

Blokindeling en ontvangen inbrengen RTG Ouderenzorg 4 april 2011

BLOK 1 10.30-12.30 uur Mensen uit de dagelijkse praktijk van de ouderenzorg

- Mw. M. Drost, Ouderenzorg Zeeland
- Hans Hoogerheide, wiezorgterstraksvoormij.nl
- Adriaan Koenen, Herbergier Arnhem
- Ruud Lensen – verpleeghuisarts
- Esther Merkies – Locatiehoofd Overspaarne van SHDH
- Jolanda de Mooij, schrijfster van het boek “Zorg naar eer en geweten”
- Anja Tijmense – Locatiemanager Markenhof van Atlant (deelnemers aan het Vilans project ‘Een goed gesprek’)
- Ivo van Woerden, journalist van HP/de Tijd en liep undercover mee in de ouderenzorg

BLOK 2: 13.00-15.00 uur Koepelorganisaties en bestuurders

- Hans Breteler, oud voorzitter Raad van Bestuur Ouderenzorg
- Hannie van Leeuwen, oud Eerst- en Tweede-Kamerlid
- Aad Koster, directeur Actiz
- Tiertsje Kuipers, V&VN ambassadeur van de zorg
- Guus van Montfort directeur Kiwa/Prismant (Kennis- en expertisecentrum voor de zorg)
- Anneke van der Vlist, Ouderenorganisaties

BLOK 3 15.00-16.30 uur Deskundigen en wetenschappers

- Kim Brands, maakster van de documentaire ‘De zorgfabriek’
- Jan Hamers, hoogleraar ouderenzorg Universiteit Maastricht
- Raymond Koopmans, hoogleraar ouderengeneeskunde Radboudziekenhuis Nijmegen
- Gooke Lagaay, internist, geriater Spaane Ziekenhuis
- Julie Meerveld, Alzheimer Nederland
- F.J. Roos, directeur Verenso
- Erik Scherder, professor aan de VU en Universiteit van Groningen

INBRENGEN BLOK 1 10.30-12.30 uur Mensen uit de dagelijkse praktijk van de ouderenzorg

- Hans Hoogerheide, wierzorgterstraksvoormij.nl
- Adriaan Koenen, Herbergier Arnhem
- Esther Merkies – Locatiehoofd Overspaarne van SHDH
- Jolanda de Mooij, schrijfster van het boek “Zorg naar eer en geweten”
- Anja Tjimensen – Locatiemanager Markenhof van Atlant (deelnemers aan het Vilans project ‘Een goed gesprek’)
- Ivo van Woerden, journalist van HP/de Tijd en liep undercover mee in de ouderenzorg

De betaalbaarheid van de zorg voor ouderen.

Hoe zit het met mijn zeggenschap, mijn eigenheid als ik afhankelijk wordt van de zorg? Mijn ervaring tot nu toe is dat daar bijna niets van over blijft. Als je dement wordt heb je grote kans dat je opgesloten wordt en afhankelijk bent van de mensen die er werken. Iedereen kent de verhalen dus die hoef ik hier niet uit te leggen.

Hoe dan wel?

Dementie is een niet te genezen aandoening. De behandeling is dan ook vaak gericht op het verlichten van de symptomen, verbeteren van de kwaliteit van leven en het vertragen van de achteruitgang van het geheugen. *Alsof behandeling de kwaliteit van leven kan verbeteren!* Volgens mij is bij opname in een instituut de behandeling dan ook niet meer noodzakelijk, die fase is meestal al afgesloten tijdens het diagnosticeren en de periode dat de cliënt nog thuis woont. In de Herbergier houden wij ons daar ook niet mee bezig, wij houden ons bezig met de kwaliteit van het leven. Wij bieden individuele zorg, de gast (wettelijk vertegenwoordiger) bepaalt wat voor zorg er gegeven moet worden en op welke wijze dat dient te gebeuren. Gasten kunnen tot aan het levenseind bij ons blijven wonen. Wij dagen onze gasten uit om nieuwe dingen te leren, voor zichzelf op te komen en te doen wat ze zelf willen. Wij houden niet van beperkingen, waardoor onze gasten het gevoel krijgen niet volwaardig meer mee te tellen. Mijn ervaring hierbij is (na 4 jaar Herbergierschap Arnhem) dat zowel de kwaliteit van leven verbeterd als ook dat de achteruitgang van het geheugen vertraagd. Het is en blijft verbazingwekkend dat zaken die ik jarenlang voor waar heb aangenomen (in de reguliere ouderenzorg) opeens heel anders blijken te zijn door onze manier van werken. *Omdat bij ons geen deur op slot zit is het aantal gasten dat weggaat (loopt) zonder toestemming veel lager dan in een gesloten afdeling in een verpleeghuis;*
Er zijn nog steeds gasten, die vanaf het begin bij ons wonen, die de weg weten in Arnhem (hebben we ze geleerd) en alleen de stad in gaan (ZZP 5);
Agressie en onrust zijn (loopdrang) bijna niet voorkomende zaken in de Herbergier Arnhem;
Bijna alle gasten kennen ons en een aantal kent ons zelfs bij naam.

Als de zorg anders moet worden dan is het volgens mij van belang dat anderen buiten de zorgverlening zeggenschap krijgen over de geldverstrekking. In de Herbergier wordt het PGB beheerd door de wettelijk vertegenwoordigers (familie). Daar worden ook contracten mee afgesloten over de te leveren zorg. Indien wij als zorgondernemers onze afspraken niet nakomen dan hebben de wettelijk vertegenwoordigers het machtsmiddel van niet betalen ter beschikking.

Verder zijn er zijn grote besparingen mogelijk op de kosten van huisvesting, behandeling en therapie. Kosten die nu nog standaard worden gefinancierd binnen de traditionele AWBZ (Zorg in Natura). In de Herbergier worden alleen de kosten van daadwerkelijke zorg, begeleiding, 24 uurtoezicht (tijdelijk verblijf) en dagbesteding nog via de AWBZ gefinancierd (in de vorm van het PGB). De kosten van huisvesting worden gefinancierd door de eigen uitkering van de gast, en de kosten van behandeling en therapie lopen via de zorgverzekeringswet. Als deze systematiek wordt toegepast bij Zorg in Natura en de behandeling wordt overgeheveld naar de zorgverzekeringswet, dan zijn er enorme bezuinigingen mogelijk binnen de AWBZ.

Waarom? Simpelweg omdat er dan alleen nog maar behandeld zal worden als dit daadwerkelijk nodig is en niet omdat het nu eenmaal beschikbaar is. Bijkomend voordeel is dat ook de bureaucratie wordt teruggedrongen. De (para)medische verantwoording komt bij huisartsen en externe therapeuten te liggen, en verdwijnt uit de interne organisatie. Thomashuizen en Herbergiers tonen al jaren aan dat het op die manier goed functioneert.

Versimpeling van de AWBZ is mijns inziens de belangrijkste sleutel tot gezonde ouderenzorg in Nederland, die ook voorbereid is op de(komende) explosieve vraag naar. Ik denk dat zeker de helft van alle mensen in een AWBZ instelling binnen deze nieuwe financieringsgedachte past. Onze huidige werkwijze zorgt voor een enorme wachtlijst voor toekomstige gasten en ook een wachtlijst voor medewerkers. De behoefte aan onze systematiek is groot, mede ook omdat wij ook plaats hebben voor gasten met alleen een AOW als inkomen.

Ouderenzorg?

Hoe wilt u leven als u oud bent? Denkt u daar wel eens over na? Dat is verduveld lastig, want wie gaat vrijwillig nadenken over hoe het zou zijn als je moeilijk ter been bent, slecht ziet, of, mogelijk nog erger, je je gezond verstand begint te verliezen? De meeste mensen zeggen dan ook dat ze graag zo willen blijven wonen zoals ze nu al wonen. Dat betekent eigenlijk mét de huidige gezondheid en in de huidige sociale omstandigheden.

Wij willen allemaal vooral onze eigen regie houden. Eigen regie over juist de kleinste dingen. Het ene vind je belangrijker dan het andere, maar het gaat er vooral om dat je weet dat je het zelf kunt bepalen.

In de gezondheidszorg is de kreet “de cliënt staat centraal” een motto dat alle zorgorganisaties hoog in het vaandel hebben staan. Iedereen wil laten zien dat zij oog hebben voor die kleine details. De cliënt zal namelijk, dat begrijpt u allen, de hulpverlener een 10 geven als de hulpverlener hem echt kent, goed luistert, alleen helpt waar nodig, kortom hulp geeft die precies bij hem past.

En dan naar de gezondheidszorg in algemene zin. De gezondheidszorg wil transparantie, inzicht in wat er gebeurt binnen de instellingen. Daarvoor worden kwaliteitskeurmerken ingesteld, inspecties in alle soorten en maten langs gestuurd en, niet te vergeten, er worden tevredenheidsenquetes afgenomen. Men probeert inzicht te krijgen in waar ‘goede zorg’ wordt geboden. En dat is nu net juist wat zo moeilijk is, eigenlijk onmogelijk. Zoals ik u al schetste is de cliënt tevreden als hij zelf regie kan voeren, echt contact heeft en er echt geluisterd wordt. Hoe is dat op grote schaal nu te meten? Er wordt met grof geschut geschoten op iets wat in essentie gaat tussen twee mensen, die in een verhouding cliënt en hulpverlener tot elkaar staan. Is een organisatie die goud scoort beter? Mogelijk. Mogelijk ook beter in ervoor zorgen dat op de dag van de inspecties de juiste dingen worden gedaan en de juiste dingen worden gezegd. Is er nu echt transparantie? Weet u nu echt waar het goed gaat en waar niet en mag u überhaupt wel zeggen of het ergens goed gaat of niet.

Maar natuurlijk moet u er iets over zeggen. De overheid moet ons geld eerlijk verdelen. Zij kiest hiervoor om indicatiestellers indicaties af te laten geven in 10 categorieën. Als je dement bent, heb je de keuze uit twee categorieën 5 of 7. Je bent makkelijk dement of moeilijk dement en dat scheelt 30 euro per dag. Een indicatiesteller moet een onafhankelijk oordeel vellen. Hoe kun je nu onafhankelijk oordelen over iemands omstandigheden? En oordeel je nu over de cliënt of over hoe de cliënt en zijn omgeving daar mee omgaan? En hoort u iets over eigen regie? Die kreet komt weer kijken nadat de indicatie is gesteld en de cliënt naar de laatst vrijgekomen kamer in het verpleeghuis is verhuisd. Hoeveel ruimte is er dan nog om de cliënt centraal te stellen? Hij beslist niet over zijn geld meer, de organisatie beslist over het geld. De organisatie moet concurreren met collega instellingen. May the best win (the cliënt)! En wint de beste? Hoe weet je of je het goed doet? En hoe meet je dat?

Om te zorgen dat je het goed doet als gezondheidszorgorganisatie moet je tijd, héél veel tijd aan de mensen om je heen besteden. Aan cliënten, familie, medewerkers en het bedrijf. Aandacht in het klein, vasthouden in het groot. Echt weten of het ergens goed gaat, weet je pas als je tijd besteedt aan de details. Bij de organisatie waar ik werk, SHDH, bespreken we die details óók in grote organisatiebrede bijeenkomsten. Deze bijeenkomsten zijn pas echt waardevol geworden nadat we ons realiseerden dat we niet óver cliënten, maar mét cliënten moesten gaan praten. En wat er nu gebeurt is een serieuze uitwisseling tussen cliënten, medewerkers/ leidinggevenden op gelijkwaardig niveau. Leerzaam, heel leerzaam (er wordt geen blad voor de mond genomen) en vooral ook erg leuk. De bijeenkomsten zijn erg populair!

Waar het niet goed gaat, komen we overigens regelmatig achter omdat er (undercover) journalisten zijn die schrijven over zorgwekkende omstandigheden. Dat is enerzijds goed, slechte omstandigheden moeten aan de kaak worden gesteld, anderzijds helpt het niet om van het slechte imago van de ouderenzorg af te komen. En dat is jammer, want werken in de ouderenzorg geeft veel vreugde, vraagt veel creativiteit en vooral lef om dingen los te laten. Hebt u ooit een vergadering belegd waaraan ook dementerende mensen deelnamen? Ik garandeer u, u krijgt zinvolle feedback en u zult niet afdwalen van het ‘onderwerp’. Durft u de sleutel van “uw” verpleeghuis aan familie te geven? Het is toch niet “uw” huis. Laat cliënten(raden) beslissen wat goed is voor de organisatie. Zij beslissen immers over zichzelf.

Durft u los te laten? Of verkeert u nu nog steeds in de veronderstelling dat Controle betekent dat ú alles onder controle hebt en dat dit goed is. Wie bedenkt eigenlijk hoe we willen leven als we oud zijn. Dat doen we toch zeker zelf. Ik wil wel oud worden!

Visie op zorg (A.J. de Mooij, M.A. van der Ploeg)

Onderstaande is toegespitst op de intramurale zorg voor mensen met dementie.

Voor mij begint goede zorg met het begrijpen van de zorgvragers vanuit hun perspectief, het kunnen herkennen van signalen en hun leven, ondanks ziekte zo aangenaam mogelijk maken. Zonder inzicht en inlevingsvermogen, geleid door kennis van zaken, is het verlenen van kwaliteitszorg onmogelijk. Zorgen voor mensen met dementie heeft een hoge moeilijkheidsgraad en vraagt om specifieke kennis en kunde. Men is hier nog onvoldoende van doordrongen. Zowel bij geschoolde als ongeschoolde zorgverleners is het opleidingsniveau te laag, hierdoor gaat in de praktijk nog te veel mis. Deskundigheidsbevordering van iedereen die met dementerenden werkt is een voorwaarde om de kwaliteit van zorg te verbeteren. Concreet is er meer kennis nodig over o.a. het omgaan met gedragsveranderingen en gedragsproblemen, medicatie, het ziekte proces zelf, maar ook andere comorbiditeit en het signaleren van pijn en ongemak. Wanneer je vanuit het perspectief van de dementerenden kijkt zul je zien dat het niet zozeer de eenpersoonskamer, een dagelijkse douchebeurt (wel de wasbeurt natuurlijk) of een uitgebreid keuzemenu is, die de kwaliteit van leven bepalen. Voor dementerenden zijn meer basale dingen het meest van belang, denk aan; dagelijks naar buiten kunnen en zorgverleners die je begrijpen en op zo'n manier op je reageren dat jij hen ook begrijpt, die zien wanneer je pijn hebt of tijdig signaleren dat je ziek bent en hier naar handelen; zorgverleners die weten waar gedragsproblemen vandaan komen en hier oplossingen voor zoeken. Een verplichte cursus waarin deze zaken grondig worden besproken, beloond met een certificaat 'zorgen voor mensen met dementie' zou voor iedereen die met dementerende ouderen werkt ingesteld moeten worden.

Het instellen van zo'n verplichte cursus is ook belangrijk in het licht van een nieuwe trend die ik om mij heen waarneem: het uitbreiden van voormalige verzorgingshuizen met psychogeriatrische afdelingen. Verzorgenden worden zonder enige vorm van bijscholing ineens geacht te zorgen voor mensen met dementie. Ik vind dit onacceptabel, het kennis niveau is ontoereikend.

Het liefst zou ik ook zien dat er onafhankelijke, regionale, kwaliteitsteams zouden komen die zich primair bezig houden met het bewaken van de kwaliteit van zorg in verpleeghuizen. Een team zou kunnen bestaan uit verpleegkundigen niveau 4 en 5 onder leiding van een geriater of specialist ouderen geneeskunde. De leden van deze teams werken zelf, voor langere tijd, mee aan het bed en rouleren over verschillende afdelingen en verschillende instellingen. Zij signaleren verbeterpunten in de zorg, bejegening en communicatie, en vervullen een leidende rol in het ondernemen van de stappen die genomen moeten worden om deze te veranderen. Dergelijke teams kunnen de zorg van binnenuit verbeteren en wantoestanden voorkomen. Ook zouden zij een rol kunnen spelen in de deskundigheidsbevordering en kennisoverdracht naar de vaste verzorgenden.

De macht die verzorgenden hebben mag ook niet onderschat worden. De verhouding tussen zorgvrager en zorgverlener is in beginsel ongelijk. Met name dementerenden zijn door geheugenverlies zeer kwetsbaar voor mishandeling. Om deze redenen zou het kunnen tonen van een Verklaring Omtrent Gedrag voor iedereen die met dementerenden (of ouderen in het algemeen) wil werken een voorwaarde moet zijn.

Tot slot pleit ik er voor dat er meer gedaan wordt aan het betrekken van de samenleving bij de ouderenzorg. Men zou zich meer bewust moeten worden van de gedeelde verantwoordelijkheid. Dit zou bewerkstelligd kunnen worden door een overheids campagne, door initiatieven van zorginstellingen zelf en door op middelbare scholen meer aandacht aan de vergrijzing te schenken. Studenten van (para-) medische opleidingen (HBO en WO) zouden, mits goed voorbereid (scholing!) en begeleid, ingezet kunnen worden in de zorg in het kader van (maatschappelijke) stages, betaald- of vrijwilligerswerk. Jongeren kunnen op deze manier meer betrokken raken bij de ouderenzorg en combineren nuttig werk met een voor hen leerzame ervaring.

Geachte heer/ mevrouw,

Om te beginnen wil ik mij voorstellen. Ik ben Anja Tjense en teamleider bij Atlant Zorggroep. Locatie Markenhof in Beekbergen op de Veluwe.

Markenhof is een verpleeghuis met 138 cliënten met het syndroom van Korsakov. Zij wonen in 5 buurten (afdelingen) welke allemaal rondom een hoofdgebouw staan. Markenhof staat in een landelijk gebied waar veel ruimte is, waardoor er alleen maar laagbouw is en veel mogelijkheid om buiten te zijn.

Daarbij is Markenhof voorzien van een dwaaldetectiesysteem waardoor de deuren open zijn. De cliënten met een RM en dwaalneigingen hebben een chip in de schoen die op verschillende plaatsen op het terrein een signaal afgeeft naar de telefoon van medewerkers. Dit geeft de gelegenheid veel vrijheid te geven zonder dat er gevaar dreigt. Elke cliënt heeft een eigen appartement.

Een onderdeel van Markenhof is een dagbestedingscentrum waar 95 cliënten dagelijks een arbeidsmatige dagbesteding hebben.

Daarnaast is er een activiteitenplein waar verschillende activiteiten aangeboden worden. In het verpleeghuis wonen cliënten in de leeftijd van 40-80 jaar (gemiddeld 62 jaar), sommige al meer dan 25 jaar, anderen een paar jaar.

Door de jonge leeftijd van de cliënten bij opname is de kans op een langdurige opname groot. De cliënten zijn door de beperkingen die zij ondervinden niet in staat voor zichzelf te zorgen.

De hoofdzorgvraag is structuur en ondersteuning bij het dagelijks leven. Uiteraard biedt Markenhof alle noodzakelijke zorg tot overlijden.

Wij doen ons uiterste best om tussen alle papieren rompslomp, waar ook wij tegenaan lopen, zo goed mogelijke zorg te leveren. Daarbij denken we niet in strakke patronen, alle dagelijkse zorg wordt zoveel mogelijk afgestemd op de behoefte van de cliënten, dit betekent dat er op elk tijdstip van de dag gedoucht kan worden.

Er wordt tijd genomen om met de cliënt in gesprek te gaan.

In de algemene dagelijkse levensbehoefte er is een grote behoefte aan begeleiding, cliënten hebben veel ondersteuning en motivatie nodig om een zinvolle dag te ervaren.

Om de begeleiding te verantwoorden moet er veel gedocumenteerd worden. In elk zorgdossier is een uitgebreid zorgplan beschreven waarin ook de zorgvraag omschreven wordt.

Omdat de cliënt met Korsakov zelden uit zichzelf een hulpvraag heeft, moet er veel tijd gestoken worden om die te ontdekken en te omschrijven. Welzijn is een moeilijk te meten onderdeel van de zorgverlening, maar moet wel geboden worden.

Niet alleen bij de cliënten van Markenhof, maar in elke instelling die zorg verleent aan patiënten/cliënten.

Wij hebben met elkaar de afspraak gemaakt dat er in het zorgplan ook hulpvragen beschreven staan op het gebied van welzijn, denk daarbij aan muziektherapie als een cliënt depressieve gevoelens heeft en dat niet meer kan uiten of aan dagbesteding welke past bij de wensen van de cliënt waardoor hij een leuke dag heeft en niet angstig in bed blijft liggen. Ook wordt er gesport met deze nog jonge mensen waardoor zij zich sterker en gezonder voelen. Dit vergroot het gevoel van eigenwaarde.

Naast alle vaste en flexibel in te zetten medewerkers maken we gebruik van veel vrijwilligers, een extra zorg is het feit dat er weinig familieleden zijn die ondersteuning bieden in de zorg, er komt zelden bezoek, ziekenhuis bezoek, kleding kopen etc is onderdeel van het dagelijks werk.

Hierbij speelt het verleden een grote rol, waarin verlies en pijn onderdeel zijn geweest van het leven.

Wij werken met de Empathisch Directieve Benadering, waarvoor elke medewerker werkzaam binnen Markenhof en in contact met de cliënten, een cursus heeft gevolgd. Dit om allemaal dezelfde uitgangspunten te hanteren om de omgang met de cliënten makkelijker en eenduidiger te maken. In de cursus wordt een groot deel gebruikt om te leren reflecteren op eigen handelen en de gevolgen daarvan beter te leren zien.

Een belangrijk uitgangspunt is dat de cliënten zelfstandig wonen, wij betreden het huis van de cliënten en daardoor gedragen wij ons respectvol en beschaafd. De medewerkers staan dichtbij de cliënten, er is geen houding van professionele distantie die afstand schept. De medewerkers zijn 'present' er is een continue dialoog waarbij nabijheid (empathie) en oprechtheid vanzelfsprekend is. Er is een streven naar gelijkwaardigheid maar altijd op basis van afhankelijkheid van cliënt naar medewerker en op basis van professioneel handelen

Beekbergen 30-03-2011
Anja Tijmense



Er komen steeds meer ouderen die hulp nodig hebben, en steeds minder mensen die die willen bieden. Daardoor ontstaan gevaarlijke situaties. Het nieuwe kabinet belooft daar wat aan te doen. Dat is hard nodig. Want hoe wordt uw vader of uw moeder verzorgd in het verpleeghuis? En wie vast er straks uw bilien? Deel 1 van een tweeluik over mensonterende toestanden in de ouderenzorg. 'Ik wil naar huis.'
door Ivo van Woerden, illustraties Wouter Tulp

Ivo van Woerden

Dagboek van een bejaardenbroeder



Als ik tijdens mijn dienst de gang in loop, is het eerste geluid dat ik hoor een plof, het tweede een knal, en zie ik een houten tumbank op de grond vallen. Ik werk deze avond in Het Kompas, een gesloten afdeling voor psychogeriatrie van verpleeghuis Phiel, dat weer onderdeel is van de Rotterdamse zorgaanbieder Zorggroep Rijnmond. "Au-ai-uw," gelmt het door de donkere gang. Ik ren erheen.

Meneer Deelstra, een dementerende bewoner gekleed in zwarte trainingsbroek en zwart T-shirt, ligt op de grond. Een andere bewoner, die nog aardig bij de pin-kan is, doet verslag: "Hij stond op, tilde de bank op en wilde ermee gooien. Toen viel hij zelf."

Mijn twee collega's komen ook snel, en een derde, die op de afdeling boven ons werkt en de klap kennelijk heeft gehoord, stormt de trap af. Meneer Deelstra heeft pijn. Hij wijst naar zijn linkerheup en zijn rechterribbenkast. We laten hem even liggen om te zien of er iets gebroken is, maar hij kan alles nog bewegen. Uiteindelijk til- len we hem met z'n viertien op en zetten hem in een stoel.

Meneer Deelstra is vaker onrustig. Hij zit graag op het tumbankje bij de ingang van de huiskamer, of hij loopt rond op zoek naar een van zijn kinderen, voor wie hij heeft gezorgd sinds zijn vrouw hem in de steek liet voor een ander. Ook is hij door de dementie ongeremd geworden en

maakt hij seksueel getinte opmerkingen, waar niet alle dames op de afdeling het personeel inclusief van gelukkig zijn.

De val van meneer Deelstra is het sluit- stuk van een chaotische avonddienst. Al bij mijn binnenkomst beende een anders vrij rustige mevrouw onafgebroken over de afdeling alsof haar laatste trein reder moment zou vertrekken. Haar ontst leek over te slaan op een andere bewoonster, die met haar rolstoel dwangmatig achter het personeel aanrijdt en dingen roept als: "Doe mijn deur eens open. Waarom is mijn deur niet open?" Weer een andere mevrouw viel bijna uit haar rolstoel door dat het haar lakte om het tafelblad dat haar op haar plek moest houden eigenhandig te verwijderen. Vanavond hadden vrijwel alle bewoners heel volle, tico's (incontinentie-luiers), soms zo vol dat hun kleding er nat en vies door was geworden. Bij het verschijnen van de ene collega de dure parel- ketting van de ene bewoner in de volge- proepte luter van een andere bewoner aan.

Nadat een collega insuline had gespo- ten bij een bewoner, prikte ze per onge- luk met de naald in haar vinger. Daarvoor moet een formulier worden ingevuld, met als voor de valpartij die op het nippertje werd voortkomen en de andere waarbij dat helaas niet was gelukt.

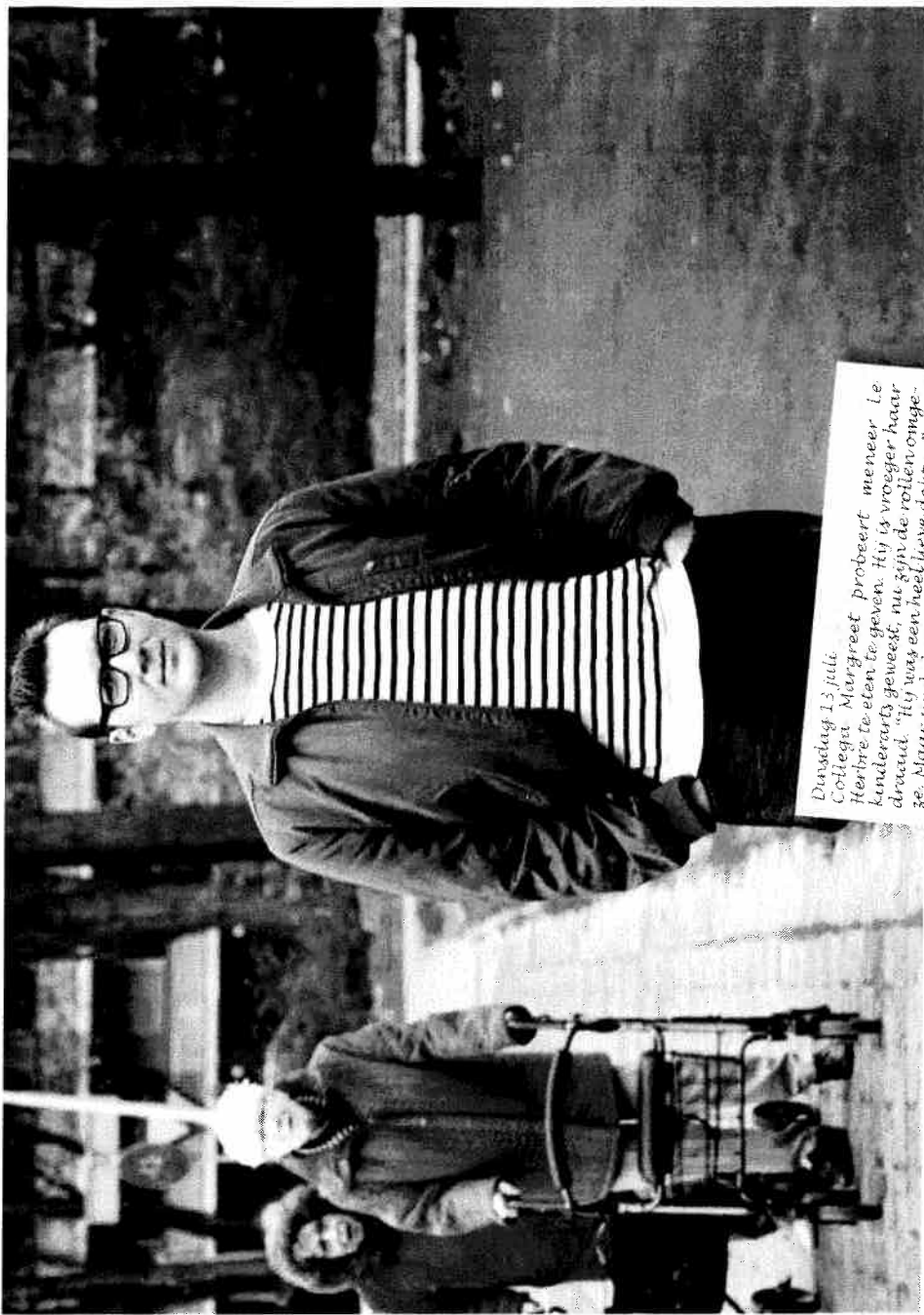
Zelf werd ik, toen ik een toiletdeur opendeed, verrast door een wc-pot, was- bak, maar en invalidesteunen die waren volgevuurd met ontlasting.

Alleen al zaken die in een verpleeghuis de orde van de dag zijn, maar vandaag zijn er niet genoeg mensen in dienst om ze goed op te kunnen vangen.

Collega Nanda* bestempelt deze avond achteraf als een dienst zoals ze die nog nooit heeft meegemaakt. Het zit haar niet mee. Nanda is nog maar pas gediplo- meerd en moet nu op stel en sprong een verantwoordelijke dienst draaien omdat er veel zieken zijn en er niemand anders kon komen. Bankelien staat haar bij, en ik, een onervaren flexwerker, ben de laatste kracht waarmee ze vanavond 31 bewoners moest voeden, verschonen, omkleden en naar bed brengen. Tot voor kort hield ken- hulph Daphne een oogje in het zeil in de huiskamers waar de bewoners wachten tot ze aan de beurt zijn. Maar zij wordt als bezuinigingsmaatregel overgeplaatst.

"Het rommelt in de zorg. Niet alleen bij ons, maar bij meerdere organisaties. Ook op de werkvloer. Ik vertel het je maar, zo-

*Maandag 12 juli
Mevrouw Gemert, die 's och-
tends nog met haar dunne-
wimpjes op mijn rug roffelde,
omdat ik naar bedtek onbe-
vakte en daarmee onbe-
doeld een jobe voor vallen
bleek aan te wakkeren, is nu
poeskef. Bij het toilet doen
we haar panty naar bene-
den. Ik ruk ploep
"Vang jij de inco op," zegt
collega Noelle. "Maar wees
voorzichtig."
De luer loopt over van de
duree. Ik weet hem baken-
dag op te vangen, maar knijft
toch een kledder op mijn
hand. De ploep valt een sreep
achter. Ik was mijn hande
niet zep en tumbanksta om
de geur te verdriven.*



*Dinsdag 13 juli
Collega Margreet probeert meneer Le-
kenderaf geweest, nu zijn de rollen omge-
druud. "Hij was een heel lieve dokter," zegt
zijn onmacht in agressie. Zijn ogen schuven
vuur als hij vanuit zijn onderbuik "Donder
op!" tegen haar schreeuwt.
"Nee," zegt ze rustig. "Pas als u iets gezeten
heeft." Hij pakt haar onderarm, zet kracht
en drukt beide handen een andere kant
op. Prikkelraad. "Daar ben ik niet van
zorg geweest, wil weer beginnen en heeft
werkveraring in ziekenhuizen en ver-
pleeghuizen" was genoeg om binnen een
paar dagen langs te mogen komen op het
kantoor in verpleeghuis De Burcht, gele-
gen in de Rotterdamse Prins Alexander-
polder.
"Slaat u uw vrouw ook zo?" zegt ze. "Dat
vindt de Heer niet goed.
Dan geeft hij uiteindelijk op, opent zijn mond
en neemt een hap."*

Rotterdamse huizen van Zorggroep Rijnmond. Ik hoef er niet over in te zitten dat er te weinig werk is. "We kunnen 1200 dienstverlenen per maand verwerken," zegt Jessica. "Maar in de maand juni waren het er al 1500."

Na ongeveer een kwartier praten zegt Jessica: "Dit is een beetje een negatief ge- sprek, hè?" Ik reageer neutraal en vraag of er op alle tien locaties eigenlijk op dezelfde manier wordt gewerkt. "Soms krijg je een hele afdeling toebedeeld," antwoordt ze, "maar het kan ook zijn dat je een looproute krijgt waarop staat wie jij die dag op welke tijd moet verzorgen." Word ik in ieder ge- val ter plekke per bewoner geïnstrueerd? "De locaties verwachten van flexwerkers

Zonidag 18 juli
 "Als mensen hier ontsnappen, gaan ze altijd maar een bishalle." zegt een collega. "Of ze nemen een taxi. Je belt de familie en zegt dat ze naar het oude adres van de bewoner moeten gaan, en dan vind je ze daar bijna altijd terug."
 Het is even stil.
 "Vleet je, flanstert ze. "Als ik zelf oud word, wil ik op een plek die goed voor me is. Niet tyken en armdacht."
 "Zou je hier willen wonen?"
 Met grote ogen. "Nee!"

► dat ze hetzelfde kunnen als iemand die er al een jaar of twee werkt. Zeker in deze vakantieperiode." Maar ze snapt ook wel dat dat een onredelijke eis is. "Je kent het huis en de bewoners niet, dus heb je meer tijd nodig. Toch is de algemene verwachting dat je het heel snel goed doet..."

Functioneringsgesprekken heeft het flexbureau sinds de oprichting in 2008 nog nooit gevoerd. "Daar beginnen we pas in 2011 mee," zegt Jessica. En omdat er net een scholingsronde is geweest, moet ik tot volgend jaar wachten voor ik bijgeschoold kan worden, en dat terwijl ik best een op-fiscusrus kan gebruiken. Ze wil weten of ik er een probleem mee heb om soms als 'helpende' te worden ingezet, een niveau lager dan waar ik voor ben aangekomen. "Dat betekent bijvoorbeeld dat een verzorgende kan zeggen dat jij een cliënt moet overnemen om te wassen, zodat zij de medicijnen kan gaan uitdelen."

Ten slotte vraagt ze me om een referentie. Ze gaat even weg, terwijl ik een reeks formulieren invul. Als ze terugkomt, heeft ze een salarisindicatie. "We willen je maximaal inschalen als verzorgende in schaal 35," zegt ze trots en wijst naar een tabel in een map. Ik ga 15 euro 20 bruto per uur verdienen.

De volgende dag hangt Jessica alweer aan de lijn: "Voedermorgen. Je referentie was goed. We willen graag met je verder." Vijf minuten later heb ik zeven diensten afgesproken.

Keukenhulp Daphne zit met betrouwbare wangen in de zusterpost. Jarenlang heeft ze avond aan avond voor de bewoners van Het Kompas gezorgd, maar nu zal ze voortaan worden ingezet op de plekken in het tehuis waar ze het hardst nodig is. In

daar ziet ze erg tegenop. "Ik ken die bewoners niet. Ik ken de teams niet. Ik weet niet wat waar staat."

Voor de 31 bewoners van Het Kompas betekent het dat de vrouw die hen door en door kent, nog maar sporadisch langs zal komen.

Ook met twee handen minder wordt er hetzelfde van het team verwacht: de bewoners moeten voor aanvang van de avondmaaltijd rond vijf uur 's middags) aan een gedeekte tafel zitten, zodat ze zelf uit het

'Er is geen tijd om de bewoners zelf hun beleg te laten kiezen als we ze ook nog op tijd op bed moeten leggen.'

rijk uitgestalde brood en beleg kunnen kiezen. "Maar daar hebben we geen tijd meer voor als we ze ook allemaal nog op tijd op bed moeten leggen," zegt collega Rhona. Ze vertelt dat er nu in de keukens, die de huiskamers van de afdeling verbindt, drak brood wordt gesmeerd. Inderdaad staan er stapels bordjes met brood, verpakt in vershoudfolie met daarop de naam van de bewoner, klaar om uit te delen. Alleen de bewoners die nog maar beginnend dementerend zijn, mogen zelf kiezen. Rhona: "Niet verder vertellen hoor. Als het hoofd erachter komt, krijgen we op onze kop."



Waarom ondercover?

HP/De Tijd benaderde in eerste instantie verschillende grootstedelijke zorginstellingen met de vraag of we gedurende een langere periode konden meelopen voor een reportage. We kozen de instellingen met gemiddelde tot lage scores uit een ranglijst voor verpleeg- en verzorgingshuizen die de Volkskrant in december 2009 publiceerde, omdat we wilden onderzoeken waar en waarom het moeilijk is om de zorgkwaliteit te waarborgen.

Dus verzoek werd soms welwillend aangehoord. Er bleek vaak iets te regelen, maar dan wel zo dat we niet in de instelling van onze keuze konden meelopen, of niet op de door ons zelf uitgekozen momenten konden zien hoe de zorg er op dat moment uitzag. Men wilde controle houden op wat we te zien zouden krijgen, en dat was niet onze bedoeling. Om het onderzoek in alle vrijheid te kunnen doen, besloot ik dan maar undercover mijn oude beroep weer op te pakken. Ik ben niet alleen journalist, maar ook gediplomeerd verpleegkundige. Op mijn sollicitatiebrief, met een realistisch cv, werd meestal snel gereageerd. Mijn diploma bleek goed genoeg voor aantrekkelijke aanbiedingen, hoewel ik er al jaren uit was. Zo kon ik, nadat ik een half uur te sociaal wenselijke antwoorden had gegeven op vragen als "Wat is leidingsgevoel voor jou?", per direct

coördinerend verpleegkundige worden in de thuiszorg, inclusief een volledige betaalde tweejarige managementopleiding op hbo-niveau.

Zorggroep Rijnmond was voor mijn onderzoek de meest geschikte organisatie. Door te solliciteren bij het flexbureau, een intern uitzendbureau van deze organisatie, kon ik toegang krijgen tot alle tien instellingen voor verpleging en verzorging onder de Rijnmond-vlag, die op de Volkskrant-ranglijst wisselende scores haalden. Zorggroep Rijnmond verleent zorg vanuit het christelijke geloof, maar staat open voor andere mogelijke achtergronden en overtuigingen onder zijn bewoners.

Dinsdordag 27 jst.
 "Petonwarberg! Is, ben een mens, hoor!" schreeuwde mevrouw
 De Bie als collega-Arik een pleister van Arik's lichte trek. Ze
 gell het uit van de pijn. Arik gaat omver, hrokkelen vloer. Ze
 mistek alles schorn en verbidat het woude. De vrouwe gollat
 een paar keer van de ene op de andere. Sj drausen gollat
 we de moosse luer gollat kunnen bevestigten, en ook om het
 ketone laten op zijn piek te krijgen. "Petonwarberg!" blijft
 mevrouw De Bie maar schreeuwen. "Ah, mijn rabbet! Mijn
 haat!"
 Ik vraag aan Arik of ze geknussede ribben heeft. Ze zegt
 naad.
 Als mevrouw De Bie eenmaal gollat, geeft Arik de me-
 dicatie die klaar stond aan "O," zegt ze op een geschrok-
 ken teruj, ze een medicynicapie met vbesstof besijkt. "Dit
 is morfine.
 "Die haat gevoor de vergorging moesten hebben?" vraag de
 "Eh... jst," is het antwoord.



► **Er wordt veel gevraagd** op de afdeling. In de pauzes en ook tijdens de verzorging gaat het bijvoorbeeld over wat er de volgende avond op televisie was en over nadere vakanties, naar het val op dat ertedere dag, ongeacht de locatie, hetzelfde onderwerp terugkomt: hoe zwaar het werk is en dan het vroeger beter was.

Zo heeft collega's besloten om bin-
nankort van de afdeling weg te gaan. Ze
heeft bij de directeur geklaagd over de
verslechtering van de zorg die ze nog mag
verlenen. "We hebben een speciaal bad op
de afdeling. Vroeger stonden de mensen
daarvoor in de rij. Zo vonden het heerlijk
om in bad te gaan. Nu staat het te verstom-
fen omdat we geen tijd meer hebben om
de mensen in bad te doen."

Collega Bianca, die tegen de zestiende
vertelt: "Vroeger kon je nog echt voor re-
mumnd zorgen. Het is zo veranderd dat ik
er ziek van ben geworden. Nu ga ik toch
maar door, tot ik niet meer kan."

In een andere instelling wordt bij
een overdracht van diensten door een
afdelingshoofd meegedeeld dat een
collega de zorg gaat verliezen. "Omdat ze
het niet eens is met de beslissing die de
overheid heeft genomen, en daar kunnen
we allemaal wel inkommen."

Is het dan echt zo zwaar? Het antwoord
is helaas ja. Ondanks hulpmiddelen zoals
liften om mensen uit en in bed te takelen,
hebt ik zelf ook het gevoel dat ik elke dienst
de volledige acht uur lang alleen maar be-
zig ben met tillen, sijnwuen, duwen en trek-
ken.

In de twee zomermaanden dat ik bij
Zorggroep Rijnmond werk, wordt ik inge-
zet voor dag- en avonddiensten op acht
afdelingen verdeeld over vijf tehuizen. Op
sommige afdelingen wonen maar negen
mensen, op andere wel dertig, afhankelijk
van de woonruim en gezondheidssto-
stand van de bewoners. Ik heb bij elkaar
meer dan 140 bewoners gezien, variërend
van lichtmatig ziek of lichtelijk in de war
tot mensen die al zwaar dement zijn.

Het uiterlijk van de instellingen ver-
schilt enorm. De Oorlogshof is bijvoor-
beeld grolnietuun en heeft ruime gangen
en brede deuren, maar de muren zijn er
kaal. En overall ligt geel of oranje linoleum
op de vloer. De Koningshof is al heel oud,
heeft lage plafonds en een sobere inrich-
ting. Maar de kamers zijn veel persoonlij-
ker ingericht. Bij de een ligt laminaat op de
vloer en is het interieur strak en modern,

de ander heeft tapijt en een interieur dat
de sfeer ademt van *De aardappelers* van
Van Gogh.

De afdeling in Siloam waar ik terecht-
kom, heeft de uitstraling van een goedko-
per jeugherberg; uitgewoond met knappe
doorgangen. Bij de diensten die ik daar
draai, tref ik de grootste chaos aan: on-
duidelijkheid over wie waar moet werken,
over wie welke sleutelbos uit een kast mag
halen en achterhaalde werkinstructies.

Een ding hebben de instellingen ge-
meen: overal hangen versjes aan de muur
die je gerust ironisch kan noemen, zoals
"See, I will not forget you, I have carved you
in the palm of my hand...". "Het leven van je-
der mens is een sprookje door Gods hand
geschreven" en "Men mag geen dag ver-
spillen".

De 'laatkomers' zijn pas rond lunchtijd uit bed geholpen; die kunnen zo aan de warme prak.

Het verpleeghuis waar ik het vaakst werk
ingezet, is Pnifil in de wijk Kralingen. Pnifil
is genoemd naar de plaats in de Bijbel
waar Jakob met God worstelt (Genesis 32,
vers 25). Toepasselijk, want er wordt wat
af gestreden in het tehuis.

De dagdiensten vallen me het zwaarst.
's Ochtens om kwart over zeven vindt de
overdracht plaats, iemand leest hardop
voor hoe het de vorige dag met de bewo-
ners is gegaan, als dat tenminste is opge-
schreven. Ook krijgen we bijzondere be-
megeedeeld op passeren de namen van be-
woners die al meer dan drie dagen geen
ontlasting hebben gehad en in aanmerking
komen voor een klysma. Na deze 'over-
dracht' moet je met z'n vijven 31 mensen
uit bed halen, zes per persoon. Nooit heb
ik tijd om de mappen met de achtergron-
den van de bewoners te lezen.

De meeste bewoners gaan één keer per
week onder de douche, de overige dagen
worden ze op hun kamer gewassen. Ter
plekke krijg ik van een collega instructies
welke til-lift ik moet gebruiken en hoe die
bewoner in kwestie gewoonlijk wordt ge-
wassen (volledig op bed' of 'onderkant op
bed, de rest aan de wastafel'). Soms volgt

er een tip: "Pas op, ze schreeuw en knijpt,
maar dat ligt niet aan jou, dat doet ze bij
iedereen."

Kom ik op de kamer van een bewo-
ner, dan trek ik allereerst de kast open om
kleding uit te zoeken. Ook hoort er een
maandje te zijn met toiletartikelen, dat door
de familie moet worden aangevuld. Als het
goed is, ligt de juiste liner klaar om urine
en ontlasting op te vangen tot aan de toi-
letronde in de middag.

Als ik dat heb gedaan, is het tijd om de
bewoner wakker te maken door de dekkens
terug te slaan. Soms tref ik dan een schrik-
barende grote, naar poep en pis stinkende
natte plek aan.

Vrijwel iedere bewoner heeft een ande-
re manier van benaderen nodig. Omdat ik
nieuw ben en steeds ergens anders word
ingezet, duurt het relatief lang voor ik de
bewoners goed aanvoel en weet wat ik het
beste tegen wie kan zeggen om hem of
haar snel en behendig te helpen.

Tijdens het wassen inspecteer ik de
huid op kwetsbare, kapotte en soms be-
schimmelde plekken. Mocht ik die aantref-
fen, dan is er zalf of eenverbandje nodig.

Als iemand is gewassen, gaat er een
natte kam door het haar en zoek ik het
kunstgebit, dat soms onder het bed is ge-
vallen. Ten slotte wordt de bewoner naar
de huiskamer gebracht voor het ontbijt en
kan ik met de volgende beginnen.

Om half een is het tijd voor het mid-
dageten. Bij de 'laatkomers', zoals de laatste
geholpen bewoners worden genoemd,
staat het ontbijt dan soms nog voor de
neus. Die botchrammen worden wegge-
haald en vervangen door een warme prak.

Sommige bewoners hebben veel tijd nodig
om te eten. Zo help ik mevrouw De Kloet
met het wegwerken van haar 'hete blik-
sem'. Mevrouw De Kloet heeft voortdu-
rend haar ogen dicht en is niet aansprek-
baar. Als er een lepelt met eten bij haar
mond komt, doet ze heel soms haar lippen
een klein beetje open. Na drie kwartier heb
ik zwaar aan half bordje eten naar bin-
nen weten te krijgen. Dat gelukt niet helaas
niet alle bewoners, maar ook niet iedereen
hoeft zo geholpen te worden. Het zou niet
eens lukken.

Na het eten volgt de toiletronde en
worden bewoners of ze willen of niet met
de til-lift op het toilet gebracht om zich te
ontlasten.

Om half drie, 's middags komt de avond-
dienst binnen, die vrijwel direct begint met
mensen naar bed brengen. Soms gaat dat

Zondag 25 juli

Als ik bij aankomst in verzorgingshuis De Koningshof vertel
dat ik een dienst heb van 11 uur 30 tot 18 uur 30, gaan de
werkbrannen vertaasd omhoog. Ze vinden me overbodig.
Daarom moet ik mijn uren maar vallen als activiteitenbe-
leider. De Koningshof heeft twee groepen met bewoners die
dementierend zijn en de hele dag samen doorbrengen.
Het is gezellig bij de dames. Ze vertellen graag, al vervallen
ze nogal eens in herhaling "Is het nou maandag? O, son-
dag. Ik ben helemaal in de war."

Een ander zegt regelmatig: "Ik ben een klinkklare boerin!"
En een derde: "We zijn verzuimd en verkwikt en aanmerke-
lyk aangevinkt." Maar als er een grote blauwe doos op tafel komt met quazwa-
dan, het kortetermijngedrag. Niet iedereen weet weliswaar
dat het kortetermijngedrag is, maar verrijgt al de kin-
dertijd komen zo weer rozenbottel is, maar verrijgt al de kin-
geladen, tot met oude wijven! In een instructieboek staat dat ik een cassettebandje met een
preek op moet zetten. Lees ik dat goed, een cassettebandje met een
Hoe oud is die preek? Het etiket op het bandje is bruin, met
Zijn die niet al heel lang geleden uit de handel genomen?
donkere streepjes die ooit onderdeel van iemands handschrift
moeten zijn geweest. De datum is onbekend. Als ik het in de
speler draai en op 'play' druk, blijkt de zilverde stem van de
dominee een onderwerp te hebben: de damesvil-
ten bijna allemaal in slaap
Na de broodmaaktijd zit mijn dienst erop en laat ik ze lu-
chend achter.

Vreemd gevoel. Was dit overbodig?

Zijn de kabinetsplannen haalbaar?

Bij de presentatie van het nieuwe regeer- en gebiedsplan zei PvdV-
leider Beert Wilders dat er structureel bijna 1 miljard euro extra voor de
zorg voor ouderen bij zou komen. "Dat zijn maar fliek twaalfduizend extra
verpleegkundigen."

Goed dat de regering de problemen in de ouderenzorg wil aanpakken,
maar er zijn kanttekeningen te plaatsen. Wilders heeft het over
'verpleegkundigen', maar de directe ouderenzorg wordt in werkelijkheid
uitgevoerd door goedkopere en lager geschoolde helpenden en
verzorgenden. Dat zijn mensen met een mbo-opleiding.

Ik zou aan deze groep bezuinigd de regering, de uitgelezen in verpleeg- en
mbo-opleiding volgen moeten die voortaan zelf betalen. De HBO Raad
schreef hier al een brandbrief over aan premier Mark Rutte. Volgens
de raad is dertig procent van de nieuwe werknemers in verpleeg- en
verzorgingshuizen en de thuiszorg namelijk ouder dan dertig jaar. Als het
zij-instromers of herintreders moeilijker wordt gemaakt een zorgopleiding
te volgen, vallen ze mogelijk weg.

In het regeerakkoord staat bovendien dat de beoefde 12.000 extra
medewerkers bestemd zijn voor de dagelijkse zorg voor ouderen en in
gehandicapten. De extra medewerkers moeten blijkaar nog worden
verdedigd.

Woorvoeder Monique Roeloe van beroepsvereniging Verpleegkundigen
en Verzorgenden Nederland: "Geweldig dat er zoveel aandacht in
het akkoord is voor ouderenzorg, maar we zijn ook sceptisch: waar
moeten die 12.000 medewerkers vandaan komen? We zouden liever
zien dat men ook probeert het aantal mensen die nu uit de zorg
stappen, wordt teruggedrongen. Verzorgenden missen bijvoorbeeld
ontwikkelingsmogelijkheden en zeggenschap over hun eigen werk."

Een ander regeringsovereenkomst: er komt een Zorginstellingen
Beleidsplan, waarin onder andere zal staan dat een bewoner het recht
heeft op een dagelijkse douchebeurt en desgewenst een dagelijks dosis
frisse buitenlucht.

De Nederlandse Zorgautoriteit rekent de overheidsubsidies over de
zorg al tijdig door. Aan de beloften in die Beleidsplan zijn ze nog niet
begonnen. Woorvoeder Katsia Wijbeek: "Mensen hebben nu ook recht
op goede zorg. Daar hoort hulp bij toedienen en dagelijks luchten al bij."

De voornemens in de Beleidsplan zouden dus al praktisch moeten zijn.
Wijbeek: "Wij willen van het ministerie horen met hoeveel uur ze de zorg
willen uitbreiden. Pas dan kunnen we het doorrekenen en weten we ook
hoeveel extra personeel daarvoor nodig is." Het is nog onbekend wanneer
het kabinet daar een uitspraak over doet.

► onder het motto: "Ze kunnen door hun ziekte toch maar een paar uur opzitten", soms wordt ook gewoon toegegeven: "Anders zijn we vanavond niet op tijd klaar met iedereen naar bed brengen." De dagdienst schrijft ondertussen de rapportages op in een elektronisch cliëntendossier.

Het lijkt voordeelig om de rapportage in de computer te hebben, maar in de praktijk blijkt het moeitijk om een beeld te krijgen van de zorg die een bewoner juist op langere termijn krijgt. Bovendien is er voor mij, als flexwerker, geen eigen ingroecode. In het begin draag ik mijn rapportages dan ook over aan een collega. Later kan ik (in ieder geval in Puthé) onder de algemene ingroecode van stagiaires opschrijven wat me die dag is overvallen. Het blijkt tijdrovend om uit te vinden hoe het systeem werkt. In verzorgingshuis Siloam moet ik weer inloggen op de naam van mijn collega om iets op te kunnen schrijven omdat de algemene ingroecode daar niet werkt.

De dagdienst is om kwart voor vier afgelopen, waarna de avonddienst met z'n drieën achterblijft.

Rond vijf uur is het tijd voor de broodmaaltijd en krijgen de bewoners hun mediatie. Daarna begint de lange ronde van bewoners op bed leggen. Als het kan, worden ze eerst op het toilet gezet. Terwijl ze op de pot zitten, krijgen ze hun nachtkleed aan, want dat scheelt tijd. De lier wordt verschoond, en sommige bewoners moeten een plukpak aan, een handsop met de ris op de rug, zodat ze niet aan hun plakkerige en daardoor jeukende lier kunnen trekken. De tanden of gebitten worden gepoest, en zo nodig worden nog wat wondjes verzorgd.

Rond tien uur 's avonds is er nog een medicatieronde, waarna de laatste bewoners naar bed worden gebracht, of in ieder geval omgekled, zodat de nachtdienst ze gemakkelijker in bed kan leggen. Hierna wordt kort gerapporteerd en om kwart voor elf eindigt deze dienst.

Twee keer zie ik 's middags een begrafenster die iets doet met de demente bejaarden, bijvoorbeeld naar een film kijken. Soms ook worden er ook andere activiteiten georganiseerd, zoals een zaagmiddag.

Tijdens al mijn diensten komt het er maar één keer van dat we zelf iets lenks met de bewoners gaan doen. Nou ja, bijna dan. Collega Richard vertelt me op een dag dat we, doordat ik voor de lunch al

Rijmond reageert

Brechtje Alis Mars van Zorggroep Rijmond laat na lezing van de rapportage weten dat de beschrijving van de ervaringen in realiteit is, maar 'een eenzijdig en negatief beeld schietst'. "J'zoumt in op zaken die niet goed gaan of waarover medewerkers ontevreden zijn. Er zijn zoveel positieve gebeurtenissen die een ander beeld opleveren."

De onderzoeksrapportage was volgens Mars niet nodig geweest. Maar bij behoud onze bevindingen niet naast zich neer te leggen. "We zullen nu beschrijvingen benutten voor een diepgaande analyse en wanneer nodig maatregelen nemen."

Wat mensen heb laten plassen, zo voor liggen op het schema dat we die middag met één of twee bewoners een ronde door de tuinen van het tehuis kunnen gaan lopen. Maar als het moment daar is, blijft de schoot van een bewoonster zo vervuld te zijn dat ze eerst verschoond moet worden, en daar gaat zoveel tijd mee heen dat de wandeling toch niet doorgaat.

Van veel collega's hoor ik dat ze bij na een dagdienst zo moe zijn dat ze bij thuis komt zelf direct naar bed gaan. Zelf zak ik thuis ook na iedere dienst uitgeput op de bank.

Dat het werk zo zwaar is, komt niet alleen door de fysieke component. Het is ook de ziekte die je op de huid gaat zitten. Als één huiltende baby tijdens een vliegens in staat is om aan de gemoedsrust van alle passagiers te vreten, dan is het niet moeilijk om je voor te stellen dat een meneer die acht uur lang om de vijf seconden een hard 'Haaaaa' uitstoot een vergelijkbaar effect heeft. Het is de uitzichtloosheid van de dementen, die nooit beter worden en alleen maar achteruitgaan. Het is de schaalvergroting van niet één maar soms wel dertig van deze mensen, die het werk je vanzelfsprekend ook steeds lief, aardig en begrijpend moet blijven, niet alleen tegen de bewoners, maar ook tegen de bezoekende familieleden en je collega's.

Het personeel probeert zo flexibel mogelijk de tekorten op te vangen en er samen nog wat van te maken. Soms is er ineens een bewoner die dat ziet, en die je dan een klapzoon geeft en "Dank! Je! Wel!" uitbrengt. Dat zou genoeg moeten zijn om een hele dienst op te kunnen teren.

Maar ik moet zeggen dat dat gevoel snel vervaagt bij het besef dat, als we op deze manier doorgaan, er straks niemand meer is die nog met goed fatsoen "Graag gedaan" kan terugzeggen. |

"De namen van bewoners en verpleegsters zijn om privacyredenen gefingeerd."

Volgende week: 'Zp's en 'kleinschalig wonen' – de nieuwe toverformules in de zorg.

Dinsdag 27 juli

De dochter van mevrouw De Vries belt 's ochtends naar het ziekenhuis met de ze bewoonster meen wilde mevrouw De Vries zich aan haar rollator vast over, raakte op vijf plekken gewond en verloor door de opname in het verpleeghuis haar onafhankelijkheid.

Zolang haar laatste wond nog niet genezen is, mag ze niet terug naar huis, hoewel ze daar veel liever is dan in het verpleeghuis. Haar huize, waar ze zo fijn ongestoord met haar hobby's bezig kan zijn, waar ze zelf kan koken, waar ze gewend is om lekker alleen te zijn met de herinneringen aan haar overleden man en drie kinderen.

In de operatiekamer van het ziekenhuis barst ze in huilt uit. Dan slaat ze gauw haar handen voor haar ogen. "Ik had zo graag mijn 89ste verjaardag klein kinderen."

De dokter komt binnen, pakt een operatielasje en vraagt waar de steriele handdoeken liggen. Dan pakt hij een mesje. "Zo," zegt hij als er bloed uit de wond loopt. "Dat is een hoop vocht."

Hij verbindt de wond en geeft mij instructies. "Twee keer per dag uitdouchen, zegt hij. "En huernie vermooit de patiënt over tien dagen terug komen."

Mevrouw De Vries maakt zich zorgen over de wond, dat doen ze nooit. De wond wordt op bed gespoeld, En ik hou nog wel 30 van douchen. "Ze haageet even. "Ik vind ze lakk. Ik zeg het maar gewoon. Ik snap dat ze het druk hebben en dat niet overtuikt voor is. Maar ik ben er nu drie maanden en ik wil naar huis."

Zorgelijke cijfers

- Tussen 1972 en 2008 zijn de kosten voor de zorg volgens het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) jaarlijks met gemiddeld 7,3 procent gegroeid: van 6,5 miljard euro in 1972 tot 79,1 miljard euro in 2008.
- In 2009 kostte de zorg in Nederland volgens het CBS 83,8 miljard euro. De ouderenzorg was daarvan, na de ziekenhuizen en specialistenpraktijken, de grootste kostenpost, met 15,5 miljard euro.
- Om in aanmerking te komen voor een vergoeding voor zorg is een indicatie nodig van het Centrum indicatiestelling Zorg (CIZ). In 2009 werden bijna een miljoen positieve indicaties afgegeven voor ongeveer 660.000 mensen, van wie twee derde de ouder was dan 65 jaar.
- Momenteel telt Nederland 2,5 miljoen 65-plussers. Over twintig jaar zullen dat er naar verwachting vier miljoen zijn.
- Volgens een in september 2010 verschenen rapport van Alzheimer's Disease International zal het aantal dementiërenden in Nederland in de komende veertig jaar verdubbelen tot een half miljoen. Het ligt voor de hand dat ook de kosten zullen verdubbelen, tot 15 miljard euro.
- Zorgverzekeraar Menzis concludeerde op grond van de nationale zorg-enquête van dit jaar dat meer dan de helft van de werknemers in de zorg heeft overwogen in een andere sector te gaan werken. De meerderheid verwacht dat de kwaliteit van de zorg zal afnemen. De werkdruk is hoog: 53 procent van de verduizend onderzochten zegt te weinig tijd voor het werk te hebben. Gemiddeld gaat 36 procent van de werktijd in de
- Er wonen 158.000 ouder en verzorgings- en verpleeghuizen volgens het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP). De tehuiscareer bestaat grotendeels uit vrouwen van zeventig jaar en ouder. Van de bewoners van de verzorgingshuizen woont zeven procent samen met de partner, de meeste bewoners hebben echter geen partner (meer). De bewoners van de verpleeghuizen hebben vaker een partner (24 procent), maar wonen daar niet met samen. Directe aanleiding voor de tehuiscareer is doorgegaan een gezondheidsreiden.
- Volgens het SCP zijn er over twintig jaar 540.000 mensen in de zorg nodig, een toename van 140.000. Van het huidige personeelsstort, dat volgens betrokkenen gigantisch is, zijn geen exacte cijfers bekend.

250012001



'Kleinschalig wonen' en 'zorgzwaartepakketten' zijn de nieuwe toverformules die demente bejaarden een humane behandeling moeten garanderen. Maar wat komt er in de praktijk van terecht? Deel 2 van een tweeluik. 'Als ze allemaal maar liggen en hun pillen hebben gehad.' 1 door Ivo van Woerden, illustraties Wouter Tulp / Comichouse

Dagboek van een bejaardenbroeder-2





Kleinschalig wonen

In totaal heeft het ministerie van Volksgezondheid in 2009, 2010 en 2011 €65,1 miljoen beschikbaar gesteld aan subsidie voor instellingen om te kunnen overschakelen naar kleinschalig wonen. Ze moeten daarbij voldoen aan de voorwaarden die de Nederlandse Zorgautoriteit heeft opgesteld. Daarbij kunnen ze eenmalig een bedrag van €12.500 of €7500 per plaats aan hun budget toevoegt.

krigen, afhankelijk van het soort kleinschalige zorgvoorziening. Bij in totaal 24 plaatsen voor kleinschalig wonen levert dat dus €300.000 op. Het geld is een tegemoetkoming in de extra kosten die een omschakeling van (een gedeelte) van een instelling naar kleinschalig wonen met zich meebrengen. Daarnaast zal de overheid de kosten van de opstart van kleinschalig wonen, zoals bijscholiningskosten en het 'verandermanagement'.



Journalist en verpleegkundige Ivo van Woerden werkt afgesloten zomer twee maanden als 'flexmedewerker' in diverse Rotterdamse verzorgingshuizen

trouw met bij vertrek nog een allerlaaste tip toe: "Gewoon hulp vragen bij Nel op de andere afdeling. Perlijk zeggen dat je het niet weet. Het gaat goed komen, schatje."

'Kleinschalig wonen' is het toverwoord in de zorg voor dementierenden. 'Icennalig staatssecretaris Jet Buissonmaker trok er begin 2009 80 miljoen euro extra voor uit om te stimuleren dat instellingen al dan niet gedeeltelijk zouden overgaan op deze manier van zorgverlening. In 2005 was volgens het Trimbos-instituut 10 procent van de verpleeghuiszorg kleinschalig georganiseerd. Nu is dat al 25 procent, en in 2015 moet het een derde zijn.

Alle bewoners hebben minimaal een indicatie waaraan zorgwaartepakket 4 (zie kader 'Zorg in soorten en maten' op pagina 35) is gekoppeld, wat inhoudt dat ze flink wat zorg nodig hebben. Naast een eigen ruimte hebben ze een gezamenlijke plek waar ze onder begeleiding de dag doorbrengen.

In de brief aan de Tweede Kamer waarmee Bussemaker haar subsidiebesluit verantwoorde, noemde ze de rustige, huiselijke sfeer die de bewoners wordt geboden. In deze woonvorm zouden de dementienden zelfstandiger zijn bij handelingen als eten, drinken en persoonlijke hygiëne, aldus de staatssecretaris, die zich baseerde op onderzoek van het Trimbos-instituut. Verder waren ze meer sociaal betrokken, waardoor de kans op verenzaming kleiner was, en zagen de bewoners boodschappen doen, koken en tafels dekken als een goede vervanging voor de dagactiviteiten in verpleeghuizen.

Ook de familie was enthousiast, volgens Bussemakers brief: er zou meer aandacht zijn voor de achtergrond en de levenswereld van de dementiende. En de zorgverlener ten slotte had bij deze woonvorm meer de rol van manussje van alles: het huishouden doen, helpen bij was- en aankleden en wonden verbinden. Dat moest dan liefst wel een hoger opgeleide kracht zijn, want alleen die is in staat om al die verschillende taken te combineren.

De Oranjebof lijkt volledig op deze woonvorm te zijn ingericht, al valt het me direct op dat er geen zes tot acht, maar negen bewoners op een afdeling zitten. Een overschot dat dan weer wordt gecompenseerd door een beperking van de persoonlijke bezetting. Van Lynne hoor ik dat er aanvankelijk twee medewerkers waren op

douchen en er zoveel mogelijk naar bed brengen voor mijn dienst erop zit.

Lynne, een tengerer collega die de taal van de straat beheert, heeft dagdienst gehad en geeft me voor ze vertrekt nog een korte instructie. "Het gaat allemaal goed komen, sebat, je doet gewoon alsof je thuis bent en als iets niet kunt vinden, trek je gewoon alle kasten open. Als ik jou was, zou ik vroeg beginnen met de pillen op de andere afdeling, want Nel mag die zelf niet uitdelen. En dan ga je hier de tafel dekken, je weet toch..."

Dat wist ik niet: ik moet dus ook nog op de aangrenzende afdeling medicijnen uitdelen, omdat collega Nel daar niet de juiste diploma's voor heeft.

"Reageren de bewoners wel op hun naam?", vraag ik.

"Nee."

"Hoe weet ik dan wie ik welke medicijnen moet geven?"

"O, ze hebben allemaal hun eigen kleiding aan."

De naam van de bewoners staat in het label van hun hemd, blouse, trui of vest. Met andere woorden: eerst even in de kraag gluren voor ik iemand pillen geef.

Lynne wijst nog even een telflits op de gang aan die ik voor een van de bewoners moet gebruiken en geeft nog wat extra tips. "Die mevrouw daar moet je tussen door veel haar het toilet brengen, anders dan denk je straks incens, hè, sta ik nu in een hondendro? Dan is het de poep van die mevrouw. Ze doet het echt overal."

Ik knik.

"En die mevrouw daar kan erg onrustig worden. We zetten haar welens in haar rolstoel met een riem vast, maar dat mag officieel niet omdat er geen 'middelen en maatregelen' zijn afgesproken." Ze bedoelt dat de familie van die vrouw geen toestemming heeft gegeven om haar voor haar eigen veiligheid in bed of op een stoel te 'fixeren'. Lynne trekt een kastdeur open en wijst op een velijst met telefoonnummers.

Mocht ik de onrustige vrouw toch willen vastbinden, dan moet ik eerst bellen naar Slingendaal, een andere vestiging, om toestemming te vragen aan het avondhoofd.

"Je moet ook dweilen en de was doen," zegt Lynne. "Kijk maar hoe ver je komt."

Tot slot krijg ik nog wat namen van mensen die pap eten. Sommigen lusten alleen de voorverpakte variant en anderen juist niet. Wat willen die, dan? "Kijk maar wat er in de kast staat," zegt Lynne. Ze geeft me een bos sleutels en een telefoon en ver-

Eigenlijk vind ik dit niet kunnen," zegt de vrouw van een bewoner in de keuken terwijl ze me wijst waar het brood staat. Ik ben dubbel dat ze er is, want het schiet me veel tijd bij het zoeken naar allerlei spullen. "Gisteren was er ook al iemand voor het eerst die niets kon vinden," zegt ze. "Hemmaal alleen, dat is toch oververtoord."

Vanavond werk ik in de Oranjebof, een gloednieuw gebouw in Rotterdam-Zuid. Ik draai mijn allereerste avonddienst in deze instelling voor kleinschalig wonen, een populair woonvorm die de zorg voor dementie ouderen voor alle partijen niet alleen beter maar ook leuker moet maken.

Ik had me erop verheugd. Bij kleinschalig wonen begeleid je een kleine groep mensen: je koopt met ze, doet samen de was, helpt ze verloop onder de douche en brengt ze naar bed, eigenlijk zoals ze dat thuis zelf zouden doen. Omdat de groep niet zo groot is, heb je alle tijd en aandacht om ze een plezierige avond te bezorgen. En ik had gehoord dat je in de Oranjebof met z'n tweeën werkt, zodat er altijd iemand een oogje in het zeil kan houden.

Kleinschalig wonen leek een verademing na de andere thuiszorg.

Naar bij binnenkomst hoor ik dat ik me alleen moet zien te redden met een groep van negen zwaar dementie begaarden. Niet omdat mijn collega ziek is, nee: dit is de dagelijkse gang van zaken. Er is een lijst met wat ik op welke tijden moet doen.

Tijd om de dossiers van de bewoners te lezen, heb ik niet. Ik moet ze medicijnen en avondleten geven, een aantal bewoners

vragen waar de dweil is en hoe de wasmachine werkt.

Door, door, door. Geen tijd om zelf te eten of te drinken. En dan ook nog een telefoon die niet wil werken, wat voortdurend voor extra paniek zorgt, want zo is hulp wel erg ver weg.

Als ik om tien uur bijna aan de laatste bewoner toe ben en pijn in mijn rug heb van het hurken, staan, tillen, draaien en duwen, hoef er nog maar iets te gebeuren of ik raak in een staat van totale onmacht. Dat 'iets' is een mevrouw die ik al op bed heb gelegd, maar die opeens op de gang staat te jammern. Ik pak troostend haar hand en merk dat ik niet alleen haar huid voel. Ze heeft in haar hiel gesgraaid en zit onder de poep. En dus moet ze weer onder de douche, worden aangekleed en naar bed gebracht.

Om kwart voor elf kom ik eindelijk gaan rapporteren. Een kwartier later komt de nachtdienst. Als ik over de vrouw verteld die op de grond lag, zegt ze onverschillig:

Drie dames liepen onophoudelijk rond. Ze murmelden voor zich uit en paktten alles wat los stond vast om het even verderop een nieuw plekje te geven. Een meneer stootte iedere tien seconden 'Ho!' uit. De godgeense avond.

Nadat ik een vrouw naar bed had gebracht en terug de huiskamer in liep, trof ik een van de drie lopende dames op haar knieën op de grond. Ze was een lamp naar het ontmantelen en friemelde met haar nagels in een stekkerdoos. Een andere vrouw stond er huilend bij en schreeuwde: "Hé jongen, je moet naar je moeder! Waarom luister je niet naar me? Ik word er zo moe van, ik zou je wel een klap willen geven!"

Het lukt me niet naar te katmeren. Een permanent oogje in het zeil houden ging evenmin, want ik moest door. Door met de grote puzzeltocht van de juiste medicijnen geven aan de juiste bewoners op twee afdelingen, door met tafels dekken, met iedere bewoner het juiste beleg te geven, met zoeken naar een persoonlijke omgangsvorm bij alle negen bewoners, met heen en weer rennen naar Nel om te

Maar ook die 'halve' medewerker werd woegezuinigd, zodat ik nu als nieuwbaken flexwerker helemaal in m'n oppie verantwoordelijk ben voor het welzijn van negen dementienden.

Ik krijg gelukkig wel wat assistentie. Nel van de buurtafdeling komt helpen bij bewoners die door twee mensen naar bed moeten worden gebracht. En ook het arondhoofd van Slingendaal komt even polshoogte nemen. Zij weet me te vertellen in welke volgorde ik de bewoners het beste naar bed kan brengen. En 's avonds laat komt er een collega van weer een andere afdeling om me te helpen een meneer in bed te tillen – ondanks haar rugklachten.

Hoewel alle hulp goed bedoeld is, voel ik me schuldig dat ik het niet alleen heb gered. De avond verloopt zo chaotisch dat ik rond tien uur de waanhoop nabij ben. Daar gang dan ook wel het een en ander aan vooraf.

Zaterdag 17 juli
Vandaag brang ik samen met collega Lenna, die een lange zwarte rok aan heeft en het haar in een knot draagt, een schreeuwende bewoner naar bed. Door wat ze vertelt, realiseer ik me hoe belangrijk het is dat de medewerkers in de zorg werken. Zich in de bewoners kan-ten inleven. "Hij was eerst heel moedijk, maar bij mij is het is hebbroken," zegt Lenna. "Hij had allemaal foto's op zijn kamer hangen met een man erop. Ik zei: bent u dat? Maar het was Elvis. Je weet niet wie dat is, want ik heb geen televisie. Hij moest in eens zo hard lachen, dat hij niet meer bijkwam."

► "Ja, dat doet ze altijd, job. Die ziet overal kruimeltes en die wil ze opvegen."

En over de man die steeds 'Ho' roept: "Ja, dat doet hij altijd, job, die roept de hele dag en soms de hele nacht."

Als ik zeg dat ik niet weet of iedereen goed licht, zegt ze: "Ik loop zo wel een rondje om te kijken. Als ze allemaal maar liggen en hun pillen hebben getaad. Dit is een 24-uursbedrijf. Het gaat altijd door. Komt goed."

Ik heb vandaag iets te vaak 'komt goed' gehoord. Het was bepaald niet 'rustig en huiselijk', we hebben niet samen geboekt of gewassen, ik had zo mogelijk nog minder tijd en aandacht per bewoner dan in de instellingen waar nog niet kleinschalig wordt gewoond. Onbegrijpelijk.

Komt dit echt nog wel goed, zoals iedereen zegt? Was dit toevallig een extra zware dienst?

Ik werk nog een avond in Oranjehof. Nu op een andere afdeling, zodat ik weer geen enkele bewoner ken. Toch verloopt deze avond veel minder stressvol. Tot zeven uur heb ik namelijk hulp van Ria. Zij is er niet altijd, dus volgens collega Manuela van de aangrenzende afdeling heb ik geluk. Manuela instrueert ons de mensen zo snel mogelijk naar bed te brengen.

Voordat Ria naar huis gaat, ligt de helft van de bewoners al op bed. *Sesamstraat* moet nog beginnen. Nu heb ik wel meer tijd om op beide afdelingen medicijnen uit te delen en de overige vijf bewoners naar bed te brengen. Manuela doet het net zo. Tussendoor bakt ze pannenkoeken voor haar bewoners. We zijn allebei op tijd klaar. Maar een gezellige avond met mensen die genieten van het samen zijn, zit er ook op deze manier niet echt in.

Ik maak ook kennis met kleinschalig wonen in een ander tehuis. De Burcht. De afdeling bestaat uit twee helften, alibi met negen bewoners, een eigen ingang en huiskamer. De bewoners hebben allemaal een vrij ruime eigen kamer. Sommige kamers zijn huiselijk ingericht met foto's en boeken, anderen zijn kaal en leeg. Hier is nog wel de 'luxe' van anderhalve medewerker op een afdeling. Maar verder zijn de uitgangspunten van het concept kleinschalig wonen hier zo ongeveer allemaal overboord gevuld. Samen de was doen? Collega Wieteke vertelt dat de was telegenwoordig, net als in de reguliere instellingen, weer wordt uitbesteed. "We ston-

den hier de hele avond te wassen en te strijken, daar was helemaal geen tijd voor."

Samen koken? Het eten komt elke avond met een kar en wordt uit plastic bakken opgescheept. De afdelingen worden binnenkort ook via een gang met elkaar verbonden. "Nu kunnen bewoners met loopdrang maar een klein stukje lopen," zegt collega Lena. "Dat is straks verboden." Ook wordt het voor personeel zo gemakkelijker om op elkaars afdeling bij te springen.

Op De Burcht blijkt hoe kwetsbaar een kleine groep is. Lena vertelt dat er sinds kort twee nieuwe bewoners zijn; mannen die veel schreeuwen. Daardoor is de sfeer omgeslagen en zijn alle bewoners sneller van de kaart. Lena: "En als de afdelingen op elkaar worden aangesloten, kan die onrust dus ook overslaan naar de andere kant."

Ik vertel in de andere tehuizen waar ik

Kleinschalig wonen bleek bepaald niet 'rustig' en 'huiselijk'; ik had juist minder tijd per bewoner.

werk over mijn ervaringen met kleinschalig wonen. De reacties zijn unaniem: "Schandalig!" en "Onverantwoord!" Collega Margreet: "Ze kunnen daar echt geen personeel voor vinden, want je zit acht uur lang opgesloten met zwaar dementen terwijl je niet even van de afdeling af kunt om een luchtje te scheppen of je hoofd leeg te maken."

Ze mag haar borst vast nat maken. Arie Kars, directeur van Zorggroep Rijnmond, zegt in een reactie dat het kleinschalig-wonenconcept langzaam zal worden 'uitgerold' naar andere locaties. "Het tempo waarin dat gebeurt, alsook de vorm en de voorwaarden waaronder, wordt sterk beïnvloed door personeel, financierie en infrastructurele randvoorwaarden." Kars legt bovendien uit hoe het mogelijk is dat het ene tehuis slechts één medewerker op negen bewoners kan inzetten en het andere 'anderhalf' of misschien wel twee. De infrastructuur van de locatie heeft daarom namelijk invloed op, net als de samenstel-

ling van de bewonersgroep en het soort zorg dat ze nodig hebben.

"We zeggen wel eens onberispelijk dat je nog beter kan kunt hebben dan dement worden," zegt teamleider Annabel. "Dan wordt er tenminste voor je gezorgd. Je kunt bij dementeren niet precies zeggen wat je moet doen om iets op te lossen of er goed mee om te gaan. Bij lichamelijke aandoeningen kan dat wel. Daardoor is het duidelijk wat voor zorg geleverd moet worden en krijgen mensen met ziektes zoals kanker meer geld."

Ik zit in het kantoor van Annabel. Ik mag een dag met haar meelopen, omdat men mij wel ziet zitten als toekomstige teamleider van een andere afdeling. Annabel doet die erbij zolang de vacature nog open staat. Deze afdeling heeft in drie jaar tijd al vier teamleiders zien vertrekken.

Nu ik met Annabel meeloop, krijg ik meer inzicht in de ingewikkelde manier waarop de zorg is georganiseerd. Per 1 januari is in heel Nederland een nieuw bekostigingstelsel ingevoerd. Vroeger werd een instelling gefinancierd op basis van de omvang en het aantal bedden, ongeacht wie er in die bedden sliep en welke zorg er nodig was. Om de cliënt meer centraal te stellen, heeft de overheid 'zorgwaartepakketten' (zpp's) ingevoerd, zodat er meer wordt gedacht vanuit de zorg die nodig is in plaats van die 'toeval' lig' voorhanden is. In de sector Verpleging en Verzorging wordt gewerkt met tien genummerde zpp's. Hoe hoger het cijfer van het pakket, dat iemand krijgt toegewezen, hoe meer geld er beschikbaar wordt gesteld voor zijn verzorging.

Het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) beoordeelt op welke zorg iemand recht heeft en geeft daarvoor een indicatie af. Daar wordt vervolgens een bepaald zpp aan gekoppeld, en daarmee een vast bedrag per dag. Bij de Zorggroep Rijnmond zijn de tien zpp's op hun beurt gekoppeld aan vijftien verschillende 'zorgarrangementen'. Voor dementeren met de zorgwaartepakketten 4, 5 en 7 zijn er vijf arrangementen met verschillende woonvormen en verschillende mate van verzorging.

"Er had een grote opstand moeten komen toen de zorgwaartepakketten werden ingevoerd," zegt Annabel. "Eerst kreeg een dementerende geïndiceerd met een bedrag dat nu overeen zou kunnen met zpp

Zorg in soorten & maten

De gemiddelde kosten van opname in een verzorgingshuis zijn volgens het ministerie van VWS €30.000 per jaar. In een verpleeghuis is dat €55.000 tot €60.000 per jaar.

Het idee achter de zorgwaartepakketten is om per individu te bekijken wat er nodig is en daar een pakket en een bedrag aan te koppelen. De sectie Verpleging en Verzorging telt tien zorgwaartepakketten, met lange namen en beschrijvingen waarin staat in welke situatie iemand zich moet bevinden om er een indicatie voor te krijgen.

Bij een indicatie voor bijvoorbeeld zpp 5, 'beschermde wonen met intensieve dementiezorg', woont iemand in een beschermde woonomgeving en krijgt

hij intensieve zorg en begeleiding. Hij is grotendeels afhankelijk van de zorg, die deels groepsgevoel kan worden gegeven. Onder de verschillende behandelaren is een specialist ouderengeskunde. Hiervoor staat een bedrag van €116,22 per week, waarvoor verdeeld over de week inclusief opbesteding Zorghoep Rijnmond 'koop' je met zpp 5 een van de volgende zorgarrangementen: 'beschermde wonen psychogeriatric', 'beschermde kleinschalig wonen psychogeriatric', en 'beschermde wonen Korsakov'.

Bij zpp 7, 'beschermde wonen met zeer intensieve zorg, vanwege specifieke aandoeningen, met de nadruk op begeleiding', woont iemand in een

beschermde woonomgeving en krijgt hij hulp bij sociale reïntegratie, algemeen dagelijkse levensverrichtingen zoals wassen, aankleden en eten, verpleging, gedrags- en mogelijk psychiatrische problemen. Ook hier komt onder meer een specialist ouderengeskunde aan te pas. Voor dit pakket staat €132,31 waarvoor 20 tot 24,5 uur zorg per week kan worden ingezet. Zorggroep Rijnmond biedt ook bij dit pakket weer drie arrangementen aan, met de dezelfde namen maar dan toegespitst op zpp 7.

Bronnen: Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) en Zorggroep Rijnmond. De bedragen zijn gebaseerd op de landelijk 2009 van de Nederlandse Zorg Autoriteit.

Kinderziektes rond de indicatie

Het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) zegt regelmatig bezoek uit het buitenland te krijgen omdat Nederland het enige land is waar zo veel informatie te vinden is over verzorging. Door de administratie rond de zorgzwaartepakketten weet het CIZ namelijk precies wie welke zorg nodig heeft. Een speciaal kenniscentrum analyseert al die gegevens om trends te kunnen herkennen waar het beleid dan aan kan worden aangepast.

Bij een presentatie begin november

in Den Haag vertelde professor Robert Huijsman, directeur van het Kenniscentrum van het CIZ, dat er hard wordt gewerkt aan het toegankelijker maken van de indicaties. Zorgverleners kunnen straks inloggen op het medisch dossier van een bewoner en daarin aangeven of hun situatie is veranderd. Er volgt dan direct een nieuwe indicatie, die steekproefsgewijs kan worden gecontroleerd. Nu duurt verstrakking van een nieuwe indicatie nog zes weken.

Donderdag 12 augustus
"Het is echt zielig," zegt collega Margreet over een vrouw die niet kan zitten en die zelfs lopend te eten krijgt. "Haar moeder vertoemde ook dat geitrag. Toen heeft ze tegen haar man gezegd, als ik ook ooit zo word, wil ik niet verder leven. Maar dat heeft ze nooit laten vastleggen. Bovendien is dat in dit huis soms geen optie...
Daarna help ik de 102-jarige mevrouw Van de Voort op het toilet. "Wat is dat?" zegt ze terwijl ze wijst naar allerlei scheuren in het vod dat eens een roze nachtoppon was, maar nu alleen nog wat touw, knooppjes en losse lappen. "Dat is we nachtoppon," zeg ik. "Dat kan niet," zegt ze. Dat ben ik met haar eens.
"Kunnen we niet wat nachtoppen uit de reservelast laten overlappen?" vraag ik aan Margreet. "Er hangen er geen van de bewoner erop. Als de naam van mevrouw Van der Voort erin staat, wordt ze vanzelf eigenares van de nachtoppon. Margreet: "Nee, dat kan niet zomaar, hoor. Dat mag niet. De familie moet voor de kleding zorgen en die doet dat telkens niet."
Later hoor ik van collega Chantal dat die familie niets voor haar wil doen. "Ze schijnt vroeger een bront geweest te zijn." Maar inmiddels heeft dementie haar veranderd in een onduidelijk lachend-geestig oud vrouwtje. Dat is tenminste mijn observatie.
Als ze in bed ligt, zegt ze: "Wat ben je toch lief." Met glimlach en oogjes. "Kom je naast me liggen?" Ik lach en kies toch maar het hergepad.



► 7. Maar nu wordt iedereen standaard geïndiceerd op zpp 5. En liet wordt steeds moeilijker om later alsnog een hoger zpp voor een bewoner te krijgen. Daarom vind ik de invoering van dit systeem gewoon een verkapte bezuiniging."

Gevoegd om een reactie nuanceert het CZ' dat: "Bovendien zijn de zpp's werden ingevoerd, konden we niet meteen iedereen indicatie geven," vertelt manager Marcel de Krosse. "Instellingen mochten zelf per bewoner aangeven in welk zorgwaartepakket hij volgens hen hoorde. Later is dat door ons gecontroleerd en waar nodig bijgesteld." Zo zijn mensen van een zpp 7 naar een zpp 5 gegaan. En bij een lagere herindicatie kwam minder geld beschikbaar voor hetzelfde aantal dementsen.

Het terugschrijven van die zpp's heeft direct gevolgen voor de bezetting. Annabel kreeg minder personeel. Een dagdienst wordt nu gedaan door vijf medewerkers, onder wie maar één gediplomeerde verzorgende. Op de 'somaatische afdeling', waar niet-dementerende mensen met een lichamelijke aandoening verblijven om bijvoorbeeld te rehabiliteren, werken er wel meer. "Daar zijn het er zes en een keukenhulp," zegt Annabel.

Vreemd genoeg worden op die somatische afdeling hogere indicaties gegeven en dus is er meer geld beschikbaar. Keurkennip Daphne, die op een afdeling voor demente bejaarden is wegbezuinigd, zal bijvoorbeeld ook hier worden ingezet. Terwijl ze nu minder te doen heeft, omdat de bewoners bijna allemaal hun eigen brood kunnen smeren en zelf de vork in hun mond kunnen stoppen.

Annabel mag voor haar demente bejaarden maar 18 uur zorg per persoon per week inzetten, 2 uur en 34 minuten per dag. "Daar zit je zo aan," zegt ze. "Ga maar na, wassen en aankleden, uit bed halen, helpen met eten en drinken, naar het toilet begeleiden en weer naar bed gaan." Als de tijd niet volstaat, kan ze proberen nieuwe indicaties aan te vragen, bijvoorbeeld als bewoners achternutgaan en meer zorg nodig hebben.

"Stel dat je voor iemand een zpp 7-indicatie weet te krijgen," zegt Annabel. "Dan mag je een half uur extra zorg inzetten. Maar ik kan natuurlijk niet extra aanmerken voor een half uur per dag. Ik heb dus een paar zpp 7-bewoners nodig voor ik een extra verzorger nodig kan inzetten."

De vraag is vervolgens of Annabel wel iets opschiet met meer bewoners met zpp 7 op haar afdeling. "In werkelijkheid ben je daar natuurlijk geen half uur maar drie uur extra mee bezig. De druk op je medewerkers wordt daarmee alleen maar groter."

Eerder had collega Lien me ook al verteld over dit probleem. "Eerst merkte ik dat de zorg voor een bewoner zo zwaar is geworden is dat je het niet meer alleen af kan. Daar hoort een andere zpp bij, en dus een ander bedrag. Je moet opnieuw een indicatie aanvragen, formulieren invullen en vervolgens duurt het heel lang voor je huort of de hogere zpp er echt komt. In de tussentijd lever je de zorg natuurlijk allang met zijn tweeën, want je laat je collega's niet zitten."

Omdat het geld dat binnenkomt afhankelijk is van de indicaties die bewoners krijgen en omdat die indicaties kunnen wijzelen, werkt Annabel standaard met een onderbevoorzorging. "Er is een minimum aantal medewerkers in vaste dienst, en de rest vullen we aan door het flexbureau te bellen."

Het flexbureau is het eigen uitzendbureau van Zorggroep Rijnmond, dat de gerandomeerde mensen die deze zorgaanbieder bestiert. Werkt die aanpak? "Niet goed," volgens Annabel. "Ze zijn bij het flexbureau maar met z'n drieën en ze moeten alle instellingen bedienen. Ze hebben soms geen idee of er iemand beschikbaar is."

Om dat probleem te ondervangen, heeft Annabel instelling zelf een pool gevormd van twaalf medewerkers met een contract voor een aantal uren, die voor alle afdelingen kunnen worden opgeroepen. Als er diensten moeten worden ingevuld, worden deze medewerkers eerst gebeld.

Pas daarna gaat er een aanvraag naar het flexbureau. Dat scheelt ook weer geld. Annabel: "We moeten twee euro vijfing betalen per dienst die we bij het flexbureau aanvragen. Ook als ik die zelf heb geregeld, zoals laatst met jou."

Mochten er geen poolknaachten of medewerkers beschikbaar zijn, dan moet een extern uitzendbureau worden gebeld, maar dat is de duurste oplossing. Bovendien is Annabel er ook om andere redenen niet over te spreken. "We hebben er telkens pech mee. Eerst kregen we iemand die zo hardhandig met de bewoners omging dat we die deur moesten wijzen. Toen kwam er iemand die een schreeuwende bewoner op de kamer opsloot; dat mochten we ook

niet hebben. En een derde werd berkend als iemand die kort daarvoor in een ander huis was ontslagen wegens mishandeling."

Valt er nog wel te werken met de bezuinigingen? "We moeten telkens weer iets bedenken om erop in te springen," zegt Annabel. Zelf vindt ze bijvoorbeeld dat de directe zorg best zakelijker kan. "Als je niet even wat gerintmeerder werkt met een bewoner, win je al snel één tot twee minuten. Dan kan je nog steeds op een menselijke manier zorg verlenen, maar met de tijdswinst die je zo met dertig bewoners hebt heb je bij elkaar een uur te pakken waaraan je met iemand iets leuk kunt gaan doen."

De zorg kan efficiënter worden aangepakt, volgens Almabel, als de verzorgers weten wat ze doen. Als voorbeeld noemt ze het gebannes met 'inco's', jargon voor de veelgebruikte incontinentieblazers. "Ik zie mensen die hier al jaren werken nog steeds iedere ochtend opzoeken welke bewoner welke inco aan moet. Dat moet je inmiddels wel uit je hoofd weten, vind ik."

Verder moeten ze zich weer bewust worden van wat tijd kost en wat niet. Het zit in kleine dingen; dat bijvoorbeeld vooraf gaand aan een dienst alles is bijgevoeld en klaargezegt, zodat je niet misgript."

Collega Paul ziet niet zo een twee-drie in dat het denken in minuten gaat werken. "We kunnen toch niet de bordje op de rolstoel van een bewoner hangen waarop staat wat we wel en niet mogen doen? Dat er bij wijze van spreken staat: 'Kwartier om te wassen en aan te kleden? Moet je dan na vijftien minuten de washand neerleggen? Of ze laten bijbetalen?'"

Sommige collega's denken mee over kostenbesparingen. Nanda grijpt in als ik tijlens een avonddienst een mevrouw een inco met plakstrip, kortweg 'plak' genoemd, om wil doen. "Waarom pak je die ook?" vraagt ze. "Een plak is veel duurder. We moeten echt meer met inco's zonder plakstrip gaan werken! Als je haar een nebroekje aan geeft, blijft-ie ook wel zitten."

Ze vindt ook dat half verzadigde luiers eigenlijk om moeten blijven tot ze vol zijn, al is dat zelfs voor haar op de grens. Als ik zeg dat ik zelf ook niet in een halfvolle luier zou willen zitten, valt Baatkeken me bij: "Je ziet het ook aan ze, ze zitten dan een beetje zo zo." Ze trekt er een moeilijk gezicht bij.

Op alle afdelingen wordt voortdurend geklaagd over de bezuinigingen en het personeelstekort. Tweeert ondtat er

wel geld blijkt te zijn om de tinnen rond het verpleeghuis opnieuw aan te leggen. (Directeur Kars van Zorggroep Rijnmond zegt in een reactie dat de tuin zo verzakt was dat het gevaarlijk was voor de bewoners om er te wandelen en dat het geld voor de verzorging al is gegaan.)

Doordat Annabel nu leiding geeft aan twee afdelingen, komt ze aan veel dingen niet meer toe. "Normaal gesproken wil ik's oehiends nog wel eens een of twee bewoners wassen en aankleden. Als je met iemand samenwerkt bij de verzorging heb

'De samenleving is verhard. Mensen klagen snel. Dan denk ik: waar ben je zelf in dit geheel?'

je gelijk een idee hoe ze hun werk doen. Goed materiaal voor een functioneringsgesprek." Wat doet ze dan nu de bledag?

"Vooral veel telefoonbeantwoorden en met mensen praten. Maar ik moet ook roosters maken en vergaderen."

Wel probeert ze regelmatig tijlens pauzes aan te schuiven om te horen wat er speelt op de afdeling. En verder organiseert ze periodiek bewonersvergaderingen waar

familieleiden hun zorgen en frustraties kunnen uiten. De rol van de familie wordt groter nu het personeel steeds minder tijd heeft om voor de bewoners te zorgen.

"Tijdens mijn diensten zie ik echter maar weinig familie regelmatig langskomen. Annabel wordt daar wel eens kritisch over. "De samenleving is verhard. Mensen klagen gemakkelijk, zeker over de zorg. Dan denk ik: en waar ben je zelf in dit geheel? Pas hadden we bijvoorbeeld voor bewoners een uitstapje georganiseerd. Geen enkel familielid meldde zich aan om mee te gaan. Het personeel kon niet van de afdeling af, en dus ging het uitje niet door. Is het zo moeilijk om één dag vrij te maken om met je familieid op stap te gaan?"

Zelf heb ik kunnen ervaren dat de gehoopte verbeteringen blijven, ondanks de verbouwingen van grote naar kleinere afdelingen. Er is weliswaar flink geïnvesteerd in het realiseren van nieuwe randvoorwaarden om goede zorg te kunnen leveren, maar er is permanent te weinig geschold personeel om de zorg te kunnen uitvoeren.

Nieuwe ideeën en initiatieven maken op medewerkers bijvoorbeeld weinig indruk. Ze hebben het ook allemaal al eens eerder meegemaakt: het blijft uiteindelijk toch weer een kwestie van duwen, sjouwen, tillen en trekken om na acht uur weer algendruaid en uitgezorgd naar huis te gaan. |

"De namen van bewoners en werknemers zijn om privacyredenen gesingeveld."

Kamervragen

Het eerste deel van de *Hippie-rij-reportage* 'Dagboek van een leghandenbroeder' is voor drie partijen zandluiding om minister van Volksgezondheid Edith Schippers om uitleg over de vragen. Bron: links, de PvdA en de SP hebben schriftelijke Kamervragen ingediend.

"Schakkend," zegt Linda Voorman (GroenLinks) na lezing van de reportage. "Voorheen wil weten of de door de regering bedoelde 12.000 nieuwe zorgverleneren er ook echt komen. extra medewerkers bij zijn gekomen."

"Ik ben voor een nulmeting, zodat we daadwerkelijk kunnen zien of er over vier jaar 12.000 extra medewerkers bij zijn gekomen."

Bob Agnes Wolbert (PvdA) stelde Kamervragen. Ze wil na het lezen van het stuk onder meer weten of de minister vijf zorgverleneren op dertig bewoners een goede verdeling vindt. Daarnaast wil ze precies weten wat er in de voorgaande Zorginstellingen Begrotingswet komt te staan.

Henste Leijten (SP) wil duidelijkheid over het kabinetvoornamen om de zorgzaamtepakketten, waarmee iedereen die zorg nodig heeft een bij de zorg passend bedrag krijgt toegewezen. Kostenrekend is maken. Volgens Leijten blijft uit de rapportage dat de zorg niet goed kan worden gepland of georganiseerd met de par 1 januari 2010 ingevoerde financieringsmethode.

INBRENGEN BLOK 2: 13.00-15.00 uur Koepelorganisaties en bestuurders

- Hans Breteler, oud voorzitter Raad van Bestuur Ouderenzorg
- Hannie van Leeuwen, oud Eerst- en Tweede-Kamerlid
- Aad Koster, directeur Actiz
- Tiertsje Kuipers, V&VN ambassadeur van de zorg
- Guus van Montfort directeur Kiwa/Prismant (Kennis- en expertisecentrum voor de zorg)
- Anneke van der Vlist, Ouderenorganisaties

BLOK 2: 13.00-15.00 uur Koepelorganisaties en bestuurders

A vertical handwritten signature in black ink, appearing to be 'S. van der Vlist', is written over the first two lines of the list.

Hans Breteler, oud voorzitter Raad van Bestuur Ouderenzorg

Hannie van Leeuwen, oud Eerst- en Tweede-Kamerlid

Aad Koster, directeur Actiz

Tiertsje Kuipers, V&VN ambassadeur van de zorg

Guus van Montfort directeur Kiwa/Prismant (Kennis- en expertisecentrum voor de zorg)

Anneke van der Vlist, Ouderenorganisaties

**Indieners : Hannie van Leeuwen (versie 3)
Hans Klein Breteler**

- 1) Dit ronde tafelgesprek beperkt zich tot uitsluitend de intramurale zorg voor ouderen die in omvang (niet in middelen) slechts een bescheiden deel van de totale ouderenzorg uitmaakt. (12 % van de ouderen leven intramuraal)
- 2) Het is zaak ervoor te zorgen dat in de toekomst de intramurale zorg zo beperkt mogelijk wordt gehouden ten gunste van de ouderenzorg in het algemeen, ook voor kwetsbare ouderen, in de thuissituatie (sluit ook aan bij de wensen van ouderen zelf).
- 3) De tekortschietende zorg/behandeling, en helaas soms de misstanden in de intramurale ouderenzorg hangen ook nauw samen met :
 - de talloze wijzigingen in het beleid tot dusverre die veel onrust en onzekerheid veroorzaken mede omdat onvoldoende tijd werd genomen voor implementatie.
 - te kort schietende opleidingen (het onvoldoende geschoold zijn voor deze zware taak).
 - de niet doorgevoerde implementatie van wel geslaagde zorgvernieuwingsprojecten en uitkomsten van onderzoek, hetgeen ontmoedigend heeft gewerkt.
 - de overheersende bureaucratie, waardoor de professionals niet meer aan hun eigenlijke taak toekwamen en –komen.
 - onvoldoende mensen en middelen.
 - en soms helaas ontoereikend management in combinatie met te veel management-lagen.
 - bij zorgaanbieders een te ver doorgesloten schaalvergroting en daardoor vaak te weinig aandacht voor de menselijke maat.
 - een niet altijd competent toezicht of een te grote afstand van het toezicht op het primaire proces in de instelling.
 - een te groot verwachtingspatroon in de samenleving van de (on-)mogelijkheden van de zorg binnen het AWBZ-domein.
 - ontbreken van ‘glasheldere’ polisvoorwaarden in de AWBZ.
- 4) Noodzakelijke voorwaarden om tot verbetering te kunnen komen zijn, dat er:
 - a) rust in het zorgveld wordt gecreëerd.
 - b) de huidige indicatiestelling sterk wordt vereenvoudigd (niemand laat zich gemakkelijk opnemen in een instelling).
 - c) preventie-activiteiten en een moderne eerstelijnszorg (met sterke nadruk op de verpleegkundige) de hoogste prioriteit krijgen waardoor opname zo lang mogelijk kan worden uitgesteld.
 - d) de versnippering van het zorgaanbod aanzienlijk wordt teruggedrongen
 - e) in elke gemeente één aanspreekpunt komt voor alle ouderen.
 - f) de ouderen zelf, in samenspraak met eventuele mantelzorgers en het team van professionals, zinnige en zuinige zorg gaan realiseren.
 - g) scheiding van wonen en zorg vanaf heden wordt doorgevoerd (pilots) te beginnen waar het relatief eenvoudig is.

**Indieners : Hannie van Leeuwen (versie 3)
Hans Klein Breteler**

- h) alle tot dusverre uitgevoerde projecten op gestandaardiseerde normen worden gemeten om het maatschappelijk en wetenschappelijk rendement vast te stellen.
 - i) nauw zal worden samengewerkt met het brede welzijnsveld.
 - j) voldoende eigentijdse opleidingsmogelijkheden voor alle professionals en mantelzorgers beschikbaar komen.
- 5) Het Nationaal Programma Ouderenzorg dient een vervolg te krijgen. (voorgaande programma's zijn niet of onvoldoende geïmplementeerd. Voor het implementeren van geslaagde projecten en het scheppen van een breed draagvlak is tijd en soms ook meer adequate financiering noodzakelijk)
- 6) In de vanuit het Nationaal Programma Ouderenzorg opgerichte 8 regionale netwerken werken vanuit de vraag van ouderen met een complexe problematiek, die er zo goed mogelijk bij worden ingeschakeld alle bij de ouderenzorg betrokken partijen op het gebied van praktijk, beleid en onderzoek samen. Dit om te komen tot goed afgestemde, integrale en multidisciplinaire zorg en ondersteuning zowel voor mensen thuis als in het verzorgings- en verpleeghuis, alsmede het ziekenhuis. In 61 projecten worden binnen deze netwerken nieuwe vormen van zorg en ondersteuning systematisch geëvalueerd. Ook wordt kennis verzameld over wat kwalitatief goede en efficiënte zorg is en hoe deze zorg kan worden georganiseerd. Dit alles om te voldoen aan de in de opdracht van ex-staatssecretaris Bussemaker genoemde doelen: betere zelfredzaamheid, meer functiebehoud en minder zorgbelasting. Door verbetering in de samenhang, de kwaliteit en/of kosten van zorg zal ook een aantoonbare bijdrage aan de betaalbaarheid van de zorg voor kwetsbare ouderen moeten worden geleverd. Ook dient er meer samenhang te komen met andere programma's zoals 'In voor Zorg'.
- 7) In het N.P.O. wordt ook samen met het Programma Zorg voor Beter via een twintigtal projecten getracht de werkvloer te ondersteunen door (toekomstige) professionals te verrijken met nieuwe kennis over goede zorg, waarbij de focus ligt op MBO-onderwijs, gericht op zorg en welzijn. De kloof tussen kennis en praktijk moet worden overbrugd. Enerzijds via de vertaling van nieuwe onderwijsproducten en anderzijds door implementatie van
- het materiaal voor studenten en professionals,
 - ondersteunend materiaal voor docenten en opleiders.
 - Ondersteunend materiaal voor mantelzorgers
- 8) Naast de invulling van al deze randvoorwaarden zal een enthousiasmerende, eigentijdse wervingscampagne dienen te worden opgezet en zal – bij het niet kunnen binnenhalen van 12.000 nieuwe medewerkers - met de overblijvende middelen de

**Indieners : Hannie van Leeuwen (versie 3)
Hans Klein Breteler**

preventie-activiteiten alsmede de eerstelijnszorg dienen te worden uitgebreid en de innovatie van nieuwe zorgconcepten te worden bevorderd. We zullen er ons bewust van moeten zijn dat de uitdagingen op de (toekomstige) arbeidsmarkt minstens zo groot zijn als op andere terreinen in de zorg. Immers, zonder mensen geen zorg !

Ruimte voor de cliënt, medewerker en zorgorganisatie

Op 4 april as. praat de Tweede Kamercommissie van VWS over de ouderenzorg. Centraal staat de vraag wat er nodig is om de zorg structureel te verbeteren en toekomstbestendig te maken. Het is goed dat deze discussie breed gevoerd wordt. Het structureel verbeteren van de zorg is immers een gezamenlijke verantwoordelijkheid en vraagt van alle partijen een grote inzet.

ActiZ levert graag een actieve bijdrage aan het verbeteren van de zorg; voor vandaag en morgen en voor de verdere toekomst. Kernbegrip daarbij is ruimte. Ruimte voor de cliënt om echt centraal te staan en zelf keuzes te kunnen maken; ruimte voor de zorgverlener om vanuit de eigen professionaliteit de cliënt optimaal te kunnen bijstaan. En ruimte voor de zorgorganisatie om de professional in het contact met de cliënt maximaal te kunnen faciliteren.

Huidige situatie

Het werk in de zorg is het afgelopen decennium zwaarder geworden; cliënten blijven met ondersteuning en zorg langer thuis wonen en komen later en met een zwaardere zorgvraag in het verzorgings- of verpleeghuis. Deze toegenomen zorgwaarde stelt hogere eisen aan de medewerkers. Tegelijkertijd hebben de beschikbare financiële middelen voor de ouderenzorg de afgelopen jaren geen gelijke tred gehouden met die toegenomen zorgvraag en -zwaarte. Zorgorganisaties kwamen daardoor financieel onder druk te staan. De mogelijkheid om te investeren in extra medewerkers, extra scholing of het inzetten van hoger gekwalificeerd personeel was daarom beperkt. Zo is een situatie ontstaan waarin veel van de medewerkers wordt gevraagd. Niet alleen op zorginhoudelijk gebied; ook de communicatie met de cliënt en dialoog met familie vraagt vandaag de dag meer van zorgverleners dan vroeger. Waar de middelen en mogelijkheden in de zorgorganisatie afnemen, stegen tegelijk de administratieve lasten. Ook dat trekt een wissel op medewerkers en de beschikbare capaciteit voor de zorg. Er is teveel nadruk komen te liggen op het afleggen van verantwoording. Op teveel onderwerpen. Aan teveel partijen. Het vertrouwen ontbreekt.

Zorgorganisaties hebben verder te maken gehad met ingrijpende wijzigingen. De invoering van bijvoorbeeld de Wmo en de zorgzwaartebekostiging vergde niet alleen veel tijd en aandacht van het management maar had vaak ook een negatief effect op de financiële bedrijfsvoering. In vooral stedelijke gebieden speelt verder nog mee dat de sociale samenhang minder is en de binding van de omgeving met een zorgorganisatie minder is. Ook dit is een verzwarend element in de zorgverlening. Tot slot speelt de arbeidsmarktproblematiek een rol; verpleeg-, verzorgingshuizen en thuiszorgorganisaties hebben moeite om voldoende en goed gekwalificeerd personeel te trekken.

Er zijn zeker ook veel positieve ontwikkelingen geweest de afgelopen jaren. Zo is de positie van de cliënt versterkt, bijvoorbeeld aan de hand van het zorgleefplan, de cliëntenraad en klachtregeling en recent de tweezijdige leveringsvoorwaarden van ActiZ en de Consumentenbond en cliëntenorganisatie LOC. Duizenden meerpersoonskamers zijn omgevormd tot eenpersoonskamers waardoor de privacy van cliënten sterk verbeterde. Ook op het terrein van kwaliteit zijn grote stappen gezet. Verpleeg-, verzorgingshuizen en thuiszorg hanteren sinds 2007 het landelijk opgestelde kwaliteitskader Normen Verantwoorde Zorg. Dit kader is met alle bij de zorg betrokken partijen opgesteld en is uniek in de zorg. De Inspectie houdt toezicht op de zorginhoudelijke indicatoren en de cliëntervaringen worden onderzocht met de CQ-methode. Ook is de sector via Kiesbeter.nl transparant over haar zorginhoudelijke resultaten en cliëntenbeoordelingen. Als het gaat om de bedrijfsvoering en het afleggen van verantwoording over de besteding van de AWBZ-gelden zijn de ActiZ leden transparant door het publiceren van de jaarverslagen. Verder hanteren ActiZ zorgorganisaties de zorgbrede governancecode. Ook als het gaat om mededinging in de zorg nemen ActiZ en haar leden hun verantwoordelijkheid door invoering van een complianceprogramma. Om te verbeteren ondersteunt ActiZ haar leden met een benchmark en vele specifieke programma's en projecten.

Structureel verbeteren & randvoorwaarden

Ondanks al de positieve aspecten zijn het vooral de verzwarende ontwikkelingen die hun stempel drukken op de zorg. ActiZ en haar leden willen dan ook de omslag maken. De omslag naar een werkwijze waarin de cliënt en zijn kwaliteit van leven echt centraal staat. Vervolgens moet er weer meer ruimte komen voor de professional om zelf in directe samenspraak met de cliënt zijn of haar zorgvraag te kunnen invullen. Niet op basis van wat volgens de indicatie mag, maar op basis van wat de cliënt op dat moment wil en nodig heeft.



actiZ is de vereniging van zorgorganisaties

In die omslag kunnen we als zorgorganisaties veel zelf doen; dat doen we ook. Andere partijen kunnen helpen om de juiste randvoorwaarden en uitgangspunten te scheppen. Meer vertrouwen en minder administratieve lasten is iets waar we andere partijen bij nodig hebben. Meer structurele middelen voor scholing is eveneens een belangrijke voorwaarde. Evenals een gedegen structurele bekostiging die aansluit bij de zorgvraag en -zwaarte van de cliënten in zorg. Helderheid op thema's als kapitaallasten en scheiden van wonen en zorg is ook een essentieel punt. Overigens zijn wij verheugd met de extra middelen die het kabinet uittrekt voor de langdurige zorg.

ActiZ ziet geen noodzaak voor nieuwe wet- en regelgeving om de kwaliteit van zorg, bedrijfsvoeringaspecten of toezicht te borgen. De bestaande wet- en regelgeving en reeds ingezette zelfregulering voorziet daarin voldoende. Dit betreft ook niet de kern van de problematiek. In feite gaat het erom dat de sector ruimte krijgt om zelf door te kunnen werken aan de maatschappelijk gewenste omslag naar structureel betere zorg.

Een regelmatig terugkerende vraag is waarom de ene zorgorganisatie het wel goed doet en een ander minder goed. ActiZ laat jaarlijks een benchmark onder haar leden uitvoeren door PricewaterhouseCoopers en ook wij constateren dat er -ook in deze moeilijke omstandigheden- volop ActiZ zorgorganisaties bestaan die goed presteren. Goed als het gaat om de zorginhoudelijke indicatoren en het oordeel van hun cliënten en goed omdat zij tevreden en gemotiveerde medewerkers hebben en een gezonde financiële bedrijfsvoering. De uitkomsten van de benchmark geeft ActiZ organisaties zicht op hun prestaties en laat zien waar zij kunnen verbeteren. Zo stimuleren we steeds meer zorgorganisaties om te verbeteren en tot de koplopers te gaan behoren.

De benchmark levert een schat aan informatie op die ActiZ niet alleen met haar leden deelt maar ook graag ter beschikking stelt aan anderen. Want al bestaat er geen blauwdruk voor de ideale zorgorganisatie, er zijn wel elementen te benoemen die gezien kunnen worden als succesfactoren. Maar de benchmark laat ook zien dat een opvatting die voor de hand lijkt te liggen met cijfers niet valt te onderbouwen: het verschil in kwaliteit van zorg tussen een grote en een kleine zorgorganisatie ligt bijvoorbeeld genuanceerd, zo blijkt uit een nadere analyse van de benchmarkgegevens.

Belangrijke factoren voor succes zijn zaken als het hanteren van een heldere visie op de zorg voor de cliënten. Het is van groot belang dat het bestuur en management deze visie consistent uitdraagt en centraal stelt in de bedrijfsvoering, -structuur en -cultuur. Bij een inspirerende visie op de zorg hoort goede communicatie tussen management en medewerkers en een beleid waarbij geïnvesteerd wordt in het personeel waarbij de professionals ook vertrouwen, inspraak en autonomie krijgen.

Dit zijn herkenbare elementen waar veel ActiZ zorgorganisaties al goed invulling aan geven. Er is echter ook nog een groep zorgorganisaties die bezig is om deze zaken beter in hun organisatie te verankeren. Vertrouwen van de externe omgeving helpt hen om zich volledig op dit proces te kunnen focussen en zal eraan bijdragen dat de groep van koplopers sneller groeit.

Toekomstbestendige zorg

ActiZ en haar leden zorgorganisaties zijn bezig met de omslag naar meer ruimte voor de cliënt en de professional. Om de zorg voor de verdere toekomst te borgen is echter nog meer nodig. Toenemende vergrijzing, tekorten op de arbeidsmarkt en het betaalbaar houden van de zorg vereist een volledig andere insteek. Nederland zal toe moeten naar een samenleving waarin meer dan nu het geval is het accent komt te liggen op het behoud van zelfstandigheid en zelfredzaamheid. Mensen moeten minder afhankelijk worden van zorg en er zal meer gevraagd worden van de sociale omgeving. Samenredzaamheid is in feite waar het om gaat. Dit vraagt van ons als samenleving een forse ommezwaai. Die ommezwaai komt niet vanzelf en ActiZ roept alle partijen op om ook dit thema op de maatschappelijke agenda te zetten. Want meer dan we nu gewend zijn zal een beroep gedaan moeten worden op de burger zelf. Investeren in mantelzorg, vrijwilligersbeleid, preventie en innovatie zijn daarbij belangrijke speerpunten. Ook voor de zorg betekent de omslag naar autonomie en zelfredzaamheid een andere rol; van primair zorgverleners verschuift de focus naar het ondersteunen van mensen in hun zelfstandigheid en zelfredzaamheid. Het is van groot belang dat we ons als samenleving nu reeds gaan oriënteren op deze nieuwe verantwoordelijkheden en rollen.

Hoorzitting Ouderenzorg

Input door Tiertsje Kuipers

Op 4 april vindt er een hoorzitting over de Ouderenzorg in de Tweede kamer plaats. Vanuit de beroepsvereniging Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland wil ik over de ouderenzorg het volgende bij u onder de aandacht brengen.

De aankomende jaren neemt de vergrijzing steeds grotere proporties aan. Het zorginnovatie platform voorspelt dat tot 2025 het aantal 65-plussers van 2,5 naar 3,7 miljoen stijgt, en het aantal 80-plussers van 640.000 naar 910.000. Vroeg of laat worden steeds meer ouderen afhankelijk van zorg. Zij krijgen zorg en ondersteuning van duizenden verzorgenden en verpleegkundigen om hun leven waardevol te laten zijn.

Al enige jaren ben ik actief als ambassadeur van de zorg. Ik heb als verpleegkundige ouderenzorg er voor gekozen om ambassadeur van de zorg te worden omdat de ouderenzorg vaak en veel negatief in het nieuws is, en is geweest. Dit heeft tot gevolg dat verzorgenden niet met trots naar hun vak kijken en dat jongeren niet voor de ouderenzorg kiezen. Als hoofdactiviteit houd ik in het kader hiervan al 4 jaar lang een eigen weblog bij, met momenteel zo'n 500 vaste lezers per maand.

Als verpleegkundige werk ik al vele jaren in de zorg en heb daar een aantal zaken gesignaleerd die naar mijn idee anders kunnen of meer aandacht moeten krijgen. Het gaat hierbij om de volgende zaken, die ik hieronder kort zal toelichten:

- 1) meer aandacht voor vroeg signalering bij geheugenproblemen
- 2) spilfunctie/centraal aanspreekpunt
- 3) deskundige medewerkers

Meer aandacht voor vroeg signalering bij dementie

Eén op de vijf mensen krijgt te maken met een vorm van dementie. Vroeg signalering kan veel angst en onzekerheid wegnemen. Regelmatig komt het voor dat deze ouderen nog niet bekend zijn met de zorg en onvoldoende in beeld zijn bij de huisarts. De RVZ schrijft in haar advies "zorg voor je gezondheid" dat het voorkomen van chronische aandoeningen een belangrijke opgave wordt. Vroeg ingrijpen is van belang om erger te voorkomen. Speciaal hiervoor opgeleide verpleegkundigen (case managers dementie) kunnen hierbij een cruciale rol vervullen. Ze zijn laagdrempelig en goed in het signaleren van beginnende problemen en het vroegtijdig ingrijpen (bemoeizorg) en inzetten, organiseren en regisseren van de juiste zorg.

Spilfunctie

Wil de specialistisch verpleegkundige deze signalerende/regisserende taak voor de cliënt met geheugenproblemen naast de zorgverlening goed neerzetten dan is het belangrijk dat zij goed bekend zijn in de wijk of buurt. Niet alleen bekend bij de patiënt/cliënt, maar ook bij de collega beroepsbeoefenaren (huisarts, fysiotherapeut, maatschappelijk werk). De verpleegkundige moet goed op de hoogte zijn van de lokale voorzieningen en bekend bij instanties die in deze buurt zijn gevestigd. Versterken en coördineren van bestaande netwerken is hierbij essentieel.

Deskundige medewerkers

In Nederland zijn er veel verzorgenden en verpleegkundigen die zich dagelijks met hart en ziel inzetten in de zorg. In tegenstelling tot wat velen denken is de ouderenzorg de meest complexe zorg. Vele ouderen hebben meerdere aandoeningen, ouderen worden mondiger en stellen hogere eisen aan de bejegening en zorg, dit vraagt om deskundige medewerkers. Nog steeds zijn er organisaties die 'voor een dubbeltje op de eerste rang willen zitten' en zich niet realiseren wat het vraagt om goede zorg te leveren. Dit vraagt niet alleen om een goede beroepsopleiding maar ook om een continue scholingsbeleid. Tegenwoordig moet je 'een leven lang leren', willen verpleegkundigen en verzorgenden goed in kunnen spelen op vragen die zij in de praktijk krijgen. We weten dat er grote personeelstekorten dreigen in de zorg, dit vraagt niet alleen om goed organiseren maar vooral om slim organiseren. Bijvoorbeeld:

Verpleegkundigen/verzorgenden op latere leeftijd zijn goed inzetbaar als vraagbaak en als coach voor (beginnende) collega's of stagiaires. Ook bij de begeleiding van zij-instromers kunnen zij een ondersteunende rol spelen in het stage/leerproces.

Ouderenzorg op een positieve manier promoten bij jongeren, het idee van "alleen maar billenwassen" moet de wereld uit. Welzijn neemt een steeds grotere plek in binnen zorgland.

J. van Montfort

Geachte leden van de vast commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Gaarne breng ik bij deze enkele gesprekshema's in voor de rondetafelgesprekken op 4-4-2011.

1. De gesprekken worden gefocust op de intramurale ouderenzorg.

Allereerst wil ik opmerken dat we de vraagstukken resp. uitdagingen voor de intramurale ouderenzorg niet los kunnen zien van de extramurale

ouderenzorg resp. van de welzijns- en woonsector.

2. T.a.v. die uitdagingen denk ik dat de volgende vraagstukken centraal moeten staan:

- hoe vangen we op een kwalitatief verantwoorde manier de zeer grote toekomstige zorgvraag in de ouderenzorgsector op?

- hoe kunnen wij hierin de patient echt centraal stellen, zodat we voldoen aan de preferenties (meer eigen regie, meer en langer in de eigen situatie) van de oudere patient?

- hoe kunnen we voldoende "handen" aan het bed krijgen?

- hoe kunnen we de opwaartse loondruk t.g.v. de krapte op de arbeidsmarkt mitigeren, anders wordt de ouderenzorg helemaal onbetaalbaar?

3. Hiervoor is nodig dat het bekostigingssysteem van de intramurale ouderenzorg echt fundamenteel verandert.

Namelijk van een budgetstelsel naar een integrale persoonsvolgende bekostiging.

Overigens moeten we dat uniformeren met de extramurale bekostiging.

Eigenlijk moeten we in de bekostiging het onderscheid intra / extramuraal laten vervallen. Pas dan ontstaat de echte substitutie en kunnen klanten echt gaan kiezen.

Dit sluit overigens ook goed aan op de gedachte uit het regeerakkoord van scheiden wonen / zorg.

4. In een dergelijk model is de indicatiestelling van cruciaal belang.

Dat kan impliceren dat de bureaucratie daaromheen dreigt verder te gaan toenemen.

De indicatiestelling kan en moet eenvoudiger.

5. Een persoonsvolgende bekostigingssystematiek biedt binnen de financiële kaders veel meer keuzemogelijkheden en eigen regie voor de patient.

Zelfmanagement krijgt nu echt zijn kansen.

En natuurlijk zal niet elke patient dat in dezelfde mate kunnen, gezien de soms grote verschillen in zorgzwaarte van de patient, maar er kan natuurlijk op dit gebied veel meer dan

we tot nu toe doen.

6. We gaan zien dat door de bepleite veranderingen in het bekostigingssysteem dat er veel meer prikkels zijn om veel meer op de primaire processen gerichte innovatie te gaan toepassen

en concreet in de praktijk gaan implementeren.

Er zijn veel nieuwe technologieën en zorgconcepten, zoals b.v. het buurtzorg-concept beschikbaar.

7. Deze leiden aan de ene kant tot betere kwaliteit en op de individuele zorgvrager gerichte zorg.

Aan de andere kant leidt dit tot een verhoging van de arbeidsproductiviteit en dus tot een grote bijdrage in het oplossen van de arbeidsmarktproblematiek.

8. Ook kan de bureaucratie en de administratieve lastendruk worden verminderd door het toepassen van nieuwe registratiemethodieken ,maar ook omdat in die nieuwe zorgconcepten de zorgmedewerker

veel meer op zijn kwaliteiten als zorgverlener wordt aangesproken en veel meer eigen mogelijkheden heeft om zijn werk te regelen en af te stemmen , met zijn collega's, op de behoeften van de patient.

Niets is zo motiverend als dat.

Gaarne bereidt een en ander op 4-7 nader toe te lichten,

prof. dr. A.P.W.P. (Guus) van Montfort
directeur

Vanaf 1 januari 2011 hebben wij een nieuw adres:

Ptolemaeuslaan 900, 3528 BV Utrecht

Kiwa Prismant

Postbus 85200

3508 AE UTRECHT

Tel: 030 – 2345 764

www.prismant.nl.

Algemene Voorwaarden

Aan de inhoud van dit e-mailbericht kunnen geen rechten worden ontleend. De informatie verzonden in dit e-mailbericht is uitsluitend bestemd voor de geadresseerde. Prismant staat niet in voor de juiste en volledige overbrenging van de inhoud van een verzonden e-mailbericht noch voor tijdige ontvangst daarvan.

N 7759 Z&W/AV/HS/28 maart 2011

Naar menslievende ouderenzorg,

Bijdrage CSO voor rondetafelgesprek ouderenzorg op 4 april 2011

De CSO lidorganisaties signaleren onder hun achterban veel zorgen over de intramurale ouderenzorg. Uit onderzoek van de UnieKBO onder leden die in een instelling verblijven, blijkt dat 44 % de instelling niet zou aanbevelen bij familie/vrienden. De PCOB krijgt in bijeenkomsten veel signalen over onderbezetting en eigen betalingen. En NOOM signaleert vooral een gebrek aan interculturele competenties bij werkers in de ouderenzorg. Hierbij hoofdpunten uit onze bevindingen en visie op een rij:

Instellingen houden onvoldoende rekening met diversiteit onder ouderen.

De mogelijkheden om de eigen leefstijl voort te zetten in een instelling zijn beperkt. Ter illustratie onderstaande uitspraken uit het NPO:

- Gedwongen scheiding van partners: *“je bent getrouwd maar leeft door de opname opeens gescheiden”*.
- *“Behalve de andere taal en communicatieproblemen ondervindt de turkse meneer Z. dagelijks de verschillen tussen de Nederlandse en Turkse cultuur: de veel gezongen nederlandstalige liedjes en de spelletjes kent hij niet en brengen geen gevoelens teweeg.”(citaten uit Nationaal Programma Ouderenzorg)*

Het zorgleefplan, dat tegemoet komt aan individuele wensen van ouderen raakt weliswaar steeds meer ingeburgerd. Maar het nakomen van afspraken uit het zorgleefplan is nog een aandachtspunt (monitor langdurige zorg, ZZP V&V)

Onderbezetting en misstanden versus goede (menslievende) zorg

De kwaliteitsverschillen tussen instellingen voor ouderenzorg zijn groot. De goede voorbeelden die er ook zijn, vinden onvoldoende navolging.

- Vastbinden van bewoners (dwangmaatregelen, Zweedse band) komt in een groot aantal instellingen nog voor, maar er zijn instellingen die zonder kunnen. Onderzoek heeft aangetoond dat afschaffen van Zweedse band niet leidt tot meer breuken of meer rustgevend/versuffende medicatie etc. (Exbelt-onderzoek, Maastricht). Toch lukt het niet deze dwangmaatregelen uit te bannen,
- Rol van mantelzorgers in instellingen: communicatie met mantelzorgers is vaak onder de maat. (geen vaste verzorgende aanspreekbaar, mantelzorger krijgt taken toebedeeld i.p.v. overleg over samenwerking, geen gebruik maken van ervaringsdeskundigheid) Waar de samenwerking formele zorg/ informele zorg wel goed is, ontstaat betere zorg. Zie SOFA model van expertisecentrum mantelzorg
- Onderbezetting, geen toezicht in de huiskamer, weinig aandacht, lang moeten wachten op hulp etc. zijn in een aantal instellingen schering en inslag. Vaak is er ook een hoog ziekteverzuim. Andere instellingen kunnen wel voldoende hulp bieden, bijvoorbeeld door lagere overheadkosten en een heldere visie.

Voorlichting aan ouderen

Ouderen komen lang niet altijd terecht in de instelling van hun keuze. Na ontslag uit een ziekenhuis is er vaak geen plaats in de instelling van hun keuze. De meeste ouderen hebben een voorkeur voor een zorginstelling in eigen dorp/stad/ wijk, maar ze beschikken doorgaans over weinig keuze informatie.

Oplossingsrichtingen

- Scheiden van wonen en zorg moet doorgang vinden (meer ruimte voor eigen leefstijl, partners kunnen bij elkaar blijven). Tegelijkertijd stimuleren van (ver)bouwen volgens WoonKeur zodat woningen geschikt zijn om (ook intensieve) zorg te verlenen.
- Meer kleinschalige voorzieningen voor ouderen en maatwerk door PGB's.
- Zorginstellingen moeten de buitenwereld naar binnen halen met informele zorg en wijkfuncties, zodat "sociale controle" gewaarborgd is. Daarnaast is alert optreden van de inspectie nodig bij misstanden.
- Ouderenorganisaties en zelforganisaties van migranten moeten betrokken worden bij het opzetten van nieuwe woonzorgvoorzieningen.
- Betere scholing van personeel in de ouderenzorg is nodig, gericht op geriatrische competenties en interculturele competenties.
- Onafhankelijke cliëntondersteuning door (vrijwillige) ouderenadviseurs moet beschikbaar zijn. Zij kunnen ouderen helpen bij oriënteren en keuze van instelling.
- Een verbod op gebruik Zweedse band is nodig.

INBRENGEN BLOK 3 15.00-16.30 uur Deskundigen en wetenschappers

- Jan Hamers, hoogleraar ouderenzorg Universiteit Maastricht
- Raymond Koopmans, hoogleraar ouderengeneeskunde Radboudziekenhuis Nijmegen
- Gooke Lagaay, internist, geriater Spaane Ziekenhuis
- Julie Meerveld, Alzheimer Nederland
- F.J. Roos, directeur Verenso
- Erik Scherder, professor aan de VU en Universiteit van Groningen

Intramurale ouderenzorg: kwaliteit belangrijker dan kwantiteit

Jan Hamers, hoogleraar ouderenzorg, Universiteit Maastricht
Ten behoeve van rondetafelgesprek Vaste Commissie VWS, 4 april 2011

Beknopte analyse van de huidige situatie

- De zorgkwaliteit staat onder druk, maar er is een overschatting van slechte kwaliteit. Positieve berichten halen de media meestal niet.
- Kwaliteitsdiscussies kunnen deels worden verklaard vanuit de context. Verschillende generaties worden anders oud en zullen andere eisen stellen aan de intramurale zorg. Daarom zullen de eisen aan kwaliteit van intramurale ouderenzorg over een aantal jaren weer andere zijn.
- Er is te veel focus op kwantiteit (handen aan het bed) in plaats van kwaliteit van medewerkers. Veel problemen in de intramurale zorg komen niet voort uit tekort aan personeel of een te hoge werkdruk, maar uit gebrek aan kennis, het ontbreken van 'evidence', gebrek aan visie en leiderschap.
- De toekomst van de zorg voor ouderen is onvoorspelbaar, vanwege 'teveel onbekenden in de vergelijking'; 10% meer dementie leidt niet automatisch tot een 10% grotere zorgvraag! De zorgvraag zal echter toenemen. Dat geldt echter niet voor het aantal beschikbare arbeidskrachten; dat zal eerder afnemen.
- De relatie tussen opleidingsniveau van personeel en zorgkwaliteit is evident. Wetenschappelijk onderzoek laat zien dat de inzet van verpleegkundigen (ipv verzorgenden) in verpleeghuizen leidt tot toename van zorgkwaliteit en vermindering van mortaliteit.
- Het opleidingsniveau van verzorgend en verpleegkundig personeel in de Nederlandse intramurale ouderenzorg is te laag en in disbalans met de complexiteit van zorgvragen.

Illustraties:

- dementie is een ernstig ziektebeeld leidend tot probleemgedrag dat een adequate interpretatie en aanpak door deskundig personeel vereist;
- zorgproblemen zoals pijn, decubitus, incontinentie, ondervoeding, valincidenten, fixatie komen veel voor in de intramurale zorg en hebben, indien niet deskundig aangepakt, een zeer negatieve invloed op de kwaliteit van leven van ouderen.

Toekomst intramurale ouderenzorg

- Voor het opzetten van toekomstbeleid voor de intramurale zorg is een langetermijnvisie noodzakelijk. Daarin zouden kaders moeten worden gesteld waarbinnen flexibel kan worden gereageerd op toekomstige ontwikkelingen en veranderende inzichten in zorgkwaliteit. In deze visie moet uitdrukkelijk rekening worden gehouden met factoren die de zorgvraag voorspellen. Denk daarbij aan de beschikbaarheid van bronnen (bijv. inkomen, mobiliteit en mantelzorg) en het (beter) benutten van restcapaciteiten van kwetsbare ouderen.
- De kwaliteit van de intramurale ouderenzorg kan worden verbeterd door het structureel ondersteunen van lokale multidisciplinaire academische werkplaatsen voor verzorgenden, verpleegkundigen, paramedici en artsen. In deze werkplaatsen (samenwerking tussen verpleeghuizen, hogeschool en universiteit) worden de oplossingen voor de problemen van de toekomst, in samenwerking met wetenschappers, bedacht, getoetst en geïmplementeerd door de professionals zelf! Deze aanpak is waarschijnlijk veel effectiever dan (dure) nationale programma's gericht op implementatie van kennis (voor zover die al beschikbaar is in de ouderenzorg) en is in ieder geval veel goedkoper. De positieve impact op kwaliteit van zorg en kwaliteit van leven van ouderen is evident.
- Meer handen aan het bed is beslist noodzakelijk in de intramurale ouderenzorg, maar de nadruk zou moeten liggen op het verhogen van de kwaliteit van ons verzorgend en verpleegkundig personeel! Zij verlenen de dagelijkse zorg aan kwetsbare ouderen en beïnvloeden direct hun kwaliteit van leven en kwaliteit van zorg. Verpleegkundigen moeten de weg terug vinden naar het verpleeghuis. Niet om (technische) taken over te nemen van artsen of om manager te worden, maar om ouderen te ondersteunen in hun basisbehoeften en omgang met functieverlies en problemen als pijn, psychisch lijden en sterven. En om daarbij een voorbeeldfunctie te vervullen voor ander verzorgend en verplegend personeel. Geïnvesteed moet worden in het opleiden van verzorgenden en verpleegkundigen en in het (her)opleiden van verzorgenden en verpleegkundigen die al jaren gepassioneerd in de intramurale ouderenzorg werkzaam zijn en hun een toekomstperspectief te bieden in deze uitdagende en zo belangrijke zorgsector.

Geef krachtige stimulans aan de ontwikkeling van (universitaire) specialistische zorg- en behandelcentra door het instellen van een extramuraal werkplaatsprogramma

Position-paper van Prof. dr. Raymond TCM Koopmans, hoogleraar ouderengeneeskunde, in het bijzonder de langdurige zorg, i.s.m. het Universitair Kennisnetwerk Ouderenzorg Nijmegen (www.uko-n.nl)

Inleiding

De ouderenzorg bevindt zich al jaren in een transformatiefase. Het overheidsbeleid erop gericht ouderen en chronisch zieken zo lang als mogelijk en verantwoord is, thuis te laten wonen. Het gevolg van deze vermaatschappelijking is dat intramurale zorgvoorzieningen zoveel als mogelijk bestemd wordt voor ouderen en chronisch zieken met een zeer intensieve, complexe zorgvraag, die elders niet adequaat geholpen kunnen worden. Dat betekent dat de traditionele verpleeghuizen zich gaan ontwikkelen tot meer specialistische zorg- en behandelcentra. Op regionaal niveau is een specialistisch zorg- en behandelcentrum voor alle doelgroepen en functies voorhanden, die op lokaal niveau niet kunnen worden opgevangen. Het aanbod van lokale zorgcentra en het aanbod van het regionale, specialistische zorg- en behandelcentrum zijn op elkaar afgestemd. Het specialistische zorg- en behandelcentrum ondersteunt, zowel in functies als in deskundigheid, de lokale zorgcentra en de eerstelijns. Idealiter zijn de lokale zorgcentra en het specialistische zorg- en behandelcentrum binnen een nader vast te stellen regio gezamenlijk verantwoordelijk voor het gehele continuüm van thuiszorg tot zeer intensieve en complexe chronische zorg en nemen deel in de zorgketen voor kortdurende behandelzorg (herstelzorg en geriatrische revalidatie) samen met een ziekenhuis.

Gevolgen

Hoewel bovengenoemde ontwikkeling al meerdere jaren aan de gang is, houden de deskundigheid en de kennis en competenties van de medewerkers in de intramurale zorg geen gelijke tred met de toenemende complexiteit van de doelgroepen die op intramurale zorg aangewezen zijn. Dit begint in toenemende mate te knellen. Hoewel het Nationaal Programma Ouderenzorg naar verwachting in een belangrijke verbetering van de ouderenzorg zal resulteren, is het *bijna niet* gericht op de intramurale ouderenzorg. Ook in het recente KNMG standpunt over de toekomst van de medische ouderenzorg, wordt in de samenvatting gesteld dat er een separaat advies zou moeten komen voor de verpleeghuiszorg. Ook voor de doorgaans in de intramurale ouderenzorg werkzame specialist ouderengeneeskunde (voorheen verpleeghuisarts) is het nodig dat er krachtig geïnvesteerd wordt in een verdere professionalisering en specialisatie. Tijdens een op 7 sept 2010 gehouden invitationale conference werden het sterker ontwikkelen van een medisch profiel en academisering van het vakgebied als belangrijke factoren gezien voor het verbeteren van de instroom in het specialisme. Het zich meer profileren als specialist en van daaruit zijn diensten ook inzetten in de eerstelijns, is de lijn die zowel de beroepsvereniging Verenso als de KNMG voorstaan. Dit kan overigens niet zonder taakdelegatie/verschuiving

Krachtige stimulans

De specialisatie, professionalisering en academisering van de intramurale (ouderen)zorg kan krachtig gestimuleerd worden door het instellen van een extramuraal werkplaatsprogramma. De RGO adviseerde dat al in 2000, maar tot op heden is dat niet gerealiseerd i.t.t. bijvoorbeeld in de sociale geneeskunde en de revalidatiegeneeskunde (via ZonMw). Voorstellen:

1. Stel een werkplaatsprogramma in voor de intramurale ouderenzorg.
2. Kies een structuur zoals in het NPO waarbij de reeds bestaande academische netwerken ouderenzorg rond de afdelingen verpleeghuisgeneeskunde/ouderengeneeskunde van de UMC's de leiding krijgen.
3. Het werkplaatsprogramma moet zich richten op (a) de ontwikkeling van modelmatige zorg voor specifieke doelgroepen, (b) de ontwikkeling van een lokale/regionale organisatiestructuur met een duidelijke plaats daarin voor het specialistische zorg- en behandel centrum (c) kennisontwikkeling door wetenschappelijk onderzoek voor de specialistische doelgroepen (revalidatie, mensen met dementie met veel probleemgedrag, palliatieve zorg, Huntington, niet aangeboren hersenletsel etc)

J. Lagaay

Notitie van Gooke Lagaay, voor rondetafelgesprek op 4 april 2011 in de tweede kamer.

Als internist-geriater heb ik dagelijks te maken met oude mensen die in het ziekenhuis terecht komen omdat zij vast lopen in de thuissituatie. De aanleiding van de opname is dan bijv. een urineweginfectie of bronchitis die op zich goed te behandelen is. Tijdens opname komt vaak de aap uit de mouw: de familie is helemaal moe en murw van alle zorg die zij moeten leveren en zij willen vader of moeder niet meer naar huis hebben. Bij navraag blijken de problemen al langer geleden te zijn ontstaan en geleidelijk te zijn toegenomen. Als er dan niemand aan de bel heeft getrokken bij de huisarts, is het ziekenhuis de opvangplek en de patiënt een zogenaamde "verkeerde bed patiënt", of, zoals we het tegenwoordig moeten noemen: een "ZVI = ziekenhuis vervallen indicatie".

Ik denk dat hier twee dingen aan ten grondslag liggen:

1. De aanname dat het voor oude mensen goed is om zo lang mogelijk zelfstandig te blijven wonen. Het gaat hier om het woord mogelijk, dat is een rekbaar begrip dat door niemand in de gaten wordt gehouden.
2. Huisartsen zouden een belangrijke rol kunnen spelen in het voorkomen van dit soort ziekenhuisopnames, door de 75 plussers in hun praktijk te screenen op tekenen van kwetsbaarheid. Deze werkwijze is ook aanbevolen in het KNMP standpunt "Sterke medische zorg voor kwetsbare ouderen.

Zelf heb ik samen met huisarts Jacobien van der Dussen in Rijsenhout een dergelijke screening in de praktijk gebracht. Gegevens van de zorgverzekeraar laten zien dat een dergelijke aanpak (vergeleken met een controle groep van huisarts praktijken die reguliere zorg leveren) iets meer geld per persoon kost in de eerste lijn (kosten praktijk verpleegkundige en meer consulten), maar ook dat de uiteindelijke kosten per patiënt afnemen doordat het aantal ziekenhuisopnames door "geriatrische" diagnoses lager zijn.

Als de regionale verpleeghuizen de ZVI patiënten sneller zouden kunnen plaatsen, zou dit al een deel van het probleem oplossen. Nu liggen mensen soms weken te wachten op een verpleeghuisplaats, terwijl we allemaal weten dat het ziekenhuis voor deze categorie patiënten gevaarlijk is en het bovendien veel geld kost.

Ik pleit dan ook voor:

- Nuanceren van het beleid dat mensen - koste wat het kost - zo lang mogelijk zelfstandig thuis moeten blijven wonen
- Zorgen voor beschikbaarheid van op moderne leest geschoeide woonvormen waar zorg indien nodig voorhanden is, bijv: geclusterde zelfstandige woningen of zorgappartementen.
- Zorgen voor voldoende verpleeghuisplaatsen
- Stimulering van screening van kwetsbare ouderen door huisarts
- Stimulering van daadwerkelijke samenwerking tussen huisarts, ziekenhuis en regionale verpleeghuizen.



Rondetafelgesprek intramurale ouderenzorg d.d. 4 april 2011

Position paper Alzheimer Nederland

Feiten en vooruitzichten

- Van ca. 235.000 mensen met dementie nu naar een half miljoen in 2050.
- Nu woont ca. 70% thuis van de mensen met dementie. Dit percentage zal waarschijnlijk toenemen.
- Personeelstekorten in de zorg; 82% van de mantelzorgers is overbelast of loopt risico daarop.

Het probleem

Nu:

- Misstanden halen regelmatig de pers en de Tweede Kamer.
- Probleem is structureler van aard. Het 'Branchebeeld Kwaliteit 2009' (dec. 2010) voor de sector verpleging, verzorging en zorg thuis constateert een brede neerwaartse trend in dementiezorg voor wat betreft professionaliteit en veiligheid van zorgverlening, bejegening, maaltijden, beschikbaarheid van personeel, mentaal welbevinden, wooncomfort, sfeer, veiligheid van de woonleefomgeving, lichamelijke verzorging, dagbesteding en participatie.
- Het branchebeeld wordt bevestigd door mantelzorgers die deelnemen aan de honderden panels van Alzheimer Nederland.

Toekomst:

- Kwaliteit verder onder druk door grotere zorgvraag (vergrijzing) enerzijds en personeelstekorten anderzijds. Dit tegen de achtergrond van stijgende zorguitgaven en -premies en de budgettaire wens deze stijgingen te beheersen.

De oplossing: wat is er nodig?

Alzheimer Nederland streeft ernaar dat voor 10% en niet 30% van alle mensen met dementie intramurale opname nodig is.

1. Beleid moet het zo lang mogelijk thuis blijven wonen beter ondersteunen (casemanagement, innovatie) in plaats van ondermijnen (overheveling AWBZ-functies naar gemeenten). De meeste mensen willen dit, en het draagt bij aan de lange termijn betaalbaarheid van de zorg. Zo komen ook meer mensen en middelen vrij voor verpleging en verzorging van mensen die niet langer thuis kunnen wonen.
2. Beschikbaarheid van waardige intramurale zorg voor wie niet meer thuis kan blijven wonen. Dit vereist:
 - a. Patiënten/-cliëntenrechten: empowerment van patiënten en hun naasten.
 - b. Keuzevrijheid en variatie in het zorgaanbod, waaronder aansluiting op leefstijl en cultuur.
 - c. Aandacht voor naasten en mantelzorgers.
3. Intramurale zorg meer richten op tijdelijke opnamen om (1) de belasting van de mantelzorg te verlichten (respijtopname) of (2) bij complexe problemen thuis om beter zicht te krijgen op de problemen en gerichte behandeling in te zetten. In beide gevallen wordt met de opname terugkeer naar huis nagestreefd. Resultaat is dat mensen met dementie per saldo langer thuis kunnen blijven wonen.

Y. Roos

verenso

specialisten in
ouderengeneeskunde

Verenso

werkt aan innovatie in de zorg

Doet u mee?



oktober 2010

Mercatorlaan 1200
3528 BL Utrecht

Postbus 20069
3502 LB Utrecht

T 030 28 23 481
F 030 28 23 494

info@verenso.nl
www.verenso.nl

Verenso, innovatie in de zorg voor ouderen

De rol van de specialist ouderengeneeskunde

Meer dan nu het geval is, zal de specialist ouderengeneeskunde een rol krijgen bij het uitstellen of voorkomen van opname in een verpleeg- of verzorgingshuis. Preventie voorkomt dure interventies, die nodig zijn om het gewenste herstel te bereiken. De specialist ouderengeneeskunde kan binnen de eerste lijn eerder en beter ingezet worden. Voorwaarde hiervoor is, dat de specialist zelfstandig moet kunnen werken. Hij moet kunnen samenwerken met de huisarts en de huisarts moet kunnen verwijzen naar de specialist ouderengeneeskunde. Financiering vanuit de ZVW is daartoe een voorwaarde. Daarnaast moet de specialist ouderengeneeskunde zelf kunnen contracteren met een zorgverzekeraar en afspraken kunnen maken over volume, prijs en preventieprogramma's.

De arts moet er zijn voor alle patiënten, ongeacht de setting

De arts moet zich ontwikkelen van 'instellingsarts' naar 'ouderenarts'. Dit heeft gevolgen voor het aantal patiënten dat een arts onder behandeling heeft. Daarvoor moeten de randvoorwaarden ook verbeteren, zoals meer praktijkondersteuners en verbetering van financiële randvoorwaarden. Het overhevelen van de financiering van de component 'behandeling' uit de AWBZ naar de ZVW maakt het mogelijk iedere patiënt te geven wat nodig is. Niet te veel en niet te weinig.

De Voorziening Ouderengeneeskunde

Voor Verenso is de Voorziening Ouderengeneeskunde een organisatievorm waarbinnen het specialisme ouderengeneeskunde op een goede manier tot ontwikkeling kan komen. Verenso ziet de Voorziening Ouderengeneeskunde als een organisatorische eenheid, zowel binnen het verpleeghuis als daarbuiten, waar de specialisten ouderengeneeskunde samen met gespecialiseerde verpleegkundigen, nurse practitioners en doktersassistentes de medische zorg voor ouderen regisseren, aansturen en uitvoeren. Communicatie met andere hulpverleners verloopt zo efficiënt. Vanuit deze voorziening kan de patiënt krijgen wat nodig is, kunnen preventieprogramma's ontwikkeld en aangeboden worden en wordt de kwaliteit van zorg bewaakt.

Samenwerking leidt tot een betere inzet van mensen en middelen

De driehoek specialist ouderengeneeskunde, huisarts en klinisch geriater is cruciaal voor een op maat toegesneden zorg. Voor deze samenwerking staan nu nog teveel financieringsschotten in de weg. Consulten en het mede behandelen door verschillende artsen moeten uit dezelfde bron gefinancierd worden.

De opleiding moet duidelijker worden gepositioneerd

Medisch studenten moeten al vroeg in de opleiding kennismaken met ouderengeneeskunde. Dit kan bereikt worden door een verplicht (geïntegreerd) coschap ouderengeneeskunde in de initiële opleiding met een deel in het verpleeghuis en in het ziekenhuis. Met name de complexe problematiek bij ouderengeneeskunde zal artsen aantrekken die willen excelleren in het vakgebied. Ouderengeneeskunde kan uitdagend en complex zijn, is ook zorg gericht op herstel en biedt mogelijkheden voor artsen om zich te ontplooien. Criteria voor de toegang tot de (vervolg)opleiding behoeven aanscherping en meer samenhang met de huisartsenopleiding en de klinische praktijk is gewenst. Het specialisme ouderengeneeskunde vormt samen met huisartsgeneeskunde een cluster. Het zou mogelijk moeten zijn om delen van de opleiding samen te voegen. Ook moeten de mogelijkheden voor zij-instromers aantrekkelijker worden. Daarnaast moet het vak in de vervolgopleiding verder professionaliseren. Tot slot is het verbeteren van de arbeidsomstandigheden belangrijk. Denk aan een goede beloning en het bieden van carrièremogelijkheden en diversiteit.

Kwaliteit

Wetenschappelijk onderzoek is nodig om specifiek op ouderen gerichte behandeling en medicatie te verbeteren. Er wordt te veel geleund op expertise ontleend aan de behandeling van jongere leeftijdsgroepen. Co-morbiditeit, multi-pathologie en het gelijktijdig gebruik van verschillende medicijnen vragen om meer wetenschappelijk onderzoek.

Verarmde omgeving, passiviteit en onderbehandelde pijn kenmerkt verpleeghuizen

Erik Scherder

Uit verschillende *epidemiologische* studies komt naar voren dat er een positieve relatie bestaat tussen verrijkte omgeving, waaronder lichamelijke activiteit en het cognitief functioneren. Dat wil zeggen dat mensen die leven in een verrijkte omgeving, i.e. een omgeving die de zintuigen op verschillende manieren stimuleren (bewegen, licht, geluid), ook cognitief het beste functioneren. Epidemiologische studies tonen echter geen *causale* relatie aan. Een causale relatie wordt wel aangetoond in interventiestudies waarin niet-actieve ouderen dagelijks aan een loopprogramma mee doen. Uit deze studies komt naar voren dat bij voorbeeld lopen een positief effect kan hebben op het cognitief functioneren van ouderen zonder dementie en van ouderen in een vroeg stadium van dementie. Tegenover een verrijkte omgeving staat verarmde omgeving. Uit de literatuur blijkt dat een verarmde omgeving uiterst schadelijk is voor het functioneren van een persoon. Vooral een verslechtering van de uitvoerende functies (executieve functies) resulteert in apathie, agitatie en een gebrek aan motivatie. Agitatie kan ook het gevolg zijn van onbehandelde pijn/discomfort, een veel voorkomende situatie in het verpleeghuis. Een nieuw inzicht is dat agitatie niet benaderd moet worden middels inactivatie (verarming), maar door een *toename* in lichamelijke activiteit. Bij mensen met een cognitieve beperking, e.g. dementie, heeft een bewegingsprogramma een positief effect op bijv. agitatie, nachtelijke onrust, en sociaal gedrag.

De verarmde omgeving van het verpleeghuis

Recente internationale studies tonen duidelijk aan dat als men wordt opgenomen in het verzorging/verpleeghuis het niveau van lichamelijke activiteit indrukwekkend afneemt en gedurende het verblijf nooit meer terug komt op het niveau van vóór de opname. In het algemeen nodigt de verpleeghuisomgeving uit tot passiviteit, zitten blijven door de dag heen, reeds om 3 of 6 uur in de middag al weer naar bed gebracht worden, pyamadagen (dus helemaal niet meer uit bed komen), niet meer zelf kauwen op voedsel (ook een behoorlijke lichamelijke activiteit!) maar gemalen voedsel aangeboden krijgen zoals vla en pap. Bij enige vorm van agitatie, onrust, agressiviteit komt daar nog de sederende medicatie bij waardoor de resterende activiteit en motivatie van de persoon nog verder afneemt en zelfs volledig gaat ontbreken. Deze gang van zaken versterkt het dementieel proces en de daarmee gepaard gaande cognitieve en gedragsstoornissen! Schrijnend is dat het invoeren van het zorgzwaartepakket dit beleid verder versterkt. Namelijk, hoe eerder de bewoner bedlegerig wordt, hoe hoger de financiële vergoeding! Er ontbreekt dus iedere financiële prikkel om de bewoner die het verzorging/verpleeghuis binnenkomt, actief te houden. De financiering van de zorg zal volledig gereorganiseerd moeten worden.

Pijn is één van de meest onderbehandelde symptomen bij verpleeghuisbewoners

Naarmate de leeftijd toeneemt, neemt ook de kans toe dat men gaat lijden aan aandoeningen die pijn veroorzaken toe, zoals stoornissen aan het bewegingsapparaat en kwaadaardige ziekten. Pijn bij ouderen kan inactiviteit/passiviteit veroorzaken maar ook onrust/bewegingsdrang. Zodra echter het ouder worden gepaard gaat met een dementie, wordt de inactiviteit/passiviteit of onrust/bewegingsdrang veel eerder gezien als een onderdeel van de dementie dan als een gevolg van pijn/discomfort. Hierdoor wordt wereldwijd pijn bij dementie onvoldoende vastgesteld en derhalve ook onvoldoende behandeld. Dit betekent met het toenemend aantal ouderen met een dementie, dat er een toenemend aantal ouderen met een dementie zal zijn die aan pijn lijden waarvoor zij niet worden behandeld. Pijndiagnostiek zou een vast onderdeel moeten worden van de dagelijkse zorg in het verpleeghuis; dat is nu niet het geval.