

Implementatievoorstel Kwaliteitskader Maatwerkvoorziening maatschappelijke ondersteuning Oosterschelderegio 2017

Opdrachtgever: SWVO

Auteur: Thijs Terlouw

Datum: 20-7-2017

Versie: 2.0

Status: Definitief voorstel voor Fysieke overlegtafel 1 september 2017

Inhoudsopgave

| | |
|--|----|
| Inhoudsopgave..... | 2 |
| Hoofdstuk 1. Proces; van kwaliteitskader naar implementatievoorstel | 3 |
| Hoofdstuk 2: Visie | 6 |
| Hoofdstuk 3: Rol en verantwoordelijkheden..... | 8 |
| Hoofdstuk 4: Voorstel; implementatie in 2018 | 11 |
| Bijlage 1: Kwaliteitskader maatwerkvoorziening maatschappelijke ondersteuning..... | 15 |
| (geel gearceerd wat is aangepast t.o.v. het vastgestelde kwaliteitskader)..... | 15 |
| Bijlage 2 inhoud kwaliteitsverslag..... | 24 |

Hoofdstuk 1. Proces; van kwaliteitskader naar implementatievoorstel

Eind 2016 hebben SWVO, GR de Bevelanden, gemeenten, zorgaanbieders en vertegenwoordigers van cliënten samen gewerkt aan een kwaliteitskader voor uitvoering van de Wmo in de Oosterschelderegio. Op de website van het SWVO treft u het vastgestelde kwaliteitskader <https://www.swvo.nl/voor-aanbieders/kwaliteit>. Het bestuur van het SWVO heeft dit op 15 februari 2017 vastgesteld. In het kwaliteitskader formuleert het SWVO aan welke kwaliteitseisen zorgaanbieders dienen te voldoen wanneer zij in het kader van de Wmo uitvoering geven aan de Maatwerkvoorziening Maatschappelijke Ondersteuning. Naar aanleiding van dit implementatieproces zijn er wijzigingen en aanvullingen op het kwaliteitskader, waardoor een tweede versie zal worden gemaakt.

In februari 2017 is het project IMKWA gestart (implementatie kwaliteitskader). Het doel van dit project is om het kwaliteitskader handen en voeten te geven. Op welke manier geven we deze kwaliteitseisen een plaats in ons dagelijks handelen (voor zover dat niet al gebeurt natuurlijk)? Hoe verzamelen we informatie over de kwaliteit van onze dienstverlening en zorgen we ervoor dat deze informatie gebruikt wordt om de kwaliteit te verbeteren (plan-do-check-act)?

18 april 2017 is een groep vertegenwoordigers van gemeenten, zorgaanbieders en cliëntvertegenwoordigers bij elkaar gekomen, aangevuld met een aantal specifieke gasten, zoals GGD (toezichthouder Wmo), SWVO (contractbeheer). De bijeenkomst werd begeleid door Q-Consult Zorg. Tijdens deze bijeenkomst hebben we met elkaar gesproken over de implementatie van het kwaliteitskader. We hebben vijf kwaliteitseisen geselecteerd om verder te verkennen om vervolgens weer focus aan te brengen. Op de website van het SWVO staat een verslag van deze bijeenkomst met de belangrijkste bevindingen. <https://www.swvo.nl/voor-aanbieders/kwaliteit>

Naar aanleiding van de uitkomsten van deze bijeenkomst heeft het SWVO dit onderliggende voorstel opgesteld. In dit voorstel krijgt de implementatie van het kwaliteitskader kleur. Tijdens een bijeenkomst 23 mei a.s. hebben vertegenwoordigers van zorgaanbieders en gemeenten gereageerd. De opmerkingen en verbeterpunten zijn verwerkt in dit voorstel.

2 juni 2017 zal dit voorstel worden besproken in de Fysieke overlegtafel. Wanneer de Fysieke overlegtafel akkoord is zal een definitief voorstel inclusief wijzigingsvoorstel voor de contracten ter besluitvorming worden voorgelegd in de Fysieke overlegtafel van september.

Een project- en een stuurgroep ondersteunen het proces en bereiden waar nodig agendastukken voor. In de project- en stuurgroep nemen vertegenwoordigers deel van gemeenten, zorgaanbieders en cliëntvertegenwoordigers. Op deze manier geven we invulling aan het uitgangspunt van partnership.

Uitgangspunten

De Wmo noemt veilig, cliëntgericht, doelmatig en doeltreffend belangrijke kwaliteitskenmerken voor voorzieningen. Met de kwaliteitseisen die we samen hebben geformuleerd hebben we invulling gegeven aan die kwaliteitskenmerken. Daarbij sluiten we aan bij de ontwikkelingen op het gebied van kwaliteit. We hebben de ruimte die met de Wmo 2015 is ontstaan om kwaliteitseisen vorm te geven

vanuit het nieuwe gedachtegoed (focus op het primaire proces) benut; we stellen de cliënt(systeem) en zijn/haar doelen centraal, bieden ruimte voor professionele autonomie, expertise van de zorgaanbieders en innovatie. De zeven uitgangspunten die we hierbij hebben gehanteerd gelden ook voor de implementatie van het kwaliteitskader. Wat deze uitgangspunten zijn en de toelichting daarop staan in het kwaliteitskader.

Uitvoering van de Wmo is meer

Het vertrekpunt voor de implementatie van het kwaliteitskader zijn de afspraken tussen gemeenten en zorgaanbieders in de Deelovereenkomst Maatschappelijke ondersteuning. In deze overeenkomst hebben SWVO (namens de zeven gemeenten in de Oosterschelderegio) en de zorgaanbieders afspraken gemaakt over kwaliteit en de wijze van monitoring en verantwoording. In deze notitie ligt dan ook de focus op deze afspraken en de wijze waarop het kwaliteitskader daar een plaats in dient te krijgen.

Echter de uitvoering van de Wmo en de wijze waarop inwoners de kwaliteit daarvan ervaren is meer dan de uitvoering van de Maatwerkvoorziening door gecontracteerde zorgaanbieders binnen de genoemde Deelovereenkomst. Ook andere partijen voeren daar een stukje van uit, zoals de gebiedsgerichte teams, het Wmo loket, of uitvoerders van andere Wmo diensten zoals maatschappelijk werk, welzijn of verstrekken van hulpmiddelen.

Om ervoor te zorgen dat inwoners en cliënten een goede kwaliteit van de dienstverlening binnen de Wmo ervaren zullen ook die onderdelen een plaats moeten krijgen binnen het kwaliteitskader. In het kader zelf hebben we de driehoek gepresenteerd en toegelicht dat de kwaliteit wordt bepaald door de inzet van en de samenwerking tussen de verschillende betrokken partners (gemeente, zorgaanbieder, cliënt en contractbeheer/toezicht) .

De opdracht van het SWVO beperkt zich tot de afspraken die zij maakt met zorgaanbieders. Andere partijen, zoals het Wmo loket of de gebiedsgerichte teams worden door de gemeente zelf georganiseerd. De toepassing van het kwaliteitskader voor die onderdelen die buiten de Matwerkvoorziening vallen dienen op een andere plaats en onder een andere verantwoordelijkheid opgepakt te worden.

Leeswijzer

In hoofdstuk 2 wordt een aanvulling gegeven op de visie vanuit SWVO, gemeenten en zorgaanbieders op kwaliteitsverbetering bij de uitvoering van de Wmo, zoals deze is opgenomen in het kwaliteitskader.

In hoofdstuk 3 beschrijven we de verschillende rollen en verantwoordelijkheden gezien vanuit het cliëntperspectief.

In hoofdstuk 4 staat beschreven op welke wijze het kwaliteitskader een plaats krijgt in de afspraken tussen SWVO en de gecontracteerde zorgaanbieders en de wijze waarop SWVO, gemeenten en zorgaanbieders dit willen monitoren en hierover verantwoording afleggen. Daarnaast staat een aantal ontwikkelpunten benoemd die in 2017 of later kunnen worden uitgewerkt en vertaald naar nieuwe afspraken.

In bijlage 1 zijn de kwaliteitseisen uit het kwaliteitskader opgenomen. Het implementatietraject, en dan met name de bijeenkomst van 18 april 2017, hebben nieuwe inzichten opgeleverd, waardoor we op een aantal punten het kwaliteitskader willen aanpassen/aanvullen. De wijzigingen op het bestaande kwaliteitskader zijn geel gearceerd.

Hoofdstuk 2: Visie

Met de implementatie van het kwaliteitskader wordt een belangrijke mijlpaal bereikt in onze kwaliteitsontwikkeling bij de uitvoering van de Wmo. Voor de Oosterschelderegio en alle betrokken partijen daarbij beschrijft dit kader wat cliënten en naasten mogen verwachten van Wmo ondersteuning. Het kader biedt ruimte en vertrouwen om lokaal en contextgebonden invulling te geven aan zorg en ondersteuning. Tegelijkertijd kent het kader ook concrete vereisten voor en opdrachten aan de Wmo zorgaanbieders om de komende jaren verder te ontwikkelen en het lerend vermogen te versterken.

Motivatie

Met welk doel werk je aan verbetering? Wanneer je alleen aan kwaliteit werkt omdat de opdrachtgever dat van je verlangt (inclusief de wijze waarop) is dat niet voldoende. Er moet sprake zijn van intrinsieke motivatie; 'Het is belangrijk om continu te verbeteren, omdat in mijn visie op zorg en het DNA van onze organisatie is opgenomen dat ik streef naar het leveren van de beste prestatie voor mijn cliënten'. Alleen dan zal het werken aan kwaliteit ook succes op leveren.

Cliënt als vertrekpunt

De cliënt als mens is het vertrekpunt voor het kwaliteitskader. Het is de cliënt die bepaalt hoe zorgverleners en zorgorganisaties zo goed mogelijk kunnen bijdragen aan de kwaliteit van zijn of haar leven. En het is ook de cliënt die het resultaat van deze inspanningen beoordeelt: in welke mate is hij of zij tevreden over de bijdrage van de geleverde zorg aan de beoogde kwaliteit van leven? Het is aan zorgverleners en organisaties om de zorg hierop af te stemmen, inzichtelijk te maken op welke wijze hieraan gewerkt wordt en blijvend te leren en te verbeteren.

De inwoner en zijn sociale omgeving zijn één geheel. Dit betekent meer oog voor en inzet van het gezin, het sociale netwerk, ervaringsdeskundigen of andere vormen van informele ondersteuning. Het is van belang dat ondersteuning nooit op zichzelf staat. Zowel gemeenten als aanbieders hebben een brede blik op de verschillende leefgebieden.

Leren en verbeteren

In het kwaliteitskader staat het continu werken aan kwaliteit centraal. Zorgverleners en zorgorganisaties krijgen vanuit dit kwaliteitskader de verantwoordelijkheid en het vertrouwen om in de lokale context continu samen aan de verbetering van kwaliteit van zorg en ondersteuning te werken. Leren en verbeteren is niet vrijblijvend, maar is de norm voor goede kwaliteit van zorg. Daarmee zijn indicatoren die voor leren en verbeteren ontwikkeld worden tevens toetsbaar. We gaan niet sturen op incidenten, maar kijken welke lessen geleerd kunnen worden voor het totaal en voor de toekomst. Inzicht in de kwaliteit van het werk dat wordt geleverd is één, er vervolgens iets mee (kunnen) doen is twee. Dit laatste is vaak veel moeilijker. Je hebt daar vaak anderen bij nodig.

Kwaliteitsinformatie

Kwaliteitsinformatie is voor cliënten van belang om te kunnen kiezen voor de zorg die zij nodig hebben. Bovendien is deze informatie belangrijk voor interne sturing, zorginkoop en toezicht. We streven er naar om zoveel mogelijk transparant te kunnen zijn in de kwaliteit van de Wmo uitvoering.

Transparant zijn: doen wat je zegt; zeggen wat je doet. Zo regelt het verbeterproces zichzelf; wanneer cliënten ontevreden zijn, stappen zij over naar een andere zorgaanbieder.

Om te weten wat de kwaliteit van de dienstverlening door zorgaanbieder is dienen we deze informatie direct bij cliënten zelf of cliëntvertegenwoordigers op te halen. Daarmee wordt recht gedaan aan de positie van de cliënt. Het beeld dat hieruit naar voren komt is aanvullend op de beelden die gemeenten kunnen halen uit de kwaliteitsverslagen van de verschillende zorgorganisaties. Gemeenten geven daarbij de voorkeur aan kwalitatief onderzoek¹. De uitkomsten van kwalitatief onderzoek levert een goede basis op om in gesprek te gaan..

Vertrouwen

Partnership tussen opdrachtgever en opdrachtnemer is belangrijk. We willen werken vanuit vertrouwen. We halen informatie op om te willen leren en verbeteren en (in principe) niet om te controleren. Er moet een gevoel van veiligheid zijn in de relatie tussen zorgaanbieder en overheid. Partijen dienen zich kwetsbaar op te kunnen stellen. Erkennen dat er wel eens fouten worden gemaakt.

Ambitieuze norm

We realiseren ons dat de blijvende verbetering van de kwaliteit van de Wmo ondersteuning een forse opgave is. Daarom willen we ook niet alles in een keer aanpassen, maar starten we bij die zaken die al voldoende uitwerking hebben gekregen. Andere onderdelen die nog verder verkend en uitgewerkt moeten worden, die geven we de tijd om verder te groeien.

¹ Kwalitatief onderzoek is onderzoek gericht op meningen, opvattingen, gedragingen en gevoelens van personen. Resultaten uit kwalitatief onderzoek zijn hierdoor minder specifiek en te generaliseren dan resultaten uit kwantitatief onderzoek.

Hoofdstuk 3: Rol en verantwoordelijkheden

In onderstaande matrix wordt per procesfase een overzicht van het juridische regime en van de verantwoordelijkheidsverdeling gegeven.

| Fase | Cliëntproces | Verantwoordelijkheid kwaliteitsbewaking | Juridisch regime |
|------|---|--|--|
| 1 | Eerste contact/aanvraag | Gemeente | Wmo Artikel 2.1.3. Wmo (Wmo verordening) |
| 2 | Beoordeling toegang/indicatiestelling/beschikking | Gemeente | Wmo Artikel 2.1.3. Wmo (Wmo verordening) |
| 3 | Uitvoering van de maatschappelijke ondersteuning | Zorgaanbieders | Hoofdstuk 3 Wmo (kwaliteit) Wmo verordening (o.b.v. art. 2.1.3. Wmo) Kwaliteitskader (opgenomen in Deelovereenkomst) |
| | | Gemeente | Aanbesteding en contractering |
| 4 | evaluatie van en toezicht op kwaliteit van geleverde maatschappelijke ondersteuning | Gemeente | Hoofdstuk 5 Wmo (toezicht en handhaving) Artikel 2.5.1 Wmo (evaluatie) Kwaliteitskader (opgenomen in Deelovereenkomst) Contractbeheer |
| | | Toezichthouder (GGD Zeeland via mandaat college B&W gemeenten) | Hoofdstuk 5 Wmo (toezicht en handhaving) |

De verantwoordelijkheden voor de kwaliteit van de uitvoering van de Wmo wordt aan de hand van bovenstaande indeling vanuit cliëntenperspectief voor de 4 procesfasen uit de matrix beschreven.

Fase 1 - Eerste contact/aanvraag

Het gaat hier om het fysieke, digitale of telefonische loket. Kwaliteitsaspecten zijn onder meer:

- de bereikbaarheid en toegankelijkheid van het loket,

- de kwaliteit van de gehanteerde formulieren,
- de bejegening door loketmedewerkers of consultants,
- de begrijpelijkheid van publiciteit en communicatie.

In twee gemeenten in de O' regio wordt het loket door de gemeente zelf georganiseerd. In die gevallen kan aangehaakt worden bij de reguliere kwaliteitsprocedures voor de gemeentelijke dienstverlening. De vijf Bevelandse gemeenten hebben het loket ondergebracht in een aparte uitvoeringsdienst. In deze gevallen dient dus in de contractuele afspraken met de loketuitvoerder de kwaliteitseisen opgenomen te worden.

Fase 2 - Toegangsbeoordeling/indicatiestelling en beschikking

Tot deze fase behoren het beoordelen van de toegang tot en het afgeven van beschikkingen voor huishoudelijke hulp. De gemeenten in de O' regio voeren de beoordeling/indicering zelf uit of hebben de indicatiestelling ondergebracht bij GR de Bevelanden. Wel maken de gemeenten gebruik van externe deskundigen wanneer specifieke kennis in de eigen organisatie ontbreekt of wanneer een 'second opinion' nodig is. Het afgeven van een beschikking is een gemeentelijk taak. De beoordeling vindt initieel plaats na de aanvraag van een cliënt. Indien na verloop van tijd de situatie van een cliënt veranderd is, kan een nieuwe beoordeling nodig zijn om te bekijken of de toegekende hulp nog de juiste is. Gemeenten kunnen op verschillende manieren bevorderen dat dergelijke bijstellingen in de toegekend hulp op tijd en adequaat plaatsvinden.

Kwaliteitsaspecten in deze procesfase zijn onder meer:

- de juistheid van de beoordelingsuitkomst (krijgt de cliënt wat nodig is voor
- compensatie van de beperking),
- de cliëntgerichtheid (rekening houden met individuele omstandigheden),
- de begrijpelijkheid en consistente toepassing van de gehanteerde criteria,
- de bejegening door de beoordelaar,
- de berichtgeving aan de cliënt over procedure en uitkomst.

Hoe de kwaliteitsaspecten precies ingevuld worden in dit deel van het cliëntproces maakt geen onderdeel uit van dit implementatieplan. In dit implementatieplan werken we vooral fase 3 de uitvoering en fase 4 evaluatie en toezicht in.

Fase 3 – Uitvoering van de Wmo

De Maatwerkvoorziening wordt geleverd door aanbieders die deelnemen aan de Deelovereenkomst Maatwerkvoorziening Maatschappelijke Ondersteuning. De dienstverlening omvat diensten en activiteiten die de cliënt ondersteunen in zijn zelfstandigheid en participatie. De aard, omvang en duur van de dienstverlening zijn afhankelijk van de beperkingen van de cliënt. De cliënt en de gemeente spreken een gewenst resultaat af. Het is aan de zorgprofessional om te bepalen in afstemming met de cliënt welke inzet nodig is om deze doelstellingen te bereiken.

De kwaliteitseisen voor de uitvoering van de Maatwerkvoorziening zijn opgenomen in het kwaliteitskader. De zorgaanbieder is zelf verantwoordelijk voor het leveren van kwalitatief goede ondersteuning conform de vastgestelde kwaliteitseisen. De zorgaanbieder verzamelt op verschillende manieren informatie over de kwaliteit van zijn dienstverlening. De cliënt speelt hierin een cruciale rol. Op basis van deze informatie zal de zorgaanbieder de uitvoering van zijn werkzaamheden waar dat nodig is verbeteren.

Gemeenten zien toe of de uitvoering conform de kwaliteitseisen geschiedt. Medewerkers in het loket nemen regelmatig contact op met cliënten en met zorgprofessionals om vast te kunnen stellen of de ingezette ondersteuning nog passend is bij de vraag en behoefte van de cliënt en de wijze waarop resultaten worden behaald.

Fase 4 - Toezicht en evaluatie door gemeenten

We zien als volgt toe op de toepassing van het kwaliteitskader:

- Over de algemene kwaliteitseisen in het Wmo-beleidsplan moet het college de Gemeenteraad in zijn periodieke voortgangsrapportage informeren. Daarbij gaat het om de vraag hoe de kwaliteitseisen zijn geoperationaliseerd (in normen en indicatoren), of en welke kwaliteitssystemen zijn ingesteld, en wat de uitkomsten zijn van kwaliteitsmetingen, certificerings-audits, evaluaties, e.d.
- Het SWVO geeft uitvoering aan contractbeheer. SWVO controleert en voert gesprekken met zorgaanbieders over de kwaliteit van de uitvoering van de Wmo. Onafhankelijke toetsing door derden kan daar onderdeel van uitmaken.
- De gemeente is verplicht, conform artikel 2.5.1. van de Wmo, om te onderzoeken hoe de cliënten de kwaliteit van de maatschappelijke ondersteuning ervaart en de resultaten hiervan te publiceren.
- Het SWVO verzamelt informatie over de kwaliteit van uitvoering van de Maatwerkvoorziening en deelt deze informatie met de gemeenten en de deelnemers aan de Deelovereenkomst.

Hoofdstuk 4: Voorstel; implementatie in 2018

In dit hoofdstuk beschrijven we op welke wijze kwaliteit wordt vastgelegd in de (contract)afspraken tussen SWVO en de zorgaanbieders en de wijze waarop SWVO, gemeenten en zorgaanbieders daar op sturen, monitoren en verantwoorden.

1. Deelovereenkomst Maatwerk Maatschappelijke Ondersteuning

In 'Het kwaliteitskader uitvoering Wmo 2016' hebben partijen vastgelegd wat onder kwaliteit wordt verstaan wanneer uitvoering wordt gegeven aan dienstverlening in het kader van de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015.

1.1. De kwaliteitseisen uit het kwaliteitskader (zie bijlage 1) zullen vanaf 1 september 2017 worden opgenomen in de Deelovereenkomst Maatwerk Maatschappelijke Ondersteuning. In die Deelovereenkomst wordt nu nog verwezen naar de Wet kwaliteit en geschillen.

1.2. De partijen verbonden aan de Deelovereenkomst werken in onderling vertrouwen. Het SWVO als opdrachtgever mag er van uit gaan dat alle aangesloten zorgaanbieders hun organisatie hebben ingericht en werken in overeenstemming met deze kwaliteitseisen. Het toezicht hierop vanuit SWVO is gericht op het leren en verbeteren. Slechts wanneer er aanleiding is om aan de kwaliteit van de dienstverlening te twijfelen en er onvoldoende blijkt wordt gegeven van wil of vermogen om te verbeteren zal dit aanleiding zijn om de Deelovereenkomst met deze partij te beëindigen.

1.3. Het kwaliteitskader zal worden toegevoegd aan het toetsingskader voor nieuwe toetreders. Nieuwe toetreders zullen aan moeten tonen dat zij hun organisatie hebben ingericht en werken conform de gestelde kwaliteitseisen en/of dienen een kwaliteitsplan op te stellen om op termijn te voldoen aan de eisen uit het kwaliteitskader. Het SWVO voert deze toets uit en zal indien zij dit nodig acht de toezichthouder Wmo hierin een rol in geven.

2. Zorgaanbieders gaan over het 'hoe' van de dienstverlening

Vanaf de indicatiestelling zijn zorgaanbieders verantwoordelijk voor het leveren van goede kwaliteit bij de uitvoering van dienstverlening in het kader van de Wmo. Wat we daaronder verstaan is opgenomen in het kwaliteitskader (zie bijlage 1.). De wijze waarop zorgaanbieders dat doen is aan hen, zolang dit plaatsvindt binnen de wettelijke regels en de afspraken in de Deelovereenkomst. Dit vertrouwen kan alleen worden gegeven wanneer zorgaanbieders transparant zijn in de wijze waarop de kwaliteit is geborgd binnen de organisatie, de wijze waarop de leer- en verbetercyclus is ingericht en de resultaten daarvan.

2.1. Zorgorganisaties publiceren jaarlijks een kwaliteitsverslag over de uitvoering van de Wmo. In het kwaliteitsverslag vindt de cliënt informatie over de inspanningen van de zorgorganisatie over het afgelopen jaar om de kwaliteit te verbeteren. In het verslag staat op welke wijze de zorgorganisatie informatie heeft verzameld over de kwaliteit van de dienstverlening het afgelopen jaar, de resultaten daarvan en tot welke verbetervoorstellen en –acties dat heeft geleid. In de presentatie van het verslag gaat het vooral om beelden van kwaliteit en minder om cijfers. Ervaringen van cliënten dienen nadrukkelijk onderdeel uit te maken van het onderzoek. In bijlage 2 staat beschreven aan welke voorwaarden het kwaliteitsverslag dient te voldoen.

2.2. In het kwaliteitsverslag reflecteert de zorgorganisatie op haar visie op kwaliteitszorg en de wijze waarop kwaliteit wordt geleverd.

2.3. In het kwaliteitsverslag kan de zorgorganisatie verantwoording afleggen over de wijze waarop medewerkers werken aan deskundigheid en het op peil houden van hun kennis en vaardigheden, maar ook de positie van feedback, intervisie en reflectie.

2.4. Het kwaliteitsverslag is via internet beschikbaar en is voor cliënten en andere belangstellenden makkelijk te vinden. De zorgorganisatie gebruikt daarvoor haar eigen website. SWVO zal een link naar het kwaliteitsverslag van de betreffende zorgorganisatie publiceren.

2.5. Zorgorganisaties dienen uiterlijk 1 juli 2019 het (eerste) kwaliteitsverslag over 2018 te publiceren. Zorgorganisaties worden wel uitgenodigd om voor 1 juli 2018 al een kwaliteitsverslag over 2017 te publiceren, zodat we ervaring op kunnen doen, maar dit is geen verplichting.

3. Monitoring

SWVO en gemeenten zijn dit verbetertraject voor kwaliteit gestart met de wens beter te kunnen sturen op kwaliteit. Daarvoor is het nodig dat gemeenten informatie verzamelen over de kwaliteit van de uitvoering van de Wmo op verschillende wijzen. In hoofdstuk 3 hebben we uiteengezet welke rollen en verantwoordelijkheden gemeenten, SWVO, GGD en zorgaanbieders hebben. Hieruit volgt de behoefte voor het ophalen van informatie over de kwaliteit van de uitvoering van de dienstverlening.

3.1. Medewerkers van het Wmo loket van de gemeenten voeren regelmatig klantevaluaties uit. Middels deze evaluaties monitort het Wmo-loket in de tijd of de ingezette ondersteuning passend is bij de hulpvraag². De wijze waarop het Wmo loket deze evaluaties uit zal gaan voeren is nog niet volledig uitgewerkt. Bij de verdere uitwerking zal het Wmo loket gebruik maken van de kennis die aanwezig is bij zorgaanbieders en cliënten als het gaat om evalueren en zal bekeken worden of dergelijke evaluaties ook samen kunnen vallen met de evaluatie door de zorgaanbieder. Dit om de belasting van de cliënt zo beperkt mogelijk te houden.

3.2. Het SWVO voert contractbeheer uit. Het SWVO bezoekt zorgaanbieders. Tijdens deze bezoeken laat de zorgaanbieder zien op welke wijze de organisatie invulling geeft aan de kwaliteitseisen. Waar nodig en gewenst zal de zorgaanbieder dit aantonen. In het gesprek bespreken SWVO en zorgaanbieder de wijze waarop de zorgaanbieder de leer- en verbetercyclus heeft vormgegeven.

3.3. Het SWVO kan een onafhankelijke derde partij opdracht geven kwalitatieve informatie op te halen over de uitvoering van de Wmo. In dat onderzoek zullen ook cliënten en mensen uit hun netwerk bevroegd worden. De uitkomsten van dit onderzoek worden gebruikt als input voor de gesprekken van SWVO met zorgorganisaties over kwaliteit.

3.4. Drie maal per jaar zal SWVO samen met de toezichthouder en het Wmo loket een uitgebreid onderzoek naar kwaliteit van één van de gecontracteerde zorgorganisaties laten plaatsvinden. Dat is een aangekondigd en voorbereid bezoek met als doel met elkaar te beoordelen wat 'onze' inspanningen op het gebied van kwaliteitsverbetering als resultaat hebben. We willen deze 'bezoeken' vooral gebruiken om te leren. De uitkomsten van dit onderzoek worden in overleg en afstemming met de betrokken organisaties gedeeld met andere deelnemers in de Maatwerkvoorziening.

De wijze waarop we deze vorm van monitoring willen uitvoeren moet worden uitgewerkt. Het is zeer intensief en de organisatie die zich laat monitoren is zeer kwetsbaar. Omdat organisaties verschillen in omvang/structuur/cultuur, etc., zal dit voor een deel ook maatwerk zijn. Daarbij proberen we ook om de inspanning van zo'n onderzoek voor de zorgorganisatie zo klein mogelijk te houden. Bijvoorbeeld door - als dat kan - aan te sluiten bij de kwaliteitsaudits die de zorgorganisatie zelf laat uitvoeren. Gemeenten en SWVO zijn dan als 'gast' betrokken bij de uitvoering daarvan.

3.5. Conform de wettelijke bepalingen daarover en de afspraken van gemeenten Zeeuws breed wordt jaarlijks een Cliënt Ervarings Onderzoek (CEO) uitgevoerd. In 2017 wordt dit onderzoek uitgevoerd door ZB planbureau in opdracht van de 13 Zeeuwse gemeenten. Dit onderzoek levert een gemiddeld cijfer op wat cliënten ervaren bij de uitvoering van de Wmo. Dit cijfer kan vergeleken worden met de uitvoering in de jaren daarvoor en met andere (vergelijkbare) gemeenten. De vragen in het CEO hebben voor een belangrijk deel betrekking op de prestatie door gemeenten (loket, informatievoorziening, etc.)

3.6. Betrokken partijen hebben toegang tot databases zoals www.waarstaatjegemeente.nl en de zeelandscan (ZB Planbureau).

² Bij het opstellen van dit voorstel is alleen bekend dat GR de Bevelanden dit wil gaan doen. De komende weken zal het SWVO hier ook over in gesprek gaan met de gemeenten Tholen en Schouwen-Duiveland.

ontwikkelpunten

Monitoring kan een enorme belasting zijn van zowel zorgaanbieders als cliënten. De gemeenten willen meer zicht op de kwaliteit van de uitvoering om te kunnen sturen, maar tegelijkertijd willen we die belasting zo klein mogelijk houden. Daarom zullen we de implementatie van monitoring instrumentarium zorgvuldig uitvoeren en tijdens de implementatie steeds opnieuw beoordelen of de wens naar informatie in verhouding staat tot de gevraagde belasting. Daarnaast beoordelen we de inzet van monitoringsinstrumentarium aan rol en verantwoordelijkheden: welke informatie moet wie hebben om zijn taak goed uit te kunnen voeren?

Het SWVO wil cliëntvertegenwoordigers betrekken in het regionale verbeterproces voor kwaliteit bij de uitvoering van de Wmo. Of en de wijze waarop zal in afstemming met cliëntvertegenwoordiging in 2017 worden besproken en ingevuld.

Nader onderzoek is nodig op welke wijze het ophalen van informatie bij cliënten door onafhankelijke onderzoekers uitgevoerd kan worden. Daarnaast moet dit ook een financiële vertaling krijgen en opgenomen worden in een voorstel aan het bestuur van het SWVO.

4. Verantwoording

Zorgorganisaties dienen jaarlijks voor 1 juli van het jaar volgend op het jaar waarover verslaglegging plaatsvindt het kwaliteitsverslag (zie paragraaf 2.1) in te dienen bij het SWVO. Zorgorganisaties mogen ook volstaan met een digitale verwijzing naar de plaats waar het document staat gepubliceerd. In bijlage 2 is beschreven aan welke eisen het kwaliteitsverslag dient te voldoen.

4.1. De datum van 1 juli geldt ook voor publicatie op het internet.

4.2. Jaarlijks zal een aantal zorgorganisaties door het SWVO geselecteerd worden om het kwaliteitsverslag mee te bespreken.

4.3. Bij de uitvoering van het contractbeheer zal SWVO regelmatig bij zorgorganisaties op bezoek komen om over de uitvoering van de Wmo te spreken. Het kwaliteitskader is daarbij een belangrijk handvat. In dit gesprek kan de zorgorganisatie laten zien op welke manier zij invulling geeft aan de eisen in het kader en de resultaten daarvan. Het kwaliteitsverslag, maar ook de informatie die het SWVO heeft ingewonnen bij het Wmo loket of bij cliënten, vormen daarbij een belangrijke informatiebron.

4.4. Om het jaar voert het SWVO een meting uit om verantwoording af te leggen aan het gemeentebestuur en aan de inwoners van de Oosterschelderegio wat de opbrengst van het kwaliteitsontwikkelprogramma (zie paragraaf 5.2) is.

5. Leer- en verbetercyclus

De focus bij de implementatie van het kwaliteitskader leggen we op het leer- en verbetertraject. We willen niet (per definitie) controleren en afrekenen, maar investeren en elkaar helpen om betere zorg voor onze inwoners te kunnen realiseren. Daarom verzamelt iedere zorgverlener en zorgorganisatie informatie over zijn eigen handelen en heeft de beschikking over instrumenten om die informatie te gebruiken om beter te worden.

5.1 Gemeenten en zorgorganisaties vinden het belangrijk om van elkaar te leren en elkaar beter te leren kennen. Dat laatste helpt om de best passende zorg voor inwoners te kunnen realiseren. Soms heb je elkaar nodig om dingen samen te doen of om de zorg aan een cliënt over te dragen. Vertrouwen in elkaar start met transparantie. Vanuit die motivatie starten we met lerende netwerken. Zorgorganisaties die hun 'keuken' open stellen voor collega's om daar zelf beter van te worden, maar ook om collega's te helpen. Wij zijn van mening dat die lerende netwerken het meest effectief zijn wanneer deze op gemeentelijk niveau tot stand komen. In veel gemeenten is al een dynamiek waarin bedrijven elkaar opzoeken en met elkaar samenwerken. SWVO wil samen met gemeenten en zorgaanbieders bepalen hoe dit in de praktijk concreet gemaakt kan worden. De afspraken daarover in het kwaliteitskader voor de verpleeghuiszorg kunnen daarbij als voorbeeld dienen. In 2020 maken we daarover 'harde' afspraken. De komende twee jaar gebruiken zorgorganisaties en gemeenten om daarmee te experimenteren en ervaring op te doen via een organische weg.

5.2. Om het jaar stelt het SWVO samen met de partners aan de fysieke overlegtafel een kwaliteitsontwikkelprogramma vast. In dat programma is opgenomen welke onderdelen van het kwaliteitskader de komende twee jaar bijzondere aandacht verdienen, maar ook welke organisaties de komende twee jaar bezocht zullen worden en wanneer (zie ook paragraaf 3.4.). In het kwaliteitsontwikkelprogramma krijgen ook de onderdelen een plaats die nog verdere verkenning en verdieping behoeven.

ontwikkelpunten

De wijze waarop we lerende netwerken willen realiseren en de wijze waarop dat lokaal vorm dient te krijgen is een ontwikkelpunt. Dit krijgt een vertaling in het kwaliteitsontwikkelprogramma.

De wijze waarop gemeenten willen sturen op resultaat is nog een ontwikkelpunt. Een belangrijk ontwikkelpunt, want het sturen op resultaat helpt, net als het sturen op kwaliteit, om de inzet van zorg te verminderen. Een verdere verkenning en verdieping is nodig om te bepalen welke informatie gemeenten hiervoor willen verzamelen, op welk abstractieniveau en waar in het cliëntproces. Er zijn verschillende ontwikkelingen op dit vlak, onder andere bij jeugdhulp, waar we met de uitvoering van de Wmo op aan willen sluiten.

Wat doen we met de ondersteuningsplannen? Zijn deze altijd nuttig en noodzakelijk (wanneer wel, wanneer niet)? Er is in ieder geval een sterke wens om dit proces eenvoudiger te maken en in bepaalde situaties af te schaffen. In 2017 zal het SWVO samen met gemeenten en zorgaanbieders dit proces opnieuw bezien en met voorstellen komen om dit indien mogelijk aan te passen.

Een ontwikkelpunt is de rol en plaats van ervaringsdeskundigheid. In de visie op herstelgericht werken nemen ervaringsdeskundigen een belangrijke plaats in. Maar welke afspraken maken we daarover in relatie tot kwaliteit van de dienstverlening?

Ervaringsdeskundigheid wordt steeds vaker ingezet naast wetenschappelijke en professionele kennis, als onderdeel in het herstelproces van mensen die kampen met lastige levenskwesaties. Daarnaast worden ervaringsdeskundigen ook steeds vaker betrokken bij beleidskwesaties.

Bijlage 1: Kwaliteitskader maatwerkvoorziening maatschappelijke ondersteuning

(geel gearceerd wat is aangepast t.o.v. het vastgestelde kwaliteitskader)

Het kwaliteitskader bevat de kwaliteitseisen die de gemeenten in de oosterschelderegio stellen als voorwaarden bij de uitvoering van diensten in het kader van de Wmo. Het SWVO dat namens de zeven gemeenten in de Oosterschelderegio overeenkomsten sluit met zorgaanbieders voor de levering van Wmo diensten, gebruikt dit kader, monitort en ziet er op toe dat zorgaanbieders deze kwaliteitseisen in de praktijk toepassen. Dat gebeurt wel vanuit een relatie tussen SWVO en zorgaanbieders van vertrouwen.

Bij het opstellen van de kwaliteitseisen is in veel gevallen gekozen voor een 'open omschrijving' van de eis. Dit biedt de mogelijkheid om het gesprek te voeren over kwaliteit (tussen SWVO en zorgorganisaties) en nieuwe vormen van verantwoording en toetsing in te zetten die meer zeggen over kwaliteit (in plaats van de bekende 'afvinklijstjes').

Bij het formuleren van de kwaliteitseisen is in veel gevallen gekozen voor de term 'cliënt'. Hiermee wordt de 'mens met een vraag' bedoeld. En daar waar de cliënt genoemd wordt kan ook cliëntvertegenwoordiger of cliëntstelsysteem gelezen worden.

Cliënt centraal

| | |
|----------|---|
| 1 | <p>'De mens' staat centraal. De organisatie toont aan dat ze:</p> <ul style="list-style-type: none"> • naar het individu kijkt in zijn/haar omgeving • het menswaardig leven voorop stelt • luistert naar cliënten • de vraag van de cliënt centraal stelt • aansluit bij de cliënt • oog heeft voor de kwetsbaarheden, de krachten en de talenten van de cliënt • proactief in gesprek gaat met mantelzorgers en partners. |
| 2 | <p>"De cliënt is onze opdrachtgever". De organisatie toont aan op welke wijze zij invulling geeft aan de 'regie bij de cliënt', waarbij minimaal wordt ingegaan op:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Informeren over het recht op (onafhankelijke) cliëntondersteuning³ • De vraag, behoefte, wensen en doelen van de cliënt (met de cliënt in gesprek) • Informeren van de cliënt over de ondersteuningsmogelijkheden • Uitgangspunt is dat de eigenaarschap van het dossier bij de cliënt ligt • Uitgangspunt is dat het dossier bij de cliënt is⁴ |

³ Bij wet is geregeld dat alle cliënten recht hebben op (onafhankelijke) cliëntondersteuning. Het is de taak van de gemeente dat deze ondersteuning in de gemeente beschikbaar is. Meer informatie o.a. op: https://www.regelhulp.nl/bladeren/_/artikel/clintondersteuning-in-de-wmo-2015/

⁴ Het zijn uitgangspunten dat het eigenaarschap van het dossier bij de cliënt ligt en het dossier bij de cliënt is. We realiseren ons dat dit in sommige situaties niet mogelijk is, omdat cliënten niet altijd in staat zijn om het dossier te beheren en niet altijd het dossier in huis willen hebben. Ook is het wenselijk dat zorgaanbieders zelf beschikken over een exemplaar.

| | |
|-----------------|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Betrokkenheid van de cliënt (en naasten) bij in de invulling van de ondersteuning • Betrokkenheid van de cliënt (en naasten) bij het opstellen/bijstellen van het cliëntplan/plan van aanpak/ondersteuningsplan • Overeenstemming met de cliënt over het plan • De evaluatie • Keuzevrijheid van de cliënt • Medezeggenschap en inspraak • Transparantie over en toestemming voor het delen van gegevens <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p><i>Ter inspiratie</i></p> <p><i>Hoe regie bij de cliënt gelegd kan worden:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Altijd een intake en exit gesprek hebben.</i> - <i>Een klantmanager tussentijds laten opbellen of de hulpverlening naar wens is.</i> - <i>Het terug laten komen van de punten die genoemd staan onder de opsommingstekens in de procesbeschrijvingen.</i> - <i>Het hebben van een online cliëntensysteem waar medewerkers en cliënten in kunnen, en desgewenst ook vertegenwoordigers van de cliënt.</i> - <i>De visie van de organisatie geeft aan hoe cliënten worden verwelkomd.</i> </div> <p>De organisatie toont aan dat zij zorg draagt voor een goede verbinding tussen de professionals en de cliënt. Wanneer er geen of onvoldoende 'match' is tussen cliënt en zorgverlener wordt een andere oplossing bedacht. Die oplossing kan ook buiten de betreffende organisatie liggen. Zorgorganisaties kunnen aantonen dat zij in contact staan met andere zorgorganisaties om dit ook in de praktijk waar te maken.</p> |
| <p>3</p> | <p>Het netwerk van een cliënt vormt een belangrijke schakel in de ondersteuning van een cliënt. De organisatie toont aan dat zij zorgdraagt voor een goede verbinding en wisselwerking met dit netwerk. Het netwerk wordt intensief betrokken door de zorgverlener, ook als informatie wordt verzameld over de kwaliteit van de dienstverlening.</p> <p>Hieraan gekoppeld is de rol van cliëntondersteuning. Wanneer een netwerk ontbreekt kan cliëntondersteuning die rol waar nodig is overnemen. Maar ook wanneer een netwerk aanwezig is zal cliëntondersteuning aan de orde zijn. De zorgaanbieder dient de cliënt van deze mogelijkheid op de hoogte te stellen.</p> <p>Er zijn situaties waarbij het juist niet wenselijk is om het netwerk te betrekken. In die gevallen kan de zorgorganisatie uitleggen waarom dit niet gebeurt.</p> |
| <p>4</p> | <p>De organisatie toont aan dat samen met elke cliënt er een ondersteuningsplan is opgesteld. Dit is een levend document waar nieuwe afspraken in verwerkt worden.</p> <p>Voordat er een plan opgesteld wordt met de cliënt, vindt de 'diagnostische' fase plaats. Welke doelen wil de cliënt bereiken? En ben je als organisatie wel de goede partij voor deze cliënt?</p> |

| | |
|---|---|
| | <p>De effectiviteit van het plan wordt periodiek geëvalueerd (minimaal jaarlijks) met de hulpverlener op een vooraf vastgestelde werkwijze. Bij het opstellen van het plan wordt uitgegaan van het overleg met de cliënt en worden duidelijke afspraken gemaakt. De verwachtingen staan eenduidig op papier. Er is sprake van heldere en realistische doelen die aansluiten bij de cliënt. Er vindt een check plaats of de gemaakte afspraken volledig zijn overgenomen. Zo nodig worden afspraken bijgesteld.</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p><i>Ter inspiratie:</i></p> <p><i>Werk bij het opstellen van het plan oplossingsgericht en sluit aan bij de wensen en vragen van de cliënt. Het werken met schaalvragen kan hierbij werken: dat wil zeggen, laat cliënten cijfers geven waarbij 0 is heel slecht en 10 is heel goed.</i></p> </div> |
| 5 | <p>De organisatie meet (periodiek) de individuele cliëntervaringen. De meting bevat alle facetten van de ondersteuning, inclusief:</p> <ul style="list-style-type: none"> - De ervaring met het aanbod van de zorgaanbieder; - De ervaring met de bejegening door de zorgaanbieder; - De ervaren persoonlijke groei door de inzet van de ondersteuning door de zorgaanbieder. <p>De organisatie voert aantoonbaar en in samenspraak met de cliëntenvertegenwoordigers verbeteringen door op basis van de uitkomsten van de meting.</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p><i>Ter inspiratie:</i></p> <p><i>Naast de periodieke klantonderzoeken voert een zorgaanbieder doorlopende kwaliteitsmeting uit. Deze zijn gekoppeld aan het evaluatiemoment met de cliënt van het ondersteuningsplan. Eens per kwartaal worden deze geëvalueerd in het team en indien nodig worden klanten teruggebeld door de kwaliteitsmanager over hun opmerkingen.</i></p> <p><i>Om er echt achter te komen of cliënten de ondersteuning positief ervaren is een goede vraag: " Zou u onze organisatie aanbevelen aan uw familie en kennissen?" (NPS score)</i></p> </div> |
| 6 | <p>De organisatie toont aan dat de cliënt correct en respectvol wordt bejegend. Hierbij staat het bieden van veiligheid hoog in het vaandel, maar ook het nemen van verantwoorde risico's.</p> |
| 7 | <p>De organisatie toont aan op welke wijze zij in de hulpverlening invulling geeft aan:</p> <ul style="list-style-type: none"> - het stabiliseren of verbeteren van de zelfredzaamheid en/of participatie van een cliënt; of - het begeleiden van de inwoner bij de zelfredzaamheid en/of participatie indien de persoonlijke situatie verslechtert; - het ontlasten van de mantelzorgers. <p>Het ondersteunen van de zelfredzaamheid en/of participatie van personen met een beperking of met psychische of psychosociale problemen vindt zoveel mogelijk plaats in de eigen leefomgeving.</p> |

| | |
|----|--|
| 8 | <p>De organisatie toont aan dat ze voor elk cliënt/cliëntsysteem een vast contactpersoon (professional of ervaringsdeskundige) heeft voor de duur van het traject.</p> <p>De cliënt/het cliëntsysteem wordt op de hoogte gebracht van de vervanger als de vaste contactpersoon afwezig is of wanneer de vaste contact persoon vervangen wordt.</p> <p>Ook indien er vanuit andere wetgeving zorg is, is er een vast contactpersoon.</p> |
| 9 | <p>De organisatie toont aan dat de ondersteuning van de cliënt op een veilige wijze gebeurt.</p> <ul style="list-style-type: none"> • De relatie tussen cliënt en professional is voor de cliënt vertrouwd en stabiel • De relatie is voor beide veilig, zowel lichamelijk als mentaal |
| 10 | <p>Professionals zijn aantoonbaar op de hoogte van de meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling en van de verwijs index en handelen hiernaar.</p> |
| 11 | <p>De organisatie toont aan dat zij duidelijkheid scheidt aan de cliënt over wat zij doet en waarom zij dat doet. Beslissingen worden altijd met motivatie vastgelegd op papier.</p> |

Passende en effectieve ondersteuning

- 1** De organisatie laat zien dat de ondersteuning **continuïteit, samenhang en resultaten** garandeert:
- Professional heeft benodigde kennis, houding en vaardigheden.
 - Ondersteuning is gericht op het bepalen van afgesproken resultaten zoals vastgelegd in het ondersteuningsplan. Dit wordt geëvalueerd en indien nodig bijgesteld (doelmatigheid verleende zorg: inspanning van dienstverlener leidt tot het gewenste resultaat).
 - Continuïteit van zorg wordt geborgd.

Ter inspiratie:

- *Door bijvoorbeeld werkbegeleiding en casuïstiek worden medewerkers begeleid om afspraken en doelen per cliënt procesmatig vast te leggen. Tijdens de werkbegeleiding wordt tevens ingegaan op individuele casussen:*

- *Waar sta je in het proces?*
- *Waarom heb je bepaalde doelen wel/niet gehaald?*

Door procesmatig te werken wordt de continuïteit en samenhang van de ondersteuning vorm gegeven en wordt gewerkt naar resultaten. Bijkomend voordeel is dat de medewerker 'vervangbaar' is bij ziekte omdat alle afspraken vastgelegd zijn. Zo kunnen, ook bij afwezigheid van de vaste medewerker, de continuïteit, samenhang en resultaten gegarandeerd worden.

| | |
|---|--|
| 2 | <p>De organisatie toont aan dat zij doelmatig werkt. De zorgorganisatie en de professionals die voor deze organisatie werkzaam zijn laten zien wat de toegevoegde waarde van de door hen gebruikte interventie(s) is. Samen met de cliënt worden concrete doelen geformuleerd die meetbaar zijn. Cliënten geven hun mening over de kwaliteit van de ondersteuning en de professional die hen helpt. Zichtbaar wordt wat de ondersteuning bijdraagt aan het welzijn en het welbevinden van de cliënt.</p> <p>De kanttekening die hier bij hoort; niet iedereen 'wordt beter'. Stabilisatie of de verslechtering van de situatie afremmen kunnen ook resultaten zijn.</p> |
| 3 | <p>De organisatie laat zien dat zij integrale zorg levert en hiervoor afstemt af met de andere disciplines die bij een individuele cliënt betrokken zijn. Door bijvoorbeeld:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Het principe van één gezin, één plan en één regiehouder te hanteren. • Regelmatig overleg met cliënt, behandelaars, begeleiders en andere betrokken (zorg)organisaties om te komen tot integrale dienstverlening. • Korte lijnen tussen behandelaren en begeleiders. |
| 4 | <p>De organisatie laat zien dat de ondersteuning wordt uitgevoerd door voldoende deskundige medewerkers (betaald en onbetaald) die daarvoor de juiste competenties en ervaring hebben. De benodigde deskundigheid is vastgesteld per soort dienstverlening en/of ondersteuningsvorm en <i>hoeft niet perse in opleidingsniveau uitgedrukt te worden</i>.</p> <p>Professionals zijn in het bezit van een voor de werkzaamheden passende beroepskwalificatie (opleidingseisen, beroepsstandaarden en competenties). Ze zijn op de hoogte van de geldende protocollen en richtlijnen en handelen daarnaar.</p> <p>Ze hanteren de professionele standaard:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hulpverlener houdt passende afstand van de cliënt. • Voorkomt dat hulpverlener zelf onderdeel wordt van het cliëntsysteem. • Professionele attitude naar de cliënt • Zorgprofessional houdt helicopterview <p>Wanneer cliënten niet tevreden zijn, of twijfels hebben over de deskundigheid of professionaliteit van het personeel heeft een zorgorganisatie verschillende instrumenten om dit bespreekbaar te maken, zoals een klachtenregeling, vertrouwenspersoon, evaluatiemomenten en cliëntenraad. Ook de cliëntondersteuner (geregeld vanuit de gemeente) kan hierin een rol vervullen.</p> |
| 5 | <p>De organisatie laat zien dat zij zoekt naar een optimale balans tussen de inzet van professionals, ervaringsdeskundigen en vrijwilligers. De niet-professionele inzet dient altijd in redelijke verhouding te zijn met de professionele inzet. Inzet van niet professionele werkers (vrijwilligers/stagiaires) vindt plaats onder de verantwoordelijkheid van een professionele medewerker.</p> |
| 6 | <p>De organisatie laat zien dat het ondersteuningsplan voldoet aan de volgende eisen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • in het plan zijn de NAW gegevens van de cliënt opgenomen • in het plan is vastgelegd wie de eerste verantwoordelijke is • afspraken over de ondersteuning zijn gemaakt en vastgelegd in het plan van uitvoering • er wordt gewerkt volgens het 3 kolommen model <p>In het plan van uitvoering worden doelen omschreven op een wijze die aansluit bij de leefwereld van de</p> |

| | |
|---|---|
| | cliënt. Dit wil zeggen dat de doelen op het denkniveau van de cliënt zijn omschreven. Het plan dient in een voor de cliënt begrijpelijke taal te zijn opgesteld. |
| 7 | De organisatie toont aan of en op welke wijze zij werkt met effectieve interventies, best practices en good practices . Waarbij er ruimte is voor professionele autonomie en innovatie van de ondersteuning. |
| 8 | De organisatie laat zien dat zij en de professionals voldoende kennis hebben van de lokale sociale kaart in de gemeente (en aangrenzende gemeenten) waar de voorziening is gevestigd / ondersteuning wordt aangeboden. |
| 9 | De organisatie toont aan dat zij van alle professionals en vrijwilligers die niet incidenteel in contact komen met cliënten/cliëntensysteem een Verklaring omtrent gedrag (VOG) heeft. Deze VOG mag niet ouder zijn dan drie maanden voor het moment van indiensttreding. Voor dienstverleners die werken als zelfstandige zonder personeel (ook in geval van onderaanneming) is deze verklaring niet ouder dan drie jaar. |

Randvoorwaarden

| | |
|---|---|
| 1 | <p>De organisatie richt zich aantoonbaar op handhaving of verbetering van kwaliteit van zorg door een verbetercyclus in te richten. Tevens wordt er geïnvesteerd in vernieuwingen en ontwikkelingen van de zorg. Hierbij wordt nadrukkelijk gekeken naar kansen en verbetermogelijkheden.</p> <p><i>Bijvoorbeeld:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Cliënt- en medewerkerstevredenheid koppelen aan verbetercyclus.</i> • <i>Eens in de twee jaar een medewerker-tevredenheidsonderzoek. Medewerkers bieden tenslotte zorg aan de cliënten of de tevredenheid van de medewerkers en de cliënten wordt continu gemeten en geëvalueerd.</i> • <i>Het uitvoeren van interne en externe audits.</i> • <i>Het uitvoeren van risico-inventarisaties op risicovolle processen</i> |
| 2 | <p>De organisatie heeft een visie op kwaliteitszorg en beschrijft hoe ze kwaliteit levert.</p> <p><i>Bijvoorbeeld:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Beschrijf wat je doet met de cliënten.</i> • <i>Beschrijf waarom die cliënt bij jou wil komen. waarom komen mensen met een bepaalde doelgroep bij jou. Wat halen ze bij mij wat een ander niet biedt.</i> <p>De organisatie toont aan dat ze een werkend kwaliteitsmodel (al dan niet gecertificeerd) heeft om de visie tot uitvoering te brengen. Het onderliggende kwaliteitsplan is openbaar en geeft inzicht in de wijze waarop ondersteuning wordt ingezet (klantproces, methodiek, vastleggen van gegevens). Tevens staat</p> |

| | |
|---|---|
| | <p>hierin aangegeven:</p> <ul style="list-style-type: none"> • datum kwaliteitsplan • bijstellen beleid n.a.v. beleidsevaluatie • deugdelijke administratie |
| 3 | <p>Aanbieders toetsen actief de kwaliteit van hun dienstverlening. Daarin maken zij gebruik van onderzoek onder cliënten, cliëntvertegenwoordigers en personeel. De dienstverleners maken zichtbaar op welke manier de verbeterpunten uit het kwaliteitsonderzoek vertaald zijn naar verbeteracties en plannen.</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>Let op!</p> <p><i>Ophalen van informatie over de kwaliteit van de dienstverlening bij cliënten is meer dan een klachtenregeling. Een klachtenregeling is een wettelijke vereiste. Dit is nodig voor de rechtsbescherming van cliënten. Een juridisch instrument dus. Gebruik maken van een klachtenregeling is voor veel mensen een grote horde waar ze overheen moeten. Er zijn allerlei excuses waarom mensen afzien van het indienen van een klacht. Ook gaat belangrijke informatie verloren, wanneer een organisatie geen alternatief biedt. Daarnaast is een klacht altijd negatief geformuleerd. Feedback vanuit cliënten kan ook positief zijn, of positieve elementen bevatten. De zorgorganisatie heeft een actieve opsporingsplicht naar cliënten toe om informatie te verzamelen over de kwaliteit van de dienstverlening.</i></p> </div> |
| 4 | <p>De organisatie toont aan dat zij een klachtenprocedure heeft vastgesteld welke voldoet aan de gestelde wettelijke voorwaarden (onafhankelijke klachtencommissie/functionaris, reglement, klachtenregeling, klachtenverslag, e.d.)</p> <p>De klachtenprocedure is direct toegankelijk voor cliënten (vertegenwoordiger/mantelzorger). M.a.w. de organisatie heeft hierin geen sturende rol, de cliënt is vrij zich hier direct tot te wenden. Aanbevelingen door de klachtencommissie of klachtenfunctionaris worden opgevolgd.</p> <p>De organisatie levert jaarlijkse een rapportage over het aantal klachten.</p> |
| 5 | <p>Het kennisniveau van de professionals m.b.t. de doelgroep in algemene zin wordt op peil gehouden (bv door scholing, intervisie, supervisie en casuïstiek) en is in een opleidingsplan vastgesteld. Binnen de organisatie bestaan structuren waarbij delen van kennis centraal staat (b.v. intercollegiale toetsing, casuïstiek bespreking e.d.)</p> |
| 6 | <p>De organisatie toont aan dat de zij een bijdrage levert aan integrale werkwijze binnen de organisatie en aan een integrale aanpak in de keten ten behoeve van het bereiken van de doel(en) van de cliënt en de continuïteit van de ondersteuning. Hierbij wordt in ieder geval ingegaan op:</p> <ul style="list-style-type: none"> • (warme) overdracht en gegevensuitwisseling • regie en coördinatie op ondersteuning • afstemming van activiteiten in de ondersteuning • op- en afschalen van ondersteuning • start van ondersteuning • beëindiging van ondersteuning • schorsen / opschorten van de ondersteuning • uitplaatsen of weigeren van een cliënt • afspraken over verantwoordelijkheden voor vervolgbegeleiding, ook bij uitplaatsing of |

| | |
|----|---|
| | <p>opschorting</p> <ul style="list-style-type: none"> • evalueren en verbeteren van ketensamenwerking |
| 7 | De organisatie richt zich op een integrale samenwerking: één gezin, één plan, één regiehouder . De organisatie werkt hiervoor zo nodig samen met de ketenpartners. Gemeente, aanbieders en cliënten spreken dezelfde taal. |
| 8 | De organisatie draagt zorg voor een goede samenwerking met de professionals in de teams en andere actoren. Hiertoe wordt periodiek (cliënt)overleg gevoerd, bevindingen/conclusies worden vastgelegd in het ondersteuningsplan van de cliënt. |
| 9 | De organisatie toont aan op welke, voor de cliënt toegankelijke wijze, zij de (potentiële) cliënt informeert over de rechten en plichten van de cliënt, visie van de organisatie en het ondersteuningsaanbod . |
| 10 | De organisatie meldt iedere calamiteit en ieder ernstig incident (met grote impact op de maatschappij, de cliënt, zijn/haar omgeving en/of andere betrokkenen) en alle agressie incidenten bij het Meldpunt Toezicht Wmo belegd bij de GGD Zeeland ⁵ . En zorgt voor kennisgeving bij onderzoek door IGZ. |
| 11 | Professionals zijn aantoonbaar op de hoogte van de privacy procedure binnen de eigen organisatie en handelen hiernaar. Er wordt op een zorgvuldige en gestructureerde wijze met informatie van de cliënt omgegaan. Binnen de voorziening is een procedure m.b.t. de omgang van privacy gevoelige gegevens welke voldoet aan de wettelijk gestelde voorwaarden. Er zijn afspraken gemaakt met de cliënt over het delen van informatie indien van toepassing en de cliënt heeft hiermee ingestemd. Informatie van cliënten wordt zorgvuldig bewaard. Deze informatie is beveiligd. |
| 12 | Binnen de voorziening wordt de meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling gebruikt. Professionals zijn aantoonbaar op de hoogte van de kindcheck en de meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling en handelen hiernaar. |
| 13 | De organisatie geeft uitvoering aan relevante wet- en regelgeving, richtlijnen en verdragen . De organisatie toont tevens aan te voldoen aan de wettelijke kwaliteitseisen . |
| 14 | De organisatie toont aan dat zij zichtbaar en bereikbaar is. |
| 15 | De organisatie is in staat aan te tonen rechtmatig verleende zorg te leveren : <ul style="list-style-type: none"> • de inspanning klopt met wat is afgesproken • de declaratie is in overeenstemming met wat de dienstverlener heeft geleverd |
| 16 | De locatie waar de ondersteuning geboden wordt is goed toegankelijk en geschikt voor cliënten. |

⁵ Meer informatie over welke incidenten en calamiteiten precies gemeld moeten worden, is te vinden op de website van de GGD Zeeland: <http://www.ggdzeeland.nl/voor-professionals/wmo/een-melding-doen.htm#.WCIS-9XhCpo>

| | |
|------------------|---|
| <p>17</p> | <p>Binnen de organisatie is een methode geïmplementeerd waarmee in kaart wordt gebracht welke veiligheidsrisico's er zijn. Er</p> <ul style="list-style-type: none"> • worden risico's ingeschat en dit vindt op structurele basis plaats (bijvoorbeeld jaarlijks) • worden vastgestelde risico's vastgelegd in een plan • wordt naar aanleiding van de ingeschatte risico's passend actie ondernomen en deze acties zijn concreet (wat/wanneer/hoe) omschreven • vindt er op structurele basis evaluatie en aanpassing plaats |
| <p>18</p> | <p>Er wordt binnen de voorziening een methode geïmplementeerd waarmee in kaart wordt gebracht welke gezondheidsrisico's er zijn. Er</p> <ul style="list-style-type: none"> • worden risico's ingeschat en dit vindt op structurele basis plaats (bijvoorbeeld jaarlijks) • worden vastgestelde risico's vastgelegd in een plan • wordt na aanleiding van de ingeschatte risico's passend actie ondernomen en deze acties zijn concreet (wat/wanneer/hoe) omschreven • vindt er op structurele basis evaluatie en aanpassing plaats |
| <p>19</p> | <p>De organisatie toont aan financieel gezond te zijn en zorgt voor kennisgeving bij financiële problemen.</p> |

Bijlage 2 inhoud kwaliteitsverslag

Deze bijlage bevat de belangrijkste elementen van de inhoudsopgave van het kwaliteitsverslag, bedoeld als handreiking bij het opstellen van dit verslag. Het verslag moet een duidelijk beeld geven welke acties de zorgorganisatie in dat jaar heeft genomen om de kwaliteit van de ondersteuning te monitoren en te verbeteren en welk resultaat dat heeft opgeleverd. De zorgorganisatie doet dat aan de hand van vijf kwaliteitseisen die hieronder zijn uitgewerkt. De zorgorganisatie bepaalt zelf welke informatie zij wilt presenteren, maar besteedt in ieder geval aandacht aan de kopjes zoals hieronder geformuleerd.

De zorgorganisatie dient daarbij rekening te houden met:

- Het kwaliteitsverslag is mede bedoeld om cliënten te informeren over de wijze waarop de zorgorganisatie kwaliteit heeft geborgd en werkt aan verbetering. Het verslag dient leesbaar te zijn en te begrijpen voor cliënten en hun omgeving. Beelden van kwaliteit (bijvoorbeeld cliëntverhalen en medewerkersverhalen) kunnen daarbij helpen.
- De zorgorganisatie heeft veel vrijheid bij het opstellen, de inhoud en de presentatie van het kwaliteitsverslag. Het is belangrijk dat het kwaliteitsverslag voor uitvoering Wmo in de Oosterschelderegio past binnen de wijze waarop de zorgorganisatie zelf verantwoording wil afleggen. Het hoeft dus geen zelfstandig verslag te zijn maar kan onderdeel uitmaken van het jaarverslag van de zorgorganisatie of een kwaliteitsverslag dat door een andere opdrachtgever (jeugdhulp, zorgverzekeraar of zorgkantoor) gevraagd wordt.

De thema's die in ieder geval terug dienen te komen in het verslag zijn, met daarbij een verwijzing naar de betreffende kwaliteitseis(en) in het kwaliteitskader:

1. Leer- en verbetertraject (zie ook kwaliteitseis 1 onder Randvoorwaarden)

De zorgorganisatie laat zien op welke wijze zij het leer- en verbetertraject voor uitvoering van de Wmo planmatig heeft ingericht en geborgd.

2. Informatie verzamelen over kwaliteit (zie ook kwaliteitseis 5 onder Cliënt centraal en kwaliteitseis 3 onder Randvoorwaarden)

De zorgorganisatie laat zien op welke wijze zij informatie verzamelt uit eigen systemen en bij medewerkers, cliënten, het netwerk van de cliënt en bij collega zorgorganisaties over de kwaliteit van de uitvoering van de Wmo en het resultaat daarvan.

3. Plan (zie ook kwaliteitseis 3 onder Randvoorwaarden)

De zorgorganisatie laat zien op welke wijze deze informatie een vertaling heeft gekregen naar een verbeterplan en wat de inhoud daarvan is.

4. Deskundigheid personeel (zie ook kwaliteitseis 3 onder Passende en effectieve ondersteuning)

De zorgorganisatie laat zien op welke wijze medewerkers werken aan deskundigheid en het op peil houden van hun kennis en vaardigheden, maar ook de positie van feedback, intervisie en reflectie.

5. Leren van elkaar (zie ook kwaliteitseis 1 onder Randvoorwaarden)

De zorgorganisatie laat zien op welke wijze zij activiteiten onderneemt om transparant te zijn naar collega zorgaanbieders toe en de wijze waarop de zorgorganisatie collega zorgorganisaties betreft in het leer- en verbetertraject.