

Toetsingskader 2024

1. Doelmatigheid voorziening

Art. 3.1 lid 2 sub a Wmo 2015; De voorziening wordt in elk geval veilig, doeltreffend, doelmatig en cliëntgericht verstrekt.

1.1	Ondersteuningsplan	ja/ nee/ n.v.t./ n.b.
1.1.1	De aanbieder heeft voor elke cliënt een perspectiefplan.	
1.1.2	De aanbieder gebruikt een, bij de doelgroep- en type ondersteuning passend registratiesysteem welke voldoet aan de eisen die de Algemene verordening gegevensverwerking hieraan stelt.	
1.1.3	De resultaten uit het perspectiefplan zijn verwerkt in het ondersteuningsplan.	
1.1.4	Het ondersteuningsplan omvat een omschrijving van de vraag van de cliënt.	
1.1.5	Het ondersteuningsplan omschrijft de kansen/ mogelijkheden van de cliënt (eigen kracht/sociale netwerk).	
1.1.6	Het ondersteuningsplan geeft aan welke voorziening wordt geboden.	
1.1.7	De rol van het sociale netwerk van de cliënt is beschreven in het ondersteuningsplan.	
1.1.8	De afstemming tussen dagbesteding, werk en wonen is zichtbaar in het ondersteuningsplan.	
1.1.9	De afstemming van de geboden voorziening op andere vormen van geboden hulp en zorg is zichtbaar in het ondersteuningsplan.	
1.1.10	De ondersteuningsvraag van de cliënt is in samenwerking met de cliënt in het ondersteuningsplan geformuleerd.	
1.1.11	Afwijken van de afspraken in het ondersteuningsplan wordt in het ondersteuningsplan gemotiveerd toegelicht.	
1.1.12	Afwijken van de afspraken in het ondersteuningsplan worden met de cliënt en/of diens wettelijk vertegenwoordiger besproken.	
1.1.13	In het ondersteuningsplan staat de naam van de eerste verantwoordelijke vermeld.	
1.1.14	De eerstverantwoordelijk of diens vervanger is bekend bij de cliënt.	
1.1.15	Het ondersteuningsplan wordt tenminste 1x per jaar door de aanbieder met de client geëvalueerd.	
1.1.16	Het verslag van de evaluatie is opgenomen in het ondersteuningsplan.	
1.1.17	Op basis van de evaluatie worden de doelen zo nodig bijgesteld in het ondersteuningsplan.	
1.1.18	De datum van de eerstvolgende evaluatie staat in het ondersteuningsplan genoteerd.	
Constatering		
Bronnen		
Aanbeveling(en)		

1.2	Uitvoering van de ondersteuning	ja/ nee/ n.v.t./ n.b.
1.2.1	De ondersteuning is gericht op het vergroten van de zelfredzaamheid en de participatie van de cliënten.	
1.2.2	Er wordt gewerkt richting de uitstroom van cliënten (bijv. richting een vervolgtraject).	
1.2.3	De cliënten zijn tevreden over de geboden ondersteuning.	

1.2.4	De medewerkers zijn op de hoogte van de persoonlijke omstandigheden die relevant zijn voor de ondersteuning.	
1.2.5	Bij beschermd wonen is 24 uren zorg/ begeleiding gewaarborgd.	
Constatering		
Bronnen		
Aanbeveling(en)		

2. Veiligheid

Art. 3.1 lid 2 sub a Wmo 2015; De voorziening wordt in elk geval veilig, doeltreffend, doelmatig en cliëntgericht verstrekt.

2.1	Protocollen en afspraken	ja/ nee/ n.v.t./ n.b.
2.1.1.	De aanbieder beschikt over actuele werkinstructies.	
2.1.2	De aanbieder beschikt over bij de branche- en doelgroep passende relevante protocollen.	
2.1.3	De aanbieder heeft huisregels die besproken zijn met de cliënten.	
2.1.4	Het personeel is geschoold in het omgaan met agressie.	
2.1.5	De aanbieder heeft voor iedere locatie een brandveiligheids- en ontruimingsplan.	
2.1.6	Op de locatie(s) van de aanbieder wordt periodiek een ontruimingsoefening gehouden.	
2.1.7	De aanbieder beschikt over voldoende BHV'ers om de beschikbaarheid van een BHV'er op iedere afdeling/ locatie te dekken.	
2.1.8	Alle BHV'ers beschikken over een geldig BHV-certificaat.	
2.1.9	De aanbieder is op de hoogte van de meldplicht zoals bedoeld in art. 3.4 Wmo 2015.	
Constatering		
Bronnen		
Aanbeveling(en)		

2.2	Medicatie en verdovende middelen	ja/ nee/ n.v.t./ n.b.
2.2.1	De aanbieder beschikt over een medicatieprotocol.	
2.2.2	Alle medicatie staat op naam van de cliënt(en).	
2.2.3	Er zijn geen medicatievoorraden zonder naam aanwezig, m.u.v. een werkvoorraad die voldoet aan de 'handreiking werkvoorraad geneesmiddelen'.	
2.2.4	Voor iedere cliënt, is er een actueel medicatieoverzicht (toedienlijst of deellijst) aanwezig.	
2.2.5	In het ondersteuningsplan van de client is dit medicatieoverzicht opgenomen.	
2.2.6	Medicatie waarop een waarschuwingslabel zit, is opgenomen in de risico-inventarisatie in het ondersteuningsplan.	
2.2.7	Medicatie wordt onder goede condities bewaard en is niet toegankelijk voor onbevoegden. Score alleen 'ja' als alle onderstaande elementen aanwezig zijn: <ul style="list-style-type: none"> In de koelkast (indien van toepassing) gescheiden van voedingsmiddelen; 	

	<ul style="list-style-type: none"> • In een afgesloten medicijnkast; • Opiaten in afgesloten kast/kist gescheiden van de overige medicatie; • Sleutelbeheer is adequaat geregeld; • Houdbaarheidsdata zijn actueel. 	
2.2.8	Elk medicijn dat wordt toegediend/ uitgereikt wordt op datum en tijdstip afgetekend op een aftekenlijst.	
2.2.9	Bij de toediening van medicatie die niet in een GDS-verpakking zit (=baxter) en waarbij sprake is van aantoonbaar risico in geval van verkeerde dosering vindt aantoonbaar controle plaats door een tweede, bekwaamde persoon.	
2.2.10	De aanbieder heeft afspraken met de cliënten gemaakt over het gebruik van alcohol en verdovende middelen.	
Constatering		
Bronnen		
Aanbeveling(en)		

2.3	Risico-inventarisatie	ja/ nee/ n.v.t/ n.b.
2.3.1	De aanbieder heeft een geactualiseerde RI&E van de locatie.	
2.3.2	Het ondersteuningsplan bevat een risico-inventarisatie op onderwerpen die voor cliënt van toepassing zijn.	
2.3.3	De risico-inventarisatie leidt tot concrete afspraken ter preventie van genoemde risico's.	
2.3.4	Eventuele veiligheidsrisico's en de eigen verantwoordelijkheid van de cliënt zijn besproken met de cliënt en wanneer van toepassing met het sociale netwerk.	
2.3.5	Als wordt afgeweken van de afspraken die zijn opgenomen in de risico-inventarisatie wordt dit gemotiveerd vastgelegd	
Constatering		
Bronnen		
Aanbeveling(en)		

2.4	Grensoverschrijdend gedrag	ja/ nee/ n.v.t/ n.b.
2.4.1	De aanbieder beschikt over een gedragscode hoe om te gaan met vriendschap, intimiteit en seksualiteit tussen cliënt en medewerker.	
2.4.2	Alle medewerkers kennen deze gedragscode.	
2.4.3	Medewerkers weten waar en hoe seksueel misbruik of grensoverschrijdend gedrag gemeld moet worden.	
2.4.4	Medewerkers zijn geïnstrueerd over en in staat tot het hanteren van de meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling.	
Constatering		
Bronnen		
Aanbeveling(en)		

3. Samenwerking en afstemming

Art. 3.1 lid 2 sub b Wmo 2015; De voorziening wordt in elk geval afgestemd op de reële behoefte van de cliënt en op andere vormen van zorg of hulp die de cliënt ontvangt.

3.1	Afstemming met andere hulp- of zorgverleners	ja/ nee/ n.v.t/ n.b.
3.1.1	Met andere hulp- en zorgverleners vindt indien nodig, afstemming en uitwisseling van clientgegevens plaats, met toestemming van de client.	
3.1.2	De afspraken die voortvloeien uit de afstemming met andere hulp- of zorgverleners worden schriftelijk vastgelegd in het ondersteuningsplan.	
3.1.3	De hoofdaannemer toetst de kwaliteit van de onderaannemers.	
3.1.4	Er is één regisseur die de samenhang en continuïteit bewaakt.	
3.1.5	De aanbieder maakt gebruik van de Verwijsindex/ VIN voor cliënten tot 23 jaar.	
Constatering		
Bronnen		
Aanbeveling(en)		

3.2	Samenwerking en afstemming met de gemeente	ja/ nee/ n.v.t/ n.b.
3.2.1	De aanbieder ontvangt voldoende (achtergrond)informatie middels een perspectiefplan bij aanmelding van nieuwe cliënten.	
3.2.2	De aanbieder ontvangt tijdig de opdracht om de ondersteuning van een nieuwe cliënt te kunnen starten.	
3.3.3	De aanbieder ontvangt tijdig de opdracht om de ondersteuning van een cliënt te kunnen verlengen of wijzigen.	
3.3.4	Zes tot acht weken voor het aflopen van het arrangement, initieert de procesregisseur van de gemeente een eindevaluatie bij de inwoner van de aanbieder.	
Constatering		
Bronnen		
Aanbeveling(en)		

4. Kwaliteit van personeel en bedrijf

Art. 3.1 lid 2 sub c Wmo 2015; De voorziening wordt in elk geval verstrekt in overeenstemming met de op de beroepskracht rustende verantwoordelijkheid, voortvloeiende uit de professionele standaard.

4.1	Kwaliteitsborging	ja/ nee/ n.v.t/ n.b.
4.1.1	Er is een kwaliteitsmanagementsysteem in gebruik (processen worden structureel volgens (een aanwezig) plan geëvalueerd en de documenten zijn niet ouder dan drie jaar).	
4.1.2	De aanbieder heeft een kwaliteitskeurmerk (HKZ, ISO etc.).	
Constatering		
Bronnen		

Aanbeveling(en)

4.2	Personeel	ja/ nee/ n.v.t/ n.b.
4.2.1	Er is een bij de cliëntpopulatie passende verhouding (conform de geldende profielbeschrijving Wmo) tussen het aantal medewerkers en het aantal cliënten.	
4.2.2	De verdeling van taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden is duidelijk voor medewerkers.	
4.2.3	De aangewezen beroepskracht voldoet aan de gestelde opleidingseisen.	
4.2.4	De aanbieder biedt de beroepskrachten bijscholing passend bij de cliëntenpopulatie.	
4.2.5	De aanbieder heeft beleid t.a.v. inzet van vrijwilligers.	
4.2.6	Alle medewerkers (inclusief inhuur- en uitzendkrachten) en vrijwilligers hebben een verklaring omtrent gedrag (VOG) overlegd.	
4.2.7	De aanbieder toont aan zich te houden aan art. 5.5 lid 13 Offerteaanvraag Wmo 2024, waarin de herhaalplicht VOG is opgenomen.	
4.2.8	Er wordt regelmatig werkoverleg gehouden.	
4.2.9	Met terugkerende regelmaat wordt er een cliënttevredenheidsonderzoek gehouden.	
Constatering		
Bronnen		
Aanbeveling(en)		

5. Rechten van de cliënt

Art. 3.1 lid 2sub d Wmo 2015; Een voorziening wordt in elk geval verstrekt met respect voor en inachtneming van de rechten van de cliënt.

5.1	Rechten van de cliënt	ja/ nee/ n.v.t/ n.b.
5.1.1	De cliënt wordt met respect bejegend.	
5.1.2	Cliënten worden geïnformeerd over hun rechten en plichten.	
5.1.3	De aanbieder heeft beleid t.a.v. cliëntparticipatie/ medezeggenschap.	
5.1.4	De aanbieder informeert de cliënt actief over de cliëntparticipatie en medezeggenschap.	
5.1.5	De aanbieder reflecteert op dit beleid, evalueert dit en stelt het zo nodig bij.	
Constatering		
Bronnen		
Aanbeveling(en)		

5.2	Privacy	ja/ nee/ n.v.t/ n.b.
5.2.1	De aanbieder respecteert de privacy van de cliënt.	
5.2.2	De aanbieder beschikt over AVG-beleid.	
5.2.3	De aanbieder past het AVG-beleid toe in de praktijk.	
5.2.4	Met de cliënt en/of het sociale netwerk zijn schriftelijke afspraken gemaakt over gegevensuitwisseling met derden.	

Constatering
Bronnen
Aanbeveling(en)

5.3	Melden van incidenten en klachten	ja/ nee/ n.v.t/ n.b.
5.3.1	Er is een intern meldingssysteem voor incidenten, fouten en bijna fouten dat operationeel is.	
5.3.2	Melden, registreren, analyse, verbeteractie en terugkoppelen aan de melder en team is geregeld.	
5.3.3	Incidenten worden intern besproken en er worden verbetervoorstellen geformuleerd.	
5.3.4	De verbetervoorstellen worden doorgevoerd. Er is sprake van een lerende organisatie.	
5.3.5	Er is een klachtenregeling.	
5.3.6	Deze klachtenregeling is toegankelijk en passend bij de cliëntpopulatie.	
5.3.7	De aanbieder neemt eventuele klachten in behandeling en handelt die tijdig af.	
Constatering		
Bronnen		
Aanbeveling(en)		