

WMO TOEZICHT

Onderzoeksrapport

Definitief rapport kwaliteitsonderzoek
Naam: Atlashulp B.V.
Adres: Midden Engweg 23
Postcode en woonplaats: 3882 TS Putten

Product: Huishoudelijke ondersteuning en begeleiding

Datum inspectie: 11 maart 2025
Datum rapport: 22 april 2025

In opdracht van de gemeente Nijkerk

Inhoudsopgave

Gegevensoverzicht	3
Inleiding	4
Historie	4
Onderzoek: aanleiding en belang	4
Korte beschrijving van de organisatie en de doelgroep	5
Conclusie en advies	6
Advies aan de gemeente	7
Bevindingen	8
1 Doelmatigheid voorziening	8
2 Veiligheid	10
3 Samenwerking en afstemming	12
4 Kwaliteit van personeel en organisatie	13
5 Rechten van de cliënt	15
Zienswijze aanbieder	18
Bijlage 1: bronnen	19

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	: B.V.
HKZ/ISO gecertificeerd	: HKZ
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	: Van 't Hoffstraat 24
Postcode en woonplaats	: 3863 AX Nijkerk

Planning

Datum onderzoek	: 11 maart 2025
Opstellen concept onderzoeksrapport	: 4 april 2025
Hoor/wederhoor	: 11 april 2025
Zienswijze ontvangen	: -
Vaststelling onderzoeksrapport	: 22 april 2025
Verzending onderzoeksrapport	: 22 april 2025

Inleiding

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

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

De Wmo toezichthouder van GGD Gelderland-Midden heeft in opdracht van de gemeente Nijkerk een kwaliteitsonderzoek uitgevoerd bij Atlashulp B.V. (hierna: de aanbieder). 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 zorgaanbieders.

De rapporten van Wmo kwaliteitstoezicht uitgevoerd door de toezichthouders van de GGD Gelderland-Midden worden gepubliceerd op de website www.ggdgm.nl. Bezwaar op de openbaarmaking van het rapport van het kwaliteitsonderzoek uitgevoerd bij de aanbieder kan worden ingediend bij de gemeente Nijkerk.

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.

Historie

Op **21 september 2021** heeft de Wmo toezichthouder van GGD Gelderland-Midden proactief toezicht uitgevoerd bij de aanbieder in opdracht van de gemeente Nijkerk middels een quickscan. De quickscan is een verkorte variant van een kwaliteitsonderzoek waarin geselecteerde basiseisen worden getoetst. Aandachtspunten voortkomend uit de quickscan waren gericht op ondersteuningsplannen, evaluatie, risico inventarisaties, protocollen, kwaliteitsborging, melden van incidenten en calamiteiten, kwalificaties en VOG's van medewerkers en rechten van de cliënt.

De Wmo toezichthouder adviseerde de gemeente Nijkerk hierop om een volledig kwaliteitsonderzoek uit te (laten) voeren.

Naar aanleiding hiervan heeft de Wmo toezichthouder van GGD Gelderland-Midden op **15 december 2022** een volledig kwaliteitsonderzoek uitgevoerd bij de aanbieder. Er werden tijdens dit onderzoek tekortkomingen geconstateerd aangaande de inhoud van cliëntdossiers, de aanwezigheid, inhoud en implementatie van werkinstructies en protocollen, continuïteit van de geboden ondersteuning, deskundigheidsbevordering, kwalificaties en VOG's van medewerkers, medezeggenschap en de klachtenregeling.

De Wmo toezichthouder adviseerde de gemeente Nijkerk hierop te handhaven conform handhavingsbeleid.

Onderzoek: aanleiding en belang

De gemeente Nijkerk heeft de Wmo toezichthouder verzocht opnieuw onderzoek uit te voeren bij de aanbieder. Het onderzoek had als doel na te gaan of de aanbieder nu 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. Op 11 maart 2025 heeft een inspectiebezoek plaatsgevonden aan de aanbieder. Dit betrof een aangekondigd bezoek aan het kantoor van de aanbieder in Putten waar een gesprek heeft plaatsgevonden met de eigenaar van Atlashulp B.V.

Er hebben daarnaast separaat gesprekken plaatsgevonden met vijf medewerkers (waarvan één ZZP'er) en drie cliënten. Ook is gesproken met twee Wmo consultants van de gemeente Nijkerk.

Alle gesproken personen stelden zich coöperatief op. De gesprekken verliepen in een open en professionele sfeer.

Korte beschrijving van de organisatie en de doelgroep

De aanbieder verleent sinds 2007 huishoudelijke ondersteuning in de regio's Putten, Ermelo, Harderwijk en Nijkerk. Daarnaast wordt in de gemeente Nijkerk ook lichte begeleiding en begeleiding geleverd.

Het onderzoek heeft zich gericht op de producten begeleiding en huishoudelijke ondersteuning, waarvoor de aanbieder in de gemeente Nijkerk is gecontracteerd. Ten tijde van het onderzoek ontvangen drie cliënten begeleiding, waarvan twee ook huishoudelijke ondersteuning. Daarnaast ontvangen 19 cliënten huishoudelijke ondersteuning. Allen met een beschikking van de gemeente Nijkerk.

De ondersteuning wordt in het algemeen geleverd aan ouderen met diverse lichamelijke en/of psychische problematiek en/of onvoldoende in staat zijn het eigen huishouden te organiseren.

Gezien de moeilijke arbeidsmarkt heeft de aanbieder momenteel een cliëntenstop ingelast om de continuïteit van de ondersteuning te kunnen blijven borgen.

De huishoudelijke ondersteuning wordt geleverd op basis van Zorg in Natura, PGB en als onderaannemer vanuit de Wlz. Begeleiding wordt enkel vanuit Zorg in Natura financiering geleverd.

Verder betreft het een kleinschalige organisatie met een platte organisatiestructuur. De huishoudelijke ondersteuning in Nijkerk wordt geleverd door vier medewerkers en de begeleiding door één ZZP'er. Daarnaast is er één medewerker (nog in opleiding) werkzaam die indien nodig huishoudelijke ondersteuning levert en onder toezicht van de eigenaar het cliëntdossier van cliënten begeleiding en documenten in het kwaliteitsmanagementsysteem onderhoudt. Dagelijkse aansturing vindt plaats door twee kantoormedewerkers en de eigenaar. De eigenaar is eindverantwoordelijk.

De aanbieder is HKZ gecertificeerd.

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 Atlashulp B.V. voldoet aan een deel van de gestelde wettelijke (kwaliteits)eisen en gemeentelijke eisen, zie hiervoor de bevindingen in het rapport.

Uit alle gevoerde gesprekken blijkt sprake van een hoge mate van betrokkenheid bij de cliënten. Cliënten geven aan met respect bejegend te worden door de medewerkers huishoudelijke ondersteuning en begeleiding en baat te hebben bij de ondersteuning die zij ontvangen. Wel noemt één cliënt de communicatie met een kantoormedewerker als onprettig te hebben ervaren.

Voor alle cliënten is een cliëntdossier aangemaakt met een schoonmaakplan (huishoudelijke ondersteuning) en/of zorgplan (begeleiding). Uit inzage in de cliëntdossiers blijkt de aanbieder geen uniforme werkwijze te hanteren voor de invulling hiervan, waardoor de inhoud van de plannen van elkaar verschilt. De aanbieder is voornemens hierover interne werkafspraken te maken.

Verder zijn in de zorgplannen voor cliënten begeleiding de opgestelde doelen veelal onvoldoende concreet en SMART opgesteld en ontbreken afspraken over afstemming met andere voorzieningen en een eerstvolgende evaluatiedatum. In de schoonmaakplannen voor cliënten huishoudelijke ondersteuning ontbreekt een analyse van de problematiek van de cliënt, diens kansen/mogelijkheden, een eerstvolgende evaluatiedatum en afspraken over afstemming met andere voorzieningen. Ook ontbreekt een risico inventarisatie in alle plannen.

Er vindt ten minste jaarlijks evaluatie plaats, waarvan verslaglegging wordt geschreven. Hiervan is de inhoud echter ook verschillend, waardoor sommige evaluatieverslagen heel summier zijn opgesteld en sommige heel uitgebreid.

De evaluatieverslagen voor cliënten begeleiding worden met de gemeente gedeeld, die van de huishoudelijke ondersteuning niet waardoor niet aan de gestelde eis wordt voldaan.

De ondersteuning is, gezien de doelgroep, vooral gericht op behoud van de zelfredzaamheid. Bij huishoudelijke ondersteuning is bijvoorbeeld oog voor wat de cliënt nog zelf kan uitvoeren. Wat betreft de begeleiding blijkt dat aan de gestelde doelen wordt gewerkt en tijdens begeleidingsuren veel samen met de cliënt wordt ondernomen, zoals het doen van boodschappen, meegaan naar afspraken en samen zwemmen/sporten. Hierover noemt een gesproken Wmo consulent dat de aanbieder de cliënt meer zou mogen ondersteunen om dit zelf, of met andere hulpmiddelen, op te pakken om de zelfredzaamheid van de cliënt te vergroten.

Begeleiding wordt geleverd door een Mbo niveau 3 geschoolde ZZP'er, onder toezicht van de eigenaar. Hiermee wordt niet aan de gestelde kwalificatie eis voldaan. Verder blijkt in de huishoudelijke ondersteuning één medewerker werkzaam te zijn die de Nederlandse taal onvoldoende beheerst, wat het maken van afspraken met cliënten soms bemoeilijkt. Ook hebben twee medewerkers huishoudelijke ondersteuning aangegeven onvoldoende informatie te ontvangen over cliënten, alvorens zij hier ondersteuning leverden.

De aanbieder heeft van alle medewerkers huishoudelijke ondersteuning en begeleiding een VOG overlegd. De ZZP'er beschikt echter over een VOG die enkel is aangevraagd op functieaspect 85, waarmee niet volledig aan de gestelde eis wordt voldaan.

Verder beschikt de aanbieder over een kwaliteitsmanagementsysteem en heeft deze in een personeelshandboek alle belangrijke protocollen en werkinstructies voor medewerkers opgenomen. Deze zijn echter bij het merendeel van de medewerkers niet bekend. Ook vindt geen bijscholing plaats aan medewerkers.

De toezichthouder concludeert tekortkomingen ten aanzien van:

- De inhoud van zorgplannen van cliënten;
- Het delen van evaluatieverslagen (huishoudelijke ondersteuning) met de gemeente;
- Het vastleggen van signalen bij mogelijke decompensatie of andere incidenten in een signaleringsplan;
- Het vergroten van de zelfredzaamheid en maatschappelijke participatie van de cliënt;
- Het bieden van bijscholing aan medewerkers (o.a. in het omgaan met agressie);
- Het opstellen van een risico inventarisatie met cliënten;
- Bekendheid en implementatie van diverse werkinstructies en protocollen bij medewerkers, waaronder beleid en visie over grensoverschrijdend gedrag, incidenten en de meldcode huiselijk geweld;
- Vastleggen van afspraken over gegevensuitwisseling en afstemming met derden;
- Borging van de continuïteit van de geboden voorziening;
- Informeren van medewerkers over de persoonlijke omstandigheden en levensgeschiedenis van de cliënt;
- Vakbekwaamheid en kwalificaties van medewerkers;
- VOG van de ZZP'er;
- Registreren en passend afhandelen van klachten;
- Medezeggenschap van cliënten.

Aanvullend adviseert de toezichthouder de aanbieder om eenduidige en concrete werkafspraken te maken voor de invulling van de cliëntdossiers en medewerkers adequaat te informeren over de inhoud hiervan.

Advies aan de gemeente

De Wmo toezichthouder van de GGD Gelderland-Midden geeft het advies aan de gemeente Nijkerk om te handhaven op de gestelde tekortkomingen (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

1 Doelmatigheid voorziening	
<i>Wettelijke kwaliteitseis: De voorziening is doelmatig, doeltreffend en cliëntgericht (Wmo 2015, art. 3.1, tweede lid sub a).</i>	
1.1 Ondersteunings- / begeleidingsplan	Ja/nee/deels n.v.t./n.b. ¹
De begeleider is verantwoordelijk voor het aanvullen van het ondersteuningsplan wat in hoofdlijnen door de consulent is opgesteld. De begeleider vult aan waar de cliënt tegenaan loopt en wat de doelen zijn voor de cliënt. N.V.T. VOOR HULP BIJ HUISHOUDEN	Ja
Alle cliënten hebben een actueel zorgplan.	Ja
Dit plan is gebaseerd op de doelen die door de consulent van de gemeente zijn opgesteld in het ondersteuningsplan.	Ja
De cliënt heeft zijn/haar ondersteuningsvraag kunnen formuleren en is betrokken geweest bij het opstellen van het zorgplan.	Ja
Het plan omvat een omschrijving van de vraag van de cliënt.	Ja
Uit het plan blijkt wat de kansen/mogelijkheden en ondersteuningsbehoeften zijn van de cliënt.	Deels
Het zorgplan bevat een analyse van de problematiek en 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)	Deels
Het zorgplan geeft aan welke voorziening wordt geboden.	Ja
Het sociale netwerk van de cliënt wordt actief betrokken bij bijvoorbeeld het opstellen van het zorgplan, indien gewenst door de cliënt.	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
Afwijkingen van het plan worden gemotiveerd toegelicht in het zorgplan en besproken met de cliënt en zijn/haar sociale netwerk.	Ja
De afstemming tussen de voorzieningen op alle leefgebieden is zichtbaar in het zorgplan.	Nee
In het plan staat de naam van de eerstverantwoordelijke medewerker vermeld.	Ja
De eerstverantwoordelijke of diens vervanger is goed bereikbaar.	Ja
Het zorgplan wordt minimaal jaarlijks geëvalueerd	Ja
Van deze evaluatie wordt verslag opgemaakt.	Ja
De cliënt heeft het evaluatieverslag ondertekend.	Ja
De datum van de eerstvolgende evaluatie staat in het zorgplan genoteerd.	Nee
Het evaluatieverslag wordt aan de gemeente verstuurd.	Ja
Signalen die duiden op mogelijke decompensatie of andere incidenten/calamiteiten worden vastgelegd in een signaleringsplan	Nee

Constatering

¹ N.b. betekent 'niet beoordeeld'.

Na aanmelding legt een kantoormedewerker telefonisch contact met de cliënt om diens hulpvraag en achtergrondinformatie te inventariseren. Ook wordt het ondersteuningsplan, dat is opgesteld door de gemeente, opgevraagd bij de cliënt. Als het huishoudelijke ondersteuning betreft wordt hierna een medewerker gekoppeld aan de cliënt, die tijdens een huisbezoek met de cliënt het intakeformulier invult. Voor begeleiding wordt geen gebruik gemaakt van intakeformulieren en is geen intakeprocedure vastgelegd, maar vindt na aanmelding een huisbezoek plaats door de eigenaar om de hulpvraag en doelen van de cliënt te inventariseren.

In het digitaal cliëntregistratiesysteem wordt voor iedere cliënt een cliëntdossier aangemaakt. Met cliënten huishoudelijke ondersteuning wordt een schoonmaakplan opgesteld door de kantoormedewerker of eigenaar. Voor cliënten begeleiding wordt een zorgplan opgesteld door de eigenaar.

De toezichthouder heeft vijf cliëntdossiers ingezien en beoordeeld, waarvan twee van cliënten die zowel huishoudelijke ondersteuning als begeleiding van de aanbieder ontvangen. Uit inzage in de cliëntdossiers blijkt geen sprake van een uniforme werkwijze voor de invulling hiervan. Zo verschilt de inhoud van de schoonmaak- en zorgplannen en zijn deze op verschillende plaatsen in het cliëntdossier opgenomen. De aanbieder geeft aan alles uit de cliëntmappen en Sharepoint over te hebben gezet naar het registratiesysteem en voornemens te zijn hierover interne werkafspraken te maken.

De zorgplannen voor cliënten met een beschikking voor begeleiding zijn verschillend van inhoud, maar bevatten allen de naam van de eerstverantwoordelijke medewerker, welke voorziening wordt geboden, een omschrijving van de vraag van de cliënt, analyse van de problematiek, kansen/mogelijkheden en ondertekening van de cliënt. Ook zijn in de zorgplannen doelen opgesteld met bijbehorende afspraken en acties. Deze zijn over het algemeen echter onvoldoende concreet en SMART uitgewerkt. Daarnaast ontbreken afspraken over afstemming met andere voorzieningen en een eerstvolgende evaluatiedatum in de zorgplannen.

Voor cliënten huishoudelijke ondersteuning werkt de aanbieder sinds kort met een nieuw format voor het schoonmaakplan, waarin een ARBO check, risico inventarisatie en het intakeformulier is verwerkt. Het nieuwe format is (nog) niet opgenomen in de door de toezichthouder beoordeelde cliëntdossiers. In deze cliëntdossiers zijn in de schoonmaakplannen (op verschillende plaatsen) afspraken over de uit te voeren werkzaamheden opgenomen en wie deze uitvoert (cliënt, medewerker, netwerk). Ook bevatten de schoonmaakplannen een omschrijving van de vraag van de cliënt, eerstverantwoordelijke medewerker en ondertekening van de cliënt. Een analyse van de problematiek van de cliënt, diens kansen/mogelijkheden, een eerstvolgende evaluatiedatum en afspraken over afstemming met andere voorzieningen ontbreken echter.

Uit gesprekken met medewerkers huishoudelijke ondersteuning blijken zij wisselend bekend te zijn met de opgestelde plannen. Zo geeft één medewerker aan niet te weten waar afspraken over de uit te voeren werkzaamheden terug te vinden zijn en noemt een andere medewerker het schoonmaakplan via een app te kunnen raadplegen. Verder noemen zij allen mondeling afspraken met de cliënt te maken over de werkzaamheden en uitvoer hiervan.

Alle gesproken cliënten uiten zich grotendeels tevreden over de geleverde ondersteuning en ervaren dat deze aansluit op hun behoefte en mogelijkheden. Ook blijkt de aanbieder goed bereikbaar.

Er vindt minimaal jaarlijks evaluatie plaats, waarvan verslaglegging wordt geschreven dat wordt ondertekend door de cliënt. Voor begeleiding is het verslag onderdeel van het zorgplan. Voor huishoudelijke ondersteuning wordt verslaglegging na evaluatie in een apart document beschreven. Evaluatieverslagen worden echter niet uniform opgesteld, waardoor sommige evaluatieverslagen vrij summier zijn en sommige verslagen heel uitgebreide informatie bevatten over de afgelopen periode, het wel/niet behalen van doelen en waaraan gewerkt gaat worden.

Evaluatieverslagen voor cliënten begeleiding worden met de gemeente gedeeld. Evaluatieverslagen voor cliënten huishoudelijke ondersteuning worden niet gedeeld, waardoor niet volledig aan de gestelde eis wordt voldaan.

Signalen die duiden op mogelijke decompensatie of andere incidenten/calamiteiten worden verder niet vastgelegd in een signaleringsplan.

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	Deels
Er wordt gewerkt richting de uitstroom van cliënten waarbij aandacht is voor de eigen kracht en het sociale netwerk van de cliënt.	Ja

Constatering

Uit het onderzoek blijkt dat de ondersteuning gezien de doelgroep vooral gericht is op behoud van de zelfredzaamheid van de cliënt. In de huishoudelijke ondersteuning is bijvoorbeeld oog voor wat de cliënt nog zelf kan uitvoeren in het huishouden en hierover worden afspraken met de cliënt gemaakt.

Wat betreft de begeleiding stelt de aanbieder zich betrokken op bij de cliënt en wordt aan de hand van de gestelde doelen gewerkt aan het behouden van de zelfredzaamheid van de cliënt. Uit alle gevoerde gesprekken blijkt ook dat tijdens begeleidingsuren veel samen met de cliënt wordt ondernomen, zoals het doen van boodschappen, meegaan naar afspraken en samen zwemmen/sporten. Hierover noemt een gesproken Wmo consulent dat de aanbieder de cliënt meer zou mogen ondersteunen om dit zelf, of met andere hulpmiddelen, op te pakken om de zelfredzaamheid van de cliënt te vergroten.

2 Veiligheid

Wettelijke kwaliteitseis: De voorziening is veilig (Wmo 2015, art. 3.1, tweede lid sub a.).

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

Ja

De aanbieder kent een agressieprotocol.

Ja

Het personeel is geschoold in het omgaan met agressie.

Nee

Constatering

De aanbieder beschikt over actuele werkinstructies en handelingsprotocollen, waaronder een agressieprotocol. In het personeelshandboek heeft de aanbieder diverse werkinstructies en protocollen opgenomen die belangrijk zijn voor medewerkers. Uit alle gevoerde gesprekken blijken medewerkers echter onvoldoende op de hoogte van bestaande werkinstructies en protocollen, evenals het personeelshandboek.

Medewerkers zijn verder niet geschoold in het omgaan met agressie.

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 (niet van toepassing bij lichte begeleiding)

N.v.t.

In het zorgplan van de cliënt is dit medicatieoverzicht (zonder doseringen) opgenomen, met vermelding van reden van gebruik. (niet van toepassing bij lichte begeleiding)

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. (niet van toepassing bij lichte begeleiding)

N.v.t.

Personeel dat medicatie verstrekt is daartoe bekwaam, conform leidraad V&VN 'Bekwaamheid bij medicatie geven in de langdurige zorg'

N.v.t.

Elk medicijn dat wordt toegediend wordt op datum en tijdstip afgetekend op een aftekenlijst. (niet van toepassing bij lichte begeleiding)

N.v.t.

² Handreiking werkvoorraad geneesmiddelen. Actiz, GGZNederland, VGN 2011

Medicatie wordt onder de goede condities bewaard en is niet toegankelijk voor onbevoegden. Hieraan is alleen voldaan als onderstaande elementen aanwezig zijn: • 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. . (niet van toepassing bij lichte begeleiding)	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, bekwaame persoon. (niet van toepassing bij lichte begeleiding)	N.v.t.
De organisatie heeft afspraken gemaakt over het gebruik van alcohol en verdovende middelen.	Ja

Constatering

De eisen met betrekking tot medicatie en dwang en drang zijn niet van toepassing op de aanbieder, omdat zowel de huishoudelijke ondersteuning als begeleiding op vrijwillige basis in de thuissituatie van de cliënt plaatsvindt.

In het personeelshandboek heeft de aanbieder afspraken over het gebruik van alcohol en verdovende middelen voor medewerkers vastgelegd. Voor cliënten zijn hierover afspraken opgenomen in de gedragscode.

2.3 Risico-inventarisatie	Ja/nee/deels n.v.t./n.b.
Het zorgplan bevat een risico-inventarisatie op die onderwerpen die voor de cliënt van toepassing zijn.	Nee
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.	Ja
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

Zoals in constatering 1.1. beschreven is maakt de aanbieder sinds kort gebruik van een nieuw format voor huishoudelijke ondersteuning, waarin standaard een risico inventarisatie is opgenomen. Dit format is echter (nog) niet met alle cliënten huishoudelijke ondersteuning ingevuld, waardoor bij een groot deel van de cliënten geen risico inventarisatie is afgenomen. Voor cliënten begeleiding zijn geen afspraken gemaakt met betrekking tot het afnemen van een risico inventarisatie.

Uit dossierinzage blijken eventuele bijzonderheden wel te zijn geïnventariseerd en besproken met de cliënt.

De eisen met betrekking tot brandveiligheid en ontruiming zijn niet van toepassing op de aanbieder, omdat de huishoudelijke ondersteuning en begeleiding in de thuissituatie van de cliënt wordt geleverd.

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

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.

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

Constatering

In de protocollen '*grensoverschrijdend gedrag*' en '*bejegening*' heeft de aanbieder o.a. haar visie hieromtrent opgenomen. Uit gesprekken met medewerkers blijkt het merendeel hiermee echter niet bekend, waardoor niet aan de gestelde eisen wordt voldaan. Ook sluit het protocol '*grensoverschrijdend gedrag*' niet volledig aan op de organisatie, omdat er voorbeelden in zijn opgenomen die zijn gericht op intramurale zorg dat niet door de aanbieder wordt geleverd.

De aanbieder heeft een meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling opgesteld, waarin de vijf stappen zijn opgenomen en uitgewerkt met een toebedeling van taken. In het personeelshandboek en op de website van de aanbieder is de meldcode voor medewerkers te vinden. Medewerkers zijn echter onvoldoende bekend met de meldcode en zijn niet geïnstrueerd over het gebruik hiervan.

3 Samenwerking en afstemming	
<i>Wettelijke kwaliteitseis: De voorziening is afgestemd op de reële behoefte van de cliënt en andere vormen van zorg of hulp (Wmo 2015 art. 3.1, tweede lid sub b)</i>	
3.1 Afstemming met andere hulp- of zorgverleners	Ja/nee/deels n.v.t./n.b.
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.	Nee
Met andere hulp- en zorgverleners (0 ^e , 1 ^e en 2 ^e 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.	Ja
Indien deze betrokken zijn, zijn met de tweede lijn afspraken gemaakt omtrent beschikbaarheid	Ja
Bij mogelijke decompensatie onderneemt de begeleiding actie richting behandelaar/huisarts/casemanager.	Ja
Er wordt een dossier opgesteld zodat overdracht mogelijk is.	Ja

Constatering

Het netwerk van de cliënt wordt standaard geïnventariseerd en vastgelegd in het cliëntdossier. Afspraken over afstemming en gegevensuitwisseling worden echter niet vastgelegd.

Uit gesprekken met medewerkers blijkt dat zij wisselend contact hebben met het netwerk van de cliënt en hierover zelf mondeling afspraken maken met de cliënt.

3.2 Samenwerking en afstemming met de gemeente (casemanager)	Ja/nee/deels n.v.t./n.b.
De begeleider is gericht op actieve signalering van veranderingen in gezondheids- en/of sociale situatie van de cliënt. Indien deze veranderingen dusdanig zijn dat de beschikking bijgesteld moet worden neemt de begeleider contact op met de consulent Sociaal Team/ casemanager.	Ja
Gedurende de ondersteuning legt de begeleider, indien nodig, verantwoording af aan de consulent Sociaal Team. De consulent Sociaal Team is vaak de consulent of gebiedsteammedewerker van de gemeente. N.V.T. VOOR HULP BIJ HUISHOUDEN	Ja
Er vindt in ieder geval een evaluatie met de consulent Sociaal Team plaats op het moment dat een beschikking afloopt. Tijdens een evaluatie worden in ieder geval besproken en vastgelegd of de zorg nog passend is en of er afgeschaald kan worden naar een voorliggende voorziening? (Wlz, algemene voorziening) N.V.T. VOOR HULP BIJ HUISHOUDEN	Ja

Constatering

Indien nodig wordt afstemming gezocht met de Wmo consulent van de gemeente. Eventuele bijzonderheden en afwijkingen worden door medewerkers met het kantoor gedeeld. Voor cliënten met een beschikking voor begeleiding vindt voor afloop van de beschikking een evaluatie plaats met de betrokken Wmo consulent waarin wordt besproken of de ondersteuning nog passend is.

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>	
4.1 Kwaliteitsborging	Ja/nee/deels n.v.t./n.b.
Er is een kwaliteitsmanagementsysteem in gebruik (processen worden structureel volgens (een aanwezig) plan geëvalueerd en de documenten zijn niet ouder dan drie jaar.	Ja
De organisatie heeft een kwaliteitskeurmerk.	Ja
De 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 HKZ gecertificeerd. Er is een kwaliteitsmanagementsysteem in gebruik en documenten zijn niet ouder dan drie jaar. Hierover zegt de aanbieder het volgende:

"In SharePoint staat de versiegeschiedenis en daarmee houden we bij wanneer iets herzien moet worden. Ook is in de documentnaam van PDF bestanden een datum opgenomen zodat zichtbaar is wanneer deze is opgesteld. Deze documenten zijn vaak ook voor cliënten, dus dan weet je over welke versie cliënten beschikken".

Bij ziekte of vakantie van medewerkers worden afspraken met de cliënt gemaakt over vervanging. Vanwege de krappe arbeidsmarkt heeft de aanbieder een cliëntenstop ingelast om de continuïteit te kunnen blijven borgen. Uit gesprekken met cliënten blijkt echter dat niet altijd vervanging geregeld is bij uitval of vakantie en zij hierover niet altijd duidelijk worden geïnformeerd. Zo geven twee cliënten aan wel eens te hebben gewacht op een medewerker huishoudelijke ondersteuning, terwijl er geen vervanging was geregeld. Ook de continuïteit van de begeleiding is onvoldoende geborgd, omdat dit product wordt geleverd door een ZZP'er die niet voldoet aan de gestelde kwalificatie eis. Tijdens uitval of vakantie is tevens geen vervanger beschikbaar met een diploma conform gestelde eisen. Zie hiervoor ook constatering 4.2.

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.	Deels
De verdeling van taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden is duidelijk voor de medewerkers.	Ja
De aangewezen beroepskracht is vakbekwaam	Deels
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. REGULIERE BEGELEIDING	Nee
Aanbieder zet dienstverleners in die beschikken over de gangbare kennis, competenties en vaardigheden die nodig zijn om de benodigde activiteiten uit te voeren. De kennis, competenties en vaardigheden moeten in overeenstemming zijn met de in de branche vastgestelde basiscompetentieprofielen (BCP's) en/of Ervaring Verworven Competenties (EVC's). Naast eerder genoemde competenties gelden de volgende competenties: • Kennis (of ervaring) hebben over de omgang met specifieke doelgroepen (bijvoorbeeld mensen met een lichamelijke of verstandelijke beperking, psychisch/sociale problematiek); • Kunnen organiseren van het huishouden (regie voeren samen met de klant). HULP BIJ HUISHOUDEN	Deels
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: • 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). Of op screeningsprofiel: • Gezondheidszorg en welzijn van mens en dier; • (Gezins)voogd bij voogdij-instellingen, reclasseringswerker, raadsonderzoeker en maatschappelijk werker.	Deels

Constatering

De begeleiding wordt geleverd door een Mbo niveau 3 geschoolde ZZP'er in Zorg en Welzijn, die werkzaam is onder toezicht van de, universitair in rechten geschoolde, eigenaar. De eigenaar maakt afspraken met de cliënt over het ondersteuningstraject en is verantwoordelijk voor de invulling van het cliëntdossier.

Er is daarnaast een medewerker in dienst die sinds kort onder toezicht van de eigenaar de cliëntdossiers en documenten in het kwaliteitsmanagementsysteem onderhoudt en incidenteel huishoudelijke ondersteuning levert aan cliënten. Deze medewerker zit in de afrondende fase van een Hbo opleiding in Zorg en Welzijn en zal na het behalen hiervan begeleiding aan cliënten gaan leveren. Hieruit blijkt dat de begeleiding nu niet wordt geleverd door een Mbo niveau 4 geschoolde medewerker, waardoor niet aan de gestelde kwalificatie eis wordt voldaan.

De huishoudelijke ondersteuning wordt in Nijkerk door vier medewerkers geleverd. Eén van de vier medewerkers beheerst de Nederlandse taal onvoldoende. Ondanks dat cliënten zich tevreden uitspreken over deze medewerker blijkt uit het onderzoek dat dit het maken van afspraken tussen medewerker en cliënt soms bemoeilijkt. Ook is een situatie voorgevallen waarin de medewerker door het gebruik van verkeerde schoonmaakmiddelen materiële schade heeft aangebracht bij de cliënt. Verder geeft een deel van de gesproken medewerkers aan onvoldoende achtergrondinformatie te ontvangen alvorens zij worden ingezet bij een nieuwe cliënt.

Er zijn verder twee kantoormedewerkers werkzaam. Zij zijn aanspreekpunt voor de medewerkers en beheren de planning. De eigenaar is eindverantwoordelijk.

Alle gesproken medewerkers geven aan dat de verdeling van taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden voor hen duidelijk is.

De aanbieder heeft tijdens het inspectiebezoek van vijf medewerkers (vier huishoudelijk ondersteuners en één medewerker in opleiding) en de ZZP'er een geldig VOG overlegd. De VOG van de ZZP'er is echter enkel aangevraagd op functieaspect 85, waarmee niet volledig aan de gestelde eis wordt voldaan.

De aanbieder ontvangt altijd de originele VOG en doet hierop een echtheidscontrole. Vervolgens wordt een kopie hiervan, samen met de datum van de echtheidscontrole, opgenomen in het personeelsdossier.

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.	Deels
De aanbieder biedt de beroepskrachten passende bijscholing.	Nee

Constatering

Zoals in constatering 4.2. beschreven wordt de ondersteuning aan cliënten met een beschikking voor begeleiding niet conform de gestelde kwalificatie eisen geleverd.

Er wordt geen bijscholing geboden aan medewerkers.

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>	
5.1 Algemeen	Ja/nee/deels n.v.t./n.b.
De bejegening door de beroepskracht van de cliënt is passend en correct.	Ja
De cliënt voelt zich op zijn/ haar gemak op de plaats waar de voorziening wordt geboden.	Ja
Cliënten worden geïnformeerd over hun rechten en plichten.	Ja

Constatering

Alle gesproken cliënten voelen zich op hun gemak op de plaats waar de voorziening wordt geboden en geven aan prettig bejegend te worden door de beroepskracht. Eén cliënt noemt de communicatie met kantoor echter wel als aandachtspunt en geeft aan niet altijd prettig bejegend te zijn door een kantoormedewerker.

Bij de start van de ondersteuning worden cliënten geïnformeerd over hun rechten en plichten.

5.2 Cliëntparticipatie	Ja/nee/deels n.v.t./n.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.	Deels
De cliënt kan desgewenst participeren in een cliëntenraad of vergelijkbaar platform.	Deels
De cliënt wordt gewezen op het bestaan van patiëntenverenigingen en lotgenotencontactgroepen.	Nee

Constatering

In de 'medezeggenschapsregeling' van de aanbieder zijn afspraken over een cliëntenraad en de samenstelling hiervan opgenomen. Uit het beleidsgesprek met de aanbieder blijkt momenteel echter geen cliëntenraad actief te zijn. De aanbieder geeft aan enkele cliënten te hebben benaderd en één cliënt gevonden te hebben die bereid is hieraan deel te nemen. De rest van de cliënten zijn en worden niet actief geïnformeerd of geworven door de aanbieder voor de cliëntenraad. Hiermee wordt niet aan de gestelde eisen voldaan.

Cliënten worden niet gewezen op het bestaan van patiëntenverenigingen en lotgenotencontactgroepen.

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

De aanbieder heeft in beleid afspraken omtrent privacy van de cliënt vastgelegd. Indien contact plaatsvindt met derden vindt hierover afstemming plaats met de cliënt.

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.	Deels
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.	Deels
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 beschikt over een intern meldingssysteem voor incidenten en (bijna) fouten dat operationeel is. Afspraken over het melden zijn vastgelegd in het protocol '*incidenten en calamiteiten*'. Het merendeel van de medewerkers is niet bekend met beleid omtrent incidenten en ervaart geen duidelijke afspraken over wat intern gemeld moet worden. Wel noemen zij alle afwijkingen en bijzonderheden te melden aan kantoor.

Uit de incidentenregistratie en alle gevoerde gesprekken blijken geen incidenten te zijn voorgevallen binnen de organisatie.

Afspraken over nazorg zijn verder enkel in agressiebeleid opgenomen. De toezichthouder adviseert de aanbieder om ook afspraken vast te leggen over nazorg bij incidenten van andere aard.

De aanbieder beschikt over een klachtenregeling en heeft hierin opgenomen dat cliënten gebruik kunnen maken van een onafhankelijke cliëntondersteuner. De klachtenregeling is te vinden op de website van de aanbieder. Klachten en uitingen van onvrede dienen, conform intern beleid van de aanbieder, in een registratiebestand te worden opgenomen. Uit inzage in het registratiebestand blijkt echter een uiting van onvrede te ontbreken. Hieruit blijkt dat eventuele klachten niet altijd conform intern beleid worden geregistreerd en passend worden afgehandeld.

5.5 Melden calamiteiten en geweldsincidenten	Ja/nee/deels n.v.t./n.b.
De aanbieder doet binnen 3 werkdagen na de calamiteit of geweldsincident of overige gebeurtenissen met maatschappelijk effect melding bij de toezichthoudend ambtenaar Wmo volgens het protocol 'toezicht calamiteiten 2021'	Deels

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'.	N.B.
Minimaal 1 persoon van de onderzoekscommissie is onafhankelijk.	N.B.
Indien mogelijk wordt het sociaal netwerk betrokken bij het onderzoek.	N.B.

Constatering

In het protocol '*incidenten en calamiteiten*' heeft de aanbieder o.a. de meldplicht bij calamiteiten en geweldsincidenten bij de Wmo toezichthouder opgenomen. Hierin ontbreekt echter een regionale aanvulling dat gebeurtenissen met maatschappelijke onrust en impact gemeld moeten worden, waardoor het melden hiervan onvoldoende is geborgd.

Verder bevat dit protocol een stappenplan voor het melden van incidenten en calamiteiten. De inhoud hiervan komt niet geheel overeen met de rest van het protocol, omdat hierin wordt verwezen naar het melden bij de Nederlandse arbeidsinspectie. De toezichthouder adviseert de aanbieder haar beleid hierop aan te passen.

Er hebben zich in het verleden geen meldingswaardige gebeurtenissen voorgedaan bij de aanbieder, waardoor de eisen met betrekking tot de uitvoer van een intern onderzoek niet zijn beoordeeld.

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
De aanbieder kan de ondersteuning eenzijdig opschorten of beëindigen op grond van zwaarwegende redenen. Onder zwaarwegende redenen worden ten minste verstaan: - 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

Afspraken over het (eenzijdig) opschorten of beëindigen van de ondersteuning zijn door de aanbieder vastgelegd in beleid en sluiten aan op de gestelde eisen.

Schriftelijke reactie aanbieder

De aanbieder heeft geen gebruik gemaakt van de mogelijkheid een schriftelijke reactie aan te leveren.

Bijlage 1: bronnen

1. Gesprekken met:

- Eigenaar van Atlashulp B.V.;
- Vijf medewerkers;
- Drie cliënten;
- Twee Wmo consulenten.

2. Doelmatigheid voorziening:

- Cliëntregistratiesysteem (inclusief vijf cliëntdossiers);
- Planningsysteem en urenregistratie medewerkers;
- Werkproces Intake HBH;
- Telefonische intake HBH.
- Intakeformulier HBH.

3. Veiligheid:

- Stappenplan incidentenprocedure, februari 2025;
- Protocol bejegening Atlashulp;
- Protocol meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling, februari 2025;
- ARBO beleidsplan, april 2024;
- Protocol melden incidenten en calamiteiten, februari 2025;
- Protocol grensoverschrijdend gedrag;

4. Kwaliteit van personeel en organisatie:

- Kwaliteitsmanagementsysteem (sharepoint);
- Beleidsverklaring 2024, februari 2024;
- HKZ certificaat;
- HKZ audit rapport Atlashulp B.V., maart 2023;
- Personeelshandboek 2025;
- Zes VOG's van medewerkers;
- Eén propedeuse van een medewerker;
- Protocol zorgweigering en zorgbeëindiging;
- Incidenten en klachtenregister;
- Eén diploma van een medewerker.

5. Rechten van de cliënt:

- Medezeggenschapsreglement, februari 2025;
- Klachtenreglement versie 1.07;
- Privacyreglement AVG;
- Protocol gedragscode voor cliënten, maart 2025.

6. Overig

- Website van de aanbieder.

GGD Gelderland-Midden
is onderdeel van de Veiligheids- en Gezondheidsregio Gelderland-Midden



GGD Gelderland-Midden

Postbus 5364
6802 EJ ARNHEM
T 0800 8446 000
E ggd@vggm.nl
I www.ggdgm.nl



Gelderland-Midden