**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 uurs 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:   * In de koelkast (indien van toepassing) gescheiden van voedingsmiddelen; * 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. 4.5 lid 18 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)** | | |
|  | | |