



# Toetsingskader 2019

## NMD

### Wmo en Jeugdzorg

## Inhoud

Inleiding .....	3
1. Werkwijze Toetsingskader 2019 NMD Wmo en Jeugdzorg .....	4
2. Het Drents kwaliteitskader .....	5
3. Afwegingskader NMD .....	22
3.1 Wegingsfactor: normering Drents kwaliteitskader .....	22
3.2 Wegingsfactor Vertrouwen.....	24
Bijlage 1 .....	26
Vertrouwen herleiden: wegingsfactor vertrouwen	
Bijlage 2 .....	29
Begrippenlijst wegingsfactor vertrouwen	

## Inleiding

Gemeenten zijn sinds 1 januari 2015 verantwoordelijk voor de uitvoering van de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo) en de uitvoering van de Jeugdwet. De vijf gemeenten in Noord en Midden Drenthe (NMD<sup>1</sup>) hebben met ingang van 1 januari 2017 hulp en ondersteuning in het kader van Wmo en Jeugdwet samen ingekocht. De NMD-gemeenten voeren in gezamenlijkheid het contract- en kwaliteitsmanagement uit.

De kwaliteitsmanagers voeren het toezicht uit voor het waarborgen van de kwaliteit bij de aanbieders in het kader van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en de Jeugdzorg bij de door de gemeenten gecontracteerde aanbieders. Hierbij is het Drents kwaliteitskader leidend.

In 2016 heeft PIONN in samenwerking met de jeugdhulpregio Drenthe het kwaliteitskader 2017 ontwikkeld. Dit kwaliteitskader is door alle 12 Drentse gemeenten omarmd. Het Drents kwaliteitskader is opgenomen in de contracten die zijn afgesloten met de aanbieders.

Het Drents kwaliteitskader is in 2018 geëvalueerd en er is een afwegingskader ontwikkeld, deze vormen samen het Toetsingskader 2019. De werkwijze van het Drentskwaliteitskader 2019 is niet gewijzigd en het kwaliteitskader 2019 kan goed gebruikt worden voor nieuw af te sluiten contracten.

Het Toetsingskader 2019 NMD Wmo en Jeugdzorg bestaat uit:

- Het Drents kwaliteitskader
- Het afwegingskader met de wegingsfactoren 'normering Drents kwaliteitskader' en 'vertrouwen'

---

<sup>1</sup> NMD Gemeenten: Assen, Aa en Hunze, Midden Drenthe, Noordenveld en Tynaarlo.

## 1. Werkwijze Toetsingskader 2019 NMD Wmo en Jeugdzorg

Het Drents kwaliteitskader is een richtinggevende leidraad. Het is geen 'afvinklijstje'. Het kwaliteitskader stimuleert verbetermanagement bij zorgaanbieders en gemeenten (PDCA-cyclus), met het accent op de Check en Act. Het is een verbeterinstrument waarbij zorgaanbieders en gemeenten gezamenlijk blijk geven van risicobewustzijn, door het inzetten van risicoanalyses op de kwaliteitscriteria en bijbehorende operationele eisen uit het kwaliteitskader.

Van de zorgaanbieder wordt verwacht dat het een lerende organisatie is dat reflecteert op beleid en evaluatie, en het beleid bijstelt wanneer nodig. Het toezicht met behulp van het Drents kwaliteitskader en de bijbehorende wegingsfactoren normering en vertrouwen is uitdrukkelijk gericht op kwaliteitsverbetering en niet gericht om het bestaan van procedures te controleren.

Gemeenten integreren het Toetsingskader 2019 NMD Wmo en Jeugdzorg in de contracten voor Wmo en Jeugdwet en in het beleid rondom persoonsgebonden budgetten. Gemeenten geven zelf nadere invulling aan het toetsen van het Drents kwaliteitskader, bijvoorbeeld hoe ze het gesprek over kwaliteitsverbetering met aanbieders aangaan of met welke aanbieders op basis van een risicoanalyse.

## 2. Het Drents kwaliteitskader

Het uitgangspunt van het Drents kwaliteitskader is het leveren van 'verantwoorde hulp'. Onder verantwoorde hulp wordt verstaan dat de hulp en ondersteuning van 'goed' niveau is: hulp die in ieder geval veilig, doeltreffend, doelmatig, cliëntgericht is (en die is afgestemd op de reële behoefte van de cliënt en eventueel andere vormen van hulp en ondersteuning die wordt geboden). Deze beschrijving is een vertaling van de doelen uit de Kwaliteitswet zorginstellingen.

Op basis van het concept verantwoorde hulp is het Drents kwaliteitskader ingericht voor de Jeugdwet en de Wmo. Dit betekent dat de bouwstenen van het Drents kwaliteitskader voor beide wetten bestaan uit de vijf thema's:

1. Veiligheid
2. Doelmatigheid
3. Doeltreffendheid
4. Clientgerichtheid
5. Leefklimaat (bij verblijf)

Per thema is uitgewerkt welke kwaliteitscriteria van toepassing zijn en op welke operationele eisen de zorgaanbieder getoetst wordt.

De kwaliteitscriteria en bijbehorende operationele eisen zijn een samenvatting op basis van de bronnen:

- Toetsingskader Verantwoorde hulp voor jeugd
- Het kwaliteitskader Jeugd in de praktijk
- Inspectie Jeugdzorg risico-indicatoren
- Toetsingskader Wmo (GGD-GHOR Nederland)
- Kwaliteitsstandaard Wmo
- Basisnotitie kwaliteit in de Wmo
- Basis kwaliteitseisen Beschermd Wonen
- Kwaliteitswaarborg Zorgboerderijen
- PGB toetsingskader Drenthe
- Toetsingskader Veilig Thuis
- Toetsingskader Voorkomen Seksueel Grensoverschrijdend Gedrag

De operationele eisen zijn voor alle aanbieders van toepassing, maar wel proportioneel. Voor een kleine zelfstandige zonder personeel betekent een kwaliteitsmanagementsysteem of cliëntparticipatie wat anders dan voor een grote organisatie. Het is belangrijk dat alle aanbieders kunnen uitleggen en aantonen welke inzet zij doen als het gaat om kwaliteitsmanagement en cliëntparticipatie. Per aanbieder kan dus op maat kan worden bepaald welke kwaliteitscriteria en bijbehorende operationele eisen het meest van toepassing zijn voor toetsingsmomenten op kwaliteit van zorg voor die betreffende aanbieder.

In onderstaand figuur is het totaaloverzicht weergegeven van het aantal operationele criteria per thema in het Drents kwaliteitskader. De onderliggende betekenis per kwaliteitscriterium is terug te vinden in het kwaliteitskader. Voor professionele aanbieders (ZIN en PGB) en hulp door naasten (informele zorg/niet professional) kunnen verschillende kwaliteitscriteria getoetst worden binnen een thema. Dit onderscheid per domein is ook opgenomen in het kwaliteitskader.

Veiligheid	Doelmatigheid	Doeltreffendheid	Clientgerichtheid	Leefklimaat	Thema's
18	6	5	13	2	Aantal operationele eisen

Het gehele Drents kwaliteitskader bestaat uit 45 kwaliteitseisen. De onderliggende betekenis per kwaliteitseis, de operationele eisen, wijze van toetsing en voorbeelden / bewijs zijn per thema verder toegelicht.

## Samenvatting kwaliteitscriteria Drents kwaliteitskader sociaal domein 2019

### Veiligheid

Onder veiligheid wordt verstaan:

- De cliënt wordt correct en respectvol bejegend
- De veiligheid van de cliënt en zijn systeem wordt gewaarborgd, zowel fysiek als mentaal
- De aanbieder beperkt veiligheidsrisico's voor de cliënt
- De aanbieder houdt toezicht op de veiligheid van de cliënt
- De aanbieder weet hoe op te treden bij acuut onveilige situaties voor een cliënt
- De privacy van de cliënt is geborgd

### Doelmatigheid

Onder doelmatigheid (het op een efficiënte wijze leveren van hulp/ondersteuning) wordt verstaan:

- De aanbieder werkt systematisch aan kwaliteit en voldoet aan de in de branche vigerende certificaten en kwaliteitskeurmerken
- De aanbieder werkt zoveel mogelijk met bewezen effectieve interventies
- De aanbieder werkt planmatig aan ondersteunings-/begeleidingsdoelen van cliënten
- De aanbieder maakt gebruik van vakbekwame en deskundige medewerkers en heeft een verantwoord personeelsbeleid
- De aanbieder stemt af met andere hulpverleners en betrokkenen in alle leefdomeinen

### Doeltreffendheid

Onder doeltreffendheid (het op een effectieve wijze leveren van hulp/ondersteuning) wordt verstaan:

- De aanbieder werkt resultaat gericht
- De aanbieder heeft aandacht voor veranderingen in de situatie van de cliënt en speelt hier actief op in
- De aanbieder meet en werkt aan cliënttevredenheid
- De aanbieder is gericht op continue kwaliteitsverbetering van de ondersteuning/begeleiding/behandeling

### Clientgerichtheid

Onder cliëntgerichtheid wordt verstaan:

- De cliënt beschikt over keuzevrijheid, medezeggenschap en inspraak
- De cliënt heeft de regie over zijn ondersteuningsbehoefte
- Duidelijkheid voor de cliënt over de reikwijdte van de ondersteuning
- De cliënt heeft, indien aan de orde, duidelijkheid over continuïteit van de ondersteuning
- De aanbieder werkt samen met de cliënt aan (perspectief zoekende en perspectief biedende) doelen
- De aanbieder geeft cliënten de mogelijkheid om voor hun individuele belangen op te komen
- De aanbieder draagt zorg voor de behartiging van gemeenschappelijke belangen van cliënten
- De aanbieder waarborgt de privacy van cliënten
- De aanbieder beschikt over een klachtenprocedure
- Cliënten hebben en kennen de mogelijkheid om klachten te uiten

### Leefklimaat

Onder leefklimaat wordt de ruimte of leefomgeving bij een aanbieder (dus het gaat meestal om dagbesteding of verblijf), waar de cliënt ondersteuning ontvangt:

- De aanbieder beschikt over een fysieke leefomgeving die van goede kwaliteit is
- De aanbieder zorgt voor een passend leefklimaat voor de cliënten

Veiligheid			
<b>Veiligheid</b>			
<b>Operationele Eisen</b>	<b>Wijze van toetsen</b>	<b>ZIN en PGB prof.</b>	<b>PGB naaste</b>
1. De aanbieder heeft de Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling geïmplementeerd en deze wordt gebruikt door de organisatie	Gesprekken met de organisatie. Keurmerkcertificering indien aanwezig beleid/scholingsplan; Website/internet	✓	✓  (behalve gezaghebbende ouder)
<b>Bewijs/voorbeelden</b>	- Protocol aanwezig voor hanteren van de meldcode en er is een scholingsplan voor (nieuwe) medewerkers aanwezig.		
2. De aanbieder biedt een veilige ondersteunings- of behandelomgeving passend bij en in overleg met de cliënt.	Inspectierapporten, Managementreview, Kwaliteitsjaarverslag, Incidentenrapportage, Themagerichte audits	✓	✓  (behalve gezaghebbende ouder)
<b>Bewijs/voorbeelden</b>	- Zorgplan, werkplan, cliëntbespreking waarin aantoonbaar kan worden gemaakt dat cliënt betrokken is bij het ondersteuningsplan, participatie en veiligheid zijn onderdeel van het gesprek.		
3. De aanbieder gebruikt een veiligheidsmanagementsysteem om continue risico's te signaleren, verbeteringen door te voeren en beleid vast te leggen.	Gesprek met de organisatie , keurmerk indien van toepassing; Inspectierapporten, Managementreview, Kwaliteitsjaarverslag, Incidentenrapportage	✓	-
<b>Bewijs/voorbeelden</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Er is een werkwijze (protocol/beleid) met daarin inzicht in risicovolle processen, aandacht voor cultuur, Veilig Incidenten Melden(VIM), blijvend verbeteren van cliëntveiligheid, het betrekken van cliënten bij veiligheidsbeleid en –strategie.</li> <li>- Veiligheidsmanagementsysteem (VMS): Met een VMS kunnen organisaties continu risico's signaleren, verbeteringen doorvoeren en beleid vastleggen, evalueren en aanpassen. Een VMS bestaat uit 6 basiselementen: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Beleid: het formuleren van een veiligheidsbeleid en strategie</li> <li>• Cultuur: het creëren van een veilige cultuur</li> <li>• PRI (prospectieve risicoanalyse): inzichten in risicovolle processen</li> <li>• VIM: het veilig incidenten melden</li> <li>• Continu verbeteren: het blijvend verbeteren van de (patiënt-/cliënt)veiligheid</li> <li>• Patiënten-/cliëntenparticipatie: het betrekken van patiënten en cliënten bij veiligheidsbeleid en -strategie</li> </ul> </li> </ul> <p>bron: <a href="http://www.veiligezorgederszorg.nl/">http://www.veiligezorgederszorg.nl/</a> (op deze website zijn ook de speerpunten op het gebied van veiligheid in de GGZ te vinden).</p>		



Veiligheid						
4. De zorgaanbieder maakt gebruik van een meldingsstelsysteem, waarin incidenten en afwijkingen worden geregistreerd en opgevolgd.		Inspectierapporten, Managementreview, Kwaliteitsjaarverslag, Incidentenrapportage, Themagerichte audits	✓	✓	(behalve gezaghebbende ouder)	
<b>Bewijs/ voorbeelden</b>						
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Registratie, opvolging, evaluatie van incidenten en afwijkingen van geboden zorg, begeleiding of hulp; taak verantwoording bij personeel belegd.</li> <li>- Registreert incidenten/calamiteiten in cliëntdossier.</li> </ul>						
5. De zorgaanbieder meldt calamiteiten en (gewelds)incidenten en volgt deze op.		Inspectierapporten, Managementreview, Kwaliteitsjaarverslag, Incidentenrapportage	✓	✓		
<b>Bewijs/ voorbeelden</b>						
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Incidentenmeldingsstelsysteem aanwezig: taak verantwoording bij personeel belegd.</li> <li>- Interne procedure.</li> <li>- De meldplicht Wmo en IGJ.</li> </ul>						
6. De zorgaanbieder bespreekt veiligheid systematisch met cliënten, hun verwanten en collega's met relevante kennis, ervaring en betrokkenheid.		Inspectierapporten, Managementreview, Kwaliteitsjaarverslag, Incidentenrapportage	✓	✓		
<b>Bewijs/ voorbeelden</b>						
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Notulen teamvergaderingen, gespreksverslagen van planbesprekingen, evaluaties.</li> </ul>						
7. De aanbieder houdt bij in te zetten hulp rekening met veiligheidsrisico's aan de hand van een gestandaardiseerd risicotaxatie-instrument.		Inspectierapporten, Managementreview, Kwaliteitsjaarverslag, Incidentenrapportage	✓			
<b>Bewijs/ voorbeelden</b>						
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gebruik van risicotaxatie-instrumenten over veiligheid, seksueel grensoverschrijdend gedrag, medicatie, etc.</li> <li>- Risicotaxatie door degene die daartoe bevoegd is bijvoorbeeld bij jeugd een gedragswetenschapper vindt op structurele basis plaats (bijvoorbeeld jaarlijks).</li> <li>- Vindt er op structurele basis evaluatie en aanpassing plaats.</li> <li>- Worden vastgestelde risico's vastgelegd in een plan (ook als er geen risico is).</li> <li>- Wordt na aanleiding van de ingeschatte risico's passend actie ondernomen en deze acties zijn concreet (wat/wanneer/hoe) omschreven.</li> <li>- Toont dat risico-inventarisatie is vastgelegd.</li> </ul>						

Veiligheid						
8. De aanbieder heeft een plan hoe direct te handelen bij acute onveiligheid. Dit plan is multidisciplinair opgesteld. Medewerkers zijn toegerust om met de acuut onveilige situaties om te gaan.	Inspectierapporten, Managementreview, Kwaliteitsjaarverslag, Incidentenrapportage	✓	✓	(behalve gezaghebbende ouder)		
<b>Bewijs/ voorbeelden</b>						
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Werkwijze en geanonimiseerde verslagen MIDO teams, incidenten en calamiteitenrapportages en opvolging.</li> <li>- BHV(brandveiligheid / ontruimingsoefeningen).</li> <li>- Signalerings- / crisisplannen.</li> </ul>						
9. Voor alle hulp, begeleiding of behandeling is duidelijk wie bevoegd en bekwaam is om wat uit te mogen voeren.	Dit onderwerp leent zich voor een themagerichte audit , welke bijvoorbeeld kan worden ingezet na een incident of (diverse) signalen vanuit cliënten/omgeving Inspectierapporten, Managementreview, Kwaliteitsjaarverslag, Incidentenrapportage	✓	✓	(behalve gezaghebbende ouder)		
<b>Bewijs/ voorbeelden</b>						
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Functieomschrijvingen, rollen benoemd , functioneringsgesprekken, evaluaties, overzichten van taken en verantwoordelijkheden.</li> <li>- BIG of andere beroepsregistraties.</li> <li>- De aanbieder maakt op een passende manier gebruik van vrijwilligers en ervaringsdeskundigen.</li> <li>- Inzet van niet professionele werkers vindt plaats onder de verantwoordelijkheid van een professionele medewerker.</li> <li>- De niet professionele inzet dient altijd in redelijke verhouding te zijn met de professionele inzet.</li> </ul>						
10. De hulpverleners beschikken over een actuele en passende VOG	Verplicht JZ/WMO -> advies verplicht voor een ieder die met kwetsbare personen/ kinderen werkt, ook als vrijwilliger	✓	✓	(behalve gezaghebbende ouder)		
<b>Bewijs/ voorbeelden</b>						
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aanwezigheid van een verklaring omtrent gedrag.</li> <li>- Opgenomen in beleid aanbieder.</li> <li>- De aanbieder heeft van alle professionals, vrijwilligers, stagiaires en ervaringsdeskundigen die worden ingezet door de organisatie en werken met de cliënten een passende Verklaring omtrent gedrag (VOG). Zorgaanbieder hanteert een VOG beleid.</li> </ul>						

Veiligheid					
11. Aanbieder maakt met cliënt afspraken over het eventueel gebruik apparaten (bijvoorbeeld gereedschap, huishoudelijke apparaten, landbouw apparatuur) aan de hand van risicotaxaties en legt deze vast.	Inspectierapporten, Managementreview, Kwaliteitsjaarslag, Incidentenrapportage	✓	-		
<b>Bewijs/ voorbeelden</b>					
- Afspraken vastgelegd in ondersteuningsplan en bekend bij cliënten en medewerkers.					
12. Met cliënt gemaakte afspraken en de wijze van communiceren erover zijn duidelijk en vastgelegd (hoe weet een cliënt wat de afspraken zijn?).	Inspectierapporten, Managementreview, Kwaliteitsjaarslag, Incidentenrapportage	✓	-		
<b>Bewijs/ voorbeelden</b>					
- Beleidsplan instelling/ aanbieder.					
13. De aanbieder heeft een klachtenprocedure en de registratie hiervan ingeregeld en heeft een onafhankelijke klachtencommissie ingericht.	Inspectierapporten, Managementreview, Kwaliteitsjaarslag, Incidentenrapportage	✓	-		
<b>Bewijs/ voorbeelden</b>					
- Registratie en opvolging van klachten.					
14. Aanbieder is op de hoogte van en voldoet aan alle op de dienstverlening van toepassing zijnde landelijke kwaliteitsstandaarden (zoals meldplicht datalekken, kwaliteitskader voorkomen seksueel misbruik, kwaliteitskader slachtoffer loverboys etc.).	Inspectierapporten, Managementreview, Kwaliteitsjaarslag, Incidentenrapportage	✓	-		
<b>Bewijs/ voorbeelden</b>					
- Intervisieverslagen, beleidsplan.					
15. Aanbieder beschikt over een vastgelegd privacy beleid	Inspectierapporten, Managementreview, Kwaliteitsjaarslag, Incidentenrapportage	✓	-		
<b>Bewijs/ voorbeelden</b>					
- Beleidsplan, privacy protocol.					

Veiligheid					
16. Aanbieder maakt gebruik van de Drentse Verwijsindex.		Gesprek aanbieder, kwaliteitsjaarverslag	✓		
<b>Bewijs/ voorbeelden</b>					
- Beleidsplan, werkinstructie.					
Indien van toepassing:					
17. Afspraken over en de wijze van vervoer naar en van de locatie zijn vastgelegd en duidelijk voor hulpverleners en cliënten, rekening houdend met beperkingen van de cliënt en bijbehorende risico's.		Inspectierapporten, Managementreview, Kwaliteitsjaarverslag, Incidentenrapportage	✓	-	
<b>Bewijs/ voorbeelden</b>					
- Alleen aan de orde bij dagbesteding, begeleiding en verblijf. Voor behandeling in het kader van de JW is dit onderwerp niet aan de orde.					
- Beleid op veilig en verantwoord vervoer.					
18. Het is duidelijk wie verantwoordelijk is voor het toedienen van medicijnen en hoe de uitgifte ervan geregeld is.		Inspectierapporten, Managementreview, Kwaliteitsjaarverslag, Incidentenrapportage	✓	-	
<b>Bewijs/ voorbeelden</b>					
- Medicatiefouten dienen onderdeel te zijn van incidentenmeldingssysteem					
- Let op bevoegd en bekwaam. Niet bekwaam is niet bevoegd.					
- Medicatieproces is vastgelegd in medicatiebeleid / protocol.					

Doelmatigheid			
Doelmatigheid			
Doelmatigheid			
Operationele eisen	Wijze van toetsen	ZIN en PGB prof.	PGB naaste
<p>1. De aanbieder beschikt over en maakt gebruik van een kwaliteitsmanagementsysteem, bijvoorbeeld ISO, HKZ, Kwaliteitswaarborg Zorgboerderijen of Keurmerk ZZP-ers Thuiszorg.</p> <p><b>Bewijs/ voorbeelden</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ISO/ HKZ certificaat, kwaliteitswaarborg zorgboerderijen.</li> <li>- Óf een eigen kwaliteitsmanagementsysteem door een externe onafhankelijke partij getoetst.</li> </ul> <p>Toelichting: een kwaliteitskeurmerk of certificering is een mogelijkheid waarmee, indien ook onderdeel van de bedrijfsvoering, het kwaliteitsmanagement vorm gegeven wordt. De gemeenten stellen een keurmerk of certificaat niet verplicht, maar eisen in dat geval dat de aanbieder een eigen deugdelijk en geïmplementeerd kwaliteitssysteem hanteert en dat kan aantonen.</p>	Managementreview, Certificering	✓	-
<p>2. De aanbieder werkt zoveel mogelijk met bewezen effectieve interventies. De interventies zijn op organisatieniveau beschreven en onderbouwd. De aanbieder kan innovatieve interventies toepassen.</p> <p><b>Bewijs/ voorbeelden</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Beschrijvingen van interventies, interne monitoring van de effecten van zorg, (bijvoorbeeld gebruik van effectladder van de NJI).</li> <li>- Passende en effectieve ondersteuning; De organisatie toont aan of en op welke wijze zij werkt met bewezen effectieve interventies (de beste zorg volgens de laatste (wetenschappelijke) onderzoeken.) Waarbij er ruimte is voor professionele autonomie en innovatie van de ondersteuning.</li> </ul>	Kwaliteitsjaarsverslag, Themagerichte audits	✓	-
<p>3. De aanbieder heeft doelen op het gebied van zelfredzaamheid/meedoen, mentaal gezond zijn en/of gezond opgroeien opgenomen in het ondersteuningsplan.</p> <p><b>Bewijs/ voorbeelden</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ondersteuningsplan/ zorgplan, afspraken vanuit resultatenmatrix inkoop.</li> <li>- De aanbieder draagt er zorg voor dat sub resultaten op de domeinen Veiligheid, Zelfredzaam, Meedoen en Gezond zijn beschreven in een ondersteuningsplan.</li> </ul>	Themagerichte audits	✓	-

Doelmatigheid					
4. De aanbieder werkt met een passend ondersteuningsplan en stemt actief af met andere hulpverleners (één-gezin-één-plan-één-regisseur) en betrokkenen binnen alle leefdomeneinen.	Inspectierapporten, Managementreview, Kwaliteitsjaarverslag, Themagerichte audit	✓	✓	✓	
<b>Bewijs/ voorbeelden</b>					
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aanwezigheid en uitvoering ondersteuningsplan/ zorgplan en/of aanwezigheid beleid en uitvoering rondom gebruik Drentse Verwijsindex.</li> <li>- Toont op welke wijze de zorg coördinatie is geregeld (eerstverantwoordelijke, pb-er).</li> </ul>					
5. De aanbieder heeft per dienstverlening/behandeling/ ondersteuning de benodigde deskundigheid vastgesteld. De aanbieder werkt met de voor de branche vigerende richtlijnen.	Managementreview, Kwaliteitsjaarverslag	✓		-	
<b>Bewijs/ voorbeelden</b>					
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Taken en verantwoordelijkheden beschreven, dienstrooster, uitvoering behandelplannen.</li> <li>- De aanbieder maakt gebruik van vakbekwame medewerkers. Medewerkers zijn passend opgeleid en actueel bijgeschoold.</li> <li>- Beroepskrachten zijn in het bezit van een voor de werkzaamheden passende beroepskwalificatie.</li> <li>- De niet professionele inzet dient altijd in redelijke verhouding te zijn met de professionele inzet.</li> </ul>					
6. De aanbieder doet aan deskundigheidsbevordering van de medewerkers en zorgt voor een goede werksfeer, aanwezigheid ziekteverzuimbeleid en ontwikkelgesprekken. De aanbieder hanteert verantwoorde werктоedeling (Jeugdhulp: conform het landelijke kwaliteitskader jeugd in de praktijk: de norm verantwoorde werктоedeling. Bij PGB financiering betekent dit onder andere een SKJ registratie van de jeugdhulpaanbieder).	Inspectierapporten, Managementreview, Kwaliteitsjaarverslag	✓		-	
<b>Bewijs/ voorbeelden</b>					
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Personeelsplan, evaluaties, verslagen.</li> </ul>					

Doeltreffendheid					
------------------	--	--	--	--	--

Doeltreffendheid	Wijze van toetsen	ZIN en PGB prof.	PGB naaste
<b>Operationele eisen</b>			
1. De aanbieder werkt gericht aan het behalen van de afgesproken resultaten uit en volgens het ondersteuningsplan.	Themagerichte audits, Kwaliteitsjaarverslag, Factlabs	✓	✓
<b>Bewijs/ voorbeelden</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aanwezigheid van ondersteuningsplan, gespreksverslagen met cliënt, resultaten op planmatige beëindiging, uitval, doelrealisatie.</li> <li>- Indien er sprake is van vroegtijdige uitval toont aanbieder aan dat deze wordt geanalyseerd.</li> </ul>		
2. Aanbieder evalueert periodiek afspraken cliënt en hulpverlener, en tussen beroepskrachten onderling. De gemaakte afspraken worden regelmatig besproken met cliënt, zo nodig bijgesteld en vastgelegd.	Themagerichte audits	✓	✓
<b>Bewijs/ voorbeelden</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ondersteuningsplan, gespreksverslagen.</li> <li>- Aanbieder toont aan op welke wijze hij invulling geeft aan het gedachtegoed van de Wmo van instroom, doorstroom en uitstroom.</li> <li>- en op- en afschalen tussen verschillende interventie niveaus.</li> </ul>		
3. De aanbieder meet cliënttevredenheid en werkt aan verbetering van de cliënttevredenheid en kwaliteit van ondersteuning.	Kwaliteitsjaarverslag, Cliëntervaringsonderzoek, Themagerichte audits	✓	-
<b>Bewijs/ voorbeelden</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitoren van cliënttevredenheid met Exit-vragenlijst (JZ), Jeugdthermometer (GGZ), TTT (jeugdhulp).</li> <li>- Bespreken cliënttevredenheid met cliëntenraad.</li> <li>- Zie ook cliëntgerichtheid nummer 4.</li> </ul>		

**Doeltreffendheid**

<p>4. De aanbieder werkt structureel en op verschillende niveaus (cliënt-, team- en organisatieniveau) aan kwaliteitsverbetering (PDCA-cyclus).</p>		<p>Managementreview, Kwaliteitsjaarverslag</p>	<p>✓</p>	<p>-</p>
<p><b>Bewijs/ voorbeelden</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ondersteuningsplannen, interne audits, jaarwerkplannen</li> </ul> <p>De organisatie toont aan dat de organisatie 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, waarbij in ieder geval ingegaan wordt 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>• Evalueren en verbeteren van ketensamenwerking</li> </ul> <p>NB. De keten van zorg en ondersteuning bestaat naast professionele organisaties en hulpverleners ook uit het informele netwerk van de cliënt. Bij een integrale aanpak speelt het netwerk van de cliënt een belangrijke rol!</p>				
<p>5. De aanbieder werkt conform de resultaatafspraken uit het contract en legt hier verantwoording over af.</p>		<p>Verantwoording resultaatafspraken;</p>	<p>✓ (niet van toepassing op PGB's)</p>	<p>-</p>
<p><b>Bewijs/ voorbeelden</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Beleidsplan, verantwoordingsprotocol.</li> </ul>				



Clientgerichtheid						
Operationele eisen		Wijze van toetsen	ZIN en PGB prof.	PGB naaste		
1. De aanbieder stelt samen met de cliënt het ondersteuningsplan op waarin in ieder geval de vraag, behoefte, wensen en doelen van de cliënt zijn vastgelegd. De aanbieder betreft daarbij ook de naasten.		Managementreview, Themagericht audit	✓	✓		
<b>Bewijs/ voorbeelden</b>						
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aanwezigheid van afspraken met cliënt en naasten in ondersteuningsplan.</li> <li>- Planningsoverzicht van besprekingen over en met de cliënt (bewonersbespreking).</li> </ul>						
2. De aanbieder stelt met de cliënt een contract of samenwerkingsovereenkomst op waarin inhoud en tijdsbesteding en de afspraken over de momenten van de dag waarop ondersteuning wordt uitgevoerd, zijn vastgelegd. Een contract of samenwerkingsovereenkomst is altijd ondertekend en het document is niet ouder dan één jaar.		Themagerichte audit	✓	-		
<b>Bewijs/ voorbeelden</b>						
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Afspraken over reikwijdte hulp zijn zichtbaar in ondersteuningsplan. De afspraken worden ieder jaar geëvalueerd en opnieuw vastgesteld.</li> </ul>						
3. De aanbieder kan een beroep doen op een professionele instantie / vangnet bij eventuele beëindiging van ondersteuning de cliënt, waarbij risico's voor de cliënt ontstaan als er geen vervolg komt op de ondersteuning.		Inspectierapporten, Managementreview, Kwaliteitsjaarslag , Themagerichte audit	✓	-		
<b>Bewijs/ voorbeelden</b>						
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Netwerk afspraken, samenwerkingsverbanden.</li> <li>- (onafhankelijke) cliëntondersteuning.</li> <li>- Er is een procedure bij eenzijdige beëindiging van de zorg.</li> </ul>						

4. De aanbieder evalueert met de cliënt de ondersteuningsdoelen, waarbij expliciet wordt gevraagd naar verbeterpunten en cliënttevredenheid. Het is voor cliënten duidelijk wanneer deze evaluatie plaats vinden en hoe verbeterpunten worden opgepakt.	Themagerichte audit	✓	✓	
<b>Bewijs/ voorbeelden</b> - Ontwikkelingsplan.				
5. De aanbieder heeft visie op en een methode voor het meten en evalueren van cliënttevredenheid.		✓	-	
<b>Bewijs/ voorbeelden</b> - Cliënttevredenheidsonderzoek.				
6. De aanbieder beschikt over beleid op en visie over belangen van kinderen en ouders / verwanten.	Themagerichte audit	✓	-	
<b>Bewijs/ voorbeelden</b> - Aanwezigheid vertrouwenspersoon.				
7. De aanbieder beschikt over een representatieve cliëntenraad, faciliteert deze raad zodat ze kan functioneren en gebruikt aanbevelingen en adviezen om beleid en uitvoering te verbeteren; of geeft op een andere manier vorm aan cliëntparticipatie (medezeggenschap en inspraak).	Inspectierapporten, Managementreview, Kwaliteitsjaarslag	✓	-	
<b>Bewijs/ voorbeelden</b> - De aanbieder brengt haar cliënten actief op de hoogte van de wijze waarop medezeggenschap geregeld is. - De organisatie gebruikt aanbevelingen en adviezen van de cliëntenraad om beleid en uitvoering te verbeteren.				

8. De aanbieder heeft afspraken en beleid over privacy vastgelegd en leeft ze na.	Inspectierapporten, Managementreview, Kwaliteitsjaarslag, Website	✓	✓	
<b>Bewijs/ voorbeelden</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Beschrijvingen over: Wie mag het ondersteuningsplan van de cliënt lezen/schrijven.</li> <li>- Waarin is het beleid beschreven, Hoe toegankelijk is het beleid (bv op de website).</li> </ul>				
9. De aanbieder beschikt over een klachtenprocedure en een onafhankelijke klachtencommissie.	Inspectierapporten, Managementreview, Kwaliteitsjaarslag, Incidentenrapportage	✓	-	
<b>Bewijs/ voorbeelden</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Registratie en opvolging van klachten.</li> <li>- Aanwezigheid cliëntvertrouwenspersoon.</li> </ul>				
10. De aanbieder zorgt ervoor dat cliënten de klachtenprocedure kennen en in staat zijn hun klachten te uiten.	Themagerichte audit	✓	-	
<b>Bewijs/ voorbeelden</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Afspraken over het indienen van klachten zijn zichtbaar in ondersteuningsplan.</li> <li>- De afspraken worden ieder jaar geëvalueerd en opnieuw vastgesteld.</li> </ul>				
11. De aanbieder kan aantonen dat cliënten voorafgaand aan de uitvoering van het ondersteuningsplan geïnformeerd worden over algemene zaken, klachtenregeling, vertrouwenspersoon en cliëntenraad		✓	✓	
<b>Bewijs/ voorbeelden</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Is er een informatiemap / brief.</li> <li>- Info op website beschikbaar.</li> </ul>				

<p>12. De aanbieder kan aantonen dat de cliënt beschikt over keuzevrijheid, medezeggenschap en inspraak</p>	<p><b>Bewijs/ voorbeelden</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- vrijheidsbeperking (bijv. in beheer nemen van weekgeld, sigaretten, deurverklikers, camera's inperking bezoek, gebruik internet/telefoon, huisreglement).</li> <li>- Let op de Wet zorg en dwang en de nieuwe wet verplichte GGZ (miv 1 jan 2020).</li> </ul>	<p>✓</p>	<p>✓</p>	<p>✓</p>
<p>13. Het aanbod passend bij de problematiek. Doelgroep beschrijving en aannamebeleid is omschreven.</p>	<p><b>Bewijs/ voorbeelden</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Specifiek doelgroepen vragen specifiek aanbod en deskundigheid.</li> <li>- Is doelgroep en uitsluitingscriteria geformuleerd.</li> <li>- Aanmeld- en intakeprocedure.</li> </ul>	<p>✓</p>	<p>✓</p>	<p>✓</p>

Leefklimaat						
Operationele eisen		Wijze van toetsen	ZIN en PGB prof.	PGB naaste		
1. De aanbieder biedt een schone, veilige en passende fysieke leefomgeving aan cliënten.		Cliëntervaringsonderzoek, Themagerichte audit, Inspectierapporten, Incidentenrapportage	✓	✓ (behalve gezaghebbende ouder)		
<b>Bewijs/ voorbeelden</b>						
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cliënten zijn betrokken bij de inrichting van de leefomgeving, hygiënevoorschriften zijn vastgelegd en bekend bij cliënten.</li> <li>- Cliënten zijn tevreden over de leefomgeving.</li> </ul>						
2. De aanbieder zorgt voor een leefklimaat dat geschikt, passend en veilig is voor de leeftijd en de ondersteuningsbehoefte van de cliënt.		Cliëntervaringsonderzoek, Themagerichte audit, Inspectierapporten, Incidentenrapportage	✓	✓ (behalve gezaghebbende ouder)		
<b>Bewijs/ voorbeelden</b>						
<ul style="list-style-type: none"> <li>- De aangeboden activiteiten zijn passend voor de ondersteuningsbehoefte van cliënten.</li> <li>- De dagelijkse routine en regels zijn vastgelegd en bekend bij cliënten.</li> <li>- Cliënten voelen zich veilig in de groep.</li> <li>- Aanbod passend bij problematiek van cliënt.</li> <li>- Gevoel van veiligheid /bescherming, groep samenstelling, afwezigheid van geweld/intimidatie, ontwikkelingsgericht, structuur, continuïteit, leefregels, onderlinge interactie /sfeer, bejegening.</li> </ul>						

### 3. Afwegingskader NMD <sup>2</sup>

Om de juiste maatregel te bepalen hanteren de NMD gemeenten de volgende wegingsfactoren:

De ernst van de situatie.

- Ernst van het risico c.q. type schade.
- De omvang van de groep mensen waarop het risico van toepassing is of kan zijn.
- Het aantal kwaliteitseisen (procentueel) waaraan een aanbieder niet voldoet.

De kans op herhaling van de gebeurtenis of niet verbeteren van de situatie.

- De structuur/organisatie van de hulpverlening gericht op kwaliteit en veiligheid.
- De houding van de zorgaanbieder (wegingsfactor vertrouwen).
- Of er sprake is van recidive bij de desbetreffende aanbieder.

De wegingsfactoren 'normering Drents Kwaliteitskader' en 'vertrouwen' worden in onderstaande paragrafen verder toegelicht.

#### 3.1 Wegingsfactor: normering Drents kwaliteitskader

Als uitgangspunt geldt dat alle kwaliteitseisen - die opgenomen zijn in het Drents kwaliteitskader - voldoende dienen te zijn. Omdat het voorstelbaar is dat een aanbieder bij een eerste toetsing niet aan alle kwaliteitseisen voldoet, houden de kwaliteitsmanagers daar rekening mee bij het in te zetten vervolgtraject. De wegingsfactoren normering bepalen het vervolg, waarbij het herleidbaar en transparant is hoe het besluit tot het vervolgtraject tot stand is gekomen.

Als beslisregel voor het vervolgtraject hanteren de kwaliteitsmanagers dat als meer dan 75 % van de getoetste kwaliteitseisen voldoende zijn, zij vertrouwen hebben dat de aanbieder alle verbetermaatregelen zonder hertoets op orde brengt en vindt de monitoring vanuit contractmanagement plaats.

Als 75 % - 65 % van de getoetste kwaliteitseisen voldoende zijn moet de aanbieder een verbeterplan op stellen. Als minder dan 65 % van de getoetste kwaliteitseisen voldoende zijn overwegen de kwaliteitsmanagers voor het vervolgtraject of een zwaardere maatregel nodig is.

Ook als minder dan 65 % van één van **de vijf thema's**; Veiligheid (< 65 % = SCORE 11,5), Doelmatigheid (< 65 % = SCORE 4), Doeltreffendheid (< 65 % = SCORE 3,25), Cliëntgerichtheid (< 65 % = SCORE 8,5) en Leefklimaat (< 65 % = SCORE 1,25) onvoldoende zijn kan dit aanleiding zijn tot een maatregel.

---

<sup>2</sup> Het afwegingskader NMD is opgesteld naar voorbeeld van het afwegingskader van de gemeente Amersfoort, het afwegingskader Gezond vertrouwen (IGJ) en het toetsingskader Inspectie Jeugd (VHJ; Verantwoorde hulp voor Jeugd - nieuwe toetreders).

Beslisregel: Drents kwaliteitskader met totaal 45 kwaliteitseisen		
Goed: 100 - 75 %	Voldoende: 75 - 65 %	Onvoldoende: < 65 %
34 tot 45 van de 45 kwaliteitseisen zijn voldoende.	29 tot 34 van de 45 kwaliteitseisen zijn voldoende.	Minder dan 29 van de 45 kwaliteitseisen zijn voldoende.
<i>De kwaliteitsmanagers hebben vertrouwen dat de aanbieder verbetermaatregelen doorvoert. Monitoring vanuit contractmanagers.</i>	<i>Opstellen verbeterplan door zorgaanbieder.  De kwaliteitsmanagers beoordelen het verbeterplan van de aanbieder en voeren een hertoets uit.</i>	<i>De kwaliteitsmanagers overwegen een zwaardere maatregel.</i>
100 % = totaal 45 kwaliteitseisen (het totaal kan in absolute getallen afwijken)		

Iedere kwaliteitseis wordt beoordeeld aan de hand van onderstaande scores:

Voldoet	Voldoet grotendeels	Voldoet grotendeels niet	Voldoet niet
100 - 75 %	75 - 65 %	65 - 45 %	45 - 0 %
1	0,75	0,25	0

De kwaliteitsmanager kunnen gegeven de omstandigheden gemotiveerd afwijken van bovenstaande beslisregel, te denken valt aan situaties: de mate van vertrouwen in een aanbieder, de aard en ernst van de overtredingen en de samenhang tussen de tekortkomingen. Hiervoor dient het hier opvolgende wegingsfactor vertrouwen. De wegingsfactor vertrouwen is een hulpmiddel bij de analysefase om tot een oordeel te komen over welke vervolgstappen er nodig zijn en welke verbeteringen haalbaar zijn.

### 3.2 Wegingsfactor Vertrouwen

De kwaliteitsmanagers gaan in het toezicht op kwaliteit uit van vertrouwen. Om vervolgens een afweging te kunnen maken of de kwaliteitsmanagers vertrouwen hebben dat het gedrag van de zorgaanbieder of het bedrijf bijdraagt om de best mogelijke zorg te verlenen. Er zijn situaties waarin de geconstateerde tekortkomingen hersteld moeten worden. De interventie is dan afhankelijk van zowel de ernst van de tekortkomingen als het vertrouwen dat de kwaliteitsmanagers hebben dat de zorgaanbieder in staat is om (weer) goede zorg te verlenen. Het vertrouwen is dan gebaseerd op het gedrag van de zorgaanbieder zoals het lerend vermogen en de context. Het afwegingskader vertrouwen kan hierbij worden gebruikt.

Vertrouwen als uitgangspunt betekent niet dat de kwaliteitsmanagers geen inspanningen hoeven te leveren. Integendeel, vertrouwen krijgen betekent hard werken om kennis te verwerven over het proces en over de organisatie (mensen) waar een kwaliteitscontrole plaatsvindt, die onder toezicht staat (verbetertraject) of waar een cliëntenstop of zelfs contractontbinding volgt. De kwaliteitsmanagers werken daarom ook aan de relationele kant en de wederkerigheid van vertrouwen.

Vertrouwen in dit afwegingskader is gericht op het gedrag. Dit afwegingskader is een hulpmiddel bij de analysefase om tot een oordeel te komen over welke vervolgstappen er nodig zijn en welke verbeteringen haalbaar zijn. Met dit afwegingskader kan aan de hand van concrete gedragingen expliciet gemaakt worden waarom het vertrouwen is geschaad, is hersteld of wordt versterkt.

#### Doelstellingen wegingsfactoren vertrouwen

1. De wegingsfactoren vertrouwen helpen bij het op een gestructureerde wijze expliciet maken van de factoren waar vertrouwen van de kwaliteitsmanagers in de zorgaanbieder op berust. Het is bedoeld om de kwaliteitsmanagers inzicht, structuur en handvatten te geven bij het gebruik van het begrip vertrouwen.
2. De wegingsfactoren vertrouwen helpen bij het op een eenduidige wijze communiceren met de zorgaanbieder wanneer het begrip vertrouwen een rol speelt bij een oordeel en het advies richting het college van burgemeester en wethouders.
3. De wegingsfactoren vertrouwen helpen intern en extern (collega's, zorgaanbieder, maatschappij) bij het afleggen van verantwoording wanneer het begrip vertrouwen een rol speelt bij een oordeel en het vervolgadvis.

De wegingsfactoren vertrouwen zijn een hulpmiddel, ze vormen expliciet geen afvinklijst. Het is een aandachtspuntenlijst die helpt bij het maken van een afweging of er vertrouwen is dat het gedrag van de zorgaanbieder bijdraagt aan een goede zorgverlening of de ontwikkeling hiervan.

De kwaliteitsmanagers toetsen als eerste de kwaliteit van de zorgaanbieder op grond van het *Drents Kwaliteitskader* (DKK) naast de naleving van *wet- en regelgeving voortvloeiende uit de Wmo en de Jeugdwet*. Daarnaast nemen de kwaliteitsmanagers ook de *context* mee uit het verleden en het heden: zijn er bijvoorbeeld verklarende factoren waarom (momenteel) niet wordt voldaan aan bepaalde richtlijnen. En als laatste maken de kwaliteitsmanagers de afweging of er *vertrouwen is* in het gedrag van de aanbieder en of dit bijdraagt aan het verlenen van goede zorg in het licht van de eerder genoemde feiten.



De volgende vijf gedragingen bevatten verschillende elementen waarmee de kwaliteitsmanager het vertrouwen in een zorgaanbieder kunnen herleiden en inzichtelijk maken:

1. Integer handelen
2. Lerend vermogen tonen
3. Verantwoording afleggen
4. Toetsbaar opstellen
5. Open en transparant opstellen

Bovenstaande gedragingen en de begrippenlijst zijn verder beschreven in de bijlage.

## Bijlage 1

### Vertrouwen herleiden: wegingsfactor vertrouwen

De volgende vijf gedragingen bevatten verschillende elementen waarmee de kwaliteitsmanagers het vertrouwen in een zorgaanbieder kunnen herleiden en inzichtelijk maken:

1. Integer handelen
2. Lerend vermogen tonen
3. Verantwoording afleggen
4. Toetsbaar opstellen
5. Open en transparant opstellen

#### Integer handelen

De zorgaanbieder handelt in het belang van de organisatie of de samenleving volgens de gangbare normen en waarden.

De zorgaanbieder:

- is eerlijk en vertelt geen onwaarheden;
- houdt zich aan zijn woord/toezeggingen;
- handelt respectvol (er is bijv. aandacht voor de betrokken medewerkers bij calamiteitenrapportages);
- houdt geen informatie achter;
- toont consistent gedrag;
- houdt zich aan wet- en regelgeving;
- respecteert vertrouwelijkheid;
- houdt zich aan gedragsregels van de beroepsgroep/branche;
- maakt geen misbruik van bevoegdheden of positie;
- handelt niet frauduleus;
- vermijdt ongepaste relaties: er is bijv. aandacht voor het voorkomen van belangenverstremming bij de Raad van Bestuur;
- laat zich leiden door het belang van de doelgroep waarvoor hij functioneert;
- heeft voldoende oog voor maatschappelijke belangen;
- besluit op basis van een integrale afweging van belangen van goede zorg, interne betrokkenen en het publieke belang.

## Lerend vermogen

De zorgaanbieder laat zien in staat te zijn om te leren van ervaringen en het geleerde toe te passen in nieuwe situaties en neemt hiertoe bewuste stappen.

De zorgaanbieder:

- schept een klimaat waarin continu leren vanzelfsprekend is, bijvoorbeeld door het bieden van faciliteiten om kennis en ervaring te realiseren rondom het thema veiligheid;
- staat open voor nieuwe ideeën;
- organiseert deskundigheidsbevordering;
- stimuleert persoonlijke ontwikkelingsplannen;
- neemt deel aan deskundigheidsbevordering;
- neemt maatregelen om leercondities te verbeteren;
- verspreidt informatie en kennis;
- mobiliseert tijd, middelen, expertise en ervaring voor deskundigheidsbevordering;
- streeft naar beter handelen door middel van het opsporen en corrigeren van tekortkomingen;
- kent de risico's en verbeterpunten en acteert hierop;
- leert van incidenten, calamiteiten en klachten;
- doorloopt bij verbetermaatregelen de PDCA-cyclus;
- stelt het leren voorop en niet het aanwijzen van een schuldige;

## Verantwoording afleggen

De zorgaanbieder toont zich verantwoordelijk voor zijn handelen en licht dit desgevraagd nader toe.

De zorgaanbieder:

- toont bereidheid om verantwoording af te leggen, daarbij rekening houdend met cliënten /medewerkers (verantwoord personeelsbeleid);
- geeft uitleg over zijn handelen aan cliënt;
- geeft uitleg over zijn handelen aan interne actoren zoals OR, cliëntenraad, medewerkers, collega's;
- beargumenteert, verduidelijkt en verantwoordt zijn handelwijze;
- geeft uitleg over zijn handelen aan interne toezichthouder(s);
- geeft uitleg over zijn handelen aan externe toezichthouder(s);
- is open over zijn goede en minder goede prestaties;
- legt uit wanneer niet voldaan wordt aan verwachtingen en normen.

## Toetsbaar opstellen

De zorgaanbieder stimuleert en organiseert intercollegiale toetsing, beoordelingsprocedures, evaluatiegesprekken en reflectie.

De zorgaanbieder:

- betreft medewerkers in het veiligheidsproces, bijvoorbeeld bij het toetsen van de RI&E, bij de ontwikkeling van een interventie, via speciale trainingen of in bestaande overlegstructuren;

- roept op tijd hulp in zodat hij zelf onderdeel kan zijn van het verbeterproces (bijvoorbeeld door een onafhankelijk externe in te schakelen);
- heeft relevante informatie over zijn functioneren;
- is bereikbaar voor verzoeken om informatie over zijn functioneren;
- verstrekt adequate informatie over zijn functioneren;
- is aanspreekbaar op zijn functioneren;
- vraagt feedback;
- is in staat om regelmatige reflectie te geven op zijn functioneren;
- bevordert een rechtvaardige cultuur bijvoorbeeld door het als een concreet thema op de agenda te zetten, door mensen te trainen in het geven en ontvangen van feedback;
- neemt deel aan een systeem voor onderlinge feedback, intervisie, kwaliteitstoetsing, accreditatie of certificering;
- werkt adequaat mee aan onderzoek bij twijfels omtrent zijn functioneren;
- werkt mee aan intern en extern toezicht.

### Open en transparant opstellen

De zorgaanbieder heeft een open houding, waarbij hij laat zien gevraagd en ongevraagd informatie te delen en eerlijk te communiceren zowel intern alsook richting toezichthouder en samenleving.

De zorgaanbieder:

- laat een intrinsieke motivatie zien ten aanzien van transparantie;
- verstrekt adequate informatie over (de kwaliteit van) zijn zorgaanbod/product;
- voorziet een eventuele raad van toezicht, cliëntenraad, ondernemingsraad en zorgverleners tijdig van adequate informatie;
- voorziet de kwaliteitsmanagers tijdig van concrete informatie daar waar de kwaliteit van zorg of de cliënt- of productveiligheid mogelijk in het geding komt of niet geborgd kan worden;
- gaat een open dialoog aan met een eventuele interne toezichthouder, cliëntenraad, Ondernemingsraad en (andere) zorgverleners;
- is transparant over conflicterende doelen en belangen en bespreekt dilemma's met interne en externe belanghebbenden;
- geeft antwoord op de vragen;
- is open over incidenten/calamiteiten die hebben plaatsgevonden of risico's van producten en toont een constructieve houding bij het verstrekken van informatie;
- stimuleert op verschillende niveaus en lagen van de organisatie veiligheidsgedrag, ondersteunt medewerkers bij het bewust worden van de onderliggende overtuigingen en waarden en vertoont voorbeeldgedrag.

## Bijlage 2

### Begrippenlijst wegingsfactor vertrouwen

#### **Aanspreekcultuur**

De aanspreekcultuur is de cultuur in een organisatie waarbij iedereen gewend is om kritische vragen te stellen, complimenten te geven, een collega ergens verantwoordelijk voor te stellen of om feedback te vragen op het eigen handelen. Een organisatie waar een goede aanspreekcultuur heerst, toont een cultuur waarin alle medewerkers elkaar op een open, lerende en rechtvaardige manier aanspreken. In veel organisaties is men niet gewend om regelmatig positieve of kritische feedback te ontvangen. Hoe meer men eraan gewend is, hoe makkelijker men het verwerkt. Daarnaast geldt dat een steunende omgeving, waarin ruimte is voor falen, enorm helpt om feedback om te zetten in een leerervaring.

#### **Consistentie in gedrag**

Een bestuurder toont consistentie in gedrag als hij zichzelf niet tegenspreekt en handelt naar zijn woord, ook bij tegenslag. Een consistente bestuurder blijft trouw aan zijn principes, zonder daarbij inflexibel of dogmatisch te worden. Bij consistentie in gedrag hoort ook betrouwbaarheid en het nakomen van afspraken. De bestuurder toont bereidheid om afspraken te maken en houdt zich aan de zelf opgestelde normen. De missie en visie worden in de praktijk nageleefd door alle medewerkers (inclusief de bestuurder) en gefaciliteerd door de bestuurder.

#### **Defensieve houding**

Een defensief ingesteld persoon reageert over het algemeen reactief en zakelijk. Deze persoon kijkt eerder de kat uit de boom en zal niet snel het initiatief nemen. Defensieve personen kunnen afstandelijk, behoudend en stug overkomen, soms zelfs verongelikt of klagerig. Een defensieve houding bij een zorgaanbieder is voor de kwaliteitsmanagers te herkennen aan het afhoudend reageren op verzoeken om informatie.

Informatie wordt niet tijdig of niet volledig verstrekt en de zorgaanbieder toont geen initiatief om met de kwaliteitsmanagers mee te denken welke informatie nog meer van nut kan zijn. Een defensieve zorgaanbieder zal ook afwerend reageren op (kritische) bevindingen van de toezichhouder en zal over het algemeen niet open staan voor zelfreflectie en het nemen van verbetermaatregelen.

#### **Deskundigheid**

Deskundigheid wordt wel gedefinieerd als het bezitten van een specifieke expertise op een bepaald gebied, dikwijls gekoppeld aan bepaalde vaardigheid. Deskundigheid is derhalve verbonden met kennis en handelen. Er zijn allerlei domeinen van handelen. Een deskundige herkent de complexiteit van de zorgsituatie en beoordeelt of andere deskundigen geraadpleegd dienen te worden.

Vraagstukken worden benaderd vanuit een methodisch kader of theoretisch oogpunt. De deskundige zorgaanbieder is leergierig, verwerkt nieuwe kennis en ervaring in het eigen denken en handelen en deelt kennis en ervaring met anderen.

#### **Disfunctioneren**

Disfunctioneren wordt gedefinieerd als een (veelal) structurele situatie van tekortschietende beroepscompetenties of onverantwoorde zorgverlening waarin cliënten worden geschaad of het risico lopen te worden geschaad en waarbij de betreffende beroepsbeoefenaar niet (meer) in staat of bereid is zelf de problemen op te lossen.

Gekoppeld aan het begrip disfunctioneren is het begrip **Verminderd functioneren**: het niet meer voldoen aan de benodigde beroepscompetenties of het leveren van onverantwoorde zorg. Investeren in het niveau van zorgprofessionals komt de kwaliteit van zorg en de cliëntveiligheid ten goede en is cruciaal om disfunctioneren te voorkomen.

### **Fraude**

Fraude is opzettelijke misleiding door het verstrekken van onjuiste en/of onvolledige gegevens dan wel het verzwijgen of niet (tijdig) verstrekken van relevante gegevens om onrechtmatig voordeel te verkrijgen.

### **Frauduleus handelen**

Een zorginstelling handelt frauduleus wanneer er aanwijzingen zijn voor oplichting, valsheid in geschrifte, het opmaken van valse jaarrekeningen en witwassen. Onder frauduleus handelen wordt ook verstaan het indienen van declaraties voor behandelingen en verstrekkingen die niet zijn verricht dan wel geleverd, (financieel) verkregen voordeel, het overtreden van declaratieregels en het opzettelijk misleidend handelen.

### **Intrinsieke motivatie**

Intrinsieke motivatie is motivatie die vanuit de persoon zelf komt. Als iemand een waarde zelf belangrijk vindt (en deze dus niet van buitenaf wordt opgelegd, zoals bij een beloning of straf het geval is), is deze persoon gemotiveerd om overeenkomstig die waarde te handelen. De kwaliteitsmanagers gaan uit van vertrouwen in de intrinsieke motivatie van zorgverleners om de best mogelijke zorg te leveren. Het leveren van verantwoorde zorg is primair de verantwoordelijkheid van de zorgaanbieder zelf. Dit uitgangspunt is een belangrijke pijler voor de uitvoering van de werkzaamheden van de kwaliteitsmanagers. Fouten en ongelukken zijn helaas onvermijdelijk, ook in de zorg. Van belang is dat daarvan wordt geleerd, zodat de veiligheid wordt gewaarborgd en de kwaliteit verbetert. Met als doel betere beheersing van risico's en beperking van gezondheidsschade.

### **Zelfreflectie**

Om te kunnen leren en verbeteren is het nodig dat medewerkers (en bestuurders) in staat zijn tot zelfreflectie. Zelfreflectie betekent het zich kritisch verhouden tot normen en regels (zowel die van de instelling als van jezelf) en tot de wijze waarop deze normen al dan niet in de praktijk worden gebracht (het persoonlijk beroepsmatig handelen en het handelen van de organisatie als geheel). Kritische reflectie is nodig om integer te opereren in zogenaamde 'grijze gebieden', waar regelgeving geen uitsluitsel geeft. Kritische reflectie is ook nodig om gedrag bij te stellen, om te leren van fouten en voor het dragen van verantwoordelijkheid. Een zorginstelling laat goede zelfreflectie zien als het eigen handelen op een structurele manier wordt geëvalueerd.