

Samenvatting opbrengsten Expertisetafel Kwaliteit Beschermd wonen d.d. 27 januari 2016

Welkom door wethouder Nathalie van der Zanden

Welkom en dank aan brede vertegenwoordiging vanuit cliëntenvertegenwoordiging, zorgaanbieders, wethouders regiogemeenten, mensen van de uitvoeringsorganisatie Peel 6.1., Bizob.

Dit is de tweede Expertisetafel, na het onderzoek en de werkconferentie over beschermd wonen. Dit keer over kwaliteit, een belangrijk en actueel vraagstuk, onderwerp van de Ontwikkelagenda. We willen graag inzichten ophalen op deze bijeenkomst. Die inzichten gebruiken we om onze contracten en ons beleid verder door te ontwikkelen.

Er zijn ter voorbereiding landelijke stukken toegestuurd. Die dienen er vooral toe om ons te helpen te bepalen wat we zèlf belangrijk vinden in deze regio.

De input zal uiteindelijk verwerkt worden in concepten die vervolgens aan de overlegtafel Beschermd wonen worden teruggedragen en ook op de website komen, zodat een zo breed mogelijk gezelschap kan meedenken en reageren. Op die manier willen we tot een breed gedragen nieuw beleid komen. Dit laatste niet alleen voor zorg in natura maar ook voor pgb.

Toelichting op programma: Wat moet de bijeenkomst opleveren? Een antwoord op de volgende vragen:

- Bij wie liggen verantwoordelijkheden?
 - Welke eisen en toetsing aan de voorkant (toelating)? Dus wat willen we in een contract vastleggen?
 - Welke aspecten gaan we monitoren/toetsen? Wat heeft prioriteit? En wat niet?
 - Hoe vindt handhaving / monitoring plaats? Zowel van de aanbieder als van de (kwaliteit van de) geboden zorg in individuele trajecten?
 - Moet er onderscheid gemaakt worden tussen Zorg in Natura of Pgb?
-

A. BESCHERMD WONEN ZORG IN NATURA

Discussie over de stelling: **de klant kiest altijd voor kwaliteit**

- Kan de klant zelf wel kiezen? Dat hangt af van de fase in het proces van herstel en ontwikkeling. De klant is lang niet altijd in staat om zelf te kiezen. Het ziektebeeld / beperkingen kunnen van invloed zijn op de keuzes. Het moeten maken van een keuze kan ook leiden tot een enorme stress bij de cliënt. Voldoende steun in de omgeving moet dan aanwezig zijn, zoals het eigen sociaal netwerk (ouders), de behandelaar.
- Heeft de klant zicht op de mogelijkheden? Is er genoeg kennis van het aanbod, hoe realiseer je inzicht en overzicht? Hoe wordt een klant voorgelicht en door wie? Waar gaat voorlichting over in sturing? Hoe komt de klant bij een aanbieder terecht? Kiest de klant de aanbieder, of zoekt de aanbieder de klant?
- Is er wel keuze? Is er wel iets te kiezen? Voor sommige doelgroepen is er heel weinig aanbod (hoe specifieker de randvoorwaarden, hoe minder er te kiezen valt). Dit hangt ook samen met andere factoren, zoals beschikbaarheid van passende huisvesting.

- Wat is kwaliteit? Mensen kunnen daar sowieso anders naar kijken. Herkent een cliënt altijd kwaliteit?
- Er kunnen verschillende redenen zijn om te kiezen voor een aanbod, dat is niet altijd het juiste kwalitatieve aanbod. De juiste kwaliteit moet een balans zijn tussen wensen en mogelijkheden, passend bij het ontwikkelingsperspectief van de klant. Daarbij dienen wel waarborgen te zijn voor kwaliteit, zoals veiligheid. Wensen van een klant en de wensen van de samenleving kunnen uiteenlopen. Zijn wensen van mensen altijd reëel ?
- Het aspect van hospitalisering wordt genoemd. Hebben alle medewerkers in de zorg voldoende oog voor het gevaar van hospitalisering? Kwaliteit gaat ook over een visie, een visie op herstel, of beter gezegd: werken vanuit doelstellingen / resultaten.
- Het gemis in de toekomst wordt benoemd van de wegbezuinigde medewerkers van MEE: met name voor ouderinitiatieven biedt MEE een belangrijke vorm van begeleiding.

Conclusie: In het licht van het voorgaande is het stellen van kwaliteitseisen zeker noodzakelijk.

B. KWALITEITSEISEN

De kwaliteitseisen zoals geformuleerd in het landelijke document “Eindrapport basis kwaliteitseisen beschermd wonen en maatschappelijke opvang” liggen voor ter discussie.

De deelnemers is gevraagd aan te geven:

- **WAT** gaan we aan kwaliteitseisen vastleggen in het contract met Zin-aanbieders? (toetsing aan de voorkant / aangegeven via groene stickers)
- **WAT** heeft prioriteit in het handhaven/toetsen van kwaliteit (aangegeven via rode stickers)?
- **WAT** heeft geen prioriteit/meerwaarde? Welke zouden we zeker niet moeten opnemen (blauwe stickers) ?

Uit de inventarisatie blijkt dat vrijwel alle eisen van belang worden gevonden. Een aantal leent zich ervoor om aan de voorkant te stellen (een contractseis, te toetsen bij toelating als aanbieder). Een aantal leent zich ervoor om te toetsen aan de hand van de praktijk.

Er is discussie over enkele eisen:

- Werkt vanuit het gedachtegoed van ‘herstel’:

Het begrip ‘herstel’ is geen eenduidig begrip en moet worden gedefinieerd. Waar het vooral om gaat is het benutten van iemands mogelijkheden en het centraal stellen van het maximaal haalbare ontwikkelingsperspectief van de cliënt, door hem/haar zelf mede bepaald. Dat kan zowel zijn: het bevorderen en versterken van herstel, als behoud en stabilisatie, of het voorkomen van achteruitgang. Uitgangspunt moet de cliënt en zijn behoeften en mogelijkheden zijn. Dat uitgangspunt wordt unaniem ondersteund.

- Gebruik van bewezen effectieve interventies en innovatie:

Dit is veel te absoluut gesteld. De effectiviteit van interventies is afhankelijk van de persoon en van veel factoren afhankelijk. Vertrouwen is bijvoorbeeld erg belangrijk. Bovendien staat een dergelijke eis innovatie in de weg. ‘Practise-based’ kan net zo waardevol zijn als ‘evidence-based’. Dat wil niet zeggen dat geaccepteerd mag worden dat een aanbieder ‘zo maar iets doet’.

Het is noodzakelijk om methodisch en systematisch handelen te vereisen, gericht op geformuleerde doelen, afgestemd op de cliënt. Er moet een plan ten grondslag liggen aan de begeleiding: een behandelplan, een herstel-ondersteuningsplan, zorgplan, o.i.d. In het plan moet de zorgaanbieder in samenspraak met de cliënt het wat en waarom van zijn aanpak beschrijven, inclusief doelstellingen. In een triage van cliënt (en evt. zijn sociaal systeem), aanbieder en gemeente (Wmoconsulent) dient dit vastgesteld te worden.

- **Certificering:**

Er is discussie over in hoeverre de aanbieder over een certificering moet beschikken. Certificering geeft uitdrukking aan ingeregelde processen die nodig zijn om geleverde zorg inzichtelijk te maken. Certificering kan echter zodanig (administratief) zwaar op een organisatie drukken dat het voor aanbieders een reden kan zijn (en ook is geweest) om het contract zorg in natura niet aan te gaan met de Peelgemeenten. In samenhang met de andere basiseisen, bijvoorbeeld omtrent gedrag en bejegening, veiligheid, e.d. hoeft de certificering niet doorslaggevend te zijn. Wel vindt eenieder het van belang dat aanbieders/dienstverleners aantoonbaar professioneel en deskundig zijn, bijvoorbeeld doordat zij een relevante opleiding hebben gevolgd. Certificering en kwaliteitseisen gaan verder dan sec opleiding deskundigheid. Het gaat ook over veiligheid etc. Governance is hierin belangrijk. Hoe ga je dit toetsen?

- **Registratie/administratieve eisen:**

Zodra deze verworden tot extra ballast en geen meerwaarde hebben, moeten deze niet worden gehanteerd. Zolang deze dienen om verantwoordingsprocessen makkelijker te maken (iWmo) of om besteding van zorgmiddelen transparant te maken, zijn deze wel degelijk belangrijk. Er wordt met (veel) gemeenschapsgeld gewerkt, het is niet meer dan terecht om de besteding ervan te verantwoorden. Er moeten echter geen onnodige eisen worden gesteld. Zo regelarm mogelijk inrichten blijft het streven.

- **Werkend kwaliteitstoetsingssysteem:**

Dit neigt naar administratieve balast. Toetsing is van belang, de vorm waarin zeker ook. Dit komt later terug op de agenda.

- **Medezeggenschap:**

Hiermee wordt bedoeld dat de cliënten onafhankelijk van hun individuele zorgtraject in collectieve zin invloed kunnen uitoefenen op de kwaliteit van de zorgaanbieder. De vorm waarin dit plaatsvindt, moet niet worden voorgeschreven. Niet iedere aanbieder heeft de omvang die een medezeggenschapsraad nodig maakt, maar er moet wel een manier zijn om cliënten / vertegenwoordigers inspraak te geven op zaken die randvoorwaardelijk zijn voor de kwaliteit van de zorgverlening en het functioneren van de organisatie. Medezeggenschap is in die zin voor aanbieders zelf ook van belang, om hen scherp te houden op hun kwaliteit. Cliënten kunnen blinde vlekken blootleggen en juist op andere aspecten wijzen die van belang zijn in het kader van kwaliteit, veiligheid en resultaat.

In het geval van ouderinitiatieven wordt erop gewezen dat ouders - c.q. de besturen van ouderinitiatieven - vaak degenen zijn die de kwaliteit bewaken. Daar zijn medezeggenschap-regelingen van een andere orde.

Maar ook daar is het van belang om de cliënten zelf te betrekken en te laten meedenken. Ouderinitiatieven maken momenteel ook een ontwikkeling door op dit soort aspecten.

Conclusie: met nuancering op onderdelen wordt de landelijke set 'basiskwaliteitseisen beschermd wonen' breed gesteund.

C. HOE gaan we toetsen? In welke vorm?

Een aantal eisen kan bij de toelating getoetst worden, dit zijn met name de 'systeemeisen'. Een aanbieder moet aantonen hiermee te werken en daar zijn handtekening onder zetten. Dit zijn voorwaarden om toegelaten te worden.

Het is niet altijd nodig om dan vervolgens steeds te blijven toetsen of aan de voorwaarden wordt voldaan, er mag ook op vertrouwd worden dat dit zo is. We willen geen systeem bouwen op incidenten. Gemeenten willen ook geen verantwoordelijkheden naar zich toetrekken die niet waargemaakt kunnen worden. Van aanbieders mag gevraagd worden om te voldoen aan de kwaliteitseisen die contractueel overeengekomen zijn. Dit is een verantwoordelijkheid van de aanbieder. Als er redenen zijn om hieraan te twijfelen, kan dit alsnog worden getoetst. Of steekproefsgewijs. Dit kan mogelijk gekoppeld worden aan een beloningssysteem: het geven van vertrouwen. Als een aanbieder bij toetsing voldoet aan de afgesproken eisen, dan kan worden besloten om vervolgens een aantal jaren niet te toetsen. Dit toetsen op kwaliteit staat overigens los van de verantwoording van de besteding van de middelen, dit dient altijd te gebeuren.

Monitoring van de kwaliteit van de aanbieder als organisatie kan op vele manieren. De aanwezigen zien wel iets in het systeem dat in de regio Twente is ontwikkeld: een audit-systeem, dat werkt met auditcommissies vanuit medewerkersperspectief en vanuit cliëntenperspectief.

Hiervan kan een sterk 'lerende' werking uitgaan. Een audit moet leer- en verbeterpunten opleveren. De aanwezigen vinden het een interessante gedachte om verder uit te werken. Hierbij zouden we kunnen overwegen om klein en praktisch te beginnen en het verder uit te bouwen.

Daarnaast is toetsing noodzakelijk van de kwaliteit en resultaten van de zorgverlening. Dit is enerzijds op het niveau van de cliënt: het toetsen van individuele resultaten aan het zorg- of ondersteuningsplan. Dit gebeurt op individueel niveau, in een driegesprek tussen cliënt (en evt. zijn/haar sociaal systeem), aanbieder/begeleider en Wmoconsulent. Dit blijft altijd op regelmatige basis gebeuren.

Conclusie: Toetsing vindt vooraf plaats bij toelating en het is een verantwoordelijkheid van de aanbieder om aan de eisen te blijven voldoen. Indien dit zo is, kan vanuit vertrouwen wat meer worden losgelaten. Bij wijze van proef zouden we aan de slag kunnen gaan met een vorm van audits, ter monitoring van de kwaliteit van aanbieders.

D. PGB-DIENSTVERLENING

Stellingen:

De cliënt Beschermd wonen is zelf verantwoordelijk voor de kwaliteit van pgb-aanbod

Voor pgb-aanbod Beschermd wonen gelden andere eisen dan voor zorg in natura

Vrijwel alle aanwezigen zijn van mening dat pgb-aanbieders beschermd wonen op een zelfde manier (vooraf) en aan dezelfde kwaliteitseisen getoetst moeten worden als zorgaanbieders in natura. Dit wordt zelfs benoemd als een ethische norm. Er wordt gewerkt met een zeer kwetsbare doelgroep, vaak met een zeer beperkt sociaal netwerk, dat moeilijk in staat is om de kwaliteit van zorg te toetsen. Bewindvoerders doen dit ook niet. Daarnaast wordt in twijfel getrokken of de cliënten die behoren tot de 'intramurale' doelgroep beschermd wonen wel over een pgb moeten kunnen beschikken.

Mede met het oog op de forse bedragen die hiermee gemoeid zijn, is het risico groot op het ontstaan van 'cowboys' en onveilige en onwenselijke situaties. Er wordt ook gewerkt met hetzelfde gemeenschapsgeld als zorgaanbieders in natura.

Een pgb-aanbieder die zichzelf serieus neemt, wil ook voorkomen dat zijn kwaliteit in twijfel wordt getrokken en zou om die reden al moeten willen voldoen aan dezelfde kwaliteitseisen, zo wordt betoogd. Dus ook aan pgb-aanbieders mag worden gevraagd aan de audits mee te doen.

Vanuit de ouderinitiatieven wordt aangegeven dat een uitzondering voor deze initiatieven aan de orde zou moeten zijn: de ouders zelf houden al nauwlettend toezicht op de aanbieder.

Vanuit een ZIN/Pgb-aanbieder wordt gevraagd om afstemming te zoeken met de verantwoordings-eisen en –processen van de overige financiers, met name de zorgverzekeraar en met regiogemeenten.

Eén pgb-dienstverlener is van mening dat de eisen te zwaar zijn voor kleinschalige pgb-zorg.

Conclusie: Pgb-dienstverleners dienen aan dezelfde eisen te voldoen als zorg in natura-aanbieders en de gemeenten mogen daarop toetsen in hun beoordeling of de zorg veilig, doeltreffend en cliëntgericht wordt ingezet.