

# **Kwaliteitskader Maatwerkvoorziening maatschappelijke ondersteuning Oosterschelderegio 2017**

**Opdrachtgever:** SWVO

**Auteur:** Q-Consult

**Datum:** 28-11-2016

**Versie:** 1.0

**Status:** Definitief

## Inhoudsopgave

Inhoudsopgave .....	2
Hoofdstuk 1: Achtergrond: context van het kwaliteitskader .....	3
Wmo 2015 .....	3
Een gedeeld belang: de gemeentelijke verantwoordelijkheid voor kwaliteit .....	3
Uitgangspunten voor de ontwikkeling van de basis kwaliteitseisen.....	4
Uitgangspunt 1: Visie op kwaliteit - het nieuwe kwaliteitsdenken .....	5
Uitgangspunt 2: De doelen van de cliënt/het cliëntsysteem zijn het vertrekpunt .....	5
Uitgangspunt 3: Gemeenten gaan over het 'WAT', zorgaanbieder over het 'HOE' .....	6
Uitgangspunt 4: Kwaliteitseisen zijn zo geformuleerd dat ze het gesprek over kwaliteit bevorderen en de mogelijkheid geven om te sturen .....	7
Uitgangspunt 5: Werken aan kwaliteit op basis van partnership .....	7
Uitgangspunt 6: Kwaliteitseisen zijn ambitieus en vragen om gezamenlijke doorontwikkeling .....	7
Uitgangspunt 7: Kwaliteitseisen zijn algemeen waar mogelijk en specifiek waar nodig .....	7
Hoofdstuk 2: Kwaliteitseisen maatwerkvoorziening maatschappelijke ondersteuning.....	8

## Hoofdstuk 1: Achtergrond: context van het kwaliteitskader

Samenwerkingsverband Welzijnsoosterschelderegio (SWVO) is een samenwerkingsverband tussen de gemeenten Borsele, Goes, Kapelle, Noord-Beverland, Reimerswaal, Schouwen-Duiveland en Tholen. SWVO heeft van deze gemeenten de opdracht gekregen om een aantal taken op het gebied van de Wmo uit te voeren. Hieronder vallen onder andere de inkoop van zorg, het contractbeheer en een stuk beleidsontwikkeling. Naast de 'oude' Wmo producten is SWVO sinds de hervormingen in de langdurige zorg in 2015 ook belast met de inkoop en het contractbeheer van de producten 'begeleiding' en 'dagbesteding'. Om dit vorm te geven, heeft SWVO de 'maatwerkvoorziening maatschappelijke ondersteuning' gerealiseerd. Deze maatwerkvoorziening bestaat uit de volgende acht bouwstenen: begeleiding thuis, begeleiding thuis speciaal, begeleiding gericht op activering/dagbesteding, begeleiding gericht op gespecialiseerde dagbesteding, huishoudelijke hulp, huishoudelijke zorg, kortdurend verblijf normaal en kortdurend verblijf speciaal.

De ondersteuning binnen de maatwerkvoorziening maatschappelijke ondersteuning vindt plaats binnen één of meerdere van de volgende domeinen: 1. Gezondheid en zelfzorg, 2. Huisvesting en huishouden, 3. Huiselijke relaties, 4. Zorg voor kinderen, 5. Inkomen en rondkomen, 6. School, werk, dagbesteding, 7. Sociaal netwerk, 8. Maatschappelijke participatie en vervoer en 9. Justitie.

### Wmo 2015

Met de nieuwe Wmo zijn gemeenten integraal verantwoordelijk voor kwaliteit van de maatschappelijke ondersteuning. De Wmo 2015 stelt dat aanbieders maatschappelijke ondersteuning moeten leveren die van goede kwaliteit is. Hulp die de organisatie biedt moet voldoen aan de volgende kwaliteitskenmerken:

- a) veilig, doeltreffend, doelmatig en cliëntgericht;
- b) afgestemd op de behoefte van de cliënt en op andere vormen van zorg of hulp die de cliënt ontvangt;
- c) verstrekt in overeenstemming met de op de beroepskracht rustende verantwoordelijkheid, voortvloeiend uit de professionele standaard;
- d) verstrekt met respect voor en inachtneming van de rechten van de cliënt.

### Een gedeeld belang: de gemeentelijke verantwoordelijkheid voor kwaliteit

Gemeenten zijn dus integraal verantwoordelijk voor de kwaliteit van maatschappelijk ondersteuning. De gemeenten in de Oosterschelde regio hebben dit op zo'n wijze geregeld dat het contractbeheer, en ook de controle van alles wat uit de contracten voortvloeit, bij SWVO belegd is. SWVO heeft daarom een belangrijke taak om toe te zien op de kwaliteit van de maatschappelijke ondersteuning. Daarnaast hebben zij de taak om de randvoorwaarden te creëren zodat zorgaanbieders kwaliteit kunnen leveren. Vanuit deze taken is SWVO 'mede' verantwoordelijk voor de kwaliteit van de maatschappelijke ondersteuning in de Oosterschelderegio. De huidige aanpak van gemeenten en SWVO met betrekking tot de maatwerkvoorziening maatschappelijke ondersteuning richt zich met name op de randvoorwaardelijke kwaliteitsaspecten. Dit zegt echter weinig over de werkelijke kwaliteit van de ondersteuning die zorgaanbieders leveren. Mede gezien deze situatie hebben gemeenten behoefte aan een vorm van sturing en monitoring die meer gaat over de werkelijk geleverde en/of ervaren kwaliteit. Om hiertoe te komen is het nodig om kwaliteit verder vorm te geven. Dit is gedaan door een

set kwaliteitseisen op te stellen voor de maatwerkvoorziening maatschappelijke ondersteuning in samenspraak met de stakeholders: o.a. gemeenten, zorgaanbieders en cliëntvertegenwoordigers. Uiteindelijk doel van gemeenten is om hiermee beter zicht te krijgen op de daadwerkelijke kwaliteit en om te sturen op kwaliteit en het behaalde resultaat. Tevens kan SWVO hierdoor beter aan de opdracht van de gemeenten in de Oosterschelderegio voldoen.

De kwaliteitseisen in dit document hebben betrekking op de kwaliteit van de maatwerkvoorziening maatschappelijke ondersteuning; het zijn de eisen die gemeenten aan zorgaanbieders stellen. Om kwaliteit te realiseren en om de kwaliteitseisen in de praktijk te laten werken, hebben ook SWVO, de zeven gemeenten en de Wmo-loketten een belangrijke rol (zie ook hoofdstuk 3). De gemeenten en zorgorganisaties hebben een gedeelde verantwoordelijkheid voor én een gedeeld belang bij goede kwaliteit. Wat kunnen de gemeenten en SWVO bijdragen om de gewenste kwaliteit te realiseren?

### **Coördinatie en regie door gemeente**

De maatwerkvoorziening maatschappelijke ondersteuning behoort tot een bredere keten van zorg- en ondersteuning voor kwetsbare burgers. Om cliënten de best passende ondersteuning te bieden (en samen te werken aan het gewenste resultaat) beschikt de gemeente over mogelijkheden om de regie en coördinatie op samenwerking te organiseren. Dat vraagt – binnen de vigerende wet- en regelgeving - om een eenduidige werkwijze in de keten en het faciliteren van samenwerking tussen organisaties (gegevensuitwisseling, ketenafspraken, actuele sociale kaart en kennis over de sociale kaart). Ook vraagt het om afstemming van zorg en ondersteuning met partijen binnen en buiten de Oosterschelderegio (bijvoorbeeld met de afdelingen Jeugd en de gemeenten in West-Brabant) en met financiers vanuit andere wetgeving (bijvoorbeeld de Wet langdurige zorg). Doel is om te voorkomen dat burgers tussen de wal en het schip raken door onduidelijke domeinafbakening. Het gaat hier om een samenspel tussen de gemeenten, SWVO, zorgaanbieders, de financiers van de zorg en de aanbieders in de regio of lokaal.

### **Integrale aanpak**

Integrale beleidsvorming kan bijdragen aan kwalitatief goede en juiste ondersteuning voor cliënten. Hierbij staat het principe van één cliënt/cliëntensysteem, één plan, één regiehouder centraal. Ook het maken van afspraken over het delen van gegevens en het realiseren van korte lijnen tussen de verschillende partijen is hierbij van belang. Voor gemeenten is mede een rol weggelegd om betrokken zorgorganisaties (verschillende specialismen binnen de Jeugdwet en Wmo) samen te brengen en te laten optrekken. Daarnaast geldt voor alle partijen dat zij gebruik maken van elkaars talent en/of specifieke deskundigheid.

### **Uitgangspunten voor de ontwikkeling van de basis kwaliteitseisen**

De Wmo noemt veilig, cliëntgericht, doelmatig en doeltreffend belangrijke kwaliteitskenmerken voor voorzieningen. Met de kwaliteitseisen die we samen formuleren gaan we nadere invulling geven aan die kwaliteitskenmerken. Daarbij sluiten we aan bij de ontwikkelingen op het gebied van kwaliteit. We benutten de ruimte die met de Wmo 2015 is ontstaan om kwaliteitseisen vorm te geven vanuit het nieuwe gedachtegoed (focus op het primaire proces); **we stellen de cliënt(systeem) en zijn/haar doelen centraal, bieden ruimte voor professionele autonomie, expertise van de zorgaanbieders en innovatie.**

Het is nadrukkelijk de wens om de administratieve lasten volgend uit de kwaliteitseisen voor zorgaanbieders, zo veel mogelijk te beperken. Daarnaast is het de wens om niet opnieuw het wiel uit te vinden en aan te sluiten op de informatie die al beschikbaar is in het land en bij de aanbieders in de Oosterschelderegio. Bijvoorbeeld door aan te sluiten bij de kwaliteitseisen waar zorgaanbieders vanuit andere financiers al mee te maken hebben. Verder is voor deze kwaliteitseisen dezelfde opzet gekozen als voor de kwaliteitseisen beschermd wonen en maatschappelijke opvang die in 2016 door de VNG zijn opgesteld.

Onderstaande zeven uitgangspunten hanteren we bij het opstellen van de kwaliteitseisen:

### Uitgangspunt 1: Visie op kwaliteit - het nieuwe kwaliteitsdenken

Kwaliteit is altijd in ontwikkeling. Dat moet ook, want 'continu verbeteren' is een belangrijk uitgangspunt voor het leveren van kwaliteit. Ook de zorg is in ontwikkeling. De grootschalige hervormingen vragen van zorgaanbieders om meer te sturen op resultaten, het netwerk meer te betrekken en meer te kijken naar wat iemand nog zelf of met zijn omgeving kan. Het moet 'anders met minder'.

Met deze ontwikkelingen wordt er ook kritisch gekeken hoe kwaliteit vormgegeven kan worden in 'nieuwe tijden'. Zorgorganisaties in de langdurige zorg en in het sociaal domein werken al jaren met 'kwaliteitssystemen' en 'kwaliteitskeurmerken'. Dit heeft de sector geholpen om kwaliteit door te ontwikkelen. Toch blijkt in toenemende mate dat de systemen en keurmerken steeds minder passen bij hoe organisaties werken en willen werken. Er vindt een verschuiving plaats; terug van 'systeemdenken' naar 'mensdenken'.

Verantwoordelijkheden worden lager in de organisatie gelegd en er wordt meer ingezet op de 'mensch' en een gezamenlijke verantwoordelijkheid voor kwaliteit. In plaats van voorschriften, lijstjes en procedures ontstaat er een behoefte om ruimte te bieden aan 'kwaliteit doen', in de praktijk. Geen papieren tijger met ontelbare kwaliteitsdocumenten, maar de focus op het primaire proces: kwaliteit wordt gerealiseerd in het contact tussen de zorgprofessional en cliënt.

### Uitgangspunt 2: De doelen van de cliënt/het cliëntsysteem zijn het vertrekpunt

De kwaliteitseisen moeten worden ontwikkeld vanuit de volgende gedachtelijn:



Kwaliteit ontstaat in de relatie tussen de cliënt of/en het cliëntsysteem en de hulpverlener. Het vertrekpunt voor de ondersteuning zijn de wensen, voorkeuren en doelen van de cliënt(systeem).

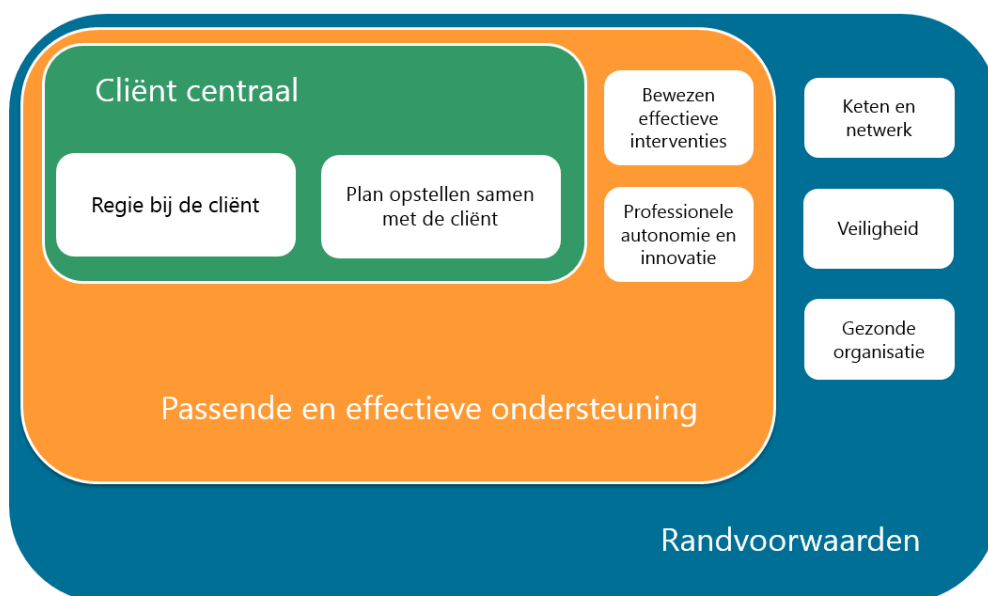
Een professional ondersteunt een cliënt(systeem) vanuit de (zorg)visie van de organisatie, waarbij (een gevoel van en fysieke) veiligheid, bejegening en aansluiten op wensen en doelen van de cliënt(systeem) belangrijke onderwerpen zijn. In de uitvoering van de ondersteuning maakt de professional een afweging tussen het inzetten van erkende interventies, good/best practices en het inzetten/ontwikkelen van andere interventies (indien de erkende interventies, good/best practices niet

passend of niet aanwezig zijn). De afweging maakt de professional vanuit de ervaringskennis en/of professionele autonomie.

Door de cliënt/cliëntstelsel en zijn/haar doelen als uitgangspunt te nemen en vanuit professionele autonomie (waar mogelijk) erkende interventies in te zetten krijgt de cliënt/het cliëntstelsel de best passende ondersteuning. Door deze werkwijze werkt de zorgorganisatie automatisch (aantoonbaar) resultaat- en doelgericht en volgt de PDCA-cyclus. De tevredenheid en de uitkomsten van de ondersteuning zijn inzichtelijk, doelen en resultaten worden geëvalueerd en ondersteuningsplannen/cliëntplannen<sup>1</sup> (en doelen) worden waar nodig bijgesteld.

In deze gedachtlijn komen de kwaliteitskenmerken van de Wmo (veilig, cliëntgericht, doelmatig en doeltreffend) terug. Door de gedachtlijn te volgen bij het formuleren van de kwaliteitseisen geven we vanuit het nieuwe gedachtengoed en de kwaliteitsontwikkelingen nadere invulling aan deze kwaliteitskenmerken.

De gedachtlijn en uitgangspunten leiden tot het volgende conceptueel kader voor de kwaliteitseisen:



### Uitgangspunt 3: Gemeenten gaan over het 'WAT', zorgaanbieder over het 'HOE'

De kwaliteitseisen in dit document hebben betrekking op de kwaliteit van de maatwerkvoorziening maatschappelijke ondersteuning; het zijn de eisen die SWVO aan zorgaanbieders gaat stellen. Bij het opstellen van de kwaliteitseisen maken we onderscheid tussen het 'wat' en het 'hoe'. SWVO gaat over 'wat' er geregeld moet zijn op het gebied van kwaliteit. De zorgorganisatie bepaalt 'hoe' de ondersteuning wordt geboden en 'hoe' de randvoorwaarden daarvoor worden ingevuld. Deze verdeling van verantwoordelijkheden schept duidelijkheid en voorkomt dat er regels ontstaan die leiden tot onnodige administratieve lasten en kwaliteit op papier in plaats van in de praktijk.

<sup>1</sup> Onder ondersteuningsplan of cliëntplan wordt het plan verstaan dat de aanbieder in samenspraak met de cliënt opstelt.

#### Uitgangspunt 4: Kwaliteitseisen zijn zo geformuleerd dat ze het gesprek over kwaliteit bevorderen en de mogelijkheid geven om te sturen

Het hanteren van kwaliteitseisen bevordert goede kwaliteit van ondersteuning. Kwaliteit kan voor een deel gevangen worden op papier. Belangrijker is het continue gesprek over kwaliteit in het primaire proces tussen SWVO en aanbieders. En tussen zorgaanbieder en cliënt. Eisen waarbij het wenselijk is het gesprek aan te gaan formuleren we in de vorm van: 'de organisatie toont aan dat...' of 'de organisatie geeft aan op welke wijze...'. Daar waar SWVO alleen wil weten of een zorgorganisatie voldoet aan gestelde regelgeving en randvoorwaarden voor goede ondersteuning, formuleren we de eisen als volgt: 'de organisatie geeft uitvoering aan...' of 'de organisatie werkt aantoonbaar met...'.

#### Uitgangspunt 5: Werken aan kwaliteit op basis van partnership

SWVO heeft in opdracht van de gemeenten langdurige contracten met zorgaanbieders uit de regio (lopend tot 2024). Hierdoor hebben gemeenten en SWVO de mogelijkheid gecreëerd om gezamenlijk te werken aan kwaliteit op basis van partnership. Het is ook de wens van SWVO om in dit traject nauw samen te werken met aanbieders, de zeven gemeenten in de Oosterschelde Regio, de GR, cliënten en andere relevante stakeholders.

#### Uitgangspunt 6: Kwaliteitseisen zijn ambitieus en vragen om gezamenlijke doorontwikkeling

Bij het opstellen van de eisen is met de betrokken partijen steeds voor ogen gehouden hoe ondersteuning van cliënten binnen de maatwerkvoorziening maatschappelijke ondersteuning er in de gewenste situatie uit ziet. Bij het opstellen van de eisen hebben betrokkenen zich niet laten tegenhouden door knelpunten in de huidige situatie. Voor een beperkt deel van de eisen zal de situatie nog niet voldoen aan de eis. Er is gekozen voor het formuleren van ambitieuze kwaliteitseisen om de kwaliteit van de maatwerkvoorziening maatschappelijke ondersteuning een impuls te geven. Alle betrokkenen moeten de komende jaren samenwerken om de gewenste situatie te realiseren. De ambitieuze kwaliteitseisen ondersteunen een toekomstgerichte dialoog over kwaliteit.

#### Uitgangspunt 7: Kwaliteitseisen zijn algemeen waar mogelijk en specifiek waar nodig

De maatwerkvoorziening maatschappelijke ondersteuning kent acht bouwstenen: begeleiding thuis, begeleiding thuis speciaal, begeleiding gericht op activering/dagbesteding, begeleiding gericht op gespecialiseerde dagbesteding, huishoudelijke hulp, huishoudelijke zorg, kortdurend verblijf normaal en kortdurend verblijf speciaal. De kwaliteitseisen die aan de ondersteuning binnen deze bouwstenen worden gesteld zijn gedeeltelijk gelijk, dit geldt bijvoorbeeld over eisen over de cliënt centraal en het opstellen van het cliëntplan. Voor andere kwaliteitsaspecten kunnen eisen uiteenlopen voor de verschillende bouwstenen. In deze fase van het vormgeven van het kwaliteitskader zijn er alleen kwaliteitseisen opgenomen die in principe generiek zijn voor alle bouwstenen van de maatwerkvoorziening maatschappelijke ondersteuning. In een volgende fase zal gekeken worden welke aanvullende eisen eventueel nodig zijn voor de verschillende bouwstenen.

## Hoofdstuk 2: Kwaliteitseisen maatwerkvoorziening maatschappelijke ondersteuning

De kwaliteitseisen beschrijven de kwaliteitsaspecten die straks als vanzelfsprekend beschouwd worden voor gemeenten, SWVO en zorgorganisaties. Wanneer we spreken over kwaliteit zijn dit de aspecten die minimaal geregeld moeten zijn: kwaliteitseisen die alle aanbieders doorvoeren en die SWVO als voorwaarde stelt en monitort. Deze set kwaliteitseisen worden opgesteld conform de bovenstaande uitgangspunten. Naast de set kwaliteitseisen is ook nagedacht over de rolverdeling tussen de verschillende betrokken partijen die deze kwaliteitseisen met zich meebrengen. Op deze rolverdeling wordt nader ingegaan in hoofdstuk 3.

Bij het opstellen van de kwaliteitseisen hebben we 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' en verslagen). Tegelijkertijd roept het vragen op als: waar gaan we het dan over hebben? Wat zijn de onderwerpen die je wilt bespreken, welke thema's worden geraakt? In tekstkaders zullen we voorbeelden ter toelichting en inspiratie voor het gesprek over kwaliteit gaan opnemen.

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.

### Clïent centraal

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

<sup>2</sup> 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/](https://www.regelhulp.nl/bladeren/_/artikel/clintondersteuning-in-de-wmo-2015/)



- Uitgangspunt is dat het dossier bij de cliënt is<sup>3</sup>
- 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

*Ter inspiratie*

*Hoe regie bij de cliënt gelegd kan worden:*

- *Altijd een intake en exit gesprek hebben.*
- *Een klantmanager tussentijds laten opbellen of de hulpverlening naar wens is.*
- *Het terug laten komen van de punten die genoemd staan onder de opsommingstekens in de procesbeschrijvingen.*
- *Het hebben van een online cliëntensysteem waar medewerkers en cliënten in kunnen, en desgewenst ook vertegenwoordigers van de cliënt.*
- *De visie van de organisatie geeft aan hoe cliënten worden verwelkomd.*

**3** De organisatie toont aan dat samen met elke cliënt er een **zorgplan/cliëntplan/begeleidingsplan** is opgesteld. Dit is een **levend document** waar nieuwe afspraken in verwerkt worden.

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?

De **effectiviteit van het plan wordt periodiek geëvalueerd** 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 vraag van de cliënt. Er vindt een check plaats of de gemaakte afspraken volledig zijn overgenomen. Zo nodig worden afspraken bijgesteld.

*Ter inspiratie:*

*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.*

<sup>3</sup> 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.

4	<p>De organisatie meet (periodiek) de <b>individuele cliëntervaringen</b>. De meting bevat alle facetten van de ondersteuning, inclusief:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- De ervaring met het aanbod van de zorgaanbieder;</li> <li>- De ervaring met de bejegening door de zorgaanbieder;</li> <li>- De ervaren persoonlijke groei door de inzet van de ondersteuning door de zorgaanbieder.</li> </ul> <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 cliëntplan. 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?"</i></p> </div>
5	<p>De organisatie toont aan dat de cliënt <b>correct en respectvol wordt bejegend</b>. Hierbij staat het bieden van <b>veiligheid</b> hoog in het vaandel, maar ook het nemen van verantwoorde risico's.</p>
6	<p>De organisatie toont aan op welke wijze zij in de hulpverlening invulling geeft aan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- het stabiliseren of verbeteren van de <b>zelfredzaamheid en/of participatie</b> van een cliënt; of</li> <li>- het begeleiden van de inwoner bij de zelfredzaamheid en/of participatie indien de persoonlijke situatie verslechtert;</li> <li>- het ontlasten van de mantelzorgers.</li> </ul> <p>Het ondersteunen van de zelfredzaamheid en/of participatie van personen met een beperking of met psychische of psychosociale problemen vindt zoveel mogelijk plaats <b>in de eigen leefomgeving</b>.</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p><i>Ter inspiratie</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Versterken eigen kracht: Wat kan iemand nog zelf? Wat kan de sociale omgeving?</i></li> <li>- <i>Ondersteuning aan laten sluiten bij de leefwereld van de cliënt</i></li> <li>- <i>Versterken van het sociale netwerk</i></li> </ul> </div>
7	<p>De organisatie toont aan dat ze voor elk cliënt/cliëntstelsel <b>een vast contactpersoon (professional of ervaringsdeskundige) heeft voor de duur van het traject</b>.</p> <p>De cliënt/het cliëntstelsel wordt op de hoogte gebracht van de vervanger als de vaste contactpersoon</p>

	<p>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> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p><i>Ter inspiratie:</i></p> <p><i>Zorg voor 'de juiste' match tussen cliënt en professional.</i></p> </div>
<b>8</b>	<p>De organisatie toont aan dat de ondersteuning van de cliënt op een <b>veilige wijze</b> gebeurt.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• De relatie tussen cliënt en professional is voor de cliënt vertrouwd en stabiel</li> <li>• De relatie is voor beide veilig, zowel lichamelijk als mentaal</li> </ul>
<b>9</b>	<p><b>Professionals</b> zijn aantoonbaar op de hoogte van de <b>meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling en van de verwijs index</b> en handelen hiernaar.</p>
<b>10</b>	<p>De organisatie toont aan dat zij <b>duidelijkheid schept</b> 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

<b>1</b>	<p>De organisatie laat zien dat de ondersteuning <b>continuïteit, samenhang en resultaten</b> garandeert:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Professional heeft benodigde kennis, houding en vaardigheden.</li> <li>• Ondersteuning is gericht op het bepalen van afgesproken resultaten zoals vastgelegd in het cliëntplan. Dit wordt geëvalueerd en indien nodig bijgesteld (doelmatigheid verleende zorg: inspanning van dienstverlener leidt tot het gewenste resultaat).</li> <li>• Continuïteit van zorg wordt geborgd.</li> </ul> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p><i>Ter inspiratie:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>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:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <i>Waar sta je in het proces?</i></li> <li>○ <i>Waarom heb je bepaalde doelen wel/niet gehaald?</i></li> </ul> </li> </ul> <p><i>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.</i></p> </div>
----------	--

<p><b>2</b></p>	<p>De organisatie laat zien dat zij <b>integrale zorg</b> 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"> <li>• Het principe van één gezin, één plan en één regiehouder te hanteren.</li> <li>• Regelmatig overleg met cliënt, behandelaars, begeleiders en andere betrokken (zorg)organisaties om te komen tot integrale dienstverlening.</li> <li>• Korte lijnen tussen behandelaren en begeleiders.</li> </ul>
<p><b>3</b></p>	<p>De organisatie laat zien dat de ondersteuning wordt uitgevoerd door <b>voldoende deskundige medewerkers</b> (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 <b>passende beroepskwalificatie</b> (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"> <li>• Hulpverlener houdt passende afstand van de cliënt.</li> <li>• Voorkomt dat hulpverlener zelf onderdeel wordt van het cliëntsysteem.</li> <li>• Professionele attitude naar de cliënt</li> <li>• Zorgprofessional houdt helicopterview</li> </ul>
<p><b>4</b></p>	<p>De organisatie laat zien dat zij zoekt naar een <b>optimale balans tussen de inzet van professionals, ervaringsdeskundigen en vrijwilligers</b>. 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>
<p><b>5</b></p>	<p>De organisatie laat zien dat het <b>cliëntplan</b> voldoet aan de volgende eisen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• in het plan zijn de NAW gegevens van de cliënt opgenomen</li> <li>• in het plan is vastgelegd wie de eerste verantwoordelijke is</li> <li>• afspraken over de ondersteuning zijn gemaakt en vastgelegd in het plan van uitvoering</li> <li>• er wordt gewerkt volgens het 3 kolommen model</li> </ul> <p>In het plan van uitvoering worden doelen omschreven op een wijze die aansluit bij de leefwereld van de 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.</p>
<p><b>6</b></p>	<p>De organisatie toont aan of en op welke wijze zij werkt met <b>effectieve interventies, best practices</b> en <b>good practices</b>. Waarbij er ruimte is voor professionele autonomie en innovatie van de ondersteuning.</p>
<p><b>7</b></p>	<p>De organisatie laat zien dat zij en de professionals voldoende kennis hebben van de <b>lokale sociale kaart</b> in de gemeente (en aangrenzende gemeenten) waar de voorziening is gevestigd / ondersteuning wordt aangeboden.</p>
<p><b>8</b></p>	<p>De organisatie toont aan dat zij van alle professionals en vrijwilligers die niet incidenteel in contact komen met cliënten/cliëntsysteem een <b>Verklaring omtrent gedrag (VOG)</b> heeft. Deze VOG mag niet ouder zijn dan drie maanden voor het moment van indiensttreding. Voor dienstverleners die werken als</p>

	zelfstandige zonder personeel (ook in geval van onderaanneming) is deze verklaring niet ouder dan drie jaar.
--	--

## Randvoorwaarden

<b>1</b>	<p>De organisatie richt zich aantoonbaar op handhaving of verbetering van kwaliteit van zorg door een <b>verbetercyclus</b> in te richten. Tevens wordt er geïnvesteerd in vernieuwingen en ontwikkelingen van de zorg. Hierbij wordt nadrukkelijk gekeken naar <b>kansen</b> en <b>verbetermogelijkheden</b>.</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p><i>Bijvoorbeeld:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Cliënt- en medewerkerstevredenheid koppelen aan verbetercyclus.</i></li> <li>• <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></li> <li>• <i>Het uitvoeren van interne en externe audits.</i></li> <li>• <i>Het uitvoeren van risico-inventarisaties op risicovolle processen</i></li> </ul> </div>
<b>2</b>	<p>De organisatie heeft een <b>visie op kwaliteitszorg</b> en beschrijft <b>hoe ze kwaliteit levert</b>.</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p><i>Bijvoorbeeld:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Beschrijf wat je doet met de cliënten.</i></li> <li>• <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></li> </ul> </div> <p>De organisatie toont aan dat ze een <b>werkend kwaliteitsmodel</b> (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 hierin aangegeven:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• datum kwaliteitsplan</li> <li>• bijstellen beleid n.a.v. beleidsevaluatie</li> <li>• deugdelijke administratie</li> </ul>
<b>3</b>	<p>Aanbieders <b>toetsen actief de kwaliteit van hun dienstverlening</b>. 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>
<b>4</b>	<p>De organisatie toont aan dat zij een <b>klachtenprocedure</b> heeft vastgesteld welke voldoet aan de gestelde wettelijke voorwaarden (onafhankelijke klachtencommissie/functionaris, reglement, klachtenregeling, klachtenverslag, e.d.)</p>

	<p>De klachtenprocedure is <b>direct toegankelijk voor cliënten</b> (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>
<b>5</b>	<p>Het <b>kennisniveau van de professionals</b> 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>
<b>6</b>	<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"> <li>• (warme) overdacht en gegevensuitwisseling</li> <li>• regie en coördinatie op ondersteuning</li> <li>• afstemming van activiteiten in de ondersteuning</li> <li>• op- en afschalen van ondersteuning</li> <li>• start van ondersteuning</li> <li>• beëindiging van ondersteuning</li> <li>• schorsen / opschorten van de ondersteuning</li> <li>• uitplaatsen of weigeren van een cliënt</li> <li>• afspraken over verantwoordelijkheden voor vervolgbegeleiding, ook bij uitplaatsing of opschorting</li> <li>• evalueren en verbeteren van ketensamenwerking</li> </ul>
<b>7</b>	<p>De organisatie richt zich op een <b>integrale samenwerking: één gezin, één plan, één regiehouder</b>. De organisatie werkt hiervoor zo nodig samen met de ketenpartners. Gemeente, aanbieders en cliënten spreken dezelfde taal.</p>
<b>8</b>	<p>De organisatie draagt zorg voor een <b>goede samenwerking met de professionals</b> in de teams en andere actoren. Hiertoe wordt periodiek (cliënt)overleg gevoerd, bevindingen/conclusies worden vastgelegd in het ondersteuningsplan van de cliënt.</p>
<b>9</b>	<p>De organisatie toont aan op welke, voor de cliënt toegankelijke wijze, zij de (potentiële) <b>cliënt informeert</b> over de <b>rechten en plichten van de cliënt, visie van de organisatie en het ondersteuningsaanbod</b>.</p>
<b>10</b>	<p>De organisatie meldt iedere <b>calamiteit</b> en ieder <b>ernstig incident</b> (met grote impact op de maatschappij, de cliënt, zijn/haar omgeving en/of andere betrokkenen) <b>en alle agressie incidenten</b> bij het Meldpunt Toezicht Wmo belegd bij de GGD Zeeland<sup>4</sup>.</p> <p>En zorgt voor kennisgeving bij onderzoek door IGZ.</p>
<b>11</b>	<p>Professionals zijn aantoonbaar op de hoogte van de <b>privacy procedure</b> binnen de eigen organisatie en handelen hiernaar. Er wordt op een zorgvuldige en gestructureerde wijze met informatie van de cliënt</p>

<sup>4</sup> 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>omgegaan.</p> <p>Binnen de voorziening is een <b>procedure</b> m.b.t. de omgang van <b>privacy gevoelige gegevens</b> 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.</p> <p>Informatie van cliënten wordt zorgvuldig bewaard. Deze informatie is beveiligd.</p>
<b>12</b>	<p>Binnen de voorziening wordt de <b>meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling</b> gebruikt. Professionals zijn aantoonbaar op de hoogte van de kindcheck en de meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling en handelen hiernaar.</p>
<b>13</b>	<p>De organisatie geeft uitvoering aan <b>relevante wet- en regelgeving, richtlijnen en verdragen</b>. De organisatie toont tevens aan te voldoen aan de wettelijke <b>kwaliteitseisen</b>.</p>
<b>14</b>	<p>De organisatie toont aan dat zij zichtbaar en bereikbaar is.</p>
<b>15</b>	<p>De organisatie is in staat aan te tonen <b>rechtmatig verleende zorg te leveren</b>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• de inspanning klopt met wat is afgesproken</li> <li>• de declaratie is in overeenstemming met wat de dienstverlener heeft geleverd</li> </ul>
<b>16</b>	<p>De locatie waar de ondersteuning geboden wordt is goed toegankelijk en geschikt voor cliënten.</p>
<b>17</b>	<p>Binnen de organisatie is een methode geïmplementeerd waarmee in kaart wordt gebracht welke <b>veiligheidsrisico's</b> er zijn. Er</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• worden risico's ingeschat en dit vindt op structurele basis plaats (bijvoorbeeld jaarlijks)</li> <li>• worden vastgestelde risico's vastgelegd in een plan</li> <li>• wordt naar aanleiding van de ingeschatte risico's passend actie ondernomen en deze acties zijn concreet (wat/wanneer/hoe) omschreven</li> <li>• vindt er op structurele basis evaluatie en aanpassing plaats</li> </ul>
<b>18</b>	<p>Er wordt binnen de voorziening een methode geïmplementeerd waarmee in kaart wordt gebracht welke <b>gezondheidsrisico's</b> er zijn. Er</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• worden risico's ingeschat en dit vindt op structurele basis plaats (bijvoorbeeld jaarlijks)</li> <li>• worden vastgestelde risico's vastgelegd in een plan</li> <li>• wordt na aanleiding van de ingeschatte risico's passend actie ondernomen en deze acties zijn concreet (wat/wanneer/hoe) omschreven</li> <li>• vindt er op structurele basis evaluatie en aanpassing plaats</li> </ul>
<b>19</b>	<p>De organisatie toont aan <b>financieel gezond</b> te zijn en zorgt voor kennisgeving bij financiële problemen.</p>