

**Position paper
Zorg voor verstandelijk
gehandicapten**

Position paper

Zorg voor verstandelijk gehandicapten

Martin Schuurman
Kalliope Consult

Dit rapport is gemaakt in opdracht van de Regieraad Kwaliteit van Zorg.
De inhoud van het rapport vertegenwoordigt niet per se de mening van de Regieraad.

Kwaliteit in beweging

Position paper over de kwaliteit van zorg
in de verstandelijk gehandicaptenzorg

Regieraad Kwaliteit van Zorg

Dr. Martin Schuurman

Juni 2011

INHOUDSOPGAVE

Samenvatting

1. Inleiding	1
2. Ontwikkelingen in de verstandelijk gehandicaptenzorg	2
2.1. Definitie en kerncijfers	2
2.2. Ontwikkelingen en initiatieven rond kwaliteit	3
3. Uitdagingen en toerusting voor beroepskrachten op de werkvloer	8
3.1. Uitdagingen op de werkvloer	8
3.2. Toerusting van de beroepskrachten	10
4. Voorwaarden in organisatie en omgeving	13
4.1. Voorwaarden in de organisatie	13
4.2. Voorwaarden in de omgeving van de organisatie	15
5. Ter afsluiting	17
Bijlage: Geraadpleegde bronnen	18

SAMENVATTING

De verstandelijk gehandicaptenzorg heeft het afgelopen decennium een sterke groei doorgemaakt. Uitgaande van de grondslag voor de AWBZ werd er in 2009 aan ruim 160.000 cliënten ondersteuning geleverd, door ruim 150.000 professioneel werkzame personen (dus exclusief mantelzorgers).

Rond kwaliteit spelen in deze sector de volgende zaken:

- Landelijk is sprake van het Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg, dat bestaat uit het Visiedocument en een indicatorenset met twee pijlers: zorginhoudelijke indicatoren en cliëntervaringsindicatoren. De ontwikkeling van deze indicatorenset verloopt moeizaam.
- De belangrijkste uitdagingen die door beroepskrachten op de werkvloer worden ervaren, zijn: de spanning tussen het bieden van optimale veiligheid en het geven van ondersteuning die recht doet aan de ontwikkelingsmogelijkheden van het individu ('zo gewoon mogelijk'); zich verhouden tot nieuwe doelgroepen (in het bijzonder licht verstandelijk beperkte personen met bijkomende problematiek); omgaan met de eisen en beperkingen van de samenleving; omgaan met financiële grenzen. Deze uitdagingen brengen handelingsverlegenheid met zich mee, alsook een besef van deels nieuwe eisen die aan professionals worden gesteld.
- Organisaties rusten hun beroepskrachten voor de omgang met deze uitdagingen toe door het geven van een heldere definitie van kwaliteit, deskundigheidsbevordering vanuit het perspectief van persoonlijke ontwikkeling, methodieken en instrumenten en het geven van ruimte, vertrouwen en rugdekking.
- Voorwaarden voor het goed omgaan met de uitdagingen zijn op organisatieniveau de aanwezigheid van een platte organisatiestructuur, een cultuur van laagdrempeligheid in de omgang en communicatie en een interne wijze van verantwoording die aansluit bij de notie dat kwaliteit wordt gemaakt in de interpersoonlijke relaties. Ook zijn voorwaarden dat werkers elkaar versterken en dat de organisatie een open relatie heeft met de omgeving, welke is gericht op partnerschap.
- Tussen organisatie, beroepskrachten en het bredere veld van branche, verzekeraars, beleid en politiek is veel overeenstemming over het uitgangspunt van kwaliteit: het perspectief van cliënten is leidend en kwaliteit wordt gemaakt in het primaire proces (de relatie tussen beroepskracht en persoon met een beperking), in vakmanschap, samenwerking en verantwoordelijkheid. Maar er wordt door beroepskrachten en organisaties veel discrepantie waargenomen tussen deze uitgangspunten en het externe toezicht, c.q. de plicht tot verantwoording. Bij externe toezichthouders ervaart men veel 'gestold wantrouwen', beheersing, regelgeving en administratieve last. Kwaliteit wordt te zeer benaderd als systeem en te weinig als iets tussen mensen, te veel in termen van veiligheid en te weinig als een proces van ontwikkeling van mogelijkheden en zelfredzaamheid, met bijbehorende, vanzelfsprekende risico's.

Er lijkt in de omgang met kwaliteit meer terughoudendheid gewenst, zowel in het voorschrijven van wat kwaliteit van zorg operationeel precies is, als in de toetsing van kwaliteit. Standaardisering van instrumenten voor kwaliteitstoetsing wordt slechts beperkt mogelijk geacht. Dit heeft te maken met het feit dat de zorg aan mensen met een verstandelijke beperking nu eenmaal een grote diversiteit aan cliënten heeft, met ieder zijn eigen type en omvang van beperkingen en zijn eigen diversiteit aan domeinen waarop ondersteuning wordt gewenst, vaak ook nog eens gerelateerd aan de leeftijdsfase. Dat is mede het gevolg van het feit dat we te doen hebben met mensen van wie de behoefte aan ondersteuning 'levenslang en levensbreed' is.

Op het terrein van kwaliteit is, naar het zich laat aanzien, 'méér naar de basis' de beweging en de uitdaging waar de zorg aan mensen met een verstandelijke beperking voor staat.

1. INLEIDING

De Regieraad Kwaliteit van Zorg wil, conform de wensen van het ministerie van VWS, een advies uitbrengen over hoe beroepskrachten in de zorg hun werk beter kunnen doen. Deze beroepskrachten krijgen veel leidraden op onderdelen van het werk. Volgens de Raad wordt er een meer geïntegreerd perspectief gemist.

Een sector waarin naar verhouding weinig systematische kennis beschikbaar is over de ervaringen van beroepskrachten vanuit het perspectief van kwaliteit, is de zorg aan mensen met een verstandelijke beperking. In onderhavige paper wordt het perspectief van kwaliteitsverbetering op de werkvloer binnen deze sector beschreven. In het bijzonder gaat het daarbij om:

- de uitdagingen waarmee deze beroepsgroep de komende jaren te maken krijgt, waaronder het spanningsveld tussen 'optimale veiligheid' (in relatie tot allerlei professionele standaarden) en 'zo gewoon mogelijk'.
- de vraag of de beroepskracht die uitdagingen aan kan, en wat daarvoor nodig is (toerusting van de zorgverlener, de organisatie van de zorg, het beleid van overheid/verzekeraar).

In het nu volgende wordt eerst het bredere kader van de sector geschetst, dat wil zeggen de omvang van de verstandelijk gehandicaptenzorg wordt aangegeven en er wordt een korte beschrijving gegeven van de huidige ontwikkelingen en initiatieven rond kwaliteit. Daarna wordt ingegaan op de uitdagingen voor de beroepskrachten op de werkvloer en de wijze waarop zij worden toegerust om deze uitdagingen aan te gaan. Vervolgens komt aan de orde aan welke voorwaarden vanuit de organisatie en diens omgeving voldaan zou moeten zijn om die toerusting optimaal te laten zijn. Tenslotte volgen enkele afsluitende opmerkingen.

Bij het samenstellen van deze paper is gebruik gemaakt van twee soorten bronnen. In de eerste plaats zijn documenten over kwaliteit en kwaliteitsbeleid bestudeerd. In de tweede plaats werden vijf organisaties in de zorg aan mensen met verstandelijke beperkingen geraadpleegd. Deze organisaties werden gekozen op basis van betrokkenheid bij het thema kwaliteit (zij zijn al enige tijd met dit thema bezig, hebben gedachtegoed ontwikkeld) en cliëntenpopulatie (gezamenlijk dienden zij een brede spreiding van cliënten te vertegenwoordigen: mensen met een licht verstandelijke beperking, ernstig verstandelijke beperkingen, gedragsproblematiek, etc.). Binnen de organisaties werd gesproken met in totaal 20 personen. Een volledig overzicht van de bronnen wordt gegeven in de bijlage.

2. ONTWIKKELINGEN IN DE VERSTANDELIJK GEHANDICAPTENZORG

2.1 Definitie en kerncijfers

In de huidige definitie van verstandelijke handicap, die sinds het begin van deze eeuw geldt, staat niet meer het defect, de aandoening of het intelligentietekort centraal maar het functioneren van mensen in de dagelijkse situatie: 'Een verstandelijke handicap verwijst naar functioneringsproblemen die worden gekenmerkt door significante beperkingen in zowel het intellectuele functioneren als in het adaptieve gedrag zoals dat tot uitdrukking komt in conceptuele, sociale en praktische vaardigheden. De functioneringsproblemen ontstaan vóór de leeftijd van 18 jaar. Dit functioneren vindt plaats binnen het spanningsveld tussen enerzijds competenties en anderzijds verwachtingen en eisen van de omgeving. Het kan positief worden beïnvloed door ondersteuning.'¹

In Nederland worden tot de groep verstandelijk gehandicapte mensen, in termen van grondslag voor de AWBZ, personen gerekend met een IQ onder de 70 en personen met een IQ tussen de 70 en 85 (zwakbegaafden) met bijkomende problematiek. Deze IQ-grenzen staan ter discussie.

Het aantal mensen met een verstandelijke beperking, dat wil zeggen de uitstaande vraag om voorzieningen, groeide tussen 1998 en 2008 met 9% per jaar. Individuele begeleiding zonder verblijf en/of dagbesteding steeg met gemiddeld 20% per jaar het snelst, en dit pakket neemt inmiddels bijna de helft van de uitstaande vraag naar extramurale zorg voor zijn rekening.²

Deze groei komt deels doordat meer mensen voor het eerst met een zorgvraag komen (instroom), deels doordat minder mensen het systeem verlaten (uitstroom). Achterliggende oorzaken zijn³: (1) Langere levensverwachting, onder andere door betere zorg, (2) Door het succesvol inzetten op het wegwerken van wachtlijsten heeft waarschijnlijk de bestaande latente vraag zich gemanifesteerd, (3) De mogelijkheden van het persoonsgebonden budget hebben vermoedelijk geleid tot een grotere vraag omdat hierdoor ook van alternatief aanbod gebruik gemaakt kon worden (zoals Thomashuizen, ouderinitiatieven, zorgboerderijen), (4) Toename in de zorg van het aantal licht verstandelijk gehandicapten en zwakbegaafden die onder meer door de complexere maatschappij te maken kregen met gevolgen van bijkomende problematiek.

Deze laatste oorzaak wordt in de praktijk herkend. Veel instellingen voor gehandicapten krijgen in toenemende mate te maken met licht verstandelijk beperkte personen in combinatie met een beperkt sociaal aanpassingsvermogen, ADHD, autisme, ernstige gedragsproblemen, psychiatrische problemen, verslavingsproblematiek, dak- en thuisloosheid, problematiek rond gezin en ouderschap (voogdij, ouder zelf onder begeleiding), criminaliteit of buurtproblematiek (gemarginaliseerde groepen). Het zijn veelal jonge mensen die qua voorzieningen tussen de wal en het schip vallen en bij wie zorginstellingen zich moreel verantwoordelijkheid voelen voor opvang en ondersteuning.

Verdere kerncijfers over de gehandicaptenzorg treffen we aan in het jaarlijkse Brancherapport Gehandicaptenzorg. De uitgave over 2010⁴ laat zien dat binnen de exploitatie-uitgaven van de gezondheidszorg, die in 2009 58 miljard euro bedroegen, de gehandicaptenzorg 11% voor haar rekening neemt. Tussen 2006 en 2009 was de absolute groei van uitgaven van de sector gemiddeld 8,1% per jaar (ter vergelijking:

¹ Definitie van de AAIDD (American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (Luckasson e.a., 2002). Voor de Nederlandse vertaling, zie Buntinx, 2003.

² Zie: Ras e.a., 2010.

³ Zie: Van Staaldunin & Ten Voorde, 2011.

⁴ Van der Kwartel, 2011. De informatie in de rest van deze paragraaf is aan deze uitgave ontleend.

verpleging en verzorging: 1,9%). Deze groei is mede het gevolg van de uiteindelijke toestemming van het CIBG (zelfstandige uitvoeringsorganisatie van het ministerie van VWS) voor capaciteitsuitbreiding van de gehandicaptenzorg met terugwerkende kracht.

Uit de cijfers van het Brancherapport is tabel 1 samengesteld. In deze tabel wordt een overzicht gegeven van de aantallen cliënten en medewerkers in de gehandicaptenzorg. Omdat er 7.322 personen zijn met een indicatie voor uitsluitend dagbesteding (de overige van dagbesteding behoren ook tot verblijf of extramuraal) bestaat de totale populatie cliënten in de gehandicaptensector uit 162.845 personen (de optelling van die 7.322 en de totalen van verblijf en extramuraal). Van de totale populatie behoort ruim 61% tot de deelsector VG, 9% tot de deelsector LG-VG.

Tabel 1 Aantallen cliënten en personeel in de gehandicaptenzorg in 2009, naar deelsector.

Deel- sector*	Cliënten					Personeel	
	Verblijf	Dagbe- steding	Extra- muraal	Totaal**		F.t.e.	Personen
				Aantallen	Percentage		
LG	1.564	3.226	1.518	3.227	2,0	2.750	4.109
LG-VG	8.156	8.831	5.987	14.809	9,1	10.004	16.740
VG	60.636	41.181	34.505	99.620	61,2	76.117	122.335
ZG	2.813	2.087	40.344	45.189	27,7	5.688	8.989
Totaal	73.169	54.825	82.354	162.845	100,0	94.559	152.173

* LG = Instellingen waarvan de primaire doelgroep bestaat uit mensen met lichamelijke beperkingen (11 instellingen).

LG-VG = Instellingen waarvan de primaire doelgroep bestaat uit mensen met meervoudige beperkingen dan wel instellingen die zowel mensen met lichamelijke als mensen met verstandelijke beperkingen als doelgroep hebben (14 instellingen).

VG = Instellingen waarvan de primaire doelgroep bestaat uit mensen met verstandelijke beperkingen (123 instellingen).

ZG = Instellingen waarvan de primaire doelgroep bestaat uit mensen met zintuiglijke beperkingen (10 instellingen).

** Totaal aantal deelsector = som van aantal verblijf, aantal extramuraal en evenredig deel van 7.322 (aantal cliënten met uitsluitend indicatie voor dagbesteding).

Met betrekking tot de medewerkers vond tussen 2007 en 2009 een groei plaats van resp. 4,6% (f.t.e) en 4,4% (personen). De 152.173 personen die in 2009 in de sector werkzaam waren, hadden een omvang van de gemiddelde werkweek van 62,4% en waren gemiddeld 40 jaar oud. Het aandeel van 50⁺ was 25,2% (een geleidelijke stijging vanaf 2004, toen het aandeel 17,3% was), het aandeel van vrouwen 82,6% en het ziekteverzuim 5,2% (een geleidelijke afname sinds 2004, toen het verzuim 6,0% was).

2.2 Ontwikkelingen en initiatieven rond kwaliteit

Kwaliteitskader gehandicaptenzorg

De belangrijkste ontwikkeling rond kwaliteit gedurende de afgelopen jaren is in de gehandicaptenzorg de introductie van het Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg.

'De missie van het kwaliteitskader gehandicaptenzorg is: stimuleren van een optimale regie bij de cliënt en bijdragen aan de kwaliteit van leven van de cliënt. Met het daartoe

*ontwikkelde kwaliteitskader willen de betrokken partijen het kwaliteitsniveau van de geboden zorg verbeteren. Ook willen zij het kwaliteitsniveau van de zorg transparant maken voor zowel cliënten en de inspectie als de zorgaanbieders in de gehandicaptenzorg zelf.'*⁵

De activiteiten rond het Kwaliteitskader worden gestuurd door de Stuur- en Projectgroep Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg⁶. Het Kwaliteitskader bestaat uit twee onderdelen:

1. Het Visiedocument⁷. Dit document beschrijft de uitgangspunten van het Kwaliteitskader en de uitwerking daarvan in acht domeinen van kwaliteit van bestaan en vier thema's die betrekking hebben op de voorwaarden om verantwoorde zorg en ondersteuning te kunnen bieden.
2. Een meetbare indicatorenset, bestaande uit twee soorten indicatoren (pijlers): zorginhoudelijke indicatoren (vanuit het perspectief van de professional) en cliëntervaringsindicatoren (perspectief van de cliënt). Deze indicatoren worden geordend volgens de domeinen en thema's uit het Visiedocument. De zorginhoudelijke indicatoren worden verspreid via het Programma Zichtbare Zorg⁸.

Het tweede onderdeel loopt niet goed. Er zijn risico's gesignaleerd voor de betrouwbaarheid van de meetgegevens: professionals zien het nut van de meting niet in, de administratieve last is te hoog, vragen zijn op verschillende manieren uit te leggen en informatie is niet ingebed in het reguliere werkproces.⁹

Ook op de specifieke pijler van cliëntervaringsindicatoren is veel kritiek¹⁰. Deze betreft in de eerste plaats de beperkte dekking van het landelijk ontwikkelde instrument, de CQ-Index, resp. CE-Index. Uitsluitend van volwassen cliënten met een lichte verstandelijke beperking kan de tevredenheid worden onderzocht, bij cliënten met een matige of ernstige verstandelijke beperking en/of gedragsproblematiek, alsook bij kinderen en jongeren, is de mogelijkheid van dit instrument beperkt of afwezig. De noodzaak wordt gevoeld om met inzet van middelen en expertise instrumenten te ontwikkelen waarmee ook de persoonlijke ervaringen van laatstgenoemde groepen kunnen worden vastgesteld. In de tweede plaats wordt gesignaleerd dat het landelijke instrument zodanig algemeen is dat het niet mogelijk is om via deze index het meer specifieke eigen beleid van de organisatie te toetsen.

Om haar leden tegemoet te komen, bood de VGN hen najaar 2010, voor eigen gebruik, de resultaten aan van een inventarisatie van werkwijzen voor kwaliteitsmethodieken. Ook ontwikkelde zij een vernieuwde Werkwijze Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg en een daarvan afgeleid plan van aanpak waarmee de Algemene Ledenvergadering van de VGN en de Stuur- en Projectgroep Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg begin 2011 instemden.¹¹

De vernieuwde werkwijze benadrukt de relatie tussen kwaliteit van zorg (output) en kwaliteit van bestaan (outcome). De onderzoekbaarheid van deze relatie wordt vergroot

⁵ Citaat uit: IGZ, 2009 (pag. 10).

⁶ In deze Projectgroep zijn vertegenwoordigd: de Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN), de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), Zorgverzekeraars Nederland (ZN), cliëntenorganisaties (de Chronisch zieken en Gehandicapten Raad Nederland (CG-Raad), het Platform VG, de Landelijke Federatie Belangenverenigingen Onderling sterk (LFB) en het Landelijk Steunpunt (Mede)Zeggenschap LSR) en beroepsorganisaties (de Nederlandse Vereniging van Artsen voor Verstandelijk Gehandicapten (NVAVG), Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN), de Nederlandse Vereniging van pedagogen en onderwijskundigen (NVO) en het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP)).

⁷ Dit visiedocument is in 2007 vastgesteld en door de VGN uitgegeven (VGN, 2007).

⁸ Zichtbare Zorg ondersteunt zorgsectoren bij het vergelijkbaar maken van hun zorgkwaliteit. Zie: www.zichtbarezorg.nl. Zie ook: Zichtbare Zorg Gehandicaptenzorg (2010).

⁹ Zie: Oskam, 2010.

¹⁰ Zie: Schuurman & Finkenflügel, 2011.

¹¹ Zie voor de inventarisatie VGN, 2011a, en voor de vernieuwde werkwijze VGN, 2011b.

als de outcome vanuit waarden uit het Visiedocument wordt benaderd. Hieraan kan de situatie van iedere cliënt worden getoetst. Maar omdat de praktijk van de sector zeer divers is (cliënten ontvangen vaak ondersteuning op meerdere domeinen, lang- of kortdurend, aard en intensiteit verschillen sterk) is één instrument voor het meten van cliëntervaringen voor de hele sector niet toereikend. Daarnaast speelt de diversiteit in communicatiemogelijkheden van mensen met een beperking een grote rol. Dit maakt, aldus de VGN, een waaier van methoden voor het 'vaststellen' van output en outcome noodzakelijk.

Een en ander leidt binnen de sector tot een nieuw traject, met voor het totale kwaliteitsinstrumentarium de volgende vijf uitgangspunten:

1. Zorg- en ondersteuningsplan als vertrekpunt. Hierdoor wordt het Kwaliteitskader gerelateerd aan de leefwereld van de cliënt en het dagelijkse handelen. Daarbij wordt expliciet aandacht geschonken aan het perspectief van verwanten en wettelijk vertegenwoordigers.
2. Aggregeren vanuit de individuele cliënt. Van elke cliënt kunnen gegevens 'opgehaald' worden die leiden tot het verwezenlijken van de doelstellingen van het Kwaliteitskader. Er wordt optimale aansluiting gezocht bij het primaire proces. Deze invalshoek biedt heel concrete verbetermogelijkheden voor de individuele cliënt en zijn persoonlijke begeleider, maar ook op andere aggregatieniveaus kan inzicht worden verkregen in verbetermogelijkheden.
3. Zowel kwantitatief als kwalitatief. Om zoveel mogelijk recht te doen aan de kracht en de diversiteit van de sector en de uitgangspunten zoals beschreven in het Visiedocument, wordt informatie zowel door kwantitatieve als kwalitatieve methodieken gegenereerd. Veelal wordt een onderscheid gemaakt tussen kwantitatief als basis voor objectieve gegevens en kwalitatief voor subjectieve gegevens. Echter, ook uit meer subjectieve, kwalitatieve informatie is het mogelijk objectieve, kwantitatieve informatie te destilleren.
4. Leren en verbeteren. Bevindingen over de huidige situatie vormen op verschillende niveaus (micro, meso, macro) input voor een verbeteractie. Verbeterinformatie fungeert als leerinstrument voor de professional en de professionele ('lerende') organisatie. Hiervoor is een veilige omgeving nodig, die ook door de buitenwereld wordt gerespecteerd. Dan kan er een leerklimaat ontstaan waarin men elkaar laat meekijken en waarin van fouten geleerd kan worden zonder dat men daarop afgerekend wordt.
5. Verantwoorden door openheid. Verantwoorden wordt geplaatst in het verlengde van verbeteren. Het Kwaliteitskader is daarmee ook een leerinstrument, waarin organisaties niet alleen laten zien wat goed gaat, maar ook wat niet goed gaat en wat ze doen om dat te verbeteren. Vervolgens kan de verbeterinformatie geaggregeerd worden tot verantwoordingsinformatie over wat verbeterd moet of kan worden en wat voldoet aan het Kwaliteitskader.

Een ander onderdeel van de vernieuwde werkwijze is dat binnen de indicatorenset van het Kwaliteitskader, naast de zorginhoudelijke indicatoren en de cliëntervaringsgegevens, nog een derde pijler wordt ontwikkeld, die gericht is op de *relatie* tussen cliënt en professional.

Opleidingen en competenties

De laatste jaren zijn er diverse basis- en verdiepende competentieprofielen ontwikkeld voor beroepskrachten in het primaire proces van de gehandicaptenzorg. Deze zijn in 2009 in één competentiebox ondergebracht¹². Deze box vormt een belangrijk instrument voor het werkveld om op landelijk en regionale niveau samen met het onderwijs en andere partners te werken aan het ontwikkelen en opleiden van de toekomstige én huidige professionals in de branche. Met de competentieprofielen verduidelijkt de gehandicaptenzorg haar vraag naar het beroepsonderwijs, zowel naar het MBO als het

¹² Zie: VGN, 2009a, 2009b.

HBO. Dit jaar start de Stichting Arbeidsmarkt Gehandicaptenzorg met de uitvoering van een project waarin delen van de competentiebox worden geactualiseerd.

Andere relevante ontwikkelingen met betrekking tot opleidingen zijn:

- De samenwerking tussen branches en beroepsonderwijs. Zorgbranches, de MBO-Raad en kenniscentrum Calibris tekenden najaar 2010 een convenant waarin is bepaald dat branches en beroepsonderwijs gelijke zeggenschap hebben en samen verantwoordelijk zijn voor zowel de kwalificatiedossiers voor de opleidingen als de beroepspraktijkvorming en examinering. Vanaf komend studiejaar komen in de verplegende en verzorgende opleidingen brancheverbijzonderingen. Dit gebeurt op vergelijkbare wijze als de opleiding Maatschappelijke Zorg op niveau 4 nu al kent voor persoonlijk begeleider gehandicaptenzorg.
- Ontwikkeling van vakkennis. Om de aansluiting tussen de vraag van de branches en het aanbod van het beroepsonderwijs te verbeteren, is afgesproken dat de branches voor de zomer van 2011 de benodigde vakkennis in beeld brengen. Voor de gehandicaptenzorg is hiervoor het project *Kritische Vakkennis Gehandicaptenzorg* gestart, een gezamenlijk initiatief van VGN, Vilans en Calibris.
- Regionaal overleg tussen zorginstellingen en ROC's om tot een goede afstemming te komen van het binnen- en buitenschoolse leren. De fasering zal per branche en per regio verschillen. Aan de hand van de thema's uit het convenant zal op regionaal niveau overleg worden gevoerd, zodat kan worden bekeken welke vervolgstappen gewenst zijn. Opleiden wordt hierbij gezien als een cyclisch proces, waarin partijen telkens moeten nagaan welke bijstelling nodig is om de aansluiting te verbeteren.

Overige ontwikkelingen in de gehandicaptenzorg

- In het programma Zorg voor Beter werken zorgprofessionals met elkaar samen om, door te leren en te profiteren van bestaande ervaringen en kennis, de thuiszorg, ouderenzorg, gehandicaptenzorg en langdurende geestelijke gezondheidszorg te verbeteren. Het is een initiatief van het ministerie van VWS, in samenspraak met de brancheorganisaties, beroepsverenigingen en cliëntorganisaties. Binnen Zorg voor Beter start in 2011 een Verbeterprogramma Gehandicaptenzorg.
- De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) oefent toezicht uit aan de hand van acht risicoaspecten: zelfbepaling en medezeggenschap, individuele planning en ondersteuning, individuele planning en dagbesteding, deskundigheid van personeel, diagnostiek en signalering, veiligheid, continuïteit van zorg en vrijheidsbeperkende maatregelen.¹³ Zorgbreed nam zij het initiatief tot een Consultatiedocument¹⁴.
- Het ministerie van VWS stimuleert verzorgenden en verpleegkundigen om zelf normen en richtlijnen te ontwikkelen. Inzichten van cliënten moeten daarbij betrokken worden, zodat één set normen voor verantwoorde zorg ontstaat waarmee artsen, verplegenden, verzorgenden en cliënten uit de voeten kunnen. Het in oprichting zijnde kwaliteitsinstituut zal hierbij ondersteunen.¹⁵

Commentaren

Er is veel commentaar op het landelijke beleid rond kwaliteit. Zorginstellingen merken op dat de kwaliteitsdiscussie over verantwoording gaat (= afrekenen), terwijl het kwaliteitsconcept over de inhoud gaat (= verbeteren). Men ervaart een strijd tussen beide. In de discussies over het kwaliteitskader heeft de gedachte van georganiseerd wantrouwen volgens veel zorginstellingen gedomineerd. Mensen op afstand vertellen op bevoogdende manier of er kwaliteit is. Ook ervaart men bij de buitenwereld gebrek aan kennis over specifieke kenmerken van mensen met een verstandelijke beperking; vanuit dat beperkte kader probeert men dan alles te vangen in één lijst.

¹³ Zie: IGZ, 2009.

¹⁴ Dit document (IGZ, 2010) is ter consultatie aan betrokken partijen in de zorg voorgelegd.

¹⁵ Zie: VWS, 2011.

Het Centrum voor ethiek en gezondheid constateert dat verplichte publieke rapportage van onderling vergelijkbare prestatiescores beoogt een mechanisme op gang te brengen waarin externe prikkels (reputatie, marktaandeel, beloningen) aansporen om serieus werk te maken van kwaliteitsverbetering.¹⁶ Professionals worden daarmee op een andere manier aangesproken, niet primair op hun intrinsieke motivatie maar vooral op hun gevoeligheid voor imago en economisch voordeel. Er zijn ook aanwijzingen voor negatieve effecten op de motivatie en het gedrag van professionals. Men geeft aan dat er sectoren zijn (zoals verpleging en verzorging) en aspecten (zoals bejegening en beleving) waarvoor het lastig kan zijn om goede prestatie-indicatoren te ontwikkelen.

Van buiten de sector wordt geconstateerd dat we in een tijd leven waarin de overheid over de hele breedte meer beleid aanbiedt op het gebied van veiligheid en risicomijding.¹⁷ 'Veiligheid is het nieuwe ordeningsprincipe voor de politiek en beleid. (...) Onveiligheid wordt geïnventariseerd door middel van profileren en normeren. Je mag niet afwachten tot er 'iets' gebeurt. Je moet niet alleen de dreiging, maar ook het risico bij voorbaat al uitsluiten. (...) De uiterste consequentie daarvan in het veiligheidsbeleid is dat de gewone burger steeds sterker voorwerp wordt van toezicht.'

Vanuit een andere invalshoek¹⁸ wordt opgemerkt dat 'een overheid al gauw in de verleiding zal komen om de kleinste risico's formeel af te dekken. Voor je het weet, ontstaat een stapeling van regelgeving en verantwoordingsplicht met als gevolg een grote en wellicht schadelijke belasting van degenen die het werk moeten doen. Precies dat is gebeurd in bijvoorbeeld het onderwijs, de jeugdzorg en de gezondheidszorg. Tijd en middelen worden daar besteed aan verantwoording ten koste van de aandacht voor dat wat er gedaan moet worden. (...) Veiligheid moet onderdeel zijn van het primaire proces. (...) Verstandig afwegen van risico's tegen maatschappelijke en commerciële belangen, de waarborg daarvoor zit in de professional in de eerste lijn. Hij ondervindt zelf de gevolgen van een verkeerde afweging. Professionals in de eerste lijn, en die wankelen nu onder een procesdruk die kan worden omschreven als gestold wantrouwen.'

¹⁶ Studie naar de effecten van en morele vragen bij prestatie-indicatoren. Ceg, 2006.

¹⁷ Zie: De Graaf & Schinkel, 2010.

¹⁸ Zie: Baksteen, 2010.

3. UITDAGINGEN EN TOERUSTING VOOR BEROEPSKRACHTEN OP DE WERKVLOER

3.1 Uitdagingen op de werkvloer

In de verstandelijk gehandicaptenzorg worden met betrekking tot de realisering van kwaliteit van zorg door beroepskrachten tal van uitdagingen ervaren. De vier belangrijkste zijn de volgende. Zij hangen sterk met elkaar samen.¹⁹

Uitdaging 1: Optimale veiligheid en 'zo gewoon mogelijk'

Enerzijds is professionaliteit het hanteren van de ontwikkelingsmogelijkheden en kwaliteit van bestaan van de cliënt als richtsnoer voor het handelen (zo gewoon mogelijk), anderzijds het voldoen aan allerlei regels en protocollen over veiligheid. Bij veel werkers leidt die combinatie tot het gevoel aan tegenstrijdige eisen te moeten voldoen, tot dilemma's en handelingsverlegenheid. Veel werkers verlangen naar een 'humaner' evenwicht tussen beide aspecten.

In het bijzonder met betrekking tot cliënten met een licht verstandelijke beperking doen zich tal van dilemma's voor. *'Hoe ga je om met zelfstandigheid/vrijheid versus de deur op slot? En wat wil de persoon zelf? Hoe ver ga je hierin mee? Bijvoorbeeld, als iemand moet schoonmaken terwijl zij pas om 3 uur 's nachts in bed lag vanwege TV kijken? Moet de TV weg of is er een andere oplossing? Of een meisje met een loverboy. Wanneer ben je vraaggericht bezig en wanneer vraaggezwicht?'*

Er zijn organisaties waarvan de werkers deze twee kanten niet als tegenstelling ervaren. Deze werkers kenmerken zich door:

- Sterke betrokkenheid bij het maken van protocollen. *'De protocollen maken de veldwerkers zelf, zij schrijven ze in hun eigen taal. In onze organisatie worden protocollen over vervoer, medicijngebruik, e.d. in het ondersteuningsplan opgenomen. Er is meesterschap op de werkvloer om dat in te voegen en bruikbaar te maken aan de ondersteuningssituatie. Protocollen worden blijkbaar niet als overweldigend ervaren.'*
- Bewustzijn in het maken van keuzen. *'Bijvoorbeeld, het is 's avonds laat, de taxi komt niet, je laat ouders de cliënten na theaterbezoek in hun eigen auto's meenemen, wat feitelijk strijdig is met het vervoersprotocol, want ouders zijn niet op de hoogte van de vervoersbijzonderheden van deze personen'.*
- Een kritische houding ten aanzien van risicobeheersing. *'Met al die risicobeheersing loop je de kans het primaire doel aan te tasten. Het is het reglementeren van gedrag, terwijl het einddoel is: wat kan de cliënt, waar zit de ruimte? Risico's moeten we zien als een deel van het leven. Per geval bekijken we: hoe kunnen we de risico's minimaliseren? Er is een natuurlijke spanning in.'*

Uitdaging 2: Zich verhouden tot nieuwe doelgroepen

Naast de bestaande doelgroepen komen er steeds meer nieuwe. Wat meespeelt, is dat steeds meer mensen als verstandelijk beperkt worden gezien, zoals mensen met autisme of met hechtingproblematiek. De beweging is van mensen met eenvoudigweg Down Syndroom naar personen met complexe problematiek, veelal met een licht verstandelijke beperking. Hoever ga je met opnemen? Waar leg je de grens?

Op de achtergrond speelt de morele plicht om op te vangen wat buiten boord valt. *'Bij verbreding van aanbod geldt: we bekijken iedere aanmelding, als we daar geen aanbod op hebben, dan ontwikkelen we het. Bijvoorbeeld, kinderen die buiten boord vallen in het onderwijs, buiten REC4 (laag niveau) en REC3 (gedragsproblemen). We hebben ook*

¹⁹ Wat in dit hoofdstuk wordt gepresenteerd, is voornamelijk ontleend aan de gesprekken in de vijf zorgorganisaties.

peutergroepen voor alle kinderen die buiten het reguliere vallen (autisten, kinderen met Down syndroom).'

De uitbreiding naar doelgroepen geeft ook nieuwe vragen over de inhoud van de ondersteuning. Hoe ga je om met tienermoeders met baby's, straatcultuur, allochtonen, verslaving? En in hoeverre is dat de verantwoordelijkheid van de verstandelijk gehandicaptenzorg?

'Je komt er achter dat bij veel lastige jongeren op straat "Kijk me aan!" Niet werkt. Deze jongeren maken avonturen in de samenleving. Het zijn mensen met kluwens van problemen, erg complex, waarbinnen twee of drie hoofdproblemen. Veel samengestelde problematiek. Fysiek zien ze er goed uit, er lijkt niets aan de hand. Onze cluster worstelt hiermee, moet over grenzen kijken en zich afvragen wat zij zelf nodig heeft. Willen zij gebruik maken van deskundigheid van anderen of van cursus/coaching?'

'Kernvraag is: hebben we voldoende vitaliteit en diversiteit om te handelen met die complexiteit?'

Onderdeel van deze uitdaging is ook de samenwerking met andere organisaties, de ketenzorg. Daarbij gaat het er om elkaars taal te verstaan, in regievoering en ondersteuningsmogelijkheden gelijke focus en visie te hebben. *'De kracht is dat je elkaar moet vinden. Bijvoorbeeld, gevangenen kloppen bij ons aan, investeren in medewerkers die kennis hebben over jongeren met een licht verstandelijke beperking.'*

Uitdaging 3: Omgaan met de eisen en beperkingen van de samenleving

Door het toenemende belang van deelname aan de samenleving door mensen met een verstandelijke beperking krijgen beroepskrachten in de uitvoering van hun werk meer met de samenleving te maken. Men ervaart problemen in die samenleving:

- Gewone organisaties sluiten niet voldoende aan op de vragen en noden van mensen met een beperking, leveren hierin geen kwaliteitszorg. Bijvoorbeeld de Jeugdzorg (begeleiding van ouders met een verstandelijke beperking), sportscholen of justitiële organisaties (omgang met taakgestraften).
- Gemeenten zijn niet klaar voor ondersteuning aan mensen met een beperking, hebben ideeën en denkstrategieën die meestal ambtelijk zijn en slechts soms inhoudelijk. Zij maken niet de vertaling van projecten van zorginstellingen, zoals met allochtonen, naar hun eigen (Wmo)-structuur. Er zal meer vanuit individuele casuïstiek beleid moeten worden gemaakt.
- In het regulier onderwijs mist men durf en inzet voor de leerlingen. Bij passend onderwijs merkt men dat je het niet over 'inclusie' mag hebben, dan verkrampt men.
- Bij wonen en dagbesteding gaat het beter, daar zijn zaken gemakkelijker te realiseren. Bij vrije tijd is een glijdende schaal mogelijk: vrije tijdsbesteding op het terrein binnen de eigen groep, speciale clubs aangehaakt bij het reguliere en geïntegreerde deelname (bijvoorbeeld individuele sporten en scouting).
- In de gezondheidszorg zou de eerste lijn versterkt moeten worden. Er zijn in die eerste lijn ten aanzien van personen met een verstandelijke beperking uitstotingsreacties zichtbaar.
- De regelgeving in het vrijwilligerswerk. Bijvoorbeeld, in een wijk waar mensen met ernstig meervoudige beperking wonen, willen andere wijkbewoners geen vrijwilliger zijn. Zij willen spontaan meedoen, wat niet kan omdat zij eerst een verklaring van goed gedrag moeten inleveren.

Een ander aspect is de verwachting die de samenleving van hulpverleners heeft. *'We moeten alles kunnen, ook het leveren van kwaliteit van bestaan. Men accepteert niet dat mensen agressief (kunnen) zijn. Bijvoorbeeld, iemand die zich niet laat begeleiden, zijn woning onveilig maakt met apparatuur, overlast bezorgt. Moeten we dan ingrijpen? De Arbo er op af sturen? De overeenkomst zorg- en dienstverlening beëindigen? Dat laatste zou een aanpak zijn vanuit het perspectief van de aanbieder. Vanuit het perspectief van*

de cliënt ben je meer agogisch en vraag je jezelf af: wat is de meest effectieve strategie? Die is, vanuit acceptatie een relatie en vertrouwen opbouwen en van daaruit beïnvloeden. Deze laatste benadering heeft veel aanhangers tot het moment waarop zich een incident voordoet, dan schiet iedereen (inclusief Tweede Kamer, media) in de andere aanpak. Het uitdragen van deze aanpak, dat dus niet geldt dat kwaliteit gelijk is aan veiligheid, is nodig. We moeten dus blijven zoeken naar alternatieven'.

De uitdaging voor de beroepskrachten is om met deze beperkingen om te gaan en de samenleving er toe aan te zetten om mensen mee te laten doen. Dat betekent vanuit de mogelijkheden van de individuele cliënt gebruik maken van de middelen die de samenleving biedt (werken in de supermarkt, meedoen in de kerk, etc.). De beweging is: van bescherming naar maatschappelijke deelname. Daarin moet men slagkracht ontwikkelen. Ook hier speelt het realiseren van ketenzorg (uitdaging 2).

Uitdaging 4: Omgaan met financiële grenzen

Strengere regels over de bekostiging begrenzen de mogelijkheden van activiteiten en ondersteuning. Hoe kun je dan de kwaliteit op peil houden? Bijvoorbeeld: kan het zwemmen blijven doorgaan, hoe kunnen we zaken terugbrengen naar de mantelzorg? Ook hier speelt de verbreding van de doelgroep (uitdaging 2) een rol. Je krijgt anderen erbij, de financiering geeft problemen, in het bijzonder bij samengestelde problematiek.

Al deze uitdagingen geven de nodige handelingsverlegenheid bij beroepskrachten. En ook een toenemend besef van eisen – deels nieuwe – die aan professionaliteit worden gesteld. Deze eisen kunnen als volgt worden samengevat (zie kader).

Eisen die in het omgaan met de uitdagingen aan de beroepskracht worden gesteld

- Helderheid hebben over de eigen positie, verantwoordelijkheid nemen (men is gewend dat de organisatie alles oplegt).
- Leren methodisch te werken. Analyseren, stap voor stap ondersteunen en steeds evalueren. Gebruik maken van de plan-do-check-act systematiek.
- Omgaan met hogere verwachtingen. Door de diversiteit van de cliënten wordt er meer van je verwacht, iedereen moet van alles kunnen.
- Niet vergeten dat het om een persoon met een beperking gaat, die een lagere ontwikkelingsleeftijd heeft. Dit kan een valkuil zijn bij werken vanuit 'normaal'.
- Voor de cliënt gaan staan waar het gaat om regelgeving.
- Overzicht krijgen en houden over de persoon: wie hij is, zijn krachten en zwakheden.
- Balans vinden tussen afstand en nabijheid, tussen beheersen en loslaten. Weerstand bieden aan de zuigkracht om in de kluwen van de cliënt mee te gaan en jezelf dan te verliezen.
- Grenzen aangeven in het vertrouwen/de relatie (valkuil is de neiging om alles toe te staan).
- Analytisch, reflecterend naar jezelf (wie ben ik als persoon?).
- Zelf in balans zijn en daardoor, in relatie met je cliënt, hem vragen om in balans te komen.
- Vanuit het alleen staan te worden tot iemand die in staat is om met vele partijen samen te werken (op lokaal niveau, in het stadsleven).
- Je vak blijven uitoefenen, daarin vitaal blijven, lerend zijn. Belangrijk onderdeel van het vak is de presentiebenadering.
- Nog verder durven loslaten van de organisatie (die alles doet en aanlevert). Leren dat de organisatie naar cliënten toe één van degene is die ondersteunt.

3.2 Toerusting van de beroepskrachten

Beroepskrachten worden toegerust om met deze uitdagingen, en wat die van hen vragen, om te gaan. Vier categorieën van toerusting zijn in het bijzonder van belang. Zij zijn niet één op één verbonden met de uitdagingen, het is eerder zo dat de toerusting als geheel nodig zijn voor elke van de uitdagingen.

Toerusting 1: Geven van een heldere definitie van kwaliteit

Werkers zijn geholpen met een heldere, praktische omschrijving van kwaliteit. Het centrale element hierin is dat in overleg met de cliënt naar tevredenheid antwoord wordt gegeven op diens vraag. Kenmerken van kwaliteit zijn voorts:

- Dat kwaliteit wordt gemaakt in de relatie en dialoog tussen cliënt (en diens systeem) en persoonlijk begeleider. Daarin moet je de werker dus goed faciliteren.
- Dat kwaliteit enerzijds bestaat uit werken en kijken per cliënt (wat is zijn behoefte, wat heeft hij nodig), anderzijds uit het stellen van de vraag 'wat is gewoon?'.
• Dat het verbonden is met kwaliteit van leven. Er vindt een kanteling plaats van de 'harde' definitie (meetbaarheid, certificering) naar de 'zachte' (aansluiting bij de cliënt en de door hem beleefde kwaliteit van bestaan).

De toerusting bestaat daarnaast uit het geven van suggesties voor handelen. Zoals:

- Dat bewuste gerichtheid op de zelfstandigheid van de cliënt voorop staat. De beweging gaat van 'zorgen voor' naar 'ondersteunen van'. *'Dat betekent niet op het gedrag gaan zitten maar op de betekenis die aan het gedrag kan worden verleend.'* Daaruit volgt het perspectief voor de ondersteuning. Vraaggerichtheid moet de houding zijn én men moet begeleidingsmogelijkheden hebben (zoals met agressie om kunnen gaan). De ondersteuning en professionele verantwoordelijkheid liggen bij de begeleider, hij is niet verantwoordelijk voor het gedrag van de cliënt. Blijf je bij dit alles verwonderen, blijf het gewoon houden, blijf je afvragen 'waarom'.
- Dat kwaliteit vorm krijgt in de relatie tussen werker en cliënt. Waar in het verleden de beheersing centraal stond, is er nu de beweging naar het relationele. De nadruk op het relationele betekent veel verandering voor werkers, die moeten soms van ver komen in competenties (houding, kennis). En door het stellen van maatschappelijke doelen wordt het blikveld op kwaliteit heel anders. Er is dus een dubbele beweging gaande: naar het relationele én naar het maatschappelijke.
- Beheersmatig betekent 'niet in gesprek zijn' en dat moet worden vermeden. In de crisisopvang: *'Beheersmatig werken doen we niet, hooguit doen we minimale beheersmatige acties (handgrepen). Bij beheersmatig werken haal je het spreekrecht weg bij de cliënt. Gedrag en spreken vormen de taal. Dus haal de crisis niet te snel weg, want dan is de taal ook weg. (...) In het contact gaat het vooral om luisteren. En om het nakomen van afspraken met de cliënt door de begeleiders (in plaats van andersom).'*
- Dat er gewerkt wordt met ontwikkelprogramma's. Aanpassing aan het onmogelijke is uit den bozen, want dat geeft een vorm van stabiliteit die de cliënt geen goed doet. Dus procesmatig denken, de zenders steeds open houden om signalen op te vangen.

Deze definitie van kwaliteit heeft gevolgen voor de invulling van allerlei andere begrippen. Bijvoorbeeld veiligheid. Er is een andere relatie tussen kwaliteit en veiligheid. Kwaliteit is méér dan veiligheid, of anders gezegd: veiligheid is een noodzakelijke maar geen voldoende voorwaarde voor kwaliteit van zorg. De zienswijze dat er bij onveiligheid altijd een heldere oorzaak – gevolg relatie is, waardoor er altijd iemand aansprakelijk gesteld kan worden en door regelgeving soortgelijke situaties in de toekomst kunnen worden vermeden, wordt hierbij verlaten. Kwaliteit brengt risico's met zich mee en met die risico's wordt bewust, alert en afgewogen omgegaan.

Toerusting 2: Deskundigheidsbevordering vanuit het perspectief van persoonlijke ontwikkeling

Om goed met de uitdagingen om te kunnen gaan, is voor beroepskrachten persoonlijke ontwikkeling van belang. Zij moeten zich veel nieuws verwerven, stappen naar buiten maken en zich losmaken van de veilige, interne gerichtheid. Concreet betekent dit:

- Uit de eigen comfortzone gaan. Bijvoorbeeld, beseffen dat het voordelen kan opleveren als je van twee naar drie dagen dienstverband gaat, dat kan meer rust geven voor de cliënt.
- Buiten kaders denken, open staan voor zelfreflectie, transparant zijn in je eigen gedrag, je open stellen. En ook: kritisch zijn, beseffen dat regels e.d. middelen zijn,

geen lijstjes om af te vinken. En ruimte creëren om anderen mee te laten kijken, inbouwen in dag- en weekprogramma's dat er wordt gekeken naar wat er gebeurt. Transparantie en zichtbaarheid geven bescherming, bijvoorbeeld bij agressief gedrag. Je laat anderen zien wat je doet, je informeert hen. En je meldt eventuele incidenten in de registraties die daarvoor zijn.

- Analytisch vermogen om kluwens uit elkaar te halen en te kunnen beoordelen of de match met een cliënt effectief is (ik, of toch beter een ander?).
- Veel inhoudelijke deskundigheidsbevordering, bijvoorbeeld in agressie, seksualiteit, omgaan met lokale organisaties en overheid. Met oog voor zowel het agogische als het verpleegkundige.

De toerusting bestaat er uit dat deze zaken mogelijk worden gemaakt. Dit kan in de vorm van onder andere POP (persoonlijk ontwikkelingsplan), scholingsprogramma's, werkoverleg, intervisie, 'regels voor transparantie' en roulatie van werkplekken. De ervaring is dat gesprekken over het POP in het begin stroef kunnen verlopen. *'Men is niet gewoon om over zichzelf te praten, om de vraag "Wat heb jij nodig?" te beantwoorden.'*

Toerusting 3: Het bieden van methodieken en instrumenten

Toerusting vindt ook plaats in de vorm van het aanbieden van gerichte methodieken en instrumenten. Veel daarvan hebben het ondersteuningsplan van de cliënt als aangrijpingspunt. Bijvoorbeeld:

- De methodiek van het cyclisch werken, via beeldvorming, perspectief, werkplan en evaluatie. In het werkplan kunnen de stappen klein en kort worden houden, zich beperken tot de dagstructuur. Het kort cyclische is dan de kern. Het is belangrijk om alles te documenteren: beschrijven van de kleine stapjes die worden genomen, daar blijkt ook de zorgvuldigheid uit.
- De methodiek van de risico-inventarisatie. Deze vormt niet alleen een handvat voor handelen, maar ook voor nadenken en voor contact en overleg met personen uit het netwerk (verwanten).
- De aanwezigheid van digitale opslag van ondersteuningsplan en totale dossier van de cliënt. Alle ondersteuning is in de loop der jaren geïndividualiseerd.
- De systematische inbreng van de cliënt. Soms maken cliënten zelf hun ondersteuningsplan (in PowerPoint), met ondersteuning van de begeleider.

Daarnaast worden werkers ondersteund door actiegerichte werkwijzen en instrumentarium zoals een toolkit voor kwaliteitsverbetering, interne visitaties (door teamleider, cliënt en begeleider van elders in de organisatie), methodieken van kleinschalig verbeteren, thermometers, die door teamleiders worden gebruikt en tot verbeterprojecten leiden, etc. Ook worden methodieken aangeboden die voor een beperkte groep zijn ontwikkeld, bijvoorbeeld autisten, maar goed toegepast kunnen worden op anderen. Aanvullende deskundigheid (van bijvoorbeeld gedragsdeskundigen) staat paraat om bijstand te verlenen.

Toerusting 4: Het geven van ruimte, vertrouwen en rugdekking

Toerusting van beroepskrachten vindt ook plaats in het geven van ruimte om fouten te kunnen maken, om bewust passende risico's te nemen, om eigen verantwoordelijkheid te nemen. Het geven van experimenteer ruimte is een erkenning van vakmanschap.

In het verlengde hiervan ligt het vertrouwen dat leidinggevend en organisatie in de werkers hebben, dat het individu – cliënt én werker - niet ondergeschikt wordt gemaakt aan protocollen en procedures, dat belang wordt gehecht aan levensgeschiedenissen en toekomstperspectieven.

Tot dit vertrouwen behoort het geven van geruststelling en rugdekking door leidinggevend en collega's op de werkvloer. Mensen die hun nek uitsteken, moet je beschermen en ondersteunen. Niet alleen wanneer zich problemen voordoen, maar voortdurend. Een vorm daarvan is het 'moreel beraad', waarin ruimte is om kleine of grote dilemma's te bespreken en gewetenskwesaties aan de orde kunnen komen.

4. VOORWAARDEN IN ORGANISATIE EN OMGEVING

4.1 Voorwaarden in de organisatie

In de toerusting van beroepskrachten bij het omgaan met uitdagingen rond kwaliteit van zorg levert de zorgorganisatie een directe bijdrage (zie par. 3.2). Die bijdrage kan slechts worden geleverd als ook organisatiebreed aan voorwaarden is voldaan.²⁰

Aansluiting tussen management en werkvloer

Een belangrijke voorwaarde is de nauwe aansluiting tussen management en werkvloer. Onderdelen hiervan zijn:

- Een platte organisatiestructuur. Feitelijk is er niet meer dan één laag van managers tussen bestuurders en werkvloer, c.q. locaties. De verantwoordelijkheden liggen laag, de grens van de eigen verantwoordelijkheid van beroepskrachten wordt bepaald door de inhoud, niet door regels, protocollen en afzonderlijke functies. *'Er is geen kwaliteitsfunctionaris, we hebben 1600 kwaliteitsmedewerkers'*.
- Een cultuur van laagdrempeligheid in de omgang. Specialisten (gedragsdeskundigen, arts, e.d.) staan dicht bij de werkvloer. *'Zij gaan op de koffie bij mensen, waardoor zich dan vanzelf dingen ontwikkelen.'* Relaties en processen krijgen een kans.
- Veel verkeer tussen de werkvloer en management, bewegingen heen en weer. Kwaliteit wordt naar de werkvloer gebracht (zoals de basale kwaliteitseisen vanuit de BOPZ, uitgewerkt voor de werkvloer). Andersom denken mensen op de werkvloer mee over bijvoorbeeld besteding van geld of ondersteuningsmethodieken voor bijzondere groepen. *'Er is samenhang tussen alles wat we doen en hoe het er op de werkvloer uit ziet. Dit alles betekent in gesprek gaan met mensen, nagaan wat ieder nodig heeft van het kwaliteitssysteem. Als leidinggevende goed luisteren en terugkoppelen (vertellen wat je doet met wat je hoort). Helder aangeven waar je mee bezig bent.'*

Interne toetsing en borging

Aan de basis van de verantwoording van de kwaliteit van zorg ligt de notie dat kwaliteit wordt gemaakt in de interpersoonlijke relaties en in het tot bloei brengen van de ontwikkeling en de ontwikkelingsmogelijkheden van de te ondersteunen persoon. Cliënt, begeleider en ondersteuningsplan zijn daarbij de drie centrale elementen. Kwaliteit van zorg en ondersteuning staat ten dienste van de kwaliteit van bestaan. *'Er is dus geen kwaliteitssysteem dat er boven hangt, geen categoriseren van mensen, geen centrale afspraak.'*

Dit laatste leidt in de organisatie tot een verantwoordingslaag van interne, inhoudelijke transparantie. Accountability en 'practice based' ondersteuning zijn daarbij sleutelwoorden. Deze verantwoording krijgt vorm in onder meer:

- De zichtbaarheid van kwaliteit in het leven van alledag: in de uitvoering van ondersteuningsplannen, scholingsbeleid, gerichte impulsen (bijvoorbeeld vanuit het programma Zorg voor Beter), werk van orthopedagogen, het bestaan van aandachtfunctionarissen per cluster voor afzonderlijke thema's, etc.
- Steekproefsgewijze toetsing door externen van besprekingen over ondersteuningsplannen (toetsing van het proces, van de kwaliteit van de dialoog).
- Interne audits en visitaties.
- Cliënttevredenheidsonderzoek, welke qua methodiek geheel is afgestemd op het individu. Bijvoorbeeld, de één heeft stellingen nodig, de ander juist open vragen. Een ernstig meervoudig beperkte cliënt wordt bevraagd aan de hand van filmbeelden. Het gaat daarbij niet alleen over tevredenheid maar ook over het 'hoe'. Bijvoorbeeld, de

²⁰ Ook van deze paragraaf is de inhoud grotendeels ontleend aan de gesprekken binnen de geraadpleegde organisaties.

vraag over zeggenschap betreft niet alleen of men tevreden is over de mate van zeggenschap maar ook hoe men feitelijk zeggenschap heeft.

- Eigen kwaliteitsbeleid en –rapportages van teams (wat komt er uit het huiskameroverleg, welke kwaliteitsdoelen hanteren we, hoe gaan we om met de uitkomsten van visitaties, etc.).
- Tevredenheidsonderzoek onder medewerkers en, naar aanleiding hiervan, persoonlijke gesprekken met begeleiders, cliëntencoördinatoren en hoofden.

De professionals

Een volgende voorwaarde is dat in de organisatie de professionals naast elkaar staan. Drager van het begeleiding- of behandelingsplan zijn specialisten. Maar dat geeft geen hiërarchie tussen begeleidingsdeskundigheid en gedragsdeskundigheid. *'Als begeleider vraag je niet aan een gedragsdeskundige hoe je jouw cliënt moet begeleiden. Ieder heeft zijn eigen deskundigheid. Er is bewustwording naar beide kanten. Eigenversterking en elkaar versterking komen samen voor, dán kun je ontwikkelen.'*

Een belangrijke voorwaarde is ook dat er goede beroepskrachten instromen. Dat is vaak lastig, er zijn te weinig uitstromers van HBO en MBO die geleerd hebben met mensen met een verstandelijke beperking (met die 'kluwens van problemen') om te gaan, kunnen anticiperen op multiproblematiek. Er is dus veel aandacht voor interne opleiding.

Eerder genoemde uitdagingen vertalen zich tot kernopgaven, die veel gedrevenheid vragen. Kenmerken van gedreven professionals zijn de volgende (zie kader).²¹

Kenmerken van gedreven professionals

- Werken met gedeelde waarden. Zorgvakmensen werken aan kwaliteit van zorg, waarbij *vakmanschap, zorgzaamheid en zorgvuldigheid* kernwaarden zijn. Ze willen steeds beter worden in hun vak en in het afstemmen op hun cliënten. Ze besteden speciale zorg aan kwetsbare en moeilijke cliënten. Ze streven naar maximale kwaliteit tegen beperkte kosten. Ze werken actief aan verantwoording, vooral tegenover burgers, cliënten en collega's. Ze zorgen voor een goede verhouding tussen werk en registratie en toetsen de extra tijd op zinvolheid.
- Werkelijke dialoog vanuit presentie. Zorgprofessionals nemen en krijgen de ruimte om zorgvragers werkelijk te ontmoeten en te leren kennen als compleet mens. Daarvoor nemen en krijgen ze de tijd en ontwikkelen ze de vaardigheden. Ze zijn werkelijk aanwezig in het contact en ze durven met hun inleving dichtbij mensen in nood te staan. Hun interventie komt voort uit presentie. Ze communiceren eerlijk en duidelijk met zorgvragers en hun dierbaren; ze geven en vragen om terugkoppeling op wat ze zeggen, doen en laten.
- Leren en opleiden. Zorgprofessionals zijn voortdurend bezig om hun vak verder te ontwikkelen. In het werk zelf door cliëntbesprekingen en leerbijeenkomsten, waarin ze reflecteren op wat ze doen en hoe ze het doen. Daardoor kunnen ze ook nieuwe vaardigheden, instrumenten en diensten ontwikkelen. Naast hun professionele vaardigheden krijgen ze ook de ruimte voor persoonlijke ontwikkeling tot ervaringsrijke mensen.

Bedrijfsvoering

De bedrijfsvoering van de organisatie kenmerkt zich door innovatie, aanwezigheid van een ondersteuningsbouwwerk (ondersteunen van de ondersteuners van de cliënt), deskundigheidsbevordering in relatie tot methodieken en nadruk op samenhang, met als basis de cliënt en diens regie.

De bedrijfsvoering is op orde, er zijn vaste teams en flexwerkers. Er is besef van de meerwaarde van helderheid en transparantie, bijvoorbeeld waar het gaat om de beschikbaarheid van ondersteunende specialismen. Het management is procesgerichtheid, denkt in tijdspaden en zet werkers in passende posities.

²¹ Ontleend aan de Transitiearena Zorg (2009), die deel uitmaakt van de zogenoemde Transitiebeweging die afgelopen jaren in ons land is ontstaan en een belangrijke bron voor reflectie en toekomstdenken is. Zie: www.innoverenvanzorg.nl

Tot de bedrijfsmatigheid behoort ook een open relatie met de omgeving:

- Nadruk op ketenzorg, waarbij voorzieningen onbaatzuchtig op elkaar aansluiten. Dit kan zich voordoen in situaties waarin vanwege bijkomende problematiek samenwerking met aanvullende voorzieningen noodzakelijk is (GGZ, verslavingszorg, jeugdzorg, etc.), maar ook in situaties van doorstroming (bijvoorbeeld van instellingen voor Kind & Jeugd naar volwassenenzorg).
- Meedoen aan kennisontwikkeling en kennisdeling, zowel binnen de sector (bijvoorbeeld ontwikkelingsactiviteiten van de brancheorganisatie), als daarbuiten (bijvoorbeeld onderzoek van universiteiten en niet universitaire instituten en bureaus). Dus geen kennismonopoly.
- Leveren van verantwoordingsinformatie aan inspectie, overheid en zorgkantoor. Bij het leveren van die informatie wordt sterk gehandeld vanuit de eigen werkwijzen. Certificering wordt niet zo van belang gevonden. *'Als er extern iets wordt gevraagd, dan is voor ons de aanpak: wat kunnen we vanuit het eigen systeem als antwoord geven? Als er bijvoorbeeld een vraag van de inspectie komt over hoe je als organisatie omgaat met risico's, putten wij uit onze ervaring en kennis met de risico-inventarisaties die in alle ondersteuningsplannen aanwezig zijn. We reageren vanuit het eigen systeem, andersom dus dan je geneigd zou zijn te doen. Kwaliteit is niet iets van buiten maar komt van binnen.'*
- Ook de relatie tot het zorgkantoor wordt ingevuld vanuit inhoud en eigen kracht. Men kan daardoor zo veel mogelijk uit de macht blijven. Men streeft naar partnerschap in plaats van partijschap. *'Tegen de verzekeraar is gezegd: "Als dit zo gebeurt, welke informatie hebben jullie dan nodig om inzicht te hebben in het proces?" We hebben hen er dus bij gehaald. Dat levert bewustzijn op.'*

4.2 Voorwaarden in de omgeving van de organisatie

Externe verantwoording en toezicht

Over de uitgangspunten van kwaliteit van zorg is er binnen het bredere veld van de gehandicaptenzorg veel overeenstemming:

- Op het niveau van de sector is eerder genoemd Visiedocument van het Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg met veel instemming ontvangen²². In dit document wordt gesteld dat de individuele persoon en de beoogde kwaliteit van diens bestaan vertrekpunt zijn voor zorg en ondersteuning. Dit vertaalt zich in twee uitgangspunten: zorg moet een aantoonbare positieve invloed hebben op de kwaliteit van bestaan en de eigen regie van mensen met een beperking is een centrale waarde in zorg en ondersteuning.
- De IGZ stelt in haar Consultatiedocument dat de kwaliteit en veiligheid van de zorg worden gemaakt in het contact met de patiënt of cliënt²³. Alle betrokkenen in de zorginstelling hebben een eigen verantwoordelijkheid in deze relatie. De professionals nemen vanuit hun vakbekwaamheid de operationele verantwoordelijkheid voor kwaliteit en veiligheid op zich, werken met elkaar samen, zien toe op elkaar en leggen verantwoording af aan het bestuur van de zorginstelling over de resultaten hiervan. Kortom: *'Het perspectief van patiënten en cliënten is leidend, professionals "maken" kwaliteit en veiligheid samen. Kernbegrippen daarbij zijn vakmanschap, samenwerken, elkaar aanspreken en verantwoording afleggen.'*

Er wordt veel discrepantie waargenomen tussen deze uitgangspunten en de uitvoering ervan, c.q. het externe toezicht en de plicht tot verantwoording. In die laatste eraart men een sterke nadruk op beheersing en top down instrumentarium. Men wijst op de

²² Zie: VGN, 2007

²³ Zie: IGZ, 2010. Het betreft het *Consultatiedocument over het toezichtkader voor de invulling van de bestuurlijke verantwoordelijkheid van zorginstellingen voor kwaliteit en veiligheid* dat door de IGZ ter consultatie aan het veld is voorgelegd. De hier aangehaalde uitspraken zijn overgenomen uit *Staat van de Gezondheidszorg 2009*.

moeizame totstandkoming van de uit het Visiedocument afgeleide kwaliteitsindicatoren en tevredenheidsinstrumenten, die men geen recht vindt doen aan de diversiteit van de cliëntenpopulatie en de relationele dimensie van kwaliteit (zie ook par. 2.2).

Van de IGZ wordt gevonden dat men in de praktijk van het toezicht erg is gericht op controle, veiligheid en risicovermijding; gekeken wordt naar wat er mogelijk niet klopt (het '*niet weten, niet kunnen en niet willen*' van de zorgaanbieder) in plaats van wat goed gaat en daarvan kan worden geleerd. De benadering van zorgorganisaties berust meer op wantrouwen dan op vertrouwen, zij is niet in overeenstemming met de uitdagingen op de werkvloer en de toerusting die men daarbij ook van de IGZ verwacht. Men moet veel papieren invullen, '*nodig als bewijslast dat we met kwaliteit bezig zijn.*'

In nog breder verband zijn de reacties van de verenigde brancheorganisaties interessant op het Consultatiedocument van de IGZ.²⁴ Men is het volgende van mening:

- Zelfregulering van professionals en organisaties is van belang omdat daar een intrinsiek motiverende werking van uitgaat. De rol van de inspectie moet hieraan juist complementair en versterkend zijn.
- Er is stapeling van toezicht (meerdere lagen) en dubbeling van toezicht (meerdere toezichthouders, van wie het toezicht overlap vertoont). Je moet uitkomsten monitoren, dat zegt meer dan het monitoren van systemen en randvoorwaarden.
- De IGZ zou zich moeten richten op een op leren gerichte risicobeheersing, door bijvoorbeeld het verstrekken van advies of het geven van feedback.
- Risico's, incidenten en menselijk falen zijn zeker niet alleen met regels en toezicht uit te bannen. Ook de IGZ heeft een verantwoordelijkheid in het tegengaan van oververhitte reacties en beleid dat incidenten teveel en alles wat goed gaat te weinig als referentiekader hanteert.

Het punt van de 'oververhitte reacties', van media en politiek, is een belangrijk punt omdat deze reacties in de verstandelijk gehandicaptenzorg nogal eens reacties van verlamming en angst geven. In die reacties worden kwaliteit en veiligheid aan elkaar gelijkgesteld. '*Mijn grootste zorg is dat doorgeslagen idee in de media en politiek dat de zorg absoluut veilig moet zijn. Maar een leven zonder risico's bestaat niet. Natuurlijk, mensen moeten kunnen vertrouwen op de kwaliteit van zorg. Punt is: hoe definieer je vertrouwen? Als dat betekent dat er nooit een incident is, dan is dat een onterecht vertrouwen. Het gaat om gerechtvaardigd vertrouwen in kwaliteit.*'²⁵

Beleid overheid

Een laatste belangrijke voorwaarde is het beleid van de overheid dat, aldus zorgorganisaties, het omgaan met uitdagingen zou moeten faciliteren. In dat verband wordt de eventuele verlaging van de IQ-score op basis waarvan mensen AWBZ gefinancierde ondersteuning kunnen krijgen, met veel zorg tegemoet gezien, zeker in relatie tot het toenemende aantal cliënten met een licht verstandelijke beperking en bijkomende problematiek (zie par. 2.1 en hoofdstuk 3).

Met betrekking tot de bekostiging van de zorg wordt ook gewezen op de relatie met leeftijd. Ervaringen in de ondersteuning van kinderen en jongeren met een verstandelijke beperking laten het belang zien van een investering – in leren, vrije tijdsbesteding en relaties – op jonge leeftijd. Die investering is gericht op het stimuleren van ontwikkeling en zelfredzaamheid. Is die er niet, dan heeft dat grotere investeringen tijdens de volwassenheid tot gevolg. Het gaat hier immers over 'levensbreed en levenslang'. Daarom zou 'levensfasefinanciering' mogelijk moeten zijn, dat wil zeggen dat ZZP's levensfaseafhankelijk worden gemaakt. Daarmee zou aansluiting worden verkregen met het procesmatige in de begeleiding van het leven van de cliënt. Je doet dan voorwerk voor anderen, investeert in volwassenheid van de betreffende persoon en in de keten van benodigde voorzieningen. Met andere woorden, financiering met het oog op preventie.

²⁴ Zie: BoZ (2010a, 2010b). Zie ook noot 23.

²⁵ Zie: Van Veen, 2011.

5. TER AFSLUITING

In de verstandelijk gehandicaptenzorg staat de persoon met een beperking in het middelpunt. Om hem heen bevinden zich de natuurlijke hulpbronnen - waaronder het persoonlijke netwerk en reguliere, lokale voorzieningen - en de inbreng van gespecialiseerde zorgorganisaties.

De kwaliteit van zorg in die zorgorganisaties komt tot stand in het primaire proces, in de relatie tussen beroepskracht en persoon met een beperking. Beroepskrachten nemen vanuit hun vakbekwaamheid de operationele verantwoordelijkheid voor kwaliteit op zich, werken met elkaar samen, zien toe op elkaar en leggen over proces en resultaten verantwoording af aan cliënten, diens vertegenwoordigers, leidinggevend en bestuur.

Door de spanning tussen de ontwikkelingsgerichtheid en vereiste veiligheid van de ondersteuning, de complexiteit van de cliëntenpopulatie, de vermaatschappelijking van de zorg en de praktische gevolgen van noodzakelijke kostenbesparingen hebben beroepskrachten het niet gemakkelijk. Zij hebben veel toerusting nodig om met de uitdagingen op deze vier terreinen om te gaan. Vanzelfsprekend komt deze toerusting in de eerste plaats van de zorgorganisatie zelf, maar zij is ingebed in het bredere veld van branche, verzekeraars, beleid en politiek.

De toerusting is erbij gebaat dat dit bredere veld dienstverlenend en ondersteunend is aan het primaire proces. In het kielzog van het uitgangspunt 'de cliënt voorop' heeft de professional meer verantwoordelijkheid gekregen om vanuit inzet, betrokkenheid en expertise de kernwaarden vakmanschap, zorgzaamheid en zorgvuldigheid in de praktijk te brengen. Het waarmaken van deze verantwoordelijkheid moet in balans zijn met de ruimte en bevoegdheden die hem worden gegeven.

Op dit moment lijkt deze balans niet optimaal. Er wordt door werkers en organisaties bij externe toezichthouders veel 'gestold wantrouwen', beheerszucht, regelgeving en administratieve last ervaren. Kwaliteit wordt in hun ogen te zeer benaderd als systeem en te weinig als iets tussen mensen, te veel in termen van veiligheid en te weinig als een proces van ontwikkeling van mogelijkheden en zelfredzaamheid, met bijbehorende, vanzelfsprekende risico's. Het lijkt meer te gaan om kwaliteitsverantwoording dan om kwaliteitsverbetering.

In de behoefte om dit omgebogen te zien is er de wens om, consistent met het uitgangspunt dat kwaliteit in het primaire proces wordt gemaakt, te erkennen dat kwaliteit laag in de organisatie ligt. Niemand anders dan de beroepskracht op de werkvloer kan beter invulling geven aan kwaliteit en ondervindt méér de gevolgen van verkeerde afwegingen.

In het verlengde hiervan lijkt meer terughoudendheid op zijn plaats, enerzijds in het voorschrijven door het bredere veld van wat kwaliteit van zorg operationeel precies is, anderzijds in de toetsing van kwaliteit. Wat dat laatste betreft, standaardisering van instrumenten voor kwaliteitstoetsing wordt slechts beperkt mogelijk geacht. Dit heeft te maken met het feit dat de zorg aan mensen met een verstandelijke beperking een grote diversiteit aan cliënten kent, met ieder zijn eigen type en omvang van beperkingen en zijn eigen diversiteit aan domeinen waarop ondersteuning wordt gewenst, vaak ook nog gerelateerd aan de leeftijdsfase. Dat is mede het gevolg van het feit dat we te doen hebben met mensen van wie de behoefte aan ondersteuning 'levenslang en levensbreed' is.

Méér naar de basis, dat is naar het zich laat aanzien de beweging en de uitdaging waar de zorg aan mensen met een verstandelijke beperking met kwaliteit voor staat.

GERAADPLEEGDE BRONNEN

Schriftelijke bronnen

Baksteen, Benno (2010). Veiligheid gaat niet voor alles. *NRC Handelsblad*, 24 april 2010.

BoZ, Brancheorganisaties Zorg (2010a). *Brief aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg inzake consultatie Toezichtkader 'bestuurlijke verantwoordelijkheid voor kwaliteit en veiligheid', d.d. 11 november 2010*. Utrecht: BoZ.

BoZ, Brancheorganisaties Zorg (2010b). *Brief aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg inzake consultatie Toezichtkader 'bestuurlijke verantwoordelijkheid voor kwaliteit en veiligheid', d.d. 1 december 2010*. Utrecht: BoZ.

Buntinx, W.H.E. (2003). Wat is een verstandelijke handicap? Definitie, assessment en ondersteuning volgens het AAMR-model. *Nederlands Tijdschrift voor de Zorg aan verstandelijk gehandicapten*, 29 (1), 4-24.

Ceg, Centrum voor ethiek en gezondheid (2006). *Vertrouwen in verantwoorde zorg? Effecten van en morele vragen bij het gebruik van prestatie-indicatoren*. Signalering ethiek en gezondheid 2006. Den Haag: CEG.

Graaf, Beatrice de & Schinkel, Willem (2011). Het recht op veiligheid schept een permanente noodtoestand. *NRC Handelsblad*, 31 december & 1 januari 2011.

IGZ, Inspectie voor de Gezondheidszorg (2009). *Verbeterkracht gehandicaptenzorg in beeld. Eindrapport van de follow-up van het geïntensiveerde toezicht in de 24-uurszorg aan mensen met een verstandelijke beperking*. Den Haag: IGZ.

IGZ, Inspectie voor de Gezondheidszorg (2010). *Consultatiedocument IGZ-Toezichtkader voor de invulling van de bestuurlijke verantwoordelijkheid van zorginstellingen voor kwaliteit en veiligheid*. Den Haag: IGZ.

Kwartel, A.J.J. van der (2011). *Brancherapport Gehandicaptenzorg 2010*. Utrecht: Prismant.

Luckasson, R., Brothwick-Duffy, S., Buntinx, W., Coulter, D., Craig, P., Reeve, A., Schalock, R., Snell, M., Spitalnik, D., Spreat, S., & Tassé, M. (2002). *Mental Retardation: Definition, Classification and Systems of Supports*. Washington: American Association on Mental Retardation.

Oskam, J. (2010). *Verbeteringen kwaliteitskader gehandicaptenzorg*. Presentatie Voorlichtingsbijeenkomst Zichtbare Zorg Utrecht, Eindhoven en Zwolle. TNO Management Consultants.

Ras, Michiel, Woittiez, Isolde, Kempen, Hetty van & Sadiraj, Klarita (2010). *Steeds meer verstandelijk gehandicapten? Ontwikkelingen in vraag en gebruik van zorg voor verstandelijk gehandicapten 1998-2008*. Den Haag: SCP.

Schuurman, M. & Finkenflügel, H. (2011). Instrumenten voor de bepaling van cliënttevredenheid naast elkaar geplaatst. *Nederlands Tijdschrift voor de Zorg aan mensen met een verstandelijke beperking*, maart 2011, pag. 35-48.

Staalduinen, W. van & Voorde, F. ten (2011). *Trendanalyse verstandelijk gehandicaptenzorg*. TNO.

Transitiearena zorg (2009). *Mensenzorg, een transitiebeweging*. Rotterdam: Dutch Research Institute for Transitions.

Veen, Jenneke van (2011). *Ook de zachte kant van kwaliteit voortaan meten*. In: *Vilans. Wat ons bezighoudt. De langdurige zorg nu en later*. Utrecht: Vilans. Pag. 20-21.

VGN, Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (2007). *Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg. Visiedocument*. Utrecht: VGN.

VGN, Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (2009a). *Landelijk competentieprofiel voor beroepskrachten (niveau ABC) in het primaire proces van de gehandicaptenzorg*. Utrecht: VGN.

VGN, Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (2009b). *Beroepscompetentieprofiel voor beroepskrachten met een hogere functie (niveau D) in het primaire proces van de gehandicaptenzorg*. Utrecht: VGN.

VGN, Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (2011a). *Werkwijzen kwaliteitsmeting*. Utrecht: VGN.

VGN, Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (2011b). *Plan van aanpak voor een vernieuwde werkwijze Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg*. Interne notitie VGN, 28 januari 2011. Utrecht: VGN.

VWS, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2009). *Voortgangsbrief Kwaliteit van Zorg*. Brief van de minister en staatssecretaris van VWS aan de Tweede Kamer, 24 juni 2009. Den Haag: Ministerie van VWS.

VWS, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2011). *Vertrouwen in de zorg: de beleidsdoelstellingen van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS)*. Brief van de Staatssecretaris van VWS aan de Tweede Kamer d.d. januari 2011. Den Haag: Ministerie van VWS.

Zichtbare Zorg Gehandicaptenzorg (2010). www.zichtbarezorg.nl:

- *Totaalbestand Kwaliteitsindicatoren Gehandicaptenzorg 2010*.
- *Zorginhoudelijke Indicatoren Kwaliteitskader Gehandicapt VG*.
- *Vragenlijst voor volwassenen met een verstandelijke beperking 2010 (VG)*.
- *Vragenlijst voor volwassenen met een verstandelijke beperking 2010 (VG). Toelichting en begrippen*.

Mondelinge bronnen

Voor deze paper zijn vijf organisaties in de zorg aan mensen met verstandelijke beperkingen geraadpleegd. Binnen deze organisaties werd gesproken met in totaal 20 personen, onder wie bestuurders, managers, hoofden, gedragsdeskundigen, stafmedewerkers, begeleiders en een arts verstandelijk gehandicapt.

De organisaties zijn:

- Esdégé-Reigersdaal.
- 's Heeren Loo, regio Kind en Jeugd.
- Siza.
- JP van den Bentstichting.
- Dichterbij.

Regieraad Kwaliteit van Zorg

Postbus 93245

2509 AE Den Haag

T 070 349 53 00

F 070 349 53 01

info@regieraad.nl

www.regieraad.nl



REGIERAAD
Kwaliteit van Zorg