



z o r g b u r e a u
DE PUZZEL

Kwaliteitsverslag Oosterschelderegio 2019

Inhoudsopgave

Leer- en verbeter traject	3
Informatie kwaliteit	4
Plan	4
Deskundigheid personeel.....	5
Leren van elkaar	5
Cliënt centraal.....	6
Bijlagen.....	7

Leer- en verbetertraject

Zorgbureau De Puzzel heeft het leer- en verbetertraject op verschillende wijzen vormgegeven en geborgd binnen de organisatie:

- Kwaliteitsmanagementsysteem. Zorgbureau De Puzzel heeft een management systeem certificaat: **NEN-EN 15224:2017**. Jaarlijks worden wij door een extern bureau getoetst of wij kwaliteit voldoende geborgd hebben binnen de organisatie. Met dit certificaat tonen wij aan dat wij voldoen aan de kwaliteitseisen gesteld door de NEN.
- Minstens één keer per jaar (maar in 80% van de processen 2 keer per jaar) worden alle processen die Zorgbureau De Puzzel doorloopt getoetst tijdens een interne audit. Tijdens deze audits wordt er getoetst of beschreven processen kloppen met de realiteit en of er aanpassingen nodig zijn. Deze audits zorgen ervoor dat we kritisch blijven op de processen die nodig zijn om goede hulpverlening te bieden. Deze processen dienen minimaal 1 keer per 3 jaar geaudit te worden, de frequentie bij Zorgbureau De Puzzel ligt hierin dus een stuk hoger.
- Tweemaal per jaar worden de risicokaarten geëvalueerd. Risico kaarten zijn de inventarisaties per proces, en geven overzichtelijk weer waar risico's binnen de organisatie zitten en welke acties daarop zijn uitgezet. Op deze wijze borgen we de risico's en de acties die daaraan vasthangen. Processen met een hoog risico komen vaker langs in de interne audits dan de processen met een laag risico.
- De medewerker tevredenheid wordt jaarlijks uitgevraagd door middel van een enquête. Zorgbureau De Puzzel hecht veel waarde aan tevreden medewerkers, acties die hieruit voortkomen worden geborgd in een plan van aanpak. De medewerker tevredenheid over 2019 in het algemeen wordt gewaardeerd met een gemiddelde van een 7.5.
- De klanttevredenheid wordt ook jaarlijks uitgevraagd door middel van een enquête. De uitkomst van deze enquête is te vinden op de website: www.zorgbureaudepuzzel.nl Daarnaast wordt de klanttevredenheid geïnventariseerd middels de jaarlijkse zorgevaluaties. Beide resultaten komen terug in de jaarlijkse systeembeoordeling die tijdens de externe audit op de agenda staat ter bespreking. Acties die hieruit voortkomen worden geborgd in een plan van aanpak.
- Zorgbureau De Puzzel heeft een cliëntenraad die 3 a 4 keer per jaar bij elkaar komt. Tijdens deze vergaderingen worden zaken besproken die door de directie of door de cliëntenraad zijn ingebracht. De cliëntenraad is goed bereikbaar, de gegevens hiervan zijn te vinden op de website. De cliëntenraad zal in 2020 worden aangevuld met een extra lid.
- Zorgbureau De Puzzel werkt met een weekstart, tijdens deze weekstart wordt er per week bekeken welke bijzonderheden er zijn, welke leer- en verbetermogelijkheden er zijn en maken we met elkaar afspraken over deze verbetermogelijkheden. Doorlopend zijn er steeds 6 grote verbeterpunten die worden aangepakt door een aantal medewerkers. Wanneer een verbeterpunt succesvol is afgerond, wordt er een nieuw verbeterpunt uitgekozen om mee verder te gaan. Dit alles doen wij op de 'Lean' manier, waarbij we steeds onszelf de vraag stellen welke waarde het heeft voor de klant, of we verspillingen kunnen tegengaan en welke grondoorzaken er ten grondslag liggen aan problemen die naar voren komen. We merken dat deze manier van werken erg gericht is op het verbeteren van kwaliteit in het algemeen, en hebben veel profijt van deze werkwijze. De verbetermaatregelen zijn gekoppeld aan de kwaliteitskenmerken van Zorgbureau De Puzzel.
- Twee maal per jaar worden de incidentmeldingen geanalyseerd en opgenomen in een prisma verbetermatrix. Hierdoor worden trends in incidentmeldingen gesignaleerd en wordt er continu gewerkt aan verbeteringen doorvoeren.

- Medewerkers van Zorgbureau De Puzzel volgen werkoverleggen onder begeleiding van de orthopedagoog. Tijdens deze werkoverleggen wordt casuïstiek besproken, en worden medewerkers gecoacht op hun werk.

Informatie kwaliteit

Zorgbureau De Puzzel meet periodiek de individuele clientervaringen, dit doen wij door middel van het gebruik van de zorgdoelen evaluaties en de zorgevaluatie. Deze zijn in bijlage 1 opgenomen.

De zorgevaluatie wordt minimaal 1 keer per jaar uitgevoerd, de zorgdoelen evaluaties vinden per kwartaal plaats en zijn toegespitst op de begeleidingsplannen van de cliënten. De uitkomsten van de evaluaties worden opgenomen in de systeembeoordeling die jaarlijks wordt geëvalueerd en besproken met de cliëntenraad.

Zorgbureau De Puzzel heeft een klachtenreglement, deze is opgenomen in bijlage 2.

Voor de regio Oosterschelde zijn er geen klachten ingediend in de afgelopen jaren, voor deze regio is er dan ook geen analyse van de klachten. Zorgbureau De Puzzel heeft korte lijnen met cliënten en gezinnen over de hulpverlening die wordt geboden.

Zorgbureau De Puzzel is in het bezit van een uitgebreid kwaliteitsmanagementsysteem met een recent certificaat. Deze wordt separaat toegezonden.

Plan

Voor de Oosterschelde regio WMO had Zorgbureau De Puzzel 1 cliënt in zorg in 2019. Voor deze cliënt is een begeleidingsplan opgesteld en zijn zorgdoelen evaluaties en zorg evaluaties gehouden. Op 18 december 2019 is de jaarlijkse zorgevaluatie gehouden tussen cliënt en Zorgbureau De Puzzel. De vraag of cliënt hierin Zorgbureau De Puzzel zou aanbevelen werd hierop met een Ja beantwoord. Het rapportcijfer 9,5 werd gegeven over de algemene tevredenheid.

Bij het uitvoeren van zorgevaluaties komen regelmatig client specifieke vragen/ aandachtspunten naar voren, en algemene onderdelen. Door middel van een jaarlijkse analyse zorgevaluaties houdt Zorgbureau De Puzzel overzicht over de aandachtspunten en sterke punten zodat (indien nodig) actie ondernomen kan worden. Deze analyse wordt ook opgenomen in de systeembeoordeling. Omdat het voor de Oosterschelde regio om 1 cliënt gaat, is het niet relevant om de hele analyse mee te sturen maar is hierboven benoemd wat er uit deze evaluatie naar voren is gekomen.

Deskundigheid personeel

Zorgbureau De Puzzel werkt met een team professionals met diverse opleidingsachtergronden, ervaringen en affiniteit. Dit zorgt ervoor dat we verschillende hulpvragen passend kunnen begeleiden. Professionals zijn in het bezit van een geldige VOG, en hebben minimaal een mbo-niveau 3 opleiding gericht op welzijn aangevuld met relevante werkervaring en cursussen. Zorgbureau De Puzzel werkt waar nodig met SKJ geregistreerde professionals (en houdt hierbij rekening met de norm verantwoorde werktoedeling), en de professionals krijgen ondersteuning vanuit de orthopedagogen. Daarnaast worden zij ondersteunt op het behalen van de resultaten die zijn opgenomen in het begeleidingsplan door middel van werkbesprekingen. De professional legt alle afspraken vast in het cliëntdossier zodat te allen tijde duidelijk is waar de begeleiding op dat moment staat in het proces. Het begeleidingsplan en de zorgdoelen evaluaties maken het proces inzichtelijk en meetbaar. Het begeleidingsplan is opgenomen in bijlage 3. Het begeleidingsplan zal in 2020 vervangen worden door een zorgplan vanwege de overgang naar een Elektronisch cliënten dossier van Nedap (ONS). In het begeleidingsplan worden afspraken vastgelegd welke personen betrokken zijn bij de hulpverlening en welke rollen/ verantwoordelijkheden daarbij komen kijken. Iedere client heeft 1 eerste verantwoordelijke contactpersoon, deze persoon is het eerste aanspreekpunt voor de client.

De professionals hebben periodiek werkoverleg onder leiding van de orthopedagoog waarin intervisie en reflectie zijn opgenomen conform de eisen van de SKJ. Daarnaast heeft Zorgbureau De Puzzel tweemaal per jaar een groot werkoverleg met heel het team waarin er door de orthopedagogen scholing wordt gegeven op aandachtsgebieden die nodig zijn, en is er een apart scholingsplan voor professionals om hun kennis en kunde op peil te houden.

De afgelopen jaren zijn alle professionals van Zorgbureau De Puzzel door het GITP geschoold in de 'kortdurende ambulante begeleiding'. Dit zorgt ervoor dat het team eenzelfde basis heeft van methodieken van waaruit zij werken, waarbij er voor diverse hulpvragen en doelen tools beschikbaar zijn om methodisch aan de slag te gaan. Deze wijze is geïmplementeerd en geborgd binnen de organisatie en beschikbaar voor alle professionals.

Leren van elkaar

De begeleidingsplannen, zorg doelen evaluaties en zorgevaluaties worden (indien de cliënt hier toestemming voor heeft gegeven) gedeeld en besproken met betrokken professionals binnen en buiten de organisatie. De lijnen binnen Zorgbureau De Puzzel zijn erg kort, waardoor het makkelijker is om af te stemmen met betrokken verwijzers, andere professionals, het netwerk of anderen betrokkenen. Zorgbureau De Puzzel is van mening dat als het netwerk van de client aanwezig is, dat zij een belangrijke rol kunnen spelen in het ondersteunen van de client en het vergroten van het draagvlak om aangeleerde vaardigheden te laten beklijven. Waar mogelijk zal Zorgbureau De Puzzel hier het netwerk actief bij betrekken.

De directeur van Zorgbureau De Puzzel is betrokken bij verschillende kennismarkten, waarbij de samenwerking met andere organisaties/ netwerkpartners gezocht wordt in het delen van elkaars kennis en kunde.

Cliënt centraal

In onze missie, visie en kwaliteitskenmerken komt naar voren dat wij het oprecht belangrijk vinden dat de cliënt centraal staat. De kwaliteitskenmerken zijn opgenomen in bijlage 5. Deze kwaliteitskenmerken hebben we niet alleen maar opgesteld, onze manier van werken draait ook om deze kwaliteitskenmerken heen. Samen met de cliënt wordt doorlopen wat zijn / haar hulpvraag is, en op welke wijze daar begeleiding aan gegeven wordt. Samen met de cliënt worden afspraken gemaakt en het begeleidingsplan ondertekend.

De verbetermaatregelen die we wekelijks doorlopen, zijn gekoppeld aan de kwaliteitskenmerken. Op deze wijze kunnen we monitoren of de onderwerpen die we aanpakken ook gericht zijn op de cliënt. Heeft de cliënt er iets aan dat we dit onderdeel nu op gaan pakken? De kwaliteitskenmerken zijn ook gekoppeld aan het personeelsbeleid. Zo wordt er getoetst of dat hetgeen we met de medewerkers afspreken / bespreken ook toegespitst is op welke waarde dit voor de cliënt heeft.

Evaluatie zorgdoelen



Naam cliënt:
Cliëntnummer:

Datum evaluatie:	
Datum volgende evaluatie:	
Naam eerste verantwoordelijke:	
Aanwezig bij evaluatie:	
Betreft:	<input type="checkbox"/> Tussenevaluatie <input type="checkbox"/> Eindevaluatie

Welke doelen zijn er gesteld (overnemen uit het begeleidingsplan)?:

Hoofddoel:

Werkdoelen (inclusief domein):

Welke doelen zijn er gesteld (overnemen uit het begeleidingsplan)?:

Hoofddoel: Hoofddoel:

Werkdoelen (inclusief domein):

Welke doelen zijn behaald? Geef per behaald doel een korte beschrijving waaruit dit blijkt en meld of de doelen worden voortgezet en in welke vorm

Welke doelen zijn niet behaald? Geef per behaald doel een korte beschrijving waaruit dit blijkt. Beschrijf of de doelen worden voortgezet en in welke vorm.

Welke nieuwe doelen worden gesteld? (n.v.t. bij arrangement intensief en perspectief)

Bijzonderheden over de afgelopen periode en voortgang komende periode:

Akkoord d.d.:

Akkoord d.d.:

.....
(Handtekening ouders/
wettelijke vertegenwoordigers)

.....
(Handtekening 1^{ste} verantwoordelijke)

Akkoord d.d.:

.....
(Handtekening cliënt 12 jaar en ouder)

Evaluatie zorgverlening



Naam cliënt:
Cliëntnummer:

Datum evaluatie:	
Datum volgende evaluatie:	
Naam eerste verantwoordelijke:	
Aanwezig bij evaluatie:	
Betreft:	<input type="checkbox"/> Tussenevaluatie <input type="checkbox"/> Eindevaluatie

Wat is uw algemene indruk van de zorgverlening door Zorgbureau de Puzzel?

Algemeen:

Positieve punten zorgverlening:

Verbeterpunten:

Hoe is het contact tussen de begeleiders en uw kind?

Hoe is het contact tussen de begeleiders en uzelf?

--

Heeft de zorg verlening voldaan aan onderstaande criteria.

Wordt de structurele zorg voor 80% of meer in gevuld.

Worden de extra zorgaanvragen voor 80% of meer ingevuld?

Wanneer er sprake is van pedagogische zorg, zijn er dan max. 3 medewerkers werkzaam tijdens de structurele zorgaanvragen?

Wanneer er sprake is van verzorgende zorg, zijn er dan max. 6 medewerkers werkzaam tijdens de structurele zorgaanvragen?

Voldoen de tijdstippen van de zorgverlening nog aan de zorgvraag?

Zijn er veranderingen in de zorg gewenst en zo ja welke? Is er extra ondersteuning nodig of kan de zorg verminderd worden?

--

--

Zijn de zorgdoelen volgens de gestelde termijnen geëvalueerd? Geef een samenvatting van de resultaten. En geef een cijfer van 0-10 betreft het nut en het effect van de doelen.

Samenvatting resultaten:

Cijfer (nut en effect doelen):

Evalueren risico-inventarisatie op cliëntniveau

Hoeveel incidentmeldingen zijn er in het afgelopen jaar geweest? En welke waren dat?

Is de risico-inventarisatie recent (elk 1 jaar afgenomen)?

Staat de risico-inventarisatie vermeld in het begeleidingsplan?

Is de thuismap / dossiers op orde en het BP recent? Zo nee welke zaken moeten vernieuwd worden?

Werkafsprakenboek WMO 2017-2018 staat de eis vermeld voor de evaluatie bij de WMO beschikkingen:

- *Wat is er gedaan aan ondersteuning*
- *Wat heeft het opgeleverd*
- *Is het voorliggend veld, mantelzorg en sociaal netwerk voldoende betrokken*

<i>Kunt u uw mening aangeven m.b.t. de volgende aspecten? (a.u.b. aankruisen)</i>				
	<i>ja</i>	<i>meestal</i>	<i>onvoldoende</i>	<i>n.v.t</i>
<i>- komen de medewerkers op de afgesproken tijdstippen?</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>- zijn de medewerkers voldoende deskundig?</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>- werken de medewerkers volgens de zorgdoelen?</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>- hebben de medewerkers voldoende aandacht voor uw wensen?</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>- is de houding van de medewerkers correct?</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>- zien de medewerkers er correct en verzorgd uit?</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>- houden de medewerkers voldoende rekening met uw privacy?</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>- kunt u Zorgbureau de Puzzel goed bereiken indien nodig?</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>- wordt u tijdig geïnformeerd over wijzigingen in de zorgverlening?</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>- verloopt het contact met de zorgcoördinator naar wens?</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

<p><i>Kunt u een cijfer geven (van 1 tot 10) voor uw ervaring met Zorgbureau De Puzzel tot nu toe? (Jeugd: hoogcomplex of Laagcomplex. Wmo of PGB vermelden)</i></p>	
<p><i>Kunt u een cijfer geven (van 1 tot 10) over de tevredenheid ten aanzien van het arrangement?</i></p> <p>1. <i>In welke mate bent u in het algemeen tevreden over de geboden zorg?</i></p> <p><i>Beide vragen moeten beantwoord worden met een score van 1-10</i></p> <p><i>< 12 jaar : ouders bepalen</i></p> <p><i>12-16 jaar: ouders + jeugdige bepaalt</i></p> <p><i>16 jaar en ouder: jeugdige bepaalt</i></p> <p><i>Betreft WMO cliënt kunt cijfer geven (van 1 tot 10) over de tevredenheid ten aanzien van het inzetten van de indicatie / zorg?</i></p> <p><i>Ik heb voldoende aan de hulp gehad om na de hulp zelf verder te gaan</i></p> <p><i>1= helemaal niet mee eens – ik heb juist een zelfde soort of zwaardere hulp nodig</i></p>	

<p>2= niet mee eens – maar met een lichtere vorm van hulp red ik het goed</p> <p>3= wel mee eens – voor nu heb ik geen verdere hulp nodig, maar ik verwacht dat ik later nog wel eens om hulp zal aankloppen</p> <p>4= helemaal mee eens – ik heb geen verdere hulp meer nodig</p> <p>Uitval: Het zorgarrangement heeft een einddatum en reden einde moet worden ingevuld. Reden beëindiging zorgarrangement moet in kaart worden gebracht.</p> <p>0 Beëindiging volgens plan (01)</p> <p>0 Voortijdig: in overeenstemming (02)</p> <p>0 Voortijdig: eenzijdig door de cliënt (03)</p> <p>0 Voortijdig: eenzijdig door de aanbieder (04)</p> <p>0 Voortijdig: wegens extreme omstandigheden (05)</p>	
<p>Zou u Zorgbureau De Puzzel aan anderen aanbevelen?</p>	

Akkoord d.d.:

Akkoord d.d.:

.....
 (Handtekening ouders/
 wettelijke vertegenwoordigers)

.....
 (Handtekening 1^{ste} verantwoordelijke)

Akkoord d.d.:

.....
 (Handtekening cliënt ouder dan 12 jaar)

Bijlage 2: klachtenreglement

Hoofdstuk 1 Algemene bepalingen

Artikel 1 Begripsomschrijvingen

1. Voor de toepassing van deze regeling wordt verstaan onder:

- | | | |
|----------------------------|---|---|
| a. Zorgaanbieder: | : | Zorgbureau De Puzzel BV |
| b. Directie | : | Directeur van Zorgbureau De Puzzel BV. |
| c. Raad van Commissarissen | : | de Raad van Commissarissen van
Zorgbureau De Puzzel BV |
| d. cliënt | : | natuurlijke persoon die zorg vraagt
dan wel aan wie de zorgaanbieder zorg
verleent of heeft verleend; |
| e. medewerker | : | persoon in dienst van Zorgbureau De
Puzzel BV. |
| f. klacht | : | uiting van onvrede over een handeling, of
het nalaten daarvan, alsmede over het
nemen van een besluit, dat gevolgen
heeft voor een cliënt, door de
zorgaanbieder of door een persoon die
voor de zorgaanbieder werkzaam is, die
schriftelijk of per e-mail is ingediend de
aandacht functionaris klachten. |
| g. klager | : | degene die een klacht indient; |
| h. aangeklaagde | : | degene op wiens besluit of op wiens
handelen of nalaten de klacht betrekking
heeft; |
| i. klachtenfunctionaris | : | degene die binnen de organisatie die de
zorgaanbieder in stand houdt, belast is
met de opvang van klachten van cliënten; |

Hoofdstuk 2 Klachtopvang

Artikel 2 Bij wie kan een cliënt terecht als hij ontevreden is?

De klager kan zijn ontevredenheid bespreken met:

- a. de medewerker over wie hij niet tevreden is;
- b. diens leidinggevende;
- c. de klachtenfunctionaris.
- d. onafhankelijke klachtencommissie

Toelichting: Bij voorkeur wordt de klacht in deze volgorde besproken. Indien de klager niet de mogelijkheid ziet om de klacht direct met de medewerker te bespreken kan a. overgeslagen worden.

Artikel 3 De medewerker en diens leidinggevende

1. Een medewerker stelt degene die ontevreden over hem is in de gelegenheid om diens ontevredenheid met hem te bespreken. De medewerker betreft anderen bij het gesprek als dit bevorderlijk is voor de oplossing van de onvrede en de cliënt daartegen geen bezwaar maakt.
2. Medewerkers maken ontevreden cliënten zo nodig attent op de klachtenregeling en de klachtenfunctionaris.
3. Medewerkers bespreken onvrede van cliënten in het team waarvan zij deel uitmaken met als doel de onvrede weg te nemen en / of te voorkomen dat opnieuw onvrede ontstaat.
4. Indien een cliënt een leidinggevende vertelt dat hij ontevreden is over een medewerker, stelt de leidinggevende de cliënt in de gelegenheid om de onvrede met hem te bespreken. De betreffende medewerker is bij dit gesprek aanwezig tenzij de leidinggevende of de cliënt dit niet wenselijk vindt.

Artikel 4 De klachtenfunctionaris

1. De klachtenfunctionaris heeft ten minste de volgende taken:
 - a. hij informeert cliënten, medewerkers en derden over de klachtenregeling;
 - b. hij adviseert degenen die overwegen een klacht in te dienen en helpt hen desgevraagd bij het formuleren daarvan;
 - c. hij helpt cliënten en hun vertegenwoordigers dan wel hun nabestaanden met het oplossen van hun onvrede.
2. De klachtenfunctionaris richt zich bij het verrichten van zijn werkzaamheden op het bereiken van een duurzame oplossing van de onvrede en op herstel van de relatie tussen degene die een beroep op hem doet en degene op wie diens onvrede betrekking heeft.
3. De klachtenfunctionaris verricht zijn werkzaamheden overeenkomstig de wet en de voor hem geldende beroepsnormen en functiebeschrijving. De zorgaanbieder onthoudt zich van inmenging in de wijze waarop de klachtenfunctionaris zijn werkzaamheden in een concreet geval verricht.

4. De klachtenfunctionaris registreert zijn contacten met cliënten, de werkzaamheden die hij naar aanleiding daarvan heeft verricht en de resultaten daarvan. Op basis van deze registratie stelt de klachtenfunctionaris periodiek een rapportage op van zijn werkzaamheden en zijn bevindingen. Deze rapportage brengt hij uit aan de directie van Zorgbureau De Puzzel BV. De klachtenfunctionaris kan in zijn rapportage aanbevelingen opnemen.

5. De zorgaanbieder stelt de klachtenfunctionaris in staat om zijn taak naar behoren te vervullen en draagt ervoor zorg dat de klachtenfunctionaris niet wordt benadeeld wegens de uitoefening van zijn functie.

6. Indien hij van mening is dat hij zijn taak niet naar behoren kan vervullen of indien hij van mening is dat hij wordt benadeeld wegens de uitoefening van zijn functie, kan de klachtenfunctionaris dit rechtstreeks melden bij de Raad van Commissarissen. De Raad van Commissarissen onderzoekt zo'n melding en neemt zo nodig passende maatregelen.

7. Klachten over de klachtenfunctionaris, hetzij in de functie van klachtenfunctionaris, hetzij in een andere functie bij de zorgaanbieder, worden behandeld op basis van deze klachtenregeling, met dien verstande dat de klachtenfunctionaris daarbij zelf geen rol heeft. De klager kan zich voor advies en bijstand bij een klacht over de klachtenfunctionaris wenden tot een door de directie aan te wijzen waarnemend klachtenfunctionaris.

Hoofdstuk 3 Klachtenbehandeling

Artikel 5 Het indienen van een klacht

1. Een klacht kan schriftelijk of per e-mail worden ingediend bij de klachtenfunctionaris
2. Een klacht kan worden ingediend door:
 - a. de cliënt;
 - b. diens vertegenwoordiger;
 - c. diens gemachtigde;
3. Een persoon die meent dat hij ten onrechte niet als vertegenwoordiger van een cliënt wordt beschouwd kan daarover een klacht indienen.

Artikel 6 Ontvankelijkheid van de klacht

1. De klachtenfunctionaris verklaart een klacht niet-ontvankelijk als:
 - a. dezelfde klacht van dezelfde klager reeds door de klachtenfunctionaris is behandeld;
 - b. een gelijke klacht nog in behandeling is;
 - c. de klacht wordt ingediend door een persoon die daartoe niet bevoegd is;
 - d. de klacht betrekking heeft op een gebeurtenis die langer dan twee jaar geleden heeft plaatsgevonden, tenzij er sprake is van een andere wettelijke verjaringstermijn.
2. Indien de klachtenfunctionaris een klacht niet-ontvankelijk verklaart, deelt hij dit schriftelijk en gemotiveerd mee aan de klager.

Artikel 7 Werkwijze bij beoordeling van een klacht

1. De klachtenfunctionaris neemt binnen vijf werkdagen na ontvangst van de klacht contact op met de klager en met degene op wie de klacht betrekking heeft om te bespreken hoe de klacht behandeld zal worden. Op basis van deze gesprekken bepaalt de Klachtenfunctionaris de te volgen procedure en stelt de klager en degene op wie de klacht betrekking heeft hiervan in kennis.
2. Bij de behandeling van een klacht neemt de Klachtenfunctionaris het volgende in acht:
 - a. een klacht wordt niet beoordeeld dan nadat degene op wie de klacht betrekking heeft gelegenheid heeft gekregen om op de klacht te reageren;
 - b. indien een onderzoek plaatsvindt naar de gang van zaken waarop de klacht betrekking heeft wordt dit niet uitgevoerd door degene op wie de klacht betrekking heeft of door diens directe collega of leidinggevende;
 - c. de uitkomst van een onderzoek naar de gang van zaken waarop de klacht betrekking heeft wordt medegedeeld aan de klager en aan degene op wie de klacht betrekking heeft, zij krijgen gelegenheid om op het onderzoek te reageren en worden in kennis gesteld van elkaars reactie.

Artikel 8 Stopzetting behandeling van de klacht

Een klacht wordt niet verder behandeld, indien de klager de klacht intrekt. De klager kan de klacht intrekken door schriftelijk of per e-mail aan de Klachtenfunctionaris te kennen te geven dat hij geen verdere behandeling van de klacht wenst.

Artikel 9 Beoordeling klacht door de Klachtenfunctionaris

1. De Klachtenfunctionaris beoordeelt klachten zo spoedig mogelijk. Indien de Klachtenfunctionaris voorziet dat voor de beoordeling van de klacht meer dan zes weken nodig zijn, deelt hij dit, voor het verstrijken van deze termijn, schriftelijk of per e-mail mee aan de klager en aan degene op wie de klacht betrekking heeft. De Klachtenfunctionaris meldt tevens binnen welke termijn het oordeel alsnog gegeven zal worden. Deze termijn is niet langer dan tien weken, te rekenen vanaf de dag van ontvangst van de klacht door de Klachtenfunctionaris.
2. Indien de Klachtenfunctionaris concludeert dat de klacht ook binnen de verlengde termijn niet beoordeeld kan worden, deelt de Klachtenfunctionaris dit schriftelijk of per e-mail mee aan de klager en degene op wie de klacht betrekking heeft. De Klachtenfunctionaris geeft aan waarom de klacht niet binnen de termijn beoordeeld worden en binnen welke termijn alsnog een oordeel zal volgen. De Klachtenfunctionaris verzoekt de klager om hem binnen twee weken te laten weten of hij het oordeel wil afwachten en de klacht niet voorlegt aan de geschillencommissie. Indien de klager hiertoe niet bereid is en de voorkeur geeft aan indiening van de klacht bij de geschillencommissie, is de Klachtenfunctionaris bevoegd om de klachtenprocedure te beëindigen.
3. De Klachtenfunctionaris zendt zijn oordeel over de klacht aan de klager en aan degene op wie de klacht betrekking heeft. Hij geeft in zijn oordeel weer hoe de klacht is behandeld, hij motiveert zijn oordeel over de klacht en geeft aan of de klacht aanleiding geeft om maatregelen te nemen en zo ja welke dit zijn en binnen welke termijn deze zullen zijn gerealiseerd.
4. De Klachtenfunctionaris vermeldt dat de klager, indien hij niet tevreden is over de uitkomst van de klachtenprocedure, zoals beschreven in de in het derde lid bedoelde mededeling, de

mogelijkheid heeft om de klacht ter beoordeling aan de onafhankelijke klachtencommissie voor te leggen. De Klachtenfunctionaris vermeldt tevens binnen welke termijn de klager dit kan doen en vermeldt het adres en de website van de onafhankelijke klachtencommissie

Artikel 10 Beoordeling klacht die op meerdere zorgaanbieders betrekking heeft

1. Indien een klacht betrekking heeft op zorg die door meerdere zorgaanbieders in onderlinge samenhang wordt aangeboden en de klager meldt dat hij de klacht ook bij andere zorgaanbieders heeft ingediend en prijs stelt op gecombineerde behandeling van de klacht door de verschillende zorgaanbieders bij wie hij de klacht heeft ingediend, neemt de Klachtenfunctionaris contact op met de andere zorgaanbieders bij wie de klacht is ingediend.

2. De Klachtenfunctionaris spreekt met de andere zorgaanbieders af hoe de klacht behandeld zal worden zodat dit leidt tot een gezamenlijke oordeel van de gezamenlijke zorgaanbieders dan wel een op elkaar afgestemd oordeel van de verschillende zorgaanbieders afzonderlijk.

Artikel 11 Onafhankelijke klachtencommissie

1. Indien een klacht, na behandeling conform deze regeling, niet naar tevredenheid van de klager is opgelost en de klager daarin niet berust, is sprake van een geschil.

2. De klager kan een geschil voorleggen aan de onafhankelijke klachtencommissie. Zorgbureau De Puzzel is hiervoor aangesloten bij Stichting Inzet voor Zorg.

<https://www.stichtinginzetvoorzorg.nl/klachten-regeling/>

Artikel 12 Archivering en bewaartermijn klachtendossier

1. De Klachtenfunctionaris bewaart alle bescheiden met betrekking tot een klacht in een dossier. Een dossier wordt maximaal twee jaar bewaard. De Klachtenfunctionaris is bevoegd de bewaartermijn van een dossier te verlengen.

2. Documenten met betrekking tot een klacht worden niet in het dossier van de cliënt bewaard.

Artikel 13 Geheimhouding

Een ieder die betrokken is bij de behandeling van klachten en daarbij de beschikking krijgt over gegevens waarvan hij het vertrouwelijke karakter kent of redelijkerwijs moet vermoeden is verplicht tot geheimhouding daarvan, behoudens voor zover een wettelijk voorschrift tot bekendmaking verplicht of uit zijn taak bij de uitvoering van de klachtenregeling de noodzaak tot bekendmaking voortvloeit.

Hoofdstuk 4

Onafhankelijke klachtenfunctionaris Zorgbureau De Puzzel: Eefke Hendrickx
Contactgegevens onafhankelijke klachtenfunctionaris: eefke@zorgbureaudepuzzel.nl

Onafhankelijke klachtencommissie/ Geschillencommissie:
<https://www.stichtinginzetvoorzorg.nl/klachten-regeling/>

Hoofdstuk 5 Overige bepalingen

Artikel 14 Overige klacht- en meldmogelijkheden

Deze regeling laat de mogelijkheden om klachten voor te leggen aan andere instanties onverlet.

Artikel 15 Kosten

Voor de behandeling van klachten brengt de zorgaanbieder geen kosten in rekening aan de klager of degene op wie de klacht betrekking heeft.

Artikel 16 Openbaarmaking klachtenregeling

De zorgaanbieder brengt deze regeling onder de aandacht van cliënten en hun vertegenwoordigers door hen bij het aangaan van de overeenkomst te attenderen op deze regeling, door hun desgevraagd een exemplaar van de regeling te verstrekken en door de regeling op de website van de zorgaanbieder te plaatsen.

Artikel 17 Onvoorziene omstandigheden

In situaties waarin deze regeling niet voorziet, beslist de Klachtenfunctionaris.

Artikel 18 Vaststelling en wijziging regeling

1. Deze regeling wordt vastgesteld en kan worden gewijzigd door de Klachtenfunctionaris.
2. Voorgenomen besluiten tot vaststelling of wijziging van deze regeling legt de directie ter advisering voor aan de cliëntenraad en ter instemming voor aan de ondernemingsraad.

Artikel 19 Datum van inwerkingtreding

Dit reglement treedt in werking op 01/01/2020

Begeleidingsplan

Naam :
Adres :
Postcode en plaats :
Geboortedatum :
School :
BSN-nummer :

Financieringsvorm :
CJG / WMO medewerker :
Startdatum :
Einddatum :
Datum cliënt in zorg :

Naam vertegenwoordiger cliënt :
Telefoonnummer :

Organisatiegegevens

Naam : Zorgbureau De Puzzel bv
Bezoekadres : Zuidzijde Haven 11-11a
Postcode en plaats : 4611 HA Bergen op Zoom
Postadres : Oosterland 14
Postcode en plaats : 4617 MG Bergen op Zoom
Telefoonnummer : 0164 – 230 113

Auteur verslag / functie :
Eerste verantwoordelijke :
Startdatum :
Geldig tot :

Algemeen beeld

Gezinssituatie / betrokken netwerk
Betrokken hulpverleners

Diagnose

Gebruik van medicatie (indien van toepassing)

Conceptuele adaptieve vaardigheden

Sociale vaardigheden

Zelfredzaamheid

Invullen van vrije tijd

Obsessies en angsten

Seksualiteit

Zorgdoelen

Zorgprofiel nummer invoegen: beschrijving overnemen behorende bij zorgprofiel

Hoofddoel: kies hoofddoel bij zorgprofiel:

Domein: Zie handleiding

Werkdoel: X is over .. maanden in staat om ...

Uitvoering:

Stappenplan en begeleidingsprocedure	(Methodische) middelen
<p>Voorbeeld:</p> <p><i>Stappenplan</i></p> <ol style="list-style-type: none">1. Binnenkomst2. Naar studeerkamer van X3. Evalueren van voorgaande week4. Periodeplanner bijwerken5. Weekplanner invullen6. Losse papier/verslagen ordenen7. Indien tijd over: huiswerk maken <p><i>Begeleidingsprocedure</i></p> <p>X pakt zijn agenda en studiewijzers. Samen ga je na wanneer X gaat sporten, werken etc. De weekplanner wordt ingevuld aan de hand van de stappen die op de weekplanner staan. In de loop van de periode wordt de begeleiding bij het invullen afgebouwd volgens de most-to-least procedure.</p>	<p>Voorbeeld:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Methodisch middel - Most-to-least procedure2. Hulpmiddelen - Weekplanner - Stappenplan op weekplanner3. Bekrachtigers - complimenteren4. Registratie - In de dagrapportage wordt opgeschreven welke hulp geboden is

Domein: Zie handleiding

Werkdoel: X is over .. maanden in staat om ...

Uitvoering:

Stappenplan en begeleidingsprocedure	(Methodische) middelen
<p><i>Stappenplan</i></p> <p><i>Begeleidingsprocedure</i></p>	<ol style="list-style-type: none">1. Methodisch middel2. Hulpmiddelen3. Bekrachtigers

	4. Registratie
--	----------------

Domein: Zie handleiding

Werkdoel: X is over .. maanden in staat om ...

Uitvoering:

Stappenplan en begeleidingsprocedure	(Methodische) middelen
<i>Stappenplan</i>	1. <i>Methodisch middel</i>
<i>Begeleidingsprocedure</i>	2. <i>Hulpmiddelen</i>
	3. <i>Bekrachtigers</i>
	4. <i>Registratie</i>

Hoofddoel: *kies hoofddoel bij zorgprofiel:*

Domein: Zie handleiding

Werkdoel: X is over .. maanden in staat om ...

Uitvoering:

Stappenplan en begeleidingsprocedure	(Methodische) middelen
<i>Stappenplan</i>	1. <i>Methodisch middel</i>
<i>Begeleidingsprocedure</i>	2. <i>Hulpmiddelen</i>
	3. <i>Bekrachtigers</i>
	4. <i>Registratie</i>

Domein: Zie handleiding

Werkdoel: X is over .. maanden in staat om ...

Uitvoering:

Stappenplan en begeleidingsprocedure	(Methodische) middelen
<i>Stappenplan</i>	1. <i>Methodisch middel</i>
<i>Begeleidingsprocedure</i>	2. <i>Hulpmiddelen</i>
	3. <i>Bekrachtigers</i>
	4. <i>Registratie</i>

Domein: Zie handleiding

Werkdoel: X is over .. maanden in staat om ...

Uitvoering:

Stappenplan en begeleidingsprocedure	(Methodische) middelen
<i>Stappenplan</i>	1. <i>Methodisch middel</i>
<i>Begeleidingsprocedure</i>	2. <i>Hulpmiddelen</i>
	3. <i>Bekrachtigers</i>
	4. <i>Registratie</i>

Benaderingswijze

Risico's uit risico inventarisatie:

Gedragsafspraken

Evaluatie

Wijze van evalueren:	
Datum evaluatie:	Werkdoel 1: Werkdoel 2: Werkdoel 3:

Datum:
Akkoord Zorgbureau De Puzzel
Naam:
Handtekening:

Datum:
Akkoord ouders/ verzorgers cliënt
Naam:
Handtekening:

Datum:
Akkoord cliënt (ouder dan 12 jaar)
Naam:
Handtekening:

Bijlage 5 Kwaliteitskenmerken Zorgbureau De Puzzel

Kwaliteitskenmerk	Doelstelling	Meetpunt	Proces
Passende Zorg			
Er wordt rekening gehouden met de specifieke eigenschappen en behoeftes van de cliënt	Selecteren van de juiste begeleider bij de cliënt	De klanttevredenheid op dit punt is minimaal een 7	Zorgevaluatie
Deskundig	De begeleiders zijn minimaal MBO opgeleid	Alle begeleiders zijn minimaal MBO opgeleid	Medewerker
	Complexe casuïstiek wordt ingezet door SK jeugd geregistreerde begeleiders	Alle HBO opgeleide medewerkers die werken in de hulpverlening zijn SK Jeugd geregistreerd	Medewerker
Beschikbaarheid en tijdigheid			
	Tijd tussen aanmelding en intake	Binnen 5 werkdagen	Intake
	Tijd tussen intake en start zorg	Binnen 7 dagen	Zorgverlening
	De zorg wordt zoveel mogelijk ingezet op tijden die cliënt of diens ouders wensen	In 90% van de gevallen	Zorgevaluatie
	We starten snel met de zorg naar behoefte van de cliënt	In 99% van de gevallen	Intake
Continuïteit van Zorg			
Er zit een maximum aan het aantal begeleiders (doelmatig)	Ambulante Begeleiding vindt plaats door maximaal 3 verschillende begeleiders	In 90% van de gevallen	Intake / Planning
Betrouwbaar	De zorg gaat altijd door	In 90% van de gevallen	Zorgverlening

Doelmatig			
Verantwoord	De zorg wordt doelmatig ingezet, er wordt rekening gehouden met kosten en baten	In alle gevallen	Intake / Planning
Transparant	We doen wat we zeggen en zeggen wat we doen: alle afspraken leggen we vast in notulen	Al onze afspraken die we tijdens vergaderingen maken, worden vastgelegd in notulen	In alle processen van de organisatie
Duidelijk	Er wordt volledig en duidelijk gerapporteerd in het dossier van de cliënt	In alle gevallen	Evaluatie Zorg
Efficiënt			
Korte lijnen	Iedere cliënt heeft 1 aanspreekpunt	In alle gevallen	Zorgverlening
Gelijkheid			
	Iedere cliënt kunnen we zorg bieden	In 99% van de gevallen	Intake
	We gaan gelijkwaardig met elkaar om	In 100% van de gevallen	Zorgverlening / medewerkers
	De groepssamenstelling is passend bij elkaar	In 95% van de gevallen	Intake / Zorgverlening
Evidence based zorg			
Onder de zorgdoelen die zijn opgesteld ligt een methodiek	Inzet van methodieken zoals Most to least prompting. Registratie op zorgdoelen passend bij de gekozen methodiek	In 90% van de zorgdoelen ligt er een methodiek ten grondslag	Zorgverlening
Evaluatie van de zorgdoelen	Registratie tijdens het uitvoeren van de zorgdoelen en evaluatie formulier	In alle gevallen	Zorgverlening
Aanwezigheid BP	Iedere cliënt heeft een actueel BP waarin de	In alle gevallen	Zorgverlening

	zorgdoelen zijn opgenomen		
Zorgvrager georiënteerd			
Persoonlijk	Cliënt en/of ouders zijn betrokken bij de halfjaarlijkse evaluatie	In alle gevallen	Zorgevaluatie
	1 keer per jaar wordt een zorgevaluatie uitgevoerd bij de cliënt	95% van de gevallen	zorgevaluatie
Betrokkenheid van de cliënt			
	Tijdens de intake wordt besproken wat de hulpvraag en doelen van de cliënt / diens ouders zijn	In alle gevallen	Intake / BP
	Er is een cliëntenraad die inbreng heeft in het beleid	3 keer per jaar een vergadering met de cliëntenraad	Cliëntenraad
Clientveiligheid			
	Risico analyse uitvoeren bij de start van de zorg en bij iedere zorgevaluatie	In alle gevallen, opnemen in Begeleidingsplan	Intake / BP / zorgproces
	Opnemen van alle verbeterpunten in verbetermatrix	In alle gevallen	Verbetermatrix
Tijdigheid en toegankelijkheid			
	We zijn toegankelijk voor diverse doelgroepen	In 95% van de gevallen	Zorgverlening

Bijlage 7: Agenda werkoverleg



Agenda – werkbespreking team

1. Opening + intervisielijst tekenen
2. Vaststelling agenda
3. Mededelingen
 - Richtlijnen jeugdhulp
4. Cliënten
5. Meervoudige partijdigheid
6. Rondvraag

PROBLEEMOPLOSSENDE METHODE

Stap	Beschrijving	Tijdsindicatie
Stap 1	<u>Vraagintrodactie</u> Inbrenger introduceert zijn vraag en geeft een beknopte toelichting.	5 min
Stap 2	<u>Probleemverkenning</u> Groepsleden verkennen de casus door het stellen van vragen. Afronding met ordening/samenvatting.	15 min
Stap 3	<u>Suggesties bespreken</u> Ieder groepslid formuleert ten minste een suggestie of een advies voor de inbrenger.	5 min
Stap 4(*)	<u>Reactie inbrenger</u> De inbrenger reageert op de adviezen en suggesties. Wat spreekt aan en wat niet? De begeleider stelt aan de orde of de behandeling afgesloten kan worden of terug moet worden gegaan naar stap 1 en 2?	5 min
Stap 5	<u>Evaluatie</u> De inbrenger evalueert het proces: ervaringen, effecten van inbreng groepsleden en dergelijke.	10 min
	Benodigde tijd	40 min