hoofdbegeleider gaat naast begeleidende werkzaamheden ook een sturende rol vervullen in kwaliteit van de ondersteuning.

De ondersteunende begeleider zou enkel de uitvoer van de afgesproken acties moeten doen, zoals ondersteunen bij het doen van boodschappen. De ondersteunende begeleider is niet geschoold en is voornemens een opleiding Mbo niveau 4 te gaan volgen, maar is hiervoor nog niet aangemeld. Uit de gesprekken met een cliënt en uit de dossiervorming blijkt deze ondersteunende begeleider zelfstandig begeleiding te bieden aan een cliënt. Zo geeft de cliënt aan dat deze begeleider contactpersoon is, is de medewerker als zodanig in het zorgplan beschreven is in een ingezien evaluatieverslag enkel de begeleiding geboden door de ondersteunend begeleider benoemd.

Niet alle medewerkers kunnen een VOG overleggen.

De wel overlegde VOG's worden door de aanbieder niet origineel ingezien, maar volstaan wordt met het toesturen van een kopie. Controle op echtheid vindt op dit moment dan ook niet plaats.

Van de drie begeleiders (twee hoofdbegeleiders en één ondersteunend begeleider) heeft één een passende VOG kunnen overleggen. De medewerker die ondersteunende begeleiding biedt heeft van de aanbieder viermaal het verzoek gekregen een VOG te overleggen maar heeft dit niet gedaan. De aanbieder is voornemens hieraan consequenties te verbinden maar heeft dit nog niet gedaan. De begeleider die momenteel wordt ingewerkt heeft een verouderde VOG getoond die bij indiensttreding ouder was dan 3 maanden en op een andere organisatie is aangevraagd.

Ook de huishoudelijk medewerkers konden niet allen een VOG overleggen. Van de zes huishoudelijk ondersteuners die werkzaam zijn in de gemeente Nijkerk kunnen drie een passende VOG overleggen. Voor de andere drie is deze aangevraagd, maar nog niet ontvangen.

Aanmeldingen en intakes worden uitgevoerd door de officemedewerkers, indien nodig ondersteunt de directrice hierin.

De directrice heeft een passende VOG kunnen overleggen. Van de twee officemedewerkers kan één geen VOG overleggen.

Vrijwilligers en stagiaires kent de organisatie niet.

<b>4.3 Deskundigheidsbevordering</b>	<b>Ja/nee/deels n.v.t./n.b.</b>
De beroepskrachten zijn opgeleid tot en deskundig voor wat betreft het ondersteunen van de doelgroep.	Deels
De aanbieder biedt de beroepskrachten passende bijscholing.	Deels

### **Constatering**

Zoals in 4.2 beschreven zijn niet alle medewerkers opgeleid tot het ondersteunen van de doelgroep.

De aanbieder heeft het afgelopen jaar geen bijscholing geboden. Voor 2023 is een scholingsplan opgesteld en getoond waarin EHBO-trainingen zijn opgenomen en trainingen huishoudelijke ondersteuning voor een deel van de huishoudelijke medewerkers. Hoe deze trainingen vorm moeten krijgen wordt nog onderzocht.

<b>5 Rechten van de cliënt</b>	
<i>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.).</i>	
<b>5.1 Algemeen</b>	<b>Ja/nee/deels n.v.t./n.b.</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.	Ja

### **Constatering**

Jaarlijks wordt cliënttevredenheid geïnventariseerd.

Eén van de gesproken cliënten vertelt verder dat na de eerste keer huishoudelijke ondersteuning contact werd opgenomen om te vragen hoe het was verlopen.

In de visie van de organisatie is opgenomen: *'De cliënt moet zich goed gehoord voelen. Respect, begrip en het laten behouden van het gevoel van waardigheid, geborgenheid en vertrouwen zijn voor Atlashulp belangrijk'.*

De gesproken cliënten geven aan tevreden te zijn over de bejegening van de medewerkers huishoudelijke ondersteuning en de begeleiders. De medewerkers zijn betrokken en hebben een respectvolle houding. Ook de gesproken gebiedsteammedewerker is tevreden over de bejegening van de medewerkers.

In de mappen die bij de cliënten thuis zijn ingezien is informatie opgenomen omtrent rechten en plichten. Dit betreft:

- Protocol bejegening;
- Privacyreglement;
- Incidenten en klachtenregeling.

Aandachtspunt die door twee van de drie cliënten wordt genoemd is de continuïteit van de huishoudelijke ondersteuning, zie hiervoor 4.1.

De derde client geeft tevens aan veel met wisselingen van ondersteuners te maken te hebben gehad, maar niet zonder ondersteuning te hebben gezeten.

De aanbieder heeft een protocol bejegening opgesteld voor de medewerkers, hier zijn gedragsregels in opgenomen.

De nieuwe begeleider heeft deze echter niet ontvangen van de aanbieder. Ook de voormalig begeleider geeft aan geen afspraken omtrent bijvoorbeeld gedrag ontvangen of gemaakt te hebben.

De twee gesproken medewerkers huishoudelijke ondersteuning hebben deze wel ontvangen bij indiensttreding. Eén van hen geeft aan hiermee ook schriftelijk akkoord te zijn gegaan.

Alle cliënten geven aan bij zonderheden contact met kantoor op te nemen. Het kantoor wordt als bereikbaar ervaren.

<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.	Deels
De cliënt wordt gewezen op het bestaan van patiëntenverenigingen en lotgenotencontactgroepen.	Ja

### **Constatering**

De aanbieder heeft beleid opgesteld ten aanzien van cliëntparticipatie/ medezeggenschap. De aanbieder kent een cliëntenraad die tweemaal per jaar samen moet komen. Deze is momenteel echter niet actief. Afgelopen jaar is deze niet bij elkaar gekomen, één van de vier leden is overleden en één is niet meer in begeleiding. De aanbieder is voornemens nieuwe leden te werven en de vergaderingen weer op te pakken.

Ten aanzien van lotgenotencontactgroepen en patiëntenverenigingen worden voornamelijk mantelzorgers door de organisatie hiernaar verwezen.

5.3 Privacy	Ja/nee/deels n.v.t./n.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

In de visie is opgenomen: "*Privacybescherming in de ruimste zin des woords is belangrijk voor Atlashulp*".  
In het protocol bejegening voor medewerkers zijn afspraken omtrent geheimhouding opgenomen en in de map bij cliënten thuis is onder andere het privacy beleid opgenomen.

De aanbieder maakt afspraken met de cliënt omtrent uitwisseling van informatie. In het ondersteuningsplan is opgenomen dat deze gedeeld wordt met het gebiedsteam. De afspraken omtrent uitwisseling van informatie worden mondeling gemaakt en niet met toestemmingsverklaringen vastgelegd.

5.4 Melden incidenten en klachten	Ja/nee/deels n.v.t./n.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.	Ja
Er is een klachtenregeling.	Ja
De klachtenregeling is bekend bij de cliënt/gemakkelijk te vinden voor de cliënt.	Ja
De aanbieder neemt eventuele klachten in behandeling en handelt die tijdig en passend af.	Nee
De aanbieder brengt de cliënt op de hoogte dat hij/zij gebruik kan maken van onafhankelijke cliëntondersteuner bij het indienen van klachten.	Ja

#### Constatering

De aanbieder heeft incidentenbeleid opgesteld. MIC en MIM-meldingen kunnen door medewerkers indien van toepassing gedaan worden.  
Voor de huishoudelijke ondersteuning moeten bijzonderheden of incidenten gemeld worden bij de office-medewerker die zo nodig actie uitzet.  
Incidenten worden geanalyseerd door de eigenaar en de office-medewerker. Zo nodig wordt nazorg georganiseerd.

De aanbieder kent een klachtenregeling en heeft deze opgenomen in de map die bij cliënten thuis ligt. De aanbieder was tot in 2022 aangesloten bij een vereniging en maakte gebruik van diens klachtenregeling. Nu de aanbieder niet meer is aangesloten bij deze vereniging moet de klachtenregeling herzien worden. Van de onafhankelijke klachtencommissie waarnaar in de regeling verwezen wordt, kan bijvoorbeeld geen gebruik meer gemaakt worden. Hierdoor kunnen op dit moment klachten niet conform afspraken en beleid in behandeling worden genomen.  
De aanbieder is momenteel het beleid aan het herzien en heeft wel al een klachtenfunctionaris, tevens cliëntvertrouwenspersoon, aangesteld die niet verbonden is aan Atlashulp.

<b>5.5 Melden calamiteiten en geweldsincidenten</b>	<b>Ja/nee/deels n.v.t./n.b.</b>
De aanbieder doet binnen 3 werkdagen na de calamiteit/geweldsincident melding bij de toezichthoudend ambtenaar Wmo.	Ja
Bij intern onderzoek: 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'.	Nb
Minimaal 1 persoon van de onderzoekscommissie is onafhankelijk.	Nb
Indien mogelijk wordt het sociaal netwerk betrokken bij het onderzoek.	Nb

### **Constatering**

Het melden van calamiteiten bij de GGD is opgenomen in het beleid Melden Calamiteiten en Incidenten.  
Calamiteiten hebben zich tot op heden niet voorgedaan. Om deze reden konden de eisen die hier inhoudelijk betrekking op hebben niet beoordeeld worden.

<b>5.6 Opschorten of beëindiging ondersteuning</b>	<b>Ja/nee/deels n.v.t./n.b.</b>
Voor het opschorten of beëindigen van ondersteuning door de aanbieder is toestemming van de cliënt vereist.	Ja
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>	Ja
Voor het eenzijdig opschorten of beëindigen van ondersteuning door de aanbieder is toestemming van de gemeente vereist.	Ja
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.	Ja

### **Constatering**

In het Protocol zorgweigeren en zorgbeëindiging is opgenomen dat het weigeren of stopzetten van zorg slechts in overleg met opdrachtgever kan gebeuren. *'Het vereist een zorgvuldig doorlopen procedure waarbij opdrachtgever en Atlashulp zich samen actief inspannen om oplossingen te vinden'*. Ook is hierin opgenomen dat het beëindigen slechts mogelijk is bij zwaarwegende redenen en slechts onder bijzondere omstandigheden.  
Verder is opgenomen: *'De zorgaanbieder blijft verantwoordelijk voor de cliënt totdat er een passende oplossing is gevonden. Anders gezegd: de zorgaanbieder draagt er in ieder geval zorg voor dat al gestarte zorg wordt voortgezet of overgedragen totdat er of een definitieve oplossing gevonden is of de opdrachtgever de afhandeling overneemt ter wederhoor, voortzetting en of overdracht'*.



Zienswijze Atlashulp :

betreft de inhoud van het rapport Kwaliteitsonderzoek Atlashulp B.V. 15-12-2022

Atlashulp levert hulp bij het huishouden in 3 andere gemeenten van de ISNV. Voor wat betreft de implementatie van de WMO 2015 was Atlashulp lid van een Cooperatie tot juli 2022. Tevens levert Atlashulp hulp bij het huishouden en reguliere (en inmiddels een nieuwe vorm : lichte begeleiding) in de gemeente Nijkerk.

De ISNV heeft vanaf het begin af aan werkafsprakenboeken geproduceerd en jaarlijks aangepast.

De gemeente Nijkerk is naar de zorgaanbieders toe, zoals Atlashulp later gestart met een intensieve kwaliteitsslag (21/22) omtrent afspraken, eisen en implementatie daarvan. De eisen cq gewenste uitvoering van gemeenten komen niet 1 op 1 overeen.

Atlashulp is sinds oktober 2022 ook intern bezig met een kwaliteitsslag. Door diverse belemmerende omstandigheden : corona in 2020 onder de directie ( bestaande uit 1 persoon en de kantoormanager , is het vooral belangrijk geweest in 21/22 om de continuïteit van Atlashulp voor de bestaande cliënten te handhaven.

Mede omdat enerzijds Atlashulp tot juli 2022 viel onder de paraplu van een Coöperatie met ISO 9001, anderzijds in de diverse gemeenten vanaf 2018 niet geheel duidelijk was of voor Huishoudelijke Hulp/Hulp bij het Huishouden, verder te noemen HH bij zelfstandig functioneren een kwaliteitskeurmerk vereist was of dat werken conform een kwaliteitssysteem voldoende was, anderzijds door corona audits werden opgeschoven, is het zelfstandige HKZ Keurmerk Kleine Organisaties van Atlashulp in de loop van 2020 verlopen. Desondanks werd het daarin opgezette kwaliteitssysteem wel gevolgd. Atlashulp had dit keurmerk in 2018 verkregen, aangezien destijds reeds waarde werd gehecht aan het zelfstandig kunnen voldoen aan kwaliteitseisen.

De overige gemeenten ISNV eisten een vergelijkbaar kwaliteitssysteem middels de aanbesteding. 3<sup>o</sup> kwartaal 2022 is afgesproken dat Atlashulp een volledig kwaliteitskeurmerk, gezien de onderkende waarde van een dergelijk kwaliteitskeurmerk zou zorgen dat dit 31 maart 2023 behaald is.

Ten tijde van de inspectie in december 2022 was Atlashulp derhalve ook bezig met een kwaliteitsslag, welke nog voortduurt tot het behalen van het keurmerk en daarna ook jaarlijks wordt geaudit. Op 7 en 8 maart as heeft Atlashulp de audit voor HKZ 165 Zorg en Welzijn, welke alomvattend is op HH en Begeleiding.

De constatering in het rapport zijn terecht, echter maken de feiten deel uit van een kwaliteitsproces binnen 4 gemeenten waar AH hulp levert in de vorm van HH ( en in Nijkerk BEG).

Atlashulp heeft 4<sup>o</sup> kwartaal 2022 het besluit genomen om te downsizen waar nodig, geen nieuwe cliënten aan te nemen en eerst te zorgen dat de interne organisatie en de kwaliteit en uitvoering voldoen aan evt. gewijzigde eisen. Dit middels het behalen van de HKZ 165. Dit proces is goed voor het personeel, voor de interne organisatie en daarmee ook voor externe partijen zoals de gemeente





en cliënten zodat wij kwalitatief hoogwaardige zorg blijven bieden met tevreden stakeholders, cliënten en medewerkers.

Voor wat betreft het ontwikkelen van kwalitatief hoogwaardige begeleiding in Nijkerk is reeds sinds 4<sup>e</sup> kwartaal 2022 veel veranderd, vooral op personeelsgebied als op communicatie naar en met de cliënten. Zo werken wij nu met MBO 4+ begeleiding (1x) , MBO 3 (1x) , aangestuurd door WO (1x) en is een nieuwe begeleider aangetrokken op HBO niveau begeleiding t.b.v. de coördinatie, uitvoering en het schrijven van concrete doelmatige zorgplannen.

Concluderend :

Hoewel de constatering in het rapport correct zijn, is Atlashulp een lerende organisatie en het nieuwe te behalen kwaliteitskeurmerk HKZ 165 per 31 maart 2023 gebruiken wij ook om niet alleen onze kwaliteit, maar ook de veiligheid en betrokkenheid en tevredenheid van cliënten en medewerkers te verbeteren. Ook de inhoud van het inspectierapport geeft Atlashulp de tools om onze verbeterslag voort te zetten.

Met vriendelijke groet,

██████████

Directeur

## Bijlage 1: bronnen

1. Observaties
2. Interviews met
  - Eigenaar/directrice
  - Een office-medewerker
  - Twee begeleiders
  - Twee huishoudelijke ondersteuners
  - Drie cliënten
  - Een medewerker gebiedsteam Nijkerk
3. Cliëntdossiers:
  - Format clientmap
  - Twee clientmappen bij de gesproken cliënten thuis.
  - Drie digitale cliëntdossiers begeleiding/ huishoudelijke ondersteuning
4. Personeelsdossiers:
  - Diploma's van begeleiders en directeur
  - VOG's van begeleiders, directeur, huishoudelijk ondersteuners en officemedewerkers
5. Documenten:
  - Risicosignalering client AH, geen versienummer
  - Agressieprotocol AH, geen versienummer
  - Visie kwvb 2022
  - Bedrijfsreglement, versie 10-06-2020
  - Protocol zorgweigering en zorgbeëindiging, geen versienummer
  - Protocol Bejegening Atlashulp, versie 5.3.1
  - Meldcode en afwegingskader, geen versienummer
  - Meldcode Huiselijk geweld en Kindermishandeling, geen versienummer
  - Stappenkaart meldcode, geen versienummer
  - Document Kwaliteitsborging 2022
  - Uitkomsten en conclusies medewerkersgesprekken tevredenheid data gesprekken 1 januari t/m/ 31-03-2022
  - Verkorte checklist veilige zorg
  - Incidenten en klachtenregeling, geen versienummer
  - Atlashulp melden calamiteiten en incidenten versie 1.0 d.d. 01 april 2021
  - Klachtenregeling Atalshulp versie 28 december 2022
  - Klachtenfunctionaris en Cliëntvertrouwenspersoon (CVP), geen versienummer
  - Geschillencommissie Zorg, geen versienummer
  - Vragenformulier geschillencommissie Zorg (leeg)
  - Klachtencommissie, geen versienummer
  - Klachtenregeling Zorgmap, versie dec 2022
6. Overig
  - Website

## 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.ggdgm.nl](http://www.ggdgm.nl)



Gelderland-Midden