

Toetsingskader Wmo gemeente Vlieland

Toetsingskader Wmo gemeente Vlieland;
Het college van burgemeester en wethouders van de gemeente Vlieland;
gelet op de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015;
gelet op de Verordening maatschappelijke ondersteuning gemeente Vlieland;
b e s l u i t

1. Vast te stellen het Toetsingskader Wmo gemeente Vlieland.

Artikel 1 Begripsbepaling

1. Alle begrippen die in dit toetsingskader worden gebruikt en die niet nader worden omschreven hebben dezelfde betekenis als in de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015, in de Algemene wet bestuursrecht en de Verordening maatschappelijke ondersteuning.
2. College: het college van burgemeester en wethouders van de gemeente Vlieland;
3. Wmo 2015: Wet maatschappelijke ondersteuning 2015;
4. Formele ondersteuning: ook wel 'formele hulp' genoemd, als bedoeld in de 'Verordening maatschappelijke ondersteuning gemeente Vlieland';
5. Informele ondersteuning: ondersteuning die wordt geboden door een persoon die geen formele ondersteuning biedt, zoals een persoon uit het sociale netwerk van de inwoner of een beroepskracht die niet voldoet aan de gestelde (kwaliteits-)eisen;
6. Gebiedsteam: het in de desbetreffende gemeente actieve team van professionals, belast met het ontvangen van meldingen dan wel het doen van onderzoek als bedoeld in 2.3.1, 2.3.2 en 2.3.4 van de Wmo 2015;
7. Toezichthouder: de ambtelijk toezichthouder als bedoeld in artikel 6.1 van de Wmo 2015, belast met het houden van toezicht op de naleving van het gestelde in of krachtens de Wmo 2015.

Artikel 2. Reikwijdte

1. Het toetsingskader Wmo heeft betrekking op de individuele begeleiding, dagactiviteiten en dagbesteding die op grond van de Wmo 2015 worden verstrekt. Het toetsingskader somt op aan welke kwaliteitseisen die ondersteuning minimaal moet voldoen.
2. Het toetsingskader Wmo heeft betrekking op zowel de ondersteuning die als zorg in natura door de gemeente wordt verstrekt als op de ondersteuning die op basis van een persoonsgebonden budget door de gemeente wordt bekostigd. Er zijn een aantal uitzonderingen:

1. Alle genoemde eisen zijn van toepassing op ondersteuning middels Zorg in Natura;
1. Alle genoemde eisen zijn van toepassing op formele ondersteuning middels pgb, behalve de volgende eisen:
 1. Eis 2.5;
 2. Eis 2.6;
 3. Eis 4.2 sub c en d;
 4. Eis 4.3.
1. Voor informele ondersteuning middels pgb zijn enkel de volgende eisen van toepassing:
 1. Eis 1.1 t/m 1.3;
 2. Eis 3.1 sub b;
 3. Eis 3.2 sub a t/m d;
 4. Eis 3.3;
 5. Eis 3.4;
 6. Eis 4.1;
 7. Eis 4.2 sub a en b;
 8. Eis 4.4 sub b.

1. CLIËNTNIVEAU

Criteria Uitwerking

- 1.1 Ondersteuningsplan en zelfregie a) De zorgaanbieder kan aantonen dat iedere cliënt een ondersteuningsplan heeft. Dit plan is samen met de cliënt en het gebiedsteam opgesteld en besproken. Dit is door de cliënt of zijn vertegenwoordiger ondertekend. Voor het bereiken van de doelen of resultaten wordt gekeken naar de eventuele betrokkenheid of samenwerking met de cliënt zijn (sociale) netwerk.

- b) In het ondersteuningsplan zijn de hulpvraag, de behoefte(n), de wens(en), hoe (acties of methodieken) het resultaat en de (SMART)doelen tijdspad (wanneer de resultaten behaald dient te worden) van de cliënt vastgelegd. Tijdens de evaluaties wordt dit plan samen met het gebiedsteam besproken.
- c) De verleende ondersteuning draagt bij aan het behalen van de opgestelde resultaten en (SMART)doelen.
- d) De cliënt wordt respectvol bejegend en de zelfredzaamheid van de cliënt wordt ondersteund en geactiveerd en niet overgenomen door de zorgaanbieder. Dit geldt tevens voor de financiën van de cliënt. De zorgaanbieder heeft een begeleidende en ondersteunende rol.
- e) De zorgaanbieder kan aantonen dat er met het gebiedsteam en de cliënt afspraken zijn gemaakt over hoe en wanneer er wordt of is geëvalueerd. De evaluaties vinden door middel van een driehoek gesprek plaats: cliënt, zorgaanbieder en gebiedsteam. Het is van belang dat voorafgaand aan deze evaluatie een rapportage aangeleverd wordt vanuit de zorgaanbieder richting de cliënt en het gebiedsteam.
- 1.2 Directe en indirecte zorg
- a) De zorgaanbieder kan aantonen dat er afspraken zijn gemaakt met de cliënt over de start -en einddatum en de invulling van de ondersteuning (zoals welke dagen en aantal minuten of uren ondersteuning en hoe te handelen wanneer een ondersteuningsmoment niet door kan gaan, bijvoorbeeld bij ziekte of vakantie van cliënt en/of zorgaanbieder).
Digitale, telefonische ondersteuning of beeldbellen mag onderdeel zijn van de ondersteuning mits dat passend is voor het behalen van het resultaat en in lijn is met de afgegeven beschikking.
- b) De omvang van de ondersteuning komt overeen met de afgegeven beschikking.
- c) De zorgaanbieder kan aantonen dat de cliënt bij start van de ondersteuning wordt gewezen op diens rechten en plichten (o.a. het veilig melden van klachten, incidenten/calamiteiten en de mogelijkheid om een vertrouwenspersoon te betrekken en de keuzevrijheid van de cliënt).
- 1.3 Bijstellen in dividueel plan
- a) Wanneer tijdens een evaluatiemoment of eerder in de ondersteuning (zie 1.1.e) geconstateerd wordt dat de doelen bijgesteld moeten worden, dan wordt dit door de zorgaanbieder in samenspraak met de cliënt gerealiseerd en vastgelegd.
- b) Van de zorgaanbieder wordt verlangd dat zij een proactieve houding hebben en vroeg signalering toepassen op de mogelijkheden en ontwikkelingen rondom de resultaten van de cliënt. Een voorbeeld hiervan is dat de zorgaanbieder in samenspraak met de cliënt, contact met het gebiedsteam opneemt wanneer de gestelde resultaten niet haalbaar blijken.
- 1.4 Werkwijze
- a) Er wordt door de zorgaanbieder resultaatgericht gewerkt waarbij er door de zorgaanbieder tevens wordt gekeken naar voorliggende voorzieningen of wetgeving (Zorgverzekeringswet of Wet langdurige zorg) of afschalen van Wmo-ondersteuning, dit kan o.a. door vermindering aantal uren en/of afschalen naar een lagere intensiteit van ondersteuning. De eigen kracht van de cliënt staat voorop. Dit is tevens onderwerp van gesprek bij de tussenevaluaties. Bij bepaalde doelgroepen, bijvoorbeeld bij dementie is het stabiliseren van de situatie ook een resultaat.
- b) Er is sprake van een samenwerking; De zorgaanbieder werkt intensief samen met het gebiedsteam. Het gebiedsteam is de regisseur en heeft de mogelijkheid om in samenspraak met de cliënt aanpassingen door te voeren wanneer de ondersteuningsdoelen onvoldoende efficiënt en/of effectief zijn. Hiervan is sprake wanneer er geen zichtbare resultaten worden bereikt en/of doelen niet voldoende SMART geformuleerd zijn. Wanneer aanpassingen in doelen herhaaldelijk niet tot resultaat leiden kan het gebiedsteam de ondersteuning/zorgverlening overdragen naar een andere gecontracteerde aanbieder. Indien het gebiedsteam zich zorgen maakt over de kwaliteit van de zorgverlening wordt er een melding gedaan worden bij de Toezichthouder Wmo.
- c) De zorgaanbieder of budgetbeheerder zorgt ervoor dat de gebiedsteam-medewerker alle relevante informatie (zoals wijzigingen in de hulpvraag, de behoefte, de wens, het resultaat, de (SMART)doelen en/of mogelijkheden tot afschalen) ontvangt die de gebiedsteammedewerker nodig heeft om de regie te voeren en de voortgang van de ondersteuning te monitoren.
- d) De zorgaanbieder of budgetbeheerder werkt samen met het gebiedsteam op de volgende momenten:
- Bij aanvang van de ondersteuning (het samen opstellen van een ondersteuningsplan)
- Tussenevaluatie (zie ook 1.4) dient voorafgaand het gesprek te worden aangeleverd bij het gebiedsteam.
- Eindevaluatie: voorafgaand aan de beëindiging van de ondersteuning vindt een evaluatie met het gebiedsteam plaats inclusief eindrapportage die voorafgaand vanuit de zorgaanbieder wordt aangeleverd bij de cliënt en het gebiedsteam. Op basis van deze evaluatie vindt een definitieve overweging door het gebiedsteam plaats of de ondersteuning gestopt kan worden. Wanneer er sprake is van een aflopende Maatwerkvoorziening dient de zorgaanbieder dit minimaal 8 (of 20 in geval van Pgb) weken voor de einddatum bij het gebiedsteam te melden.
- Er signalen en/of zorgen zijn over onveiligheid van de cliënt of zorgverleners
- Tijdens het gebiedsteam geplande overleggen (zoals multidisciplinaire overleggen)

2. KWALITEITSSYSTEEM

Criteria	Uitwerking
2.1 Kwaliteitsverbetering	a) De zorgaanbieder kan aantonen dat er methodisch gewerkt wordt naar kwaliteitsverbetering (door middel van een PDCA cyclus) binnen de organisatie en/of hulpverlening. Dit geldt ook voor de zorgaanbieders waarmee wordt samengewerkt (onderaanneming). Dit wordt door de 'hoofdaannemer' gemonitord en komt in een jaarlijks audit van de 'hoofdaannemer' aan bod.
2.2 Klachtenprocedure	a) De zorgaanbieder kan aantonen dat er een klachtenprocedure is vastgelegd waarbij er een klachtencommissie is ingericht. b) De zorgaanbieder informeert de cliënten over de bestaande klachtenprocedure. c) Er vinden jaarlijks klachtenanalyses vanuit de zorgaanbieder plaats waarbij er gekeken wordt naar benodigde verbeteringen binnen de organisatie.
2.3 Privacy	a) De zorgaanbieder kan aantonen dat er een privacyregeling is en informeert de cliënten hierover bij aanvang van de zorgverlening.
2.4 Medezeggenschap	a) Bij de zorgaanbieders met ≥ 25 medewerkers is er een cliëntenraad aanwezig. Deze cliëntenraad is representatief voor de cliënten en wordt door de zorgaanbieder gefaciliteerd. b) Cliënten worden bij de aanvang van de zorg geïnformeerd over de aanwezigheid van de cliëntenraad. c) De zorgaanbieder kan aantonen welke overwegingen, besluiten en acties er zijn gemaakt naar aanleiding van verkregen adviezen uit de cliëntenraad.
2.5 Cliënt tevredenheidsonderzoek	a) De zorgaanbieder kan aantonen minimaal eenmaal per twee jaar een cliënttevredenheidsonderzoek uit te voeren, waarbij de anonimiteit van cliënten gewaarborgd is. b) De uitkomsten van het cliënttevredenheidsonderzoek worden – indien aanwezig - met de cliëntenraad besproken en eventuele benodigde verbeteracties worden gezamenlijk uitgevoerd. c) Wanneer geen cliëntenraad aanwezig is, kan de zorgaanbieder aantonen welke overwegingen, besluiten en acties er zijn gemaakt naar aanleiding van de uitkomst van het cliënttevredenheidsonderzoek.

- 2.6 Medewerkers tevredenheidsonderzoek
- a) De aanbieder kan aantonen regelmatig, doch minimaal eenmaal per 2 jaar een medewerkers tevredenheidsonderzoek uit te voeren wanneer er sprake is van ≥ 5 medewerkers in de organisatie, waarbij de anonimiteit van medewerkers (voor zover mogelijk) gewaarborgd is.
 - b) De aanbieder kan aantonen dat de vorm van medezeggenschap wordt betrokken bij verbeteractie voortvloeiend uit het tevredenheidsonderzoek.

3. VEILIGHEID

- | Criteria | Uitwerking |
|----------------------|--|
| 3.1 Incidenten | <ul style="list-style-type: none"> a) De zorgaanbieder kan aantonen dat de leefomgeving die hij gebruikt om cliënten te ontvangen schoon, veilig en passend is voor cliënt. Vergunning is conform bestemmingsplan. b) De zorgaanbieder meldt calamiteiten uiterlijk binnen drie dagen bij de toezichthouder Wmo namens de daarbij aangesloten gemeenten. Wanneer de toezichthouder (aanvullende) acties noodzakelijk vindt, zal dit door de zorgaanbieder worden opgevolgd. c) De zorgaanbieder analyseert de gedane meldingen periodiek en kijkt hierbij tevens naar benodigde verbeteracties. d) De zorgaanbieder kan aantonen dat de melding tevens met de betrokken cliënt(en) besproken is. e) De zorgaanbieder kan aantonen welke overwegingen en acties zijn uitgezet naar aanleiding van een melding. |
| 3.2 Cliëntveiligheid | <ul style="list-style-type: none"> a) De zorgaanbieder kan aantonen dat de leefomgeving die hij gebruikt om cliënten te ontvangen schoon, veilig en passend is voor cliënt. Vergunning is conform bestemmingsplan. b) De zorgaanbieder draagt verantwoordelijkheid bij het signaleren van onveiligheid en het vervolgens hierop acteren. c) De zorgaanbieder kan aantonen dat er in (acuut) onveilige situaties een stappenplan aanwezig is omtrent hoe te acteren. Bij het opstellen worden minimaal de cliënt(en) en het gebiedsteam hierin meegenomen. d) De zorgaanbieder kan aantonen dat er een agressieprotocol en overige benodigde veiligheidsprotocollen aanwezig zijn. e) De zorgaanbieder kan aantonen dat de meldcode huiselijk geweld en (kinder)mishandeling aanwezig is en dat de medewerkers hierop geschoold zijn en handelen conform protocol. f) De hulpmiddelen en/of (elektrische) apparatuur aanwezig voor de doelgroep van de organisatie zijn compleet en niet beschadigd. Elektrisch gereedschap/apparatuur moet voldoen aan de daarvoor geldende regels binnen de Europese regelgeving en zijn voorzien aan de CE- markering (certificaat). |
| 3.3 Continuïteit | <ul style="list-style-type: none"> a) De zorgaanbieder heeft een verantwoordelijkheid in het bieden van continuïteit in het ondersteunen van de cliënt. Wanneer de zorgaanbieder om welke reden dan ook, van mening is dat de door hen geboden ondersteuning niet meer toereikend is, zal de zorgaanbieder hiervan melding maken bij het gebiedsteam en/of budgetbeheerder en samen met de cliënt en het gebiedsteam zorgdragen voor een overdracht naar een andere geschikte (gecontracteerde) zorgaanbieder die de toereikende ondersteuning kan bieden. De zorgaanbieder is voor de cliënt verantwoordelijk tot dat de overdracht heeft plaatsgevonden en de nieuwe zorgaanbieder kan starten met de ondersteuning. Indien bij aanmelding de ondersteuning niet binnen 2 weken kan plaatsvinden, bijvoorbeeld doordat de aanbieder een max. aan cliënten heeft, moet de aanbieder de cliënt direct naar het gebiedsteam terugverwijzen. Aanbieder mag cliënt niet in de 'wacht' zetten, m.a.w. wachtlijsten zijn niet toegestaan. |
| 3.4 Samenwerking | <ul style="list-style-type: none"> a) De zorgaanbieder werkt samen met verschillende vertegenwoordigers van de opdrachtgever (o.a. Contractmanagement, Toezicht en Administratie). b) Wanneer er vanuit gesprekken met de opdrachtgever en/of onderzoek door de opdrachtgever blijkt dat verdere acties noodzakelijk zijn dan werkt de zorgaanbieder daaraan mee. |

4. MEDEWERKERS EN VRIJWILLIGERS

- | Criteria | Uitwerking |
|-------------------------------------|--|
| 4.1 Kwaliteit en veiligheid | <ul style="list-style-type: none"> a) De zorgaanbieder is van alle (betaalde, onbetaalde en vrijwillige) medewerkers met cliëntcontact in bezit van een verklaring omtrent gedrag (VOG) gericht op de uit te voeren werkzaamheden, als bedoeld in artikel 28 van de Wet justitiële en strafvorderlijke gegevens. Deze verklaring dient specifiek voor de betreffende functie bij de zorgaanbieder te zijn afgegeven en is niet ouder dan 3 maanden voorafgaand aan het in dienst treden van de medewerker. b) Alle medewerkers die werken voor de zorgaanbieder dienen een geheimhoudingsverklaring te ondertekenen. |
| 4.2 Vakbekwaamheid en deskundigheid | <ul style="list-style-type: none"> a) Het in te zetten personeel van de zorgaanbieder, dat beroepsmatig in contact kan komen met cliënten aan wie hulp en/of begeleiding wordt geboden, is tenminste in het bezit van de opleiding, certificeringen, (geldige) registratie en bekwaamheid, welke in het Programma van Eisen staan beschreven. b) De hulpverlener voldoet daarnaast aan de kwaliteitscriteria conform de afgesloten Raam- en Uitvoeringsovereenkomsten. c) De zorgaanbieder organiseert de mogelijkheid voor medewerkers om gebruik te maken van casuïstiek en/of overleg met een gedragsdeskundige of andere specialist (op afstand). d) De zorgaanbieder zorgt voor scholing van de medewerkers zodat zij bekwaam en bevoegd blijven. |
| 4.3 Verantwoord personeelsbeleid | <ul style="list-style-type: none"> a) De zorgaanbieder kan aantonen dat er sprake is van verantwoorde werktoedeling, aanwezigheid van ziekteverzuimbeleid en van ontwikkelgesprekken. |
| 4.4 Vrijwilligers | <ul style="list-style-type: none"> a) Indien de zorgaanbieder werkt met vrijwilligers, dan dient hij te beschikken over beleid waarin is vastgelegd welke taken vrijwilligers mogen verrichten met in achtname van alle relevante wet- en regelgeving. b) Alle vrijwilligers die werken voor de zorgaanbieder dienen een geheimhoudingsverklaring te ondertekenen. |

Inwerkingtreding

1. Dit toetsingskader treedt in werking op de dag na bekendmaking en werkt terug tot en met 1 januari 2022.

2. Dit toetsingskader wordt aangehaald als Toetsingskader Wmo gemeente Vlieland.

Ondertekening

Aldus vastgesteld door het college van burgemeester en wethouders van de gemeente Vlieland op 6 december 2022.

Het college van burgemeesters en wethouders,

*Namens deze,
A. Idema secretaris/directeur M. Schrier burgemeester*