

TIJD VOOR MENSEN

NOODPLAN VERPLEEGHUIZORG
VOOR OUDEREN



PvdA TWEEDE-KAMERFRACTIE

TIJD VOOR MENSEN

NOODPLAN VERPLEEGHUISZORG
VOOR OUDEREN

Zomer 2006

Colofon

Het boekje 'Tijd voor mensen – visie op de verpleeghuiszorg voor ouderen' is het resultaat van een serie werkbezoeken van Tweede Kamerleden van de Partij van de Arbeid in het kader van 'Meer Rood op Straat.' Enkele keren per jaar trekt de gehele fractie van de PvdA het land in om op basis van een specifiek thema – in dit geval de verpleeghuiszorg – ervaringen en kennis op te doen en een visie te ontwikkelen of aan te scherpen. Kamerleden bezochten diverse verpleeghuizen, spraken met verpleeghuisbewoners, familie, medewerkers, artsen en directie en tekenden hun conclusies op. Op basis van de indrukken van de werkbezoeken, het parlementaire werk in de Tweede Kamer en de vele werkbezoeken die woordvoerder ouderenbeleid Gerdi Verbeet de afgelopen jaren aflegde, is de in dit boekje geformuleerde PvdA-visie op de verpleeghuiszorg voor ouderen tot stand gekomen.

Onze speciale dank gaat uit naar:

Stella Braam, Anne-Mei The, Marthijn Laterveer, Guus Bannenberg en Bère Miesen

(columns)

Lilian Rippe (eindredactie)

Reacties op het boekje zijn van harte welkom. Deze kunnen per post worden gericht aan PvdA voorlichting, postbus 20018, 2500 EA Den Haag (met vermelding van 'verpleeghuiszorg') of per e-mail: verpleeghuiszorg@pvda.nl

Ook kunt u bellen naar 070-3183025

Voor meer informatie kunt u ook terecht bij de woordvoerder ouderenbeleid, Gerdi Verbeet: g.verbeet@tweedekamer.nl

VOORWOORD

“Mijn moeder is dementerend en moest daarom vorig jaar naar een verpleeghuis. We kwamen er achter dat ze daar in de eerste drie maanden van haar verblijf bijna tien kilo was afgevallen. We schrokken ons rot. Het bleek dat er niet voldoende menskracht was in het verpleeghuis om te controleren of de bewoners wel voldoende eten en drinken. Dat zoiets in dit land mogelijk is!”

Aan het woord is de dochter van een verpleeghuisbewoonster. De praktijk die zij beschrijft is helaas geen uitzondering. Maar liefst dertig procent van de verpleeghuisbewoners is ondervoed of uitgedroogd. Een zelfde percentage kan niet zelf bepalen wanneer men naar het toilet gaat. De verzorgers voelen zich machteloos. Zij willen graag goede hulp bieden, maar zijn simpelweg met te weinig mensen. Per bewoner hebben ze maar anderhalf uur per dag voor alle activiteiten: helpen met opstaan, verschoning, eten en drinken, naar buiten gaan, een praatje maken. Het is veel te weinig. En er is niet genoeg geld beschikbaar voor meer menskracht en betere voorzieningen.

Uit alle onderzoeken blijkt dat er meer geld nodig is, maar de regering wijst slechts naar de verpleeghuizen; die moeten de zorg maar beter organiseren. Verpleeghuizen krijgen dus geen extra geld, terwijl het aantal dementerenden in de komende 25 jaar nagenoeg zal verdubbelen. Het verdriet en soms de ontluistering die het proces van dementeren met zich meebrengt zijn onontkoombaar, maar dat wil niet zeggen dat ook de zorg ontluisterend mag zijn.

De PvdA wil dat mensen tot het einde toe een zo waardig en harmonieus mogelijk leven kunnen leiden. We willen dat de zorg buitenshuis, in verpleeg- en verzorgingshuizen, van hoge kwaliteit is. Iedereen heeft recht op een fatsoenlijk bestaan. We moeten met respect met onze ouderen omgaan. Dat betekent bovenal maatwerk en waar nodig, mogelijk en zinvol: wonen, welzijn en zorg in kleine groepen. Dat betekent: kiezen voor versnelde nieuwbouw van verpleeghuizen in het hart van de wijk. Dat betekent: investe-

ren in deskundigheid van medewerkers en vrijwilligers. En iedereen die dat wil een eigen kamer.

De PvdA ging hierover vaak het debat aan met de regeringspartijen, maar dit leidde niet tot de noodzakelijke herwaardering en investeringen in de verpleeghuiszorg. En ondanks de Kamerbreed aanvaarde PvdA-motie die vraagt om echt adequate verpleeghuiszorgtarieven die verantwoorde zorg in kleine groepen mogelijk maken, lijkt van dit alles weinig terecht te komen. Het afschaffen van de Melkertbanen in de zorg heeft het gebrek aan menskracht nog groter gemaakt. Dat was reden voor de PvdA-fractie in oktober 2005 het land in te gaan en te spreken met bewoners van psychogeriatrische verpleeghuizen, familie, vrijwilligers, zorgverleners en directies en na te denken over wat nodig is in de toekomst. De PvdA-fractie presenteert in dit boekje haar plannen voor de verpleeghuiszorg.

We beginnen met de conclusies en de aanbevelingen. Daarna volgt een schets van de ontwikkelingen in de verpleeghuiszorg en een aantal feiten en cijfers. Een apart hoofdstuk is gewijd aan de werkers in de zorg. Zij lijden onder de scherpe kritiek en hebben juist recht op waardering voor het belangrijke en zware werk dat ze doen. De PvdA wil dat alle nieuw- en verbouwprojecten zorg in kleine groepen mogelijk maakt. Verder willen we dat deze nieuwe stijl verpleeghuizen in het hart van de buurt staan. Aan deze voorzieningen voor verpleging en verzorging worden servicepunten gekoppeld zodat ook mensen die thuis wonen de ondersteuning krijgen waaraan ze behoefte hebben. We willen 2500 extra paar handen aan het bed en we investeren 275 miljoen euro extra voor verpleegzorg en thuiszorg en 100 miljoen euro voor een verlofregeling voor mantelzorgers.

Aan de zorg voor kwetsbaren kun je het beschavingspeil van een samenleving afmeten. Eindelijk tijd voor mensen!

Gerdi Verbeet
woordvoerder ouderenbeleid
voor de PvdA

Wouter Bos
fractievoorzitter PvdA

Zomer 2006

INHOUDSOPGAVE

De PvdA agenda voor de verpleeghuiszorg	7
1. Ontwikkelingen in de ouderenzorg	15
1.1 Ouderenzorg in de twintigste eeuw	15
1.2 Naar een modern verpleeghuis	16
1.3 De nabije toekomst	17
Gewoon leven in Swinhove heeft de toekomst	19
2. Wie wonen in een verpleeghuis?	20
2.1 Verzorgingshuizen en verpleeghuizen: een wereld van verschil	20
2.2 Wonen in een verpleeghuis	22
Dementie	24
De 'eislijst' van mijn vader	25
3. De kwaliteit van de verpleeghuiszorg	27
3.1 Kwaliteit in cijfers	27
3.2 Wat is kwaliteit voor de PvdA?	29
3.3 Kwaliteit meten	31
3.4 Cliëntenparticipatie en de 'subjectieve kwaliteit'	36
3.5 Conclusies en aanbevelingen	38
Alleen tevreden medewerker levert goede zorg	40
4. Werkers, vrijwilligers, familie	42
4.1 De werkers	42
4.2 Vrijwilligers	42
4.3 Mantelzorgers, familie zorg	46
4.4 Conclusies en aanbevelingen	47
Stel het individu centraal	50

5. De flessenhals van de ouderenzorg	52
5.1 De flessenhals	52
5.2 Hoe groot is het probleem?	53
5.3 Doelmatigheid en bureaucratie	54
5.4 De PvdA-agenda	57
Investeren in medewerkers is hard nodig	58
6. Bouw	60
6.1 Probleemanalyse	60
6.2 Wat wil de PvdA?	62
7. Op weg naar 2025	66
Woord van dank	72

DE PVD A AGENDA VOOR DE VERPLEEGHUISZORG

De bewoner centraal

Privacy. Verpleeghuisbewoners hebben *recht op privacy*. Concreet betekent dit, dat elke verpleeghuisbewoner moet kunnen beschikken over een eigen kamer met eigen sanitair. De zorg aan dementerenden wordt geboden in kleine groepen: per zes bewoners een gemeenschappelijke woonkamer met keukens en vrije toegang tot een beschermde buitenruimte. De PvdA wil de wachtlijsten binnen vijf jaar oplossen en overcapaciteit creëren, zodat mensen echt kunnen kiezen waar ze het liefst willen wonen.

Kwaliteit. De basiskwaliteit moet overal gewaarborgd zijn. Onder basiskwaliteit verstaat de PvdA dat bewoners recht hebben op lekker en voldoende eten en drinken in een gezellige omgeving waar voldoende hulp aanwezig is. Bewoners hebben recht op het dragen van hun eigen schone kleren en dragen niet de kleding van een medebewoner. Verder hebben bewoners recht op dagelijks voldoende lichaamsbeweging en voldoende buitenlucht. Ook diep demente mensen hebben recht op warme menselijke aandacht, zoals ‘snoezelen’ in een daarvoor geschikte ruimte. Mensen worden nooit vastgebonden of in het belang van de rust op de afdeling met medicijnen rustig gehouden.

Keuzevrijheid. Binnen het verpleeghuis staat de autonomie van bewoners voorop. Er komt een ‘ja-cultuur’: bewoners kunnen uitslapen, een dag in bed blijven, vaker onder de douche en vaker naar buiten. Het zorgplan, dat tot stand komt in samenwerking tussen familie, zorgverlener, arts en vrijwilliger, staat centraal. Daarin staat precies wat de bewoner aan zorg en welzijn nodig heeft en wat daarover is afgesproken.

Tijd voor mensen. Ons motto: ‘tijd voor mensen’ staat steeds centraal. Dat is niet zo maar een opdracht aan iedereen die betrokken is bij de zorg voor verpleeghuisbewoners. Het is vooral ook een opdracht voor beleidsmakers en politiek. We mogen nooit vergeten dat de menswaardigheid en autonomie van men-

sen centraal moet staan. Zeker ook mensen met dementie krijgen de best mogelijke zorg. Het personeel is rustig, respectvol en is goed toegerust. In het belang van bewoners en medewerkers zijn de modernste hulpmiddelen voorhanden.

De bewoner, uitstekend vertegenwoordigd. De cliëntenraad die uit directe of indirecte vertegenwoordiging van de verpleeghuisbewoners bestaat, krijgt een prominente rol in de kwaliteitsbewaking. Tevredenheid van bewoners wordt een belangrijker maatstaf dan dat nu het geval is. Cliëntenraden worden stevig verankerd in de besluitvorming. Er worden randvoorwaarden geschapen opdat cliëntenraden deze positie ook daadwerkelijk kunnen waarmaken. Bijvoorbeeld via een budget voor scholing van de cliëntenraad en het inschakelen van eigen deskundigen.

Werkers, familie en vrijwilligers

Samenwerking, tijd voor mensen. Wanneer we willen dat de verpleeghuisbewoner in het middelpunt komt te staan, is het essentieel dat er 'tijd is voor mensen'. Dat vergt goede samenwerking van verzorgenden, verpleegkundigen, artsen met familie en vrijwilligers. Als het aan de PvdA ligt, krijgt iedere medewerker tijd voor een persoonlijke benadering van de bewoners. Er komt tijd voor mensen, kwaliteit en welbevinden. Medewerkers krijgen de tijd om de modernste inzichten over goede zorg voor dementeren te verwerven en hierover met collega's, bewoners en familie van gedachten te wisselen. Ze brengen deze inzichten in de praktijk. Bij beginnende dementie, ruim voor een opname, is het van belang kennis uit te wisselen met professionals, familie en/of vrienden. Opname kan dan vaak uitgesteld worden.

Voldoende kwalitatief personeel en aantrekkelijk werk. De zorgverlening in kleinere groepen mag niet leiden tot vergroting van de werkdruk voor medewerkers of ongewenst verlies van deskundigheid en kwaliteit. De sector moet zeer aantrekkelijk worden gemaakt om ook in de toekomst voldoende personeel te kunnen aantrekken. De PvdA wil dit bewerkstelligen door de arbeidsvoorwaarden te verbeteren (vooral beter loopbaanbeleid) evenals de aanvullende arbeidsvoorwaarden om de com-

binatie van werk en gezin te vergemakkelijken. Het bieden van goed betaalde stagemogelijkheden is essentieel.

Partners en familie zijn, als het goed is, partners in de zorg. Goede afspraken over de (zorg)taken van de partner of de kinderen zijn belangrijk voor het welbevinden van de bewoner. Partners en familie worden goed betrokken bij het opstellen van een zorgplan en krijgen in het plan een expliciete plaats.

Participatiebanen in de zorg. In het plan 'investeren in participatie' stelt de PvdA voor te investeren in zogeheten 'investeringsbanen' in onderwijs, zorg en welzijn. De PvdA wil ook in verpleeghuissector semi-permanente investeringsbanen introduceren. Deze banen staan open voor langdurig werklozen én voor andere kwetsbare groepen die zonder financiële steun voor de werkgever niet binnen afzienbare tijd op de reguliere arbeidsmarkt aan de bak zullen komen.

Vrijwilligers, een serieuze positie. Vrijwilligers krijgen een eigen plaats in de organisatie en worden zeer serieus genomen. Medewerkers en vrijwilligers leren samenwerken op basis van gelijkwaardigheid. Verpleeghuizen leggen actief contact met HBO's, ROC's en middelbare scholen om studenten en scholieren te werven als vrijwilligers. Studenten en scholieren verdienen studiepunten met vrijwilligerswerk. Vrijwilligers krijgen een betere begeleiding dan nu bij het omgaan met moeilijk benaderbare bewoners en bezorgde familie. Er komen goede voorzieningen voor de vrijwilligers zoals reis- en onkostenvergoeding, kinderopvang en deskundigheidsbevordering.

Verpleegd wonen, midden in de wijk: de bouwagenda

De PvdA vindt dat de afgelopen jaren veel te weinig ambitie is getoond om fatsoenlijke zorg te bieden aan het toenemende aantal ouderen dat steeds intensievere verpleeghuiszorg nodig heeft. De PvdA wil dat er een noodplan komt om de verpleeghuissector te revitaliseren. Dat stelt de volgende eisen:

Weg met de wachtlijst. Er komt een contract met alle betrokken partijen om binnen vijf jaar de achterstand in het aantal verpleeghuisplaatsen te hebben weggewerkt. De PvdA kiest daarbij voor voldoende overcapaciteit. Vanaf 2010 bestaat er 2 pro-

cent overcapaciteit op basis van de gepeilde behoefte plus 2 procent extra. Pas dan is er sprake van echte keuzevrijheid, kan snelle ‘behoefte toename’ worden beantwoord en hoeven verpleeghuiskamers niet onmiddellijk te worden ontruimd na het overlijden van een bewoner. Er komt een oplossing voor de zogeheten ‘boekwaardeproblematiek’, die gemeenten, woningbouwcorporaties, verzekeraars en zorgaanbieders nu dragen.

Recht op een kamer. Er komt een mogelijkheid om via versoepeling van de voorwaarden voor tijdelijke bouwvoorzieningen, alle meerpersoonskamers op korte termijn om te zetten in eenpersoonskamers (tenzij bewoners anders wensen).

Verpleegd wonen in de wijk. Er komt een subsidieregeling voor verpleegd wonen in de wijk. Dat houdt in: extra investeren in zorgsteunpunten, een vaste infrastructuur voor bijvoorbeeld keukens en restaurants, maar ook de koppeling van deze servicepunten voor ouderen aan voorzieningen voor verpleegd en verzorgd wonen.

Bouwen voor kleine groepen. Het nieuwe bouwen voor dementerenden is bouwen voor kleine groepen van zo’n zes bewoners: een gezinsetting, huiskamer met keuken en voor ieder een eigen slaapkamer. Huizen voor verpleegd wonen worden zo gebouwd dat ze uitstralen dat demente ouderen deel uitmaken van de samenleving. Deze verpleegwoningen zijn zo aantrekkelijk dat familie, mantelzorgers en vrijwilligers er graag komen en medewerkers trots zijn er te werken.

Alleen bouwen volgens meest recente kwaliteitseisen. Er wordt per direct nog alleen gebouwd volgens de meest recente kwaliteitseisen. Dat houdt een flexibele bouw in die makkelijker is aan te passen aan nieuwe wensen van de samenleving.

Naar bestuurlijke rust: de bestuurlijke verantwoordelijkheden

De gemeenten zorgen voor:

- De beschikbaarheid van voldoende verpleeghuisplekken.
- Het laten vaststellen van de pre-indicatie door de huisarts of wijkverpleging op medische of sociale gronden. Nota bene: een onafhankelijke instelling controleert de vaststelling van de zorgzwaarte.

- De ondersteuning van vrijwilligers en mantelzorgers. Vooral ook het aanbieden en van respijtzorg is van groot belang voor hen die familie of burens verzorgen. Met respijtzorg doelen we op de vervangende zorg om mantelzorgers zo nu en dan te ontlasten.
- Het opnemen in de contractvoorwaarden van de deskundigheidseisen voor de specifieke eisen voor zorg voor dementerenden in kleine groepen.

Het Rijk zorgt voor:

- Goede kwaliteit van de basiszorg. De inspectie is verantwoordelijk voor het toezicht op de medische behandeling, de zorg en de veiligheid. De cliëntenorganisaties worden beter toegerust (met geld en kennis) en zien toe op de cliënttevredenheid in de breedste zin van het woord: welbevinden, welzijn, zorg en wonen (al dan niet regionaal).
- Het beschikbaar stellen van voldoende budget, maar delegeert de uitvoering en de planning van voorzieningen aan gemeenten.
- Voldoende en goed opgeleide medewerkers.
- Uitgebreide financiële (bijvoorbeeld fiscale) faciliteiten voor vrijwilligers op het terrein van kinderopvang, scholing, onkosten- en reiskostenvergoeding. Dit bijvoorbeeld naar Noors voorbeeld.
- Het faciliteren van een goede klachtenregeling.
- Het scheppen van kaders voor transparantie en openbaarheid in de zorg.
- Het doorbreken van bestuurlijke belemmeringen die uitbreiding van de capaciteit of kwaliteitsverbetering in de weg staan.

De aanbieders van verpleeghuiszorg zorgen voor:

- Het leveren van de bijdrage aan de keten van zorg en diensten voor zelfstandig wonende ouderen en anderen in de buurt, zoals het servicepunt en het restaurant.
- De normen voor verantwoorde zorg, zoals de richtlijnen voor voeding en vocht, decubitus en vastbinden. Deze worden strikt nageleefd.
- Een zorgplan voor iedere bewoner dat aansluit op zijn/haar indicatie.

- Management dat dichtbij de bewoners staat; de meewerkende leidinggevende komt weer terug op de werkvloer.
- De cliënttevredenheid mede als maatstaf voor kwaliteit. De cliëntenraad wordt in staat gesteld goed zijn werk te doen met inbegrip van het raadplegen van de achterban en eigen deskundigen. De cliëntenraad wordt volledig en op tijd geïnformeerd en is betrokken bij alle besluiten die van invloed zijn op de zorg en het welzijn van de bewoners. Na kwaliteitstoetsingen worden samen met cliëntenraad verbeteracties opgezet.
- Een zelfstandige plaats in de lijn van de organisatie voor vrijwilligers en mantelzorgers.
- Richtlijnen voor de personeelssterkte in de verpleeghuiszorg. De sector (medewerkers, besturen en verzekeraars) stelt deze zelf op en neemt ze op in de contractvoorwaarden.
- De totale openheid over de prestaties van de sector voor de keuze van de burgers en de verantwoording naar de premiebetaler. De tevredenheidsonderzoeken van de cliëntenraden en de onderzoeken van de Inspectie zijn openbaar en worden vermeld op de site van de organisatie op de site www.kiesbeter.nl. Er vindt benchmarking plaats evenals verantwoording via het document maatschappelijke verantwoording.
- Geen exorbitante beloningen voor het management. Het gaat om premiegeld.

Financiering en indicatiestelling

Nieuwe tarieven; de ‘zorgkloof’ wordt gedicht. Al meer dan 25 jaar is het tarief in de verpleeghuiszorg – dat opgebracht wordt door de premiebetaler - onveranderd terwijl de bewoners nu gemiddeld veel ouder zijn en meer zorg nodig hebben. Moderne opvattingen over levenskwaliteit en gepaste bejegening zijn niet verwerkt in de tarieven. Daar komt – als de PvdA het voor het zeggen heeft - verandering in.

Een decentrale AWBZ, onafhankelijke indicatienormen. De premiegefinancierde AWBZ blijft gehandhaafd, maar wordt decentraal op declaratiebasis uitgevoerd. De zorgkantoren verdwij-

nen en dragen hun verantwoordelijkheid over aan de gemeenten. De indicatie blijft onafhankelijk. Met de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) komt de regie voor langdurige zorg in handen van de gemeente. Daarmee verdwijnt de verleiding tot afschuiven van verantwoordelijkheden tussen gemeenten en zorgkantoor als AWBZ-uitvoerder.

Tarieven op maat. Er komt een beperkt aantal tarieven voor een aantal doelgroepen, zoals jong dementerenden, licht dementerenden, zwaar dementerenden, enzovoort.

Zorginhoudelijke indicering gaat vóór. Huisarts of wijkverpleegkundige verwijst en doet een voorstel voor zorgzwaarte met mandaat van een onafhankelijk indicatieorgaan. Tegen de vastgestelde zorgzwaarte kan een cliënt in beroep gaan. Zo ook de instelling.

Transparante tarieven, een persoonsvolgend budget. Tarieven zijn volledig transparant in kosten voor wonen, voeding, zorg, dagactiviteiten en dergelijke. Cliënten (of vaak hun familie) kunnen de rekening begrijpen. Zij zien precies waarvoor ze zijn geïndiceerd en wat de instelling heeft ontvangen en geleverd. Ze kunnen altijd kiezen voor een persoonsvolgend budget. Dat is een keuze voor een ingewikkeldere methode met meer eigen verantwoordelijkheid, maar ook met meer vrijheid om een eigen zorgaanbieder te kiezen of zorg thuis te regelen.

Van projectenkermis naar duurzame oplossingen. Er komt een stop op alle projecten van tijdelijke aard met eigen verantwoordingsstructuren en bijbehorende papierwinkel. Projectverantwoording vreet ‘overheadkosten’. Middelen dus die niet aan de cliënt zelf ten goede komen.

Kennis: de beste zorg wijdverspreid

Onderzoeksagenda dementerenden. Er komt meer kennis over zorg aan dementerenden. Dat betekent meer praktijkgericht academisch onderzoek voor meer innovatie. Het gaat hier om de inzet van ICT, toezicht en technieken om het welzijn en welbevinden van mensen te vergroten.

Delen van goede voorbeelden. Er komt onderzoek naar methoden waarmee kennis over goede behandelmethoden en ervaringen beter worden uitgewisseld. Goede voorbeelden verdie-

nen navolging. Die zijn er voldoende, maar kennis wordt onvoldoende systematisch gedeeld.

Kennisniveau over ziektebeelden. Het kennisniveau van personeel, familie en vrijwilligers over ziektebeelden van met name dementerende ouderen, moet aanzienlijk worden verhoogd. Een belangrijke nieuwe kwaliteitseis.

1. ONTWIKKELINGEN IN DE OUDERENZORG

Sinds de bouw van de eerste verpleeghuizen in de jaren dertig van de vorige eeuw, is er veel veranderd. Er zijn relatief veel meer ouderen die met lichamelijke of geestelijke gezondheidsproblemen in een instelling verblijven. Daarnaast is de filosofie van verplegen en verzorgen van ouderen in de loop van de jaren sterk veranderd. Dit hoofdstuk geeft een korte uiteenzetting van het ontstaan en de ontwikkeling van verpleeghuizen in Nederland.

1.1 OUDERENZORG IN DE TWINTIGSTE EEUW

Goed georganiseerde huisvesting voor ouderen is een typisch verschijnsel van na de tweede wereldoorlog. Hoewel kerken al in de achttiende eeuw huizen oprichtten voor oudere mannen en vrouwen, ontstonden de eerste bejaardenhuizen of rustoorden die het rijk financierde pas na de oorlog, in de periode van wederopbouw. Ze ontstonden als oplossing voor de woningnood. Zorgvoorzieningen waren in deze huizen aanvankelijk dan ook maar mondjesmaat voorhanden.

In de Wet op de bejaardenoorden (1963) werd een 'bejaardenoord' gedefinieerd als 'een inrichting waarin aan tenminste vijf bejaarden duurzame huisvesting wordt verschaft, gepaard met gedeeltelijke of gehele verzorging.' Hiermee werd de noodzaak aangegeven tot specialisatie en het bieden van zorgvoorzieningen. De bejaardenoorden konden de toenemende vraag niet langer aan. Juist de functie van verpleging en verzorging werd kerntaak van de bejaardenoorden die later dan ook onder een andere naam verder gingen: 'verzorgingshuizen.' Tot begin jaren tachtig dienden ouderen zelf de kosten voor verblijf en zorg te betalen. Wanneer dat niet ging, konden ze een beroep doen op de gemeentelijke sociale dienst. Het beroep hierop was groot (80 procent). Dat leidde er toe dat gemeenten de

huizen rechtstreeks gingen financieren en eisen stellen. De Wet op de bejaardenoorden (1984) maakte hier een einde aan door de provincies en grote steden verantwoordelijk te maken voor de planning; het rijk voor de financiering. De grote regionale verschillen die daarna ontstonden, waren voor het eerste kabinet Kok aanleiding om de verantwoordelijkheid volledig naar de rijksoverheid toe te trekken (College voor Zorgverzekeringen). Het ministerie van VROM kreeg met de Overgangswet 1996, die onder Paars I tot stand kwam, de taak bouwplannen te toetsen en de subsidieverstreking te reguleren. De verzorgingshuizen kregen in de loop der jaren relatief steeds meer bewoners die intensievere verzorging nodig hadden. Dat leidde er toe dat veel verzorgingshuizen ook verpleegafdelingen gingen inrichten, vaak in samenwerking met verpleeghuizen.

1.2 NAAR EEN MODERN VERPLEEGHUIS

Het aantal verpleeghuizen is in de jaren zestig en zeventig enorm toegenomen, als reactie op steeds duurder wordende ziekenhuiszorg als gevolg van de toenemende professionalisering. Voor het huisvesten en verplegen van chronisch zieken en ouderen waren verpleeghuizen gewoon kostenbesparend. De huizen van die tijd waren vrijwel identiek aan ziekenhuizen, alleen de operatiekamer ontbrak. Alles was ingericht op de doelmatige verpleging van ouderen met hoofdzakelijk somatische (lichamelijke) beperkingen. Dat het voor veel mensen om hun laatste woonplek ging, werd genegeerd. Omdat de gemiddelde leeftijd toenam, werd de behoefte aan intramurale voorzieningen steeds groter. Niet alleen groeide de vraag naar opvang voor mensen met lichamelijke gezondheidsproblemen (somatiek), maar ook in toenemende mate de vraag naar opvang voor mensen die leden aan dementie (psychogeriatric) of niet aangeboren hersenletsel (gerontopsychiatrie). De invoering van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) in 1968 zette vaart achter de bouw van nieuwe verpleeghuizen. In de loop van de twintigste eeuw heeft de ziekenhuisachtige benadering in de verpleeghuizen plaatsgemaakt voor een andere en bredere benadering. De ervaring leerde dat de behande-

ling van ‘verpleeghuispatiënten’ meer tijd in beslag nam dan aanvankelijk gedacht werd en dat het verpleeghuis vaak ook het laatste huis is voor ouderen die niet meer (in goede gezondheid) zelfstandig kunnen wonen. Dat geldt in bijzondere mate voor psychogeriatric bewoners van verpleeghuizen. Daardoor kwam naast de strikt ziekenhuisachtige inrichting van verpleeghuizen, meer aandacht voor de functie van ‘verblijven.’

1.3 DE NABIJE TOEKOMST

Ontgroening en vergrijzing zijn de belangrijkste ontwikkelingen voor de komende tijd. Het vinden van voldoende mensen die in de zorg willen werken wordt het grootste probleem. De sector zal qua arbeidsvoorwaarden en -omstandigheden aantrekkelijk moeten zijn. Daarom zal een grote inspanning geleverd moeten worden in ICT-ontwikkeling die de zelfredzaamheid van mensen ondersteunt. Tevens zal in toenemende mate een beroep gedaan moeten worden op zorg door familie, burens en netwerken van vrijwilligers. In 2040 zal bijna 25 procent van de Nederlandse bevolking ouder zijn dan 65 jaar (nu 14 procent). Deze groep ouderen zal voor een deel zelfstandig in relatief goede gezondheid kunnen leven. Maar voor een deel van deze groep geldt dit niet. Voor hen is meer nodig dan goede voorzieningen aan huis. Zeker voor de groep dementerende ouderen die relatief gezien steeds groter wordt (van 175.000 nu tot 320.000 in het jaar 2030) is intensieve verzorging en 24-uurs begeleiding/toezicht nodig. Nederland zal dan ook in korte tijd behoefte hebben aan een veelvoud van het aantal beschikbare verpleeghuisbedden. Die extra behoefte is niet alleen te creëren door doelmatigheidswinst. De kwaliteit in verpleeghuizen staat immers al zwaar onder druk.

Emancipatie en individualisering hebben de laatste decennia grote invloed gehad op de ouderenhuisvesting en de verpleeghuiszorg. Er is steeds meer aandacht voor het wonen en welbevinden van de oudere mens die in een verpleeghuis verblijft. Dat stelt nieuwe eisen aan verpleeghuizen. In de bouw, bij het aanstellen van vakkundig personeel en bij het inrichten van het

zorg- en voorzieningenniveau. Bovendien wordt steeds gezocht naar vormen waarbij mensen langer thuis kunnen wonen. ‘Scheiden van wonen en zorg’ en ‘extramuralisering’ zijn hier de toverwoorden. Deels omdat mensen dat zelf graag willen, maar voor een deel ook uit overwegingen van kostenbeheersing. De huur komt dan niet ten laste van de AWBZ. Langer thuis blijven wonen kan alleen wanneer er meer voor senioren wordt gebouwd en de zorg die nodig is aan huis wordt geleverd. Met andere woorden: er is een extra inspanning nodig van woningbouwcorporaties, thuiszorg en tal van andere partijen die bij de ouderenhuisvesting betrokken zijn. De gemeenten hebben in de eerste plaats de verantwoordelijkheid om de behoeften van ouderen te peilen en hierop een voorzieningenniveau van wonen, zorg en welzijn in te richten dat past bij de lokale samenleving.

Gewoon leven in Swinhove heeft de toekomst

Guus Bannenberg:

“Toen ik als vijftienjarige middelbare scholier als zorgassistent werkte in een verpleeghuis was dat nog echt een ziekenhuis. ‘Reinheid, rust en regelmaat’ was het devies. Er was het vaste dagpatroon waarvan alleen met toestemming van de hoofdzuster kon worden afgeweken. Nu, 35 jaar later, is er gelukkig veel veranderd maar het kan nog steeds beter. Gewoon leven is het devies bij een ingrijpend veranderingsproces, waarbij de grootschalige afdelingszorg in een dertig jaar oud verpleeghuis in twee jaar tijd volledig wordt omgezet in groepswoningen voor kleinschalig wonen.

Kleinschalig wonen heeft wat mij betreft de toekomst. Het sluit aan bij de gedachte dat we van instituties gaan naar arrangementen van wonen, zorg en welzijn. Bij kleinschalig wonen staat wonen dan ook centraal. Gemeenten worden met de komst van de WMO steeds meer verantwoordelijk voor zorg en welzijn. Dat is een goede zaak. Kleinschalig wonen sluit aan bij de ontwikkeling van wijken en woonzorgzones en haalt het verpleeghuis uit de institutionele sfeer. Combinaties met wooncomplexen zullen steeds meer gebruikelijk worden en het institutionele restaurant wordt een wijkrestaurant. Daarin kan het een goede rol spelen in ontmoeting en het voorkomen van eenzaamheid.

Vernieuwen is zo moeilijk niet, ook niet vanuit de situatie van een klassiek verpleeghuis. Maar hoe bereiken we dat in Nederland? Keuzevrijheid en diversiteit zijn essentieel. Geef enerzijds zorgaanbieders de ruimte om te bouwen wat toekomst heeft en stel anderzijds zorgvragers in staat met persoonsvolgende budgetten de zorgaanbieder te kiezen die het meest aanspreekt. Dan ontstaat automatisch een gezonde markt van vraag en aanbod waarbij ‘nieuw’ geleidelijk aan wint van ‘oud’. Dus heren zorgverzekeraars: niet massaal en landelijk aanbesteden van ‘verpleeghuisbedden’ aan steeds grotere fuserende zorgaanbieders, maar stap radicaal over op persoonsvolgende budgetten die ook kleine zorgaanbieders met visie in staat stellen te overleven.”

Guus Bannenberg is bestuurder van Swinhove te Zwijndrecht

2. WIE WONEN IN EEN VERPLEEGHUIS?

Waarover praten we? Wie wonen in een verpleeghuis en waarom wonen deze mensen daar? En zijn de verpleeghuisbewoners tevreden over de huisvesting, zorg en activiteiten? Dit hoofdstuk geeft een kijkje in de keuken van het verpleeghuis.

2.1 VERZORGINGSHUIZEN EN VERPLEEGHUIZEN: EEN WERELD VAN VERSCHIL

In Nederland wonen ruim 100.000 ouderen in verzorgingshuizen. In verpleeghuizen verblijven zo'n 68.000 mensen (hoofdzakelijk ouderen). Verzorgingshuizen zijn er grofweg in twee soorten. Het verzorgingshuis 'oude stijl' biedt de bewoner een kleine kamer en een minikeuken die slechts is ingericht voor het zetten van koffie en thee en het smeren van een boterham. Een avondmaaltijd koken, kan niet. Voor de warme maaltijd zijn de bewoners aangewezen op de maaltijdvoorziening van het huis. De ouderwetse huizen hebben dan ook doorgaans een grote keuken waar de maaltijden voor het hele huis worden bereid.

In de meer moderne verzorgingshuizen (woonzorgcomplexen) hebben de bewoners doorgaans een eigen appartement. Meestal met woon- en slaapkamer(s), keuken en badkamer. In principe zijn de ouderen in een modern verzorgingshuis zelfvoorzienend. Vaak kunnen ze ook gebruik maken van diverse faciliteiten die het huis biedt zoals een maaltijd- of boodschappenservice. In deze huizen is wonen en zorg vaak gescheiden. Mensen betalen huur en kopen zorg in. De bewegingsvrijheid en autonomie van de bewoners is relatief groot, tenzij ze alleen van een AOW moeten leven. In deze moderne constructie houden ze namelijk minder geld over dan in het traditionele model waarbij zij na betaling van de eigen bijdrage een vast zakgeld overhielden. Er is nog steeds een groep hoogbejaarde mensen

die graag in een verzorgingshuis wil wonen omdat ze behoefte heeft aan veiligheid en geen kopzorg meer wil hebben. Deze groep lijkt wel kleiner te worden. De meeste ouderen geven steeds vaker de voorkeur aan verzorgd maar wel zelfstandig wonen.

Naarmate mensen meer gezondheidsproblemen krijgen, kunnen ze ook gebruik maken van verpleeghuiszorg in de verzorgingshuizen. Daarmee vervaagt het onderscheid tussen verzorgingshuizen en verpleeghuizen. Er ontstaan steeds meer vormen van 'verpleegd wonen' waarbij de intensiteit van de zorg afhangt van de behoefte van de cliënt. Daar komt bij dat de afgelopen decennia de zorgwaarde (de intensiteit van de nodige zorg) in verzorgingshuizen drastisch is toegenomen. Als gevolg van voortschrijdende dementie kunnen mensen gaan 'dwalen' en hun dag en nachtritme kwijtraken. Wanneer dan een partner ontbreekt of de zorg niet meer aan kan, is opname in een verblijf met 24-uurszorg meestal onvermijdelijk.

Grofweg kunnen we verpleeghuizen onderscheiden in somatische en psychogeriatrische verpleeghuizen. Beide typen komen vaak onder één dak, in één instelling voor. In de regel hebben mensen in verpleeghuizen geen eigen appartement. Zelfs vaak geen eigen kamer.

In *somatische verpleeghuizen* verblijven mensen die dermate ernstige lichamelijke gezondheidsproblemen hebben dat ze niet meer zelfstandig kunnen wonen. Het gaat hier overigens niet alleen om ouderen, al vormen die verreweg de grootste groep. In veel verpleeghuizen zijn ook afdelingen voor mensen die revalideren na bijvoorbeeld een heupoperatie, beroerte of herseninfarct. Deze mensen hebben ook voortdurend zorg nodig. De zorg in somatische verpleeghuizen is bijzonder intensief. Afhankelijk van wat mensen zelf nog kunnen, worden ze in en uit bed geholpen, aangekleed, geholpen bij toiletbezoek, geassisteerd bij het nuttigen van een maaltijd, enzovoort. Daarnaast is vakkundig personeel aanwezig om zich met de vaak intensieve medische behandeling bezig te houden.

Psychogeriatrische verpleeghuizen of -afdelingen richten zich op mensen met een vorm van dementie of een andere stoornis in het geheugen of gedrag. Deze mensen hebben vaak de rest van

hun leven intensieve zorg nodig in een zo veilig mogelijke leefomgeving. Geregeld vindt opname plaats op grond van de Wet bijzondere opnemings in psychiatrische ziekenhuizen (Wet BOPZ) op basis waarvan mensen met een psychische stoornis gedwongen opgenomen kunnen worden als ze een gevaar vormen voor zichzelf en hun omgeving. Vaak ook hebben mensen een combinatie van fysieke en geestelijke beperkingen waardoor een combinatie van somatische en psychogeriatrische zorg nodig is. Zeker wanneer dementie zich in ernstige mate voordoet, is het belangrijk dat de oudere voortdurend wordt gezien zodat hij of zij geen gevaar voor anderen of voor zichzelf vormt en toch ook een waardig bestaan kan leiden. Dat maakt het noodzakelijk dat deze groep mensen veel aandacht en intensieve begeleiding krijgt.

2.2 WONEN IN EEN VERPLEEGHUIS

Opname in een verpleeghuis betekent helaas meestal verlies van zelfstandigheid en van de mogelijkheid zelf de dagindeling te bepalen, ook als dat voor een individuele cliënt (nog) niet nodig is. Waar het in verzorgingshuizen vaak nog goed mogelijk is dat ouderen bij hun partner kunnen blijven wonen, is dat in verpleeghuizen bijna nooit het geval. Bij opname in een verpleeghuis worden partners vaak noodgedwongen van elkaar gescheiden. Bij een combinatie van verpleegd en verzorgd wonen in een complex is veel makkelijker te regelen dat paren samen blijven.

Allochtone verpleeghuisbewoners zijn er nog niet veel. Dat komt vooral omdat de meeste allochtone ouderen nog geen hele hoge leeftijd hebben bereikt.

De bewoners van somatische verpleeghuizen of somatische afdelingen lijden aan diverse aandoeningen. Het gaat daarbij bijvoorbeeld om de gevolgen van een beroerte, hersenbloeding of herseninfarct. Maar ook patiënten die lijden aan de ziekte van Korsakov, HIV/AIDS en patiënten die revalideren van een zware operatie verblijven in een somatisch verpleeghuis. Vaak hebben de oudere bewoners zelfs twee of meer chronische aandoeningen; in veel gevallen ook incontinentieproblemen. Ongeveer zeventig procent van de bewoners zit in een rolstoel.

Zo'n kwart van de bewoners ligt met regelmaat of zelfs altijd in bed. Zeker in somatische verpleeghuizen heeft het overgrote deel van de ouderen regelmatig pijn. Dat alles betekent dat deze bewoners erg worden belemmerd in hun dagelijkse bezigheden die wel voor een vitale oudere zijn weggelegd. De meeste bewoners worden geholpen bij het eten en drinken, wassen of in en uit bed komen. Zelfstandig toiletbezoek is veelal moeilijk en ze hebben vaak hulp nodig bij het aankleden. Veel ouderen in verpleeghuizen horen of zien minder goed. Dat vraagt om extra hulp bij communicatie en verplaatsen.

Gezond en wel?

“Gezondheid gaat samen met een gevoel van competentie, sociale contacten en veerkracht. Het vermogen om eigen beslissingen te nemen en het hebben van een ondersteunend sociaal netwerk zijn van eminent belang bij het behoud van een goede gezondheid.” (Overbeek en Schippers, 2005)

Hoe is het met het welzijn van de gemiddelde verpleeghuisbewoner gesteld? Het overgrote deel van de verpleeghuisbewoners is gelukkig in staat te genieten van het leven. Toch heeft één op de vijf mensen in een verpleeghuis last van depressieve gevoelens. Ouderen die in een verpleeghuis verblijven zijn twee maal zo vaak ongelukkig als ouderen in een verzorgingshuis. Dit hangt deels samen met de lichamelijke en geestelijke gezondheidstoestand, maar ook met de kwaliteit van leven in een verpleeghuis. Wanneer de afhankelijkheid van zorg en begeleiding toeneemt, neemt de omvang en intensiteit van het sociale netwerk af. Het contact met vrienden verwatert vaak en ook met de familie is het contact vaak minder hecht.

Gelukkig krijgen de bewoners van verpleeghuizen over het algemeen regelmatig bezoek, maar voor acht procent van hen is dat bijna niet het geval. Eenzaamheid is - voor ouderen in het algemeen (32 procent van de ouderen voelt zich eenzaam), maar zeker ook voor verpleeghuisbewoners - in toenemende mate aan de orde van de dag. Bijna de helft van de verpleeghuisbewoners vindt dat de sociale contacten die men nog heeft oppervlakkig zijn en bijna twaalf procent voelt zich geïsoleerd van anderen. Een toenemend aantal ouderen lijdt aan dementie.

Dementie

Dementie is een chronische ziekte van de hersenen die ernstig lijden veroorzaakt. Dementie is de verzamelnaam voor aandoeningen die met het verlies van geestelijke vermogens verband houden. Er zijn diverse vormen van dementie. De ziekte van Alzheimer is de bekendste. Ongeveer 8 procent van de ouderen in de leeftijd van 70 tot 79 jaar lijdt aan dementie. Onder 80 tot 89 jarigen is dat ongeveer achttien procent en onder mensen van 90 jaar en ouder lijdt ongeveer 25 procent van de ouderen aan dementie.

Dementie is doodsoorzaak nummer één en het lijkt er niet op dat dit binnen afzienbare tijd anders zal zijn. Het aantal dementerenden in ons land neemt gestaag toe. Naar verwachting zal het aantal dementerenden toenemen van 175.000 (2006) tot 320.000 in het jaar 2030. Een toename van het aantal dementerende ouderen zal er toe lijden dat de zorgvraag verandert. Met andere woorden: er zal een verschuiving plaatsvinden van somatiek naar psychogeriatric. Daarbij zal de zorg niet uitsluitend worden gericht op fysieke beperkingen, maar zal ook intensieve begeleiding nodig zijn om mensen met een meer of minder verlies een menswaardig bestaan te kunnen bieden.

Activiteiten en ontspanning

Hoewel de verpleeghuizen die in de jaren zestig en zeventig zijn gebouwd een nogal ziekenhuisachtig karakter hebben, wordt in de meeste verpleeghuizen veel in het werk gesteld om het de bewoners naar de zin te maken. Voor een groot deel is het succes hiervan afhankelijk van het aantal vrijwilligers dat activiteiten voor bewoners organiseert. Het reguliere budget is vaak niet toereikend om voldoende activiteiten aan te bieden. Activiteiten worden afgestemd op de wensen en behoeften van de bewoners. Er blijkt echter weinig tijd om aan alle wensen te voldoen. Bij krapte in het budget worden de activiteiten het eerst geschrapt. Er bestaan überhaupt verschillende benaderingen bij instellingen. In het ene verpleeghuis is veel aandacht voor activiteiten en ontspanning, in het andere huis minder.

Het verblijven in woonkamers betekent voor sommigen slechts

een 'de dag doorkomen' omdat ze zelf niet veel meer kunnen. 'Snoezelen' is een goede methode om ernstig demente bewoners die niet meer reageren toch op hun gemak te stellen en een beetje te laten genieten. Juist door hen een veilig gevoel, ontspanning en rust te geven, kunnen zwaar dementerenden emotie tonen en soms reageren.

De 'eisljst' van mijn vader

Stella Braam

Een staatssecretaris voor de emancipatie van mensen met dementie. Die wens staat nummer één op de 'eisljst' van mijn vader René. Zo'n politicus zou de vooroordelen over mensen met Alzheimer moeten beslechten, zegt René (80), oud-psycholoog met Alzheimer en hoofdpersoon in 'ik heb Alzheimer, het verhaal van mijn vader' dat vorig jaar verscheen.

'Ze' zouden niets meer beseffen. René weet helaas beter. Je identiteit lost in nevels op. 'Net alsof je steeds minder bestaat.' Je bent voortdurend in paniek. Waar ben ik? Wie zijn die mensen? Wat is de bedoeling en wat wordt van mij verwacht? 'Voor een mens alleen is het niet te dragen.' En op een dag kom je niet meer uit je woorden. Dan gaan anderen over jou beslissen.

Het lijkt wel een griezelfilm: je wordt ontoerekeningsvatbaar verklaard, je wilsverklaring heeft geen waarde meer en je ontwaakt op de gesloten afdeling. Is mijn vader de hoofdpersoon in 'One flew over the Alzheimers Nest'? Hij bonkt op de nooduitgang. 'Laat me naar buiten!' Maar buiten komt hij amper meer. René: 'Het stempel dementie is een vrijbrief om iemand zijn burgerrechten te ontnemen.'

Wat heeft de zorg mijn vader te bieden? Zijn diepste behoeften (veiligheid, geborgenheid, vertrouwen) worden niet gekend in de door regels, inspecties en bureaucratie geplaagde zorg. Daarom heeft René nieuwe uitgangspunten

geformuleerd. Met trots presenteert hij zijn 'eislijst':

Als ik het voor het zeggen had,
komt er een staatssecretaris voor de emancipatie van mensen met dementie,
bereidt de politiek zich voor op de 'dementie-explosie',
staan ónze wensen centraal in de zorg;
wordt het Juliana-model ingevoerd: één op één zorg.

Verder:

*hebben wij recht op privacy,
op vrijheid,
en zeggenschap over eigen leven en tijd.*

Tenslotte:

*komt er een verbod op rustmedicatie.
Kunnen wij elke dag uitgebreid tafelen.
Hebben ook mensen met dementie recht op vrijwillige euthanasie.*

Stella Braam is onderzoeksjournalist en auteur van 'Ik heb Alzheimer'

3. DE KWALITEIT VAN DE VERPLEEGHUISZORG

De afgelopen jaren zijn verpleeghuizen nogal eens slecht in het nieuws geweest, vooral omdat de kwaliteit van de zorg in de huizen zwaar onder druk stond. Daar komt bij dat gebleken is dat de wereld van kwaliteitsmeting een complexe is. Bovendien geeft ze te denken of wel wordt gemeten wat we willen weten. Waar willen we naar toe met de verpleeghuiszorg? Wat vinden we belangrijk? Wie stellen we verantwoordelijk? Hoe moeten de verantwoordelijken die verantwoordelijkheid waarmaken? Dat zijn de vragen waar het om gaat. In dit hoofdstuk gaan we in op de kwaliteit van de verpleeghuiszorg, de wijze waarop kwaliteit wordt gemeten en de vraag waar de PvdA naar toe wil: welke eisen stellen wij aan de verpleeghuiszorg en waar moeten we binnen nu en tien jaar zijn?

3.1 KWALITEIT IN CIJFERS

In toenemende mate wordt in verpleeghuizen gewerkt met protocollen. Op basis daarvan wordt extra op specifieke kwaliteitselementen gelet. Veilig toedienen van geneesmiddelen, vrijheidsbeperkende maatregelen, decubitusbestrijding, privacy en voeding zijn vaak zaken die hieronder vallen.

Uit onderzoek van de Stichting Cliënt en Kwaliteit op basis van criteria die door samenwerkende patiënten- en consumentenorganisaties tot stand zijn gekomen, blijkt dat de tevredenheid van somatische verpleeghuisbewoners de afgelopen jaren is toegenomen, maar nog lang niet tot volle tevredenheid stemt. Opvallend is dat bewoners veel minder tevreden zijn geworden over hun dagbesteding. Over de kwaliteit van wonen en zorg zijn de bewoners het minst tevreden. Over de maaltijden het meest. Verpleeghuisbewoners blijken ook erg ontevreden over de inspraak, de informatievoorziening en de organisatie. De tevredenheid over vakbekwaamheid, bejegening en autonomie is iets groter.

Kwaliteit en ethiek

De discussie over kwaliteit in verpleeghuizen wordt vaak toegespitst op een paar belangrijke onderdelen van de zorg. Met fixatie en versterving dient zeer terughoudend te worden omgesprongen en medicatie dient zorgvuldig te worden toegepast. Juist omdat zonder heldere controleerbare afspraken over 'wanneer' en 'hoe' het gevaar dreigt dat deze vormen van zorg de kwaliteit onder druk zetten.

In de eerste plaats fixatie. Dit is de opzettelijke beperking van de bewegingsvrijheid met speciale hulpmiddelen, zoals de 'Zweedse band'. Soms worden bewoners van verpleeghuizen vastgezet om te voorkomen dat er buiten het zicht van de verzorgers vervelende dingen gebeuren. Fixatie gebeurt ter bescherming van de bewoner, maar vloeit vaak voort uit een gebrek aan toezicht en aandacht. Uit onderzoek van de Inspectie voor de Gezondheidszorg is gebleken dat in Nederland relatief veel wordt gefixeerd.

De PvdA vindt dat met zeer grote terughoudendheid met fixeren moet worden omgesprongen. Fixatie staan we niet toe, behalve in uitzonderlijke situaties. Bijvoorbeeld wanneer een verpleeghuispatiënt ondanks intensieve zorg en toezicht een gevaar voor zichzelf is of voor anderen. Bovendien moet dit niet worden overgelaten aan een individueel oordeel van een verpleegkundige of verzorgende. Er moeten protocollen worden gehanteerd met heldere criteria. Er zijn tal van menswaardige alternatieven voor fixatie. Bij de overweging tot het toepassen van fixatie moet de familie of de mentor altijd betrokken worden.

In de tweede plaats het levenseinde. Voor veel ouderen die in een verpleeghuis komen wonen, is dat hun laatste verblijfplaats. Anne-Mei The beschreef dit in haar boek over de psychogeriatrische verpleeghuiszorg: 'In de wachtkamer van de dood'. Mensen die in een verpleeghuis wonen en verder achteruit gaan, lijden aanzienlijk. Sommigen hebben voordat de dementie of somatische beperkingen hun intrede deden zelf een verklaring opgesteld waarin ze aangeven niet langer in leven te willen worden gehouden wanneer ze niet langer in staat zijn van het leven te genieten. De PvdA wil dat deze ver-

klaring wordt gerespecteerd. Maar meestal wordt de beslissing tot euthanasie of palliatieve sedatie pas genomen als het lijden ondraaglijk wordt. Arts, patiënt en zijn/haar familie nemen die beslissing samen. Dat vergt veel van de familie, maar uiteraard ook van de deskundigheid van de artsen en verpleegkundigen. De PvdA is van mening dat de euthanasiewetgeving zoals we die in ons land kennen, voldoende handvatten biedt voor zorgvuldig beleid. Het laten versterven van een oudere (het op een bepaald moment onthouden van voeding waardoor het stervensproces wordt bespoedigd) mag echter nooit door andere redenen worden ingegeven dan de keuze van de oudere zelf en/of van de nabije familie. Wanneer verpleeghuizen uit gebrek aan vakkundig personeel en tijd voor mensen onvoldoende aandacht kunnen besteden aan de begeleiding bij het eten en drinken, is er iets fundamenteel mis. De zaken die de afgelopen jaren hebben gespeeld, waren voor de PvdA dan ook aanleiding om de noodklok te luiden over de kwaliteit en financiering van de verpleeghuiszorg.

Ten slotte de medicatie. Een ernstige bron van zorg. De hoge toediening van antidepressiva roept vragen op naar de afweging bij het voorschrijven ervan. Er mogen geen medicijnen worden toegediend die mensen rustig houden, omwille van de rust en efficiëntie op een afdeling. Te vaak worden medicijnen toegediend die niet ontwikkeld zijn voor dementerenden en die allerlei ernstige bijverschijnselen veroorzaken. De PvdA wil nader onderzoek naar optimale medicatie die op de patiënt is afgestemd. Het aantal fouten in de medicatievoorziening moet drastisch naar beneden. Dit staat of valt met voldoende opleidingsniveau van het personeel en investeringen in uitwisseling van gegevens.

3.2 WAT IS KWALITEIT VOOR DE PVDA?

Iedereen heeft recht op een fatsoenlijk bestaan. Wij willen mensen in een onzekere wereld vol kansen op succes en kansen op falen, de zekerheid bieden dat tegenslag niet betekent dat je aan de kant komt te staan. Een fatsoenlijk bestaan is het minste waar mensen van op aan moeten kun-

nen. Publieke voorzieningen moeten uitblinken door toegankelijkheid, kwaliteit, fatsoen en wederkerigheid. (...) Toegankelijkheid zal daarbij vaak het belangrijkste publieke belang zijn, omdat geld niet mag domineren waar andere overwegingen maatgevend moeten zijn. (...) Wij willen dat iedereen zich verbonden voelt met de publieke voorzieningen en daaraan ook bereid is bij te dragen. Dat lukt alleen door de belastingbetaler kwaliteit te bieden. Fatsoen betekent vooral dat afhankelijkheid van en vernedering door anonieme bureaucratieën moet worden tegengegaan.

Bron: Het PvdA-beginselprogramma

Het PvdA-beginselprogramma spreekt over fatsoen, menswaardigheid. Ook de verpleeghuiszorg moet aan die norm voldoen. Voor de PvdA betekent goede verpleeghuiszorg dat mensen zorg krijgen die voldoet aan de modernste inzichten. Goed opgeleide en toegeruste medewerkers bieden die zorg. Het betekent dat er voldoende tijd is voor een rustige persoonlijke bejegening. Het betekent recht op privacy, ontmoetingen met anderen en ontspanningsactiviteiten. Het betekent lekker, zo nodig met hulp, kunnen eten en drinken. Het betekent eigen schone kleren dragen en niet die van een ander. Kwaliteit is ook keuzevrijheid en maximaal jezelf kunnen blijven. De PvdA vindt dan ook dat er verschillende pakketten verpleegd wonen mogelijk moeten zijn die aansluiten bij de voorkeuren van bewoners. De basiszorg is voor iedereen van gelijke en goede kwaliteit, maar mensen mogen kiezen voor iets meer ruimte. Een glas wijn bij de maaltijd bijvoorbeeld of iets vaker op stap. Kwaliteit betekent voor de PvdA dat de zorg moet aansluiten bij wat de verpleeghuisbewoner nodig heeft. Voor een deel bepaalt de (medische) indicatie dat maar vooral ook geeft de cliënt aan wat hij wil en belangrijk vindt. Wanneer een cliënt dat zelf niet meer kan aangeven, dan dienen de zorg, ondersteuning en de welzijnsvoorzieningen nóg zorgvuldiger aan te sluiten bij wat iemand nog wel kan en waar iemand behoefte aan heeft. Een indicatie is er om zo nodig herzien te worden. Het is geen statisch gegeven. Mensen die zorg nodig hebben mogen nooit slachtoffer worden van bureaucratie en administratieve rompslomp.

3.3 KWALITEIT METEN

Kwaliteitsmeting in verpleeghuizen is nog in ontwikkeling. Dat is niet vreemd. Het blijkt namelijk niet eenvoudig om op een evenwichtige manier de kwaliteit te meten, zonder dat dit leidt tot een overmatige stroom van bureaucratische rompslomp en registratie in de verpleeghuizen. Daar komt bij dat er bijvoorbeeld over dementie nog heel weinig bekend is, waardoor methoden van verplegen, verzorgen en behandelen nog in ontwikkeling zijn. Meer kennis en deskundigheid - juist ook bij huisartsen en wijkverpleegkundigen over bijvoorbeeld de ziekte van Alzheimer - maakt het mogelijk om beter in te schatten hoe de ziekte zal verlopen en te bepalen wanneer welke hulp nodig is. Protocollen kunnen op andere fronten helpen de zorg goed in te richten en veel leed voorkomen. Voorbeelden hiervan zijn richtlijnen voor voeding en bestrijden van doorligwondingen (decubitus). Kwaliteit is echter lang niet altijd direct meetbaar en dat moeten we ook niet willen. We moeten niet doorschieten in een bedrijfsmatige kramp waarbij we alles in kostprijzen en prestaties willen uitdrukken. Dat heeft onvermijdelijk een stroom bureaucratie tot gevolg die het echte handwerk in de zorg niet ten goede komt. Uiteraard moet de 'harde' medische en verzorgende kwaliteit goed op orde zijn en zorgvuldig worden bewaakt. Dat is ook waarom de PvdA zo hard heeft aangedrongen op de normen voor verantwoorde zorg, die nu heel mondjesmaat vruchten beginnen af te werpen. De PvdA vindt echter dat verpleeghuizen meer aandacht moeten besteden aan de subjectieve kwaliteit: de tevredenheid van de cliënten zelf en van de direct betrokkenen (familie, vrijwilligers, maar ook verpleegkundigen, verzorgenden en artsen). Pas dan komt het welbevinden van de cliënt centraal te staan en zal soms ook blijken dat de kwaliteit die bewoners ervaren een andere kan zijn dan de kwaliteit die plastische meetmethoden aangeven.

Hoe moeten verpleeghuizen de eigen kwaliteit meten?

Wanneer we nader bezien hoe verpleeghuizen de eigen kwaliteit meten, dan valt op dat dit op veel verschillende wijzen gebeurt. Bovendien worden de gegevens die hier uit voortkomen op verschillende manieren gebruikt voor verbeteringen.

Met andere woorden: er is weinig uniformiteit. Uit onderzoek van het NIVEL is gebleken dat op het gebied van de zorgverlening juist informatie uit zorgplannen en zelf ingestelde commissies kan leiden tot kwaliteitsveranderingen. Wanneer dus uit een zorgplan blijkt dat de bewoner andere zorg nodig heeft, of wanneer een commissie vaststelt dat op bepaalde kwaliteitsaspecten verbeteringen moeten worden doorgevoerd, dan leidt dit vaak tot daadwerkelijke verbeteringen. Intercollegiale toetsing leidt nog onvoldoende tot bijstellingen in de praktijk. Ook wordt nog onvoldoende kennis gedeeld tussen verpleeghuizen onderling. Wanneer een methode of werkwijze in het ene verpleeghuis goed werkt, verdient dat wellicht bredere toepassing ook in andere huizen. Er wordt echter weinig gekeken bij de burens: hoe doen andere huizen het, waarin verschillen we en wat kunnen we van elkaar leren?

Nebahat Albayrak, Mariëtte Hamer en Peter van Heemst (allen kamerlid voor de PvdA) bezochten Geriatrisch Centrum en Verpleeghuis Antonius Binnenweg in Rotterdam:

'Miranda van Leeuwen, werkt als belevingsconsulent in verpleeghuis Antonius Binnenweg te Rotterdam. Ze doet gedragsobservaties maar is ook intensief betrokken bij de opleiding van het personeel. Miranda van Leeuwen: "Op de persoon gericht werken kost op zich niet meer tijd, maar bij veel personeelsleden is het systematisch werken / onpersoonlijk werken erin geslopen en er moeilijk uit te krijgen. Dat kost wel veel tijd. Er is sprake van een attitudeprobleem. Jonge mensen komen blanco binnen maar nemen het voorbeeld over van de oudgedienden".'

In al haar bezoeken aan verpleeghuizen hoorde de PvdA ook vaak dat in sommige huizen - juist door het streven naar meer doelmatigheid - een cultuur van productiezorg heerst. 's Ochtends werken teams van verpleegkundigen en verzorgenden naar elkaar toe van het ene uiteinde van de gang naar het andere. Dit ochtendritueel tussen zeven en tien kent grote snelheid, waarbij geen tijd is voor het persoonlijke aandacht. Dat hier het doelmatigheidsstreven te ver is doorgevoerd, kunnen we de medewerkers niet verwijten. Integendeel. Zij vinden

dit heel treurig. Hier zien we goed dat kwaliteit soms iets anders is dan efficiëntie en zorgvuldig medisch handelen alleen. Dit pleit ervoor om signalen van personeel en cliënten zeer serieus te nemen wanneer zij aangeven dat er te weinig tijd is voor de mensen. De overheid moet in het toezicht op de kwaliteit veel nadrukkelijker meewegen of er voldoende tijd voor mensen blijft en de visie van de werkers en cliënten hierin beter meenemen.

Als we kijken in hoeverre de organisatie in staat is om kwaliteitsproblemen te signaleren en hiermee aan de slag te gaan, dan wordt duidelijk dat de klachtenbehandeling over het algemeen wel leidt tot actie en snel 'verbeterbeleid'. Ook functioneringsgesprekken kunnen vaak goede informatie opleveren voor verbeteringen. Niet in alle verpleeghuizen gebeurt dit even systematisch. Klachten bespreekbaar maken is niet altijd eenvoudig, maar het is dé manier om de tevredenheid over de verpleeghuiszorg te vergroten.

Adviezen van cliënten en gebruikers - bijvoorbeeld uit tevredenheidsonderzoeken onder bewoners en/of medewerkers - worden nog onvoldoende gebruikt. Dit zou er opnieuw op kunnen wijzen dat tot op heden vaak ongrijpbaar blijft wat een lage ontevredenheid onder bewoners veroorzaakt. Het kan ook zijn dat tevredenheidsonderzoeken weinig inzicht geven in de factoren die ten goede kunnen worden beïnvloed. Wanneer cliëntenraden overigens goed zijn ingebed in de organisatie, werkt dit aanwijsbaar positief op de kwaliteitsontwikkeling.

Hoe moet de overheid toezien op de kwaliteit van verpleeghuizen?

De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) is krachtens de wet belast met het toezicht op de kwaliteit van de zorg, een van de grondwettelijk taken waarvoor de rijksoverheid verantwoordelijkheid draagt. Het kwaliteitstoezicht is van groot belang, omdat mensen recht hebben op kwaliteit van zorg en kwaliteit van leven. De Inspectie voert onderzoek uit wanneer zich calamiteiten voordoen in verpleeghuizen, maar ze voert ook preventief onderzoek uit. Zeker toen verpleeghuizen negatief in het nieuws kwamen en het parlement de staatssecretaris ter verantwoording riep, is het toezicht versterkt. De toezichtme-

thode is de laatste jaren veranderd. Er is meer gelaagd en gefaseerd toezicht gekomen. Kort samengevat houdt dit in dat verpleeghuizen in de eerste plaats zelf de kwaliteit registreren en dat de Inspectie toeziet op de kwaliteit van deze registratie. Ze verscherpt het toezicht wanneer risico's onaanvaardbaar groot zijn.

De Inspectie hanteert bepaalde indicatoren. Op basis daarvan wordt inzicht verkregen in belangrijke kwaliteitselementen. Dat is zinvol, maar lang niet altijd even waardevol. Sommige indicatoren meten slechts de mate waarin aandacht is voor bepaalde zaken of blijven beperkt tot het meten van het gemiddeld aantal keren dat mensen onder de douche mogen. Nog te weinig wordt gemeten wat de uitkomsten zijn: in hoeverre draagt het geheel van zorg- en welzijnsvoorzieningen bij tot het welbevinden van de verpleeghuisbewoner? Daarbij komt dat verpleeghuizen nog heel vaak verschillende methoden en definities hanteren om de kwaliteit te meten. En er wordt nog te weinig gekeken naar goede voorbeelden in andere huizen of op andere afdelingen. Ten slotte blijkt – vanwege de bestuurlijke verdeling in Nederland – op een aantal fronten dat de Inspectie sommige zaken wel kan constateren, maar dat, wanneer snel gezocht moet worden naar oplossingen, niet alleen het verpleeghuis verantwoordelijkheid draagt, maar ook bijvoorbeeld de gemeente of het zorgkantoor. Kwaliteitsproblemen kunnen immers ook ontstaan wanneer eenvoudigweg de nodige aanpassingen in een huis niet van de grond komen omdat geen vergunningen worden afgegeven of toestemming wordt verleend. De bestuurlijke drukte maakt dat de kwaliteit wel eens een speelbal wordt van bestuurlijk overleg. Er wordt naar elkaar gewezen, maar een oplossing komt er niet.

“Zonder het belang van al deze wet- en regelgeving ter discussie te willen stellen, moeten we ons wel realiseren dat het belang van de ouderen die al jaren wachten op menswaardige huisvesting op de allerlaatste plaats lijkt te zijn gezet. Pas als alle belangen voldoende zijn zeker gesteld, kan groen licht worden gekregen voor bouwplannen waar op zichzelf een grote maatschappelijke vraag naar is. Er is geen overheid of politiek bestuurder die de bevoegdheid heeft die

belangenafweging te doorkruisen en te zeggen: ‘Ik stel goede huisvesting voor ouderen nu voorop.’”

Uit: Tussen Regels en Realiteit, Ella Kalsbeek en Jeroen Dijsselbloem

De PvdA vindt dat vanuit het kwaliteitstoezicht van de rijksoverheid meer kracht mag spreken wanneer bestuurlijke drukte goede oplossingen in de weg staat. Dat betekent concreet dat de Inspectie pressie moet kunnen uitoefenen om bestuurlijke partijen (gemeenten, woningbouwcorporaties, indicatieorganen en instellingen) er bijvoorbeeld toe te bewegen wachtlijstproblemen op te lossen als de kwaliteit onder druk staat. Desnoods moet de minister deze partijen een aanwijzing kunnen geven. Bestuurlijke constructies en verantwoordelijkheidsverdelingen moeten namelijk altijd ten dienste staan van het eindproduct: toegankelijke en kwalitatief hoogwaardige verpleeghuiszorg.

“Een schrijnend voorbeeld komt van de teamleidster van De Oude Ketel. Daar revalideert een meneer die thuis is gevallen. De andere bewoners mijden hem of zitten de hele dag op hem te katten. Dat doen ze omdat hij stinkt, vertelt de teamleidster. ‘Hij kwijlt en trekt aan tafelkleedjes en is niet meer goed bij.’

Die zit verkeerd, weet de tweede teamleidster. ‘Hij moet naar een psychogeriatrische afdeling.’

Kan niet, zegt de blonde teamleidster: ‘Hij heeft geen indicatie.’ Dus zet ze de man elke dag voor het raam van zijn slaapkamer. ‘En als ik dan twee uur later langs loop zit ie er nog.’

De teamleidster van De Troffel: ‘Je hart breekt.’

De teamleidster van De Oude Ketel: ‘Zulke gevallen hebben we steeds meer.’ Weet de inspecteur hoe dit verder moet? ‘Is de meneer van de val hersteld’ vraagt Jannie Speksnijder, inspecteur van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ). De teamleidster knikt.

Dit is verkeerde-beddenproblematiek, concludeert de verpleeghuisinspecteur. En dat is heel vervelend, voegt ze er in één adem aan toe, ‘want daar gaan we niet over’. Een

gemeentelijke organisatie bepaalt op welke afdeling patiënten worden geplaatst. Toezicht daarop is geen inspectietaak. Daarom kan Jannie Speksnijder aan wachtlijsten niks doen. Maar ze zal de kwestie aankaarten bij het management. 'Misschien is er ruimte meneer overdag te laten meedraaien met activiteiten voor dementerenden.'

Maar is dit verantwoord, probeert de teamleidster nog een keer. 'Ik lever nu slecht werk af.'

Het is niet wenselijk, zegt Speksnijder. 'Maar meer kunnen u en ik er nu niet aan doen.'"

Bron: NRC Handelsblad van 28 januari 2006

Een belangrijke ontwikkeling om de verschillende methoden en kwaliteitsinstrumenten op elkaar af te stemmen is het toetsingskader verantwoorde zorg, dat is voortgekomen uit het visiedocument 'Op weg naar normen voor verantwoorde zorg.' In beide documenten zijn door alle veldpartijen in de sector verpleging en verzorging (brancheorganisaties, beroepsgroepen, cliëntenorganisaties in afstemming met verzekeraars en inspectie) afspraken gemaakt over de minimale eisen waaraan de zorg in verpleeghuizen moet voldoen. Meer uniformiteit moet er niet alleen toe leiden dat organisaties zelf de kwaliteit kunnen meten en verbeteren, het moet er ook toe leiden dat de vergelijkbaarheid toeneemt en geleerd kan worden van zogeheten 'best practices.' De PvdA vindt het van groot belang dat alle zorginstellingen invulling geven aan verantwoorde zorg. Nu wordt te veel alleen gekeken naar het halen van een certificaat. Maar daarmee is verantwoorde en klantgerichte zorg nog niet gegarandeerd.

3.4 CLIËNTENPARTICIPATIE EN DE 'SUBJECTIEVE KWALITEIT'

Onlosmakelijk verbonden met het kwaliteitsvraagstuk is de vraag naar de cliëntenparticipatie. De PvdA vindt dat het oordeel van de cliënt over kwaliteit, maar vooral ook over het eigen welbevinden als verpleeghuisbewoner, veel zwaarder moet wegen dan nu het geval is. Het is daarnaast niet voor niets dat

de PvdA heeft aangedrongen op versterking van de Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen (Wmcz). Als gevolg daarvan moet elke zorginstelling - en dus ook elk verpleeghuis - over niet al te lange tijd een eigen cliëntenraad hebben, met onafhankelijke financiering.

1. De cliëntenraad

Cliëntenraden moeten een stevigere positie krijgen in verpleeghuizen: een stem in het beleid dat moet aansluiten bij de wensen van bewoners, maar ook een stem in het toezicht op de kwaliteit. In gesprekken met directies, inspraak en het klachtenproces hebben cliëntenraden per definitie een informatieachterstand. De effectiviteit van de cliëntenparticipatie is bovendien sterk afhankelijk van de bekwaamheid van de leden van de cliëntenraad. Het is dus zaak hierop te sturen. Aan de harde kant: welke faciliteiten en middelen zijn nodig om tijd vrij te maken voor dit intensieve werk. En aan de zachte kant: welke vaardigheden, technieken (bijvoorbeeld onderhandelen) heeft men nodig om een stevige partij te zijn en de oren open te houden voor de belangen van hen die de cliëntenraad vertegenwoordigt.

2. De tevredenheid van de cliënt leidend

In algemene zin is de PvdA van mening dat kwaliteit veel meer gemeten dient te worden vanuit het cliëntenperspectief en/of de cliënttevredenheid. Het gaat in zorg en welzijnsverlening immers om het welbevinden van mensen. Instellingen voldoen wellicht aan alle harde kwaliteitsindicatoren, maar dat hoeft nog niet te betekenen dat er tijd is voor mensen. De tevredenheidstoetsing is inmiddels in gang gezet maar moet meer worden toegepast. Een goed model hiervoor is het zogeheten CAPHS-systeem. (CAPHS staat voor Consumer Assessment of Health Plans Survey, een methode van kwaliteitsmeting op basis van de tevredenheid van patiënten, consumenten en cliënten).

3. Het zorgplan

Het zorgplan moet meer centraal komen te staan, waarbij afstemming met cliënt, mantelzorger en vrijwilligers ook een expliciete plaats krijgt. Het zorgplan kan ook gebruikt worden

om de toetsing van de tevredenheid aan op te hangen. Het opstellen van het plan valt of staat immers met formulering van de wensen van de cliënt. Realisatie van die wensen bepaalt de tevredenheid en het tekortschieten van die realisatie speelt een rol bij de tevredenheidstoetsing en kwaliteitsverbeteringen.

3.5 CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

- Er is in de meeste verpleeghuizen te weinig tijd voor mensen. Het opleidingsniveau in verpleeghuizen is te laag en budgetten zijn ontoereikend om het opleidingsniveau te verbeteren. Meer aandacht voor het welzijn, interactie en de waardigheid van mensen is een voorwaarde voor kwaliteit. Kwaliteitsmeting moet zich beperken tot enkele zaken. Cruciaal is de openheid over de resultaten van Inspectieonderzoek en tevredenheidonderzoek onder de bewoners. Openheid maakt het mogelijk gericht te werken aan kwaliteitsverbetering.
- Het zorgplan wordt nog onvoldoende systematisch gebruikt voor afspraken met bewoner, familie, zorgverleners, ondersteuners, vrijwilligers en mantelzorgers, maar ook om problemen in algemene zin te detecteren. In het zorgplan melden verzorgende, arts, diëtist, voedingsassistent, apotheker en activiteitenbegeleider regelmatig hun informatie over één en dezelfde bewoner.
- Leren van fouten en leren van elkaar is iets wat nog volstrekt onvoldoende gebeurt. Marktprikkels en afgerekend worden op weinig zeggende indicatoren leidt tot middelmatig presteren en niet tot samenwerking tussen huizen, maar tot afstoting. Positief gedrag wordt beloond. Het moet lonen om kennis te delen en van elkaar te leren.
- Een te veel aan regels (bureaucratie) ondermijnt de professionaliteit. Er zijn veel tegenstrijdigheden. Huizen die hun eigen gang gaan, lijken beter te presteren. *Moet een loopbad een ribbelige bodem hebben (veiligheid: tegen uitglijden) of glad zijn (hygiëne)? Mogen dementerenden hun eigen groenten verbouwen en klaar maken of staat de voedingsrichtlijn dat niet toe?* Beloon goed gedrag en goede uitkomsten dus veel meer. Dat is ook de positieve uitdaging voor de zorgverle-

ner. 'Best practices' die uitbreiding verdienen, worden landelijk ingevoerd/gestimuleerd.

- De Inspectie neemt te vaak de organisatie als maat terwijl de kwaliteit gemeten moet worden. Het gaat er niet om of de voorwaarden aanwezig zijn, maar of het eindresultaat voldoet. Elke dag douchen is het criterium niet, maar de vraag of de oudere zich schoon voelt en fris ruikt.
- De Inspectie ziet toe op de aanwezigheid van voldoende opgeleid personeel, handhaven van de richtlijnen voor verantwoorde zorg en, indien nodig, scherp toezien op het verbeterplan. Slecht presterende instellingen worden onder toezicht geplaatst en bij onvoldoende snelle verbetering verplicht tot het accepteren van nieuw management en alle andere maatregelen waartoe de Inspectie besluit. De Inspectie krijgt daarvoor een budget ter beschikking.
- Mensen mogen niet belemmerd worden in hun bewegingsvrijheid (fixatie), behalve in uitzonderlijke situaties. Bijvoorbeeld wanneer een verpleeghuispatiënt ondanks intensieve zorg en toezicht een gevaar voor zichzelf is of voor anderen. Medicatie wordt niet toegediend omwille van de rust op de afdeling, maar alleen in het belang van de patiënt.
- Er is recht op een onafhankelijk oordeel over het zorgplan, medicatie of fixatie, wanneer twijfel bestaat over de noodzaak. Bewoners zonder familie krijgen een mentor die hun belangen behartigt.
- Bewoners krijgen de mogelijkheid om bovenop de basiszorg en voorzieningen die van hoog niveau zijn, aanvullende diensten afnemen.
- Bewoners worden gerespecteerd als zij duidelijk aangeven niet meer te willen eten of drinken, af te zien van behandeling of bij het tegemoetkomen aan hun eerder (volgens de regels van de wet) vastgelegde wens tot euthanasie. De familie speelt een belangrijke rol bij het juist interpreteren van de wens van hun geliefde. Bij ontbreken van familie vervult de mentor deze rol.

Alleen tevreden medewerker levert goede zorg

Bère Miesen:

“Op vrijdag 4 november 2005 meldde de Volkskrant, onder de kop ‘**Kwaliteit verpleeghuis openbaar**’, dat verantwoordelijke partijen in de ouderenzorg zich hebben vastgelegd op een jaarlijkse kwaliteitsmeting.

Of daarmee de kwaliteit van de *zorg voor mensen met dementie* (en hun familie) ook in de circa driehonderd (psychogeriatrische) verpleeghuizen stijgt, is nog maar de vraag. Een minstens zo relevante vraag is in hoeverre het zelfbeeld van de beroepsgroep met deze maatregelen gebaat is en of kwaliteitsvergelijking ook bijdraagt aan hun tevredenheid met het werk. Verzorgenden die zich prettig voelen zijn in de regel meer betrokken, leergierig en empathisch. Dat beïnvloedt de manier waarop ze de bewoners en familie bejegenen en daarmee de kwaliteit van hun leven en indirect ook hun tevredenheid over de geboden zorg. Voor het management van verpleeghuizen redenen te over om de arbeidssatisfactie van verzorgenden serieus te nemen.

Ik vind de voorgestelde metingen onvoldoende toegesneden op zorg voor ouderen met dementie en hun familie. Zorgen voor mensen met dementie vereist een fundamentele reflectie op hoe je de kwaliteit van die relatie kunt meten. ‘Goede zorg’ is in de regel niets anders dan de vrucht van een sterke gehechtheid tussen bewoner en medewerker die juist bij dementie voortdurend onder druk staat. Daarom is er sprake van ‘**goede zorg**’ als het management een evenwichtige combinatie realiseert van kleinschalig wonen en op multidisciplinaire deskundigheid gebaseerde professionele zorg. Zorg is pas goed als uit het gedrag van de patiënt/bewoner kan worden afgeleid dat zij niet alleen een gevoel van houvast, maar ook een gevoel van controle en veiligheid ervaart; als familieleden het gevoel hebben dat zij door verzorgenden en hulpverleners worden beschouwd als ‘partners in de zorg’; en als verzorgenden en hulpverleners zelf het gevoel hebben dat zij permanent worden ondersteund, niet alleen

door middel van kennisoverdracht maar ook in emotioneel opzicht.

Als het verpleeghuismanagement van de overheid meer vertrouwen en houvast krijgt, zal het creatiever en innoverender ondernemerschap vertonen. Daar zijn alle ‘partijen’ in de zorg bij gebaat.”

Bère Miesen is lector psychogeriatricie aan de Haagse Hogeschool/TH Rijswijk en o.a. verbonden als adviseur psychogeriatricie aan het WZH-verpleeghuis De Strijp-Waterhof. Auteur van onder meer ‘Liefde voor het leven, zorgen voor mensen met dementie’, Houten: BSL (2006)

4 WERKERS, VRIJWILLIGERS, FAMILIE

De kwaliteit van de verpleeghuiszorg valt of staat met goed op geleid personeel, tijd voor mensen en goede samenwerking tussen artsen, verzorgenden, verpleegkundigen, familie en vrijwilligers. De afgelopen jaren hebben diverse ontwikkelingen er toe geleid dat de aandacht voor de verpleeghuisbewoner een ondergeschikte is geworden aan de systemen, de doelmatigheid en de snelheid van werken. De PvdA vindt dat alles in het werk gesteld moet worden om werkers, vrijwilligers en familie de ruimte te bieden om in goede samenwerking te doen wat nodig is in het belang van de verpleeghuisbewoner. Dit hoofdstuk geeft de visie van de PvdA op de rol van de werkers, vrijwilligers en familie.

4.1 DE WERKERS

Uit het Inspectierapport van 2004 bleek dat 48 verpleeghuizen niet aan de minimale eisen voldeden. In maart 2005 werd een meldpunt voor de verpleeghuiszorg ingericht bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Dit meldpunt werd in de eerste drie weken duizend maal gebeld. De klachten gingen in grote lijnen over de bejegening van de patiënt, communicatie en afhandeling van klachten. Ook werd er geklaagd over verzorging, verpleegkundige handelingen, medische zorg en vrijheidsbeperkende maatregelen. De derde categorie klachten betrof de organisatie van de zorg: het management, overleg en personeel. Ook vonden enkele klagers dat hun familielid niet op de juiste plek wordt verzorgd.

Voor de bewoner van een verpleeghuis en voor zijn of haar familie is het onverdraaglijk als de zorg die iemand nodig heeft niet kan worden gegeven. Of als de geleverde zorg van onvoldoende kwaliteit is of als zodanig wordt ervaren. Dat kan gebeuren door een slechte organisatie in een verpleeghuis,

slechte overdracht en communicatie, te hoge werkdruk of onvoldoende motivatie bij het personeel. In de berichtgeving over de onvolkomenheden in de zorg in verpleeghuizen wordt er vaak van uit gegaan dat verpleegkundigen en verzorgenden met een beetje goede wil in staat zouden moeten zijn een en ander ten goede te veranderen. Of dat anders het management van het betreffende verpleeghuis maar eens moet ingrijpen. In een apart manifest heeft de PvdA aangegeven wat er moet gebeuren voor de werkers op het brede terrein van de zorg. Hier beperken we ons tot de werkers in de verpleeghuiszorg.

Verzorgenden in verpleeghuizen zijn ontevreden over de tijd die ze voor hun cliënten hebben. Slechts 28 procent van hen vindt dat er voldoende tijd is om de cliënten goed te verzorgen. Dit blijkt uit de recente monitorpeiling van het Panel Verpleegkundigen en Verzorgenden (V&V), waarin werd onderzocht hoe verpleegkundigen en verzorgenden aankijken tegen hun werk. Ook werd gevraagd wat het beroep aantrekkelijk maakt. 64 procent noemt meer bij- en nascholingsmogelijkheden, 62 procent noemt het krijgen van meer waardering binnen de organisatie voor hun werk.

Het personeel van de Trivium Zorggroep Twente is het er over eens: *“De verpleeghuiszorg heeft een imago probleem. De politiek moet ook meer op de bres springen voor de ‘deugende’ verpleeghuizen.”*

Tachtig procent van de ondervraagden is van mening dat de directie hen op de hoogte houdt van belangrijke beleidsbeslissingen. Van de verpleegkundigen en verzorgenden vindt 55 procent dat de directie nauwelijks op de hoogte is van de feitelijke problemen van de verpleging en verzorging. Een op de zes is actief betrokken bij de beleids- en besluitvorming. Ruim de helft werkt in een organisatie met een Verpleegkundig Adviesraad (VAR). De helft voelt geen of weinig waardering vanuit de directie. Eenderde voelt zich niet of weinig gewaardeerd door artsen waarmee ze samenwerken. Verpleegkundigen en verzorgenden ervaren waardering vooral van hun cliënten en in mindere mate van hun direct leidinggevende.

Wouter Bos: *“Na bezoeken aan verschillende verpleeghuizen is mij duidelijk geworden dat de afstand tussen de leidinggevende en werkvloer vaak veel te groot is. Steeds vaker zien we mensen op directie- of bestuurdersniveau die geen achtergrond in de zorg hebben. Als we de verpleeghuiszorg dichterbij mensen willen brengen moet de groeiende kloof tussen werkers en bestuurders worden gedicht.”*

Van de ondervraagden vindt 58 procent dat de werkdruk verlaagd moet worden. Bijna de helft vindt het te druk. Driekwart slaat wel eens een koffie- of rustpauze over. Vier van de vijf verzorgenden werkt wel eens over omdat het druk is. Ruim een kwart slaat (zeer) vaak pauzes over of werkt (zeer) vaak over vanwege de drukte. Eenderde denkt beter te functioneren als de werkdruk zou verminderen. 28 procent van de verzorgenden in verpleeghuizen is van mening voldoende tijd te hebben om goede zorg te verlenen. De helft van de verzorgenden in verpleeghuizen vindt dat er nog te weinig werkdrukmaatregelen zijn genomen. De helft vraagt meer inspraak in het beleid van de afdeling/het team en een duidelijker loopbaanperspectief. Veel verzorgenden (37 procent) willen meer ondersteuning van de leidinggevende; anderen verlangen juist meer zelfstandigheid in het werk.

Het aantal dementerenden zal de komende jaren toenemen, in de eerste plaats door de vergrijzing van de bevolking. Het aantal mensen met dementie zal oplopen van circa 175.000 (2006) tot ruim 280.000 in 2020 en circa 320.000 in 2030. Ongeveer 65.000 mensen met dementie wonen in een instelling. Ongeveer driekwart woont thuis. Mensen met dementie verliezen de controle over hun leven en zijn zich dat vaak nog heel lang bewust. De familie van patiënten met dementie wordt geconfronteerd met vele praktische maar vooral ook emotionele problemen.

De verpleeghuiszorg zal in toenemende mate behoefte krijgen aan personeel dat ook andere talen dan Nederlands spreekt: Sranan, Papiamentu, Marokkaans, Turks, et cetera. Een van de eerste vaardigheden die dementerenden verliezen, is namelijk het spreken van een tweede of derde taal. Bewoners die uit

andere landen afkomstig zijn, zullen meer en meer terugvallen op hun moedertaal. Er dienen dan medewerkers te zijn die met hen kunnen communiceren.

Klinisch psychogerontoloog Bèrre Miesen zei bij de aanvaarding van een lectoraat psychogeriatricie aan de Haagse Hogeschool dat mensen met dementie een persoonlijk rampenplan nodig hebben waarmee hun lijden kan worden verlicht. Een dreigend tekort aan meer adequaat gekwalificeerde beroepskrachten bij een toenemend aantal mensen met dementie kan ook volgens Alzheimer Nederland worden opgevat als een dreigende ramp. Om die ramp te voorkomen is het nodig aanpassingen te maken in de wijze waarop de zorg wordt gegeven. Veel mensen willen graag zo lang mogelijk thuis blijven wonen. Voor veel mensen met dementie is dit ook mogelijk met hulp van familie en andere mantelzorgers. Mantelzorgers kunnen de zware taak volhouden als zij weten dat er plaats is in een instelling als het werkelijk niet anders meer kan. Zonder die wetenschap zullen mantelzorgers eerder kiezen voor opname om te voorkomen dat er een moment aanbreekt waarop iedereen met de rug tegen de muur staat en niet alleen de patiënt maar ook de mantelzorger daarvan de dupe wordt. Zowel voor familie en mantelzorgers om een patiënt heen, als voor gediplomeerde verpleegkundigen en verzorgenden geldt dat ze vaak onvoldoende kennis hebben over dementie en de gevolgen daarvan voor de patiënt. Een goed zorgplan kan alleen maar gemaakt worden als naast de dementie ook gekeken wordt naar de individuele mens met dementie. Met technieken als ‘warme zorg’, zintuigactivering en vormen van activiteitenbegeleiding kan zorg op maat gegeven worden die de patiënt goed doet.

In kleinschalige woonvormen staat het groepswonen voorop en worden zorg en wonen zoveel mogelijk benaderd als in een gezinssituatie. Cliënten voelen zich beter en gebruiken minder medicijnen. Op dit moment is nog slechts vijf procent van de verblijfs capaciteit voor mensen met dementie volgens dit concept opgezet. Voor verpleegkundigen en verzorgenden betekent het organiseren van de zorg in kleine groepen echter wel een intensivering van de zorg. Het is niet efficiënt een gediplomeerde verpleegkundige in te zetten voor huishoudelijke taken in een kleinschalige woonvorm. Alle disciplines uit een groot

verpleeghuis overplaatsen naar een kleinschalige woonvorm is financieel en organisatorisch ook niet mogelijk. Ook spelen de sociale arbeidsomstandigheden een rol. Het werk met een bewoner met dementie kan in een kleinschalige woonvorm als bevredigender worden ervaren, maar een verpleegkundige of verzorgende heeft ook intercollegiale toetsing en contacten nodig om prettig te kunnen functioneren. De PvdA kiest voor kleine groepen maar wil dat er veel aandacht is voor de arbeidsomstandigheden en het werkplezier van de medewerkers. Interessant is dat Zeeuwse ervaringen opleveren dat het ziekteverzuim aanvankelijk afneemt om na een aantal jaren sterk toe te nemen. Het is nodig dit te onderzoeken.

4.2 VRIJWILLIGERS

Vrijwilligers zijn onmisbaar en worden dat in de toekomst steeds meer. De arbeidsmarkt wordt als gevolg van de ontgroening erg krap voor verzorgenden. Vrijwilligers ontlenen een grote persoonlijke voldoening aan hun werk. Organisaties moeten vrijwilligers een eigen plaats in de organisatie geven en zeer serieus nemen. De medewerkers en de vrijwilligers moeten op basis van gelijkwaardigheid leren samenwerken. Instellingen zullen actief contact moeten leggen met HBO's, ROC's en middelbare scholen om studenten en scholieren te werven voor vrijwilligerswerk. Studenten en scholieren verdienen er studiepunten mee.

4.3 MANTELZORGERS, FAMILIEZORG

Saskia Noorman-Den Uyl en Co Verdaas (beiden Tweede Kamerlid voor de PvdA): *“De belangrijkste klacht van de familie was het ontbreken van goed toezicht in de nacht. De directeur deelt die zorg en werkt dan ook aan een nieuw elektronisch systeem. De familie had veel waardering voor het personeel in het bijzonder en daarnaast veel waardering voor de werkwijze en openheid van de organisatie van ‘de Gooyer’. Zeker het laatste half jaar ging het ronduit naar wens. Prettig om zo’n verhaal ook een keer te horen.”*

Partners en familie leveren een haast onvervangbare en onschatbare bijdrage aan de zorg. De gemeente zou de mantelzorgers veel beter moeten ondersteunen, zeker als chronisch zieken en ouderen thuis wonen. Ook respijtzorg om op adem te komen kan vaker ingezet worden. Op die manier kunnen mensen zo lang mogelijk zelfstandig blijven wonen. In de instelling moet de bijdrage van de familie beter tot zijn recht kunnen komen. Vaak wordt deze niet eens vastgelegd in het zorgplan. Dat zou wel moeten. Veel partners en kinderen hebben onterecht het gevoel in de weg te lopen terwijl zij, als het goed is, partners in de zorg voor hun geliefde zijn.

4.4 CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

- Er komt een plan van aanpak voor het opleidingsniveau van medewerkers in verpleeghuizen. Daarin staan de personeelsnormen voor de ouderenzorg nauwkeurig geformuleerd. Oftewel: het aantal mensen van een bepaald deskundigheidsniveau dat nodig is voor het vastgestelde aantal patiënten en de zorgzwaarte. In het plan staat exact hoe deze doelstellingen te halen zijn: vergroten van de capaciteit, verhogen van het opleidingsniveau, meer interne opleidingen, meer stagemogelijkheden en het klaarstomen van opleidingen voor een nieuwe visie op verpleegservice en huiselijkheid.
- Verpleegkundigen en verzorgenden krijgen meer inspraak in het kwaliteitsbeleid: ook de tevredenheid van de medewerker moet onderdeel van de kwaliteitsbeoordeling zijn. Mogelijk kan een subcommissie van de Ondernemingsraad in verpleeghuizen inspraak krijgen - evenals de cliëntenorganisaties - op het kwaliteitsbeleid van de instelling.
- Er komt meer intercollegiale toetsing en er komen mogelijkheden tot verdieping en leren van anderen.
- Verzorgenden zijn niet langer boekhouders van zorgzwaarte en kwaliteitszorgsystemen. Het zorgplan is de basis voor het werk. ICT moet registratietijd voor het zorgplan en kwaliteitssysteem beperken tot maximaal 5 procent van de werktijd.

- De aandacht voor toenemende diversiteit van cliënten en werkers in de zorg binnen instellingen, opleidingen, beroepsorganisaties, vakbonden en overheid wordt verruimd.
- In lijn met het PvdA-plan 'Investeren in participatie' komen de participatiebanen terug. Met name ook in verpleeghuizen is dit van belang om enerzijds de doorstroming van deze werknemers te bevorderen naar een reguliere baan en anderzijds de instroom van verplegend en verzorgend personeel te bevorderen.

De directeur van verpleeghuis Antonius Binnenweg te Rotterdam: *"Het afschaffen van de Melkertbanen is een enorm verlies geweest. We hadden tachtig 'Melketiers'."*

- Vrijwilligers en mantelzorgers krijgen een zelfstandige plaats in de lijn van de organisatie. Er komen goede voorzieningen voor de vrijwilligers zoals reis- en onkostenvergoeding, kinderopvang in vakanties en deskundigheidsbevordering.
- Het vrijwilligerswerk wordt gestimuleerd in verpleeghuizen naar Noors model: vrijwilligerswerk is fiscaal aantrekkelijk en maakt integraal onderdeel uit van het zorgplan; sociale stages voor jongeren worden bevorderd.
- Er komt meer (extra) geld voor de ondersteuning van mantelzorgers.
- De mogelijkheden voor respijtzorg en de bekendheid hierover bij mantelzorgers worden vergroot.
- Er komt een fiscale maatregel voor mantelzorgers die minimaal een half jaar meer dan acht uur per week mantelzorg verlenen.
- Er komt meer aandacht voor jonge mantelzorgers en mantelzorg binnen de geestelijke gezondheidszorg.
- De subsidiering van koepels en structuren van maatschappelijke betrokkenheid wordt niet stopgezet zonder dat daar een samenhangende visie aan ten grondslag ligt.

Personeelsbeleid in de grote steden

- Het wegwerken van de wachtlijsten is ten koste gegaan van het opleidingsniveau van de medewerkers. Er is een extra

impuls nodig om bij deze groep alsnog de noodzakelijke deskundigheid te bereiken.

- Veel medewerkers zijn alleenstaande moeders en gaan gebukt onder de dubbele belasting van werk en gezin. Vaak hebben ze om aan alle materiële wensen te voldoen ook nog een baan erbij in de thuiszorg. Gemeenten zorgen, zeker met het oog op de kwaliteit van de zorg, samen met instellingen voor extra begeleiding van deze medewerkers.
- In de grote steden verzorgen overwegend zwarte vrouwen voor witte dementerende ouderen. Dat veroorzaakt over en weer onbegrip en frustratie. Samen liedjes van vroeger zingen is dan niet zo simpel. De grote steden krijgen ondersteuning om de problematiek van de multiculturaliteit aan te pakken.
- Met het Centrum voor Werk en Inkomen worden programma's ontwikkeld voor de instroom van oudere werknemers en werkzoekenden. Met het vervallen van de AOW-toeslag voor jongere partners komt een geheel nieuwe doelgroep van vrouwen rond de vijftig in beeld.

Stel het individu centraal

Marthijn Laterveer

Veel verpleeghuizen lijken nog steeds op een ziekenhuis: lange gangen met grote afdelingen en meerpersoonskamers. Het zijn gebouwen die gemaakt zijn om er kort te verblijven en niet om er te wonen. Juist voor dementerenden is een overzichtelijke, huiselijke omgeving belangrijk. Bovendien is een kleinschalige organisatie van de zorg, waarbij zoveel mogelijk aangesloten wordt op iemands levensritme veel menselijker.

Zowel voor de dementerende zelf als voor familie is het pijnlijk wanneer wonen in de thuissituatie niet meer lukt. Als thuis wonen onmogelijk wordt moet je kunnen rekenen op een plek, waar op menselijke en warme wijze zorg wordt verleend. En waar iemand ondanks zijn of haar ziekte als individu wordt gezien met eigen wensen en een eigen manier van leven.

Maar ook het totale aantal verpleeghuisplaatsen in Nederland is een probleem. Het is een schande dat dementerenden soms in de thuissituatie de hele dag vastgebonden zitten omdat er geen plaats is in een verpleeghuis. De wet uitbeiden zodat ook bij mensen thuis vrijheidsbeperkende maatregelen mogen worden toegepast is geen oplossing. Er zullen meer kleinschalige voorzieningen voor dementerenden gebouwd moeten worden.

Ik hoop echt dat er op korte termijn maatregelen worden genomen. De regering zal moeten zorgen dat het totale aantal kleinschalige verpleeghuisplaatsen voldoende is om zorg aan dementerenden te leveren. Meerbedskamers moeten snel tot het verleden behoren. Management van zorginstellingen heeft de taak om samen met de cliëntenraad invulling te geven aan verantwoorde zorg. Zorg die warmte uitstraalt en recht doet aan ieder individu.

Papier is geduldig. Beleidsmatig maakt een jaar meer of minder niet zoveel uit. Maar voor mensen die met dementie geconfronteerd worden is een jaar een lange periode. Die hebben er weinig aan als over vijf jaar de meerpersoonska-

mer verdwijnt. Laten we dus snel aan de slag gaan om de zorg aan dementerenden een menselijker gezicht te geven!

Marthijn Laterveer is coördinator landelijke belangenbehartiging van de Landelijke Organisatie Cliëntenraden (LOC)

5. DE FLESENHALS VAN DE OUDERENZORG

Hoe is het met de wachtlijsten gesteld in de verpleeghuiszorg en wat kunnen we in de toekomst met de vergrijzing op komst, verwachten? Leidt meer doelmatigheid in de sector van verpleging en verzorging nu daadwerkelijk tot meer verpleeghuisplaatsen? Dit hoofdstuk schenkt aandacht aan de capaciteit in de verpleeghuiszorg.

5.1 DE FLESENHALS

De vergrijzing en daardoor de groei van het aantal mensen met dementie, leidt tot een toenemende vraag naar verpleeghuisplaatsen. Wanneer er voor de meest zware zorg onvoldoende plaats is in de verpleeghuizen, blijven de zware patiënten in de ziekenhuizen of verzorgingshuizen. Voor de mensen die nog thuis wonen geldt dat zij op korte termijn zeer intensieve thuiszorg nodig hebben om zich te kunnen redden. Al met al is de verpleeghuiszorg een flessenhals van de ouderenzorg. De hals (beschikbaarheid van plaatsen in verpleeghuizen) is al lange tijd te krap en door de vergrijzing zal de inhoud van de fles (het aantal mensen dat verpleeghuiszorg nodig heeft) de komende jaren groter worden. Met andere woorden: hoe breder de flessenhals, hoe minder groot de kans is op verstopping. Wachtlijsten voor verpleeghuizen vormen een groot maatschappelijk probleem. En dit staat nog los van de vraag of we in staat zullen blijken in de toekomst ouderen te voorzien van voldoende kwaliteit in de ouderenzorg. Voor de PvdA dus alle redenen om te bezien wat nodig is om die wachtlijsten op korte termijn weg te werken en er alles aan te doen om voor de toekomst voldoende plaatsen beschikbaar te hebben.

5.2 HOE GROOT IS HET PROBLEEM?

Wachtlijsten zijn voor een deel onvermijdelijk. Tussen het vaststellen dat iemand verpleeghuiszorg nodig heeft en de daadwerkelijke verhuizing naar een verpleeghuis is enige tijd zelfs noodzakelijk. De oudere en familie kunnen de nodige voorbereidingen treffen en dat geldt ook voor het verpleeghuis. Het komt ook voor dat - hoewel de oudere een indicatie heeft voor een verpleeghuis - hij of zij besluit hier niet op in te gaan. Bijvoorbeeld omdat de overbruggingszorg voldoende soelaas biedt. Voor thuiswonende mensen met een verpleeghuisindicatie is dat minder waarschijnlijk, maar voor bewoners van een verzorgingshuis kan de tevredenheid met aanvullende voorzieningen in het verzorgingshuis reden zijn af te zien van verhuizing naar een verpleeghuis.

In de wachtlijstontwikkeling van de laatste jaren vallen twee zaken op. Allereerst zijn de wachtlijsten sinds het aantreden van het eerste kabinet Balkenende nauwelijks afgenomen. Er bestaat geen precies inzicht in de ontwikkeling van de wachtlijst in deze periode omdat tussen 2003 en eind 2005 geen systematische wachtlijstmeting is uitgevoerd. Dit terwijl onder het tweede kabinet Kok juist extra inspanningen zijn verricht om met enige regelmaat zicht te kunnen krijgen in de omvang en oorzaken van de wachtlijsten. Hiervoor werd speciaal een Taskforce 'Aanpak wachtlijsten' ingesteld die concrete doelstellingen formuleerde voor het terugdringen van de wachtlijsten. De kabinetten Balkenende hebben deze doelstellingen niet overgenomen. Pas eind 2005 kwam hier enigszins verandering in toen de resultaten werden gepubliceerd van een AWBZ-brede wachtlijstmeting. Daarbij zijn ook de verpleeghuizen meegenomen. Wanneer de cijfers van 2003 worden vergeleken met die van eind 2005, zien we dat wachtlijsten enigszins zijn afgenomen doordat de bedden capaciteit is toegenomen met 0,3 procent en de verpleegduur is verkort met 1,2 procent. Per saldo is de wachtlijst echter nauwelijks verkort (ongeveer 1 procent) omdat het aantal ouderen met een verpleeghuisindicatie toenam in dezelfde periode. Uit de laatste wachtlijstgegevens blijkt dat 28.376 cliënten wachten op een plaats in somatische verpleeghuizen en 7.523 op een plaats in een psychogeriatrisch huis. De gemiddelde wachttijd voor een verpleeghuisindicatie

bedraagt nog altijd bijna negen maanden. Voor ruim 31 procent bedraagt de wachttijd zelfs meer dan een jaar. 9 procent van de mensen met een verpleeghuisindicatie staat meer dan twee jaar op een wachtlijst.

In de tweede plaats valt op dat het kabinet de verantwoordelijkheid voor het terugdringen van de wachtlijsten heeft afgeschoven naar de instellingen. In de begroting van 2006 is niet langer een concrete doelstelling opgenomen om de wachtlijsten terug te dringen. In deze begroting wordt de verantwoordelijkheid als volgt omschreven: 'Het monitoren van de doelmatigheid van de zorgverlening en de omvang van de wachtlijsten en het zonedig aanspreken van betrokkenen.' Over een eindresultaat wordt in het geheel niet meer gerept. De PvdA vindt dat volstrekt onacceptabel.

5.3 DOELMATIGHEID EN BUREAUCRATIE

Het vergroten van verpleeghuiscapaciteit is vanzelfsprekend niet de enige methode om wachtlijsten te verkleinen. Meer doelmatigheid bereik je ook door verhoogde arbeidsproductiviteit: dus meer mensen moeten geholpen worden met minder personeel. Dat kan op twee manieren: de werkers werken efficiënter en kiezen ervoor bepaalde zaken achterwege te laten óf er wordt geïnnoveerd door bijvoorbeeld slimme hulpmiddelen te gebruiken, waardoor sneller kan worden gewerkt. Op dit moment kan van de eerste oplossing geen sprake meer zijn: verdere efficiëntieslagen zouden ten koste gaan van de kwaliteit. Innovatie biedt echter wel degelijk kansen, maar vergt vaak investeringen op de korte termijn. Wanneer er tekorten op de begroting bestaan, wordt vaak niet geïnvesteerd, omdat dat de al penibele situatie verder zou verslechteren.

Twee voorbeelden

Mevrouw Van der Wiel is zwaar dement. Ze loopt nog zelfstandig, maar de arts heeft geconstateerd dat ze een groot risico loopt op een heupfractuur, wanneer ze niet onder begeleiding loopt of met de nodige hulpmiddelen.

Verzorgenden die onvoldoende tijd hebben om mevrouw Van der Wiel steeds in de gaten te houden, maken haar vast in haar stoel. Een heupbeschermer - die de instelling zou kunnen aanschaffen - zou soelaas kunnen bieden, maar de instelling vindt de investering te groot. Bovendien komen de kosten van een eventuele heupfractuur niet voor rekening van de instelling (via de AWBZ gefinancierd), maar voor rekening van de Zorgverzekering. Streven naar doelmatigheid in de organisatie is hier dus: geen heupbeschermer, een heupfractuur, tijdelijk een extra kamer vrij want mevrouw Van der Wiel verblijft in het ziekenhuis. Maar is dit doelmatig qua kosten? Is het welbevinden van mevrouw Van der Wiel meegenomen in deze doelmatigheidsafweging?

Meneer Stok werd dagelijks uit bed geholpen met een tillift. De tillift stelt de verpleegkundige in staat zonder fysieke belasting, meneer Stok in en uit bed te helpen. Stok is echter van begin af aan doodsbang voor het tafereel dat zich elke twee dagen afspeelt en blijft daarom liever in bed. Zijn somatische klachten waren niet zo ernstig dat hij in bed zou moeten blijven liggen, maar sinds hij weigert in de 'monsterlijke tillift te gaan', zoals hij die noemt, gaat Stok zienderogen achteruit. De tillift die werd gebruikt, was oud en is niet in te stellen op de patiënt, waardoor het altijd moeizaam gaat en lang duurt. Investeren in moderne liften die per persoon zijn af te stellen, zijn voor het verpleeghuis 'niet aan de orde' want de oude liften zijn nog niet afgeschreven. De kosten van de fysieke achteruitgang van meneer Stok - omdat hij zijn bed niet meer uit komt - zijn niet meegewogen. De kosten voor de extra tijd en belasting voor de medewerkers evenmin.

Deze voorbeelden laten zien waar het streven naar doelmatigheid op strandt. Het kabinetsbeleid heeft innovatie veel te weinig bevorderd. In 2005 kwamen de brancheorganisaties met het ministerie van VWS in een convenant overeen dat jaarlijks een doelmatigheidswinst zou moeten worden geboekt van 1,25 procent en dat gelijktijdig een korting van 1,25 procent zou kunnen worden gehanteerd op de tarieven die verpleeghuizen krijgen op basis van de indicaties.' Onderdeel van de afspraken was ook een vermindering van de administratieve lastendruk

met 60 miljoen euro. Dit betekent voor de verpleeghuizen dat ze met minder geld meer mensen moeten verzorgen.

De Rekenkamer² concludeerde in 2003 dat de mate waarin verpleeghuizen meer doelmatigheid kunnen bereiken, sterk afhangt van factoren waar men niet per definitie invloed op heeft. De belangrijkste conclusie uit dat onderzoek is dat de kwaliteit van het werk en de kwaliteit van het personeel in negatieve verhouding staan tot de doelmatigheid. Met andere woorden: hoe doelmatiger een verpleeghuis werkt, hoe meer dat ten koste gaat van de kwaliteit van zorg. Uiteraard is dat ook sterk afhankelijk van de wijze waarop verpleeghuizen omgaan met andere factoren die wel een positieve invloed hebben op de doelmatigheid en niet ten koste gaan van de te leveren zorgkwaliteit. Zo kan het intern opleiden van verpleegkundig personeel bijdragen tot meer doelmatigheid. Evenals het instellen van een eigen apotheek. Ook kunnen beslissingen om bepaalde activiteiten uit te besteden of juist zelf op te vatten bijdragen aan doelmatigheid, zonder dat dit ten koste gaat van de kwaliteit.

We hebben de afgelopen jaren gezien waar het streven naar doelmatigheid – zoals het kabinet dat heeft gehanteerd – toe heeft geleid: beknipten op kwaliteit en primaire levensbehoeften en een gebrek aan persoonlijke aandacht voor mensen.

De PvdA-kamerleden Klaas de Vries en Varina Tjon A Ten bezochten verpleeghuis De Strijp-Waterhof op de grens van Den Haag en Rijswijk. Klaas de Vries: *“Wat ik niet wist, is dat veel dementerenden 's ochtends bij het wakker worden geen idee hebben waar ze zijn. Dat geeft aanleiding tot agressief gedrag waartegen ze dan weer pillen krijgen. De behoefte aan medicatie is echter juist in De Strijp-Waterhof sterk afgenomen door zoveel mogelijk een huiselijke sfeer te creëren. Alles gebeurt in groepen van zes mensen. Het eten wordt niet meer centraal verzorgd, maar het koken vindt plaats in de eigen groep. De bewoners mogen mee naar de winkel om voor de maaltijden in te kopen. Resultaat? Er wordt meer en beter gegeten en gedronken.”*

Bureaucratie, de manager en de professional

De afgelopen jaren is de regelzucht in verpleeghuizen drastisch toegenomen, uitwassen van wat we de ‘nee cultuur’ kunnen

noemen. Alles dient controleerbaar en afrekenbaar te zijn. Iets mag pas als de regels dat toestaan. Regeldruk en toezicht zijn voor zover ze het eindresultaat representeren niet verkeerd, maar controle werkt verlamdend op inventiviteit, creativiteit en maatwerk. Er is slechts tijd voor de medische handeling, niet voor het welzijn. Een teveel aan controle leidt tot een productiecultuur en niet tot menselijkheid en menswaardig handelen. Verpleegkundigen, artsen en vrijwilligers zien dit dagelijks gebeuren. Er wordt afgerekend op basis van het aantal keren dat de bewoner wekelijks onder de douche gaat, ongeacht of deze liever een extra spelletje doet. Een andere uitwas van het bedrijfseconomisch model is de toename van het aantal managers en vooral ook de toenemende kosten van de administratieve handelingen die gepaard gaan met toegenomen controle en bureaucratie. Het management staat vaak ver af van de werkvloer. Vaak zijn het mensen zonder zorgachtergrond. De autonomie van de professional staat hierdoor onder druk. De keurslijven die het management opdringt, beperken de professional in het ‘goed doen van het werk’.

De PvdA vindt dat de regeldruk drastisch moet worden verminderd in de verpleeghuizen en dat controle systemen veel slimmer moeten worden ingezet. Niet de middelmaat mag worden beloond (het schuwen van risico en innovatie), maar excellentie. Investeren dus in verdiend vertrouwen.

5.4 DE PVDA-AGENDA

- De wachtlijsten worden op korte termijn weggewerkt. Op termijn werken we toe naar enige overcapaciteit. Dan kunnen mensen kiezen, hoeft een kamer niet onmiddellijk na het overlijden te worden leeggehaald, raken mensen tijdens

1. Convenant AWBZ 2005-2006. Ondertekenaars zijn: de staatssecretaris van VWS, Arcare, GGZ Nederland, de Landelijke Vereniging voor Thuiszorg (LVT), de Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN) en het Branchebelang Thuiszorg Nederland.

2. Rekenkamer. Internetbijlage bij de ‘Handreiking meten van doelmatigheid’ Technieken voor het meten van doelmatigheid. 2003.

een ziekenhuisopname hun kamer niet kwijt en kunnen ze met de familie op vakantie.

- Wachtlijsten worden systematisch gemeten waarbij de rijksoverheid het parlement jaarlijks informeert over de voortgang van de bouw en vraagontwikkeling. Hierbij wordt specifiek in beeld gebracht waar tekorten het meest nijpend zijn en welk beleid hier gevoerd wordt om die tekorten zo snel mogelijk terug te dringen.
- Er komt een andere definitie van doelmatigheid. Doelmatigheid begint bij een basiskwaliteit en blijft altijd een combinatie van kosten en *kwaliteit*. Juist ook baten van diepte-investeringen voor instellingen spelen een rol bij het doelmatigheidsvraagstuk: maatschappelijk en persoonlijk welbevinden en subjectieve kwaliteit. Dus de overheid regelt niet alles minutieus, maar laat aan de instelling over op te schrijven hoe ze met voedsel omgaat en dat controleert. Goed gedrag wordt beloond.
- Van een managementcultuur naar een zorgcultuur: managers hebben weer affiniteit met het zorgproces.
- Er wordt veel meer onderzoek gedaan naar wat doelmatige behandelingen zijn. Doelmatigheid wordt ook uitgedrukt in gezondheidswinst, vrijheid en leefgenot. En in snelheid van ingrijpen bij calamiteiten. Dat laatste veronderstelt de mogelijkheid van snel opschalen.

Investeren in medewerkers is hard nodig

Anne-Mei The:

“Toen ik in het verpleeghuis meeliep, schrok ik van de schrale zorg. Dat wat ik in mijn eigen leven doe zonder erbij na te denken – opstaan, naar de WC gaan, eten en drinken – om vervolgens met het echte leven te beginnen, beheerst de dag in het verpleeghuis. En zelfs daar komt het personeel regelmatig niet aan toe.

We onderschatten hoe belangrijk en moeilijk het werk van verzorgenden is. Het is zwaar werk met existentiële vraag-

stukken en dagelijkse dilemma's. Er is veel geduld en psychologisch inzicht nodig om goed met de bewoners en hun familie om te kunnen gaan. In onze samenleving waarderen we deze zorg te weinig; de status van het vak is laag en de betaling mager.

In het verpleeghuis draait het om de kwetsbare afhankelijkheidsrelatie tussen bewoners en medewerkers op de werkvloer. Als deze relatie onder druk komt te staan wordt het een machtsverhouding die kan worden misbruikt. Dat is geen boze opzet, maar het gevolg van een aantal ontwikkelingen van de afgelopen jaren. De toegenomen werkdruk door de gestegen zorgzwaarte en het dalende opleidingsniveau van verzorgenden. De bureaucratie, de grotere afstand tussen management en werkvloer en de hogere verwachtingen van buitenstaanders over de te leveren zorg.

Ik heb dringend behoefte aan een integrale visie op de verpleeghuiszorg. Laten we ons geweten niet sussen met louter protocollen en Normen voor Verantwoorde Zorg, maar de confrontatie aangaan. Wat hebben we er echt voor over? Welke politieke keuzes zijn we bereid te maken?

Wat mij betreft moet in verzorgenden worden geïnvesteerd met scholing, reflectie en leidinggevend terug op de werkvloer. Want hoe kunnen medewerkers bewoners steunen en met respect behandelen als zij niet worden gesteund en met respect worden behandeld? Daarnaast moet aan de structurele voorwaarden worden voldaan en moet het maatschappelijke besef ontstaan dat we als samenleving het verpleeghuis krijgen wat we creëren. Anders blijft het dweilen met de kraan open.”

Anne-Mei The is als antropoloog en jurist verbonden aan de Vrije Universiteit in Amsterdam. Zij verricht onderzoek naar de beslissingen rond het levenseinde en is auteur van 'In de wachtkamer van de dood'.

6. Bouw

Zoals al eerder in dit boekje duidelijk werd: zowel voor de kwaliteit als voor de capaciteit van de verpleeghuiszorg, zijn we in grote mate afhankelijk van de bouw. Aan de ene kant van nieuwe capaciteit, maar vooral ook voor het vergroten van de privacy van bewoners en in verband met de extramuralisering. In dit hoofdstuk gaan we specifiek op de bouwproblematiek in.

6.1 PROBLEMANALYSE

De PvdA vindt dat het kabinet tot op heden te weinig actie heeft ondernomen om de privacy van verpleeghuisbewoners te verbeteren. Al in 1996 werd beloofd de meerbedskamers te vervangen door één- en maximaal tweepersoonskamers. De PvdA heeft in 2005 bij de begrotingsbehandeling het plan gelanceerd om op korte termijn een *recht* op een eigen kamer te creëren. Hoewel het kabinet het tijdspad van de PvdA niet heeft overgenomen, is toegezegd dat voor 2010 dit recht op een eigen kamer materieel gerealiseerd zal zijn.

Er wordt onvoldoende bijgebouwd en het bouwkader wordt onvoldoende benut. De jaarlijkse investeringsruimte - we noemen dat het bouwkader - is jarenlang onderbenut geweest en niet gebruikt om meer te bouwen. Als gevolg daarvan staan we voor de moeilijkere taak om de opgelopen bouwachterstanden in te lopen. De wachtlijst is niet weg en dreigt groter te worden. Van de 16.000 extra plaatsen die in 2010 gereed moeten zijn, moeten de meeste nog worden gebouwd. Nog steeds staan regels en kwaliteitsnormen het kleinschalig bouwen of innovatief bouwen in de weg.

Kamerlid Sharon Dijksma bezocht de Trivium zorggroep Twente. Het Trivium biedt onder meer verpleeghuis- en verzorgingshuiszorg en diensten die daarmee samenhangen in Borne, Bornerbroek en Hengelo. Sharon Dijksma: *“Het*

Trivium zit in een veranderingsproces voor nieuwbouw. Op dit moment zijn er nog grote woongroepen (huiskamers voor zestien mensen) en verblijven vier cliënten op één kamer. Door de nieuwbouw wordt het mogelijk om kleinschaliger te werken. Het Trivium had al veel eerder met de nieuwbouw willen starten, maar door alle regeltjes van het College Bouw duurde dit heel erg lang. Overigens ook door stroperigheid.”

Hannie Stuurman en Luuk Blom bezochten de Stichting Regionale Zorgverlening in Zeeland. Wat was hun indruk? *“Het College Bouw bemoeit zich tot op detailniveau met elk bouwproject. Tijdens de goedkeuringsfase wil men alles zien, tot op het niveau van de elementenraming. Ook maximale budgetten die men hanteert voor grondkosten zijn niet altijd werkbaar, terwijl ook voor de goedkeuring van deze post de prijs die een gemeente of projectontwikkelaar hanteert weer met begrotingen moet worden onderbouwd. Tijdens de bouw wil het CBZ via kwartaalrapportages op de hoogte worden gehouden. Naar aanleiding van deze kwartaalrapportages hoor je echter nooit wat.”*

Verpleeghuizen of woningbouwcorporaties beschouwen het College Bouw vaker als vijand dan als vriend. Het plan om het College Bouw volledig af te schaffen en daarmee meteen de geldende kwaliteitsnormen, is wel erg kort door de bocht. Een ondergrens als maatstaf voor het nieuwe bouwen is noodzakelijk. Bijvoorbeeld om de privacy en kwantiteit in de gaten te kunnen houden. Er moet in elk geval een verplichte certificering van de kwaliteit van huisvesting worden opgezet. Het College Bouw kan zeker ook voor de verspreiding van kennis en als aanjager nog een belangrijke rol vervullen. Bij nieuwbouw is het feit dat oude gebouwen nog niet zijn afgeschreven, een groot probleem (het probleem van de boekwaarde). De financiering (aflossing en rente) van gebouwen wordt immers gedurende een lange periode afbetaald. Op het moment dat gemoderniseerd moet worden, is dit bedrag vaak nog lang niet volledig afbetaald. In het nieuwe stelsel van ‘integrale tarieven’ en eigen financiële verantwoordelijkheid wordt de hoge boekwaarde op verouderde gebouwen echt een probleem. Ook het verkopen van de grond is lang niet altijd moge-

lijk. In de beleidsvoorstellen van het kabinet komen nog geen adequate oplossingen voor.

Zorgkantoren hebben als indicierend orgaan een belangrijke positie en zouden een regionale visie moeten ontwikkelen. Vaker echter staan ze vooruitgang in de weg en worden ze ervaren als tegenstanders, niet als medestanders. Voor het vernieuwen van bijvoorbeeld de zorginfrastructuur zijn ze vaak geen partner. De PvdA kiest voor het afschaffen van de zorgkantoren ten gunste van een sterkere rol van de gemeente.

6.2 WAT WIL DE PVD A?

1. Geschikte huisvesting: kleinschalig, sociaal en op maat

Op dit moment heeft slechts 60 procent van de 75-plussers een geschikte woning. Voor mensen met matige of ernstige beperkingen is dat percentage 72 procent. Dit betekent overigens niet dat ouderen altijd een aangepaste woning wensen. Uit onderzoek blijkt dat hoger opgeleiden minder geïnteresseerd zijn in speciaal voor ouderen bestemde woningen of woonvormen, met uitzondering van goed uitgeruste woonzorgcomplexen.

Het belangrijkste is dat het voorzieningenniveau in de buurt op peil blijft. De PvdA kiest voor servicepunten in de buurt en voor het behoud van essentiële functies voor welzijn en zorg die voorheen gekoppeld waren aan verpleeghuizen. Bijvoorbeeld het restaurant, het zorginformatiepunt, de wijkzuster en de buurtconciërge. Maar ook sociale netwerken zijn belangrijk. Wijken moeten zo ontworpen of aangevuld worden dat ze de onderlinge betrokkenheid van bewoners stimuleren. Verder moet er veel meer variatie in woningen komen. Denk aan tandemwoningen waar beide partners kunnen verblijven ook als één van beiden verpleging nodig heeft en kangoeroewoningen waar verschillende generaties bij elkaar kunnen wonen. Steeds belangrijker is het dat woning en woonomgeving levensloopbestendig zijn. We moeten waken voor te veel van hetzelfde. Woningen moeten gevarieerd zijn in type, grootte en prijs. Ze moeten passen bij fysieke aspecten (gezondheid), financiële aspecten (inkomen en vermogen) en sociale aspecten (netwerk in de buurt, hechting aan de woonomgeving).

Saskia Noorman - Den Uyl en Co Verdaas bezochten verpleeghuis de Gooyer in Amsterdam. Wat viel op? *“Ook hier geklaag over tal van regels die nieuw- en verbouw bemoelijken of in de dagelijkse praktijk absurd uitpakken. Zo zijn de deuropeningen van het gesloten verpleeghuisdeel enkele millimeters te smal. Dat dreigt nu de erkenning als verpleeghuis te blokkeren, terwijl er in de dagelijkse praktijk geen probleem is. Het zal wel goed komen, maar het idee dat hier energie aan op gaat is al te absurd voor woorden.”*

2. Capaciteit: zowel nieuw- als oudbouw gewenst

Door het relatief afnemen van plaatsen in verzorgingshuizen en andere instellingen neemt de vraag naar andere woonvormen toe. Het College Bouw rekende onlangs nog voor dat geen van de mogelijke scenario's voor de bouwbehoefte zal worden gehaald als het huidige kabinetsbeleid wordt voortgezet. Het beleid is tot op heden veel te weinig ambitieus en het lijkt er op dat we met een groot tekort aan goede ouderenhuisvesting te maken krijgen. Het kabinet heeft tot op heden nauwelijks tot geen actie ondernomen om extra te bouwen, of de boekwaardeproblematiek op te lossen.

De PvdA wil van de nood een deugd maken. Het tekort aan verpleeghuisplaatsen moet worden opgevangen door gelijktijd aan de slag te gaan met de extramuralisering. Als ideaalmodel hanteren we daarbij de zogeheten *sixpacks*. Het gaat daarbij om zes eenheden voor verzorgd wonen waar zes verpleeghuisbewoners per eenheid (36 in totaal) kunnen wonen. Uiteraard met het recht op een eigen kamer en eigen sanitair. Gemiddeld genomen zal op elke 10.000 inwoners een *sixpack* nodig zijn waaraan direct zorgsteunpunten worden gekoppeld. Niet alleen de verpleeghuiszorg komt zo midden in de wijk, ook alle voorzieningen voor ouderen (ouderenloket) en gezondheidszorgvoorzieningen worden daar ondergebracht. Dat bevordert de wijkstructuur, moedigt ontmoeting aan en laat de diverse partijen (gemeenteloket, jeugdzorg, eerste lijn, et cetera) profiteren van de voordelen van 'één dak'. Woningbouwcorporaties krijgen bij de ontwikkeling van deze *sixpacks* een belangrijke rol. Hoe krijgen we de extra capaciteit voor verzorgd wonen - uiteraard gefaseerd en gegeven de verschillende lokale situa-

ties - wijdverspreid? Daarvoor willen we gaan werken met een systematiek van een persoonsvolgend budget. Niet te verwarren met het persoonsgebonden budget (PGB) waarbij een cliënt zelf een bepaald budget krijgt waarmee hij/zij benodigde zorg/voorzieningen kan inkopen. Hoe werkt de systematiek van het persoonsvolgend budget? Zorginstellingen in een bepaald zorggebied verstrekken middelen op basis van de indicaties die mensen krijgen. Zijn er bijvoorbeeld in een gemeente met één verpleeghuis vijftig dementerende mensen met een indicatie voor verpleeghuisverblijf? Dan krijgt de zorginstelling ook voor die groep financiering op basis van de zorgzwaarte van deze ouderen. Uiteraard is het nodig in de moderne tarieven rekening te houden met de toestand van de gebouwen. Staan er een modernisering en nog een extramuraliseringsslag op het programma, dan moeten deze ook in de tarieven verdisconteerd worden.

3. *Kwaliteit van huisvesting*

De VROM-raad constateert in zijn rapport 'Oude Bomen? Advies voor ouderenbeleid en wonen' (2004) dat de overheid onvoldoende rekening houdt met de kwalitatieve behoefte. De overheid redeneert volgens de raad vooral vanuit ouderen met een fysieke beperking en de behoefte aan wonen met zorg. De raad vindt dat het terrein breder belicht moet worden, zeker gezien het toenemend aantal dementerende ouderen. Het uitgangspunt van de overheid dat ouderen geheel zelfredzaam zijn op de woningmarkt strookt niet met de werkelijkheid.

Er zijn aanzienlijke kwalitatieve en kwantitatieve achterstanden in de bouw voor bewoners met zwaardere zorgvraag. Geen van de scenario's wordt gehaald, ook het minimum niet. Als het aan de PvdA ligt, zal 2025 het ijkpunt worden. De groep babyboomers is dan ongeveer tachtig jaar oud. Naar de behoefte naar meer zorgzwaarte zal onderzoek gedaan moeten worden. De PvdA vindt dat het ministerie van VROM meer initiatief moet ontwikkelen om wonen, zorg en welzijn beter op elkaar te laten aansluiten en voorzieningen af te stemmen op de wensen van de bewoner. De PvdA pleit voor een financieringsregime om de kwaliteit en kwantiteit van ouderenhuisvesting – met name voor ouderen met een zware zorgvraag – te waarborgen. Jaarlijks moet worden gerapporteerd wat de te verwachten

behoefte is, op welke wijze gebouwd is en hoe ver we zijn om de doelstellingen van bouw en oplevering in de toekomst te halen.

4. *Verantwoordelijkheden en regeldruk*

Minder regels. De bouwprioriteitenlijst wordt afgeschaft. Het College Sanering Zorginstellingen krijgt een onafhankelijk deskundig bestuur. Het College Bouw Zorginstellingen blijft bestaan, maar wordt kenniscentrum en keurmeester voor de kwaliteit van gebouwen. Het ziet toe op het moderne bouwen: er moet volgens moderne standaarden worden gebouwd.

Heldere verantwoordelijkheidsverdeling. De PvdA kiest ervoor dat gemeenten de eerste verantwoordelijkheid dragen voor voldoende voorzieningen voor verpleegd wonen, verzorgd wonen en (zelfstandig) wonen met zorg voor al haar burgers. De gemeente spreekt woningbouwcorporaties, zorgaanbieders of combinaties van die twee aan om het initiatief tot nieuw- of verbouw te nemen. Als er desondanks onvoldoende goede plaatsen zijn voor verzorgd en verpleegd wonen, dan moet de minister gemeenten een aanwijzing geven. Dan moeten de gemeenten zelf binnen afzienbare tijd (laten) bouwen.

Scheiding van wonen en zorg mag niet leiden tot bureaucratie of ontoegankelijkheid. Instellingen kunnen kiezen voor een financiering waarbij wonen en zorg worden gescheiden, maar dat mag nooit leiden tot vermindering van de toegankelijkheid voor cliënten.

Specifieke aanpak bouwproblematiek grote steden. Bij nieuwbouw is de hoge grondprijs een voordeel en het gebrek aan bouwgrond een groot nadeel. Er moet een speciaal plan van aanpak komen om verpleegd wonen in de buurt te ontwikkelen.

7. OP WEG NAAR 2025

De PvdA wil een trendbreuk bereiken in de verpleeghuiszorg. De kwaliteit van de zorg moet verbeterd worden. Het budget dat nodig is om goede kwaliteit te bieden, moet eindelijk geleverd worden. Er moet ingrijpend vernieuwd worden in gebouwen en organisatie van de zorg. Het aantal verpleeghuisplaatsen moet worden verdubbeld. Deze vernieuwing moet ingebed worden in algehele verbetering van de ondersteuning van hoogbejaarde ouderen. De PvdA legt daarom de regie voor de hele ouderenzorg, dus ook voor verpleeghuizen en verzorgingshuizen, op het lokale niveau. Verpleeghuizen moeten gekoppeld worden aan de zorgsteunpunten. De PvdA kiest niet voor een uniform model verpleeghuiszorg voor dementeren. Niet alle bestaande capaciteit moet ineens worden afgeschreven. Met aanpassingen kunnen veel verouderde gebouwen nog goede diensten bewijzen. Verschillende mensen hebben verschillende wensen. De meeste ouderen willen graag een levendige omgeving, voor wie dat wil moet er ook verpleeghuiszorg of dagopvang op de zorgboerderij mogelijk zijn. Uitgangspunt is dat we streven naar zorg op een menselijke maat. Zo moet verpleeghuiszorg mensen het gevoel geven erbij te horen, veilig thuis te zijn. De AWBZ is een verzekering die rechten geeft aan burgers. Die horen we als overheid na te komen.

Het nieuwe verpleeghuis moet totaal anders van karakter en opzet zijn dan het doorsnee huis nu. De goede voorbeelden zijn er al. Wie gaat kijken in de Archipel in Almere ziet een verpleeghuis dat functioneert als hart voor zorg en welzijn in de buurt. Verpleeghuizen zijn een thuis voor mensen. Ook dementerende mensen hebben de behoefte erbij te horen. Hun wensen moeten uitgangspunt zijn. Zij hebben recht op privacy. Ze mogen de geliefde poes meenemen, opstaan wanneer ze willen en in principe zelf bepalen wat en hoeveel ze eten of drinken. De medische zorg staat ten dienste van het menselijk

welzijn. Datzelfde geldt voor de veiligheid. Vastbinden is niet acceptabel als het gebeurt uit personeelsgebrek. Het gebruik van rustgevendende medicijnen evenmin. De cultuur van het verpleeghuis nieuwe stijl is misschien nog wel belangrijker dan het gebouw. Als kinderen hun vader of moeder naar een verpleeghuis moeten brengen, krijgen ze nu vaak te horen: “U hoeft zich nergens meer zorgen over te maken. Wij lossen hier alles op.” Maar veel kinderen hebben er behoefte aan om samen met hun vader of moeder nog dingen te doen, hen kleine diensten te bewijzen, hen laten voelen hoeveel ze om die ouder geven. Heel belangrijk dat mensen zich ook in de nieuwe thuissituatie thuis voelen, thee kunnen zetten met het favoriete koekje erbij. In het ideale verpleeghuis past de structuur zich aan de wensen en mogelijkheden van de individuele bewoner aan. En niet omgekeerd, namelijk dat de bewoner zich voegt naar de regels en structuur van het tehuis.

De start van goede psychogeriatrische zorg ligt in de tijdige diagnose door de (huis)arts. Tijdige diagnose is een voorwaarde voor goede begeleiding van de patiënt en zijn omgeving en maakt een betere planning van het plaatsaanbod mogelijk. Als mensen te vroeg worden opgenomen, lijden zij onnodig onder het verlies van vrijheid en contacten. Als zij te laat worden opgenomen, hebben ze vaak erg veel negatieve ervaringen achter de rug en zijn partner of kinderen zo uitgeput dat ze hun geliefde niet goed meer kunnen begeleiden. De keten moet sluitend zijn. Een juiste timing en inzet van zorg en ondersteuning bepalen sterk de kwaliteit en tevredenheid.

Een goede kwaliteit en planning veronderstellen enige mate van overcapaciteit. Als de opname met instemming en medewerking van de familie zo lang mogelijk wordt uitgesteld, moet de opname wel binnen een week kunnen plaats vinden als het thuis echt niet langer kan (desnoods crisisopvang realiseren). Diezelfde overcapaciteit is ook nodig om een menselijke afronding van het leven mogelijk te maken. Nu moet de kamer van een bewoner soms binnen een dag na het overlijden door de kinderen of andere naaste familie worden ontruimd. En tot slot is overcapaciteit nodig om mensen te kunnen laten kiezen.

Geen eenheidsworst: vertrouwen = diversiteit

Mensen mogen hun hele leven lang zelf beslissen waaraan ze hun geld besteden tot ze in een verpleeghuis komen. Dan slaat de gelijkheid toe. De PvdA wil dat mensen kunnen kiezen voor een standaardpakket tegen het basistarief of voor een pakket met bijvoorbeeld meer woonruimte, een glas wijn bij het eten en meer individuele activiteiten. Zeker in de eerste fase van dementie hechten mensen aan hun gebruikelijke patronen. Verpleeghuizen zouden verschillende tarieven moeten mogen berekenen. Op de afrekening moet duidelijk staan aangegeven hoe het tarief is opgebouwd (wonen, voeding, bewassing, zorg, welzijn). Luxe verpleeghuizen zijn in opkomst, hoewel de kapitaalcrachtige doelgroep zeer beperkt is. De PvdA wil voorkomen dat vermogende mensen uit de AWBZ voorzieningen stappen. Liever stimuleren wij een interne 'Robin Hood' door meer variatie te bieden. Van de extra service en extra inkomsten kunnen alle bewoners profiteren.

De PvdA kiest voor zorg aan kleine groepen dementerenden

Er zijn leefeenheden van zes bewoners met een verzorgende in clusters van tenminste zes eenheden: zogenaemde sixpacks. Er is een huiskamer met open keuken. De bewoners leven met elkaar als zijn ze een gezin. Huishouden, eten kopen, koken, schoonmaken, de was doen en opvouwen, tv kijken, et cetera. De bewoners hebben allemaal een eigen kamer. Voor paren zijn er dubbele kamers ook als de één wel en de ander geen AWBZ-indicatie heeft. Echtparen worden niet uit elkaar getrokken! Die kamers zijn ook te gebruiken voor mensen die liever niet alleen slapen. Ze zijn gemakkelijk te splitsen. Clustering van de eenheden is nodig om de noodzakelijke kwaliteit en deskundigheid op het terrein van de medische zorg en welzijn te kunnen garanderen, snel te kunnen opschalen en desondanks de zorg betaalbaar te houden. De extra kosten van kleinschaligheid worden vaak onderschat en de besparingen overschat. De extra kosten worden veroorzaakt door het toezicht en de noodzaak al snel over extra hulp op afroep te kunnen beschikken. Vaak is de personele bezetting te mager is voor de piekuren. Bouw daarom zowel huiselijk als intiem. Ramen aan een binnenstraat bijvoorbeeld. Dat is ook goed voor de sociale controle. Het werken met dementerenden is niet allen fysiek maar ook psychisch

zwaar. Iedere instelling moet kunnen beschikken over een gespecialiseerde psycholoog. Deze is vanzelfsprekend ook verbonden aan het consultatiebureau voor ouderen en kent de verpleeghuisbewoners dus al uit de tijd dat ze nog thuis woonden.

Voor de verpleeghuisbewoners betekent wonen in het hart van de wijk dat ze erbij horen. Ze kunnen gemakkelijker even onder de mensen komen. Vooral dementerenden hebben veel baat bij het verblijf in de vertrouwde omgeving. Ze zien kinderen bij de crèche en het consultatiebureau. Onder begeleiding nemen ze zo veel mogelijk deel aan de gewone buurtactiviteiten.

Het gemeentelijke servicepunt voor zorg en participatie is gekoppeld aan het verpleegd wonen. Evenals de huisarts, wijkzuster, thuiszorg en buurtconciërge. Maar ook een pinautomaat en bijvoorbeeld een buurtsuper, bibliotheek, nagelstudio, fitness annex fysiotherapie, café restaurant, brievenbus en videotheek. Op die manier zijn levendigheid en afleiding binnen handbereik en is de buurt naar binnen te halen. Want de bewoners hebben zicht op de voorzieningen aan de buitenkant. Het financieel draagvlak van een multifunctioneel complex is groot. Zo kan de restaurantfunctie voor buurt en familie blijven bestaan. Evenals voor groepen voor wie zelf koken geen meerwaarde meer heeft of wanneer dat zelfs ten koste zou gaan van de zorg.

De ideale wijk kent een evenwichtige opbouw van woningen voor jongeren, gezinnen, en senioren. Van aanleunwoningen, serviceflats, pensionwoningen en verzorgingshuizen tot scholen. Het liefst bij en met elkaar gebouwd. Daardoor kunnen de mantelzorgers en vrijwilligers het werk gemakkelijk combineren met de eigen zorgtaken. Ze ontmoeten lotgenoten en helpen elkaar.

De gemeente stimuleert samenwerkingsverbanden tussen onderwijs, arbeidsvoorzieningen en bedrijfsleven. De restaurantkeuken kan bijvoorbeeld een scholings- en leerbedrijf worden voor jonge mensen die het op een gewone school niet naar hun zin hebben. Het kan ook een werkplaats zijn voor GGZ-cliënten. Mensen (vrouwen én mannen) die nu in de bijstand zit-

ten, krijgen goede om- of bijscholing zodat zij in de verpleeghuizen aan de slag kunnen.

Het verpleeghuis in de buurt biedt een aantal bedden voor verblijf van mensen die na een ziekenhuisopname tijdelijk behoefte hebben aan extra zorg. Maar ook mensen die intensieve lichamelijke zorg nodig hebben kunnen er verblijven, bijvoorbeeld tijdens revalidatie na een herseninfarct of een heupoperatie. Het grote voordeel is de nabijheid van mantelzorg waarop in een vergrijzende samenleving een groot beroep zal worden gedaan.

De vernieuwingsslag in beeld

- Er zijn vele tientallen miljoenen extra nodig voor de verbetering van de kwaliteit in de verpleeghuiszorg. Het College Tarieven Gezondheidszorg rekent al twee jaar aan een passend tarief voor verantwoorde zorg in een beperkt aantal 'zorgzwaartepakketten'.
- Er wordt geïnvesteerd in de deskundigheid van medewerkers die leidinggeven en die directe zorg geven. De speciale zorg die dementerenden nodig hebben en zorg in groepen krijgen met name aandacht. Er wordt meer gezocht naar mogelijke ICT toepassingen en innovatie in de verzorging.
- De verouderde gebouwen hangen als een molensteen om onze nek. Het afstoten/versneld afschrijven ervan kost enorm veel geld. Maar toch, de PvdA wil alle regels rondom het behoud van de bestaande, verouderde verpleeghuizen afschaffen en alle kaarten zetten op snel realiseren van nieuwbouw die voldoet aan de kenmerken die hierna worden beschreven.
- De vernieuwingsslag houdt in: weg met de meerpersoonskamers, andere concepten van zorg voor dementerenden en meer plaatsen voor verpleegd én verzorgd wonen.
- Uiterlijk 2010 zijn alle meerpersoonskamers verdwenen en heeft iedere verpleeghuisbewoner een eigen kamer. Zorg in kleine groepen is dan de norm, eventueel binnen groot-schalige verbanden. Deze 'verpleegd wonen plaatsen' vormen het hart van de wijk. De PvdA trekt voor investeringen in de verpleegzorg en de thuiszorg 275 miljoen extra uit.
- Het sleutelwoord is: *fatsoenlijk* en sociaal. De PvdA wil fatsoenlijke en sociale verpleeghuiszorg voor iedereen in dit land die dat nodig heeft.

- Het verpleeghuis beschikt over goed opgeleide, gekwalificeerde medewerkers die *tijd voor mensen* hebben én het vertrouwen van de leiding genieten. Dat betekent 2500 paar handen extra aan het bed en een fastoelijke verlofregeling voor mantelzorgers.

Gerdi Verbeet: *“Juist als je dement bent, kun er niet tegen dat er jachtig met je wordt omgegaan. Als je dement bent, bestaat er meer gevaar dat je niet voldoende drinkt en uitdroogt. Medewerkers moeten voldoende tijd hebben voor de bewoners, want dan kunnen ze zien of een eetpatroon verandert of dat iemand uitdroogt. En de bureaucratie moet eindelijk eens tot staan worden gebracht. Er moet vertrouwen zijn in de kwaliteiten en de professionaliteit van de medewerkers. Zij moeten niet elke handeling hoeven te registreren. Al dat registreren gaat ten koste van de tijd die aan zorg besteed kan worden.”*

WOORD VAN DANK

De leden van de Tweede-Kamerfractie van de Partij van de Arbeid bezochten de afgelopen maanden de onderstaande verpleeghuizen. Overal werden we gastvrij ontvangen en kregen we een goed kijkje in de keuken. De gesprekken met bewoners, familie, zorgverleners en directies waren zeer waardevol en getuigden van veel enthousiasme en inzet. Onze dank gaat dan ook uit naar:

Verpleeghuis De Schildershoek, Den Haag
Woonzorgcentrum De Strijp-Waterhof, Den Haag
Skewiel Trienwâlden, Oentsjerk
Geriatrisch Centrum en Verpleeghuis Antonius Binnenweg, Rotterdam
Klevarie – VIVRE Wonen, Welzijn & Zorg, Maastricht
De Gooyer Woon- en Zorgcentrum (Cordaan), Amsterdam
Stichting Innoforte, Velp (Gld) (zowel locatie 't Jagthuis als locatie Nieuw-Schoonoord)
Stichting Voor Regionale Zorgverlening, Middelburg
Trivium Zorggroep Twente (hoofdlocatie), Hengelo
Verpleeghuis Vliethoven, Delfzijl
Verpleeghuis Amstelhof (Cordaan), Amsterdam
Zuydtwijck Verpleeghuis en Reaktiveringscentrum, Leiden
Stichting Humanitas, Acropolis, Rotterdam
Archipel Woonzorgcentrum, Almere
Polderburen Centrum voor Verpleeghuiszorg, Almere