



Gelderland-Midden

Quicksan

**Opella, Christelijke Stichting voor wonen,
zorg en welzijn**

Galvanistraat 7

6716 AE Ede

Hulp bij huishouden

Datum onderzoek : 09-03-2022

Toezichthouder : GGD Gelderland-Midden

1. Gespreksverslag

Quick-Scan Toezicht Wmo

In opdracht van: Gemeente Ede

Gegevens zorgaanbieder

Naam organisatie: Opella, Christelijke stichting voor wonen, zorg en welzijn

Locatie: n.v.t.

Contactpersoon: mw. E. van der Meer

Telefoonnummer organisatie en/of contactpersoon: 06 33357836

Email adres organisatie en/of contactpersoon: evdmeer@opella.nl

Advies: De toezichthouder adviseert adviseert geen volledig kwaliteitsonderzoek, maar de verbetering mee te nemen in een accountgesprek. De aanbieder heeft hierop zelf inmiddels acties uitgezet. Zie hiervoor de toelichting bij 9. Personeel.

Bijzonderheden:

Bron Kwaliteitseis

1. Ondersteuningsplan

Voldaan/Deels voldaan/Niet voldaan/N.v.t.

Oordeel: Voldaan

Toelichting:

2. Evaluatie

Voldaan/Deels voldaan/Niet voldaan/N.v.t.

Oordeel: Voldaan

Toelichting:

3. Risico inventarisatie

Voldaan/Deels voldaan/Niet voldaan/N.v.t.

Oordeel: Voldaan

Toelichting:

4. Afstemming met andere zorg- en hulpverleners

Voldaan/Deels voldaan/Niet voldaan/N.v.t.

Oordeel: Voldaan

Toelichting:

5. Protocollen en afspraken

Voldaan/Deels voldaan/Niet voldaan/N.v.t.

Oordeel: Voldaan

Toelichting:

6. Kwaliteitsborging

Voldaan/Deels voldaan/Niet voldaan/N.v.t.

Oordeel: Voldaan

Toelichting:

7. Melden incidenten

Voldaan/Deels voldaan/Niet voldaan/N.v.t.

Oordeel: Voldaan

Toelichting:

8. Klachten

Voldaan/Deels voldaan/Niet voldaan/N.v.t.

Oordeel: Voldaan

Toelichting:

9. Personeel

Voldaan/Deels voldaan/Niet voldaan/N.v.t.

Oordeel: Deels voldaan

Toelichting: Van de 'voorzvrouw', werkzaam in Ede, is geen VOG aanwezig. De aanbieder heeft uitgezocht hoe dit heeft kunnen ontstaan en kwam met de volgende verklaring:

Het klopt dat er geen VOG aanwezig is voor deze medewerker. Sinds 1-1-2016 is er de verplichting voor een zorgaanbieder om bij nieuwe medewerkers met klantcontact een VOG aan te vragen. Opella heeft, bij de start van deze wetgeving, daarnaast een aanvullende actie gedaan om met terugwerkende kracht ook voor alle medewerkers met klantcontact die nieuw in dienst waren vanaf 1-1-2013 een VOG op te vragen. Dat betekent dat voor alle medewerkers met klantcontact die vanaf 1-1-2013 nieuw in dienst waren een VOG aanwezig in het personeelsdossier. De voorzvrouw die aanwezig was bij de quickscan is al veel langer in dienst bij Opella waardoor ze niet valt in de groep van medewerkers die vanaf 1-1-2016 nieuw in dienst zijn gekomen en voor haar ook niet met terugwerkende kracht een VOG is aangevraagd.

In 2017 heeft Opella het VOG beleid aangescherpt met de bepaling dat een medewerker niet kan starten met de werkzaamheden voordat de VOG binnen is. In het systeem is ook ingeregeld dat dit strak gecontroleerd wordt. Geen VOG betekent niet starten met de werkzaamheden, nooit. Eerst een VOG overleggen, en dan pas starten met de werkzaamheden is de afspraak die in de praktijk heel streng wordt gecontroleerd.

Strikt gezien voldoen we aan de letter van de wet (voor alle medewerkers met klantcontact die vanaf 1-1-2016 in dienst zijn getreden is een VOG beschikbaar in het personeelsdossier), maar we hebben afgesproken om hier toch nog eens goed naar te kijken en enkele aanvullende acties uit te zetten, namelijk:

1 In afstemming tussen bestuur en HR wordt heroverwogen of het in 2016 genomen bestuursbesluit geldig blijft, of dat wellicht ook voor alle medewerkers met klantcontact die al voor de datum van 1-1-2013 nieuw in dienst kwamen een VOG wordt aangevraagd.

2 HR maakt een plan van aanpak om te borgen dat voor alle medewerkers met klantcontact voor de gemeenten uit de Inkoopregio Centraal Gelderland ten allen tijde een VOG van maximaal 3 jaar oud beschikbaar is en opgenomen is in het dossier van de medewerker.

10. Rechten van de cliënt

Voldaan/Deels voldaan/Niet voldaan/N.v.t.

Oordeel: Voldaan

Toelichting:

Bijlagen

1. Ondersteunings-/ begeleidingsplan

- 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.
- Het plan omvat een omschrijving van de vraag van de cliënt.
- Het plan omschrijft de kansen/mogelijkheden van de cliënt (eigen kracht/ sociale netwerk).
- Het plan bevat concrete doelen en afspraken (wat, wanneer, wie) (SMART of PDCA-cyclus)
- Het begeleidingsplan geeft aan welke voorziening wordt geboden.
- Het sociale netwerk van de cliënt is actief betrokken bij bijvoorbeeld het opstellen van het plan.
- De ondersteuning sluit(en) aan op de reële behoefte en mogelijkheden van de cliënt en zijn/haar sociale netwerk.
- Het plan heeft de instemming van de cliënt en is ondertekend door de cliënt of diens vertegenwoordiger.
- Afwijkingen van het plan worden gemotiveerd toegelicht en besproken met de cliënt en zijn/haar sociale netwerk.
- In het plan staat de naam van de eerstverantwoordelijke medewerker vermeld.
- De eerstverantwoordelijke of diens vervanger is goed bereikbaar.
- Signalen die duiden op mogelijke decompensatie of andere incidenten/calamiteiten worden vastgelegd.
- 24 uren zorg/begeleiding is gewaarborgd.
- Het ondersteuningsaanbod van de aanbieder is gericht op vergroten van de zelfredzaamheid en de participatie van de cliënten.
- Er wordt gewerkt richting de uitstroom van de cliënten (bijv. richting een vervolgtraject). Indien van toepassing is er sprake van afschaling van begeleiding.
- De inbreng van een multidisciplinaire team (indien van toepassing) is zichtbaar in het ondersteuningsplan.
- De afstemming tussen dagbesteding, werk en wonen, is zichtbaar in het plan (1 cliënt, 1 plan).
- De aanbieder legt schriftelijk vast hoe de ondersteuning georganiseerd is. De aanbieder maakt gebruik van bewezen effectieve interventies en/of best practice

2. Evaluatie

- Het plan wordt minimaal jaarlijks geëvalueerd
- Van deze evaluatie wordt verslag opgemaakt.
- De cliënt heeft het evaluatieverslag ondertekend.
- De datum van de eerstvolgende evaluatie staat in het plan genoteerd.

3. Risico-inventarisatie

- Het ondersteuningsplan bevat een risico-inventarisatie op die onderwerpen die voor de cliënt van toepassing zijn.
- Eventuele veiligheidsrisico's en de eigen verantwoordelijkheid van de cliënt zijn besproken met cliënt en zijn/haar sociale netwerk.
- Als wordt afgeweken van de risicoanalyse wordt dit gemotiveerd en besproken met cliënt en zijn haar sociale netwerk.

4. Afstemming met andere zorg-/hulpverleners

- Met andere hulp- en zorgverleners (huisartsen, wijkverpleging e.d.) vindt afstemming en de noodzakelijke gegevensuitwisseling plaats.
- De afspraken worden schriftelijk vastgelegd.
- Bij samenwerking met andere hulp- en zorgverleners wordt vastgelegd wat de aard is van de relatie, waaronder begrepen verantwoordelijkheden, taken en beslissingsbevoegdheden.
- De met andere hulp- en zorgverleners gemaakte afspraken worden regelmatig besproken met de cliënt en zijn/haar sociale netwerk en worden zo nodig bijgesteld.
- Wanneer een cliënt instroomt vanuit een andere aanbieder, dan wel uitstroomt naar een andere aanbieder, vindt zorgvuldige overdracht tussen aanbieders plaats.
- Bij meervoudige, complexe problematiek is er één regisseur of coördinator die de samenhang en continuïteit bewaakt en toegang heeft tot de noodzakelijke gegevens.
- De tweede lijn is direct beschikbaar.
- Bij mogelijke decompensatie onderneemt de begeleiding actie richting behandelaar/ huisarts.

5. Protocollen en afspraken

- De organisatie heeft werkinstructies en handelingsprotocollen. Het gaat minimaal om de volgende protocollen: medicatieprotocol, agressieprotocol, dwang/drang, calamiteitenprotocol, privacybeleid, klachtenregeling, meldcode en ontruimingsplan.
- De instructies en protocollen zijn actueel.
- Het personeel is geschoold in het omgaan met de protocollen en handelt hiernaar.

6. Kwaliteitsborging

- Er is een kwaliteitsmanagementsysteem in gebruik (processen worden structureel volgens (een aanwezig) plan geëvalueerd en de documenten zijn niet ouder dan drie jaar).
- De aanbieder beschikt over een kwaliteitsborgingscertificaat afgegeven door een door de Raad voor Accreditatie (RvA) aangewezen instelling. Voorbeelden van certificaten zijn: HKZ, ISO voor de zorg, NIAZ, PREZO, Kwaliteitswaarborg Zorgboerderijen
- De organisatie is aangesloten bij een beroepsvereniging/ branchevereniging
- Kwaliteitsverbeteringen op basis van signalen van cliënten (zoals klachten) en van cliënt- en medewerkerstevredenheidsonderzoeken) zijn aantoonbaar.
- De continuïteit van de geboden voorziening is gewaarborgd.

7. Melden incidenten

- Er is een intern meldingssysteem voor incidenten, fouten en bijna fouten dat operationeel is.
- Melden, registreren, analyse verbeteractie en terugkoppelen aan melder en team is geregeld.
- Er is sprake van een lerende organisatie.
- Een speciale commissie behandelt incidentmeldingen en brengt verbetervoorstellen uit.
- Nazorg bij incidenten is geregeld.

8. Klachten

- 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.
- De klachtenregeling is bekend bij de cliënt/gemakkelijk te vinden voor de cliënt.
- De aanbieder neemt eventuele klachten in behandeling en handelt die tijdig en passend af.

9. Personeel

- De medewerkers zijn op de hoogte van de persoonlijke omstandigheden en levensgeschiedenis van de cliënt.
- De verdeling van taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden is duidelijk voor de medewerkers.
- De aangewezen beroepskracht is vakbekwaam.
- De aanbieder heeft beleid t.a.v. verantwoorde inzet van vrijwilligers.
- 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)
- De aanbieder heeft een ondernemingsraad (or) of personeelsvertegenwoordiging (pvt) bestaande uit democratisch gekozen werknemers[1].
- De aanbieder meet periodiek de medewerkerstevredenheid.
- De beroepskrachten zijn opgeleid tot en deskundig voor wat betreft het ondersteunen van de doelgroep.
- De aanbieder biedt de beroepskrachten passende bijscholing.

[1] 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).

10. Rechten van de cliënt

- Cliënten worden geïnformeerd over hun rechten en plichten.

- 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.
- De aanbieder heeft beleid t.a.v. cliëntparticipatie/ medezeggenschap.
- De aanbieder reflecteert op dit beleid, evalueert dit en stelt het zo nodig bij.
- De cliënt kan desgewenst participeren in een cliëntenraad of vergelijkbaar platform.
- De cliënt wordt gewezen op het bestaan van patiëntenverenigingen en lotgenotencontactgroepen.
- De organisatie respecteert de privacy van de cliënt.
- Er wordt zorgvuldig omgegaan met de uitwisseling van gevoelige informatie (persoonsgegevens, medische gegevens e.d.).