

Beleidsregel Kader kwaliteitstoezicht Wmo 2021GGD regio Utrecht, gemeente Utrecht

Burgemeester en wethouders van de gemeente Utrecht,

Gelet op

- de artikelen 4:81, eerste lid, 4:83 en 1:3, vierde lid, van de Algemene wet bestuursrecht;
- de artikelen artikel 2.1.1, tweede lid en ;artikel 6.1, eerste lid, Wmo;
- artikel 5.1, negende lid, Verordening maatschappelijke ondersteuning gemeente Utrecht 2024;
- Het Mandaatbesluit aanwijzingsbevoegdheid toezichthouders Wmo 2015 gemeente Utrecht;

Overwegende dat

- het college per 1 maart 2024 met de GGDrU is overeengekomen dat zij toezicht op de kwaliteit , zullen uitvoeren voor en namens het college;
- kaders voor toezicht en handhaving randvoorwaardelijk zijn voor het uitvoeren van toezicht en handhaving;

Besluiten de volgende beleidsregel vast te stellen:

Inleiding en samenvatting

Sinds 2016 voert GGD regio Utrecht (hierna: GGDrU) het toezicht uit op de kwaliteit van Wmo-voorzieningen. Dit betekent dat tot oktober 2020 alle gecontracteerde maatwerkvoorzieningen worden getoetst. Vanaf 2019 zijn de toezichthouders en de gemeenten gestart met de doorontwikkeling van het toezicht Wmo na 2020. Het doel hiervan is om het meer eigentijds te maken en aan te scherpen met de ervaringen en 'lessons learned' van de afgelopen vijf jaar. Dit heeft geresulteerd in een voorstel voor een nieuwe opdracht, waarmee het Algemeen Bestuur van GGDrU op 1 april 2020 heeft ingestemd.

De kern van het hernieuwde toezicht is gericht op meer toezicht waar nodig en minder waar mogelijk:

- verschuiving van focus op kwantiteit naar kwaliteit
- verschuiving van focus op beleid naar praktijk/ uitvoering

Het hernieuwde toezicht past daardoor meer bij de zes principes van goed toezicht:

- het is selectief, slagvaardig, efficiënt, onafhankelijk, professioneel en transparant.

Kader toezicht Wmo

Met dit kader wordt inzicht gegeven in de vorm van toezicht Wmo in de regio Utrecht, de samenwerking met gemeenten en andere organisaties en aanpassingen en aanscherpingen in de werkwijze:

- het kwaliteitstoezicht is meer risicogestuurd: op basis van criteria wordt jaarlijks een selectie gemaakt van de te toetsen voorzieningen/aanbieders. Dit komt overeen met de werkwijze van veel andere GGD-en en IGJ.
- elke inkoopregio stelt in afstemming met GGDrU een jaarplan op. Daarnaast wordt een jaarplan opgesteld voor regio-overstijgende onderzoeken. Aan het eind van het jaar stelt GGDrU een jaarverantwoording op. De resultaten worden ingezet voor de selectie van het nieuwe jaarplan.
- GGDrU werkt vanaf 1 januari 2021 met een herstelaanbod waarbij de aanbieder op verschillende normen de mogelijkheid krijgt verbetering te brengen. Hierna volgt een eventuele hercontrole en een gericht advies aan de gemeente met betrekking tot handhaving.
- Rapporten kwaliteitstoezicht worden actief openbaar gemaakt. GGDrU stelt samen met de gemeenten een procedure hiervoor op. Rapporten van signaalgestuurde onderzoeken en calamiteitenrapporten worden vooralsnog niet openbaar.

Leeswijzer

Allereerst wordt in dit kader de inrichting van het toezicht Wmo beschreven: de verschillende vormen van toezicht en de reikwijdte. Vervolgens worden de kwaliteitscyclus en de werkwijzen bij de uitvoering van het toezicht uitgelicht. Tot slot wordt in het toetsingskader (bijlage 3) beschreven op basis van welke kwaliteitseisen de toetsing bij Wmo-aanbieders plaatsvindt.

1. Vormen van toezicht Wmo

Op basis van artikel 6.1 van de Wmo 2015 zijn gemeenten integraal verantwoordelijk voor de kwaliteit van de voorzieningen, de uitvoering en het toezicht op de naleving van de Wmo.

Sinds 2016 voert GGDrU in opdracht van 24 gemeenten⁴ het toezicht Wmo op de kwaliteit uit in de regio Utrecht. De Directeur Publieke Gezondheid (DPG) van GGDrU is aangewezen als toezichthouder

Wmo. Zij wijst middels onder mandaat de toezichthouders aan. De toezichthouders van GGDrU zijn door het college aangewezen en hebben de bevoegdheden en plichten conform hoofdstuk 5 van de Algemene wet bestuursrecht (zie bijlage 1).

De toezichthouders Wmo van GGDrU voeren 3 vormen van toezicht uit:

- **Kwaliteitstoezicht**
Dit toezicht richt zich op de kwaliteit van Wmo-voorzieningen en vindt proactief plaats.
- **Signaalgestuurd toezicht**
Dit toezicht richt zich op de kwaliteit van Wmo-voorzieningen en vindt plaats op basis van signalen met betrekking tot de kwaliteit die vanuit gemeenten, professionals en/of burgers zijn gemeld over een aanbieder.
- **Calamiteitentoezicht**
Dit toezicht richt zich op het begeleiden van de aanbieder bij het onderzoeken van een calamiteit of het uitvoeren van het calamiteitenonderzoek door GGDrU zelf. Deze vorm van toezicht is reactief, naar aanleiding van gemelde calamiteiten door Wmo-aanbieders. Wmo-aanbieders hebben een wettelijke meldplicht bij calamiteiten en geweldsincidenten (artikel 3.4 Wmo).

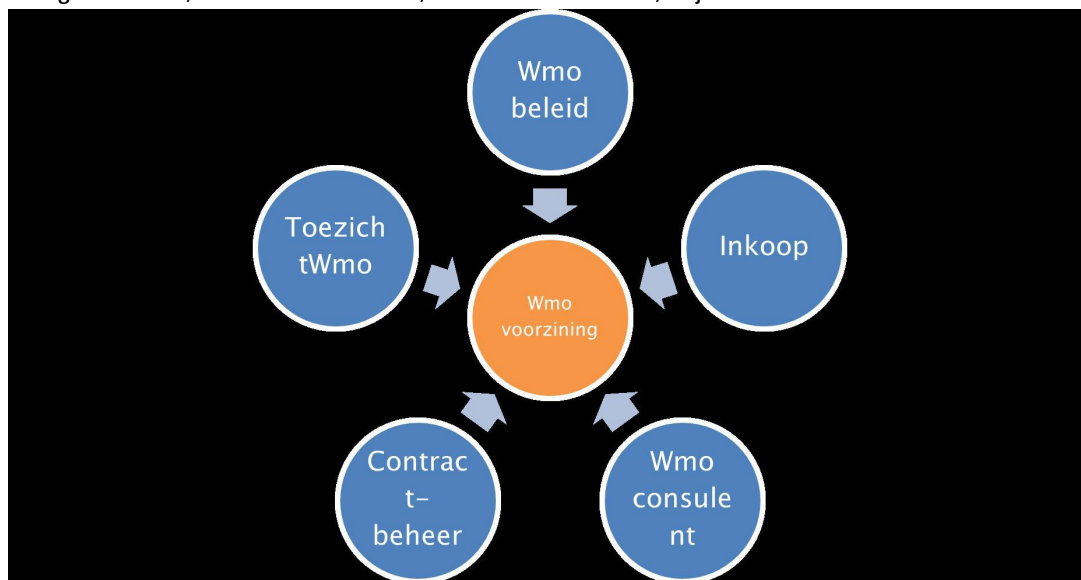
De definitie van een calamiteit (art. 1.1.1. Wmo):

- Een niet-beoogde of onverwachte gebeurtenis, die betrekking heeft op de kwaliteit van een voorziening en die tot een ernstig schadelijk gevolg voor of de dood van een cliënt heeft geleid.
- Geweld bij de verstrekking van een voorziening: seksueel binnendringen van het lichaam van of ontucht met een cliënt, alsmede lichamelijk en geestelijk geweld tegen een cliënt, door een beroepskracht dan wel door een andere cliënt met wie de cliënt gedurende het etmaal of een dagdeel in een accommodatie van een aanbieder verblijft.

Aanbieders dienen een melding binnen drie werkdagen in te dienen bij GGDrU. Hiervoor is een meld-formulier beschikbaar op de website van het toezicht Wmo.

2. Kwaliteitscyclus

Het toezicht vormt een onderdeel van de cyclus om de kwaliteit van voorzieningen te bewaken en te bevorderen. Inwoners kunnen hierdoor gebruik (blijven) maken van kwalitatief goede en passende ondersteuning. De toezichthouders Wmo dragen deze verantwoordelijkheid samen met accounthouders van gemeenten, beleidsambtenaren, contractbeheerders, wijkteams en Wmo-consulenten.



Figuur 2.1 Betrokken actoren bij kwaliteit Wmo-voorziening

Iedere actor is op een ander moment en op een ander niveau actief. Om de PDCA-cyclus (Plan-Do-Check-Act) in het toezicht Wmo concreter vorm te geven, is onderstaande werkwijze opgesteld. Deze worden per punt uitgewerkt.

PLAN: Opstellen integraal jaarplan en een jaarplan per inkoopregio: selectie van voorzieningen/ aanbieders op basis van risico-indicatoren.

DO: Toetsing van de kwaliteit in de praktijk door concrete toetsnormen, selectie van cliënten en (semi-)onaangekondigde bezoeken.

CHECK: ontwikkelpunten krijgt aanbieder een herstelaanbod, waarna een hercontrole en een gericht advies aan de gemeente volgt.

ACT: Openbaarmaking rapporten en monitoring en indien nodig handhaving door gemeente.

2.1 Selectie voorzieningen (PLAN)

Reikwijdte

GGDrU houdt toezicht op:

- de naleving van de kwaliteitseisen die worden gesteld vanuit de Wmo en gemeenten, aan de Wmo-voorzieningen. Dit zijn zowel gecontracteerde maatwerkvoorzieningen, voorzieningen die vanuit PGB worden bekostigd en algemene of voorliggende voorzieningen.

Er zijn verschillende type voorzieningen: dienstverlenend en het leveren van producten. Wmo-voorzieningen in de vorm van dienstverlening zijn:

- ambulante ondersteuning, zoals individuele begeleiding, praktische en gespecialiseerde begeleiding;
- hulp bij het huishouden;
- dagbesteding, zoals arbeidsmatige en sociale dagbesteding;
- vervoer, zoals vervoer op maat en vervoer van en naar de dagbesteding;
- beschermd wonen;
- kortdurend verblijf, zoals respijtzorg;
- maatschappelijke opvang, zoals de dag- en nachtopvang en de vrouwenopvang.

Ook zijn er voorzieningen in de vorm van producten:

- hulpmiddelen, zoals een rolstoel;
- woonaanpassingen, zoals een traplift;
- vervoer, zoals scootmobiel;

Met de gemeenten in de regio Utrecht is afgesteld dat er nu geen prioriteit ligt bij het toezicht op de producten. Het toezicht hierop blijft wel mogelijk, bijvoorbeeld bij signalen of calamiteiten.

Selectiecriteria

Het toezicht vindt, binnen de nieuwe opdracht, meer risicogestuurd plaats. Met gemeenten is, onder andere tijdens een werksessie in 2019, besproken waar risico's liggen en op basis waarvan een selectie gemaakt kan worden voor het uitvoeren van het toezicht. Met hen is overeengekomen het toezicht meer te focussen op waar dat nodig is. Hiervoor zijn onderstaande criteria opgesteld. De lijst is niet uitputtend of compleet maar dient als inhoudelijke basis om een wel afgewogen keuze te maken.

Tabel 1. Overzicht selectiecriteria voor risico gestuurd toezicht

Criteria	Uitwerking en voorbeeld	Argumentatie
Type aanbieder	Aanbieders met - weinig concurrentie - onderaannemers (Hoofdaannemers) - geen contract - Kleine aanbieders ZZP'ers en Nieuwe toetreders	-> sterke positie kan risico zijn voor kwaliteit -> hoofdaannemer borgt als eindverantwoordelijke kwaliteit onvoldoende -> nu niet standaard toezicht op deze aanbieders, maar ondersteunen wel Wmo-cliënten (Pgb/beperkte dienstverleningsovereenkomst) -> vaker beleid niet op orde en/of niet op de hoogte van kwaliteitsnormen
Omvang voorziening	Voorziening met - groot aantal cliënten - hoge tarieven - hoge kosten/ facturatiepercentage	-> kwaliteitsrisico bij een groot aantal cliënten -> vaak complexe problematiek: kwetsbaar -> kan duiden op niet effectief of rechtmatig ondersteuning bieden door aanbieder
Type voorziening	Ambulante voorzieningen Voorzieningen voor verblijf Nieuwe voorzieningen zoals beschermd wonen thuis	-> één-op-één contact cliënt (in thuissituatie): minder zicht op kwaliteit en afhankelijkheid -> kwetsbare doelgroep, risico in avond en nacht -> risico onvoldoende borging kwaliteit en veiligheid (bv in geval van pilot)
Doelgroep	(dementerende) ouderen Mensen met - (licht) verstandelijke beperking - psychische problematiek - allochtone achtergrond	-> Kwetsbare doelgroepen vanwege afhankelijkheid door ziekte, aandoening, beperking of achtergrond of belemmeringen op het gebied van taal
Signalen aanbieder	Aanwijzing van IGJ en/of tekortkoming in GGD-rapport Signalen vanuit wijkteam/sociaal team of Wmo consulenten Signalen vanuit rechtmatigheid zoals toezichthouder rechtmatigheid, onderzoeks-journalistiek e.d.	-> aanbieder heeft al eerder niet voldaan aan kwaliteitseisen. Risico op onwil/ onkunde -> verwijzer ziet en spreekt cliënten en begeleiders tijdens keukentafelgesprek of evaluatie: signalerende functie -> signalen over rechtmatigheid en ondermaatse kwaliteit hangen vaak samen

Jaarplan

GGDrU stelt samen met de gemeenten een integraal jaarplan op. Het integrale jaarplan bestaat uit:

- Jaarplan per inkoopregio. Iedere vertegenwoordiger van de inkoopregio heeft afstemming met de gemeenten in zijn/haar inkoopregio over de selectie van aanbieders en het opstellen van het jaarplan. Elke inkoopregio maakt een eigen afweging en stelt een inhoudelijke onderbouwing op voor de selectie van de te toetsen aanbieders en voorzieningen. Van het jaarlijks beschikbare aantal toezichten is 90% hiervoor gereserveerd, verdeeld naar inwonersaantal. Zie bijlage 2 voor de verdeling en de urenopbouw voor het toezicht
- Jaarplan voor regio-overstijgende onderzoeken, opgesteld door de werkgroepleden. Hierbij kan gedacht worden aan aanbieders die regio-overstijgend werken, PGB-aanbieders etc. Hiervoor is 10 procent van het totaal aantal beschikbare uren gereserveerd. In de gemeentelijke werkgroep worden de jaarplannen per inkoopregio besproken voor eventuele afstemming.

Het jaarplan wordt vooraf opgesteld en kan tussentijds worden aangepast indien er bijvoorbeeld nieuwe aanbieders zijn die getoetst moeten worden of als de onderzoeken minder tijd in beslag nemen waardoor de toezichthouders meer onderzoeken kunnen uitvoeren. De toezichthouder en betreffende inkoopregio spreken in het jaarplan vaste overlegmomenten af, om de voortgang en bevindingen te bespreken.

Beschikbare uren

Voor de onderzoeken is een raming van de benodigde uren gemaakt (zie bijlage 2). Deze raming is nodig om het jaarplan te vullen: onderzoeken met een grotere steekproef kosten meer tijd dan onderzoeken bij kleine aanbieders met slechts één voorziening en locatie. De urenraming is indicatief: indien minder uren nodig zijn, worden ook minder uren besteed en zijn deze beschikbaar voor andere onderzoeken. Indien meer uren nodig zijn, overlegt GGDru met de regio over de inzet van deze uren. Op deze wijze is er meer maatwerk mogelijk. GGDru houdt per onderzoek een urenregistratie bij en stemt tijdig af met de betreffende gemeenten indien er significante afwijkingen zijn op het vooraf opgestelde plan.

2.2 Uitvoeren toezicht (DO)

Per onderzoek is er eerst contact met de contactpersoon van de inkoopregio en de gemeente(n). In het jaarplan zijn werkafspraken opgenomen over hoe en bij wie informatie wordt opgevraagd met betrekking tot:

- signalen en bijzonderheden van de aanbieder en voorzieningen
- het aantal cliënten dat gebruik maakt van de voorziening
- de steekproeftrekking.

Als het een locatie gebonden voorziening betreft dan wordt aan de toezichthouder input gegeven voor het selecteren van de locatie(s). Bij ambulante voorzieningen, wordt input gegeven voor de steekproef van cliënten, waarbij een random of selectieve steekproef wordt getrokken, bijvoorbeeld op basis van type beschikking, aantal uren of duur van de ondersteuning.

Het toezicht bestaat uit een controle van dossiers, beleidsdocumenten, gesprekken met cliënten en medewerkers en observatie van de praktijk. De onderzoeksactiviteiten kunnen per onderzoek verschillen, door het type voorziening of doelgroep, de signalen of bijzonderheden die gemeld zijn, en door wat er tijdens het onderzoek gevonden.

Om de beoordelen of een aanbieder/voorziening voldoet aan de kwaliteitseisen en conform deze eisen werkt, is een toetsingskader opgesteld. Het toetsingskader bevat meer concrete eisen waaraan een aanbieder, voorziening en locatie moet voldoen. Ook is de uitwerking van de eisen zo beschreven dat de controle en beoordeling van de praktijk mogelijk is. (Zie bijlage 3). Gemeenten dienen in hun inkoop-eisen, subsidiecontracten etc, te verwijzen naar het toetsingskader.

2.3 Herstelaanbod (CHECK)

Het kwaliteitstoezicht is gericht op het onderzoeken of er voldoende beleid is/hoe er in de praktijk wordt gewerkt en of dat conform het eigen beleid en de kwaliteitseisen is. Indien een aanbieder niet aan alle eisen voldoet, worden er tekortkomingen geconstateerd. Zoals:

- een tekortkoming van beleid: bijvoorbeeld het niet hebben van een klachtenregeling of beleid omtrent veiligheid van cliënten
- een tekortkoming in de praktijk: er wordt bijvoorbeeld geen ondersteuningsplan opgesteld of er vinden geen periodieke evaluatiegesprekken plaats met de cliënten.

Ook kan een tekortkoming op één van meerdere locaties worden geconstateerd en niet bij alle, bijvoorbeeld dat op één locatie onvoldoende geschoold personeel aanwezig is.

Bij het constateren van tekortkomingen kan de toezichthouder een herstelaanbod aanbieden waarna een hercontrole plaatsvindt. Niet elke tekortkoming komt hiervoor in aanmerking:

- is de veiligheid in het geding, dan wordt direct de betreffende gemeente(n) ingelicht
- stelt de aanbieder zich niet bereidwillig op, dan wordt het definitieve rapport opgemaakt, waarna de gemeente aan zet is
- is de tekortkoming dusdanig groot, dat herstel binnen een paar weken niet mogelijk is, dan wordt een plan van aanpak gevraagd, en wordt het rapport definitief gemaakt. Een follow-up onderzoek

kan na een paar maanden plaatsvinden. Dit is in afstemming met de gemeente, waarbij beschikbare toezichtsuren worden ingezet voor de follow-up.

Het herstelaanbod leent zich niet voor een nader onderzoek, volgend op een handhavingsbesluit van de gemeente. Deze werkwijze leent zich ook niet voor het calamiteitentoezicht en het signaalgestuurd toezicht. GGDrU heeft voor het gebruik van het herstelaanbod een werkwijze. In het toetsingskader is bij iedere norm aangegeven of het zich leent voor een herstelaanbod. Indien de veiligheid van cliënten en/of medewerkers in het geding is wordt direct geschakeld/geëscaleerd met de betreffende gemeente.

2.4 Advies, openbaarmaking en handhaving (ACT)

De toezichthouder stelt een concreet advies op in het definitieve rapport. Er zijn hiervoor 3 opties:

1. Advies ter kennisgeving. Dit houdt in dat er geen ernstige tekortkomingen geconstateerd zijn en dat er geen directe actie van de gemeente(n) vereist is.
2. Advies tot monitoren. Dit houdt in dat er wel tekortkomingen geconstateerd zijn, die door de aanbieder zijn opgepakt. De gemeente(n) dient de voortgang te monitoren.
3. Advies tot handhaven. Dit houdt in dat er ernstige tekortkomingen geconstateerd zijn, en/of dat de aanbieder geen verbetering/ bereidwilligheid toont. De gemeente(n) dient handhavend op te treden.

Indien er verschillen zijn in bijvoorbeeld locaties of zwaarte van tekortkomingen, wordt het advies hiernaar uitgesplitst. Indien meer gemeenten betrokken zijn, geldt de werkwijze zoals afgestemd in het handhavingsbeleid.

Het handhavingskader dat door de meeste colleges van de gemeenten waarvoor GGDrU het Wmo toezicht uitvoert is vastgesteld, wordt herzien en passend gemaakt voor de nieuwe opdracht. Dit wordt naar verwachting begin 2021 (opnieuw) aan de colleges voorgelegd.

Openbaarmaking rapporten

Rapporten binnen het kwaliteitstoezicht worden vanaf 2021 actief openbaar gemaakt door GGDrU.

Hiervoor wordt de handreiking openbaarmaking zoveel mogelijk gevolgd van de VNG. Het actief openbaar maken van toezichtrapporten is een vertaling van het principe van transparantie naar de praktijk. GGDrU werkt samen met andere GGD-en die een gezamenlijk platform gebruiken voor het plaatsen van de rapporten.

GGDrU en gemeenten stellen een protocol openbaarmaking op welke vastgesteld dient te worden door de colleges. Dit zal naar verwachting in het tweede kwartaal van 2021 zijn. Rapporten van 2021 worden met terugwerkende kracht gepubliceerd. Onderdeel van het protocol openbaarmaking is in ieder geval:

1. Opstellen van een beleidsregel.
2. Opstellen van een werkwijze.
3. Vaststellen wie het rapport openbaar maakt en de eventueel bezwaren afhandeld, rekening houdend met delegatie en mandaat.

3. Slotbepalingen

3.1 Inwerkingtreding

Deze beleidsregel treedt in werking de dag na bekendmaking.

3.2 Citeertitel

Deze beleidsregel wordt aangehaald als Beleidsregel Kader kwaliteitstoezicht Wmo 2021GGD regio Utrecht, gemeente Utrecht.

Aldus vastgesteld door burgemeester en wethouders van Utrecht in hun vergadering van 15 april 2025,

De burgemeester

Sharon A.M. Dijksma

De secretaris,

Michiel J. Ruis

Bijlage 1. Bevoegdheden en plichten van de toezichthouder

Toezicht Wmo heeft vanuit de wet bijzondere bevoegdheden ten aanzien van de uitvoering van het toezicht. Daartegenover staat ook een aantal plichten.

Algemene wet bestuursrecht (Awb)

Een toezichthouder heeft de volgende plichten op grond van de Awb:

1. legitimatieplicht (art. 5:12, Awb)
2. de plicht om het evenredigheidsbeginsel in acht te nemen (art.5:13, Awb)

De Awb benoemt voor de uitvoering van toezicht de volgende rechten en bevoegdheden:

1. bevoegdheid om plaatsen te betreden, desnoods met politie. En om zich daarbij te laten vergezellen door personen die daartoe door de toezichthouder zijn aangewezen. Uitzondering daarop is een woning, als de bewoner daarvoor geen toestemming heeft gegeven (art 5:15, Awb)
2. bevoegdheid om apparatuur mee te nemen, desnoods met politie (art 5:15, Awb)
3. het recht om inlichtingen te vorderen (art 5:16, Awb)
4. het recht om van personen inzage te vorderen in het identiteitsbewijs (art 5:16a, Awb)
5. het recht op inzage van zakelijke gegevens en bescheiden en daarvan kopieën te maken (art 5:17, Awb)
6. de bevoegdheid om zaken te onderzoeken, verpakkingen te openen en om monsters te nemen (art 5:18, Awb)
7. de bevoegdheid om vervoermiddelen te onderzoeken (art 5:19, Awb).

Iedereen is verplicht om binnen een redelijke termijn alle medewerking te verlenen aan de toezichthouder (art 5:20, Awb).

Wmo2015 geeft zelf eveneens een aantal bevoegdheden en plichten aan de toezichthouder Wmo:

1) Inzage dossiers en verwerking persoonsgegevens

- De bevoegdheid om dossiers in te zien voor zover dat voor de taakuitvoering noodzakelijk is (art 6.1 lid 2 Wmo). Het gaat hierbij om dossiers die met betrekking tot cliënten worden opgesteld door onder meer zorgaanbieders, wijkteams en indicatiestellers. Ook dossiers die Veilig Thuis opstelt, kunnen worden ingezien.
- Daarnaast is toezicht Wmo bevoegd tot het verwerken van persoonsgegevens, waaronder gegevens betreffende de gezondheid van de cliënt alsmede andere bijzondere persoonsgegevens als bedoeld in de (uitvoeringswet) Algemene verordening gegevensbescherming.
- Toezicht Wmo moet deze bevoegdheden toetsen aan het proportionaliteitsvereiste en noodzakelijkheidsvereiste.

Toezicht Wmo houdt geen toezicht op de kwaliteit van uitvoering door Veilig Thuis zelf, dit is in de wet belegd bij de Inspectie gezondheidszorg en jeugd (IGJ).

2) Geheimhoudingsplicht

Art. 3.4 lid 3 Wmo geeft aan dat het Toezicht Wmo een geheimhoudingsplicht heeft voor de cliëntgegevens die voor de beroepskracht onder het beroepsgeheim vallen. Deze geheimhoudingsplicht geldt tegenover iedereen. Als het documenten betreft, gaat deze plicht boven de Wet openbaarheid van bestuur (Wob). Deze geheimhoudingsplicht is belangrijk omdat zorgaanbieders en beroepskrachten, zonder zekerheid over de geheimhouding van de verstrekte gegevens, een te grote terughoudendheid zouden kunnen hebben om gegevens aan de toezichthouder te verstrekken. De geheimhoudingsplicht van het Toezicht Wmo geeft de grens aan van wat gerapporteerd kan worden. Daarnaast betekent de AVG dat het Toezicht Wmo bewust omgaat met de gegevens van derden en dat processen, waarbij gegevens worden verwerkt, zijn afgestemd met de privacy-officer en opgenomen in het verwerkingsregister.

Tot slot

Toezicht Wmo heeft de bevoegdheid om een VOG op te vragen van medewerkers, die ondersteuning verlenen aan cliënten, of andere personen die beroepsmatig met de cliënten in contact kunnen komen. Indien Toezicht Wmo redelijkerwijs mag vermoeden dat een beroepskracht niet (meer) voldoet aan de eisen voor het afgeven van een VOG, kan Toezicht Wmo verlangen dat de aanbieder ervoor zorgt dat de beroepskracht binnen tien weken een VOG overlegt, die niet ouder is dan drie maanden (art. 3.5, lid 2, Wmo).

Bijlage 2. Verdeling toezichten per gemeente

Tabel b1 Verdeling toezichten per gemeente aan de hand van inwonersaantal

Gemeente	Inkoopregio	Aantal inwoners per 1-1-19	Beschikbare regionale uren (incl. regio-overstijgende uren)
Houten	Lekstroom	49.911	834 uren
IJsselstein	Lekstroom	34.160	
Lopik	Lekstroom	14.473	
Nieuwegein	Lekstroom	63.036	
Vijfheerenlanden	Lekstroom	55.712	
Amersfoort	Regio Amersfoort	156.286	1.120 uren
Baarn	Regio Amersfoort	24.767	
Bunschoten	Regio Amersfoort	21.576	
Leusden	Regio Amersfoort	30.030	
Soest	Regio Amersfoort	46.194	
Woudenberg	Regio Amersfoort	13.166	709 uren
De Ronde Venen	Utrecht West	44.059	
Montfoort	Utrecht West	13.996	
Oudewater	Utrecht West	10.201	
Stichtse Vecht	Utrecht West	64.336	
Woerden	Utrecht West	52.197	349 uren
Renswoude	Vallei	5.259	
Rhenen	Vallei	20.004	
Veenendaal	Vallei	65.589	
Bunnik	Zuidoost Utrecht	15.192	
De Bilt	Zuidoost Utrecht	42.824	749 uren
Utrechtse Heuvelrug	Zuidoost Utrecht	49.515	
Wijk bij Duurstede	Zuidoost Utrecht	23.762	
Zeist	Zuidoost Utrecht	63.934	
Deelnemende gemeenten		980.179	3.761 uren
Eemnes		9.113	
Utrecht		352.866	
Totaal GGDrU		1.342.158	

Tabel b2 Overzicht indicatieve toezichten per activiteit Wmo onderzoek

Activiteiten	Aantal uren	Bestaande uit een combinatie van:
Toezicht op locatieniveau	Per locatie 10 uur	Dossiercontrole: ondersteuningsplan, registratie, locatiebezoek, gesprekken cliënten, professionals, locatiemanager, observaties, reistijd binnen de regio
Toezicht bij ambulante voorzieningen	Per cliënt 5 uur	Dossiercontrole: op onder andere beschikking, ondersteuningsplan, registratie, gesprek cliënt en begeleider, observatie, reistijd binnen de regio
Toezicht op beleid	Per toezicht 5 uur	Analyse beleidsdocumenten, controle MIC/MIM en calamiteiten, controle personeelsdossier VOG en diploma, gesprek kwaliteitsmanager
Administratie en rapport	Per toezicht 13 uur	Inplannen, afstemmen gemeente/inkoopregio/wijkteam, opstellen conceptrapport, tweede lezer, hoor wederhoor, zienswijzen, definitief rapport en afstemming gemeente/inkoopregio
Herstelaanbod en hercontrole	Voor beleid 2 uur Per locatie 4 uur	(her)beoordeling van beleidsdocumenten (her)beoordeling van uitvoering op een locatie

Aantal uren per onderzoek zijn afhankelijk van onder meer:

- De grootte van de steekproef
- Inzet herstelaanbod en hercontrole
- Flexibiliteit in toezicht: minder locaties, meer dossiercontrole etc.
- De uren voor afstemming: afhankelijk van de inkoopregio.

Tabel b3 Indicatieve berekening toezichten per onderzoek afhankelijk van grootte en type voorziening.

Grootte en type voorziening	Steekproef	Uren praktijk	Uren beleid	Uren admin rapport	Uren herstel	Totaal
kleine aanbieder	2 x	5	5	13	3	31

ambulante onder- steuning						
grote aanbieder 6 x Hulp bij huishou- den	5	5	13	3	51	
kleine aanbieder 1 x kortdurend verblijf	10	5	13	3	31	
midden aanbieder 3 x beschermd wonen	10	5	13	3	51	
grote aanbieder 5 x dagbesteding	10	5	13	3	71	
Subtotaal						235

Bijlage 3. Toetsingskader toezicht Wmo per 1/1/2021

Het toetsingskader is gebaseerd op

- de wettelijke normen uit de Wmo 2015
- de ondergrensnormen die samen met de gemeenten in 2015 zijn opgesteld
- de inkoopisen van de inkoopregio's en gemeenten. Het toetsingskader geldt voor de 24 gemeenten waarvoor GGDrU het Wmo toezicht uitvoert. Specifieke kwaliteits- of contracteisen die niet zijn opgenomen in het dit toetsingskader, kunnen door een inkoopregio /gemeente toegevoegd worden aan het jaarplan.

In dit toetsingskader zijn de verschillende normen en voorwaarden uitgewerkt en geconcretiseerd, met als doel de praktijk en de kwaliteit op uniforme en transparante wijze te beoordelen. Het toetsingskader heeft geldt voor alle voorzieningen en Wmo-aanbieders: Zorg in Natura, Pgb aanbieders, gesubsidieerde partijen en Algemene voorzieningen.

In het toetsingskader zijn niet alle voorwaarden en uitwerkingen van toepassing op voorzieningen waarbij producten gemoeid zijn, zoals hulpmiddelen en woningaanpassingen. Ook wordt bij sommige voorwaarden wordt onderscheid gemaakt tussen ambulante voorzieningen en locatie-gebonden voorzieningen.

Begrippenlijst

- ondersteuningsplan; het plan dat door de aanbieder wordt opgesteld waarin de ondersteuningsdoelen zijn beschreven. Dit wordt ook wel een zorg(leef)plan,
- begeleidingsplan of plan van aanpak genoemd
- intake; het gesprek dat de aanbieder voert met de cliënt en/of diens vertegenwoordiger
- waarin de ondersteuningsbehoeften worden uitgevraagd en wordt bekeken of dit past bij het aanbod. Dit wordt in sommige gemeenten door het wijkteam /sociaal team gedaan.
- medewerkers: alle betaalde en niet betaalde krachten die werken bij de aanbieder (stagairs, vrijwilligers, professionals, ervaringsdeskundigen)
- professionals: de betaalde en geschoolde mensen die verantwoordelijkheid dragen voor de ondersteuning van de cliënten.
- ambulante ondersteuning; de ondersteuning die cliënten individueel krijgen, veelal in de thuissituatie. In sommige gemeenten worden andere termen gehanteerd zoals:
- ambulante begeleiding, begeleiding individueel, dagactiviteiten individueel, praktische en specialistische begeleiding.
- kortdurend verblijf: het verblijf van cliënten bij een aanbieder ter ontlasting van de mantelzorger, zoals respijtzorg en logeerweekenden.

Thema 1. Cliënten

1.1 Norm: Cliëntgerichte ondersteuning

De voorziening wordt doelmatig, doeltreffend en cliëntgericht verstrekt (art. 3.1, tweede lid sub a, Wmo). De voorziening is afgestemd op de reële behoefte(n) van de cliënt en andere vormen van zorg of hulp (art. 3.1, tweede lid sub b, Wmo).

Samenvatting

De geboden ondersteuning dient overeen te komen met de gestelde doelen vanuit het indicatiebesluit van de gemeente. Er wordt in samenwerking met de cliënt een concreet ondersteuningsplan opgesteld, waaruit minimaal blijkt welke voorziening geboden wordt, wat de ondersteuningsbehoeften zijn en welke doelen (SMART) daaraan gekoppeld worden. Hierbij wordt zorgvuldige dossiervoering verwacht van de aanbieder. De ondersteuning en de ontwikkeling van de cliënt wordt regelmatig geëvalueerd en waar nodig bijgesteld.

Herstelaanbod

Indien een of meer van de voorwaarden een beoordeling 'voldoet niet' heeft, dan is dat in principe aanleiding om geen herstelaanbod aan te bieden.

Voorwaarden

1.1.1 De ondersteuning wordt structureel geboden en draagt bij aan de zelfredzaamheid en/of participatie van de cliënt

1.1.2 De aanbieder heeft in samenwerking met de cliënt een ondersteuningsplan opgesteld waarin het doel, de aard en de intensiteit van de ondersteuning is vastgelegd

Uitwerking

- ☐ De ondersteuning door de aanbieder is tijdig gestart volgens contractafspraken van de betreffende gemeente(n)
- ☐ De ondersteuning wordt geboden met de frequentie die past bij de ondersteuningsbehoefte(n) van de cliënt
- ☐ De ondersteuning heeft als resultaat: bevordering zelfredzaamheid, bevordering participatie en/of ontlasting van mantelzorg
- ☐ De eigen kracht en regie van de cliënt wordt (waar mogelijk) gestimuleerd. Indien mogelijk wordt gewerkt naar afbouw en/of beëindiging van de ondersteuning
- ☐ De continuïteit van de ondersteuning is geborgd; voldoende personeelsbezetting, goede bereikbaarheid en een regeling bij uitval van een medewerker
- ☐ Er vindt een intake plaats met de cliënt, waarin de hulpvragen in kaart worden gebracht/verdiept wanneer de gemeente een plan heeft opgesteld
- ☐ In een intake/kennismaking worden wederzijdse verwachtingen afgestemd
- ☐ In een intake/kennismaking wordt gekeken of de cliënt en de geboden ondersteuning bij elkaar passen, indien een locatie gebonden voorziening: of de cliënt past binnen de huidige groep
- ☐ Er is een digitaal of schriftelijk cliëntdossier, waarin zaken zoals het intakeverslag, plan van aanpak, ondersteuningsplan, risico-inventarisatie is opgenomen

- ☐ Het ondersteuningsplan is per individuele cliënt opgesteld en is passend bij
 - de behoeften en mogelijkheden van de cliënt
 - het plan van aanpak en beschikking van de indicatiesteller
 - ☐ De gestelde doelen zijn SMART geformuleerd
 - ☐ De aanbieder zorgt ervoor voor dat de cliënt en/of diens vertegenwoordiger betrokken is bij het ondersteuningsplan*
 - ☐ Het ondersteuningsplan is passend bij de afgegeven beschikking vanuit de gemeente
 - ☐ Het ondersteuningsplan wordt binnen de gestelde termijn volgens contractafspraken gemeente, na de start van de ondersteuning voltooid en ondertekend door de cliënt en de verantwoordelijke professional
 - ☐ De aanbieder werkt methodisch (bv. Volgens ZRM of vraaggericht werken), heeft passende richtlijnen ontwikkeld en geïmplementeerd voor het opstellen van het ondersteuningsplan en het cliëntdossier
 - ☐ De cliënt heeft de mogelijkheid (op aanvraag) zijn/haar dossier in te zien
 - ☐ De cliënt begrijpt het ondersteuningsplan en/of laat zich vertegenwoordigen door een naaste/wettelijk vertegenwoordiger die het ondersteuningsplan begrijpt
- 1.1.3 Het ondersteuningsplan wordt adequaat uitgevoerd en periodiek geëvalueerd met de cliënt
- ☐ Minimaal 1 x per jaar en indien nodig vaker, wordt het ondersteuningsplan en de ontwikkeling van de cliënt geëvalueerd
 - ☐ Het ondersteuningsplan wordt na de evaluatie, waar nodig, binnen 1 maand bijgesteld
 - ☐ Wijzigingen in de situatie van een cliënt, die aanpassing vergen in de ondersteuning (zwaarte of soort), worden binnen een maand gesignaleerd, geregistreerd en opgepakt, en indien nodig teruggekoppeld aan de indicatiesteller

1.2 Norm: Afstemming in de keten

De voorziening is afgestemd op de reële behoefte(n) van de cliënt en andere vormen van zorg of hulp (art. 3.1, tweede lid sub b, Wmo)

Samenvatting

De ondersteuning die de cliënt vanuit de Wmo ontvangt is zoveel mogelijk gericht op één plan, waarbij op diverse leefgebieden verschillende zorgprofessionals actief kunnen zijn. Indien de cliënt meerdere vormen van ondersteuning ontvangt, is nodig dat deze op elkaar zijn afgestemd, bijvoorbeeld door middel van overleg, gezamenlijke evaluaties, multidisciplinaire overleg, en indien nodig het aanwijzen van een casusregisseur. De afspraken die voortvloeien uit de afstemming met ketenpartners dienen vastgelegd te worden. Ook is er toestemming van de cliënt vereist voor de samenwerking en uitwisseling van gegevens.

Herstelaanbod

Indien twee of meer van de voorwaarden een beoordeling 'voldoet niet' hebben, dan is dat in principe aanleiding om geen herstelaanbod aan te bieden

Voorwaarden

1.2.1 De aanbieder draagt er zorg voor dat het netwerk en ketenpartners (betrokken bij de cliënt) in kaart worden gebracht (indien nodig)

Uitwerking

- Indien van toepassing (hangt af van de voorziening en de ondersteuningsvraag van cliënten):
 - ☐ Bij aanvang van de ondersteuning worden het professionele (ketenpartners) en persoonlijke netwerk van een cliënt in kaart gebracht en indien nodig betrokken
 - ☐ Indien afstemming en samenwerking niet nodig wordt geacht, wordt dit beargumenteerd teruggekoppeld aan de indicatiesteller
 - ☐ Er is zicht op de behoeften van de mantelzorger in het ondersteuningsproces van de cliënt en hier wordt op ingespeeld.
 - ☐ Er is een vaste contactpersoon in het (professionele) netwerk aangewezen door de cliënt (in geval van nood)
 - ☐ Het sociale netwerk van de cliënt wordt waar nodig en mogelijk actief betrokken in de ondersteuning

1.2.2 De aanbieder stemt de ondersteuning (indien nodig) af op andere zorg of hulp, draagt zorg voor toestemming van de cliënt en legt gemaakte afspraken met ketenpartners vast

- Indien van toepassing (hangt af van de voorziening en de ondersteuningsvraag van cliënten):
 - ☐ Zijn op individueel niveau concrete afspraken gemaakt over de samenwerking en uitwisseling met ketenpartners betrokken bij de cliënt (bv. andere zorgverlener of behandelaar)
 - ☐ Zijn namen, contactgegevens, rol en verantwoordelijkheid van betrokken ketenpartners en gemaakte afspraken in het cliëntdossier opgenomen
 - ☐ Informeren alle bij de cliënt betrokken professionals elkaar over bijzonderheden in de situatie en ontwikkeling van de cliënt
 - ☐ Wordt de toestemming van de cliënt voor afstemming en uitwisseling tussen ketenpartners per nieuwe situatie (mondeling of schriftelijk) gevraagd en vastgelegd

1.3 Norm: Rechten van de cliënt

De voorziening wordt verstrekt met respect voor en inachtneming van de rechten van de cliënt (art. 3.1, tweede lid sub d, Wmo)

Samenvatting

De bejegening door de medewerkers (betaald en onbetaald) richting cliënten is passend en correct en wordt geborgd door onder andere een gedragscode of gedragsregels. De aanbieder borgt de algemene rechten van de cliënt door het uitvoeren van passend beleid omtrent privacy, klachten en medezeggenschap.

Gegevensuitwisseling van (gevoelige) persoonsgegevens dient (conform de geldende wet- en regelgeving) alleen plaats te vinden met toestemming van de cliënt (of vertegenwoordiger).

Herstelaanbod

Indien voorwaarde 1.3.1 een beoordeling heeft 'voldoet niet' heeft, dan is dat in principe aanleiding om geen herstelaanbod aan te bieden.

Indien voorwaarde 1.3.2 een beoordeling 'voldoet niet' heeft, dan is dat in principe aanleiding om geen herstelaanbod aan te bieden.

Voorwaarden

1.3.1 De aanbieder draagt er zorg voor dat de medewerkers de cliënten passend en correct bejegenen.

1.3.2 Er is passend privacybeleid ontwikkeld en geïmplementeerd

1.3.3 De aanbieder treft een regeling voor de afhandeling van klachten over gedragingen van de aanbieder jegens cliënten

1.3.4 De aanbieder geeft cliënten de mogelijkheid tot inspraak op het beleid en voorgenomen besluiten binnen de organisatie die van belang zijn voor de cliënt

Uitwerking

- ☐ De medewerkers bejegenen de cliënten op passende en correcte wijze.
- ☐ De medewerkers (betaald en onbetaald) worden door middel van vastgelegde richtlijnen (bv. gedragscode of gedragsregels) geïnstrueerd hoe zij cliënten conform de richtlijnen dienen te bejegenen
- ☐ De privacy van cliënten wordt op correcte wijze behandeld
- ☐ Het privacybeleid is geactualiseerd naar aanleiding van relevante privacywetgeving (AVG) waaronder beleid datalek
- ☐ cliënten worden bij aanvang van de ondersteuning en periodiek geïnformeerd over de omgang met privacy
- ☐ Het privacybeleid is in begrijpelijke taal (B1) geformuleerd en is voor cliënten toegankelijk (de privacyverklaring staat bv op website of een folder)
- ☐ In de praktijk zijn de medewerkers op de hoogte van de werkwijze omtrent privacy en wordt het beleid nageleefd
- ☐ Cliënten hebben de mogelijkheid een klacht in te dienen, bij een persoon anders dan de eigen begeleider
- ☐ De onafhankelijkheid en objectiviteit van de klachtenbehandeling worden voldoende geborgd, bv door externe klachtenmogelijkheid en/of onafhankelijke vertrouwenspersoon
- ☐ De aanbieder draagt er zorg voor dat cliënten op de hoogte zijn van de klachtenregeling (bv. bespreken intake, of plaatsen op website)
- ☐ Cliënten zijn op de hoogte van de klachtenmogelijkheid
- ☐ De aanbieder registreert en analyseert klachten periodiek en neemt indien nodig maatregelen
- ☐ De aanbieder zorgt voor inspraakmogelijkheden
- ☐ De geboden inspraakmogelijkheden zijn passend bij de geboden voorziening/ doelgroep (bv cliëntenraad, KTO, huiskameroverleg)
- ☐ Cliënten nemen deel aan/worden gemotiveerd tot deelname aan de inspraakmogelijkheden
- ☐ Cliënten worden bij aanvang van de ondersteuning op de hoogte gesteld van de inspraakmogelijkheden
- ☐ De inspraakmogelijkheden zijn schriftelijk vastgelegd in een beleidsdocument of op de website
- ☐ De inspraak van cliënten is een blijvend onderwerp waar de aanbieder aan werkt

Thema 2. Professionaliteit

2.1 Norm: Professionele standaard

De voorziening wordt verstrekt in overeenstemming met de op de beroepskracht rustende verantwoordelijkheid, voortvloeiende uit de professionele standaard (art. 3.1, tweede lid sub c, Wmo)

Samenvatting

De professional is vakbekwaam. De aanbieder draagt daarvoor zorg door passend beleid op het gebied van kwaliteitszorg, personeelsbeleid (waaronder opleiding en scholing), intervisiemomenten, een verantwoorde inzet van stagiaires en vrijwilligers, omgang met en uitwisseling van (gevoelige) persoonsgegevens.

Herstelaanbod

Indien voorwaarde 2.1.1 een beoordeling 'voldoet niet' of 'voldoet grotendeels niet' heeft, dan is dat in principe aanleiding om geen herstelaanbod aan te bieden.

Voorwaarden

2.1.1 Kwalificaties van medewerkers zijn passend bij de ondersteuning

2.1.2 De aanbieder heeft aantoonbaar passend personeelsbeleid ontwikkeld, geïmplementeerd en geborgd

2.1.3 Betaalde beroepskrachten en vrijwilligers, die worden ingezet door de organisatie en werken met de cliënten, zijn in het bezit van een geldige VOG (screeningsprofiel "gezondheidszorg en welzijn van mens en dier") bij

Uitwerking

- ☐ De professionals en/of aanbieder hebben indien van toepassing een beroepsregistratie en handelen conform de beroepscode
- ☐ De professionals hebben passende kwalificaties (qua opleiding en/of ervaring, conform contractafspraken met de gemeenten en eventuele eisen vanuit beroepsgroep)
- ☐ De vrijwilligers hebben passende kwalificaties (qua opleiding en/of ervaring, conform contractafspraken met de gemeenten)
- ☐ De stagiaires hebben passende kwalificaties (qua opleiding en/of ervaring, conform contractafspraken met de gemeenten)
- ☐ De ervaringsdeskundigen hebben passende kwalificaties (qua opleiding en/of ervaring, conform contractafspraken met de gemeenten)
- ☐ De aanbieder heeft concrete functieprofielen met daarbij behorende takenpakket en (diploma, opleiding, ervaring, taal) eisen opgesteld
- ☐ Als bij de dienstverlening vrijwilligers, stagiaires, onbetaalde ervaringsdeskundigen worden ingezet dan is dat altijd aanvullend op en onder leiding van de professional
- ☐ De cliënten worden zoveel mogelijk door vaste begeleider(s) ondersteund
- ☐ De aanbieder heeft passend personeelsbeleid voor professionals ten aanzien van (bij)scholing, intervisie, supervisie, teamoverleg, casuïstiek en opleidingen
- ☐ De aanbieder voorziet structureel in scholings/-opleidingsmogelijkheden voor de professionals en indien van toepassing stagiaires/vrijwilligers
- ☐ De professional houdt zijn kennis en vaardigheden structureel bij conform beleid aanbieder en eventuele contractafspraken met de gemeenten
- ☐ De aanbieder heeft passend beleid met betrekking tot de begeleiding en scholing van stagiaires, vrijwilligers en ervaringsdeskundigen (begeleiding, supervisie, scholing)
- ☐ De stagiaires, vrijwilligers en ervaringsdeskundigen worden opgeleid en begeleid conform beleid aanbieder en eventuele contractafspraken met de gemeenten.
- ☐ De aanbieder heeft beleid opgesteld omtrent VOG (aanvang dienstverband en her aanvraag)
- ☐ Elke professional heeft een geldige VOG in zijn dossier bij de start van de werkzaamheden
- ☐ Elke stagiair en vrijwilliger heeft een geldige VOG in zijn dossier bij de start van de werkzaamheden
- ☐ De VOG is maximaal 3 maanden voorafgaand aan het ingaan van het arbeidscontract afgegeven

- aanvang van de werkzaamheden met cliënten
- ☐ Indien een medewerker pas na een proefperiode de VOG dient te overleggen, voert de beroepskracht tijdens de proefperiode geen werkzaamheden uit zonder supervisie van een andere professional.
 - ☐ Indien een medewerker geen VOG kan overleggen worden de overwegingen om iemand wel aan te nemen schriftelijk vastgelegd door de aanbieder
 - ☐ De VOG wordt conform contractafspraken gemeente opnieuw aangevraagd

2.2 Norm: Kwaliteitsverbetering

De aanbieder draagt er zorg voor dat de voorziening van goede kwaliteit is (art. 3.1, eerste lid, Wmo)

Samenvatting

De aanbieder draagt er zorg voor dat de voorziening van goede kwaliteit is en blijft, door aantoonbare continue kwaliteitsverbetering door middel van een PDCA-cyclus of kwaliteitsmanagementsysteem.

Herstelaanbod

Indien voorwaarde 2.2.1 een beoordeling 'voldoet niet' heeft, dan is dat in principe aanleiding om geen herstelaanbod aan te bieden.

Voorwaarden

2.2.1 De aanbieder draagt er zorg voor dat kwaliteit van de voorziening geborgd is (Art. 3.1, eerste lid, Wmo) en werkt aantoonbaar aan continue kwaliteitsverbetering

Uitwerking

- ☐ De aanbieder werkt aantoonbaar aan kwaliteitsverbetering, door middel van bijvoorbeeld een keurmerk HKZ, ISO of KIWA
- ☐ De aanbieder heeft werkwijzen en procedures vastgelegd, bijvoorbeeld in een kwaliteitshandboek
- ☐ De aanbieder heeft werkwijzen en procedures geïmplementeerd en evalueert deze jaarlijks
- ☐ De professionals werken conform de werkwijzen en procedures
- ☐ De input van cliënten wordt minimaal jaarlijks uitgevraagd en gebruikt om de kwaliteit te verbeteren, bijvoorbeeld door een tevredenheidsonderzoek
- ☐ De input van professionals wordt minimaal jaarlijks door de aanbieder uitgevraagd en gebruikt om kwaliteit te verbeteren, bijvoorbeeld door tevredenheidsonderzoek of functioneringsgesprekken

Thema 3. Veiligheid

3.1 Norm: Veilige verstrekking

De voorziening wordt in elk geval veilig verstrekt (art. 3.1, tweede lid sub a, Wmo)

Samenvatting

De veiligheid van de cliënt wordt gewaarborgd. Dit betekent dat er inzicht is in de sociale, mentale en fysieke gezondheid van de cliënt en hierop wordt geanticipeerd. De veiligheid van medewerkers wordt gewaarborgd. De locaties/ ruimtes van de aanbieder waar de cliënten verblijven (beschermd, maatschappelijke opvang, dagbesteding en kortdurend verblijf) zijn toegankelijk, beschikbaar en veilig voor de doelgroep en medewerkers.

Herstelaanbod

Indien voorwaarde 3.1.1 en/of 3.1.2 een beoordeling 'voldoet niet' of 'voldoet grotendeels niet' heeft, dan is dat in principe aanleiding om geen herstelaanbod aan te bieden.

Voorwaarden

3.1.1 De aanbieder draagt zorg voor de sociale, mentale en fysieke veiligheid van cliënten en de medewerkers

Uitwerking

- ☐ De aanbieder draagt zorg voor een risico-inventarisatie op individueel cliëntniveau (bv medicatie, psychische klachten, suicidaliteit, valrisico)
- ☐ De professionals zijn op de hoogte van de cliënt risico-inventarisatie
- ☐ De professionals dragen zorg voor de acties voortvloeiende uit de cliënt risico-inventarisatie (zoals afspraken over valpreventie, dichte deur beleid, beheer eigen medicatie, opschalen naar ketenpartner, inlichten contactpersoon)
- ☐ De individuele risico-inventarisatie per cliënt wordt jaarlijks of vaker geëvalueerd en indien nodig bijgesteld
- ☐ De aanbieder heeft beleid opgesteld voor de veiligheid van medewerkers, met betrekking tot: privégegevens medewerkers, afbakening beschikbaarheid, ongewenst gedrag van cliënten zoals roken, drugsgebruik en agressie

3.1.2 De aanbieder draagt zorg voor de veiligheid van de locatie, voorziening en hulpmiddelen

- ☐ De aanbieder draagt zorg voor een risico-inventarisatie met betrekking tot de fysieke ruimte en hulpmiddelen waar de ondersteuning wordt geboden (brandveiligheid, gebruik materiaal, valrisico)
- ☐ De professionals zijn op de hoogte van deze risico-inventarisatie
- ☐ De professionals dragen zorg voor de acties voortvloeiende uit deze risico-inventarisatie
- ☐ De risico-inventarisatie wordt jaarlijks of vaker geëvalueerd en indien nodig bijgesteld
- ☐ De ruimten, voorzieningen en hulpmiddelen van de aanbieder zijn bruikbaar, toegankelijk, bereikbaar en veilig voor verblijf/gebruik van cliënten

3.1.3 De aanbieder registreert en behandelt incidenten en draagt zorg voor het evalueren en leren hiervan

- ☐ De aanbieder draagt zorg voor een intern beleid op gebied van het registreren en analyseren van incidenten en/of calamiteiten (MIC/ MIM)
- ☐ Professionals zijn hiervan op de hoogte en passen dit ook toe in de praktijk
- ☐ Verbeterpunten naar aanleiding van incidenten worden aantoonbaar opgepakt en geïmplementeerd

3.2 Norm: Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling

De aanbieder 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 (art. 3.3, eerste lid, Wmo)

Samenvatting

De aanbieder heeft de 5 stappen van de Meldcode Huiselijk Geweld en Kindermishandeling opgenomen, geïmplementeerd en geborgd in de organisatie en zorgt ervoor dat professionals conform de meldcode werken.

Herstelaanbod

Indien voorwaarde 3.2.1 een beoordeling 'voldoet niet' heeft, dan is dat in principe aanleiding om geen herstelaanbod aan te bieden.

Voorwaarden

3.2.1 De aanbieder heeft een meldcode vastgesteld en werkt conform deze meldcode

Uitwerking

- ☐ De aanbieder heeft een meldcode opgesteld die voldoet aan de landelijke eisen (waarin een aandachtsfunctionaris is aangewezen en de stappen zijn opgenomen)
- ☐ Nieuwe professionals, stagiaires en vrijwilligers worden ingewerkt op de Meldcode
- ☐ De kennis over de meldcode wordt structureel, en minimaal jaarlijks, bevorderd
- ☐ Medewerkers werken conform de meldcode

3.3 Norm: Melden calamiteiten en geweldsincidenten

De aanbieder doet bij de toezichthoudende ambtenaar, onverwijld melding van iedere calamiteit die bij de verstrekking van een voorziening heeft plaatsgevonden en geweld bij de verstrekking van een voorziening (art. 3.4, eerste en tweede lid, Wmo)

Samenvatting

De aanbieder werkt volgens het calamiteitenprotocol van de gemeenten in de regio Utrecht.; waar bij calamiteiten en geweldsincidenten onverwijld worden gemeld.

Herstelaanbod

Indien voorwaarde 3.3.1 een beoordeling heeft: voldoet niet of grotendeels niet. Dan is dat in principe aanleiding om geen herstelaanbod aan te bieden.

Voorwaarden

3.3.1 Calamiteiten en geweldsincidenten worden gemeld en onderzocht

Uitwerking

- ☐ De aanbieder werkt volgens het calamiteitenprotocol van GGD regio Utrecht
- ☐ De aanbieder doet onverwijld melding van een calamiteit of geweldsincident bij de toezichthouder
- ☐ De medewerkers zijn hiervan op de hoogte
- ☐ Als een (zelf)onderzoek naar de calamiteiten heeft plaatsgevonden waarbij verbeterpunten zijn opgesteld, stelt de aanbieder een verbeterplan op en voert deze uit

3.4 Norm: Hygiëne en gezondheid

De voorziening wordt in elk geval veilig verstrekt (art. 3.1, tweede lid sub a, Wmo):

- de aanbieder neemt hygiënemaatregelen in acht ter voorkoming van gezondheidsklachten en ziekte(n) onder cliënten en personeel.

- de aanbieder draagt zorg voor passende maatregelen om de gezondheid van personeel en cliënten onder alle omstandigheden zoveel mogelijk te waarborgen.

Samenvatting

Er is hygiënebeleid opgesteld passend bij de locatie en de geboden ondersteuning en dit beleid wordt in de praktijk ook daadwerkelijk nageleefd. De aanbieder neemt op beleids- en praktijkniveau de verantwoordelijkheid om de gezondheid van cliënten en personeel te beschermen, door passende maatregelen te treffen en gezondheidsrisico's waar mogelijk te beperken.

Herstelaanbod

Indien voorwaarde 3.4.1 en 3.4.2 een beoordeling 'voldoet niet' heeft, dan is dat in principe aanleiding om geen herstelaanbod aan te bieden.

Voorwaarden

3.4.1 De aanbieder draagt zorg voor passende hygiënemaatregelen

Uitwerking

- ☐ De aanbieder heeft een hygiënebeleid (o.a. handhygiëne, sanitair, voedsel, werkkleding etc.) en voldoet bij verwerking van voedsel aan de HACCP-richtlijnen
- ☐ Medewerkers werken conform het hygiënebeleid
- Indien er gewerkt wordt met dieren (verzorging of recreatief):
 - ☐ Is er beleid omtrent de omgang met dieren
 - ☐ Worden maatregelen getroffen om zoönose te voorkomen

3.4.2 De aanbieder draagt ten allen tijden zorg voor passende maatregelen ter bescherming van cliënten en personeel

- ☐ Ten tijde van een uitbraak infectieziekte, griepseizoen of andere omstandigheden zoals een hittegolf houdt de aanbieder zich aan landelijke maatregelen of maatregelen die voor die specifieke voorziening geldend zijn