

WMO TOEZICHT

Onderzoeksrapport

Definitief rapport kwaliteitsonderzoek
Naam: Gelder Thuiszorg Ede
Adres: Laan der Verenigde Naties 88A
Postcode en woonplaats: 6716 JE Ede

Product: Thuisondersteuning

Datum inspectie: 29 augustus 2024
Datum rapport: 8 november 2024

In opdracht van de gemeente Ede

Inhoudsopgave

| | |
|---|----|
| Gegevensoverzicht | 3 |
| Inleiding | 4 |
| Inspectiehistorie | 4 |
| Onderzoek: aanleiding en belang | 5 |
| Korte beschrijving van de organisatie en de doelgroep | 5 |
| Conclusies en advies | 7 |
| Advies aan de gemeente | 9 |
| Bevindingen | 10 |
| 1 Doelmatigheid voorziening | 10 |
| 2 Veiligheid | 13 |
| 3 Samenwerking en afstemming | 17 |
| 4 Kwaliteit van personeel en organisatie | 18 |
| 5 Rechten van de cliënt | 23 |
| Schriftelijke reactie aanbieder | 27 |
| Bijlage 1: Bronnen | 28 |

Gegevensoverzicht

Basisgegevens

| | |
|------------------------|--|
| Naam | : Gelder Thuiszorg Ede |
| Adres | : Laan der Verenigde Naties 88A |
| Postcode en woonplaats | : 6716 JE Ede |
| Telefoonnummer | : 0318-745018 |
| Website aanbieder | : www.gelderthuiszorg.nl |
| Rechtsvorm | : Besloten Vennootschap |
| HKZ/ISO gecertificeerd | : ISO 9001 |
| KVK-nummer | : 77012429 |

Gegevens toezicht

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

Gegevens opdrachtgever

| | |
|------------------------|--|
| Naam | : Gemeente Ede |
| Adres | : Postbus 9022 |
| Postcode en woonplaats | : 6710 HK Ede |
| E-mailadres | : toezichtwmo@ede.nl |

Planning

| | |
|-------------------------------------|--------------------|
| Datum onderzoek | : 29 augustus 2024 |
| Opstellen concept onderzoeksrapport | : 17 oktober 2024 |
| Hoor/wederhoor | : 4 november 2024 |
| Zienswijze ontvangen | : 5 november 2024 |
| Vaststelling onderzoeksrapport | : 8 november 2024 |
| Verzending onderzoeksrapport | : 8 november 2024 |

Inleiding

Het college van de gemeenten (hierna: gemeenten) zijn 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 Ede heeft de Directeur Publieke Gezondheid van GGD Gelderland-Midden als toezichthoudend ambtenaar aangewezen met de mogelijkheid deze toezichthoudende taak te mandateren aan medewerkers van GGD Gelderland-Midden.

De Wmo toezichthouder van GGD Gelderland Midden heeft een kwaliteitsonderzoek uitgevoerd bij Gelder Thuiszorg Ede.

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

Het inspectierapport wordt gepubliceerd op de website van de toezichthouder en/of de gemeente Ede. Zo kunnen inwoners zien hoe de kwaliteit van Wmo-voorzieningen gecontroleerd wordt en het helpt inwoners bij het kiezen van kwalitatief goede zorg. De zorgaanbieder wordt na het vaststellen van het rapport nader geïnformeerd over de procedure.

Zorgaanbieders die Wmo ondersteuning bieden, leveren vaak ook andere vormen van zorg, zoals langdurige zorg (Wlz) of jeugdhulp. Gegevens en bevindingen in dit rapport beperken zich tot Wmo verstrekkingen.

Inspectiehistorie

Op 23 mei 2024 heeft de Wmo toezichthouder van GGD Gelderland-Midden in opdracht van de gemeente Ede een quickscan uitgevoerd bij de thuisondersteuning die door Gelder Thuiszorg Ede wordt geboden. De quickscan is een verkorte variant van een kwaliteitsonderzoek waarbij enkele basiseisen worden getoetst.

Tijdens de quickscan bleek de aanbieder niet te voldoen aan de eisen die betrekking hebben op het ondersteuningsplan, evaluatie, risico-inventarisatie, protocollen en afspraken, meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling, kwaliteitsborging, meldplicht bij calamiteiten, kwalificaties van medewerkers en de rechten van de cliënt.

De Wmo toezichthouder adviseerde de gemeente Ede om een volledig kwaliteitsonderzoek uit te voeren. De gemeente Ede heeft vervolgens de aanbieder verzocht om de geconstateerde aandachtspunten te verbeteren en heeft de GGD Gelderland-Midden gevraagd om een volledig kwaliteitsonderzoek uit te voeren waarvan dit rapport een weergave is.

Onderzoek: aanleiding en belang

Dit onderzoek heeft plaatsgevonden op verzoek van de gemeente Ede naar aanleiding van de uitkomsten uit de quickscan dd. 23 mei 2024. 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 kwaliteitsonderzoek bestond uit observatie, bronnenonderzoek (bijlage 1) en interviews. Het inspectiebezoek vond plaats op 29 augustus 2024. Het betrof een aangekondigd bezoek aan de kantoorlocatie van Gelder Thuiszorg aan de Aluminiumweg 84A in Apeldoorn. Er hebben tijdens het inspectiebezoek gesprekken plaatsgevonden met de projectleider, de vestigingscoördinator en twee huishoudelijke medewerkers van Gelder Thuiszorg Ede. De leidinggevende was bij de gesprekken met medewerkers deels aanwezig.

Na het inspectiebezoek zijn gesprekken gevoerd met vier cliënten in hun thuishouding en is telefonisch gesproken met drie huishoudelijke medewerkers. Tevens zijn twee Wmo consulenten van de gemeente Ede gesproken ten behoeve van het onderzoek.

De personen die zijn gesproken ten behoeve van het onderzoek stelden zich coöperatief op. Alle gesprekken verliepen in een open en professionele sfeer.

Korte beschrijving van de organisatie en de doelgroep

Gelder Thuiszorg (hierna: de aanbieder) biedt sinds 2013 thuiszorg (Gelder Thuiszorg V&V) en sinds 2018 huishoudelijke ondersteuning (Gelder Thuiszorg HH). De ondersteuning wordt geboden in negen gemeenten door zeven teams die zijn vormgegeven per gemeente (Apeldoorn, Voorst, Epe, Ede, Deventer, Lochem en Nijmegen). De teams bieden de ondersteuning vanuit afzonderlijke B.V.'s. De aanbieder omschrijft de organisatie als een platte organisatie. De teams maken zorginhoudelijk eigen beslissingen. Beleid is wel overkoepeld opgesteld voor de zeven teams.

De ondersteuning wordt geboden vanuit de volgende missie en visie:

"Gelder Thuiszorg wil bijdragen aan de verlenging van de kwaliteit van leven. Hierin willen wij het gezicht zijn.

Bij Gelder Thuiszorg zijn wij ervan overtuigd dat ieder mens het recht heeft om gezien en gehoord te worden. Wij kijken en luisteren om te begrijpen. We hebben aandacht voor de wensen, behoeften en eigen regie van ieder mens. We leveren alle soorten zorg en begeleiding die in een thuishouding voorkomt".

"Gelder Thuiszorg is anders. Door anders te zijn en buiten kaders van de bestaande zorg- en welzijn structuren te durven kijken, zijn we innovatief. Een brug slaan tussen complementaire zorg en reguliere zorg. We verzorgen en begeleiden niet vanuit hokjes en vakjes, maar vanuit de totaliteit. En de totaliteit voor een kwalitatief leven is voor iedereen anders".

In de gemeente Ede wordt vanuit de B.V. Gelder Thuiszorg Ede enkel huishoudelijke ondersteuning binnen het Wmo product thuisondersteuning geboden. De thuisondersteuning wordt geboden vanuit Zorg in Natura financiering.

Ten tijde van het onderzoek wordt in de gemeente Ede aan 99 cliënten met een Wmo indicatie thuisondersteuning geboden.

De thuisondersteuning wordt geboden door een team bestaande uit 28 huishoudelijke medewerkers, aangestuurd door een vestigingscoördinator. Een deel van de huishoudelijke medewerkers bevindt zich in een traject gericht op het toewerken naar arbeid, veelal gekoppeld aan een uitkering.

De vestigingscoördinator is binnen het team eindverantwoordelijk voor de zorginhoud.

Aansturing van de gehele organisatie (zeven teams) vindt plaats door het directieteam bestaande uit de directeur, projectleider, administratief ondersteuner en een wijkverpleegkundige.

De directeur van Gelder Thuiszorg HH en Gelder Thuiszorg V&V, is verantwoordelijk voor de dagelijkse leiding en ontwikkeling van Gelder Thuiszorg. Verantwoording legt zij af aan de oprichters van Gelder Thuiszorg en de Raad van Toezicht.

De aanbieder is ISO 9001 gecertificeerd.

Conclusies 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 bij Gelder Thuiszorg Ede wordt voldaan aan een deel van de gestelde wettelijke (kwaliteits)eisen en gemeentelijke eisen, zie hiervoor de bevindingen in het rapport.

Alle gesproken cliënten zijn tevreden over de bejegening door de medewerkers. Zij ervaren een respectvolle omgang en betrokkenheid.

Ook de gesproken Wmo consulenten van de gemeente Ede zijn tevreden over de samenwerking met de aanbieder. Zij geven aan dat de aanbieder hen informeert bij bijzonderheden en dat de onderlinge afstemming goed verloopt.

De aanbieder heeft een kwaliteitscertificaat en is voor het volgen van ontwikkelingen aangesloten bij gemeentelijke overlegtafels en bij een regionaal samenwerkingsverband van ongeveer 190 zorg- en welzijnsorganisaties.

De aanbieder heeft protocollen en werkinstructies opgesteld, maar een deel hiervan is verouderd en medewerkers zijn niet bekend met de opgestelde protocollen en werkafspraken.

De aanbieder kent daarnaast geen agressieprotocol en medewerkers zijn niet geschoold in het omgaan met agressie.

De aanbieder heeft een meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling opgesteld, maar deze is vanaf de derde stap niet verder uitgewerkt en daarmee onvolledig.

Gesproken medewerkers zijn niet op de hoogte van gemaakte afspraken, zijn niet geïnstrueerd in de meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling en bekendgemaakt met signalen van huiselijk geweld of kindermishandeling, waardoor zij hier onvoldoende op kunnen signaleren.

Alle cliënten hebben een zorgmap, maar uit het onderzoek blijkt dat deze amper wordt gebruikt. In enkele situaties wordt hierin de registratielijst bijgehouden. Alle andere onderdelen, zoals afspraken over de ondersteuning in het doelen- en uitvoeringsplan, zijn niet of niet volledig ingevuld, waardoor van een ondersteuningsplan met doelen en concrete afspraken veelal geen sprake is. Ook een risico-inventarisatie wordt niet uitgevoerd. Daarnaast vindt evaluatie van de ondersteuning en het plan niet plaats.

De aanbieder kent incidentenbeleid waarin het melden, analyseren en registreren van incidenten opgenomen is. Ook ten aanzien van het melden van incidenten zijn medewerkers onvoldoende op de hoogte gesteld van de gemaakte afspraken. Tijdens het inspectiebezoek zijn met de aanbieder en

medewerkers twee incidenten besproken die niet volgens de afgesproken procedure zijn afgehandeld en hierdoor onvoldoende geanalyseerd en geregistreerd zijn. Hieruit blijkt dat onvoldoende sprake is van een werkend meldingssysteem bij incidenten.

De aanbieder kent calamiteitenbeleid, maar heeft hierin het melden van geweld bij de verstrekking van de voorziening en het melden van gebeurtenissen met impact of onrust (regionale aanvulling) niet opgenomen. Ook ontbreekt hierin het melden bij de Wmo toezichthouder.

In gesprek met medewerkers blijkt verder dat geen sprake is van een cultuur waarbij medewerkers elkaar aanspreken. Ook blijken nieuwe medewerkers niet altijd voldoende ingewerkt en geïnstrueerd te worden voordat zij starten met de uitvoer van de werkzaamheden.

Daarnaast voldoen de medewerkers niet aan de kwalificatie-eisen zoals deze door de gemeente zijn opgesteld voor de thuisondersteuning. Ook beschikken niet alle medewerkers over een VOG conform gestelde eisen.

Het team heeft in het afgelopen jaar een doorontwikkeling doorgemaakt waarbij meer overleg plaatsvindt in het team, deskundigheidsbevordering is opgestart en de vestigingscoördinator dichterbij de medewerkers staat. Medewerkers die al langer in dienst zijn geven aan dat het afgelopen jaar de communicatie in positieve zin veranderd is.

De aanbieder is recent gestart met het organiseren van themabijeenkomsten aan medewerkers om de signalerende functie meer vorm te geven. Een eerste bijeenkomst heeft plaatsgevonden over wat medewerkers dienen te doen als een cliënt de deur niet opendoet. De aanbieder is voornemens meer onderwerpen te behandelen in themabijeenkomsten, zoals omgaan met agressie en de meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling.

De toezichthouder concludeert in dit kwaliteitsonderzoek tekortkomingen ten aanzien van:

- De aanwezigheid, inhoud en ondertekening van een begeleidingsplan;
- Evaluatie van het begeleidingsplan;
- Het uitvoering geven aan de signalerende functie;
- Actualiteit van protocollen en werkafspraken en bekendheid van medewerkers met de gemaakte afspraken;
- De aanwezigheid van een agressieprotocol en scholing van medewerkers in het omgaan met agressie;
- Het maken van afspraken over het gebruik van alcohol en verdovende middelen;
- Het uitvoeren van een risico-inventarisatie;
- Inhoud van de meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling en implementatie hiervan;
- Het vastleggen van afspraken met andere zorg- en hulpverleners;
- Continuïteit van de ondersteuning;
- Duidelijkheid van taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden voor medewerkers;
- Kwalificaties en VOG's van medewerkers;
- Het bieden van bijscholing;
- Beleid ten aanzien van medezeggenschap;
- Het wijzen van cliënten op patiëntverenigingen en/of lotgenotencontactgroepen;
- Een werkend meldingssysteem voor incidenten en nazorg bij incidenten;
- Beleid ten aanzien van het melden van calamiteiten.

Advies aan de gemeente

De Wmo toezichthouder van de GGD Gelderland-Midden geeft het advies aan de gemeente Ede te handhaven conform handhavingsbeleid.

De gemeente Ede laat schriftelijk aan de zorgaanbieder weten of en hoe zij dit advies opvolgen.

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

| 1 Doelmatigheid voorziening | |
|--|---|
| <i>Wettelijke kwaliteitseis: De voorziening is doelmatig, doeltreffend en cliëntgericht (Wmo 2015, art. 3.1, tweede lid sub a).</i> | |
| Alle cliënten hebben een actueel ondersteunings- / begeleidingsplan (een plan waaruit blijkt wat de kansen, mogelijkheden en ondersteuningsbehoeften zijn van de cliënt en welke voorziening wordt geboden). | |
| 1.1 Ondersteunings- / begeleidingsplan | Ja/nee/deels n.v.t./n.b.¹ |
| De cliënt en de aanbieder bereiken overeenstemming over het begeleidingsplan. De cliënt en de aanbieder bereiken deze overeenstemming binnen zes weken nadat de cliënt is aangemeld bij de aanbieder. | Deels |
| Het plan omvat een omschrijving van de vraag van de cliënt. | Deels |
| Het plan omschrijft de kansen/mogelijkheden van de cliënt (eigen kracht/ sociale netwerk). | Deels |
| Het plan bevat concrete doelen en afspraken (wat, wanneer, wie) (SMART of PDCA-cyclus). | Nee |
| Het begeleidingsplan geeft aan welke voorziening wordt geboden. | Ja |
| Het sociale netwerk van de cliënt is actief betrokken bij bijvoorbeeld het opstellen van het plan. | Nee |
| 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. | Nee |
| Afwijkingen van het plan worden gemotiveerd toegelicht en besproken met de cliënt en zijn/haar sociale netwerk. | Nee |
| In het plan staat de naam van de eerstverantwoordelijke medewerker vermeld. | Ja |
| De eerstverantwoordelijke of diens vervanger is goed bereikbaar. | Ja |
| Het plan wordt minimaal jaarlijks geëvalueerd. | Nee |
| Van deze evaluatie wordt verslag opgemaakt. | Nee |
| De cliënt heeft het evaluatieverslag ondertekend. | Nee |
| De datum van de eerstvolgende evaluatie staat in het plan genoteerd. | Nee |
| Signalen die duiden op mogelijke decompensatie of andere incidenten/calamiteiten worden vastgelegd. | Ja |

¹ N.b. betekent 'niet beoordeeld'.

Constatering

Aanmeldingen voor thuisondersteuning worden door de Wmo consulent van de gemeente Ede gedaan bij de vestigingscoördinator. Deze geeft aan vervolgens telefonisch contact op te nemen met de cliënt voor inventarisatie van de situatie en het maken van afspraken, een enkele keer legt deze een bezoek af als sprake is van een complexe situatie.

Iedere cliënt ontvangt bij de start van het traject een fysieke zorgmap, die bij de cliënt thuis bewaard wordt. Na het eerste telefonische gesprek met de cliënt vult de vestigingscoördinator de zorgmap in en verstuurt deze naar de cliënt, waarna de medewerker start met de thuisondersteuning. De zorgmap bevat standaard:

- Informatie over de bereikbaarheid van Gelder Thuiszorg;
- Cliëntgegevens met datum indicatie, naam medewerker die de ondersteuning biedt, afgesproken dag en tijdstip voor de ondersteuning, gegevens eventuele contactpersonen en huisarts;
- Doelen- en uitvoeringsplan Hulp bij Huishouden;
- Registratieformulieren waarin de huishoudelijk medewerker de contactmomenten aftekent;
- Een ARBO checklist;
- Informatie over gegevensverwerking door Gelder Thuiszorg;
- Incidentenformulier;
- Informatie over de klachtenregeling en een klachtenformulier;
- Formulier schademelding en aansprakelijkheidsstelling.

Gedurende het onderzoek zijn door de toezichthouder in totaal zeven zorgmappen ingezien.

Alle gesproken cliënten zijn in het bezit van een zorgmap, maar uit gesprekken met medewerkers blijkt dat niet alle cliënten die zij ondersteunen een zorgmap in bezit hebben. De medewerkers geven daarnaast aan niet naar de inhoud van de zorgmap te kijken, maar enkel de urenregistratie hierin te gebruiken.

Van de vier gesproken cliënten geeft slechts één aan dat de zorgmap daadwerkelijk gebruikt wordt. Hierin wordt dan voornamelijk de urenregistratie bijgehouden met een aftekenlijst. De overige drie cliënten geven aan dat de zorgmap niet gebruikt wordt. Uit inzage in de zorgmappen blijken hier de registratielijsten inderdaad niet ingevuld te zijn.

In het doelen- en uitvoeringsplan in de zorgmap moet informatie over de leefsituatie van de client worden opgenomen en moet worden beschreven welke werkzaamheden de cliënt zelf niet meer uit kan voeren. In het format voor het doelen- en uitvoeringsplan ontbreken doelen en het plan wordt niet voor akkoord ondertekend door de cliënt.

Ten aanzien van afspraken is in het format een takenlijst opgenomen waarin aangevinkt moet worden wat de cliënt zelf doet, wat de mantelzorger doet en wat de medewerker doet.

Dit doelen- en uitvoeringsplan wordt in de praktijk echter niet of niet volledig ingevuld. De doelen- en uitvoeringsplannen in de door de toezichthouder geziene zorgmappen zijn allen onvolledig. In drie plannen is enkel opgenomen wat de cliënt niet meer zelf kan, zonder dat vervolgens acties/taken zijn afgesproken en opgenomen. In twee plannen is enkel de takenlijst ingevuld (in één is enkel opgenomen wat de medewerker doet en in de ander enkel wat de cliënt en mantelzorger zelf doen). Twee plannen zijn helemaal niet ingevuld. Van een begeleidingsplan met concrete doelen en afspraken is hierdoor bij geen van de cliënten sprake.

Gesproken cliënten weten veelal niet van vooraf gemaakte afspraken af. Zij maken met de huishoudelijke medewerker bij de start van het zorgmoment afspraken over wat er dat zorgmoment gedaan moet worden.

Evaluatie van het plan en de afspraken vindt niet plaats, zo blijkt uit gesprekken met de aanbieder, de cliënten en de medewerkers.

In de functieprofielen voor Medewerker Huishoudelijke Hulp HV 1 en 2 is opgenomen dat de medewerker verantwoordelijk is voor de invulling van de cliëntdossiers. Medewerkers geven echter aan enkel de registratie in te moeten vullen. De vestigingscoördinator vult de zorgmap in na aanmelding. Hierna wordt deze niet verder bijgehouden.

Naast de zorgmap hebben medewerkers toegang tot een app waarin zij digitale cliëntdossiers kunnen inzien. Hierin zien zij bijvoorbeeld de inhoud van de beschikking en wat eventuele afwijkende afspraken zijn die de vestigingscoördinator met cliënten of gemeente gemaakt heeft. Hierin worden ook eventuele signalen vastgelegd als deze zijn besproken of opgepakt met/door de vestigingscoördinator. Enkele gesproken medewerkers geven echter aan niet altijd te weten wat ze aantreffen als ze naar een nieuwe cliënt gaan. De informatievoorziening wordt als aandachtspunt genoemd.

| 1.2 Uitvoering begeleiding en aansluiting op de Wmo doelen | Ja/nee/deels n.v.t./n.b. |
|---|--------------------------|
| 24 uren zorg/begeleiding is gewaarborgd. | N.v.t. |
| Het ondersteuningsaanbod van de aanbieder is gericht op vergroten van de zelfredzaamheid en de participatie van de cliënten. | Ja |
| Er wordt gewerkt richting de uitstroom van de cliënten (bijv. richting een vervolgtraject). Indien van toepassing is er sprake van afschaling van begeleiding. | N.v.t. |
| De inbreng van een multidisciplinair team (indien van toepassing) is zichtbaar in het ondersteuningsplan. | Nee |
| De afstemming tussen dagbesteding, werk en wonen, is zichtbaar in het plan (1 cliënt, 1 plan). | Nee |
| De aanbieder legt schriftelijk vast hoe de ondersteuning georganiseerd is. De aanbieder maakt gebruik van bewezen effectieve interventies en/of best practices. | Nee |
| Voor thuisondersteuning (mantelzorgers): de ondersteuning is gericht op: <ul style="list-style-type: none"> • Uitvoeren van praktische huishoudelijke werkzaamheden m.b.t. het dagelijkse leven; • Uitvoeren van preventieve interventies; • Signalering van verandering in de situatie. | Deels |

Constatering

In de functieprofielen van de huishoudelijke medewerkers is opgenomen dat deze ook een signalerende functie heeft: *“Naast de primaire zorg voor het ondersteunen van de cliënt, kan de Medewerker Huishoudelijke Hulp ook bijdragen aan de dienstverlening van Gelder Thuiszorg richting cliënten door veranderingen in de situatie van de cliënt te signaleren”.*

Medewerkers en de vestigingscoördinator geven aan dat slechts sinds kort een vorm van deskundigheidsbevordering plaatsvindt waardoor invulling wordt gegeven aan de signalerende functie. In dit kader heeft nu één themabijeenkomst plaatsgevonden die betrekking had op hoe ermee om te gaan als een cliënt de deur niet opendoet. De aanbieder geeft daarnaast aan dat moeilijke situaties altijd worden besproken in het teamoverleg om hier met elkaar van te leren.

De aanbieder is voornemens meer themabijeenkomsten te organiseren zodat medewerkers de signalerende taak beter vorm kunnen geven. Geen van de gesproken medewerkers heeft, afgezien van de eerste themabijeenkomst, informatie ontvangen waarmee de signalerende functie vormgegeven kan worden. Zo zijn signalen van huiselijk geweld of kindermishandeling met hen bijvoorbeeld niet besproken.

Medewerkers geven aan dat zij waar mogelijk cliënten laten helpen bij de ondersteuning. Uit gesprekken met cliënten en medewerkers blijkt dat aandacht besteed wordt aan het bevorderen van zelfredzaamheid. Afspraken hierover worden echter niet vastgelegd.

Het grootste deel van de cliënten is op dermate hoge leeftijd dat aanleren van vaardigheden of participatie niet aan de orde is. In dat geval wordt de ondersteuning overgenomen en afschalen of uitstroom is dan ook veelal niet aan de orde.

| 2 Veiligheid | |
|---|---------------------------------|
| Wettelijke kwaliteitseis: De voorziening is veilig (Wmo 2015, art. 3.1, tweede lid sub a.). | |
| In het kader van de geboden voorziening wordt de veiligheid van de cliënt gewaarborgd. | |
| 2.1 Protocollen en afspraken | Ja/nee/deels n.v.t./n.b. |
| De organisatie heeft werkinstructies en handelingsprotocollen. | Ja |
| De instructies en protocollen zijn actueel. | Deels |
| De aanbieder kent een agressieprotocol. | Nee |
| Het personeel is geschoold in het omgaan met agressie. | Nee |

Constatering

De aanbieder heeft werkinstructies en handelingsprotocollen. Een deel hiervan is ouder dan drie jaar (2020 of 2021) en daarmee verouderd. De aanbieder geeft aan dat documenten wel regelmatig herzien worden en ook aangepast zijn, maar kan dit in het systeem niet aantonen. Data in de documenten en een revisiedatum zijn hierin niet aangepast.

De gesproken medewerkers zijn niet bekend met de werkinstructies en protocollen. De aanbieder geeft hierover aan het niet passend te vinden de volledige protocollen met de medewerkers te delen omdat in dit werkveld geen sprake is van een "leescultuur". Medewerkers worden op de hoogte gesteld van afspraken middels nieuwsbrieven en werkoverleg, maar hebben geen toegang tot protocollen. De medewerkers zijn echter onvoldoende op de hoogte gesteld van gemaakte afspraken, zo blijkt uit de gesprekken.

De aanbieder kent geen agressieprotocol en medewerkers zijn niet geschoold in omgaan met agressie. Medewerkers geven aan handvatten hiervoor te missen. De aanbieder is voornemens dit op te nemen in een komende themabijeenkomst.

| 2.2 Medicatie en verdovende middelen (alleen indien van toepassing) | Ja/nee/deels n.v.t./n.b. |
|---|-------------------------------------|
| De organisatie kent een medicatieprotocol. | N.v.t |
| De organisatie kent een protocol drang- en dwangmaatregelen. | N.v.t. |
| Voor iedere cliënt is een actueel medicatieoverzicht (toedienlijst of deellijst) aanwezig. | N.v.t. |
| In het ondersteuningsplan van de cliënt is dit medicatieoverzicht (zonder doseringen) opgenomen, met vermelding van reden van gebruik. | N.v.t. |
| Alle medicatie staat op naam van cliënten. Geen voorraden zonder naam, m.u.v. een werkvoorraad die voldoet aan de 'handreiking werkvoorraad geneesmiddelen ² '. | N.v.t. |
| Elk medicijn dat wordt toegediend wordt op datum en tijdstip afgetekend op een aftekenlijst. | N.v.t. |
| 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"> • In de koelkast gescheiden van voedingsmiddelen; • In een afgesloten medicijnkast; • Opiaten in afgesloten kast/kist gescheiden van de overige medicatie; • Sleutelbeheer is adequaat geregeld; • Houdbaarheidsdata actueel. | N.v.t. |
| Bij toediening van medicatie die niet in een GDS-verpakking ³ zit (=baxter) en waarbij sprake is van aantoonbaar risico in geval van verkeerde dosering vindt aantoonbaar controle plaats door een tweede, bekwame persoon. | N.v.t. |
| De organisatie heeft afspraken gemaakt over het gebruik van alcohol en verdovende middelen. | Deels |

Constatering

De aanbieder heeft medicatiebeleid opgesteld, maar dit is enkel gericht op de thuiszorg, niet op de thuisondersteuning. Binnen de thuisondersteuning wordt niets met medicatie gedaan, waardoor betreffende eisen niet zijn beoordeeld.

De aanbieder heeft in beleid of de zorgovereenkomst voor cliënten geen afspraken opgenomen omtrent het gebruik van alcohol en verdovende middelen. Voor medewerkers zijn deze in de gedragscode wel opgenomen. Echter; de aanbieder verwijst in de arbeidsovereenkomst naar de gedragscode, maar verstrekt deze niet standaard aan medewerkers, waardoor medewerkers hiermee niet bekend zijn.

² Handreiking werkvoorraad geneesmiddelen. Actiz, GGZNederland, VGN 2011

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

De aanbieder zag tijdens het bezoek dat de gedragscode voor medewerkers wel inzichtelijk is op het medewerkersportaal.

Uit het gesprek met de aanbieder blijkt dat met cliënten soms mondeling wel afspraken gemaakt worden, bijvoorbeeld dat gebruik van drugs niet toegestaan is in het bijzijn van de huishoudelijke medewerker. Deze afspraken worden echter onvoldoende vastgelegd.

| 2.3 Risico-inventarisatie | Ja/nee/deels n.v.t./n.b. |
|--|-------------------------------------|
| Het ondersteuningsplan bevat een risico-inventarisatie op die onderwerpen die voor de cliënt van toepassing zijn. | Nee |
| Eventuele veiligheidsrisico's en de eigen verantwoordelijkheid van de cliënt zijn besproken met cliënt en zijn/haar sociale netwerk. | Deels |
| Als wordt afgeweken van de risicoanalyse wordt dit gemotiveerd en besproken met cliënt en zijn haar sociale netwerk. | Nee |
| De organisatie kent een brandveiligheids- en ontruimingsplan ⁴ . | N.v.t. |
| Periodiek wordt ontruiming geoefend. | N.v.t. |
| Het gebouw en de inventaris zijn schoon en onderhouden. | N.v.t. |

Constatering

Er is geen sprake van een risico-inventarisatie die wordt afgenomen op onderwerpen die voor de cliënt van toepassing zijn, waarover vervolgens afspraken worden opgenomen in het ondersteuningsplan. De zorgmap bevat wel een Arbo checklist waarin wordt gekeken of bijvoorbeeld schoonmaakmaterialen aanwezig zijn. In de praktijk blijkt deze checklist echter in geen van de zorgmappen ingevuld te zijn.

Medewerkers geven daarnaast aan bijzonderheden, signalen of risico's niet altijd te kunnen bespreken met sociale omgeving van de cliënt omdat de gegevens van contactpersonen soms ontbreken in de zorgmap of in het digitale dossier.

Omdat de ondersteuning in de thuish situatie wordt geboden zijn de eisen omtrent brandveiligheids- en ontruimingsplan, het oefenen van ontruiming en het schoon en onderhouden zijn van het gebouw niet van toepassing.

| 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. | Nee |

⁴ 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 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. | Deels |
| De aanbieder bevordert de kennis en het gebruik van de meldcode. | Nee |
| Medewerkers zijn geïnstrueerd over en in staat tot het hanteren van de meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling. | Nee |

Constatering

De aanbieder beschikt over een protocol '*Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling in de dagelijkse praktijk*', waarin de eerste twee stappen van de meldcode zijn uitgewerkt. De meldcode is gericht op de huishoudelijke medewerkers en in het protocol is duidelijk beschreven op welke signalen de huishoudelijke medewerker moet letten en welke acties deze moet ondernemen, namelijk bij stap 2 de vestigingscoördinator informeren.

Het verdere verloop van de meldcode, vanaf stap 3, is niet uitgewerkt in beleid. De aanbieder geeft aan dat de meldcode nog verder uitgewerkt moet worden. Gedurende het onderzoek heeft de aanbieder een aangepaste meldcode aan de toezichthouder gestuurd. Hierin ontbreken echter nog steeds de stappen 3 tot en met 5 van de meldcode.

Hieruit blijkt geen sprake van een meldcode waarin de vijf stappen zijn opgenomen en die er aan bijdraagt dat snel en adequaat hulp geboden kan worden.

Gesproken medewerkers zijn niet op de hoogte van gemaakte afspraken en zijn niet geïnstrueerd of bekend gemaakt met de meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling, waardoor zij hier niet op kunnen signaleren. De aanbieder is voornemens dit in een themabijeenkomst op te nemen.

Medewerkers geven verder aan dat met hen niet besproken is wat zij moeten doen bij agressie of bij grensoverschrijdend gedrag.

In het geval van bijzonderheden, vragen of twijfels neemt de huishoudelijke medewerker wel altijd contact op met de vestigingscoördinator, zoals beschreven is in de meldcode.

Eén van de gesproken medewerkers noemt een situatie van grensoverschrijdend gedrag van een cliënt naar de medewerker. De situatie is volgens de medewerker goed opgepakt. De situatie is echter niet afgehandeld conform gemaakte afspraken en de afspraken hierover zijn bij de gesproken medewerkers onvoldoende duidelijk.

De aanbieder heeft in de gedragscode afspraken opgenomen omtrent beleid en visie ten aanzien van vriendschap etc. In de praktijk blijken medewerkers echter niet bekend met de gedragscode. De aanbieder geeft aan dat medewerkers bij indienstreding een welkomstbrief ontvangen waarin staat dat ze de gedragscode kunnen opvragen.

| 3 Samenwerking en afstemming | |
|--|-------------------------------------|
| <i>Wettelijke kwaliteitseis: De voorziening is afgestemd op de reële behoefte van de cliënt en andere vormen van zorg of hulp (Wmo 2015 art. 3.1, tweede lid sub b)</i> | |
| Afspraken over de benodigde zorg/ondersteuning, alsmede afspraken over de afstemming met andere partijen, waaronder overdracht, zijn vastgelegd in het ondersteuningsdossier en zijn bekend bij de cliënt en zijn sociale netwerk. | |
| 3.1 Afstemming met andere hulp- of zorgverleners | Ja/nee/deels n.v.t./n.b. |
| Met andere hulp- en zorgverleners (huisartsen, wijkverpleging e.d.) vindt afstemming en de noodzakelijke gegevensuitwisseling plaats. | Ja |
| De afspraken worden schriftelijk vastgelegd. | Deels |
| Bij samenwerking met andere hulp- en zorgverleners wordt vastgelegd wat de aard is van de relatie, waaronder begrepen verantwoordelijkheden, taken en beslissingsbevoegdheden. | 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. | Nee |
| Wanneer een cliënt instroomt vanuit een andere aanbieder, dan wel uitstroomt naar een andere aanbieder, vindt zorgvuldige overdracht tussen aanbieders plaats. | N.v.t. |
| Bij meervoudige, complexe problematiek is er één regisseur of coördinator die de samenhang en continuïteit bewaakt en toegang heeft tot de noodzakelijke gegevens. | N.v.t. |
| De tweede lijn is direct beschikbaar. | Nee |
| Bij mogelijke decompensatie onderneemt de begeleiding actie richting behandelaar/huisarts. | N.v.t. |

Constatering

De aanbieder geeft aan dat samenwerking met andere organisaties weinig plaatsvindt omdat hiervan binnen de thuisondersteuning weinig sprake is. Er vindt voornamelijk afstemming plaats met de Wmo consulent van de gemeente of met familie/mantelzorgers. Dit wordt opgepakt door de vestigingscoördinator. Afspraken hierover worden schriftelijk vastgelegd door de vestigingscoördinator in de app.

In het doelen- en uitvoeringsplan dient te worden vastgelegd van wie de cliënt verder ondersteuning ontvangt en of cliënt akkoord gaat met afstemming hiermee. Dit onderdeel is in de zorgmappen die zijn echter gezien echter niet ingevuld. In de zorgmap kan ook de huisarts van de cliënt opgenomen worden, maar ook deze is veelal niet ingevuld.

De eis met betrekking tot overdracht van en naar de zorgaanbieder kon tijdens het inspectiebezoek niet beoordeeld worden. Een gesproken consulent van de gemeente Ede geeft aan dat overdracht bij afsluiting altijd plaats dient te vinden aan de Wmo consulent die dit dan doorzet naar de nieuwe zorgaanbieder. De aanbieder draagt hierbij dus niet over aan de nieuwe aanbieder.

| 3.2 Samenwerking en afstemming met de gemeente (Wmo consulent) | Ja/nee/deels n.v.t./n.b. |
|--|---------------------------------|
| De gemeente Ede is regisseur op het proces en coördineert de samenwerking vanuit het gedachtegoed 'één gezin, één plan, één regisseur'. De aanbieder voert regie op de inhoudelijke uitvoering van het begeleidingsplan. | Ja |
| De aanbieder informeert de gemeente in het kader van het uitvoeren van de herindicatie tijdig wanneer de door de gemeente gestelde doelen/resultaten niet binnen de gestelde termijn realiseerbaar blijken. | Ja |

Constatering

| |
|--|
| <p>De aanbieder geeft aan bij bijzonderheden altijd de Wmo consulent van de gemeente Ede te informeren. De aanbieder is tevreden over de samenwerking met de consulenten van de gemeente Ede.</p> <p>Tijdens het inspectiebezoek is een situatie besproken waarbij een cliënt grensoverschrijdend gedrag vertoonde naar een medewerker. Deze situatie is direct besproken met de Wmo consulent.</p> <p>Ook de gesproken consulenten van de gemeente Ede herkennen zich hierin en zijn tevreden over de onderlinge afstemming. Zij worden geïnformeerd bij bijzonderheden. Ook wordt genoemd dat de aanbieder duidelijk is over het al dan niet kunnen bieden van ondersteuning bij nieuwe aanmeldingen. Indien de aanbieder plek heeft kan ook snel gestart worden met het bieden van de ondersteuning, veelal dezelfde week.</p> <p>Een gesproken consulent geeft hierbij aan het positief te vinden dat de aanbieder niet kritisch is ten aanzien van postcodes van cliënten en dus ook cliënten die in het buitengebied wonen aanneemt.</p> |
|--|

| 4 Kwaliteit van personeel en organisatie | |
|---|---------------------------------|
| <i>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.)</i> | |
| De beroepskracht is voldoende op de hoogte van de persoonlijke omstandigheden en levensgeschiedenis van de cliënt. | |
| 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 aanbieder beschikt over een kwaliteitsborgingscertificaat afgegeven door een door de Raad voor Accreditatie (RvA) aangewezen instelling. Voorbeelden van certificaten zijn: <ul style="list-style-type: none"> • HKZ • ISO voor de zorg • NIAZ • PREZO • Kwaliteitswaarborg Zorgboerderijen | Ja |

| | |
|--|-------|
| De organisatie is aangesloten bij een beroepsvereniging/ branchevereniging. | Ja |
| Kwaliteitsverbeteringen op basis van signalen van cliënten (zoals klachten) en van cliënt- en medewerkerstevredenheidsonderzoeken) zijn aantoonbaar. | Ja |
| 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 is ISO 9001 gecertificeerd en is aangesloten bij WGV Zorg en Welzijn, een regionaal samenwerkingsverband van ongeveer 190 zorg- en welzijnsorganisaties.

Om goed aangesloten te zijn bij gemeentelijke en regionale ontwikkelingen is de aanbieder daarnaast aangesloten bij overlegtafels voor afstemming met gemeente en andere zorgpartijen.

De aanbieder heeft een kwaliteitsmanagementsysteem en beschikt over een kwaliteitshandboek. De documenten worden door het directieteam actueel gehouden. Hiervoor is een beheersplan opgesteld waarin een planningslijst is opgenomen met eventuele acties die nog uitgezet dienen te worden zoals controle van protocollen.

Documenten die zijn getoond hebben echter soms een opstellings- of revisiedatum in 2020 of 2021 en zijn hiermee verouderd. De aanbieder geeft aan dat er wel controle of aanpassingen hebben plaatsgevonden, maar dit niet vastgelegd is. Tijdens het inspectiebezoek kon niet aangetoond worden dat wel controle of aanpassingen van de documenten had plaatsgevonden.

De aanbieder voert cliënttevredenheidsonderzoeken uit door cliënten middels een flyer met een QR-code te vragen naar ervaringen. Dit betreft een anoniem tevredenheidsonderzoek dat eens per 2 jaar wordt uitgevoerd. In dit tevredenheidsonderzoek worden cliënten ook gewezen op de aanwezigheid van de cliëntenraad en wordt gevraagd of cliënten interesse hebben in deelname.

Daarnaast worden verzuimmedewerkers ingezet om steekproefsgewijs of op voorspraak van een vestigingscoördinator cliënten te bellen en te vragen naar hun ervaringen. In 2023 zijn in dit kader cliënten uit Ede gebeld.

Ten aanzien van continuïteit geven zowel de aanbieder als cliënten in de gemeente Ede aan dat vervanging bij vakantie van medewerkers veelal plaatsvindt. Bij ziekte van een medewerker lukt dit niet altijd.

Cliënten die in het buitengebied wonen geven echter aan dat dit moeilijk is en dat zij soms niet eens meer om vervanging vragen, omdat ze al weten dat dit niet kan. De aanbieder noemt zelf ook dat het moeilijk is om vervanging te organiseren in het buitengebied omdat medewerkers de beschikking over een auto moeten hebben.

| 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. | Nee |
| De aangewezen beroepskracht is vakbekwaam. | 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 maximaal drie jaar oud is en minimaal getoetst is op: <ul style="list-style-type: none"> • Het verlenen van diensten (nr. 41); • Het verlenen van diensten in de persoonlijke leefomgeving (nr. 43); • Belast zijn met de zorg voor (hulpbehoevende) personen, zoals ouderen en gehandicapten (nr. 85) • Screeningsprofiel 45 'gezondheidszorg en welzijn van mens en dier'. | Deels |
| De aanbieder heeft een ondernemingsraad (or) of personeelsvertegenwoordiging (pvt) bestaande uit democratisch gekozen werknemers ⁵ . | Ja |
| De aanbieder meet periodiek de medewerkerstevredenheid. | Ja |

Constatering

Het team dat de ondersteuning in de gemeente Ede biedt bestaat uit 28 huishoudelijke medewerkers, aangestuurd door een vestigingscoördinator. De aanbieder geeft aan dat sprake is van een stabiel team. Zeker de helft is langer dan een jaar werkzaam voor de organisatie.

Van de huishoudelijke medewerkers zitten zes/zeven huishoudelijke medewerkers in een traject gericht op toeleiding naar werk, veelal gekoppeld aan het ontvangen van een uitkering. De organisatie Werkkracht meldt de medewerkers aan bij de aanbieder en biedt deze medewerkers arbeidsmatige ondersteuning. De aanbieder heeft daarnaast twee eigen medewerkers een training laten volgen door Werkkracht om de betreffende medewerkers waar nodig ondersteuning te kunnen bieden.

Aansturing op organisatieniveau vindt plaats door een directeur en projectleider. Voor personeelszaken wordt gebruik gemaakt van een externe.

Gesproken medewerkers zijn zichtbaar op de hoogte van persoonlijke levensomstandigheden van cliënten en maken een betrokken indruk. Cliënten geven veelal aan dat medewerkers betrokken zijn. Eén cliënt noemt een voorbeeld van een huishoudelijke medewerker die na het overlijden van de partner van de cliënt soep kwam brengen.

⁵ In ondernemingen waar 10 tot 50 mensen werken en waar geen ondernemingsraad is, kan een personeelsvertegenwoordiging (PVT) in het leven worden geroepen. De organisatie is daartoe verplicht als meer dan de helft van het personeel aangeeft behoefte aan een PVT te hebben (WOR, art. 35).

De toezichthouder heeft tijdens het inspectiebezoek een steekproef uitgevoerd en van elf willekeurige medewerkers het personeelsdossier ingezien. Geen van de dossiers bevatten diploma's of certificaten van medewerkers, waarmee niet aan de gestelde opleidingseis wordt voldaan.

VOG's worden aangevraagd bij indiensttreding. De aanbieder geeft aan originele VOG's in te zien en vervolgens een kopie in het personeelsdossier op te nemen.

Van de ingeziene personeelsdossiers bevatten zeven een VOG conform gestelde eisen, drie VOG's zijn niet aangevraagd op functieaspect 43 (wel op 41 en 85) en in één dossier ontbreekt een VOG.

De aanbieder meet iedere twee jaar medewerkerstevredenheid en heeft een centrale ondernemingsraad.

Uit de gesprekken met medewerkers blijken de taken en verantwoordelijkheden niet altijd helder. Zo is voor medewerkers niet duidelijk wie wat moet invullen in de zorgmap van de cliënt. In de functieomschrijving is opgenomen dat de huishoudelijke medewerker dit moet doen. In de praktijk ligt dit bij de vestigingscoördinator. Een gesproken medewerker geeft ook aan niet te weten of deze informatie in de zorgmap mag aanpassen.

Het team heeft in het afgelopen jaar een doorontwikkeling doorgemaakt waarbij meer overleg plaatsvindt in het team, deskundigheidsbevordering is opgestart en de vestigingscoördinator dichter bij de medewerkers staat door meer overleg en afstemmingsmomenten. Ook vindt sinds vorig jaar twee keer per jaar werkoverleg plaats. Daarnaast vindt tweemaal per jaar communicatie naar het team plaats over organisatieontwikkelingen en gemaakte afspraken via een nieuwsbrief.

De vestigingscoördinator voert nu verder ook functioneringsgesprekken met medewerkers en belt voorafgaand aan het gesprek enkele cliënten om ervaringen op te vragen. Dit wordt dan meegenomen in het functioneringsgesprek.

Medewerkers die al langer in dienst zijn geven aan dat het afgelopen jaar de communicatie veranderd is. Alle gesproken medewerkers noemen de vestigingscoördinator als aanspreekpunt en geven aan dat deze voor hen beschikbaar en bereikbaar is.

Als aandachtspunt noemen de medewerkers de opkomst bij werkoverleggen. Deze zijn niet verplicht en slechts een deel van het team (8-10 personen) sluit hierbij aan. Het elkaar niet goed kennen wordt als gemis ervaren. Medewerkers vertellen het lastig te vinden dat zij medewerkers niet kennen en over andere medewerkers enkel horen via cliënten als zij collega's vervangen bij vakantie of ziekte.

In gesprek met medewerkers blijkt verder geen sprake te zijn van een cultuur waarbij medewerkers elkaar aanspreken. Zo noemen medewerkers voorbeelden van cliënten die aangeven dat een medewerker bij hen rookt of zich onvriendelijk gedraagt. Hiervan maken zij geen melding en dit wordt niet met elkaar besproken.

Ten behoeve van het onderzoek zijn twee medewerkers gesproken die sinds kort de werkzaamheden uitvoeren. Ondanks de ingezette veranderingen geven zij aan minimale instructie te hebben ontvangen voordat zij werkzaamheden uit gingen voeren. Aandacht voor nieuwe medewerkers wordt als wisselend ervaren. Eén van de nieuwe medewerkers geeft aan dat gebeld is om te vragen hoe het eerste zorgmoment ging. Een andere medewerker, die nog geen enkele werkervaring had, miste dit. Deze gaf aan de eerste paar maanden gewerkt te hebben zonder iets te horen vanuit de organisatie. Beide geven verder aan geen informatie te hebben ontvangen omtrent hoe om te gaan met signalen van bijvoorbeeld huiselijk geweld of afspraken omtrent het melden van incidenten.

Medewerkers geven verder aan niet altijd te weten wat ze aantreffen als ze naar een nieuwe cliënt gaan. Deze informatievoorziening wordt als aandachtspunt genoemd. Dit betreft dan bijvoorbeeld of er gerookt wordt in huis of dat er huisdieren zijn.

| 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. | Nee |
| Voor thuisondersteuning (mantelzorgers): de medewerker heeft ten minste een voltwoide opleiding in de richting van zorghulp, niveau 1. | Nee |
| De aanbieder biedt de beroepskrachten passende bijscholing. | Nee |

Constatering

De aanbieder heeft een functieprofiel opgesteld voor de medewerker huishoudelijke hulp. Hierin is LBO/MBO werk- en denkniveau als opleidingseis opgenomen, evenals minimaal een jaar werkervaring. In de praktijk wordt er bij indiensttreding echter niet naar opleidingen of werkervaring gekeken. Geen van de personeelsdossiers bevat diploma's en niet iedereen die in dienst treedt heeft werkervaring. Eén van de gesproken nieuwe medewerkers geeft aan geen werkervaring te hebben gehad en zonder instructie te zijn gestart met de werkzaamheden bij de aanbieder. Ondersteuning van de aanbieder werd gemist.

De aanbieder heeft scholingsbeleid opgesteld waarin een jaarplanning is opgenomen met EHBO en een training schoonmaakvaardigheden voor de huishoudelijke medewerkers. In de praktijk wordt dit echter niet geboden en vindt scholing voornamelijk plaats voor medewerkers van de thuiszorg. Wel vinden sinds kort themabijeenkomsten en werkoverleggen plaats voor de medewerkers die thuisondersteuning bieden. De aanbieder geeft aan dat hierbij geen verplichting speelt, waardoor niet iedereen hierin participeert: *"We kunnen medewerkers niet verplichten om naar een werkoverleg te komen"*, aldus de aanbieder.

In gesprek geeft de aanbieder aan een e-learning aan te bieden aan medewerkers bij indiensttreding. Er wordt vervolgens echter niet gekeken of de medewerker deze ook gevolgd heeft en hieruit volgt geen certificaat. Bij navraag blijkt de e-learning een verwijzing te zijn naar de website www.ras.nl (Raad voor Arbeidsverhoudingen Schoonmaak- en Glazenwassersbranche). Op deze website staan enkele tips om veilig te werken, maar dit betreft geen e-learning. Hieruit blijkt geen sprake van een passend scholingsaanbod voor medewerkers, waardoor niet aan de gestelde eis wordt voldaan.

| 5 Rechten van de cliënt | |
|---|-------------------------------------|
| <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> | |
| De bejegening door de beroepskracht van de cliënt is passend en correct. | |
| 5.1 Algemeen | Ja/nee/deels n.v.t./n.b. |
| 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 |
| De aanbieder heeft op de eigen website op een begrijpelijke wijze kenbaar gemaakt welke diensten hij aanbiedt en op welke plek deze diensten geboden worden. | Ja |

Constatering

| |
|---|
| <p>Alle gesproken cliënten zijn tevreden over de bejegening door de huishoudelijke medewerkers. Wel blijkt er uit de gesprekken met de cliënten soms onduidelijkheid te bestaan over bijvoorbeeld gangbare afspraken. Zo geeft een cliënt aan dat diens slaapkamer niet schoongemaakt kan worden omdat deze zich op de tweede verdieping bevindt en de medewerker hier niet mag schoonmaken. Een gesproken medewerker kent deze afspraak niet.</p> <p>Alle cliënten ontvangen een zorgmap waarin o.a. informatie over klachten is opgenomen. Ook wordt een zorgovereenkomst met hen afgesloten. Geen van de gesproken cliënten geeft echter aan op de hoogte te zijn van afspraken ten aanzien van het melden van klachten of hierover geïnformeerd te zijn. Allen hebben zij middels de zorgmap hierover wel informatie ontvangen.</p> <p>De aanbieder beschikt over een duidelijke website waarop informatie is opgenomen over de organisatie en de diensten die worden aangeboden. Hierop is ook informatie over de klachtenregeling en de cliëntenraad opgenomen.</p> |
|---|

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

Constatering

| |
|--|
| De aanbieder wijst cliënten niet op het bestaan van patiëntenverenigingen of lotgenotencontactgroepen. |
|--|

De aanbieder heeft geen formeel beleid opgesteld omtrent medezeggenschap, maar heeft op de website wel opgenomen hoe zij medezeggenschap vormgeeft, namelijk door de inzet van een ondernemingsraad en een cliëntenraad. De cliëntenraad betreft een centrale cliëntenraad voor de huishoudelijke ondersteuning en de verpleging & verzorging.
Van de overleggen worden notulen opgesteld die ten behoeve van het onderzoek zijn ingezien.

| 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 (persoonsgegevens, medische gegevens e.d.). | Ja |

Constatering

De aanbieder gaat zorgvuldig om met de uitwisseling van gevoelige informatie. Voor inzage in de zorgmappen door de toezichthouder is toestemming gevraagd aan cliënten.
Gesproken cliënten geven aan dat de ondersteuning plaatsvindt met inachtneming van hun privacy.

| 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. | Nee |
| Melden, registreren, analyse verbeteractie en terugkoppelen aan melder en team is geregeld. | Nee |
| Er is sprake van een lerende organisatie. | Deels |
| Een speciale commissie behandelt incidentmeldingen en brengt verbetervoorstellen uit. | Nee |
| Nazorg bij incidenten is geregeld. | Nee |
| De aanbieder hanteert een klachtenregeling voor de afhandeling van klachten van de cliënt over gedragingen van de aanbieder jegens de cliënt. De klachtenregeling is door de aanbieder schriftelijk vastgelegd. | 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. | Ja |

Constatering

De aanbieder kent een klachtenprocedure die op de website is opgenomen en in de zorgmap voor cliënten. Gesproken cliënten zijn allen niet bekend met de klachtenprocedure en geven aan dat de zorgmap eigenlijk niet gebruikt wordt. Zie hiervoor ook constatering 1.1.
Klachten kunnen worden ingediend bij het klachtensecretariaat of de klachtenfunctionaris. De aanbieder is tevens aangesloten bij een onafhankelijke geschillencommissie en verwijst hiernaar op de website.

Tot op heden is slechts één keer een formele klacht ingediend en afgehandeld. Uitingen van onvrede komen wel meer voor, meestal gericht op de planning, deze worden opgepakt door de vestigingscoördinator.

De aanbieder beschikt over het 'Protocol MIC meldingen'. Medewerkers moeten incidenten melden bij de vestigingscoördinator, die vervolgens het MIC-formulier invult en de melding zo nodig bespreekt met de wijkverpleegkundige die aan de organisatie verbonden is en ook de themabijeenkomsten verzorgt. Zo nodig vindt bespreking van incidenten in een intervisiegroep plaats. Ook komen de meldingen bij de projectleider die op organisatieniveau analyse uitvoert en hierop zo nodig actie uit kan zetten.

Naast een MIC-procedure werkt de aanbieder met MIM-formulieren voor meldingen medewerkers, bijvoorbeeld bij incidenten met agressie.

In de praktijk wordt het MIC en MIM-beleid echter niet gevolgd en blijken medewerkers onvoldoende bekend met de afspraken omtrent het melden van incidenten. Met medewerkers en de aanbieder zijn twee situaties besproken van incidenten waarbij sprake was van grensoverschrijdend gedrag door cliënten. Beide zijn door de medewerkers gemeld bij de vestigingscoördinator maar vervolgens niet volgens MIC-procedure afgehandeld. De meldingen zijn niet geanalyseerd, niet middels een formulier gemeld en zijn niet geregistreerd. Wel zijn de situaties opgepakt met de betreffende Wmo consultants van de gemeente Ede en volgens de aanbieder besproken in werkoverleggen.

De aanbieder geeft aan dat de procedure aandacht behoeft en onder de aandacht moet worden gebracht.

Uit bovenstaande blijkt dat geen sprake is van een werkend meldingssysteem voor incidenten.

| 5.5 Melden calamiteiten en geweldsincidenten | Ja/nee/deels n.v.t./n.b. |
|--|-------------------------------------|
| De aanbieder doet binnen 2 werkdagen na de calamiteit/geweldsincident melding bij de toezichthoudend ambtenaar Wmo. | Nee |
| Bij een calamiteitenonderzoek door de aanbieder: 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. |
| Indien mogelijk wordt het sociaal netwerk betrokken bij het onderzoek. | N.b. |

Constatering

De aanbieder heeft in het incidentenbeleid de meldplicht in geval van calamiteiten bij de IGJ opgenomen. De meldplicht bij de Wmo toezichthouder ontbreekt, evenals het melden van geweld bij de verstrekking van de voorziening en de regionale aanvulling dat gebeurtenissen met mogelijke maatschappelijke impact of onrust gemeld dienen te worden.

De aanbieder geeft aan dat tot op heden geen calamiteiten, geweld bij de verstrekking van de voorziening of gebeurtenissen met maatschappelijke impact of onrust zich hebben voorgedaan, waardoor de eisen die hierop betrekking hebben niet beoordeeld konden worden.

| 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. | Ja |
| <p>De aanbieder kan de ondersteuning eenzijdig opschorten of beëindigen op grond van zwaarwegende redenen. Onder zwaarwegende redenen worden ten minste verstaan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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; • Een onherstelbaar verstoorde vertrouwensrelatie; • Hygiënische omstandigheden die ernstige gezondheidsrisico's opleveren voor andere cliënten en/of personeel van de aanbieder; • Het niet nakomen van essentiële verplichtingen of regels door de cliënt, ook niet na herhaaldelijk (schriftelijk) aandringen of waarschuwen door de aanbieder. | 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

De aanbieder heeft geen beleid opgesteld omtrent het opschorten of beëindigen van de ondersteuning. In de praktijk vindt dit wel eens plaats. Met een consultant van de gemeente Ede is een situatie besproken waarbij de aanbieder de zorg eenzijdig beëindigd heeft.

De aanbieder heeft hierin goed afstemming gezocht met de gemeente en de opdracht teruggelegd in onderlinge afstemming waarop een andere zorgpartij ingezet kon worden.

Schriftelijke reactie aanbieder

Verzonden door de Projectleider Gelder Thuiszorg:

Het Rapport geeft een goed indruk van de gehouden interviews, de geïnterviewde ervaaarde de gesprekken als heel fijn.

Wij als Gelder Thuiszorg, houden interne en externe audits, dit zorgt ervoor dat we altijd bezig zijn met de vraag: zijn de processen en protocollen werkbaar en zichtbaar voor onze medewerkers in de wijk.

De aandachtspunten die uit het rapport gekomen zijn, hebben we meteen opgepakt. Een aantal procedures zijn aangepast, en bij de medewerkers onder de aandacht gebracht.

Ook kwam naar voren dat de medewerkers niet altijd op de hoogte waren van "hoe geef je je grenzen aan" bij bv cliënten die agressief gedrag vertonen of alcohol gebruiken. Ook meldpunt huiselijk geweld is aan de orde gekomen.

Wij hebben de eerste informatie sessies voor medewerkers met deze onderwerpen al opgepakt. Tevens hebben we een flyer gemaakt die we naar alle medewerkers gemaild hebben, met hoe en wanneer meld je deze punten bij je Vestiging coördinator.

Cliënten krijgen van ons allemaal een zorgmap met informatie en afspraken die we gemaakt hebben over de huishoudelijke ondersteuning. Deze kunnen we in verband met de wet privacy niet meer opsturen.

Daarom wordt deze informatie verwerkt in de Thuiszorg Planner

Verder was het fijn om te lezen dat de cliënten tevreden zijn over onze medewerkers! De gemeente Ede afdeling WMO tevreden is over onze samenwerking en ons goed kan vinden als er vragen zijn van de burgers.

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

Bijlage 1: Bronnen

Observaties

- Observaties tijdens inspectiebezoek en huisbezoeken cliënten.

Gesprekken met:

- Projectleider van Gelder Thuiszorg;
- Vestigingscoördinator van Gelder Thuiszorg Ede;
- Vier cliënten;
- Vijf huishoudelijk ondersteuners;
- Twee consulenten sociaal team Ede.

Documenten ontvangen voorafgaand aan inspectiebezoek:

- Rolprofiel Medewerker Huishoudelijke Hulp (Schoon Huis/ HV1), versie 11-02-2021;
- Rolprofiel Medewerker Huishoudelijke Hulp (Huishouden op regie/ HV2), versie 11-02-2021;
- Beleid scholing, versie 13 april 2021;
- Medicatiebeleid Gelder Thuiszorg, versie 11 maart 2021;
- Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling in de dagelijkse praktijk, versie 20-02-2020;
- Gedragscode Gelder Thuiszorg, geen datum of versienummer;
- Klachtenprocedure Gelder Thuiszorg Verzorging en Verpleging, versie 13-04-2021;
- Calamiteitenplan, versie 29-12-2020;
- Protocol MIC-meldingen, versie 29 maart 2022;
- Cliëntenraadpleging Gelder Thuiszorg 2023;
- Cliëntenraadpleging Gelder Thuiszorg 2024;
- Notulen cliëntenraadoverleg 13-12-2023, 09-2023, 05-04-2024, 24-06-2024;
- Formulier Medewerkerstevredenheidsonderzoek.

Ingezien tijdens het inspectiebezoek:

- 4 zorgmappen tijdens inspectiebezoek en 3 zorgmappen tijdens gesprekken met cliënten;
- App met digitale clientinformatie;
- Teams met alle protocollen en werkinstructies;
- Beheersplan;
- Planningslijst directieoverleg;
- 11 personeelsdossiers;
- Lege clientmap;
- Formulier cliënttevredenheidsonderzoek.

Ontvangen na het inspectiebezoek

- Schermafbeelding van beantwoording vragen aanbesteding ten aanzien van richtlijnen kwalificaties medewerkers huishoudelijke ondersteuning;
- Certificaat ISO 9001:2015, geldig tot 2 juli 2025;
- Nieuwsbrief Gelder Thuiszorg Ede 3^e editie mei/juni 2024;
- Nieuwsbrief Gelder Thuiszorg Ede september 2023;
- Welkom brief medewerker Epe, versie 20-01-2024;
- Kwaliteitshandboek versie 5.0;

- Formulier Zorgevaluatie Gelder Thuiszorg HV;
- 2024 Protocol uitleg meldcode, versie 01-05-2024;
- Meldingsformulier incidenten medewerkers Gelder Thuiszorg (MIM), versie 01-05-2024;
- Arbobeleidsplan Gelder Thuiszorg 2023/2024, datum 31-12-2023;
- Gedragscode Gelder Thuiszorg, geen datum of versienummer;

Overig

- Website www.gelderthuiszorg.nl

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

I www.ggdgm.nl



Gelderland-Midden