

## 20220301 concept wegingskader bij SIAC kwaliteitskader (versie kwaliteitskader 20211130)

Leeswijzer:

Voor u ligt het wegingskader, behorende bij het SIAC kwaliteitskader. Van SIAC-instellingen wordt verwacht dat zij periodiek middels een zelfevaluatie de uitvoering van het kwaliteitskader wegen. Uitgangspunt hierbij is dat de organisaties op alle normen voldoende scoren. Bij een onvoldoende score op een norm maakt de organisatie een intern verbeterplan.

Eén keer per jaar koppelen de organisaties de bevindingen van de evaluatie aan elkaar terug en wordt gekeken of er op SIAC-niveau mogelijk een onderwerp opgepakt of besproken moet worden.

### Wegingskader

	Norm	Beschrijving norm	Score	
1	Zorg ingericht en uitgevoerd conform richtlijnen	De instelling heeft de zorg ingericht en voert deze uit conform de binnen de sector geldende zorgprogramma's.	Voldoende	De instelling heeft de zorg ingericht en voert deze uit conform de opgestelde richtlijnen van de zorgprogramma's benoemd in hoofdstuk 2 en 3.
			In ontwikkeling	De instelling heeft de zorg ingericht conform de opgestelde richtlijnen van de zorgprogramma's benoemd in hoofdstuk 2 en 3 en voert dit niet uit.
			Onvoldoende	De instelling heeft de zorg niet ingericht conform de opgestelde richtlijnen van de zorgprogramma's benoemd in hoofdstuk 2 en 3 en niet uitgevoerd.

2	ISO-certificatie	De instelling heeft een extern getoetst en geldig kwaliteitscertificaat (bijvoorbeeld ISO of HKZ)	Voldoende	Certificaat aanwezig.
			In ontwikkeling	traject naar certificering is wel gestart, certificaat niet aanwezig.
			Onvoldoende	geen certificaat aanwezig.
3	Behandelvisie	De instelling heeft een behandelvisie opgesteld (met daarin onder meer wat de instelling wil bereiken en wat de kernwaarden zijn).	Voldoende	De instelling heeft een behandelvisie opgesteld en medewerkers handelen conform deze visie/
			Voldoende	De instelling heeft een behandelvisie opgesteld.
			Onvoldoende	De instelling heeft geen behandelvisie opgesteld.
4	Volume en Samenwerking in de keten	<ul style="list-style-type: none"> <li>Bij een instelling die ZG-behandeling biedt aan cliënten in cliëntprofielen 1 t/m 13 is sprake van een aantoonbaar intensieve samenwerking met een audiologisch centrum, waar de grondslag- en specialistische diagnostiek betreffende gehoor en taal/spraak plaatsvindt. Dit omdat het diagnostisch traject ook na verwijzing een centrale plaats inneemt in de ZG-behandeling.</li> </ul>	Voldoende	Er is aantoonbaar samenwerking in de keten, passend bij de cliëntprofielen. Er vindt periodiek evaluatie en verbetering plaats

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bij een instelling die ZG-behandeling biedt aan cliënten in cliëntprofielen 14 t/m 17 is sprake van een breder zorgaanbod voor die doelgroepen dan enkel ZG-behandeling (zorg vanuit andere stelsels, zoals Wmo, Wlz of vanuit aanpalende aanspraken in de Zvw, zoals GGZ of AC). Dit om de expertise over deze doelgroep op het juiste peil te kunnen houden. Het gaat in de Zvw-ZG hier om doelgroepen van erg kleine omvang en de zorg wordt veelal in nauwe samenhang aangeboden.</li> <li>• Bij een instelling die ZG-behandeling biedt aan cliënten in cliëntprofielen 18 en 19 is sprake van een aantoonbaar intensieve samenwerking met een aanbieder die zorg levert aan mensen met een verstandelijke beperking of heeft dit zelf in huis. Dit om de nauwe samenhang met VG-expertise te borgen.</li> </ul>	In ontwikkeling	Er is aantoonbaar samenwerking in de keten, passend bij de cliëntprofielen
			Onvoldoende	Er is geen samenwerking in de keten, passend bij de cliëntprofielen.
5	Diversiteit en inclusie	De ZG-instelling heeft beleid geformuleerd waaruit blijkt dat in de samenstelling van het personeel aantoonbaar aandacht is voor diversiteit en inclusiviteit en dat de voorwaarden daarvoor in het werkklimaat gerealiseerd zijn.	Voldoende	Er is beleid geformuleerd, deze wordt toegepast, periodiek geëvalueerd en bijgesteld.
			In ontwikkeling	Er is beleid geformuleerd.
			Onvoldoende	Er is geen beleid geformuleerd.
6	Kennis delen in de keten	De ZG instelling deelt aantoonbaar kennis over auditief en/of communicatieve beperkingen met 1e lijnsvoorzieningen en professionals die in aanpalende	Voldoende	Er vindt op structurele wijze aantoonbaar kennisdeling plaats in de keten.

		sectoren werken. Zo zorgen we er samen voor dat mensen met een auditief/ communicatieve beperking gezien worden en de juiste hulp en ondersteuning krijgen in hun leven. (stepped care).	In ontwikkeling	Er vindt op niet structurele wijze kennisdeling plaats in de keten.
			Onvoldoende	Er geen kennisdeling plaats in de keten.
7	Eindverantwoordelijkheid	Bij alle cliëntprofielen is sprake van eindverantwoordelijkheid door een GZ-psycholoog, orthopedagoog generalist, orthopedagoog of (ontwikkelings)psycholoog.	Voldoende	De GZ-psycholoog, orthopedagoog generalist, orthopedagoog of (ontwikkelings)psycholoog is eindverantwoordelijk voor alle cliëntprofielen en dit is verankerd in het zorgproces.
			In ontwikkeling	De GZ-psycholoog, orthopedagoog generalist, orthopedagoog of (ontwikkelings)psycholoog is eindverantwoordelijk voor alle cliëntprofielen.
			Onvoldoende	Een andere (zorg)professional dan de GZ-psycholoog, orthopedagoog generalist, orthopedagoog of (ontwikkelings)psycholoog is eindverantwoordelijk voor een of meerdere cliëntprofielen

8	Voor de doelgroep opgeleide professionals	De ZG-instelling heeft aantoonbaar afspraken gemaakt over de (ontwikkeling van) ZG-behandelinhoudelijke kennis- en vaardigheden van medewerkers. De ZG-instelling heeft aantoonbaar afspraken gemaakt over de taal- en communicatievaardigheden passend bij de specifieke ZG-doelgroepen (NGT, NmG) die binnen de instelling behandeling ontvangen en aangepast aan de functie van de medewerker. Deze afspraken zijn vastgelegd in een opleidingsbeleid en een opleidingsplan dat jaarlijks wordt geactualiseerd. De ZG-instelling kan aantonen dat medewerkers de opleiding hebben gevolgd.	Voldoende	Er zijn aantoonbaar afspraken gemaakt over ZG-inhoudelijke kennis-en vaardigheden en communicatievaardigheden van medewerkers. De afspraken zijn vastgesteld in een opleidingsbeleid worden jaarlijks geëvalueerd en geactualiseerd. De ZG-instelling kan aantonen dat medewerkers de opleiding hebben gevolgd.
			In ontwikkeling	Er zijn aantoonbaar afspraken gemaakt over ZG-inhoudelijke kennis -en vaardigheden en communicatievaardigheden van medewerkers. De ZG-instelling kan aantonen dat medewerkers de opleiding hebben gevolgd.
			Onvoldoende	Er zijn geen afspraken gemaakt over ZG-inhoudelijke kennis -en vaardigheden en communicatievaardigheden van medewerkers en/of de ZG-instelling kan niet aantonen dat medewerkers de opleiding hebben gevolgd.
9	Multidisciplinaire behandelsetting	Het behandelteam bestaat uit meerdere disciplines met expertise gericht op de domeinen taal/communicatie, systeem en gedrag. De instelling zorgt hierdoor voor een multidisciplinaire behandelsetting. Het behandelteam beschikt naast behandelinhoudelijke	Voldoende	Het behandelteam bestaat uit meerdere disciplines met expertise gericht op de domeinen taal/communicatie, systeem en gedrag.

		kennis en vaardigheden tevens over communicatievaardigheden, die passend zijn bij de doelgroepen die behandeld worden.	In ontwikkeling	
			Onvoldoende	Het behandelteam bestaat niet uit meerdere disciplines met expertise gericht op de domeinen taal/communicatie, systeem en gedrag.
10	Monitoren van behandelresultaten	Het monitoren en evalueren van behandelresultaten is aantoonbaar geborgd in de uitvoering van de zorgprogramma's binnen de instelling.	Voldoende	Het monitoren en evalueren van behandelresultaten is aantoonbaar geborgd in de uitvoering van de zorgprogramma's binnen de instelling.
			In ontwikkeling	Het monitoren en evalueren van behandelresultaten is niet geborgd in de uitvoering van alle zorgprogramma's binnen de instelling, maar vindt wel plaats.
			Onvoldoende	Het monitoren en evalueren van behandelresultaten vindt niet plaats binnen de zorgprogramma's.
11	Cliëntervaring	De instelling meet minimaal jaarlijks de cliëntervaring. De uitkomsten hiervan worden openbaar gemaakt via het jaarverslag en op de website van instelling. Tevens wordt aangegeven of (en welke) beleidswijzigingen	Voldoende	De instelling meet jaarlijks de cliëntervaring. De uitkomsten worden openbaar gemaakt op de website. De instelling trekt lering

		naar aanleiding van de resultaten van de meting zijn doorgevoerd.		uit de resultaten en voert verbeteracties uit.
			In ontwikkeling	De instelling meet jaarlijks de cliëntervaring. De uitkomsten worden openbaar gemaakt op de website.
			Onvoldoende	De instelling meet niet jaarlijks de cliëntervaring. De uitkomsten worden niet gepubliceerd.
12	Zelfevaluatie	De instelling voert driejaarlijks een zelfevaluatie uit naar de bereikte kwaliteit, gebruikmakend van indicatoren uit dit landelijk kwaliteitskader.	Voldoende	De instelling voert driejaarlijks een zelfevaluatie uit, gebruikmakend van de indicatoren uit dit kwaliteitskader. De uitkomsten worden openbaar gemaakt op de website. De instelling trekt lering uit de resultaten en voert verbeteracties uit.
			In ontwikkeling	De instelling voert driejaarlijks een zelfevaluatie uit, gebruikmakend van de indicatoren uit dit kwaliteitskader.
			Onvoldoende	De instelling voert niet driejaarlijks een zelfevaluatie uit, gebruikmakend van de indicatoren uit dit kwaliteitskader.