

Bijlage 2a: Kwaliteitskader

Kwaliteitskader voor zorgaanbieders die vallen onder de Wmo 2015 en Jeugdwet - Regio Centraal Gelderland

Uitgangspunten

Regio Centraal Gelderland, Module inkoop voorziet met zijn inkoop in dienstverlening voor verschillende kwetsbare doelgroepen. Tevens hecht Regio Centraal Gelderland, Module inkoop, derhalve grote waarde aan de borging van kwaliteit van zorgaanbieders die deze dienstverlening gaan uitvoeren.

Het uitgangspunt van dit kwaliteitskader is een gedeelde visie op de vraag wat goede zorg is voor mensen die voor een bepaalde periode hulp of ondersteuning nodig hebben.

U dient als zorgaanbieder, zo ook alle zorgverleners die u in gaat zetten op eventuele opdrachten, over voldoende deskundigheid te beschikken op het gebied van de zorgvorm(en) waarvoor u zich inschrijft. Dit geldt tevens voor de benodigde kennis van wet- en regelgeving die van toepassing is voor de zorgvorm waarvoor u zich heeft ingeschreven.

In dit document zijn de kwaliteitseisen opgenomen die gelden voor de zorgaanbieders (en onderaannemers) die zorg aanbieden vanuit de Wmo 2015 en de Jeugdwet. Dit betreft zorgaanbieders die een contract aangaan met een gemeente of met gemeenten die vallen binnen de Regio Centraal Gelderland.

Reikwijdte

Dit kwaliteitskader bevat kwaliteitseisen die van toepassing zijn op de gehele looptijd van de overeenkomst.

Gedurende het proces voor contractering, oftewel de inschrijvingsfase, wordt de zorgaanbieder getoetst: dat wil zeggen dat Regio Centraal Gelderland, nagaat in hoeverre de zorgaanbieder én eventuele onderaannemers voldoen aan de kwaliteitseisen zoals genoemd in dit document.

Uiteraard zijn ook de overige bepalingen, zoals vastgelegd in de contracten van toepassing.

Dat betekent onder andere, dat te allen tijde óók de product specifieke eisen gelden: deze zijn aanvullend op onderstaande eisen uit dit kwaliteitskader.

Doelen

Doelen van dit kwaliteitskader zijn:

- Het geeft duidelijkheid naar cliënten: wat mogen zij verwachten van de geboden zorg en ondersteuning;
- Het is stimulerend voor de organisaties en medewerkers die de zorg uitvoeren; het helpt hen bij het voortdurend werken aan kwaliteitsverbetering;
- Het is richtinggevend voor de leiding van een zorgorganisatie: zij kan met het kader sturen op kwaliteit;
- Het preciseert aan welke kwaliteitseisen gecontracteerde zorgaanbieders dienen te voldoen;
- Het geeft duidelijkheid naar andere betrokken partijen zoals gemeenten, relatiemanagers van Module inkoop en toezichthouders.

Samenwerking

Dit kwaliteitskader is tot stand gekomen in samenwerking tussen gemeenten in de regio en zorgaanbieders.

Opbouw van dit document

In dit document komen achtereenvolgens de volgende onderwerpen aan de orde:

- A. Kwaliteitseisen algemeen: Wmo en Jeugd
- B. Kwaliteitseisen Jeugd

Gebruikte definities en begrippen

Cliënt	De inwoner woonachtig binnen de gemeentegrenzen van de aanbestedende dienst, die in aanmerking komt voor een voorziening al dan niet door particuliere- of publieke gelden verstrekt. Voor het woord cliënt kan ook “inwoner” worden gelezen. Tevens geldt dat in plaats van het woord cliënt, ook “(wettelijk) vertegenwoordiger” gelezen kan worden.
Eisen	Kwaliteitseisen die worden gesteld aan de zorgaanbieder. Voor het woord eis, kan ook “criterium” worden gelezen.
IAS	Interactief Aankoop Systeem
Jeugdwet	Deze wet geldt sinds 1 januari 2015 en regelt de kaders waarlangs gemeenten de zorg en hulpverlening aan jongeren moeten organiseren.
Toegang	Het wijkteam, sociaalteam of Wmo-loket dan wel dienovereenkomstig van één van de deelnemende gemeente, waar de inwoner zich in eerste instantie meldt.
UEA	Uniform Europees Aanbestedingsdocument
Wmo	Wet Maatschappelijke ondersteuning (Wmo 2015)
Opdrachtgever	De gemeente die met zorgaanbieder een (raam)overeenkomst sluit.
Zorgaanbieder	De partij met wie de opdrachtgever een (raam)overeenkomst heeft gesloten.

A. Kwaliteitseisen Wmo en Jeugd	
A1*	Basishouding (transformatie/innovatie) Voor de gemeenten ligt er voor de komende jaren een grote veranderopgave. Van zorgaanbieders wordt verwacht dat zij hier hun dienstverlening en innovatie op aanpassen. De Regio Centraal Gelderland verwacht van zorgaanbieders dat ze aantoonbaar de zelfredzaamheid van de cliënten stimuleren of stabiliseren, en waar nodig compenseren of ondersteunen. De zorgaanbieder werkt daarbij aantoonbaar samen met zowel formele als informele ketenpartners. De zorgaanbieder bevestigt daarom de volgende principes en zet bij zijn dienstverlening in op deze principes: a) lichtere vormen van zorg en ondersteuning inzetten die zorginzet vanuit de specialistische zwaardere zorg verkorten of de resultaten ervan verbeteren, bijvoorbeeld aansluiting bij algemene voorzieningen; b) bijdragen aan een meer integrale, wijkgerichte en/of multidisciplinaire dienstverlening met als doel het leveren van betere of goedkopere zorg, waarbij te allen tijde wordt voldaan aan de (kwaliteits)eisen zoals vastgelegd in de contractering. De zorgaanbieder levert, na voorlopige gunning, hiertoe een plan van aanpak of beleidsplan aan, waarin staat beschreven hoe de zorgaanbieder werkt aan deze 2 principes. Dit plan bestaat uit maximaal 2 pagina's, lettertype Arial en lettergrootte 10. De volgende onderwerpen dienen in ieder geval in het plan van aanpak/beleidsplan te zijn opgenomen: - hoe wordt voldaan aan de eerder genoemde principes; - de wijze waarop het afschalen van de zorg is geïntegreerd in de werkwijze, in het proces en in de contacten met stakeholders; - de rol in de ketensamenwerking tussen zorgaanbieders onderling; - de rol in de ketensamenwerking regionaal en lokaal met gemeenten en lokale oriëntatie op de wijken waar de zorgaanbieder zorg levert; - hoe de zorgaanbieder zich oriënteert op de lokale algemene voorzieningen en hoe hij deze inzet. De zorgaanbieder toont hierin een proactieve houding. De zorgaanbieder beschrijft concreet hoe aan deze principes te gaan voldoen, zo mogelijk met voorbeelden.
A2	Ondersteuningsplan De door de zorgaanbieder te verlenen ondersteuning wordt verwerkt in een ondersteuningsplan die de zorgaanbieder en cliënt samen opstellen voor de start van het traject (behandeling). Dat betekent dat het ondersteuningsplan gereed dient te zijn bij de start van het traject (behandeling). Het sociale netwerk is ook betrokken bij het opstellen van het plan en de cliënt heeft zijn/haar ondersteuningsvraag kunnen formuleren. Het plan wordt altijd gedeeld met de zorgaanbieder/gemeente. Dit is nodig om de toewijzing en vordering hiervan te monitoren. De cliënt wordt hier van tevoren over geïnformeerd door de Toegang. Het plan wordt afgestemd met de Toegang, rekening houdend met de privacy regels (uitzondering: bij een geautoriseerde verwijzer is dit niet van toepassing, tenzij gemeentelijk beleid anders heeft bepaald). De geboden hulp/ondersteuning sluit aan op de reële behoefte en mogelijkheden van de cliënt en zijn/haar sociale netwerk (waaronder eventueel mantelzorgers).

	De cliënt is inhoudelijk voldoende betrokken geweest bij het formuleren van zijn/haar vraag en het opstellen van het plan en heeft daarmee ingestemd. Het ondersteuningsplan is ondertekend door de cliënt of wettelijk vertegenwoordiger van de cliënt. Algemeen: In het ondersteuningsplan zijn in ieder geval de volgende onderwerpen beschreven: - De kansen/mogelijkheden en ondersteuningsbehoeften van de cliënt en welke hulp/ondersteuning wordt geboden; - Welke doelafspraken maken cliënt en zorgaanbieder en hoe gaan zij deze bereiken? - Binnen welk tijdsbestek moeten deze doelen behaald worden en hoeveel uur is daarvoor nodig? - Wanneer wordt geëvalueerd (datum vastgelegd)? - De inzet van en afstemming met algemene voorzieningen (indien van toepassing)- In het plan staat de naam van de eerstverantwoordelijke (medewerker van de zorgaanbieder) vermeld. De eerstverantwoordelijke of diens vervanger is goed bereikbaar; - In het plan staat vermeld wie de casusregisseur of coördinator is (in het geval van meervoudige, complexe problematiek dient een regisseur te zijn aangewezen, zie eis A4 Casusregie). - De inbreng van een multidisciplinair team (indien van toepassing) is beschreven in het ondersteuningsplan; - De afstemming tussen dagbesteding, werk en wonen (indien van toepassing), is zichtbaar in het ondersteuningsplan; In het geval van Jeugdhulp, gaat het erom dat de jeugdige zich onbedreigd kan ontwikkelen op alle leefgebieden; de eigen kracht van de jeugdige, de ouders en hun netwerk is het vertrekpunt voor passende hulp; Voor de producten binnen de zorgvorm ‘Behandeling’ geldt dat de specifieke eisen en afspraken zijn beschreven binnen de zorgvorm In alle voorkomende situaties geldt dat zodra de toegang al een plan heeft opgesteld en zij de verwijzer naar de zorg is, de zorgaanbieder zijn ondersteuningsplan hierop aanpast. Het kan nooit zo zijn dat dit een afwijkend plan is, zonder dat dit voorafgaand aan het opstellen ondersteuningsplan, is afgestemd met de Toegang. Het uitgangspunt hierbij is te allen tijde dat de in te zetten zorg bijdraagt aan het doel dat door de Toegang is gesteld. Indien het nodig is, om gedurende de uitvoering van het ondersteuningsplan doelstellingen bij te stellen, moet dit altijd in overleg met de oorspronkelijke verwijzer gebeuren. <i>Regionaal wordt de term “ondersteuningsplan” aangehouden: hiermee wordt ook het “gezinsplan” bedoeld, maar niet een behandelplan.</i> <i>Tenzij het de uitvoering van een kinderschermingsmaatregel of jeugdreclassering of gesloten jeugdhulp betreft, kan het plan mondeling overeen worden gekomen met de jeugdige en de ouders. Indien de jeugdige, een van de ouders of de jeugdhulpaanbieder dat wenst, wordt het plan binnen veertien dagen op schrift gesteld. (Artikel 4.1.3 lid 4).</i>
A3	Evaluatie van het ondersteuningsplan en de uitvoering daarvan, tussen zorgaanbieder en cliënt/informatie over voortgang traject Evaluatie van het ondersteuningsplan door zorgaanbieder en cliënt vindt minimaal 1 keer per jaar plaats (of bij een traject dat korter is dan 1 jaar: minimaal 1 keer), tenminste 6 weken voor afloop van de indicatie, tenzij anders bepaald in de product specifieke eisen. Er wordt van de evaluatie een verslag gemaakt, dat ondertekend is door de cliënt, zodat helder is dat deze evaluatie is besproken met de desbetreffende cliënt. De datum van de eerstvolgende evaluatie staat in het ondersteuningsplan genoteerd.

	Meerdere evaluatiemomenten zijn mogelijk: dit gebeurt op advies en initiatief van de Toegang of zorgaanbieder. Uit de evaluatie blijkt in hoeverre de zelfredzaamheid en participatie van de cliënt is toegenomen, indien van toepassing. Als een doel of een resultaat niet gehaald wordt, is de zorgaanbieder verantwoordelijk voor de motivering waarom dat doel of resultaat niet gehaald is. De zorgaanbieder beschrijft de wijze waarop de gestelde doelen wel behaald kunnen worden. De zorgaanbieder borgt dat de cliënt en (in geval van jeugdhulp) de ouders of wettelijke vertegenwoordigers van een cliënt periodiek worden geïnformeerd over de evaluatie en voortgang van een traject (behandeling). Indien de verwijzing komt van de Toegang, dienen alle evaluaties, te worden aangeleverd bij de Toegang, mits de cliënt hiervoor toestemming heeft gegeven.
A4	Afstemming De aangeboden hulp/ondersteuning dient te worden afgestemd op andere vormen van geboden hulp en zorg. Uitwerking bovenstaande: - De zorgaanbieder sluit aan bij het uitgangspunt om zoveel mogelijk integraal te werken volgens het principe 1 gezin – 1 plan – 1 regisseur. Als een ondersteuningsplan al aanwezig is, op grond van de eerder toegewezen ondersteuning of hulp, sluiten nieuwe ondersteuningsplannen aan op dit plan. Deze worden afgestemd met de cliënt en de Toegang. - De nodige afspraken (schriftelijk/digitaal) zijn gemaakt in het kader van de onderlinge afstemming, waaronder overdracht; deze zijn bekend bij de cliënt en zijn/haar sociale netwerk. - In het kader van de onderlinge afstemming, worden gemaakte afspraken regelmatig besproken met de cliënt en zijn/haar sociale netwerk en zo nodig bijgesteld. - Met andere hulp- en zorgaanbieders vindt de noodzakelijke (schriftelijk/digitaal) gegevensuitwisseling plaats in het kader van de onderlinge afstemming. - Met andere hulp- en zorgaanbieders vindt evaluatie en zo nodig bijstelling plaats, in het kader van de onderlinge afstemming. - De continuïteit van de geboden hulp/ondersteuning is gewaarborgd.
A5	Casusregie In geval van meervoudige, complexe problematiek is één regisseur of coördinator aangewezen die de nodige samenhang en continuïteit bewaakt. In eerste aanleg is de cliënt zelf regisseur van zijn zorg, tenzij de Toegang eventueel in samenspraak met de zorgaanbieder(ers) vaststelt dat de cliënt niet in staat is om zelf regie te voeren. In tweede aanleg is de verwijzer (Toegang, gezinsvoogd etc.) de regievoerder. Indien de Toegang bepaalt dat dit beter door de zorgaanbieder kan worden gedaan, zal dit zodanig worden geïndiceerd. De Toegang bepaalt dit, indien mogelijk, in samenspraak met de cliënt. Vooraf aan de start van de zorg dient dit bepaald te worden en te worden vastgelegd in het (zorg)plan van de Toegang en in het ondersteuningsplan van de zorgaanbieder. - De regisseur heeft toegang tot de noodzakelijke gegevens om de casusregie uit te kunnen voeren. Indien de regie wordt uitgevoerd door de cliënt zelf of door de verwijzer, dient de zorgaanbieder de noodzakelijke gegevens beschikbaar te stellen. - Als een zorgaanbieder de casusregie (uit de opdracht van de Toegang moet blijken waaraan deze casusregie moet voldoen) niet voldoende uitvoert zoals is afgesproken bij de start van het traject, zal die zorgaanbieder het volgende half jaar geen casusregie-verzoeken krijgen.
A6*	Veiligheid cliënt In het kader van de geboden hulp/ondersteuning wordt de veiligheid van de cliënt gewaarborgd.

	Uitwerking: - Het gaat om de professionele basishouding van de hulpverlener: deze hulpverlener dient zich te allen tijde af te vragen: "Is het hier veilig voor de cliënt? Welke risico's zijn er voor de cliënt? Hoe kan ik die voor de cliënt verhelpen? ". - Het is de verantwoordelijkheid van de zorgaanbieder om risico's te signaleren ten aanzien van de fysieke en sociale veiligheid van de cliënt. - Tevens wordt hiermee rekening gehouden bij de geboden hulp/ondersteuning: de professional houdt zicht op de veiligheid en neemt daarvoor benodigde acties en handelt daar naar. - De eventuele veiligheidsrisico's en zijn/haar eigen verantwoordelijkheid zijn besproken met de cliënt en zijn/haar sociale netwerk.
A7*	Kwaliteitssysteem De zorgaanbieder werkt aantoonbaar aan kwaliteit: de inschrijver beschikt over een kwaliteitssysteem (beleid, protocol of beschreven werkwijze vertaald in een kwaliteitshandboek). Op het moment dat de zorgaanbieder voldoet aan de ISO 9001, HKZ certificering of een gelijkwaardige certificering, wordt automatisch voldaan aan deze eis. Indien de certificering wordt ingetrokken en/of niet wordt verlengd, dient de zorgaanbieder dit te allen tijde onverwijld door te geven aan de opdrachtgever. Indien de zorgaanbieder niet beschikt over een certificering ISO 9001, HKZ certificering of gelijkwaardig, dient de zorgaanbieder in het bezit te zijn van een kwaliteitshandboek. In dit kwaliteitshandboek zijn alle kwaliteitsdocumenten gebundeld en is de vindplaats van alle kwaliteitsdocumenten te achterhalen. Onder kwaliteitsdocumenten worden alle protocollen, richtlijnen, standard operating procedures (SOP's), werkinstructies, notities en andere voor het werkproces relevante geschreven teksten verstaan. Documenten waarin de kwaliteitsborging beschreven is, maken hier tevens deel van uit. Onder een kwaliteitsbeleid/werkend kwaliteitssysteem wordt tenminste verstaan: het systematisch uitvoeren van zelfevaluaties over de bereikte kwaliteit en de daaruit voortkomende verbeterplannen. Tevens bevat dit kwaliteitsbeleid werkinstructies en handelingsprotocollen die van toepassing zijn voor de uitvoering van de gecontracteerde opdrachten. Te denken valt aan een klachtenregeling, medicatieprotocol, agressieprotocol, calamiteitenprotocol, protocol meldcode die voldoet aan de Wet verplichte meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling, protocol drang- en dwangmaatregelen en afspraken over gebruik verdovende middelen. De meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling, de klachtenregeling en het calamiteitenprotocol zijn minimaal aanwezig en verwerkt in het kwaliteitssysteem en onderdeel van het kwaliteitshandboek. Medewerkers zijn op de hoogte van deze werkinstructies en handelingsprotocollen en handelen daar naar.
A8*	Meldcode Huiselijk geweld en kindermishandeling Zorgaanbieder houdt zich bij de verlening van hulp/ondersteuning aan de toepassing (d.w.z. implementatie binnen de organisatie) van de verplichte meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling. Dat wil zeggen dat de zorgaanbieder een meldcode moet hebben, deze geïmplementeerd moet zijn, dat volgens deze meldcode wordt gewerkt en dat het gebruik daarvan wordt bevorderd. Deze meldcode dient te voldoen aan de eisen zoals vastgelegd in de Wet meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling, het Besluit verplichte meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling.

	<i>Competenties in relatie tot de aanpak van kindermishandeling</i> Indien van toepassing gebruikt de zorgaanbieder de door het NJI opgestelde richtlijn: “Competenties in relatie tot de aanpak van kindermishandeling”. (Zie bijlage 1 van dit document.) <u>Definitie “kindermishandeling” conform Wmo 2015 en Jeugdwet:</u> <i>kindermishandeling</i>: elke vorm van voor een minderjarige bedreigende of gewelddadige interactie van fysieke, psychische of seksuele aard, die de ouders of andere personen ten opzichte van wie de minderjarige in een relatie van afhankelijkheid of van onvrijheid staat, actief of passief opdringen, waardoor ernstige schade wordt berokkend of dreigt te worden berokkend aan de minderjarige in de vorm van fysiek of psychisch letsel; <u>Definitie “huiselijk geweld” conform Wmo 2015 en Jeugdwet:</u> <i>huiselijk geweld</i>: lichamelijk, geestelijk of seksueel geweld of bedreiging daarmee door iemand uit de huiselijke kring.
A9*	Klachtenregeling De zorgaanbieder heeft een effectieve en laagdrempelige regeling vastgelegd voor de afhandeling van klachten van cliënten en ten aanzien van gedragingen van de zorgaanbieder of haar medewerkers tegen een cliënt, conform vigerende wet- en regelgeving. Tevens wordt de cliënt geïnformeerd over de klachtenregeling en is deze makkelijk te vinden op de website van de betreffende zorgaanbieder. Naast dat de klachtenregeling makkelijk te vinden is voor een cliënt, is deze ook makkelijk te vinden door gemeenten, medewerkers van de organisatie (zorgaanbieder) en andere belanghebbenden. De zorgaanbieder stelt jaarlijks een openbaar klachtenjaarverslag op en publiceert dit op zijn website. In dit klachtenjaarverslag is minimaal beschreven: - hoeveel klachten zijn ingediend; - welke klachten zijn ingediend (beschrijving van de klacht, incl. het thema van de klacht); - de afhandelingstermijn (per klacht); - de wijze waarop de klachten zijn afgehandeld (per klacht); - de wijze van communicatie en opvolging van de klachten (per klacht); - welke verbetermaatregelen naar aanleiding van de klachten zijn genomen (per klacht). Zie artikel 4.2.1, 4.2.2 en 4.2.3 Jeugdwet ten aanzien van de klachtenregeling (= klachtencommissie). Zie artikel 3.2 Wmo 2015 ten aanzien van de klachtenregeling.
A10*	Calamiteiten De zorgaanbieder houdt zich bij de verlening van hulp/ondersteuning aan de toepassing van de meldplicht calamiteiten en de meldplicht geweld. Dit houdt in dat de zorgaanbieder iedere calamiteit, ieder geweldsincident en andere gebeurtenissen zoals aangegeven in het bijbehorende protocol (<i>zie bijlage xxx, in te vullen zodra gehele inhoud van contractering gereed is</i>) meteen aan de aangewezen toezichthoudend ambtenaar meldt waar de calamiteit zich voordoet. Voor aanbieders vanuit de Wmo 2015 is de toezichthoudend ambtenaar <i><nog in te vullen, indien regio 1 partij heeft gekozen></i>. Voor aanbieders vanuit de Jeugdwet is de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) de instantie waar gemeld moet worden.

	Het protocol is alleen van toepassing op zorgaanbieders die hulp/ondersteuning bieden vanuit de Wmo 2015, echter voor aanbieders vanuit de Jeugdwet geldt dit protocol ook, maar dan alleen de artikelen met betrekking tot “andere gebeurtenissen”. Hierbij geldt voor aanbieders vanuit de Jeugdwet dat ook “andere gebeurtenissen” gemeld dienen te worden: in dit geval dienen deze gemeld te worden bij de betreffende gemeente waar de gebeurtenis heeft plaatsgevonden. <i>(NB.: Dit dient na vaststelling van het afsprakenkader nog verder uitgewerkt te worden per gemeente: waar dient deze zorgaanbieder Jeugd dit binnen de gemeente te melden?)</i> Onder “andere gebeurtenissen”, wordt onder andere verstaan: Gebeurtenissen met: - (potentieel) schadelijke impact op het stelsel van zorg en hulpverlening; - (potentiele) verstoring van de openbare orde en veiligheid en maatschappelijke onrust, waarbij reguliere processen niet volstaan om de negatieve impact te beheersen.
A11*	Intern meldingssysteem incidenten/bijna incidenten De zorgaanbieder reflecteert op eigen handelen en leert hiervan. Hiertoe behoort onder andere: - Er is een intern meldings/registratiesysteem voor incidenten, fouten en bijna fouten dat operationeel is (VIM: Veilig Incident Melden). Het melden, registreren, analyseren, verbeteren en terugkoppelen aan melder is georganiseerd en geborgd. - Het betreft incidenten of bijna incidenten, die zijn gekoppeld aan het handelen door zorgprofessionals. De opdrachtgever kan te allen tijde de VIM Meldingen opvragen.
A12	Personeelsbeleid Wanneer een organisatie personeel in dienst heeft of werkt met vrijwilligers dan dient de zorgaanbieder passend beleid te ontwikkelen en te implementeren op: - hoe de zorgaanbieder omgaat met opleiding en scholing, met als doel het behouden en verder ontwikkelen van kennis en kunde van het in te zetten personeel; - verantwoorde inzet van vrijwilligers, stagiaires, personeel in opleiding; - borging van een duurzame inzetbaarheid van medewerkers; - hoe de zorgaanbieder ervoor zorgt dat het personeel op de hoogte is van de laatste ontwikkelingen binnen de branche.
A13*	Personeel: kwalificatie De zorgaanbieder is zelf bekwaam en gekwalificeerd en/of beschikt over aantoonbaar bekwaam en gekwalificeerd personeel voor het uitvoeren van de gevraagde dienstverlening, zet voldoende gekwalificeerd personeel in en toont dit op verzoek aan.
A14*	Personeel: VOG Bestuurders (conform uittreksel KvK) en alle hulpverleners (alle medewerkers, inclusief uitzendkrachten, ZZP'ers, stagiaires en vrijwilligers) die direct contact hebben met cliënten zijn in het bezit van een Verklaring Omtrent Gedrag die bij indiensttreding niet ouder is dan 3 maanden en bij het inzetten op de gecontracteerde zorg door de Regio Centraal Gelderland, niet ouder dan 3 jaar. Dat betekent dat medewerkers in dienst bij de zorgaanbieder, die geen direct contact met de cliënt hebben, niet hoeven te beschikken over een VOG, met uitzondering van bestuurder(s) en met uitzondering van medewerkers die toegang hebben tot systemen waarin vertrouwelijke en gevoelige gegevens zijn opgeslagen. Indien zorgaanbieder met onderaannemers werkt, geldt deze eis ook voor de onderaannemers.

	De VOG is 3 jaar geldig: dat betekent dat bovengenoemde groepen, elke 3 jaar een nieuwe VOG dienen aan te vragen en te overleggen aan de werkgever (zorgaanbieder). Opdrachtgever kan te allen tijde een nieuwe VOG van de betreffende medewerker en/of bestuurder eisen: deze dient onverwijld overlegd te worden. Het volgende screeningsprofiel dient te worden aangevraagd: - Voor alle medewerkers met direct cliëntscontact geldt screeningsprofiel “Gezondheidszorg en welzijn van mens en dier”. - Voor bestuurders geldt als volgt: een <u>VOG rechtspersoon</u> die niet ouder is dan 3 maanden bij eerste contractering met de regio. De VOG dient elke 3 jaar opnieuw te worden aangevraagd en te worden aangeleverd.
A15	Signalerende functie De zorgaanbieder heeft een actieve signalerende functie ten aanzien van de gezondheidssituatie, de leefomstandigheden en de sociale omgeving van de cliënt. Van de zorgaanbieder wordt verwacht dat alle in te zetten medewerkers in staat zijn deze signalerende taak, gericht op de keten van zorg en ondersteuning in het gehele verzorgingsgebied uit te voeren en hun signalering binnen hun organisatie neer te leggen.
A16	Informatievoorziening en website De zorgaanbieder beschikt over een website, waar hij tenminste op publiceert: - een actueel overzicht van de gecontracteerde producten en diensten aan cliënten; - de klachtenregeling incl. het klachtenjaarverslag; - wijze van omgaan met privacy (AVG); - wachtlijsten/wachttijden; - eventuele certificeringen; - telefoonnummer en/of andere contactgegevens van de organisatie, incl. tijden waarop de organisatie bereikbaar is. De cliënt ontvangt op zijn of haar verzoek, van de zorgaanbieder de voor hem/haar van belang zijnde informatie, mondeling en/of schriftelijk.
A17*	Rechten van de cliënt en gedragscode De hulp/ondersteuning wordt verstrekt met respect en in achtneming van de rechten van de cliënt: - De cliënt voelt zich op zijn/haar gemak op de plaats waar de hulp/ondersteuning wordt geboden; - De zorgaanbieder staat open voor wensen, aanwijzingen, vragen en kritiek van de cliënt; - Er zijn met de cliënt afspraken (schriftelijk/digitaal) gemaakt over gegevensuitwisseling die passen binnen het privacy statuut van de aanbieder. - De cliënt kan participeren in een cliëntenraad of een vergelijkbaar platform, conform onderstaande uitgangspunten: - voor aanbieders Wmo geldt dat in de gemeentelijke verordening is vastgelegd bij welke voorzieningen een regeling voor medezeggenschap is vereist (Wmo 2015 artikel 2.1.3 lid 2); - voor aanbieders Jeugdhulp geldt dat iedere jeugdhulpaanbieder en iedere gecertificeerde instelling een cliëntenraad instelt (Jeugdwet artikel 4.2.5 lid 1). Verder houden medewerkers zich aan de door de zorgaanbieder vastgestelde gedragscode welke schriftelijk is vastgelegd, waarbij aandacht wordt besteed aan de volgende thema's: - Correcte cliënt bejegening; - Servicegerichte en klantvriendelijke instelling;

	- Inlevingsvermogen en hulpvaardigheid; - Respecteren ziens-, geloofs- en zijnswijze van de cliënt; - Privacy, geheim te houden al hetgeen is toevertrouwd; - Integriteit van de medewerkers (als voorbeeld beleid op het aannemen van cadeaus c.q. schenkingen, etc.).
A18	Vaste zorg/hulpverlener De zorgaanbieder draagt ervoor zorg dat de aangeboden individuele ondersteuning door zo weinig mogelijk verschillende medewerkers wordt uitgevoerd. De zorgaanbieder streeft ernaar de cliënt een vaste medewerker toe te wijzen. De mogelijkheid dient te bestaan dat cliënt bij ontevredenheid een andere medewerker krijgt toegewezen, onverlet de keuze van cliënt om tot opzegging van de ondersteuningsovereenkomst met zorgaanbieder over te gaan en te kiezen voor een andere zorgaanbieder.
A19	Passende vervanging bij afwezigheid zorg/hulpverlener De zorgaanbieder draagt zorg voor passende vervanging bij afwezigheid (bijvoorbeeld door ziekte of in het geval van vakantie) van de vaste medewerker. Bij vervanging wordt rekening gehouden met de situatie van de cliënt, tenzij de cliënt zelf aangeeft geen gebruik te willen maken van vervangende dienstverlening.
A20	Effectiviteit behandeling/outcome De zorgaanbieder levert periodiek bij Regio Centraal Gelderland een rapportage aan met daarin outcome/output indicatoren: cliënttevredenheid, doelrealisatie, uitval/reden van beëindiging. Tevens levert de jeugdhulpaanbieder deze gegevens aan het CBS aan. Zie voor een uitwerking hiervan bijlage <i>(in te vullen zodra inhoud van gehele contractering gereed is).</i>
A21	VIR Zorgaanbieder maakt, indien van toepassing, gebruik van de verwijfsindex risicjongeren (VIR) en onderneemt de benodigde acties. Dit geldt voor jongeren tot 23 jaar.
A22	Administratieprotocol Aanbieders werken conform het landelijke standaard administratieprotocol (Inspanningsgericht van het Ketenbureau I-sociaal domein), dat onderdeel is van de contractering. Dit protocol is nog in ontwikkeling en heft als invoeringsdatum 01-01-2020 of 01-04-2020. De daaraan gekoppelde afsprakenkaart maakt onderdeel uit van de contractering. Zie voor een uitwerking hiervan bijlage <i>(in te vullen zodra inhoud van gehele contractering gereed is).</i>
A23	Clïëntgebonden uren De aanbieder houdt zich aan de vastgelegde eisen ten aanzien van de cliëntgebonden uren. Zie voor een uitwerking hiervan bijlage <i>(in te vullen zodra inhoud van gehele contractering gereed is).</i>

B. Kwaliteitseisen Jeugd	
B1	Doorgaande zorglijn/Toekomstplan Jeugdzorgaanbieders dragen zorg voor een goede doorgaande zorglijn van 18- naar 18+, waarbij de jeugdige integrale ondersteuning op maat wordt geboden, waarbij zo min mogelijk belemmering wordt ondervonden door de overgang van 18- naar 18+. Zij starten, samen met de jeugdige, op 16 jarige leeftijd met het maken van een toekomstplan, gericht op meerdere leefgebieden. De regisseur vanuit het lokale (zorg)team wordt daar uitdrukkelijk bij betrokken. Netwerkondersteuning maakt nadrukkelijk onderdeel uit van het toekomstplan. De jeugdzorgaanbieder dient ervoor te zorgen dat de jeugdige geen hinder ondervindt als diegene van het ene naar het andere domein doorstroomt of wanneer de ondersteuningsvraag zich over meerdere domeinen uitstrekt. Het toekomstplan kan onderdeel zijn van het ondersteuningsplan (zie eis A1).
B2*	Vakbekwaamheid De (medewerkers van) jeugdhulpaanbieders en gecertificeerde instellingen moeten verantwoorde hulp verlenen. Deze verplichting is uitgewerkt in de norm van de “Verantwoorde werktoedeling” zoals opgenomen in het Kwaliteitskader Jeugd. Professionals in de jeugdzorg of jeugd GGZ dienen aangesloten te zijn bij een organisatie die checkt of voldaan wordt aan de eisen van vooropleiding, nascholing en bijscholing. Als gemeenten kiezen we voor: Stichting Register Vaktherapeutische Beroepen (SRVB), Stichting Kwaliteitsregister Jeugd (SKJ), Nederlandse Vereniging voor Relatie- en Gezinstherapie (NVRG), Vereniging voor Gedrags- en Cognitieve therapieën (VGCT), Nederlandse Vereniging van Pedagogen en Onderwijskundigen (NVO), Nederlands Instituut van Psychologen (NIP) en het Register aangaande/vanuit de Wet op de Beroepen in de individuele Gezondheidszorg (BIG). Uitgangspunt is altijd dat een professional lid moet zijn van SKJ, BIG of SRVB en daarnaast kan de specialisatie worden aangetoond met registraties van beroepsverenigingen. Per opleidingsniveau gelden de volgende kwaliteitscriteria: Opleidingsniveau HBO: • Aantoonbaar HBO diploma in zorg & welzijn. • Registratie bij SKJ (bijvoorbeeld ambulant begeleiders) of registratie bij SRVB (vaktherapeuten, die niet meer bij SKJ kunnen registreren). Opleidingsniveau HBO+: • Aantoonbaar HBO diploma in zorg & welzijn. • Aangevuld met een aantoonbaar diploma van een POST HBO opleiding. Hier kan bijvoorbeeld onder vallen: ◦ Erkend gedragstherapeutisch werker (met registratie bij VGCT) ◦ Erkend systeemtherapeutisch werker (met registratie bij STW, NVRG) • Registratie bij SKJ (bijvoorbeeld ambulant begeleiders) of registratie bij SRVB (vaktherapeuten, die niet meer bij SKJ kunnen registreren). Opleidingsniveau WO: • Aantoonbaar WO-diploma Orthopedagogiek of Psychologie ◦ Erkend, dus geregistreerd orthopedagoog (NVO) • Erkend, dus geregistreerd kinder- en jeugdpsycholoog (NIP) Registratie bij SKJ

	Opleidingsniveau WO+: • Aantoonbaar diploma Master WO in zorg en welzijn, bijvoorbeeld Orthopedagogiek of Psychologie (Post doc 2 tot 4 jaar). • Aangevuld met een diploma van een postdoctorale opleiding, die leidt tot: ○ Erkend, dus geregistreerd gedragstherapeut (VGCT registratie) ○ Erkend, dus geregistreerd systeemtherapeut (NVRG registratie) ○ Erkend, dus geregistreerd orthopedagoog generalist (NVO, registratie Orthopedagoog Generalist) ○ Erkend, dus geregistreerd GZ-psycholoog (BIG registratie) ○ Erkend, dus geregistreerd psychotherapeut (BIG registratie) • Registratie bij SKJ Opleidingsniveau WO++: • Boven op de postdoc-opleiding genoemd onder WO+ (diploma Master WO) is een specialistische opleiding tot psychotherapeut (met aanvullende GZ of KP-opleiding) of klinisch (neuro) psycholoog noodzakelijk (Post doc 4 jaar of meer). • Aangevuld met een diploma van een postdoctorale opleiding, die leidt tot: ○ Erkend, dus geregistreerd GZ-psycholoog (BIG registratie) ○ Erkend, dus geregistreerd klinisch psycholoog (BIG registratie) Opleidingsniveau AMS • Aantoonbaar diploma afronding specialisatie psychiatrie. • Erkend, dus geregistreerd psychiater (BIG register). Zorgaanbieders die niet geregistreerd zijn of dat hoeven te zijn, mogen alleen maar producten inzetten die voldoen aan de daarvoor beschreven indicatoren in het schema “Verantwoorde werktoedeling”. <i>(Zie bijlage 2 van dit document).</i>
--	--

** Onder andere deze eisen worden getoetst na voorlopige gunning.*

Voor een geheel overzicht welke eisen (minimaal) worden getoetst (gedurende het gehele proces van contractering), behalve de eisen zoals genoemd in dit kwaliteitskader, zie bijlage xxx (in te vullen zodra gehele inhoud van de contractering definitief is).