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, wiezorgterstraksvoormij.nl
- Adriaan Koenen, Herbergier Arnhem
- 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

A. Koenen

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.

Adriaan Koenen
Zorgondernemer Herbergier Arnhem

E. Merkies

30 maart 2011 Esther Merkies

Ouderen**zorg**?

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 ín 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 mág u uberhaupt 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 categorieen. 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 zíjn 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 níet 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!

Yolanda Mooij

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 waneer 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 overheidscampagne, 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.

A. Tijmense

Atlant
ZORGGROEP

Geachte heer/ mevrouw,

Om te beginnen wil ik mij voorstellen. Ik ben Anja Tijmense 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

HP/DE TIJD UNDERCOVER

Dagboek van een bejaardenbroeder

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 wast er straks uw billen? Deel 1 van een tweeluik over mensonterende toestanden in de ouderenzorg. 'Ik wil naar huis.'

door Ivo van Woerden, illustraties Wouter Tulp

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 tuinbank op de grond vallen. Ik werk deze avond in Het Kompas, een gesloten afdeling voor psychogeriatrie van verpleeghuis Pniël, dat weer onderdeel is van de Rotterdamse zorgaanbieder Zorggroep Rijnmond. "Au-au-auw," galmt 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 pinken 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 tillen we hem met z'n vieren op en zetten hem in een stoel.

Meneer Deelstra is vaker onrustig. Hij zit graag op het tuinbankje 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 gediend zijn.

De val van meneer Deelstra is het sluitstuk van een chaotische avonddienst. Al bij mijn binnenkomst beende een anders vrij rustige mevrouw onafgebroken over de afdeling alsof haar laatste trein ieder moment zou vertrekken. Haar onrust 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 doordat het haar lukte om het tafelblad dat haar op haar plek moest houden eigenhandig te verwijderen. Vanavond hadden vrijwel alle bewoners heel volle inco's (incontinentieluiers), soms zo vol dat hun kleding er nat en vies door was geworden. Bij het verschonen trof een collega de dure parelketting van de ene bewoner in de volgepoepte luier van een andere bewoner aan.

Nadat een collega insuline had gespoten bij een bewoner, prikte ze per ongeluk met de naald in haar vinger. Daarvoor moet een formulier worden ingevuld, net als voor de valpartij die op het nippertje werd voorkomen en de andere waarbij dat helaas niet was gelukt.

Zelf werd ik, toen ik een toiletdeur opendeed, verrast door een wc-pot, wasbak, muur en invalidesteunen die waren volgesmeerd met ontlasting.

Allemaal 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 gediplomeerd en moet nu op stel en sprong een verantwoordelijke dienst draaien omdat er veel zieken zijn en er niemand anders kon komen. Baukelien staat haar bij, en ik, een onervaren flexwerker, ben de laatste kracht waarmee ze vanavond 31 bewoners moet voeden, verschonen, omkleden en naar bed brengen. Tot voor kort hield keukenhulp 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, zodat je je niet te veel illusies maakt," zegt Jessica van het flexbureau van Zorggroep Rijnmond. Het is half juli en ik ben op sollicitatiegesprek. Mijn e-mail met cv en de uitleg 'verpleegkundige, drie jaar uit de zorg geweest, wil weer beginnen en heeft werkervaring in ziekenhuizen en verpleeghuizen' was genoeg om binnen een paar dagen langs te mogen komen op het kantoor in verpleeghuis De Burcht, gelegen in de Rotterdamse Prins Alexanderpolder.

Jessica wil een eerlijk beeld schetsen van het werk. "Ik hoop gewoon niet dat het een desillusie wordt," zegt ze. Ze wil me aannemen als verzorgende om de gaten in het rooster in te vullen bij de tien Rotterdamse tehuizen van Zorggroep Rijnmond. Ik hoef er niet over in te zitten dat er te weinig werk is. "We kunnen 1200 dienstaanvragen 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 gesprek, 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 geval ter plekke per bewoner geïnstrueerd? "De locaties verwachten van flexwerkers ▸

Maandag 12 juli
Mevrouw Gemert, die 's ochtends nog met haar dunne armpjes op mijn rug roffelde omdat ik haar bedhek aanraakte en daarmee onbedoeld een fobie voor vallen bleek aan te wakkeren, is nu poeslief. Bij het toilet doen we haar panty naar beneden. Ik ruik poep.
"Vang jij de inco op," zegt collega Noëlle. "Maar wees voorzichtig."
De luier loopt over van de diarree. Ik weet hem behendig op te vangen, maar krijg toch een kledder op mijn hand. De poep laat een streep achter. Ik was mijn handen met zeep en tandpasta om de geur te verdrijven.

Ivo van Woerden, verpleegkundige en journalist

Dinsdag 13 juli
Collega Margreet probeert meneer Le Herbre te eten te geven. Hij is vroeger haar kinderarts geweest, nu zijn de rollen omgedraaid. "Hij was een heel lieve dokter," zegt ze. Maar sinds hij dementeert, uit hij vaak zijn onmacht in agressie. Zijn ogen spuwen vuur als hij vanuit zijn onderbuik "Donder op!" tegen haar schreeuwt.
"Nee," zegt ze rustig. "Pas als u iets gegeten heeft." Hij pakt haar onderarm, zet kracht en draait beide handen een andere kant op: prikkeldraad. "Daar ben ik niet van onder de indruk, meneer," zegt Margreet. "Eerst eten, dan pas ga ik weg." Hij begint te schreeuwen, buit zijn vuist en slaat haar een aantal keer op haar bovenarm.
"Wat denkt u dat de Heer daarvan vindt?" reageert Margreet. "Zo komt u niet in de hemel, hoor."
Hij slaat nog een paar keer.
"Slaat u uw vrouw ook zo?" zegt ze. "Dat vindt de Heer niet goed."
Dan geeft hij eindelijk op, opent zijn mond en neemt een hap.

Zondag 18 juli
"Als mensen hier ontsnappen, gaan ze altijd naar een bushalte," 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.
"Weet je", fluistert ze. "Als ik zelf oud word, wil ik op een plek die goed voor me is. Met tijd en aandacht."
"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 opfriscursus 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 aangenomen. "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: "Goedemorgen. Je referentie was goed. We willen graag met je verder." Vijf minuten later heb ik zeven diensten afgesproken.

Keukenhulp Daphne zit met betraande 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. En 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 gedekte tafel zitten, zodat ze zelf uit het 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 keuken, die de huiskamers van de afdeling verbindt, druk brood wordt gesmeerd. Inderdaad staan er stapels borden 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."

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

Ger Bloemkijk

Waarom undercover?

HP/De Tijd benaderde in eerste instantie verscheidene 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.
Dns verzoek werd soms welwillend aangehoord. Er bleek vaak iets te regelen, maar dan wel zo dat we óf niet in de instelling van onze keuze konden meelopen, óf niet op de door onszelf 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 uurtje sociaal wenselijke antwoorden had gegeven op vragen als "Wat is leidinggeven voor jou?", per direct coördinerend verpleegkundige worden in de thuiszorg, inclusief een volledig 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 Rijnmondvlag, 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.

Donderdag 22 juli

"Betonwerkers!! Ik ben een mens, hoor!" schreeuwt mevrouw De Bie als collega Ank een pleister van haar stuitje trekt. Ze gilt het uit van de pijn. Ank gaat onverschrokken door. Ze maakt alles schoon en verbindt het wondje. De vrouw moet een paar keer van de ene op de andere zij draaien zodat we de nieuwe luier goed kunnen bevestigen, en ook om het schone laken op zijn plek te krijgen. "Betonwerkers!" blijft mevrouw De Bie maar schreeuwen. "Au, mijn ribben! Mijn hart!"

Ik vraag aan Ank of ze gekneusde ribben heeft. Ze zegt niets.

Als mevrouw De Bie eenmaal goed ligt, geeft Ank de medicatie die klaar stond aan. "O," zegt ze opeens geschrokken terwijl ze een medicyncupje met vloeistof bekijkt. "Dit is morfine."

"Die had ze voor de verzorging moeten hebben?" vraag ik.

"Eh... ja," is het antwoord.

Er wordt veel gepraat op de afdeling. In de pauzes en ook tijdens de verzorging gaat het bijvoorbeeld over wat er de vorige avond op televisie was en over naderende vakanties, maar het valt op dat er iedere dag, ongeacht de locatie, hetzelfde onderwerp terugkeert: hoe zwaar het werk is en dat het vroeger beter was.

Zo heeft collega Jitske besloten om binnenkort 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. Ze vonden het heerlijk om in bad te gaan. Nu staat het te verstoffen omdat we geen tijd meer hebben om de mensen in bad te doen."

Collega Bianca, die tegen de zestig is, vertelt: "Vroeger kon je nog echt voor iemand zorgen. Het is zo veranderd dat ik er ziek van ben geworden. Nu ga ik toch maar door, tot ik met pensioen kan."

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

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

In de twee zomermaanden dat ik bij Zorggroep Rijnmond werk, word ik ingezet 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 woonvorm en gezondheidstoestand van de bewoners. Ik heb bij elkaar meer dan 140 bewoners gezien, variërend van lichamelijk ziek of lichtelijk in de war tot mensen die al zwaar dement zijn.

Het uiterlijk van de instellingen verschilt enorm. De Oranjehof is bijvoorbeeld gloednieuw en heeft ruime gangen en brede deuren, maar de muren zijn er kaal. En overal ligt geel of oranje linoleum op de vloer. De Koningshof is al heel oud, heeft lage plafonds en een sobere inrichting. Maar de kamers zijn veel persoonlijker 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 aardappeleters* van Van Gogh.

De afdeling in Siloam waar ik terechtkom, heeft de uitstraling van een goedkope jeugdherberg: uitgewoond met krappe doorgangen. Bij de diensten die ik daar draai, tref ik de grootste chaos aan: onduidelijkheid over wie waar moet werken, over wie welke sleutelbos uit een kast mag halen en achterhaalde werkinstructies.

Een ding hebben de instellingen gemeen: 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 ieder mens is een sprookje door Gods hand geschreven" en "Men mag geen dag verspillen."

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

Het verpleeghuis waar ik het vaakst word ingezet, is Pniël in de wijk Kralingen. Pniel 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 bewoners is gegaan, als dat tenminste is opgeschreven. Ook krijgen we bijzonderheden meegedeeld en passeren de namen van bewoners die al meer dan drie dagen geen ontlasting hebben gehad en in aanmerking komen voor een klysma. Na deze 'overdracht' moet je met z'n vijven 31 mensen uit bed halen, zes per persoon. Nooit heb ik tijd om de mappen met de achtergronden 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 de bewoner in kwestie gewoonlijk wordt gewassen ('volledig op bed' of 'onderkant op bed, de rest aan de wastafel'). Soms volgt er een tip: "Pas op, ze schreeuwt en knijpt, maar dat ligt niet aan jou, dat doet ze bij iedereen."

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

Als ik dat heb gedaan, is het tijd om de bewoner wakker te maken door de dekens terug te slaan. Soms tref ik dan een schrikbarend grote, naar poep en pies stinkende natte plek aan.

Vrijwel iedere bewoner heeft een andere 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.

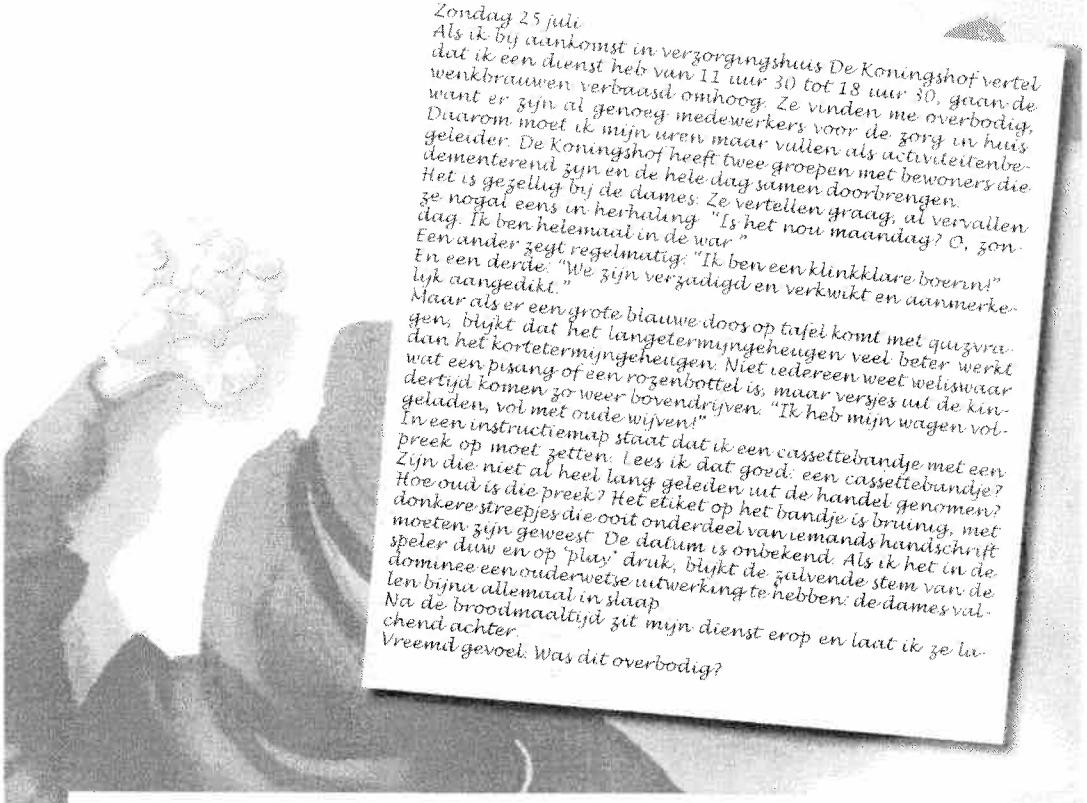
Tijdens het wassen inspecteer ik de huid op kwetsbare, kapotte en soms beschimmelde plekken. Mocht ik die aantreffen, dan is er zalf of een verbandje nodig.

Als iemand is gewassen, gaat er een natte kam door het haar en zoek ik het kunstgebit, dat soms onder het bed is gevallen. 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 middageten. Bij de 'laatkomers', zoals de laatst geholpen bewoners worden genoemd, staat het ontbijt dan soms nog voor de neus. Die boterhammen worden weggehaald 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 bliksem'. Mevrouw De Kloet heeft voortdurend haar ogen dicht en is niet aanspreekbaar. Als er een lepel met eten bij haar mond komt, doet ze heel soms haar lippen een klein beetje open. Na drie kwartier heb ik zowaar een half bordje eten naar binnen weten te krijgen. Dat geluk treft 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 getakeld om zich te ontlasten.

Om half drie 's middags komt de avonddienst 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 wenkbrauwen verbaasd omhoog. Ze vinden me overbodig, want er zijn al genoeg medewerkers voor de zorg in huis. Daarom moet ik mijn uren maar vullen als activiteitenbegeleider. De Koningshof heeft twee groepen met bewoners die dementerend 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, zondag. Ik ben helemaal in de war."
Een ander zegt regelmatig: "Ik ben een klinkklare boerin!" En een derde: "We zijn verzadigd en verkwikt en aanmerkelijk aangedikt."
Maar als er een grote blauwe doos op tafel komt met quizvragen, blijkt dat het langetermijngeheugen veel beter werkt dan het kortetermijngeheugen. Niet iedereen weet weliswaar wat een pisang of een rozenbottel is, maar versjes uit de kindertijd komen zo weer bovendrijven. "Ik heb mijn wagen vol geladen, vol met oude wijven!"
In een instructiemap staat dat ik een cassettebandje met een preek op moet zetten. Lees ik dat goed: een cassettebandje? Zijn die niet al heel lang geleden uit de handel genomen? Hoe oud is die preek? Het etiket op het bandje is bruinig, met donkere streepjes die ooit onderdeel van iemands handschrift moeten zijn geweest. De datum is onbekend. Als ik het in de speler duw en op 'play' druk, blijkt de zalvende stem van de dominee een ouderwetse uitwerking te hebben: de dames vallen bijna allemaal in slaap.
Na de broodmaaltijd zit mijn dienst erop en laat ik ze luchend achter.
Vreemd gevoel. Was dit overbodig?

Zijn de kabinetsplannen haalbaar?

Bij de presentatie van het nieuwe regeer- en gedoogakkoord zei PVV-leider Geert Wilders dat er structureel bijna 1 miljard euro extra voor de zorg voor ouderen bij zou komen. "Dat zijn maar liefst 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.
Juist op deze groep bezuinigt de regering: dertigplussers die een mbo-opleiding volgen moeten die voortaan zelf betalen. De MBO 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 beloofde 12.000 extra medewerkers bestemd zijn voor de dagelijkse zorg voor ouderen én gehandicapten. De extra medewerkers moeten blijkbaar nog worden verdeeld.
Woordvoerder Monique Roedoe 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 regeringsvoornemen: er komt een Zorginstellingen Beginselenwet, 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 overheidsbeslissingen over de zorg altijd door. Aan de beloften in die Beginselenwet zijn ze nog niet begonnen. Woordvoerder Natasja Wijnbeek: "Mensen hebben nu ook recht op goede zorg. Daar hoort hulp bij douchen en dagelijks luchten al bij."
De voornemens in de Beginselenwet zouden dus al praktijk moeten zijn. Wijnbeek: "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 voordelig om de rapportage in de computer te hebben, maar in de praktijk blijkt het moeilijk 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 inlogcode. In het begin draag ik mijn rapportages dan ook over aan een collega. Later kan ik (in ieder geval in Priël) onder de algemene inlogcode van stagiaires opschrijven wat me die dag is opgevallen. 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 inlogcode 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 medicatie. 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 nachtgoed aan, want dat scheelt tijd. De luier wordt verschoond, en sommige bewoners moeten een plukpak aan, een hansop met de rits op de rug, zodat ze niet aan hun plakkerige en daardoor jeukende luier kunnen trekken. De tanden of gebitten worden gepoetst, 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 omgekleed, 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 begeleidster die iets doet met de demente bejaarden, bijvoorbeeld naar een film kijken. Soms ook worden er ook andere activiteiten georganiseerd, zoals een zangmiddag.

Tijdens al mijn diensten komt het er maar één keer van dat we zelf iets leuks met de bewoners gaan doen. Nou ja, bijna dan. Collega Richard vertelt me op een dag dat we, doordat ik voor de lunch al wat mensen heb laten plassen, zo voor liggen op het schema dat we die middag met één of twee bewoners een rondje door de tuinen van het tehuis kunnen gaan lopen. Maar als het moment daar is, blijkt de schoot van een bewoonster zo vervuild 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 thuiskomst 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 huilende baby tijdens een vliegreis 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 'Haaaa!' 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 tot een race tegen de klok maakt. Waarbij 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 klapzoen geeft en "Dank! Je! Wel!" uitbrengt. Dat zou genoeg moeten zijn om een hele dienst op te kunnen teren.

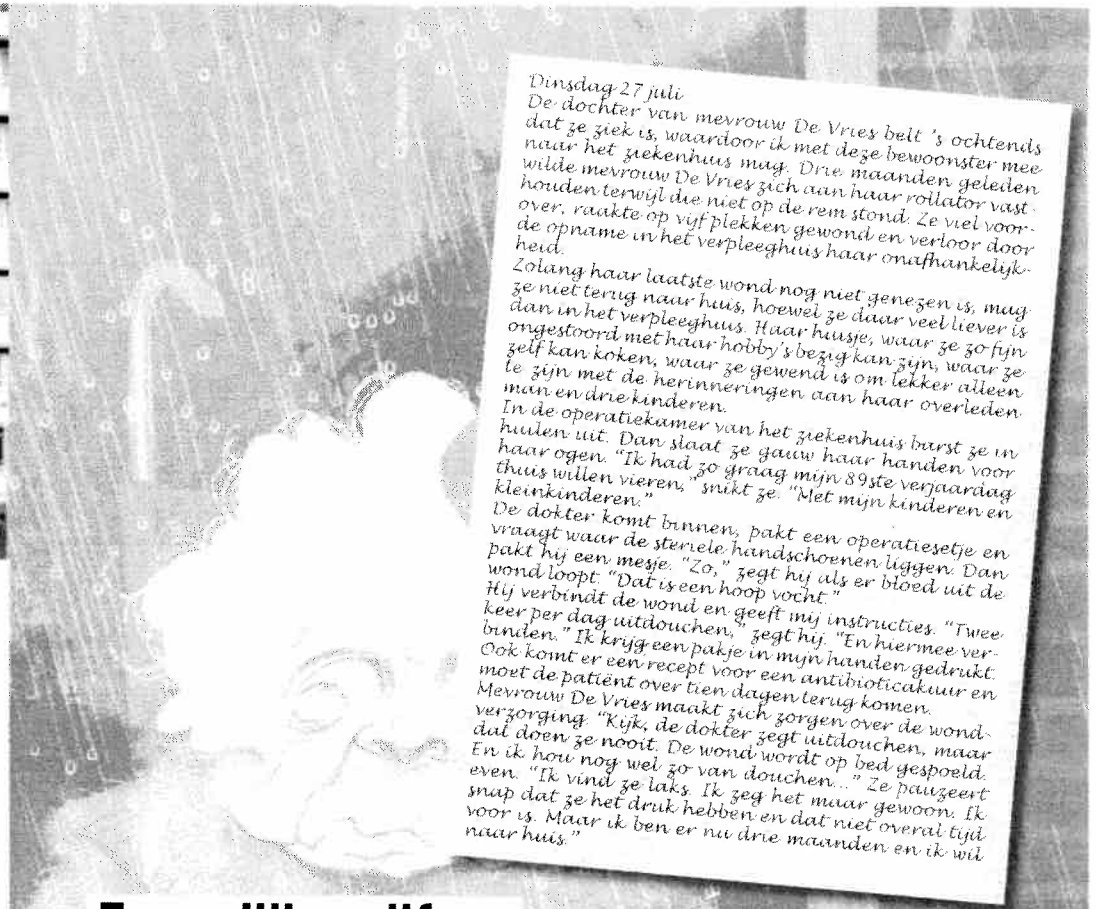
Maar ik moet zeggen dat dat gevoel snel vervaagt bij het besef dat, als we op deze manier doorgaan, er straks niemand meer is die nog met goed fatsoen "Graag gedaan" kan terugzeggen. |

**De namen van bewoners en werknemers zijn om privacyredenen gefingeerd.*

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

Rijnmond reageert

Directeur Aria Kars van Zorggroep Rijnmond laat na lezing van de reportage weten dat 'de beschrijving van uw ervaringen is realistisch' is, maar 'een eenzijdig en negatief beeld schetst'. "U zoomt in op zaken die niet goed gaan of waarover medewerkers ontevreden zijn. Er zijn zoveel positieve gebeurtenissen die een ander beeld opleveren."
De undercoverwerkwijze was volgens Kars niet nodig geweest. Maar hij belooft onze bevindingen niet naast zich neer te leggen. "We zullen uw beschrijvingen benutten voor een diepgaande analyse en wanneer nodig maatregelen nemen."



Dinsdag 27 juli
De dochter van mevrouw De Vries belt 's ochtends dat ze ziek is, waardoor ik met deze bewoonster mee naar het ziekenhuis mag. Drie maanden geleden wilde mevrouw De Vries zich aan haar rollator vasthouden terwijl die niet op de rem stond. Ze viel voorover, 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 huisje, 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 huilen uit. Dan slaat ze gauw haar handen voor haar ogen. "Ik had zo graag mijn 89ste verjaardag thuis willen vieren," snikt ze. "Met mijn kinderen en kleinkinderen."
De dokter komt binnen, pakt een operatieset je en vraagt waar de steriele handschoenen 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 hiermee verbinden." Ik krijg een pakje in mijn handen gedrukt. Ook komt er een recept voor een antibioticakuur en moet de patiënt over tien dagen terug komen.
Mevrouw De Vries maakt zich zorgen over de wondverzorging. "Kijk, de dokter zegt uitdouchen, maar dat doen ze nooit. De wond wordt op bed gespoeld. En ik hou nog wel zo van douchen..." Ze pauzeert even. "Ik vind ze laks. Ik zeg het maar gewoon. Ik snap dat ze het druk hebben en dat niet overal tijd 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 het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ). In 2009 werden bijna een miljoen positieve indicaties afgegeven voor ongeveer 660.000 mensen, van wie twee derde 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 dementerenden 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 vierduizend ondervraagden zegt te weinig tijd voor het werk te hebben. Gemiddeld gaat 36 procent van de werktijd in de ouderenzorg heen met administratie.
- Er wonen 158.000 ouderen in verzorgings- en verpleeghuizen volgens het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP). De tehuisbevolking 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 tehuisopname is doorgaans een gezondheidsreden.
- Volgens het SCP zijn er over twintig jaar 540.000 mensen in de zorg nodig, een toename van 140.000. Van het huidige personeelstekort, dat volgens betrokkenen gigantisch is, zijn geen exacte cijfers bekend.

Dagboek van een bejaardenbroeder-2

'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.' | *door Ivo van Woerden, illustraties Wouter Tulp / ComicHouse*

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 toegevoegd krijgen, 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 kleinschaliger zorg of de opstart daarvan met zich meebrengen, zoals bijscholingskosten en het inschakelen van een tijdelijk 'verandermanagement'.

LEVI MUSKIETEN

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

'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 dolblij dat ze er is, want het scheelt me veel tijd bij het zoeken naar allerlei spullen. "Gisteren was er ook al iemand voor het eerst die niets kon vinden," zegt ze. "Helemaal alleen, dat is toch onverantwoord."

Vanavond werk ik in de Oranjehof, een gloednieuw gebouw in Rotterdam-Zuid. Ik draai mijn allereerste avonddienst in deze instelling voor kleinschalig wonen, een populaire woonvorm die de zorg voor demente 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 kookt met ze, doet samen de was, helpt ze terloops 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 Oranjehof met z'n tweeën werkt, zodat er altijd iemand een oogje in het zeil kan houden. Kleinschalig wonen leek een verademing na de andere tehuizen.

Maar bij binnenkomst hoor ik dat ik me alleen moet zien te redden met een groep van negen zwaar demente bejaarden. 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 avondeten geven, een aantal bewoners douchen en er zoveel mogelijk naar bed brengen voor mijn dienst erop zit.

Lynne*, een tengere collega die de taal van de straat beheerst, heeft dagdienst gehad en geeft me voor ze vertrekt nog een korte instructie. "Het gaat allemaal goedkomen, schat. 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 kleding 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 til-lift op de gang aan die ik voor een van de bewoners moet gebruiken en geeft nog wat extra tips. "Die mevrouw daar moet je tussendoor veel naar het toilet brengen, anders dan denk je straks ineens: hè, sta ik nu in een hondendrol? 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 weleens 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 waslijst met telefoonnummers. Mocht ik de onrustige vrouw toch willen vastbinden, dan moet ik eerst bellen naar Slingendael, 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 vertrouwt me bij vertrek nog een allerlaatste tip toe: "Gewoon hulp vragen bij Nel op de andere afdeling. Eerlijk zeggen dat je het niet weet. Het gaat goed komen, schatje."

'Kleinschalig wonen' is het toverwoord in de zorg voor dementerenden. Toenmalig staatssecretaris Jet Bussemaker 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 zorgzwaartepakket 4 (zie kader 'Zorg in soorten & 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 verantwoordde, roemde ze de 'rustige, huiselijke sfeer' die de bewoners wordt geboden. In deze woonvorm zouden de dementerenden 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 vereenzaming 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 belevingswereld van de dementerende. En de zorgverlener ten slotte had bij deze woonvorm meer de rol van manusje van alles: het huishouden doen, helpen bij wassen 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 Oranjehof 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 personele bezetting. Van Lynne hoor ik dat er aanvankelijk twee medewerkers waren op negen bewoners. Dat werd teruggebracht tot anderhalf: één medewerker moest de aandacht verdelen over twee afdelingen. Maar ook die 'halve' medewerker werd wegbezuinigd, zodat ik nu als nieuwbakken flexwerker helemaal in m'n uppie verantwoordelijk ben voor het welzijn van negen dementerenden.

Ik krijg gelukkig wel wat assistentie. Nel van de buurafdeling komt helpen bij bewoners die door twee mensen naar bed moeten worden gebracht. En ook het avondhoofd van Slingendael 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 wanhoop nabij ben. Daar ging dan ook wel het een en ander aan vooraf.

Drie dames liepen onophoudelijk rond. Ze murmelden voor zich uit en pakten alles wat los stond vast om het even verderop een nieuw plekje te geven. Een meneer stootte iedere tien seconden 'Ho!' uit. De godganse 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 aan 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 lukte me niet haar te kalmeren. 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 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, hoeft 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 jammeren. Ik pak troostend haar hand en merk dat ik niet alleen haar huid voel. Ze heeft in haar hier gegraaid en zit onder de poep. En dus moet ze wéér onder de douche, worden aangekleed en naar bed gebracht.

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

Zaterdag 17 juli
Vandaag breng ik samen met collega Lena, 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 mensen die in de zorg werken, zich in de bewoners kunnen inleven. "Hij was eerst heel moeilijk, maar bij mij is het ijs gebroken", zegt Lena. "Hij had allemaal foto's op zijn kamer hangen met een man erop. Ik zei: bent u dat? Maar het was Elvis. Ik weet niet wie dat is, want ik heb geen televisie. Hij moest ineens zo hard lachen dat hij niet meer bijkwam."

"Ja, dat doet ze altijd, joh. Die ziet overal kruimeltjes en die wil ze opvegen."

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

Als ik zeg dat ik niet weet of iedereen goed ligt, zegt ze: "Ik loop zo wel een rondje om te kijken. Als ze allemaal maar liggen en hun pillen hebben gehad. 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 gekookt 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 samenzijn, 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, allebei 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 gegooid. Samen de was doen? Collega Wieteke vertelt dat de was tegenwoordig, net als in de reguliere instellingen, weer wordt uitbesteed. "We stonden 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 opgeschept. 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 verholpen." 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 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."

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

Ze mag haar borst vast nat maken. Arie Kars, directeur van Zorggroep Rijnmond, zegt in een reactie dat het kleinschaligwonenconcept langzaam zal worden 'uitgerold' naar andere locaties. "Het tempo waarin dat gebeurt, alsook de vorm en de voorwaarden waaronder, wordt sterk beïnvloed door personele, financiële en infrastructurele randvoorwaarden." Kars legt bovendien uit hoe het mogelijk is dat het ene tehuis slechts één medewerker op negen bewoners kan inzette en het andere 'anderhalf' of misschien wel twee. De 'infrastructuur van de locatie' heeft daar namelijk invloed op, net als de samenstelling van de bewonersgroep en het soort zorg dat ze nodig hebben.

"We zeggen weleens oneerbiedig dat je nog beter kanker kunt hebben dan dement worden," zegt teamleidster Annabel. "Dan wordt er tenminste voor je gezorgd. Je kunt bij dementerenden 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 kantoortje van Annabel. Ik mag een dag met haar meelopen, omdat men mij wel ziet zitten als toekomstig 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 meeloopt, krijg ik meer inzicht in de ingewikkelde manier waarop de zorg is georganiseerd. Per 1 januari is in heel Nederland een nieuw bekostigingssysteem 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 'zorgzwaartepakketten' (zzp's) ingevoerd, zodat er meer wordt gedacht vanuit de zorg die nodig is in plaats van die 'toevallig' voorhanden is. In de sector Verpleging en Verzorging wordt gewerkt met tien genummerde zzp's. Hoe hoger het cijfer van het pakket dat iemand krijgt toegekend, 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 zzp aan gekoppeld, en daarmee een vast bedrag per dag. Bij de Zorggroep Rijnmond zijn de tien zzp's op hun beurt gekoppeld aan vijftien verschillende 'zorgarrangementen'. Voor dementerenden met de zorgzwaartepakketten 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 zorgzwaartepakketten werden ingevoerd," zegt Annabel. "Eerst kreeg een dementerende gemiddeld een bedrag dat nu overeen zou komen met zzp hij intensieve zorg en begeleiding. Hij is grotendeels afhankelijk van de zorg, die deels groepsgewijs kan worden gegeven. Onder de verschillende behandelaars is een specialist ouderengeneeskunde. Hiervoor staat een bedrag van €1116,22 per week, waarvoor verdeeld over de week inclusief dagbesteding 16,5 tot 20 uur aan zorg kan worden ingezet. Bij Zorggroep Rijnmond 'koop' je met zzp 5 een van de volgende zorgarrangementen: 'beschermd wonen psychogeriatrie', 'beschermd kleinschalig wonen psychogeriatrie', en 'beschermd wonen Korsakov'.

Bij zzp 7, 'beschermd 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 redzaamheid, algemeen dagelijkse levensverrichtingen (zoals wassen, aankleden en eten), verpleging, gedrags- en mogelijk psychiatrische problematiek. Ook hier komt onder meer een specialist ouderengeneeskunde aan te pas. Voor dit pakket staat €1332,31, 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 zzp 7.

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

ILKY RIJKHOFFER

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 vergrijzing. 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 verstrekking van een nieuwe indicatie nog zes weken.

Donderdag 12 augustus

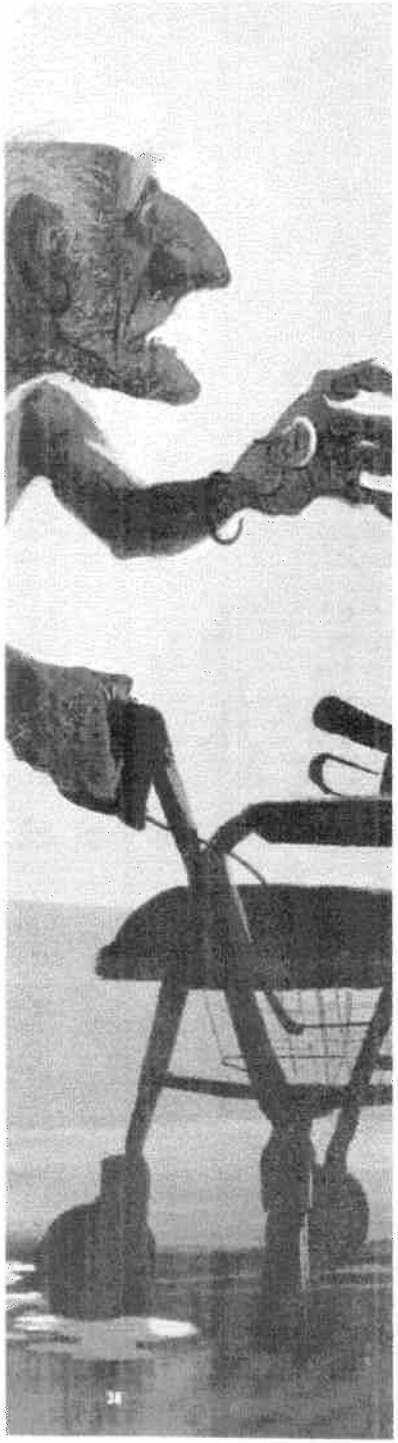
"Het is echt zielig," zegt collega Margreet over een vrouw die niet kan zitten en die zelfs lopend te eten krijgt. "Haar moeder vertoonde ook dat gedrag. Toen heeft ze tegen haar man gezegd: als ik ook oort zo word, wil ik niet verder leven. Maar dat heeft ze nooit laten vastleggen. Bovendien is dat in dit huis sowieso 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 nachtjapon was, maar nu alleen nog wat touw, knoopjes en losse lappen. "Dat is uw nachtpon," zeg ik. "Dat kan niet," zegt ze. Dat ben ik met haar eens.

"Kunnen we niet wat nachtponnen uit de reservekast laten overlabelen?" vraag ik aan Margreet. "Er hangen er genoeg." Alle kleding heeft een label in de kraag met de naam van de bewoner erop. Als de naam van mevrouw Van der Voort erin staat, wordt ze vanzelf eigenares van de nachtpon. 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 kreng geweest te zijn." Maar inmiddels heeft dementie haar veranderd in een ondeugend lachend geestig oud vrouwtje. Dat is tenminste mijn observatie.

Als ze in bed ligt, zegt ze: "Wat ben je toch lief." Met glunderoogjes: "Kom je naast me liggen?" Ik lach en kies toch maar het hazepad.



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

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

Het terugschroeven van die zzp'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 'somatische afdeling', waar niet-dementerende mensen met een lichamelijke aandoening verblijven om bijvoorbeeld te revalideren, 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. Keukenhulp 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 achteruitgaan en meer zorg nodig hebben.

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

De vraag is vervolgens of Annabel wel iets opschiet met meer bewoners met zzp 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 merk je dat de zorg voor een bewoner zo zwaar is geworden is dat je het niet meer alleen af kan. Daar hoort een andere zzp bij, en dus een ander bedrag. Je moet opnieuw een indicatie aanvragen, formulieren invullen en vervolgens duurt het heel lang voor je hoort of de hogere zzp 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 wisselen, werkt Annabel standaard met een onderbezetting. "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 gaten probeert op te vullen in de tien Rotterdamse tehuizen 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 Annabels 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 vijftig betalen per dienst die we bij het flexbureau aanvragen. Ook als ik die zelf heb geregeld, zoals laatst met jou."

Mochten er geen poolkrachten of flexwerkers 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 de deur moesten wijzen. Toen kwam er iemand die een schreeuwende bewoner op de kamer opsloot; dat moeten we ook niet hebben. En een derde werd herkend 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 net even wat geroutineerder werkt met een bewoner, win je al snel één tot twee minuten. Dan kun je nog steeds op een menselijke manier zorg verlenen, maar met de tijdswinst die je zo met dertig bewoners boekt, heb je bij elkaar een uur te pakken waarin je met iemand iets leuks kunt gaan doen."

De zorg kan efficiënter worden aangepakt, volgens Annabel, als de verzorgers weten wat ze doen. Als voorbeeld noemt ze het gehannes met 'inco's', jargon voor de veelgebruikte incontinentieluiers. "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 voorafgaand aan een dienst alles is bijgevuld en klaargezet, zodat je niet misgrijpt."

Collega Paul ziet niet zo een-twee-drie in dat het denken in minuten gaat werken. "We kunnen toch niet een 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 tijdens een avonddienst een mevrouw een inco met plakstrip, kortweg 'plak' genoemd, om wil doen. "Waarom pak je die oon?" vraagt ze. "Een plak is veel duurder. We moeten echt meer met inco's zonder plakstrip gaan werken! Als je haar een netbroekje 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 Baukelien 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. Temeer omdat er wel geld blijkt te zijn om de tuinen 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 het opknappen niet van het budget voor de verzorging af is gegaan.)

Doordat Annabel nu leiding geeft aan twee afdelingen, komt ze aan veel dingen niet meer toe. "Normaal gesproken wil ik 's ochtends nog weleens een of twee bewoners wassen en aankleden. Als je met iemand samenwerkt bij de verzorging heb je gelijk een idee hoe ze hun werk doen. Goed materiaal voor een functioneringsgesprek." Wat doet ze dan nu de hele dag? "Vooral veel telefoon beantwoorden en met mensen praten. Maar ik moet ook roosters maken en vergaderen."

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

Wel probeert ze regelmatig tijdens panzes aan te schuiven om te horen wat er speelt op de afdeling. En verder organiseert ze periodiek bewonersvergaderingen waar familieleden 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 'weleens kriegel van'. "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 familielid op stap te gaan?"

Zelf heb ik kunnen ervaren dat de gehoopte verbeteringen uitblijven, 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 geschoold personeel om de zorg te kunnen uitvoeren.

Nieuwe ideeën en initiatieven maken op medewerkers bijzonder 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 afgedraaid en uitgezorgd naar huis te gaan. |

**De namen van bewoners en werknemers zijn om privacyredenen gefingeerd.*

Kamervragen

Het eerste deel van de *HP/De Tijd*-reportage 'Dagboek van een bejaardenbroeder' is voor drie partijen aanleiding om minister van Volksgezondheid Edith Schippers om opheldering te vragen. GroenLinks, de PvdA en de SP hebben schriftelijke Kamervragen ingediend.
"Schokkend," zegt Linda Voortman (GroenLinks) na lezing van de reportage. Voortman wil weten of de door de regering beloofde 12.000 nieuwe zorgverleners er ook echt komen.
"Ik ben voor een nulmeting, zodat we daadwerkelijk kunnen zien of er over vier jaar 12.000 extra medewerkers bij zijn gekomen."
Ook Agnes Wolbert (PvdA) stelde Kamervragen. Ze wil na het lezen van het stuk onder meer weten of de minister vijf zorgverleners op dertig bewoners een goede verdeling vindt. Daarnaast wil ze precies weten wat er in de voorgenomen Zorginstellingen Beginselenwet komt te staan.
Renske Leijten (SP) wil duidelijkheid over het kabinetsvoornemen om de zorgzwaartepakketten, waarmee iedereen die zorg nodig heeft een bij die zorg passend bedrag krijgt toegewezen, kostendekkend te maken. Volgens Leijten blijkt uit de *HP*-reportage dat de zorg niet goed kan worden gepland of georganiseerd met de per 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

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

H. Breteler / H. Leeuwen

Inbreng Rondetafelgesprek T.K. Ouderenzorg 4 april 2011- 2e Sessie (koepelorg. en bestuurders)

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 zorgvernieuwings-
- projecten 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 doorgeschoten 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 6l projecten worden binnen deze netwerken nieuwe vormen van zorg en 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 !

A. Kostel

actiz

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 zorgzwaarte 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 afnamen, 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.

In die omslag kunnen we als zorgorganisaties veel zelf doen; dat doen we ook. Andere partijen kunnen helpen om de juiste randvoorwaarden en uitgangspositie 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 zorgverlenen 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.

Utrecht, maart 2011
ActiZ

T. Kuipers

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 zijn 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 Volhsgezondheid ,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 ouderenzorgscetor 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 budgetsysteem 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 persoonvolgende bekostigingsysthematiek biedt binnen de financiele kaders veel meer keuzemogelijkheden en eigen regie vor de patient.
Zelfmanagement krijgt nu echt zijn kansen.
En natuurlijk zal niet elke paitient 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 technologien 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 arbeidmarktproblematiek.

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.

A. vd Vlist

UNIE KBO
PCOB
NVOG
NOOM

DE KOEPEL VAN
OUDERENORGANISATIES

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 indiduele 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 rustgevende/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 orienteren 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

J. Hamers

Maastricht University

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. Geïnvesteerd 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.

Correspondentie: jph.hamers@maastrichtuniversity.nl

R. Koopmans

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 er op 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 eerstelijn. 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 Ouderzorg 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 invitational 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 eerstelijn, 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)

G. 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.

J. Meerveld

Alzheimer Nederland

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.

Contactpersoon: Julie Meerveld (M 06-12899916, j.meerveld@alzheimer-nederland.nl)

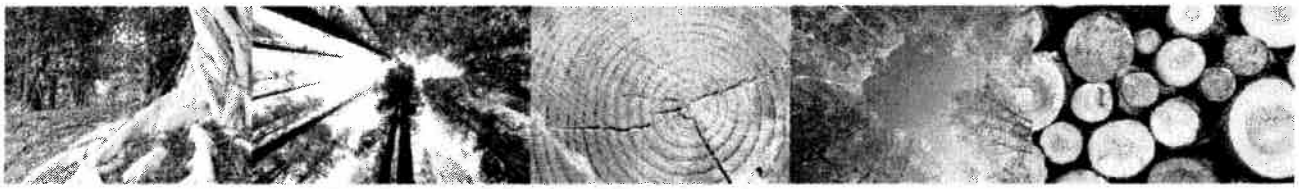
Y. Roos

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
specialisten in ouderengeneeskunde

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.

E. Scherder

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.