

2018

Kwaliteitskader
ADL-assistentie
in ADL-clusters

Kwaliteitskader ADL-assistentie in ADL-clusters

Opgesteld door de drie aanbieders van ADL-assistentie in ADL-clusters:



Met dank aan de geconsulteerde veldpartijen:



Getoetst door:

van Loveren & Partners
Kwaliteit in zorg


Voorwoord

Wie zorg en ADL-assistentie nodig heeft of ontvangt, wie dit inkoopst, wie dit toetst, wie dit betaalt én wie dit verleent, wil weten of de verleende zorg en assistentie van voldoende kwaliteit is. Maar wat is kwaliteit? Hoe borg je kwaliteit en hoe werk je continu aan kwaliteitsverbetering? Specifiek voor de ADL-assistentie is dit verwoord in dit Kwaliteitskader ADL-assistentie. Het beschrijft vanuit de eigenheid van dit unieke concept wat goede ADL-assistentie is met als doel een helder (randvoorwaardelijk) kader te bieden voor het resultaat dat cliënten mogen verwachten, dat ADL-assistenten en aanbieders minimaal leveren en waarover aanbieders verantwoording afleggen.

Het verlenen van ADL-assistentie wordt op dit moment uitgevoerd door drie aanbieders: Fokus, Nieuw Amstelrade en Stichting Wassenaarse Zorginstellingen (SWZ).

Dit kwaliteitskader is tot stand gekomen op initiatief van Fokus in samenwerking met Nieuw Amstelrade en SWZ. Wij, de aanbieders, zijn de partijen die geconsulteerd zijn zeer dankbaar voor hun input en reflectie. Het heeft ons geholpen richting te geven aan dit kader, we realiseren ons dat het verlenen van ADL-assistentie een prachtig concept is, het heeft ons gemotiveerd de lat hoog te leggen en het heeft ons doen beseffen dat we op de goede weg zijn en dat er nog veel is dat beter kan. Met hen zijn wij van mening dat er een gedegen en tegelijkertijd ambitieus kwaliteitskader voor u ligt.

Met dit kader hebben wij, de drie aanbieders, ons gecommitteerd een inspanningsverplichting aan te gaan dit kwaliteitskader dusdanig handen en voeten te geven dat het aansluit bij de realiteit van de praktijk. Hierbij gaat onze speciale aandacht uit naar die facetten waar we duidelijk ontwikkelpotentieel en verbeterkansen in zien.



Dit kwaliteitskader beschrijft het 'wat', hoe de aanbieders van ADL-assistentie daar invulling aangeven, is implementatie en valt buiten dit kader. Wel is vermeld waar de aanbieders in de implementatie gezamenlijk optrekken.

NB: De cliënt en de ADL-assistent worden in dit kwaliteitskader steeds aangeduid als 'hij', uiteraard kan hier ook 'zij' gelezen worden.

Opzet

Hoofdstuk 1 is een algemene inleiding waarin onder andere achtergrond, doel en werkwijze uiteengezet worden.

Hoofdstuk 2 beschrijft wat de aanbieders en geconsulteerde partijen onder goede kwaliteit van ADL-assistentie verstaan.

Deze visie wordt vervolgens uitgewerkt in inhoudelijke pijlers (waar bestaat goede ADL-assistentie uit) [hoofdstuk 3] en randvoorwaardelijke bouwstenen (wat is nodig om dit te kunnen leveren) [hoofdstuk 4]. In deze hoofdstukken worden indicatoren benoemd waarmee de kwaliteit van de ADL-assistentie getoetst kan worden.

Het werkproces van de uitvoering van de ADL-assistentie (van aanmelding tot en met beëindiging) is weergegeven in hoofdstuk 5.

In hoofdstuk 6 wordt beschreven welke instrumenten de aanbieders inzetten om de kwaliteit te toetsen, te kunnen leren en verbeteren.

Het implementatie- en onderhoudsplan van dit kwaliteitskader zijn opgenomen in een apart document.

Inhoud

Voorwoord	3
1 Achtergrond	7
1.1 Inleiding	7
1.2 ADL-assistentie in ADL-clusters: een uniek concept	7
1.3 Aanleiding	10
1.4 Doel	12
1.5 Reikwijdte	12
1.6 Werkwijze	13
2 Visie op kwaliteit	17
2.1 Visie op eigen regie van de cliënt	17
2.2 Visie op kwaliteit, op 'goede ADL-assistentie'	18
2.3 Visie op cyclisch werken, leren en verbeteren	19
2.4 Inhoudelijke pijlers en randvoorwaardelijke bouwstenen	20
3 Inhoudelijke pijlers	23
3.1 Pijler 1: de eigen regie en de vraag van de cliënt	23
3.2 Pijler 2: veiligheid	26
3.3 Pijler 3: professionele medewerkers	31
3.4 Pijler 4: lerende organisatie	34
3.5 Afbakening van ADL-assistentie	37
3.5.1 Regieverlies	37
3.5.2 Ademhalingsondersteuning	38
3.5.3 Grensoverschrijdend gedrag	39
3.5.4 EVA-handelingen in onstabiele situaties	39
3.5.5 Afscheid nemen van elkaar	40
4 Randvoorwaardelijke bouwstenen	43
4.1 Leiderschap en cultuur	43
4.2 Betrouwbare techniek, hulpmiddelen en bouwkundige randvoorwaarden	44
4.3 Wet- en regelgeving	45
5 Uitvoering van de ADL-assistentie	47
5.1 Eerste contact	47
5.2 Aanmelding/intake	47
5.3 Het leveren van de ADL-assistentie	48
5.4 Beëindigen ADL-assistentie	48
6 Meetinstrumenten	51
6.1 Individuele ervaringen	52
6.2 Ervaringen op ADL- cluster niveau	53
6.3 Ervaringen op organisatieniveau	54
Bijlage 1 Uitvoeringstoets Kwaliteitskader	57
Bijlage 2 Overzicht indicatoren	61

Achtergrond

1.1 Inleiding

Dit is het eerste kwaliteitskader specifiek voor ADL-assistentie, opgesteld door de drie aanbieders van ADL-assistentie: Fokus, Nieuw Amstelrade en Stichting Wassenaarse Zorgverlening. Naast aanbidding aan het Zorginstituut Nederland, is dit kwaliteitskader ook nadrukkelijk bedoeld voor alle (potentiële) medewerkers en (potentiële) cliënten. Dit kwaliteitskader is tot stand gekomen in samenwerking met het LSR (Landelijk Steunpunt (mede)zeggenschap), Vereniging van Spierziekten Nederland (VSN), Iederin en Vereniging Samenwerkingsverband Chronische Ademhalingsondersteuning (VSCA), de cliëntenraad en de ondernemingsraad van Fokus. Ook zijn de Inspectie voor de Gezondheidszorg en het ministerie van VWS geconsulteerd. Zorginstituut Nederland heeft procesmatig en juridisch geadviseerd.

Dit kwaliteitskader beschrijft hoe de aanbieders cyclisch werken aan kwaliteit:

- hun visie op eigen regie en kwaliteit en wat goede ADL-assistentie is (hoofdstuk 2). Deze visie is uitgewerkt in inhoudelijke pijlers (hoofdstuk 3) en randvoorwaardelijke bouwstenen (hoofdstuk 4) [plan-fase];
- kwaliteit krijgt invulling door de ontmoeting tussen cliënt en medewerker (hoofdstuk 5) [do-fase];
- om te weten of de verleende ADL-assistentie daadwerkelijk van goede kwaliteit is, hebben de aanbieders indicatoren bepaald (hoofdstuk 3 en bijlage 2) die zij toetsen met kwaliteitsinstrumenten (hoofdstuk 6) [check-fase];
- om continu de kwaliteit te kunnen verbeteren is het essentieel dat de aanbieders weten of ze het juiste doen en of ze wat ze doen goed doen: wat gaat goed en wat kan beter, hoe borgen we dat en hoe leren we ervan? (hoofdstukken 2, 3, 4 en 6) [act-fase].

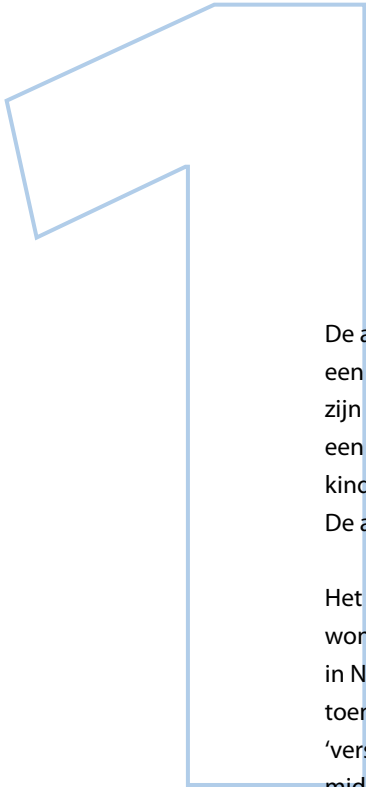
Onder algemene dagelijkse levensverrichtingen wordt verstaan¹⁾:

- lichamelijke verzorging
- aan- en uitkleden
- verplaatsingen in en om het huis
- toiletbezoek
- eten en drinken
- eenvoudige verpleegtechnische handelingen, waaronder ademhalingsondersteuning
- hand-en-spandiensten

1.2 ADL-assistentie in ADL-clusters: een uniek concept

De drie aanbieders van ADL-assistentie bieden mensen met een ernstige fysieke beperking de mogelijkheid zelfstandig te wonen en leven in een van de 102 ADL-clusters verspreid over heel Nederland. Zo kunnen deze mensen, net als ieder ander, deelnemen aan het maatschappelijk leven. De aanbieder verleent assistentie bij algemene dagelijkse levensverrichtingen, afgekort ADL. Het unieke is dat dit gebeurt op afroep, aanwijzing en tempo van de cliënt, gedurende 24 uur per etmaal. Dus op het moment en op de manier waarop de cliënt het wenst.

¹⁾ Subsidieregeling ADL-assistentie, artikel 10.1.4 van de Wet langdurige Zorg/Beleidsregels indicatiestelling voor de Subsidieregeling ADL-assistentie (CIZ)



De aanbieder levert ADL-assistentie in een ADL-cluster, bestaande uit 12 tot 19 over een wijk verspreide ADL-woningen en een centrale ADL-eenheid.²⁾ ADL-woningen zijn volledig aangepaste, gelijkvloerse sociale huurwoningen, in eigendom van een woningcorporatie. De cliënt kan er alleen of met huisgenoten (familie, partner, kinderen) en/of met huisdieren wonen. Hij huurt rechtstreeks van de woningcorporatie. De assistentie wordt verleend vanuit de centraal gelegen ADL-unit.

Het concept van ADL-assistentie in ADL-clusters is ook bekend onder de naam Fokuswonen, naar Zweeds voorbeeld. Het werd in de jaren zeventig van de vorige eeuw in Nederland geïntroduceerd door mensen met een zware fysieke beperking. Het toenmalige aanbod van professionele zorg in instituten, weg van de samenleving, 'verstopt' in de bossen, sloot niet aan bij hun behoeften. Zij wilden een eigen leven, midden in de maatschappij, en zij wensten deel te nemen aan die maatschappij op basis van eigen verantwoordelijkheid, ambitie en zeggenschap. Het eigen leven in eigen hand dus.

Dat het ging om gewone mensen die, afgezien van fysieke beperkingen in staat zijn en in staat gesteld willen worden hun eigen leven te leiden, werd steeds breder gedragen. De Tweede Kamer dwong in 1981 bij de regering een (financierings)regeling af waarin zowel de beschikbaarheid van aangepaste woningen als de daaraan gekoppelde 24 uren ADL-assistentie op afroep en aanwijzing werd ondergebracht³⁾. Het concept was (en is) gewild: inmiddels zijn er 102 ADL-clusters waarin zo'n 1450 cliënten wonen.

Wat ooit ontstond als emancipatoire faciliteit is vandaag de dag een erkende niche in de zorg voor een welomschreven doelgroep met specifieke kwaliteitskenmerken. De eigen regie in dit concept is tot norm in de zorg algemeen geworden.

²⁾ Dit zijn aantallen uit de praktijk. De huidige Subsidieregeling ADL-assistentie (artikel 10.1.4 van de Wet langdurige Zorg (Wlz)) bepaalt dat een ADL-cluster bestaat uit ten minste 15 en ten hoogste 24 woningen en een ADL-eenheid.

³⁾ De regering schreef daartoe de zogenoemde ADL-clusternota en besloot tot een specifieke paragraaf in de Regeling Geldelijke Steun Huisvesting Gehandicapten (voor de bouwsubsidie voor ADL-clusterwoningen) en tot het Besluit AAW-ADL (voor de bekostiging van de ADL-assistentie).



Indicatiecriteria

Belangrijk is dat de zogenaamde algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL) ongepland, gespreid over de dag (24/7) en op wisselende tijdstippen aan de orde zijn, soms wel, maar vaak niet tevoren te plannen. Gezien de uiteenlopende aard van de fysieke beperkingen kan die activiteit ook plotseling, acuut en onmiddellijk nodig zijn⁴⁾, bijvoorbeeld om levensbedreigende situaties te voorkomen. Soms zijn specialistische activiteiten nodig, zoals verpleegtechnische handelingen, bijvoorbeeld bij assistentie bij ademhalingsondersteuning. De cliënt wil dat passend wordt geassisteerd, dus tijdig, deskundig en op zijn tempo en aanwijzingen.

Dat alles heeft consequenties voor de inhoud, organisatie en levering van de ADL-assistentie. Het vermogen tot voeren van eigen regie is een belangrijke pijler van het concept. Het kunnen voeren van eigen regie en het sociaal zelfredzaam zijn, zijn dan ook onderdeel van de indicatiecriteria in de nieuwe Wlz-subsidieregeling ADL-assistentie⁵⁾. De indicatiecriteria schrijven voor dat cliënten:

- een lichamelijke handicap of een somatische aandoening of beperking hebben;
- aangewezen zijn op een rolstoeltoegankelijke woning;
- aangewezen zijn op tenminste vijf uur oproepbare ADL-assistentie per week;
- voldoende sociaal zelfredzaam zijn om zelfstandig te wonen en om zelfstandig assistentie op te roepen en aanwijzingen te geven.

1.3 Aanleiding

Sinds de introductie van het ADL-clusterwonen in de jaren zeventig, is de zorg, dus ook die voor mensen met een beperking, in Nederland sterk veranderd. Hetzelfde geldt voor de daarop betrekking hebbende wetgeving. In de gehandicaptenzorg is steeds meer aandacht ontstaan voor thema's als eigen regie, de benodigde zorg en maatschappelijke participatie. Eenzelfde tendens is waar te nemen in de ouderenzorg en de zorg thuis. Ook de overheid ondersteunt het gedachtegoed van de eigen regie.

Het concept 'ADL-assistentie in ADL-clusters' is tot op de dag van vandaag uniek. Vrijwel nergens anders in de zorg is het vermogen tot het voeren van eigen regie zo sterk doorgevoerd als uitgangspunt én voorwaarde voor ADL-assistentieverlening. De inhoud van de assistentie, beroepshouding van de ADL-assistenten en het beleid van de dienstverlenende organisatie zijn daarop geënt.

⁴⁾ In de Subsidieregeling wordt dit expliciet als onderdeel van ADL-assistentie benoemd als: *alarmopvolging bij een noodoproep*.

⁵⁾ Besluit langdurige zorg artikel 7.1.1/Beleidsregels indicatiestelling voor de Subsidieregeling ADL-assistentie (CIZ).

Vanwege het unieke karakter van de dienstverlening heeft de Tweede Kamer in het najaar van 2013⁶⁾ met succes bij de staatssecretaris van VWS bepleit het Fokusconcept in het kader van de Hervorming Langdurige Zorg te voorzien van een eigen, passende financieringsregeling. Dat was nodig, want het concept van 24 uren assistentie op afroep en aanwijzing paste niet in één van de in de Hervorming Langdurige Zorg beoogde nieuwe financieringsregelingen: de Wet langdurige zorg (Wlz), de Zorgverzekeringswet (Zvw) of de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). Bij die gelegenheid heeft de staatssecretaris de ontwikkeling van een eigen kwaliteitskader ADL-assistentie aangekondigd⁷⁾.

Een eigen kwaliteitskader voor ADL-assistentie is wenselijk en noodzakelijk om de volgende redenen:

- De aanbieders zetten met dit eigen kwaliteitskader de dienst en het vak ADL-assistentie duidelijk op de kaart.
- De doelgroep wijkt sterk af van de doelgroep van de traditionele gehandicaptenzorg en thuiszorg; het gaat om cliënten met een zware fysieke beperking die het (verstandelijke) vermogen en de sociale zelfredzaamheid hebben om volledig de eigen regie te voeren en ADL-assistenten te instrueren.
- De rol van de aanbieder is die van praktische ondersteuner bij activiteiten van het dagelijks leven, die de cliënt vanwege zijn fysieke beperking niet zelf kan doen. Op deze manier schept de aanbieder de randvoorwaarden die het voor cliënten mogelijk maken zelf de regie over hun leven te voeren. Cliënten zijn zelf verantwoordelijk voor het (kunnen) voeren van hun eigen leven, de zorgaanbieders nemen hier verantwoordelijkheden niet in over.
- Als gevolg van bovenstaande hebben cliënten specifieke verwachtingen en eisen ten aanzien van de kwaliteit van de dienstverlening.
- De realisatie van eigen regie brengt andere risico's met zich mee en stelt aan de ADL-assistentie andere kwaliteitsnormen dan aan de meer reguliere vormen van zorg.
- In de kwaliteitstoetsen over het ADL-clusterwonen bij Fokus uit 2013 en 2014 van de Inspectie voor de Gezondheidszorg blijkt de behoefte de te toetsen normen af te stemmen op het specifieke van eigen regie in ADL-assistentie⁸⁾.

⁶⁾ Kamerstukken II 2013-2014, 30 597, nr. 422 (verslag van algemeen overleg 18-12-2013 inzake hervorming langdurige zorg).

⁷⁾ Kamerstuk 2013-2014, 30597, nr. 449 (verslag van schriftelijk overleg vastgesteld op 4 juni 2014).

⁸⁾ IGZ, Utrecht: Kwaliteitstoets Fokus 2012 (maart 2013) en Kwaliteitstoets Fokus follow-up 2013 (januari 2014).



1.4 Doel

In dit kwaliteitskader beschrijven de aanbieders en geconsulteerde partijen wat zij verstaan onder goede ADL-assistentie, wat daarvoor (minimaal) nodig is, hoe zij dit uitvoeren en op welke wijze zij dit toetsen en borgen. Dit met als doel:

- (toekomstige) cliënten inzicht te geven in wat zij minimaal mogen verwachten van de ADL-assistentie;
- een (randvoorwaardelijk) kader te bieden aan ADL-assistenten en hun werkgevers (de aanbieders) om samen kwaliteit te leveren, deze continu te verbeteren en het lerend vermogen (individueel en van de organisaties) te vergroten;
- verantwoording af te leggen richting de financier, extern toezichthouder en andere stakeholders over hoe aanbieders vorm en inhoud geven aan de kwaliteit van de ADL-assistentie en de borging en de toetsing daarvan.

1.5 Reikwijdte

Bij de beschrijving van de kwaliteit van ADL-assistentie gaat het om assistentie:

- zoals die wordt verleend aan cliënten die wonen in een ADL-woning (onderdeel van een ADL-cluster) en over de juiste indicatie van CIZ beschikken⁹⁾;
- die wordt geleverd door tot de financieringsregeling toegelaten instellingen¹⁰⁾.

ADL-assistentie is in de Subsidieregeling ADL-assistentie als volgt gedefinieerd: 'gedurende het gehele etmaal direct oproepbare assistentie bij algemene dagelijkse levensverrichtingen in en om de ADL-woning, waaronder alarmopvolging bij een noodoproep¹¹⁾'. Het gaat daarbij om persoonlijke verzorging, verpleegtechnische handelingen en hand-en-spandiensten.

Het kwaliteitskader heeft geen betrekking op de overige hulp die cliënten eventueel nodig hebben, zoals ADL-assistentie buiten de woning, persoonlijke verzorging en/of verpleging in het kader van de Zorgverzekeringswet of de Wet langdurige zorg, hulp bij het huishouden (Wmo), individuele begeleiding of collectieve begeleiding (Wmo) en specifieke verpleging (Zvw). Dit kwaliteitskader handelt evenmin over medische zorg en behandeling (Zvw). Omdat cliënten volledig de eigen regie hebben regelen zij overige hulp immers zelf.

⁹⁾ Overeenkomstig de Regeling van de staatssecretaris van VWS van 11 december 2014, houdende Subsidieregeling ADL-assistentie, Staatscourant 2014 nr. 36699, 19 december 2014 (de subsidieregeling ADL-assistentie). De indicatie wordt in deze regeling aangeduid als: 'oordeel van het CIZ dat de cliënt in aanmerking komt voor ADL-assistentie'.

¹⁰⁾ Op dit moment zijn dat er drie: Stichting Wassenaarse Zorgverlening (SWZ) te Wassenaar, Nieuw Amstelrade te Amsterdam en Stichting Fokus Exploitatie te Groningen. Toegelaten zijn die aanbieders die aan het 'Programma van eisen en bestekbepalingen voor ADL-clusterprojecten' voldoen en ADL-assistentie verlenen zoals bepaald in de Subsidieregeling ADL-assistentie.

¹¹⁾ Wet langdurige zorg artikel 1.1. en indicatiestelling subsidieregeling ADL-assistentie (CIZ).

De kwaliteit van het wonen, de woning zelf, het woningonderhoud en de bouwkundige aanpassingen en de woonomgeving vallen buiten het bereik van dit kader, evenals de hoogte van huurprijzen en overige woning gebonden zaken. Deze punten zijn elders geregeld¹²⁾. Een uitzondering vormt de alarm-oproepinstallatie die cliënt en aanbieder gebruiken voor de oproepbare ADL-assistentie en de voorzieningen in de ADL-eenheid.

1.6 Werkwijze

In 2010 ontstond het idee om een eigen kwaliteitskader voor ADL-assistentie op te stellen om het eigene en unieke van het leveren van ADL-assistentie ten opzichte van meer reguliere zorg te motiveren en onderstrepen. Daar kwam in 2013 bij dat de staatsecretaris een kwaliteitskader aankondigde. Na fasen van oriëntatie en visievorming kreeg dit vanaf 2015 steeds meer gestalte. Het resultaat is het Kwaliteitskader dat nu voor u ligt.

Als grootste aanbieder van 24-uurs ADL-assistentie heeft Fokus een eerste versie van het kwaliteitskader ADL-assistentie opgesteld¹³⁾. Daarbij waren ook het toenmalige managementteam en de cliëntenraad van Fokus betrokken. In 2016 werd een werkgroep opgericht met als doel de ontwikkeling van het kwaliteitskader te coördineren en het resultaat aan het Zorginstituut Nederland aan te kunnen bieden.

Omdat ADL-assistentie door drie aanbieders geleverd wordt en het een enkelvoudig product betreft, is er voor gekozen de werkgroep te vormen met vertegenwoordigers van de aanbieders en in diverse adviesrondes externe veldpartijen te consulteren.

Aan deze werkgroep namen deel:

- kwaliteitsverpleegkundige (Nieuw Amstelrade);
- manager (Stichting Wassenaarse Zorgverlening);
- manager (Fokus);
- cliënt (cliëntenraad Fokus);
- ADL-assistent (Fokus);
- voorzitter van de raad van bestuur (Fokus);
- directeur ADL-assistentie (Fokus);
- adviseur kwaliteit (tevens projectleider, Fokus).

¹²⁾ Zoals in de Subsidieregeling ADL-assistentie, in het 'Programma van eisen en bestekbepalingen voor ADL-clusterprojecten' en in VROM-besluiten over maximale huur en in regelingen van de woningcorporaties.

¹³⁾ Fokus werd hierin ondersteund door ITS, Radboud Universiteit Nijmegen.



Vervolgens zijn in twee adviesrondes (2016 en 2017) de volgende externe veldpartijen geconsulteerd:

- Ieder(in);
- Vereniging Spierziekten Nederland (VSN);
- Vereniging Samenwerkingsverband Chronische Ademhalingsondersteuning (VSCA);
- Landelijk Steunpunt (mede)zeggenschap (LSR);
- Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ);
- Ministerie van volksgezondheid, welzijn en sport (VWS).

Vertegenwoordigers van deze partijen ontvingen het kwaliteitskader eerst op schrift, waarna ze de gelegenheid kregen om het intern te evalueren en becommentariëren. De eerste veldraadpleging vond in verschillende bijeenkomsten plaats, waarbij sommige partijen apart en andere partijen gezamenlijk geraadpleegd werden. De tweede veldraadpleging bestond uit één bijeenkomst met de veldpartijen.

Een onafhankelijk onderzoeksbureau, Van Loveren & Partners, toetste het kwaliteitskader begin 2017 op uitvoerbaarheid. De bevindingen zijn opgenomen in bijlage 1. Het kwaliteitskader ADL-assistentie is een dynamisch document. Tenminste eens in de drie jaar zullen de betrokken partijen de actualiteit van het kwaliteitskader toetsen aan veranderende omstandigheden, waaronder wet- en regelgeving.

Visie op kwaliteit

Het basisprincipe van ADL-assistentie is de eigen regie van de cliënt. Daarom is de visie op kwaliteit van ADL-assistentie onlosmakelijk verbonden met de visie op die eigen regie. Om deze reden wordt eerst de visie op eigen regie beschreven om daarna in te gaan op de visie op kwaliteit.

2.1 Visie op eigen regie van de cliënt

Er zijn veel beschrijvingen van het begrip eigen regie. De drie aanbieders van ADL-assistentie omschrijven de eigen regie als 'het vermogen en de gelegenheid tot het zelf, autonoom bepalen, naar eigen inzicht, overtuiging en oordeel, van eigen keuzen in en rond het leven'. Kortom: baas zijn over het eigen bestaan. Het 'vermogen' wordt bepaald door persoonlijkheidskenmerken, de 'gelegenheid' wordt bepaald door de omstandigheden en de context.

Eigen regie is geen absoluut begrip. Eigen regie varieert van persoon tot persoon en is afhankelijk van de context. Eigen regie is iets van jezelf; je kunt het niet aan een ander overdragen.

Uit de praktijk

Cliënt: 'Ik kan zelf bepalen wanneer ik opsta of naar bed wil, al is het drie uur 's nachts.'

Cliënt: 'Ik bepaal zelf wanneer, hoe lang, hoe vaak en hoe ik gedoucht wil worden.'

ADL-assistent: 'Ik ben individueel inzetbaar voor wat de cliënt specifiek wil op dat moment. Ik bedenk niet wat goed is voor de cliënt, dat doet de cliënt zelf. Ik vind het heel mooi om te zien hoe iemand met een ernstige beperking toch z'n eigen leven kan leiden.'

Cliënten van ADL-assistentie zijn sociaal zelfredzaam en roepen dus zelf assistentie op, sturen deze aan en zijn in staat zelfstandig te wonen. Wil de assistentie aanstuurbaar zijn voor de cliënt, dan zal die assistentie op afroep en naar wens op afspraak, maar altijd op aanwijzing van de cliënt worden verleend. De wijze waarop aanwijzingen worden gegeven (bijvoorbeeld gedetailleerd, globaal, schriftelijk), wordt aangegeven door de cliënt. Om deze reden is het kunnen voeren van de regie over het eigen leven een belangrijke voorwaarde voor ADL-assistentie.

De ADL-assistent komt (na de oproep van de cliënt), doet (op aanwijzing van de cliënt) en gaat (en blijft zo verder buiten het leven van de cliënt). ADL-assistenten nemen nooit de verantwoordelijkheid van de cliënt over en nemen geen eigen initiatief in de dienstverlening, anders dan beschikbaar te zijn voor de oproepen en deze uit te voeren. ADL-assistenten nemen wél initiatief in geval van noodgevallen of als de zelfredzaamheid van cliënt in het geding is.

De ADL-assistent is er wel verantwoordelijk voor dat hij, wanneer hij iets opvallends waarneemt bij de cliënt (bijvoorbeeld wondje), hij deze daarvan in kennis stelt¹⁴⁾.

¹⁴⁾ Indien sprake is van voorbehouden handelingen kan ADL-assistent, na/in overleg met cliënt, ook signaleren aan de opdrachtgever (behandelend arts).

Uit de praktijk

Cliënt: 'Doordat ik de aanwijzingen geef, kan ik ook de volgorde van handelingen bepalen. De ene keer wil ik bijvoorbeeld eerst naar het toilet om daarna te douchen en te eindigen met mijn medicatie, een andere keer wil ik misschien de medicatie eerder, ik bepaal dat zelf. Ook is het mijn eigen beslissing om zonder jas naar buiten te gaan terwijl het buiten misschien vriest, of wollen sokken te dragen in hartje zomer. De ADL-assistent heeft hier geen mening over, geeft geen commentaar op mijn keuzes en beslissingen.'

ADL-assistent: 'Ik geef geen ongevraagd advies aan de cliënt. Maar als ik tijdens het wassen een wondje ontdek, dan zeg ik dat wel tegen de cliënt. Wat de cliënt daarmee doet, is aan hem.'

ADL-assistent: 'Op aanwijzing van de cliënt geef ik haar hulphond diens voer, maar verder negeer ik de hond: ik aai de hond niet, maar ik begroet 'm ook niet. De cliënt wil niet dat ik contact maak met de hond, die voert hier heel strak regie op.'

2.2 Visie op kwaliteit, op 'goede ADL-assistentie'

De aanbieders en geconsulteerde partijen omschrijven de kwaliteit van de assistentie als de 'mate waarin de inzet van medewerkers en andere middelen bijdraagt aan de realisatie van het kunnen leiden van een eigen leven door de cliënt en het kunnen participeren aan de samenleving zoals de cliënt dat verkiest'.

Veiligheid is een belangrijke pijler voor kwaliteit: in technische en protocollaire zin, maar zeker ook gevoelsmatig. Cliënt, medewerker en aanbieder zijn verantwoordelijk voor het borgen van (het gevoel van) veiligheid. Zij geven dit vorm in co-creatie, want ADL-assistentie is een product van samenwerking. De kwaliteit en veiligheid van de dienstverlening worden bepaald door de mate waarin de wens van de cliënt en de professionaliteit van de ADL-assistent op elkaar zijn afgestemd. De aanbieder (organisatie) faciliteert hen daarbij. Deze visie is in figuur 1 weergegeven.



Figuur 1: co-creatie ADL-assistentie

Dialogo betekent letterlijk 'samen-spraak'. Kernwoorden zijn: gelijkwaardigheid, zonder oordeel, aanwezig zijn met een open geest en een open hart.

(bron: www.betekenis-definitie.nl)

Deze co-creatie gaat veel verder dan 'handen en voeten' van de cliënt zijn. De ADL-assistent komt binnen in de persoonlijke levensruimte van de cliënt en de cliënt moet in sommige gevallen letterlijk met de billen bloot. Een open dialoog vormt dan ook de basis voor co-creatie.

De aanbieders en geconsulteerde partijen omschrijven de dialoog als open communicatie:

- onbevooroordeeld luisteren;
- oplossingsgericht denken;
- met respect voor de wensen en keuzen van de cliënt en voor de kaders van de ADL-assistentie.

Hiervoor is van zowel cliënt als ADL-assistent een begripvolle en integere houding nodig op basis van wederzijds vertrouwen. Goed 'cliëntschap' en goed 'ADL-schap' liggen hieraan ten grondslag. Wat de aanbieders en geconsulteerde partijen hieronder verstaan, komt in hoofdstuk 3 aan bod.

Integriteit

De cliënt is vanwege zijn fysieke beperkingen afhankelijk van assistentie en dus van de assistentie-aanbieder. Er zijn beperkt alternatieven voor handen. In zekere zin is er dus sprake van een dubbele afhankelijkheid. De aanbieders stellen zich in deze uiterst zorgvuldig en integer op om deze afhankelijkheid zo weinig mogelijk van invloed te laten zijn op de verlening van de assistentie en op de bejegening van de cliënt. Deze afhankelijkheid is ook wederkerig, in de soms urenlange assistentieverlening is de ADL-assistent afhankelijk van de cliënt, in de manier waarop deze aanwijzingen geeft en de ADL-assistent bejegent.

Daarom hechten de aanbieders veel belang aan een open dialoog.

Deze integere houding is in het bijzonder aan de orde bij het 'afscheid nemen' van elkaar en bij de afbakening van de ADL-assistentie, dit komt verder aan bod in hoofdstuk 3.

2.3 Visie op cyclisch werken, leren en verbeteren

De aanbieders en geconsulteerde partijen zijn van mening dat een voorwaarde voor goede ADL-assistentie is, dat kwaliteit 'van iedereen' is. Daarom investeren zij in het inbedden van de cyclische werkmethode van leren en verbeteren. Door continu te leren, te verbeteren en goede resultaten te borgen, is kwaliteit blijvend in ontwikkeling. Bij het cyclisch werken vragen de aanbieders en ADL-assistenten zich bij alles wat ze doen continu af of het waarde toevoegt aan (de kwaliteitsbeleving van) de cliënt en op welke manier je als medewerker, team en organisatie kunt (blijven) leren. Door goede voorbeelden te delen en verbeterkansen op te pakken werken medewerkers en de aanbieders continue aan kwaliteitsverbetering.

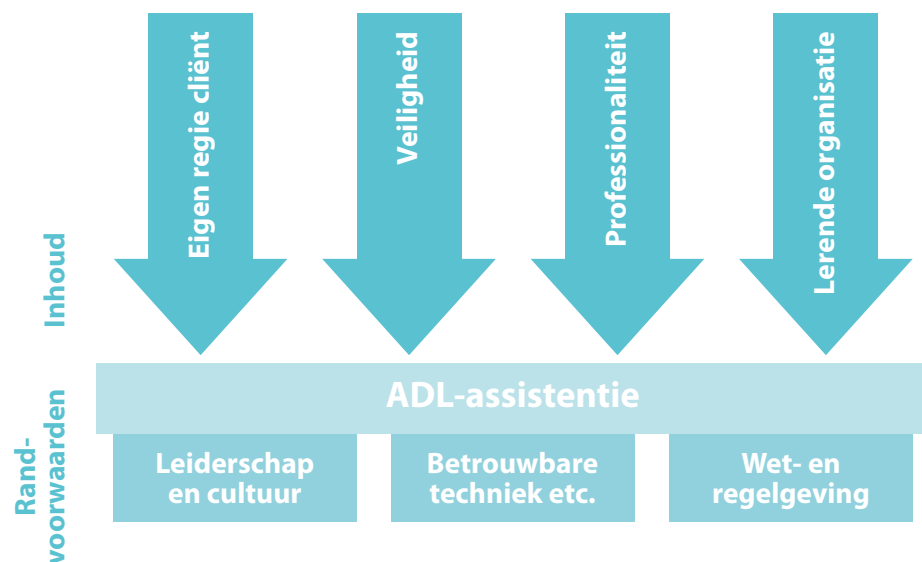
Cliëntgegevensmap en cliëntevaluatiegesprek

Een ondersteunend middel bij de dialoog en de co-creatie is de *cliëntgegevensmap*¹⁵⁾. Omdat ADL-assistenten op aanwijzing van de cliënt werken, staan alleen die afspraken genoteerd, die de cliënt wenselijk acht voor de kwaliteit van de assistentieverlening aan hem. Daarom staan er bijvoorbeeld ook geen doelen in. De cliënt bepaalt zelf zijn eigen (ontwikkelings)doelen – of niet –, de aanbieders spelen hier geen rol in. Risico's, gesignaleerd door de cliënt en/of ADL-assistent, staan ook beschreven in de cliëntgegevensmap, met daarbij genoteerd de met de cliënt gemaakte afspraken om deze risico's te verminderen en/of te beheersen.

De aanbieders houden minimaal eenmaal per jaar een evaluatiegesprek met de cliënt over de gemaakte afspraken en de afgesproken maatregelen bij (gezamenlijk) geconstateerde risico's. Samenwerking, communicatie en bejegening tussen cliënt en het team zijn eveneens onderwerpen van gesprek. Dit evaluatiegesprek leidt tot bijstelling (of bevestiging) van de afspraken in de cliëntgegevensmap.

2.4 Inhoudelijke pijlers en randvoorwaardelijke bouwstenen

De inhoud van goede ADL-assistentie krijgt vorm in vier pijlers die op hun beurt geborgd worden door drie randvoorwaardelijke bouwstenen. Dit is in figuur 2 gevisualiseerd weergegeven in het kwaliteitsmodel voor ADL-assistentie.



Figuur 2: het kwaliteitsmodel voor ADL-assistentie

¹⁵⁾ De specifieke ADL-invulling van het zogenoemde zorgplan of zorgleefplan.

De vier pijlers zijn:

1. De eigen regie en de vraag van de cliënt;
2. Veiligheid;
3. Professionele medewerkers;
4. Lerende organisatie.

Deze pijlers worden in hoofdstuk 3 verder uitgewerkt.

De bouwstenen zijn als randvoorwaarden nodig om invulling aan deze pijlers te kunnen geven. Zij vormen het fundament voor kwalitatief goede ADL-assistentie. De aanbieders en geconsulteerde partijen benoemen drie bouwstenen:

1. Leiderschap en cultuur;
2. Betrouwbare techniek, hulpmiddelen en bouwkundige randvoorwaarden;
3. Wet- en regelgeving.

De bouwstenen worden in hoofdstuk 4 besproken.

Inhoudelijke pijlers

De vier pijlers geven inzicht waar goede ADL-assistentie aan moet voldoen. Iedere pijler beschrijft het aandeel in goede ADL-assistentie, de verantwoordelijkheden die de participanten daarin hebben en met welke indicatoren de kwaliteit van die pijler getoetst wordt.

De benoemde verantwoordelijkheden geven invulling aan goed 'cliëntschap' en goed 'ADL-schap'. Als de participanten hun verantwoordelijkheid nemen, levert dat goede ADL-assistentie op. Aan de hand van bepaalde indicatoren uit de indicatorenset kunnen enerzijds goed 'cliëntschap' en anderzijds goed 'ADL-schap' getoetst worden. Wat goed 'cliëntschap' en goed 'ADL-schap' precies is, willen de organisaties nader verkennen met hun cliënten en medewerkers. Dit krijgt een plek in het implementatieplan.

Hoe de indicatoren gemeten worden, staat beschreven in hoofdstuk 6. Een overzicht van alle indicatoren en met welke instrumenten zij gemeten worden staat in bijlage 2.

3.1 Pijler 1: de eigen regie en de vraag van de cliënt

Uit de praktijk

ADL-assistent: 'Als een cliënt een feestje heeft en ze wil opgemaakt worden, dan kan ze aangeven dat ze graag wil dat een bepaalde ADL-assistent dat doet, omdat die dat goed kan. Ik vind het heel leuk om op zo'n manier bij te kunnen dragen aan een bijzondere avond voor de cliënt.'

Startpunt voor passende en doeltreffende assistentie is het kennen van de vraag van de cliënt. De volgende stap is nagaan hoe deze beantwoord kan worden binnen het kader van het concept van ADL-assistentie.

ADL-assistentie dient bij te dragen aan de kwaliteit van het door de cliënt gekozen eigen leven. Dat stelt eisen aan de beschikbaarheid van de assistentie (het moment waarop de cliënt geholpen wil worden), de inhoud ervan (de assistentie die de cliënt op dat moment wenst/nodig heeft) en de beroepshouding van degene die de assistentie verleent.

Onder de eigen regie van de cliënt valt ook (en vooral) de eigen verantwoordelijkheid voor de eigen fysieke en mentale gezondheid, de levenskeuzen en de aard van het leven dat men wil leiden. Dus ook voor de bewust aanvaarde risico's (ook in de assistentieverlening) voor een mogelijk 'risicovol leven'. Bij de keuze voor bewust aanvaarde risico's houdt de cliënt rekening met zijn verantwoordelijkheid voor veilig en fysiek gezonde werkomstandigheden van de ADL-assistenten. Het is de integriteit van de organisatie en de professionaliteit van de medewerker om in open dialoog de mogelijkheid voor de cliënt te creëren bepaalde risico's ook daadwerkelijk bewust te kunnen aanvaarden en hier in gezamenlijkheid afspraken over te maken. Deze afspraken worden vastgelegd in de cliëntgegevensmap.

Uit de praktijk

Cliënt: 'Ik heb zelf de verantwoordelijkheid over mijn medicatie, de ADL-assistent reikt die alleen aan. Ik bepaal wanneer ik wat inneem.'

Cliënt: 'Ik kan zelf bepalen hoe ik leef, hoe ik invulling geef aan persoonlijke hygiëne, voeding, roken, drinken van alcohol, drugsgebruik, alles eigenlijk. Als ik iedere dag friet met mayonaise wil eten, dan doe ik dat. Ik krijg dan niet van een ADL-assistent te horen dat ik gezonder moet eten. Mijn leven, mijn risico.'

ADL-assistent: 'Het kan voorkomen dat ik een sigaret moet aansteken voor een cliënt met beperkte of geen handfunctie. Dan steek ik de sigaret in zijn mond en ga ik weg, ik hoef er niet bij te zijn terwijl hij rookt. Wel bepaal ik, vanuit mijn professionele verantwoordelijkheid, of ik de cliënt veilig achter kan laten, bijv. doordat hij een branddeken op zich heeft liggen.'

De cliënt wil dat zijn eigen regie in hoge mate wordt gerespecteerd en gewaarborgd. Hij stelt geen prijs op het coördineren van of bemoeienis met zijn overige zorg door de ADL-assistentie-aanbieder. Ook wenst een cliënt niet dat de aanbieder op eigen initiatief contact legt met overige zorgverleners zoals huisarts, medisch specialist en dergelijke. Indien nodig legt hij die contacten zelf.

De eigen regie van de cliënt betekent dat hij ook zelf de inzet regelt van eventuele mantelzorgers, vrijwilligers en anderen uit het sociaal domein en dat hij deze goed afstemt op de ADL-assistentie.

Het voeren van eigen regie maakt de cliënt ook verantwoordelijk. Niet alleen voor de zaken die hij zelf dient te regelen, maar ook voor 'goed cliëntschap'. Zo verwachten de aanbieders van de cliënt dat zij verantwoord assistentie oproepen, de medewerkers correct bejegenen en bereid zijn duidelijke aanwijzingen te geven en een open dialoog te voeren, die bijdraagt aan het oplossen van knelpunten en verbetering.

Indien de cliënt dit wenst kan de aanbieder de cliënt faciliteren bij het streven naar 'goed cliëntschap'. De aanbieder kan de cliënt bijvoorbeeld adviseren een gesprek aan te gaan met een deskundige (verpleegkundige of gedragsdeskundige) of (externe) ondersteuning te zoeken.

Wat goed 'cliëntschap' precies inhoudt, willen de aanbieders gezamenlijk vormgeven in de praktijk. De uitwerking hiervan krijgt een plek in het implementatieplan.

Verantwoordelijkheden

van de cliënt

- een verantwoord oproepgedrag (passend gebruik maken van alarmering);
- het geven van duidelijke aanwijzingen;
- de bereidheid tot dialoog;
- een correcte bejegening en morele verantwoordelijkheid (binnen de algemeen geldende normen en waarden van onze maatschappij).

van de medewerker

- goed luisteren naar en opvolgen van aanwijzingen van de cliënt;
- open staan voor wensen van de cliënt en deze in dialoog beantwoorden;
- een correcte bejegening (binnen de algemeen geldende normen en waarden van onze maatschappij en volgens de uitgangspunten van beroep van ADL-assistent);
- een goede samenwerking met de cliënt en met het team.

van de aanbieder

- beschikbaar stellen van voldoende en bekwaam personeel;
- inspanning tot integriteit, respect en open dialoog.

Indicatoren

- voldoende direct beschikbare medewerkers (gerelateerd aan wachttijden-norm);
- alle medewerkers zijn bekwaam en bevoegd;
- ADL-assistentie op afroep en aanwijzing van de cliënt en in het door de cliënt aangegeven tempo;
- de attitude van de medewerkers (verder uitgewerkt in pijler 3);
- de attitude van de cliënt;
- integriteit van de aanbieder;
- de overeenstemming tussen cliënt en aanbieder over de door de cliënt bewust aanvaarde risico's (vastgelegd in de cliëntgegevensmap).

3.2 Pijler 2: veiligheid

Veiligheid is het startpunt voor welke vorm van kwaliteit dan ook. Zoals bij de visie op kwaliteit verwoord, gaat het niet alleen om technische en protocollaire veiligheid, het gaat ook om het gevoel van (on)veiligheid dat zowel cliënten als medewerkers tijdens de ADL-assistentie kunnen ervaren. Het betreft verschillende gebieden:

- **Techniek**
De apparatuur (alarm- en oproepinstallatie, ademhalingsondersteuningsapparatuur, transferhulpmiddelen, deurautomaten) functioneert betrouwbaar.
- **Deskundigheid**
Medewerkers zijn bevoegd en bekwaam om alle handelingen die de cliënt vraagt (waaronder transfers, eenvoudige verpleegtechnische assistentie en handelen in noodsituaties) professioneel en veilig uit te voeren.
- **Attitude**
Een open en respectvolle houding van zowel cliënt als ADL-assistent gedurende de ADL-assistentieverlening en bij het oppakken van knelpunten in de dienstverlening.

Betrouwbare techniek is een organisatorische randvoorwaarde, die verder besproken wordt als onderdeel van de tweede bouwsteen, paragraaf 4.2. Hier noemen we wel het functioneren van het alarm-oproepsysteem, omdat dat een heel belangrijke rol heeft als het gaat om veiligheid en de mate waarin de cliënt veiligheid ervaart. Functioneert dit systeem niet goed, dan heeft dat direct effect op de eigen regie van de cliënt. Het functioneren van het alarmdeel is in sommige gevallen letterlijk van levensbelang, zeker

voor de cliënten die gebruik maken van ademhalingsondersteuning.

Deskundigheid en attitude maken onderdeel uit van de professionaliteit van de medewerker, verder uitgewerkt in de volgende twee pijlers.

Wat betreft deskundigheid in relatie tot veiligheid merken we hier op dat de 24-uurs beschikbaarheid van direct oproepbaar personeel met zich mee brengt dat teams groot kunnen zijn (gemiddeld 25 tot 30 ADL-assistenten). Het gevolg is dat cliënten veel verschillende ADL-assistenten over de vloer krijgen. Dit kan, voor zowel cliënten als voor het team zelf, een complicerende factor zijn als het gaat om het bekwaam en bevoegd houden van het team. Om de weerslag hiervan op de veiligheid zoveel mogelijk te beperken, is het een voorwaarde dat iedere ADL assistent bij elke cliënt ADL-assistentie kan verlenen en dat de organisatie de teams faciliteert om bekwaam te blijven.

Uit de praktijk

Cliënt: 'Als ik een besmettelijke aandoening heb (opgelopen), moet ik dat de ADL-assistent wel laten weten, zodat deze beschermende maatregelen kan treffen, zoals het dragen van handschoenen of een mondkapje. Als je kind hoofdfluis heeft, meld je dat ook aan school.'

ADL-assistent: 'Een cliënt moet wel meewerken aan gezonde werk-omstandigheden voor ons. Als de cliënt bijvoorbeeld rookt terwijl er een ADL-assistent is om hem te helpen, dan hoeft de ADL-assistent geen assistentie te verlenen.'

Gaat het om attitude in relatie tot veiligheid, dan kan de samenwerking tussen cliënt en medewerker in het geding komen, bijvoorbeeld bij grensoverschrijdend gedrag bij een van de partijen (of beide). Dit ondermijnt direct (het gevoel van) veiligheid. Streven is dat eerst cliënt en ADL-assistent in gezamenlijk overleg tot een oplossing proberen te komen.

Een complicerende factor bij de dialoog hierover is enerzijds de eigen regie van de cliënt en anderzijds zijn afhankelijkheid van de aanbieder. In het geval van ademhalingsondersteuning kan daar bij komen dat het voor de cliënt essentieel is dat hij er op kan vertrouwen dat hij in geval van nood goed geholpen wordt. Dat vertrouwen is niet alleen afhankelijk van het bevoegd en bekwaam zijn van de assistent, maar ook van het gevoel dat hij op de assistent kan vertrouwen. Een integere houding, van organisatie en medewerker, staat aan de basis van dit vertrouwen.

Leidt de dialoog over het knelpunt niet tot het gewenste resultaat, dan kan de cliënt hierover in gesprek gaan met verantwoordelijke managers. Bij blijvend ongenoegen kan de cliënt een officiële klacht indienen.

De aanbieders zijn verantwoordelijk voor een meldsysteem omtrent (bijna)incidenten en grensoverschrijdend gedrag.

Potentiële nieuwe medewerkers dienen een verklaring omtrent gedrag (VOG) te overleggen aan de aanbieder.

Verantwoordelijkheden

van de cliënt

- zorgdragen voor een veilige en hygiënische werkomgeving;
- het accepteren en naleven van wet- en regelgeving (bijvoorbeeld arbo);
- het meewerken aan het inwerken van nieuwe ADL-assistenten en het bekwaam houden van ADL-assistenten;
- het in beginsel accepteren van assistentie van iedere ADL-assistent;
- de bereidheid tot dialoog;
- een correcte bejegening.

van de medewerker

- adequaat reageren op (alarm)oproepen;
- overleggen van een VOG;
- uitvoering van de ADL-assistentie met kennis van kaders, protocollen en richtlijnen;
- het up-to-date houden van de eigen bekwaam- en bevoegdheid;
- een correcte bejegening.

van de aanbieder

- een goed functionerend alarm-oproepsysteem;
- opvragen VOG nieuwe medewerkers;
- het naleven van wet- en regelgeving in beleid en beleidsuitvoering (protocollen en richtlijnen);
- ter beschikking stellen van een veiligheidsmanagementsysteem dat procedures voor het doen en afhandelen van meldingen ondersteunt;
- beschikbaar stellen van voldoende en bekwaam personeel;
- inspanning tot integriteit, respect en open dialoog.

Indicatoren

- medewerkers en cliënten hebben een open houding met betrekking tot (bijna)incidenten en grensoverschrijdend gedrag en zijn indien nodig in staat verbeteracties in te zetten (attitude, verder uitgewerkt in pijler 3);
- de aanbieder creëert een veilige (meld)cultuur (verder uitgewerkt in bouwsteen 1);
- aanwezigheid van voldoende en bevoegde direct oproepbare ADL-assistenten;
- het alarm-oproepsysteem ondersteunt het gevoel van veiligheid bij cliënten, het systeem is betrouwbaar (99,9%) en functioneert naar behoren;
- cliënten werken mee aan het bekwaam houden van ADL-assistenten;
- cliënten zijn medeverantwoordelijk voor goede werkomstandigheden voor de medewerkers;
- potentiële nieuwe medewerkers overleggen een VOG;
- de overeenstemming tussen cliënt en aanbieder over de door de cliënt zelfgekozen risico's (vastgelegd in de cliëntgegevensmap).



3.3 Pijler 3: professionele medewerkers

Hoe de cliënt de kwaliteit van de ADL-assistentie ervaart, wordt voor een groot deel bepaald door de attitude van de ADL-assistent: een open dialoog, correcte bejegening, betrouwbaar gedrag en een integere houding. Voor het overige wordt dit bepaald door de (technische) deskundigheid van ADL-assistenten.

De kwaliteit van een medewerker bepaalt de mate van goed 'ADL-schap'. Volgens de aanbieders en geconsulteerde partijen bestaat goed ADL-schap uit:

- **Cliëntgerichtheid**
De medewerker stelt de eigen regie van de cliënt centraal, heeft respect voor de wens van de cliënt en kent diens vraag. Het uitvoeren van ADL-assistentie vergt een specifieke houding van de ADL-assistent. Hij zorgt niet, maar assisteert, hij denkt niet voor de cliënt, maar voert uit op basis van aanwijzingen. Dit is een heel andere benadering dan die in de reguliere zorg, waar een zorgverlener juist wel zorgt en initiatief neemt.
- **Deskundigheid**
De bekwaam- en bevoegdheid van de ADL-assistent dient op orde te zijn voor die handelingen die door de cliënt gevraagd worden. Zij handelen met kennis van kaders, protocollen en richtlijnen. De ADL-assistent werkt actief aan het up-to-date houden van deze kennis en vaardigheden door onder andere reflectie en het volgen van na- en bijscholing. Ook schakelen zij de coaches en managers in als de situatie daarom vraagt.
- **Correcte bejegening**
Medewerkers hebben begrip en respect voor cliënten en voor elkaar. Vanuit een open dialoog (onbevooroordeeld luisteren en oplossingsgericht denken) geven zij in de ADL-assistentie de co-creatie vorm. Dit stelt eisen aan het vermogen en de bereidheid tot dialoog.
- **Betrouwbaarheid**
Medewerkers geven elkaar opbouwende feedback, voelen zich gesteund door elkaar en door de organisatie. De ADL-assistent is transparant en betrouwbaar in zijn communicatie, binnen het team en met de cliënt. Knelpunten in de samenwerking en in de assistentieverlening worden opgepakt en opgelost door betrokkenen. Als een ADL-assistent daarbij ondersteuning wenst, kan hij deze vragen en ontvangen.



- **Integriteit**

Medewerkers zijn zich bewust van de afhankelijkheid van de cliënt en gaan daar uiterst zorgvuldig mee om. Zij geven de cliënt zo veel als mogelijk het gevoel van gelijkwaardigheid. Dit komt tot uiting in correcte bejegening, open dialoog en betrouwbaarheid.

Medewerkers gaan vertrouwelijk om met privacy gevoelige informatie van cliënten, zichzelf en collega's, jegens cliënten, collega's en derden.

- **Cyclisch werken**

Medewerkers staan open voor het leren van fouten, het oppakken van verbeterkansen en het delen van goede voorbeelden. Medewerkers leveren een bijdrage aan hun eigen ontwikkeling, aan die van het team en aan die van de organisatie.

Wat goed 'ADL-schap' precies inhoudt, willen de aanbieders gezamenlijk vormgeven in de praktijk. De uitwerking hiervan krijgt een plek in het implementatieplan. Naast de zojuist genoemde determinanten, is het instrument 'Uitgangspunten voor het beroep van ADL-assistent' van Fokus¹⁶⁾ hiervoor een goede basis.

De aanbieders en geconsulteerde partijen merken op dat specifieke aandacht nodig is om de determinanten correcte bejegening, betrouwbaarheid en cyclisch werken (specifiek het oplossingsgericht denken, oppakken van knelpunten en leren en verbeteren) verder te ontwikkelen. De bouwsteen 'leiderschap en cultuur' (paragraaf 4.1) biedt hiervoor de randvoorwaardelijke basis, de pijler 'lerende organisatie' (paragraaf 3.4) inhoudelijke ondersteuning.

¹⁶⁾ De waaier 'Uitgangspunten voor het beroep van ADL-assistent' is in 2012 door Fokus ontwikkeld als onderdeel van het project 'Verbetering kwaliteit dienstverlening'.

Verantwoordelijkheden

van de cliënt

- het actief meedoen in het jaarlijkse evaluatiegesprek;
- het meewerken aan het inwerken van nieuwe ADL-assistenten en het bekwaam houden van ADL-assistenten;
- de bereidheid tot dialoog;
- een correcte bejegening.

van de medewerker

- een open houding om te leren en ontwikkelen;
- het cyclisch werken;
- uitvoering van de ADL-assistentie met kennis van kaders, protocollen en richtlijnen;
- het up-to-date houden van de eigen bekwaam- en bevoegdheid;
- goed luisteren naar en opvolgen van aanwijzingen van de cliënt;
- open staan voor wensen van de cliënt en deze in dialoog beantwoorden;
- een correcte bejegening;
- een goede samenwerking met de cliënt en met het team.

van de aanbieder

- het zorgdragen voor scholing, training en coaching van medewerkers;
- het beschrijven van kwaliteitsaspecten en de systematische bewaking en verbetering daarvan (Plan-Do-Check-Act);
- het garant staan voor een open en transparante organisatie;
- een positieve voorbeeldfunctie van het management;
- het naleven van wet- en regelgeving in beleid en beleidsuitvoering (protocollen en richtlijnen);
- beschikbaar stellen van voldoende bekwaam personeel;
- inspanning tot integriteit, respect en open dialoog.

Indicatoren

- ADL-assistenten en cliënten bespreken knelpunten in de dienstverlening en gaan op zoek naar een goede oplossing (dialoog) (bijv. in de afhandeling van meldingen van incidenten en (bijna) ongelukken);
- binnen een ADL-cluster leveren alle ADL-assistenten assistentie aan alle cliënten;
- alle ADL-assistenten handelen vanuit hun professionele verantwoordelijkheid en beroepshouding van ADL-assistent (deskundigheid en attitude);
- ADL-assistenten hebben een open, lerende en op ontwikkeling gerichte houding;
- alle ADL-assistenten zijn bekwaam en bevoegd.



3.4 Pijler 4: lerende organisatie

Werken aan kwaliteit betekent leren: van fouten en van goede voorbeelden. De afgelopen jaren heeft er in de zorgsector een verschuiving plaatsgevonden van sturen op cijfers naar investeren in attitude, van controleren naar coachend leren. Met hun visie op kwaliteit onderschrijven de aanbieders van ADL-assistentie dit; zij willen lerende en op ontwikkeling gerichte organisaties zijn.

Tegelijkertijd realiseren zij zich dat een specifieke benadering noodzakelijk is om daadwerkelijk een lerende organisatie te kunnen zijn.

ADL-assistentie is uniek. De wijze van organisatie en de benadering door de ADL-assistent is wezenlijk anders dan in de rest van de zorgsector. Naast de grootte van het team, vormt ook de pluriforme samenstelling een uitdaging. De achtergronden en competenties van de ADL-assistenten zijn zeer divers. Enerzijds creëert dit kleur en 'rijkdom', anderzijds bemoeilijken de grootte en pluriformiteit een gemeenschappelijke basis die nodig is om elkaar aan te kunnen en durven te spreken, te leren en te verbeteren. De aanbieders schenken hieraan aandacht in de basisopleiding ADL-assistentie.

De aanbieders en geconsulteerde partijen benoemen zes 'ingrediënten' die in de praktijk invulling geven aan een lerende organisatie:

- **Leiderschap**
Kwaliteit - en de lerende organisatie als afgeleide daarvan - begint bij goed leiderschap. Wat dat volgens de aanbieders en geconsulteerde partijen is, komt in hoofdstuk 4 aan bod (eerste bouwsteen).
- **Een transparante, open cultuur**
Het management geeft coachend leiding op basis van vertrouwen. Medewerkers leren van fouten en goede voorbeelden. Ook dit wordt verder uitgewerkt in hoofdstuk 4 (eerste bouwsteen).
- **Stimuleren van 'empowerment' van medewerkers**
De mate waarin medewerkers gebruik (kunnen) maken van hun talenten is mede maatgevend voor de kwaliteit van de dienstverlening. Niet alleen bij cliënten, maar ook bij medewerkers staat eigen regie centraal: de eigen verantwoordelijkheid voor het professioneel handelen als ADL-assistent en als team.
- **Scholings- en ontwikkelmogelijkheden voor medewerkers**
De aanbieders stemmen hun scholingsaanbod af op de vraag en behoefte van de medewerkers, zowel op het gebied van deskundigheidsbevordering als op het gebied van persoonlijke ontwikkeling.

- **Een open en op ontwikkeling gerichte houding van (toekomstige) medewerkers**
Dit is voorwaarde bij aannemen, scholing en beoordeling van medewerkers.
- **Cyclisch werken**
Zoals eerder vermeld hanteren de aanbieders een cyclische werkmethode van leren en verbeteren om de kwaliteit van goede ADL-assistentie te garanderen.

Het cyclisch werken en goed leiderschap ondersteunen een open en transparante cultuur. Om een lerende en ontwikkelgerichte organisatie te zijn, is continue en passende scholing nodig.

'Passend' betekent dat de aanbieders verschillende leermethoden toepassen: scholing, training en coaching, zowel in teamverband als individueel. Enerzijds investeren de aanbieders in een standaard aanbod voor iedere medewerker, anderzijds leveren zij ondersteuning op maat naar behoefte van de medewerker of het team.

Het standaard aanbod is gericht op de ingrediënten 'leiderschap', 'transparante, open cultuur', 'open en ontwikkelgerichte houding' en 'het cyclisch leren', ook als het gaat om bijvoorbeeld kennis en vaardigheden in veilige assistentieverlening. De aanbieders willen met dit standaard aanbod alle (nieuwe) medewerkers de basisprincipes meegeven hoe je vorm en inhoud geeft aan een lerende organisatie.

In het aanbod op maat willen de aanbieders het lerend vermogen van de ADL-assistenten stimuleren door continu te ondersteunen in:

- het aangaan van een open dialoog met de cliënt en collega's (onbevooroordeeld luisteren en oplossingsgericht denken);
- een positieve beroepshouding (onbevooroordeeld, oplossingsgericht, begrip- en respectvol, integer);
- het durven en kunnen stellen van grenzen als een vraag van de cliënt buiten de kaders van het beleid van de aanbieders valt;
- feedback geven aan en ontvangen van collega's;
- vergroten van de weerbaarheid als het gaat om moeilijk/complex gedrag van cliënten en collega's;
- houding met betrekking tot het werken op aanwijzing en het omgaan met kritiek van de cliënt op de uitvoering van deze aanwijzing.

Verantwoordelijkheden

van de cliënt

- het meewerken aan het inwerken van nieuwe ADL-assistenten en het bekwaam houden van ADL-assistenten;
- het accepteren van assistentie van iedere ADL-assistent;
- de bereidheid tot dialoog;
- een correcte bejegening.

van de medewerker

- een open houding om te leren en ontwikkelen;
- het cyclisch werken;
- goed luisteren naar en opvolgen van aanwijzingen van de cliënt;
- open staan voor wensen van de cliënt en deze in dialoog beantwoorden;
- een correcte bejegening;
- een goede samenwerking met de cliënt en met het team.

van de aanbieder

- het zorgdragen voor scholing, training en coaching van medewerkers;
- het beschrijven van kwaliteitsaspecten en de systematische bewaking en verbetering daarvan (Plan-Do-Check-Act);
- het garant staan voor een open en transparante organisatie;
- een positieve voorbeeldfunctie van het management.

Indicatoren

- medewerkers leren van fouten, pakken verbeterkansen op en delen goede voorbeelden;
- managers hebben een situationele stijl van leidinggeven;
- het scholings-, trainings-, coachingsaanbod is op maat beschikbaar naar behoefte van de medewerker(s);
- de aanbieder creëert een veilige (meld)cultuur;
- ADL-assistenten en cliënten bespreken knelpunten in de dienstverlening en gaan op zoek naar een goede oplossing (dialoog);
- binnen een ADL-cluster leveren alle ADL-assistenten assistentie aan alle cliënten;
- alle ADL-assistenten handelen vanuit hun professionele verantwoordelijkheid en beroepshouding van ADL-assistent (deskundigheid en attitude);
- ADL-assistenten hebben een open, lerende en op ontwikkeling gerichte houding.

3.5 Afbakening van ADL-assistentie

De pijlers geven handvatten voor de invulling van goede ADL-assistentie. Om goede kwaliteit te kunnen leveren en blijven leveren is het ook belangrijk aan te geven wat hiervan de afbakening is. De aanbieders en geconsulteerde partijen hebben vier thema's benoemd die de ADL-assistentie dusdanig kunnen beïnvloeden, dat de kwaliteit niet meer geborgd kan worden:

- regieverlies;
- ademhalingsondersteuning;
- grensoverschrijdend gedrag;
- EVA-handelingen in onstabiele situaties.

De aanbieders hebben vastgelegd hoe te handelen als een grens bereikt wordt en deze afbakening en bijpassende werkwijze besproken met (toekomstige) cliënten.

3.5.1 Regieverlies

In voorgaande hoofdstukken is het belang van de sociale redzaamheid van de cliënt benadrukt om de eigen regie te kunnen voeren bij het oproepen van en aanwijzingen geven in de ADL-assistentie. Het is een van de criteria om in aanmerking te kunnen komen voor de indicatie voor ADL-assistentie.

Maar wat te doen als die sociale zelfredzaamheid van de cliënt in de loop der tijd afneemt en leidt tot regieverlies? Soms kan er sprake zijn van tijdelijk regieverlies, bijvoorbeeld als gevolg van ziekte. Soms is er sprake van definitief regieverlies. Als de toestand van de cliënt ervoor zorgt dat assistentie op afroep en aanwijzing niet meer kan plaatsvinden ontstaat een nieuwe situatie.

Werkinstructies en protocollen ondersteunen de ADL-assistent wat te doen bij vermoeden van regieverlies bij een cliënt. Het is altijd de behandelaar die bepaalt of er daadwerkelijk sprake is van regieverlies, de ADL-assistent signaleert slechts. Is er daadwerkelijk sprake van regieverlies, dan gelden daartoe opgestelde protocollen. Een hiervoor aangewezen medewerker gaat met de cliënt, relevante behandelaars en contactpersoon in gesprek. De aanbieders dragen zorg voor een zeer zorgvuldig uitgevoerd traject, aangezien dit voor de cliënt vaak een moeilijk proces is. Voor cliënten bij wie sprake is van regieverlies, stellen de aanbieders een ADL-plan op. Hierin worden meer zaken vastgelegd dan in de cliëntgegevensmap. Ook zijn er, naast de cliënt en ADL-assistent, meerdere partijen bij betrokken.

Indicator

- het aantal cliënten met (vermoeden van) regieverlies.



3.5.2 Ademhalingsondersteuning

Een deel van de cliënten is afhankelijk van ademhalingsondersteuning. Hierbij wordt onderscheid gemaakt tussen invasieve (tracheostoma en canule) en non-invasieve (masker) ademhalingsondersteuning.

Een cliënt met ademhalingsondersteuning, ongeacht beademingsvorm of de beademingsvrije tijd, betekent een risico. Daarom moeten ADL-assistenten bevoegd en bekwaam zijn in ademhalingsondersteuning. Medewerkers zijn bij ademhalingsondersteuning pas bekwaam als zij met succes een opleiding bij het Centrum voor Thuis Beademing (CTB) gevolgd hebben (in bezit van certificaat). De handelingen worden uitgevoerd volgens het handelingsschema van het Centrum voor Thuis Beademing (CTB). De ADL-assistenten handelen in opdracht van (een arts van) het CTB. Naast de technische bekwaamheid speelt daarbij de mentale bekwaamheid; de druk om op tijd te zijn en snel en adequaat te handelen in geval van een alarmoproep of calamiteit. Het team kan hierin desgewenst gecoacht worden.

De beademingsvrije tijd, het aantal minuten dat iemand zonder ademhalingsondersteuning kan, verschilt van cliënt tot cliënt. De aanbieders garanderen dat een ADL-assistent bij een alarmoproep binnen 5 minuten aanwezig is. Vaak is een ADL-assistent bij een cliënt aan het werk als een andere cliënt een alarmoproep plaatst. Dan zorgt de ADL-assistent ervoor dat hij eerst de cliënt, bij wie hij assisteert, veilig achterlaat, voordat hij naar de alarmerende cliënt vertrekt.

Een enkele cliënt heeft een kortere beademingsvrije tijd. Als de cliënt dan toch in het ADL-cluster wil (blijven) wonen, kan hij, na overleg met de CTB-arts, kiezen voor een bewust aanvaard risico. De cliënt weet en beseft wat mogelijke gevolgen kunnen zijn van deze korte beademingsvrije tijd. De aanbieder en medewerker beseffen dat cliënt weinig tot geen alternatieven voorhanden heeft, waardoor het aanvaarde risico naast een bewuste, vaak ook een noodzakelijke keuze van de cliënt is. ADL-assistenten geven blijk van dit besef in hun attitude en integriteit jegens de cliënt. Dan vormt deze kortere beademingsvrije tijd geen barrière voor het verlenen van goede ADL-assistentie. Het kan wel een barrière vormen als hierdoor de algemene veiligheid van het project in het geding komt (veiligheid van zowel ADL-assistenten als overige cliënten).

Met de cliënt worden specifieke afspraken gemaakt omtrent de assistentie bij ademhalingsondersteuning. Deze afspraken en de beademingsvrije tijd, inclusief eventueel bewust aanvaard risico, worden vastgelegd in de cliëntgegevensmap, in afstemming met het CTB.

Indicator

- de beademingsvrije tijd, inclusief eventueel bewust aanvaard risico, is vastgelegd in de cliëntgegevensmap.

3.5.3 Grensoverschrijdend gedrag

Al eerder werd het belang van de co-creatie benadrukt als basis voor kwaliteit van dienstverlening. Zowel de ADL-assistent als de cliënt (en de organisatie in mindere mate) hebben daarbij een bepalende rol. Komt de samenwerking tussen cliënt en medewerker in het geding, dan levert dat direct knelpunten op in de ADL-assistentie. Dit is ook het geval bij grensoverschrijdend gedrag van cliënt of medewerker. Het gaat dan om agressie, geweld, discriminatie en/of seksuele intimidatie.

De aanbieder heeft een meldingsprocedure voor zowel cliënt als medewerker. In eerste instantie gaan cliënt en medewerker met elkaar in gesprek. Komen ze er niet uit, dan volgt een procedure waarbij het management van de organisatie wordt ingeschakeld en kunnen zij zelf een vertrouwenspersoon inschakelen (voor cliënt of medewerker).

Blijft er sprake van grensoverschrijdend gedrag van de medewerker (afspraken worden niet nagekomen, geen gedragsverandering), dan kan worden overgegaan tot ontslag. Is er sprake van grensoverschrijdend gedrag van de cliënt en er treedt na bovengenoemde maatregelen geen verbetering op, dan kan er uiteindelijk worden besloten tot opschorting en opzegging van de dienstverlening. Een dergelijke procedure heeft niet alleen zijn uitwerking op de direct betrokkenen, maar ook op de rest van het ADL-cluster: overige cliënt(en) en het team. De aanbieders bieden medewerkers, indien gewenst, ondersteuning bij het omgaan met 'lastig' gedrag.

Van groot belang bij bovenstaande is een veilig meldklimaat. Hier ligt een duidelijke rol voor de organisatie en haar bestuurder en managers. Meer daarover in hoofdstuk 4 (eerste bouwsteen).

Indicator

- het aantal meldingen van grensoverschrijdend gedrag.


3.5.4 EVA-handelingen in onstabiele situaties

Één van de taken van ADL-assistentie betreft het uitvoeren van EVA-handelingen (eenvoudige verpleegtechnische assistentie)¹⁷⁾. Goede kwaliteit bij het uitvoeren van de EVA-handelingen kan alleen geborgd worden in stabiele situaties.

De EVA-handelingen waar het om gaat zijn opgenomen in een limitatieve lijst in de subsidieregeling en beschrijving van het CIZ¹⁸⁾. Limitatief wil zeggen dat handelingen die niet op deze lijst staan in principe niet door de aanbieders verleend worden.

¹⁷⁾ Subsidieregeling ADL-assistentie (Wet langdurige zorg artikel 1.1.).

¹⁸⁾ Wet langdurige zorg artikel 1.1. en Beleidsregels indicatiestelling voor de subsidieregeling ADL-assistentie (CIZ).



In de zorg wordt een deel van deze handelingen beschouwd als voorbehouden aan niveau 3 IG en een aantal voorbehouden aan niveau 4/5. De Wet BIG stelt geen eisen aan de wijze waarop medewerkers voor deze handelingen bekwaam worden gemaakt, wel dat ze aantoonbaar bekwaam zijn.

Als een cliënt vraagt om een nieuwe EVA-handeling, kan de ADL-assistent dit verzoek eerst voorleggen aan de kwaliteitscoach (deze heeft een verpleegkundige achtergrond), ook als de EVA-handeling voorkomt op genoemde lijst. Het handelingsschema wordt altijd in samenspraak met arts en cliënt gemaakt en dient ondertekend te worden door cliënt, arts en verantwoordelijke binnen de organisatie.

Voor de EVA-handelingen geldt dat een ADL-assistent deze alleen uitvoert in stabiele situaties. Onder niet stabiel verstaan de aanbieders:

- er is sprake van co-morbiditeit of multi-morbiditeit waardoor het niet verantwoord is dat medewerkers met onvoldoende medische basiskennis de handeling uitvoeren (bijvoorbeeld insuline spuiten bij een cliënt die nog niet ingesteld is);
- er is sprake van mentale/psychische instabiliteit bij de cliënt die het uitvoeren van de handeling complex maakt (de cliënt heeft onvoldoende regie);
- er is sprake van een verstoorde relatie tussen cliënt en medewerkers waardoor het uitvoeren van de handeling complex is.

In deze gevallen gaan de medewerkers (ADL-assistent, kwaliteitscoach of manager) het gesprek met de cliënt aan om de EVA-handeling door een derde partij uit te laten voeren, zolang de situatie onstabiel is.

3.5.5 Afscheid nemen van elkaar

De in dit hoofdstuk beschreven afbakening betekent dat je soms afscheid van een cliënt moet nemen, omdat de minimale kwaliteit van ADL-assistentie niet geborgd of geboden kan worden. De aanbieders realiseren zich dat een dergelijke situatie een enorme impact heeft, op de cliënt en op het team. Daarom is het van groot belang tijdig en open met elkaar in dialoog te gaan over deze afbakening en de gevolgen daarvan. Het besef dat het bereiken van een grens vaak het gevolg is van achteruitgang van de cliënt, vraagt om een integere, humane benadering.

De professionele ADL-assistent signaleert vroegtijdig, gaat open in gesprek en schaaft indien nodig tijdig op. De integere organisatie gaat in open dialoog met cliënt op zoek naar een passende oplossing, binnen of buiten de organisatie. Is dat buiten de organisatie, dan spant de aanbieder zich in om samen met cliënt, gemeente en woningcorporatie andere woonruimte te vinden.

Als de cliënt zich aan zijn verantwoordelijkheid onttrekt, zoals bijvoorbeeld beschreven in paragraaf 3.5.3, zijn een open dialoog en humane oplossing niet altijd mogelijk. Dan kunnen officiële (juridische) wegen naar een uitkomst leiden.



Randvoorwaardelijke bouwstenen

De aanbieders en geconsulteerde partijen hebben drie bouwstenen benoemd. Deze bouwstenen vormen het fundament onder de ADL-assistentie als randvoorwaarden voor goede kwaliteit van dienstverlening.

De drie bouwstenen om kwaliteit van ADL-assistentie te kunnen garanderen zijn:

1. Leiderschap en cultuur;
2. Betrouwbare techniek, hulpmiddelen en bouwkundige randvoorwaarden;
3. Wet- en regelgeving.

De drie bouwstenen geven aan waar goede ADL-assistentie minimaal aan moet voldoen en wat nodig is om kwaliteit van ADL-assistentie te kunnen garanderen. Wordt aan een of meerdere van deze bouwstenen niet of in onvoldoende mate voldaan, dan is dat ondermijnend aan de visie op eigen regie, op kwaliteit en op cyclisch leren. Goede ADL-assistentie kan dan niet meer gegarandeerd worden.

4.1 Leiderschap en cultuur


‘Leiderschap en cultuur’ is het fundament onder de co-creatie tussen ADL-assistent en cliënt en vormt de basis voor de organisatiecommunicatie. Hoe de aanbieders deze bouwsteen implementeren is cruciaal voor de invulling van de pijlers, vooral – zoals reeds bleek – als het gaat om het oplossingsgericht denken, het oppakken van knelpunten en het leren en verbeteren. Hier ligt een extra opgave voor de aanbieders. Voor de concrete invulling van deze bouwsteen sluiten de aanbieders aan bij de Govenancecode Zorg 2017¹⁹⁾.

De aanbieder neemt zijn verantwoordelijkheid door de bestuurder de voortrekkersrol te laten nemen in het kwaliteitsdenken. De bestuurder heeft een voorbeeldfunctie en creëert een open en transparante organisatie, waarin een veilige (meld)cultuur heerst. Fouten en goede voorbeelden worden gebruikt om van te leren. Medewerkers worden gestimuleerd actief betrokken te zijn bij de uitvoering van de dagelijkse gang van zaken om zo alert te blijven op mogelijke verbeterkansen.

De bestuurder creëert een klimaat waarin een correcte bejegening, respect, vertrouwen en integriteit centraal staan, jegens elkaar en jegens cliënten, als basis voor de co-creatie tussen ADL-assistent en cliënt.

Een open en transparante organisatie biedt ruimte om te leren, te verbeteren en te borgen en zo te investeren in kwaliteit op een manier die is gericht op ontwikkeling. De aanbieder schept de mogelijkheid voor medewerkers om te leren middels scholing, training en coaching.

¹⁹⁾ De Governancecode Zorg 2017 is een initiatief van Actiz, GGZ Nederland, NFU, NVZ en VGN verenigd in de brancheorganisaties zorg (BOZ).



De aanbieder draagt zorg voor de borging van het kwaliteitsdenken en de uitvoering en verbetering ervan door tenminste eenmaal per jaar verschillende, interne en externe, spiegelingen te houden.

De bestuurder zorgt voor voldoende eigen zicht op de kwaliteit en veiligheid van de dienstverlening.

4.2 Betrouwbare techniek, hulpmiddelen en bouwkundige randvoorwaarden

Betrouwbare techniek, hulpmiddelen en bouwkundige randvoorwaarden vormen de bouwsteen om een ADL-cluster doelmatig en succesvol te kunnen exploiteren. Eisen hieromtrent zijn opgenomen in de Subsidieregeling ADL-assistentie en uitgewerkt in bijhorend Programma van Eisen²⁰.

De aanbieders maken onderscheid in:

- goed werkende alarm-oproepsystemen;
- veilige transferhulpmiddelen;
- veilige voorzieningen, met name in de badkamers;
- door- en toegankelijkheid ADL-woning en woongebouw.

Voor de assistentie op afroep zijn goed functionerende oproepsystemen essentieel: gewone oproepen en alarmoproepen dienen gegarandeerd²¹ binnen te komen, zodat de ADL-assistenten er tijdig opvolging aan kunnen geven. Tijdig betekent voor gewone oproepen dat de assistentie in negen van de tien keer aanvangt binnen 15 minuten na de oproep. Voor alarmoproepen geldt aanwezigheid bij de cliënt binnen 5 minuten²². De aanbieder heeft een calamiteitenplan voor als aan deze voorwaarde niet kan worden voldaan in geval van bijvoorbeeld een stroomstoring of technisch mankement. Het functioneren van het alarm (zowel van cliënten als van de nachtmedewerkers) wordt maandelijks getoetst. Eenmaal per jaar vindt preventief onderhoud aan de gehele oproepinstallatie plaats.

²⁰ Zoals in de Subsidieregeling ADL-assistentie, in het 'Programma van eisen en bestekbepalingen voor ADL-clusterprojecten' en in VROM-besluiten over maximale huur en in regelingen van de woningcorporaties.

²¹ Het oproepsysteem vereist een betrouwbaarheid van 99,9% (Subsidieregeling ADL-assistentie/PvE)

²² Opgenomen in de Algemene Voorwaarden van Fokus; Nieuw Amstelrade en SWZ hanteren een vergelijkbare norm, maar deze is niet expliciet als zodanig vermeld.

Veilige transferhulpmiddelen, voorzieningen in de badkamers (hier vindt een groot deel van de assistentie plaats) en een goede door- en toegankelijkheid van de ADL-woning en het woongebouw zijn voorwaarden om zelfstandig en veilig te leven. Voor individuele hulpmiddelen en voorzieningen is de cliënt zelf verantwoordelijk, de standaardvoorzieningen en door- en toegankelijkheid vallen onder verantwoordelijkheid van de woningcorporatie.

4.3 Wet- en regelgeving

Externe randvoorwaarden worden gesteld middels wet- en regelgeving. De aanbieders hebben deze wet- en regelgeving vertaald naar beleid. Dit beleid hebben zij, met eventueel bijhorende protocollen en richtlijnen, geborgd in hun kwaliteitsmanagementsysteem, zó dat voor de medewerkers duidelijk is wat moet vanuit deze wet- en regelgeving. De medewerkers weten hoe te handelen naar de geest van de wet, teneinde goede ADL-assistentie te borgen.

Wet- en regelgeving die ondersteunend is aan de kwaliteit van de assistentieverlening betreft (onder andere):

- Subsidieregeling ADL-assistentie;
- Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz);
- Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG);
- Arbowetgeving;
- Arbeidstijdenwet;
- Burgerlijk Wetboek (m.n. de regeling van de geneeskundige behandelingsovereenkomst, boek 7);
- Wet langdurige zorg (Wlz);
- Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen (WMCZ);
- Besluit langdurige zorg;
- Besluit vaststelling van de minimumeisen voor de (verplichte) meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling;
- Veldnormen;
- Bulletin IGZ: 'Het mag niet, het mag nooit: seksuele intimidatie door hulpverleners in de gezondheidszorg', IGZ, augustus 2004.

Zeggenschap van de cliënt

De formele zeggenschap is bij wet geregeld²³⁾.

Onderstaande indicatoren samen bepalen de mate van zeggenschap:

- goede en toegankelijke informatievoorziening voor (toekomstige) cliënten;
- medezeggenschap door cliëntenvertegenwoordiging (cliëntenraad);
- goede en toegankelijke (onafhankelijke) mogelijkheden voor het melden, bespreken en afhandelen van klachten.

²³⁾ Het betreft: Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen (Wmcz) verenigd in de brancheorganisaties zorg (BOZ).

Uitvoering van de ADL-assistentie

In dit hoofdstuk beschrijven de aanbieders hoe zij uitvoering geven aan goede ADL-assistentie, vormgegeven in een procesbeschrijving. ADL-assistentie is een enkelvoudig product: de coördinatie van de ADL-assistentie ligt in feite bij de cliënt, want die bepaalt de inhoud, het wat en hoe van de assistentieverlening. De organisatie stelt kaders, de manager bewaakt die kaders en stuurt het team aan op de (prestatie)indicatoren. Het team is, binnen de kaders van de organisatie en binnen de aanwijzingen van de cliënt, verantwoordelijk voor de kwaliteit van de ADL-assistentie.

Het traject dat een cliënt bij een aanbieder van ADL-assistentie doorloopt bestaat uit vier stappen:

1. Eerste contact;
2. Aanmelding/intake;
3. Het leveren van ADL-assistentie;
4. Beëindigen ADL-assistentie.

5.1 Eerste contact

Als een potentiële kandidaat contact opneemt met een van de aanbieders van ADL-assistentie, voorziet de aanbieder hem van de gevraagde en benodigde informatie en bespreekt de indicatiecriteria. Voldoet de potentiële kandidaat aan de vereiste criteria, dan registreert de aanbieder deze op de wachtlijst.

De aanbieders informeren de wachtlijstkandidaat over de procedure bij woningmutatie.


5.2 Aanmelding/intake

Bij de intake moet kunnen worden vastgesteld dat de betreffende cliënt voldoende sociaal zelfredzaam is om zelfstandig te wonen en om zelfstandig assistentie op te roepen en aanwijzingen te geven. De aanbieders checken de indicatiecriteria zoals vastgesteld in de Subsidieregeling aan de hand van CIZ-criteria. Ook worden alle verwachtingen, mogelijkheden en behoeften over en weer besproken.

De aanbieder vraagt de indicatie voor het ADL-clusterwonen aan bij het CIZ, voor het intakegesprek wordt op basis van telefonische screening bepaald of die aanvraag haalbaar is.

De intakegegevens leiden tot een dienstverleningsovereenkomst waarin onder meer de uitgangspunten van de assistentieverlening zijn vastgelegd. In de dienstverleningsovereenkomst committeren de aanbieder en de nieuwe cliënt zich aan de algemene voorwaarden.

Met een geldige indicatie en getekende dienstverleningsovereenkomst kan de nieuwe cliënt met de woningbouwcorporatie de huurovereenkomst en het huuraanhangsel tekenen. In dit aanhangsel is opgenomen dat de ADL-woning een doelbestemming heeft, dat wil zeggen dat de cliënt verplicht is ADL-assistentie bij de aanbieder af



te nemen. Alleen met toestemming van de aanbieder kan een andere partij ADL-assistentie in de woning aanbieden. Als de cliënt geen assistentie meer afneemt, dient de woning binnen redelijke termijn te worden verlaten, zodat deze weer beschikbaar komt voor een cliënt die wel assistentie afneemt.

Vervolgens stelt de aanbieder samen met de nieuwe cliënt de cliëntgegevensmap op, nog voordat de ADL-assistentie aanvangt. Hierin worden de verwachtingen van de cliënt in overeenstemming gebracht met de te leveren prestaties door ADL-assistenten, geformuleerd in toetsbare afspraken. Dat geldt ook voor een inventarisatie van eventuele risico's in de assistentieverlening (verdere uitwerking in hoofdstuk 6). Deze afspraken in de cliëntgegevensmap zijn de individuele kwaliteitseisen van de betreffende cliënt.

5.3 Het leveren van de ADL-assistentie

De cliënt bepaalt zelf wanneer hij assistentie wenst door een oproep te plaatsen via het alarm-oproepsysteem. Er is onderscheid tussen een gewone oproep en een alarm-oproep.

Gewone oproepen worden in principe afgehandeld op volgorde van binnenkomst. Een alarmoproep heeft in alle gevallen voorrang. Alle aanwezige ADL-assistenten geven zo snel als mogelijk opvolging aan de alarmoproep.

De aanbieder registreert het tijdstip van de (alarm)oproep, de aanname van de oproep en de begin- en eindtijd van de assistentie per cliënt²⁴⁾. Deze registratie geeft inzicht in de urenafname en de wachttijd per cliënt. De aanbieder gebruikt de gegevens om indien nodig op cliëntniveau bij te kunnen sturen en voor externe verantwoording.

5.4 Beëindigen ADL-assistentie

Cliënten gaan over het algemeen een langdurige verbintenis aan met de aanbieder van ADL-assistentie. Op enig moment is deze wel eindig. Dit is het geval:

- bij overlijden van de cliënt;
- als op initiatief van de cliënt de dienstverleningsovereenkomst ontbonden wordt;
- als op initiatief van de aanbieder de dienstverleningsovereenkomst ontbonden wordt.

Bij overlijden komt de ADL-woning automatisch vrij voor een nieuwe cliënt. Wordt de dienstverleningsovereenkomst door een van de partijen actief ontbonden, dan wordt van zowel de cliënt/achterblijver als van de woningbouwcorporatie een inspanningsverplichting verwacht om andere passende woonruimte te zoeken/aan te bieden. De aanbieder kan daarbij bemiddelen.

²⁴⁾ Nieuw Amstelrade en SWZ registreren alleen het tijdstip van de (alarm)oproep en de begin- en eindtijd van de assistentieverlening.

Redenen voor de aanbieder om de ADL-assistentie te beëindigen kunnen zijn:

- aanhoudend grensoverschrijdend gedrag (agressie, geweld, discriminatie en seksuele intimidatie) door de cliënt dat ondanks wederzijdse inspanning niet tot verbetering heeft geleid;
- geheel of gedeeltelijk verlies van de eigen regie en sociale zelfredzaamheid van de cliënt;
- onvoldoende goede arbeidsomstandigheden die zijn toe te rekenen aan de cliënt (het niet nakomen van de verantwoordelijkheid om te voorzien in goede arbeidsomstandigheden volgens wet- en regelgeving);
- structureel (meer dan zes maanden) onvoldoende afname van ADL-assistentie (minder dan vastgestelde aantal minimum uren óf naar redelijkheid te verwachten afname zoals vastgesteld bij de intake);
- medische achteruitgang van de cliënt, waardoor cliënt 24 uur per dag toezicht nodig heeft en/of andere beperkende niet nader te voorziene omstandigheden.

Voor beëindiging op initiatief van de aanbieder maakt deze gebruik van een protocol dat voldoet aan de eisen van zorgvuldigheid (beschreven in paragraaf 3.5.5).

Meetinstrumenten

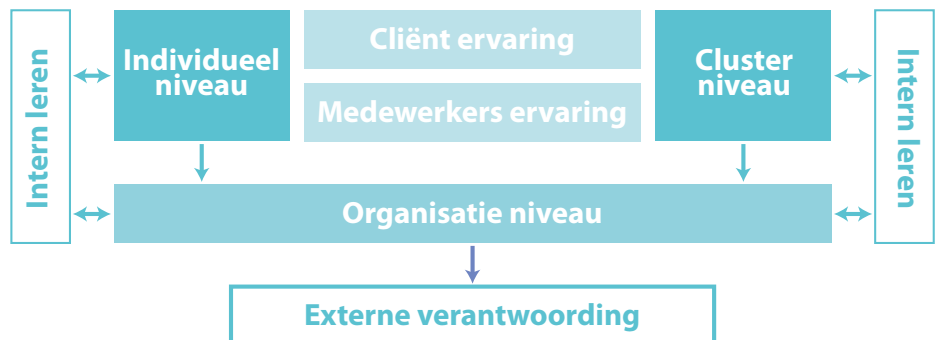
In voorgaande hoofdstukken is beschreven wat de aanbieders en geconsulteerde partijen verstaan onder goede ADL-assistentie. De vier pijlers en de daarvan afgeleide indicatoren worden getoetst met gebruik van diverse meetinstrumenten. Doel van de toetsing is het lerend vermogen te vergroten. Van de individuele medewerker, van het team en van de organisatie. Het cyclisch werken staat centraal, de aanbieders en geconsulteerde partijen stellen voorop dat meetinstrumenten toegevoegde waarde hebben om vanuit reflectie het lerend vermogen te versterken.

De aanbieders toetsen de kwaliteit van de ADL-assistentie vanuit verschillende perspectieven:

1. Individuele ervaringen van de cliënt en de medewerker;
2. Ervaringen op ADL-clusterniveau van de cliëntgroep en het team;
3. Ervaringen van cliënten en ADL-assistenten op organisatieniveau.

Dit is schematisch weergegeven in figuur 3.

In bijlage 2 is aangegeven welke meetinstrumenten welke indicatoren toetsen.



Figuur 3: leer- en verantwoordingsmodel meetinstrumenten



6.1 Individuele ervaringen

Cliëntperspectief

Dit perspectief geeft inzicht in individuele cliëntrisico's en hoe de assistentieverlening wordt ervaren.

Het geeft ook inzicht in hoe afspraken tussen cliënt en medewerker gemaakt worden om deze risico's te verkleinen of beheersen en om ervaringen te verbeteren. De aanbieders zetten hiervoor twee instrumenten in:

- **Cliënt risico-inventarisatie**

Tenminste eenmaal per jaar brengen de aanbieders per cliënt eventuele risico's bij de assistentieverlening in beeld. Dit is inclusief de thema's regieverlies, ademhalings-ondersteuning, grensoverschrijdend gedrag en EVA-handelingen in onstabiele situaties.

- **Cliënt-evaluatiegesprek**

De aanbieders houden minimaal eenmaal per jaar een evaluatiegesprek met de cliënt over de gemaakte afspraken en de afgesproken maatregelen bij (gezamenlijk) geconstateerde risico's. Samenwerking, communicatie en bejegening tussen cliënt en het team zijn eveneens onderwerpen van gesprek.

Dit evaluatiegesprek leidt tot bijstelling (of bevestiging) van de eerder opgestelde cliëntgegevensmap (paragraaf 2.3).

De ADL-assistenten gebruiken de uitkomsten om de ADL-assistentie per cliënt verder te verfijnen en nog meer toe te snijden op maat van de cliënt. Uitkomsten kunnen ook voor teams nieuwe inzichten geven in ondersteuningsbehoefte, bijvoorbeeld met betrekking tot het beheersen van risico's of het verbeteren van bejegening.

Medewerkersperspectief: functionerings- en ontwikkelgesprek

Dit perspectief geeft inzicht in individuele ervaringen van medewerkers en hun ontwikkelbehoefte/-potentieel. De aanbieders hebben de functionerings- en ontwikkelgesprekken cyclisch in hun beleid vorm gegeven.

6.2 Ervaringen op ADL-cluster niveau

Cliëntperspectief: cliënttevredenheidsonderzoek

De drie aanbieders van ADL-assistentie bevroegen om de drie jaar alle cliënten (individueel en anoniem) over hun ervaringen met betrekking tot de assistentieverlening. Hiervoor hebben zij gezamenlijk een instrument ontwikkeld dat aansluit op de uitgangspunten van het kwaliteitskader ADL-assistentie en die landelijke vergelijking van de ADL-clusters mogelijk maakt (benchmarking). De vragenlijst van het cliënttevredenheidsonderzoek is als meetinstrument van dit kwaliteitskader ingediend bij het Zorginstituut Nederland.

De aanbieders gebruiken de uitkomsten om verbeterkansen op organisatieniveau te benutten en om teams handvatten te geven om in het eigen ADL-cluster verder te investeren in de kwaliteit van de ADL-assistentie. Daarnaast passen de aanbieders ook eigen, verdiepende, instrumenten toe.

Medewerkersperspectief

Dit perspectief bekijkt de kwaliteit van dienstverlening door de ogen van de ADL-assistenten. De aanbieders zetten hiervoor tenminste twee instrumenten in:

- **Teamevaluatie**

De ADL-assistenten houden het eigen team een spiegel voor omtrent de organisatie van de ADL-assistentie, de samenhang, teamsamenwerking en teamontwikkeling. Tenminste eenmaal per jaar vindt er een teamevaluatie plaats.

- **Medewerkerstevredenheidsonderzoek**

De aanbieders bevroegen om de drie jaar alle medewerkers (individueel en anoniem) over hun ervaringen met betrekking tot hun werk en werkomstandigheden.

De teams gebruiken de uitkomsten om de teamontwikkeling en hun lerend vermogen te versterken. Ondersteuningsbehoeften worden duidelijk en verbeterkansen worden opgepakt. Teams vertalen dit naar concrete acties die zij in de jaarplancyclus van hun organisatie verwerken. De aanbieders gebruiken de uitkomsten om verbeterkansen op organisatieniveau te benutten, vertaald naar acties in het jaarplan en/of projecten. De aanbieders gebruiken daarvoor eigen instrumenten.

De organisaties hebben ook eigen methodieken ontwikkeld om het lerend vermogen van de organisatie te versterken, evenals instrumenten waarmee teams van elkaar kunnen leren (bijvoorbeeld externe of clusteraudits, visitaties).



6.3 Ervaringen op organisatieniveau

Jaarplan

De aanbieders geven in dit kwaliteitskader aan dat zij cyclisch aan kwaliteit werken. Zij maken daarbij gebruik van een gecertificeerd kwaliteitsmanagementsysteem. Naast de bovengenoemde ervaringsmetingen zetten zij nog andere kwaliteitsinstrumenten in, waaronder audits en visitaties. De teams gebruiken de uitkomsten van de diverse instrumenten als input voor hun ADL-clusterplan (werkplan of jaarplan op ADL-cluster-niveau). De aanbieders gebruiken de uitkomsten als input voor hun (organisatie) jaarplan. Zo borgen zij het cyclisch werken en versterken zij het lerend vermogen op verschillende niveaus binnen de organisatie.

Kwaliteitsverslag

Ondersteunend aan deze perspectieven maken de aanbieders van ADL-assistentie tenminste eenmaal per jaar een kwaliteitsverslag. Hierin worden de resultaten van de genoemde instrumenten met elkaar en met die van andere instrumenten verbonden. De ervaringen staan centraal, daar waar nodig onderbouwd door cijfers. De aanbieders gebruiken dit kwaliteitsverslag intern als verbeter- en ontwikkelinstrument en extern als verantwoordingsinstrument. Het kwaliteitsverslag verschaft tenminste informatie over:

- de kwaliteitsontwikkelingen en daaruit voortvloeiende speerpunten voor de organisatie;
- de resultaten van de ingezette kwaliteitsinstrumenten;
- wat de organisatie leert van deze uitkomsten: wat gaat goed, hoe wordt dat geborgd en waar ziet de organisatie verbeterkansen en hoe worden deze opgepakt.

Leren van elkaar

Met dit kwaliteitskader willen de aanbieders het concept van ADL-assistentie in ADL-clusters versterken. Dit bereiken zij door dit kader handen en voeten te geven in hun eigen organisatie. Bovendien maken zij zich sterk door gezamenlijk op te treden richting toetser en andere stakeholders. De drie aanbieders komen tenminste eenmaal per jaar bijeen om ervaringen uit te wisselen en van elkaar te leren. Door samen met elkaar een open dialoog aan te gaan over wat goed gaat en wat beter kan, creëren zij bewustwording van hoe het anders kan.

Zo hopen zij niet alleen het concept ADL-assistentie te versterken, maar ook een voorbeeld voor hun medewerkers en andere beroepsgroepen in de zorgsector te zijn.



Bijlage 1

Uitvoeringstoets Kwaliteitskader

Beoordeling Kwaliteitskader ADL-assistentie in ADL-clusters

Aanleiding

Deze beoordeling is geschreven door Van Loveren & Partners in opdracht van de werkgroep Kwaliteitskader. Aanleiding van deze beoordeling is de ontwikkeling van het Kwaliteitskader ADL-assistentie in ADL-clusters. Van Loveren & Partners is gevraagd het kwaliteitskader te beoordelen vanuit haar expertise en te kijken naar uitvoerbaarheid van het kader.

Een kwaliteitskader dient verschillende doelen. Ten eerste beschrijft een kwaliteitskader wat cliënten mogen verwachten van de aanbieder(s). Ten tweede biedt een kader opdrachten voor medewerkers en aanbieder(s) om samen de kwaliteit te verbeteren en het lerend vermogen te versterken. Ten derde vormt een kader de basis voor extern toezicht.

Belangrijke elementen voor een kwaliteitskader zijn:

- het bij elkaar brengen van de relevante partijen in de sector;
- beschrijving van de inhoud van dienstverlening;
 - goede dienstverlening vanuit het cliëntperspectief;
 - duidelijkheid over indicaties;
 - duidelijke afspraken over gegevensvastlegging en uitwisseling van gegevens;
 - beschrijving van evaluatie en overlegmomenten;
 - beschrijving van eigen regie;
- beschrijving van de organisatie van de dienstverlening;
 - structuur van het proces;
 - aansturing en verantwoordelijkheid;
 - beschrijving van de implementatie.

Deze beoordeling biedt een voorbereiding op tripartiete aanlevering en opname in het landelijke register. Ook zijn enkele handvatten voor verdere uitwerking en ontwikkelpunten opgenomen.

Proces

Eind 2016 is Van Loveren & Partners betrokken in de ontwikkeling van het Kwaliteitskader ADL-assistentie in ADL-clusters. Aan Van Loveren & Partners is gevraagd om als sparringpartner mee te lezen met de conceptversies van het kader en hierop feedback te geven. Ook is aan Van Loveren & Partners gevraagd om de uitvoerbaarheid van het kader te beoordelen. In 2017 heeft dit geleid tot een doorontwikkeling van het kader, met een naar onze mening logische opbouw van visie naar beleid en indicatoren.

Uitvoerbaarheid

Vanuit onze expertise als gecertificeerd onderzoeks- en adviesbureau hebben wij de uitvoerbaarheid van het Kwaliteitskader ADL-assistentie in ADL-clusters bekeken. Hierbij ligt onze focus op de uitvoering van metingen in de praktijk en het meetbaar maken van kwaliteit. In onderstaande bevindingen zijn aandachtspunten genoemd.

Bevindingen

Op initiatief van Fokus is een zorgvuldig proces gevolgd, waarin de verschillende relevante partijen zijn betrokken voor ontwikkeling van een gemeenschappelijk kwaliteitskader.

Inhoud van dienstverlening

In het kwaliteitskader is helder omschreven wat cliënten mogen verwachten van de aanbieder. Hierin is een duidelijke samenhang tussen visie, beleid, inhoudelijke uitwerking en randvoorwaarden tot stand gekomen. Het indicatieproces is beschreven evenals de criteria. In het kader is opgenomen op welke wijze cliëntgegevens worden vastgelegd. Periodieke evaluatiemomenten met de aanbieder zijn beschreven. In het Kwaliteitskader ADL-assistentie in ADL-clusters is omschreven welke meet-instrumenten ingezet worden. Voor inzicht in ervaren kwaliteit vanuit het cliënt-perspectief is een CTO beschikbaar. De indicatoren zijn in de vragenlijst opgenomen. Vanuit het medewerkersperspectief worden diverse instrumenten ingezet.

De grenzen aan de ADL-assistentie zijn duidelijk omschreven. Speciale aandacht verdient de sociale redzaamheid van de cliënt, dit is een voorwaarde voor indicatie van de ADL-assistentie. Deze visie is opgenomen in het kader. Een belangrijk aspect hierbij is het in kaart brengen van regieverlies. Dit is namelijk een belangrijke reden om de dienstverleningsovereenkomst te beëindigen.

Om het regieverlies in kaart te brengen heeft de aanbieder een lijst met aandachtspunten voor signalering van regieverlies door ADL-assistenten opgesteld. We bevelen aan dit verder uit te werken in een instrument opdat een valide toetsing gehanteerd kan worden. De uiteindelijke beoordeling vindt plaats door een arts.

Organisatie van de dienstverlening

De structuur van het proces is omschreven in het kwaliteitskader. Er is onder meer aandacht besteed aan de randvoorwaarden, de middelen en professionaliteit van de medewerkers. Nadere uitwerking van de professionaliteit staat op de agenda, evenals uitwerking van de cliëntgegevensmap.

Aan de verantwoordelijkheidstoedeling binnen het dienstverleningsproces is uitgebreid aandacht besteed. De cliënt is hierin bepalend. De coördinatiefunctie in het proces (d.w.z. wie het dienstverleningsproces coördineert) kan duidelijker uitgewerkt worden. Over de implementatie is een aparte paragraaf opgenomen.

Ontwikkelpunten

In het Kwaliteitskader ADL-assistentie in ADL-clusters is een implementatie uitgewerkt, waar relevante ontwikkelpunten zijn opgenomen. In aanvulling op deze punten, adviseren wij een aantal aspecten verder uit te werken:

- Onderdeel 'eigen regie'; we raden aan de signalering van regieverlies verder te objectiveren met het oog op goede vergelijkbaarheid en betrouwbaarheid van de beoordeling. Mogelijk kan een stakeholderanalyse input geven: wat verstaan de stakeholders onder eigen regie?
- Onderdeel 'meetinstrumenten' – vragenlijst CTO: het huidige meetinstrument biedt een helder inzicht in de relevante aspecten van dienstverlening, genoemd in het Kwaliteitskader ADL-assistentie in ADL-clusters. De uitkomsten van het instrument zijn naast interne kwaliteitsverbetering bedoeld voor externe verantwoording/inkoop en publieke informatie. Hiervoor dient het instrument nog nader getoetst te worden op methodologische eigenschappen (validiteit en betrouwbaarheid). Daarnaast dient een werkinstructie voor het gebruik van het meetinstrument en uitvoering van metingen te worden uitgewerkt.
- Bij het kwaliteitskader hoort een onderhoudsplan. Dit (afzonderlijke) document kan voor toetsing opgesteld worden, of in een tijdpad opgenomen worden. Het onderhoud van het kader is deels in de tekst en de implementatiekalender opgenomen, dit kan als basis dienen voor een meer specifieke uitwerking van de werkwijze in een afzonderlijk document.
- Nadere uitwerking coördinatiefunctie in het proces.

Bij een nadere uitwerking van bovengenoemde ontwikkelpunten achten wij de uitvoerbaarheid in de praktijk haalbaar.

Projectteam Van Loveren & Partners
Mw. dr. C.M.S. Huijben, Partner
Mw. E. Vermaat, Kwaliteitsadviseur
Dhr. J.C.F.D. van Loveren, BBA FM, Managing Partner

November 2017

Bijlage 2

Overzicht indicatoren

Indicator	Uitgangspunten	Verantwoordelijkheid			Meetinstrumenten									
		Aanbieder	Medewerker	Clïent	Clïent risico inventarisatie	Clïentvaluatie gesprek	Functionerings- en ontwikkelings- gesprek	Clïenttevreden- heidsonderzoek	Medewerker- tevredenheids- onderzoek	Teamreflectie	Jaarplan	Kwaliteitsverslag	Intervisie aanbieders	
1	Voldoende direct beschikbare medewerkers	1, 2	●	●		●	●		●			●	●	
2	Bekwame en bevoegde medewerkers	1, 2, 3	●	●	●	●	●				●	●		
3	ADL-assistentie op afroep, aanwijzing en tempo van de cliënt	1	●	●	●	●								
4	De attitude van de medewerkers	1, 2, 3, 4		●		●	●	●	●	●	●	●		
5	De attitude van de cliënt	1, 2			●	●					●	●		
6	Integriteit van de aanbieder	1	●			●		●	●					
7	Overeenstemming tussen cliënt en aanbieder over de door de cliënt bewust aanvaarde risico's	1, 2		●	●	●								
8	Medewerkers en cliënten hebben een open houding met betrekking tot klachten, (bijna) incidenten en 'grensoverschrijdend gedrag' en zijn in staat verbeteracties hierop in te zetten	2		●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
9	Veilige (meld)cultuur	2, 4	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●		
10	Het oproep- en alarm systeem is betrouwbaar (99,9%) en functioneert naar behoren	2	●			●	●		●					
11	Clïënten werken mee aan het bekwaam houden van ADL-assistenten	2				●								
12	Clïënten zijn medeverantwoordelijk voor goede werkomstandigheden voor de medewerkers	2	●	●	●	●	●							
13	Potentiële nieuwe medewerkers overleggen een VOG	2	●	●				●						
14	ADL-assistenten en cliënten bespreken knelpunten in de dienstverlening en gaan op zoek naar een goede oplossing (dialoog)	3, 4		●	●	●	●		●					
15	Alle ADL-assistenten leveren assistentie bij alle cliënten (binnen een ADL-cluster)	3, 4		●	●	●	●							
16	Alle ADL-assistenten handelen vanuit hun professionele verantwoordelijkheid en beroepshouding van ADL-assistent (deskundigheid en attitude)	3, 4	●	●		●	●	●	●	●	●			
17	ADL-assistenten hebben een open, lerende en ontwikkelgerichte houding	3, 4		●			●	●	●	●	●	●		
18	Medewerkers leren van fouten, pakken verbeterkansen op en delen goede voorbeelden	4	●					●	●	●		●	●	●
19	Managers hebben een coachende stijl van leidinggeven	4	●					●	●		●			
20	Het scholings-, trainings-, coachingsaanbod is op maat beschikbaar naar behoefte van de medewerkers(s)	4	●	●	●				●		●	●		
21	Aantal cliënten met (vermoeden van) regieverlies		●	●		●	●					●		
22	De afspraken en de beademingsvrije tijd, inclusief eventueel bewust aanvaard risico, worden vastgelegd in de cliëntgegevensmap		●	●	●	●						●		
23	Het aantal cliënten dat afhankelijk is van ademhalingsondersteuning		●	●		●	●					●		
24	Het aantal meldingen van grensoverschrijdend gedrag en het aantal complexe cliëntsituaties		●	●	●	●	●			●		●		
25	Goede en toegankelijke informatievoorziening voor (toekomstige) cliënten		●			●		●						
26	Medezeggenschap door cliëntvertegenwoordiging (cliëntenraad)		●					●			●	●		
27	Goede en toegankelijke (onafhankelijke) mogelijkheden voor het melden van klachten, van (bijna)incidenten en van grensoverschrijdend 'gedrag' en goede afhandeling van deze zaken		●			●	●	●	●		●	●		

Colofon

© Januari 2018

Opgesteld door de drie
aanbieders van ADL-
assistentie in ADL-clusters:

Fokus

Nieuw Amstelrade

SWZ

Fotografie

Fokus

Deze foto's mogen niet voor
andere doeleinden worden
gebruikt.

Grafische vormgeving

StudioTW, Haren

