



WI

*Wetenschappelijk
Instituut*

Perspectieven op de verpleeghuiszorg

De menselijke waardigheid in het geding

Ria de Korte

Het Wetenschappelijk Instituut voor het CDA heeft ten doel het (doen) verrichten van wetenschappelijke arbeid ten behoeve van het CDA op basis van de grondslag van het CDA en in aansluiting aan het program van uitgangspunten. De stichting stimuleert met name de bezinning op de relatie tussen levensovertuiging en politiek handelen. Zij geeft gedocumenteerde adviezen over de hoofdlijnen van het beleid, hetzij op eigen initiatief, hetzij op verzoek vanuit het CDA en/of van leden van het CDA in vertegenwoordigende lichamen.

Ria de Korte-Verhoef is docent verpleegkunde bij de Hogeschool van Amsterdam. Ze is CDA-raadslid in gemeente De Ronde Venen en bestuurslid van CDA-vrouwen in de provincie Utrecht. Ze promoveerde in 2014 bij het VUmc op een proefschrift over vermijdbare ziekenhuisopnames nabij het levenseinde.

Voor dit essay zijn mensen van binnen en buiten het CDA geïnterviewd. De bijlage bevat een overzicht van de namen en de auteur dankt hen hartelijk voor hun tijd en betrokkenheid bij het onderwerp. Daarnaast is een bijeenkomst gehouden met de CDA-vrouwen en CDA-senioren in de provincie Utrecht waarbij 34 mensen aanwezig waren. Ook is input ontvangen van de landelijke CDA Fractie Begeleidingscommissie verpleging en verzorging (FBC V&V). De interviews en de aanwezigen van de bijeenkomsten vormen de basis van de tekst. De gesprekken zijn anoniem verwerkt, daarom staat er geen naam achter de interviewfragmenten.

1. Inleiding

Aan het begin van de twintigste eeuw werd was de ouderenzorg een zaak van particulier initiatief. Met name kerken richtten huizen voor zorg aan ouderen op, met symbolische namen als Maria-oord, Bethanië en Elim. Vanaf de 60-er jaren nam de overheid steeds meer de kosten over voor de ouderenzorg in de bejaardenhuizen (later verzorgingshuizen genoemd) en de verpleeghuizen. Nederland werd een verzorgingsstaat¹ en de rol van de samenleving en de kerken verdween naar de achtergrond.

In 1963 kwam de Wet op de bejaardenoorden tot stand waarin geregeld werd dat bejaarden gedeeltelijke of gehele verzorging kregen. De toenemende vraag naar zorg voor ouderen met somatische klachten maar ook psychogeriatric (dementie) maakte dat in 1968 de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) werd ingesteld. Hierna steeg het aantal bejaardenoorden en verpleeghuizen enorm. Veel instellingen hebben een gebouw uit die tijd, vormgegeven en ingedeeld naar het voorbeeld van ziekenhuizen.

In 2002 kwam de Raad voor Maatschappelijk Ontwikkeling met een nota waarin stond dat de verzorgingsstaat omgebogen moest worden. Zorg moest dichterbij de mensen komen, mensen blijven langer thuis wonen en nemen de eigen regie.² In 2012 werd dit geconcretiseerd door de plannen van staatssecretaris Veldhuizen van Zanten (CDA) waarin wonen en zorg in verzorgingshuizen werden gescheiden.³ De ouderen moesten zelf de huur betalen en de verzorging in het verzorgingshuis zou betaald moeten worden zoals dat ook thuis gedaan zou worden. De zorg voor de mensen die langdurige intensieve zorg nodig hebben, zoals de meest kwetsbare ouderen wonend in verpleeghuizen, valt sinds 2015 onder de Wet Langdurige Zorg. In 2016 verbleven circa 90.000 mensen in een verpleeghuis, verspreid over circa 1200 locaties⁴. De verblijfsduur van deze mensen neemt ondertussen sterk af, van 13 maanden in 2013 naar 9 maanden dagen in 2016. Dit komt omdat de drempel om te worden opgenomen steeds hoger wordt, en de levensverwachting van bewoners steeds korter.

Nederland vergrijsst en de komende 20 jaar neemt het aantal ouderen sterk toe. Het aantal mensen van 80 jaar en ouder zal in 20 jaar verdubbelen van 750.000 in 2016 naar bijna 1,5 miljoen mensen in 2035.⁵ Dit is de leeftijdscategorie waar de gezondheid broos is en dementie vaak voorkomt: 20 procent bij de mensen van 80-90 en 40% bij de mensen boven de 90 jaar.⁶ In juli 2016 rapporteerde de Inspectie voor de Gezondheidszorg dat ruim een derde van de 150 getoetste verpleeghuizen onvoldoende stuurt op kwaliteit en veiligheid van de zorg⁷. Daarmee raakt dit thema aan een ieder van ons. Veel mensen hebben een vader, moeder, opa, oma of tante die in een verpleeghuis is opgenomen. Het is een plek waar we liever niet terecht willen komen. Of nog erger, er zijn ouderen die liever dood zijn dan in een verpleeghuis terecht komen⁸. Deze situatie is niet van gisteren en is het resultaat van een ontwikkeling die circa 20 jaar geleden werd ingezet: meer zelfredzaamheid, langer thuis blijven wonen en vooral met minder geld.

Verpleeghuiszorg betreft bewoners in verpleeghuizen die zorgbehoefstig zijn omdat lichamelijke, psychische en/of sociale tekorten al zodanig zijn dat zij niet meer voor zichzelf kunnen zorgen. Vaak speelt een cognitief aspect een rol waardoor 24-uurs toezicht nodig is, zoals bij ernstig dementerenden.

¹ CDA WI. Naar een toekomstbestendig AWBZ. Den Haag: CDA WI, 2008.

² Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling. Bevrijdende kaders; sturen op verantwoordelijkheid. Den Haag: Sdu Uitgevers, 2002.

³ Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Kamerbrief over het extramuraliseren van lichte zorgzwaartepakketten. Den Haag, 2012.

⁴ Actiz. Feiten en cijfers over verpleeghuiszorg. Utrecht: Actiz, 2016.

⁵ CBS. www.CBS.nl (geraadpleegd 6 mei 2016)

⁶ Alzheimer-Nederland. <https://www.alzheimer-nederland.nl/dementie/feiten-cijfers> (geraadpleegd 12 september 2016)

⁷ IGZ. Eindrapportage toezicht IGZ op 150 verpleegzorginstellingen. Bij een derde blijft de inspectie intensief toezicht houden. Utrecht: IGZ, 2016.

⁸ Van Wijngaarden E, Leget C, Goossens A. Ready to give up on life: The lived experience of elderly people who feel life is completed and no longer worth living. Soc Sci Med. 2015;138:257-64.

De meeste politieke partijen hebben voor de verkiezingen van 2017 aangegeven meer middelen te willen vrijmaken voor de verpleeghuiszorg, mede naar aanleiding van het ‘Manifest Borst’.⁹ Dit is toe te juichen. Maar de vraag is of geld wel genoeg is. De ontwikkelingen van de afgelopen 20 jaar hebben geleid tot een specifieke organisatie voor de uitvoering van de verpleeghuiszorg, en we moeten ons afvragen of de structuur en vorm van verpleeghuiszorg niet nodig aan vernieuwing toe is.

Dit essay geeft een verkenning van de knelpunten in de verpleeghuiszorg vanuit drie perspectieven, te weten de bewoners, de medewerkers en de organisatie van het verpleeghuis. De resultaten komen voort uit interviews gehouden met verschillende personen in alle situaties van verpleeghuiszorg en zijn gehouden in 2016.

De verpleeghuiszorg is niet enkel een financiële of personele kwestie. Bij het tekort schieten van zorg is de menselijke waardigheid in het geding. En die zorg is een gezamenlijke verantwoordelijkheid waar politiek uitdrukking aan gegeven moet worden. Daarom sluit elk hoofdstuk af met een reeks aanbevelingen.

2. Perspectief van bewoners

Waardig leven

Menselijke waardigheid is een grondwaarde voor het menselijk bestaan.¹⁰ Waardigheid wordt in vele contexten gebruikt. Het landelijke programma voor verpleeghuiszorg “Waardigheid en trots” is daar één van.¹¹ In dat programma wordt waardigheid gedefinieerd als zorg die aansluit bij de wensen en mogelijkheden van de cliënt, met warme betrokkenheid van familie en naasten. Waardigheid is hiermee direct gekoppeld aan zorgverlening, wat een smalle benadering is van waardigheid. Waardigheid heeft een persoonlijke-, een relationele- en een samenlevingsdimensie.

De eigen waardigheid heeft te maken met het van betekenis zijn, identiteit, autonomie, bewustzijn en omgaan met omstandigheden. De waardigheid in relaties heeft te maken met onafhankelijkheid, sociale rollen, privacy, wederkerigheid, verbondenheid en herkend worden als een individu. Waardigheid vanuit de samenleving heeft te maken met begrip, respect en sociale betekenis.

Bewoners in een verpleeghuis zien hun hulpbehoevendheid en ziektes op zichzelf niet als vermindering van waardigheid. Het gaat meer om de gevolgen van het verblijf in het verpleeghuis wat de waardigheid kan verminderen. Voorbeelden hiervan zijn een verminderende autonomie, het gevoel een last te zijn voor anderen en niet meer bij de maatschappij te behoren. Betutteling, niet serieus genomen worden en weinig aandacht versterken dit gevoel.¹²

Sommige bewoners kunnen omgaan met de grote afhankelijkheid en gezondheidsproblemen door een omgeving die hen helpt om gevoelens van onwaardigheid opzij te zetten. De verzorging, vrijwilligers, familie en andere naasten in het verpleeghuis versterken het gevoel van waardigheid door begrip en respect te tonen.

Waardigheid geven is een attitude van verzorgenden, familie en naasten waarin zij zich verdiepen in de mens in het verpleeghuis, kennis nemen van de achtergrond en identiteit. Uit tevredenheidsmetingen onder bewoners en familie blijkt dat bewoners en familie over het algemeen tevreden zijn over aspecten die te maken hebben met waardigheid. De privacy,

⁹ AD, 24 oktober 2016, <http://www.ad.nl/dossier-manifest-hugo-borst/lees-hier-het-manifest-van-hugo-borst-en-carin-gaemers~aoc31272/>

¹⁰ Wetenschappelijk Instituut voor het CDA. Mens waar ben je? Een verkenning van het christendemocratische mensbeeld. Den Haag: CDA WI, 2011. p.22

¹¹ VWS. Waardigheid en trots. Liefdevolle zorg. Den Haag: VWS, 2015

¹² Oosterveld-Vlug MG, Pasmaan HRW, van Gennip IE, Muller MT, Willems DL, Onwuteaka-Philipsen BD. Dignity and the factors that influence it according to nursing home residents: a qualitative interview study. *Journal of Advanced Nursing* 2014;70:97-108.

zinnvolle dagbesteding, respect voor mensen en omgang met elkaar worden een 8 of hoger gescoord op de benchmark van de brancheorganisatie voor zorgorganisaties ActiZ.¹³

Betrokkenheid van familie en vrienden

Familie en naasten hebben vaak langdurig gezorgd voor de oudere voordat uiteindelijk besloten wordt voor verpleeghuisopname. De zorg werd thuis te zwaar en zij geven de zorg uit handen. De betrokkenheid van familie heeft een grote invloed op het welzijn. Dat kan door bijvoorbeeld een wandeling buiten te maken, of het helpen bij eten en drinken.

Een goed overleg met de familie is hierbij cruciaal. Bij opname zijn heldere afspraken nodig over de zorg die gezien het zorgzwaartepakket gegeven kan worden. Als er drie uur zorg gefinancierd wordt, dan zal besproken moeten worden hoe dit wordt ingevuld en welke taken de familie op zich kan nemen.

De betrokkenheid van familie speelt ook een belangrijke rol in het bewaken van verwachtingen. Het ziekteproces is een periode is van loslaten, en dat is moeilijk. De oudere zal in de loop van de tijd veelal lichamelijk, psychisch en cognitief achteruitgaan. Ook de familie moet leren loslaten en accepteren dat er vanaf een zeker punt geen behandeling meer mogelijk is. Door een goed contact met de familie kan zo voorkomen worden dat zij altijd nog behandeling verwachten terwijl dit medisch gezien niet meer wenselijk is.

Tenslotte worden partners, die soms decennia bij elkaar wonen, van elkaar gescheiden door de verpleeghuisopname van één van hen. Waar verzorgingshuizen weleens appartementen hadden voor echtparen is die in verpleeghuizen vrijwel niet te vinden en is financiering voor de meer gezonde partner meestal uitgesloten. Dit is een punt van zorg.

De laatste levensfase

Gemiddeld leven mensen negen maanden in een verpleeghuis. Met uitzondering van de revalidatieafdelingen is het verblijf in het verpleeghuis bedoeld voor de laatste fase in het leven van de kwetsbare oudere. Andere zorgvormen voor de laatste levensfase zijn de vele kleinschalige voorzieningen voor palliatieve zorg, de hospices. Mensen komen voor opname in een hospice in aanmerking als zijn ongeveer een levensverwachting hebben van drie maanden. In hospices worden voor het merendeel mensen met kanker opgenomen omdat bij kanker goed in te schatten is dat het levenseinde spoedig nadert.

In de palliatieve zorg worden in grote lijnen drie groepen ziekte-trajecten omschreven. De drie ziekte-trajecten zijn die van patiënten met kanker, patiënten met orgaanfalen en de kwetsbare ouderen. In verpleeghuizen verblijven vooral de kwetsbare ouderen; ouderen met multimorbiditeit (meerdere ziektes en met dementie). Het traject van de kwetsbare oudere kent een langdurig verloop van langzame achteruitgang met af en toe een episode waarbij het slechter gaat en het is uiteindelijk moeilijk te voorspellen waaraan de bewoner overlijdt. Dat kan soms toch nog onverwacht een longontsteking of een cerebraal vasculair accident (beroerte) zijn.¹⁴ Een levensverwachting van drie maanden is voor hen moeilijk te voorspellen. Echter, in de palliatieve zorg wordt de laatste jaren een andere tijdsperiode gehanteerd voor de laatste levensfase en dat is 12 maanden. Voor het identificeren van de laatste levensfase wordt de “surprise question” gehanteerd. “Zou ik verbaasd zijn als deze patiënt binnen 12 maanden overlijdt?”¹⁵ Als deze vraag door artsen of verpleegkundigen ontkennend wordt beantwoord dan is iemand in de palliatieve fase. Als we deze periode van 12 maanden vergelijken met de gemiddelde verblijfsduur van negen maanden in een verpleeghuis dan kunnen we stellen dat bewoners in een verpleeghuis in de palliatieve fase zijn.

Hospices hebben duidelijk in hun visie staan dat zij gericht zijn op kwaliteit van leven en warme zorg willen verlenen. Maatschappelijk krijgen hospices grote waardering in tegenstelling tot de verpleeghuizen. Ook is de financiering van hospices hoger, namelijk 278 Euro ten opzichte het

¹³ Actiz. Feiten en cijfers over verpleeghuiszorg. Utrecht: Actiz, 2016.

¹⁴ Lynn J, Adamson DM. Living well at the end of life; adapting health care to serious chronic illness in old age. Santa Monica: RAND, 2003.

¹⁵PATZ. <http://www.patz.nu/patz.nu/images/downloads/surprisequestion.pdf> (geraadpleegd 20 december 2016)

hoogste tarief verpleeghuis zorg 224 Euro (ZZP9).¹⁶ Een integratie van visie op hospicezorg en financiering kan richting geven aan hoe verpleeghuiszorg er uit zou moeten zien voor de ouderen die hun laatste levensfase in verpleeghuizen doorbrengen.

Aanbevelingen

- Binnen de christendemocratie past het om de waarde van elk leven centraal te stellen en van daaruit de zorg te organiseren.
- De persoonlijke waardigheid van de bewoner wordt versterkt door de waardigheid van relaties met familie en professionals. Waardigheid geven is een attitude van verzorgenden, familie en naasten waarin zij zich verdiepen in de mens in het verpleeghuis en kennis nemen van de achtergrond en identiteit. Voor het respecteren van waardigheid van bewoners is tijd en aandacht nodig van familie, vrijwilligers en mantelzorgers.
- Aan de hand van het zorgplan kan familie meedenken in de zorg en hun aandeel daarin bespreken. De familie moet meer betrokken worden in de verwachtingen ten aanzien van het ziekteproces van hun dierbare in het verpleeghuis.
- Het is wenselijk dat er meer appartementen voor partners in verpleeghuizen komen zodat zij in hun laatste levensjaren niet van elkaar gescheiden hoeven te leven.
- Zorg in het verpleeghuis is zorg voor de laatste levensfase van ouderen omdat zij er gemiddeld negen maanden verblijven. Het heeft met rechtvaardigheid te maken dat we kwetsbare ouderen in een verpleeghuis met een korte levensverwachting, waarbij het ongewis is hoe lang zij nog leven, dezelfde hoogwaardige palliatieve zorg gunnen als patiënten met ongeneeslijk kanker die in een hospice verblijven.

3. Perspectief van professionals

Complexiteit van de zorgvraag

De complexiteit van de zorg in het verpleeghuis is groot. De complexiteit van de zorgsituatie kan aan de hand van elf kenmerken worden bepaald: 1) instabiliteit van de zorgsituatie, 2) Kans op risicovolle situaties, 3) meervoudige lichamelijke of psychosomatische problematiek, 4) multidisciplinaire samenwerking, 5) risicovolle en voorbehouden handelingen, 6) ziekteinzicht van de patiënt, 7) gemotiveerdheid van de patiënt, 8) intensieve zorg (meer dan 2x per dag), 9) beperkte communicatiemogelijkheden, 10) begeleiding en beschikbaarheid mantelzorg.¹⁷

We nemen mevrouw Koers als voorbeeld.

Mevrouw Koers is 91 jaar oud, woont in het verpleeghuis. Haar man is vijf jaar geleden overleden. Zij heeft twee dochters van in de 60 en drie kleinkinderen. Mevrouw is klein van stuk en heeft last van obesitas. De dochters wonen niet in de buurt maar komen elke week een dagdeel langs en de kleinkinderen komen elke maand. Vanwege de dementie kon mevrouw niet meer thuis wonen, zij vergat het gas uit te doen en regelmatig werd zij 's nachts op straat zonder jas aangetroffen. Zij is een paar keer gevallen, maar had gelukkig niets gebroken. Ondanks dat de wijkverpleging dagelijks langs kwam ging het thuis niet meer en daarom werd zij opgenomen in het

¹⁶ Nederlandse Zorgautoriteit. Onderbouwing ZZP-beleidswaarden 2016.

https://www.nza.nl/1048076/1048155/Onderbouwing_ZZP_beleidsregelswaarden_2016.pdf (geraadpleegd 28-1-2017)

¹⁷ Latour CHM, Dobber JTP. CanMEDS; Competentieset van de HBO-V. Amsterdam: Hogeschool van Amsterdam HBO-Verpleegkunde, 2012.

verpleeghuis. In het verpleeghuis was zij erg onrustig en riep soms hard om haar man. Zij hield er niet van om gewassen te worden door de verpleging en reageerde vaak boos als zij toch gedoucht werd. Ook van het wassen aan de wastafel werd zij erg kribbig. Toch was het wassen noodzakelijk omdat zij regelmatig incontinent was van urine. Vanwege haar obesitas moeten haar liezen goed gedroogd worden want zij heeft wel eens last van smetten gehad wat weer erg pijnlijk was.

Bij mevrouw Koers is sprake van een zorgproblematiek op de thema's 2, 3, 4, 6, 7, 8, 9 en 10. Die veelheid van verschillende aspecten van zorg laat zien hoe complex de zorgverlening aan ouderen in het verpleeghuis kan zijn. Deze complexiteit vereist goed opgeleide zorgverleners en kan op basis van deze complexiteitskenmerken ingeschat worden op MBO-4 en HBO-5 niveau.

Administratieve lasten

Tot voor kort werd de kwaliteit van de zorg door middel van externe kwaliteitscontrole opgelegd. Professionals moeten de bewijsvoering leveren voor de kwaliteit op bewonersniveau. Deze registratielast is bedoeld om de kwaliteit van zorg inzichtelijk te maken maar heeft nu alles weg van een controlemechanisme dat de directe zorg aan bewoners in de weg zit.

Sinds 2015 is de nieuwe Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) van kracht, waarin de verantwoordelijkheid van de professional richting de patiënt duidelijk omschreven is.¹⁸ Onder goede zorg wordt verstaan: "zorg van goede kwaliteit en van goed niveau: a) die in ieder geval veilig, doeltreffend, doelmatig en cliëntgericht is, tijdig wordt verleend, en is afgestemd op de reële behoefte van de cliënt; b) waarbij zorgverleners handelen in overeenstemming met de op hen rustende verantwoordelijkheid, voortvloeiende uit de professionele standaard, waaronder de kwaliteitsstandaard; c) waarbij de rechten van de cliënt zorgvuldig in acht worden genomen en de cliënt ook overigens met respect wordt behandeld".

De externe oriëntatie, die voorheen gevoeld werd, zou met deze wet meer omgebogen kunnen worden naar een interne oriëntatie. Continu werken aan kwaliteit zal een intrinsieke motivatie van alle zorgprofessionals moeten zijn. Het leveren van de beste zorg zal niet alleen een mission statement op papier moeten zijn, maar een doel van alle professionals en vrijwilligers, gericht op de waardigheid van de bewoners.

Wij hebben geen kwaliteitsmedewerkers. Kwaliteitsmedewerkers zijn wij allemaal. Want wij doen allemaal aan kwaliteit. We proberen de eisen van de inspectie te integreren in het zorgdossier.

Metingen integreren in het zorgdossier. Kwaliteit is ingebed in het team. Het is vreemd dat de verantwoordelijkheid voor de kwaliteit bij één persoon ligt. Een persoon vult misschien de lijstjes in maar wij zijn allemaal verantwoordelijk voor kwaliteit. Wij worden wel op de hoogte gehouden van de regels en dan bespreken we met elkaar de kwaliteit.

Respondent 1

Naast de afspraken rondom kwaliteit worden regels door verschillende instanties opgelegd. Daarom zullen zorgprofessionals, zorgorganisaties, cliëntenraden, zorgkantoren en inspectie rond de tafel moeten zitten om extern oplegde regels sterk te verminderen.

Werkdruk

De werkdruk van verpleegkundigen en verzorgenden in het verpleeghuis staat regelmatig ter discussie. In 2016 door het 'Manifest Borst' dat pleitte voor twee professionele zorgverleners per acht bewoners nodig zijn. Het Zorginstituut Nederland beschrijft de norm dat tijdens de zorg en ondersteuning bij intensieve zorgmomenten (zoals opstaan, naar bed gaan, intake en

¹⁸Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg. <http://wetten.overheid.nl/BWBR0037173/2016-08-01> (geraadpleegd 3 januari 2017)

rond het sterven) er minimaal twee zorgverleners beschikbaar zijn om deze taken te verrichten.¹⁹ Aan hoeveel bewoners die twee zorgverleners zorg verlenen staat er echter niet bij beschreven.

De vorm van de personeelsbezetting speelt ook een rol in de werkdruk. Een groot aantal medewerkers in een verpleeg- of verzorgingshuis heeft een klein arbeidscontract. Van hen werkt 21% minder dan 20 uur per week en 34% 20- 28 uur per week.²⁰ Het opwaarderen van deze arbeidscontracten zou een deel van het tekort kunnen oplossen. Daarnaast ervaart 56% een te hoge werkdruk en driekwart van de zorgmedewerkers ervaart dat er onvoldoende tijd is voor aandacht en zorg aan de bewoners.²⁶ Tenslotte is het ziekteverzuim in de sector verpleeg-, verzorgingshuizen en thuiszorg (VVT) met 5,6% hoog in vergelijking tot het landelijk gemiddelde van 3,8% van alle werkenden.²¹ Bij ziekte worden er veel flexwerkers ingezet, en dit heeft een negatief effect op de kwaliteit van de zorg.²²

Personele inzet is overigens niet de enige factor van belang voor de kwaliteit van de verpleeghuiszorg. Hamers et al²³ vinden geen duidelijke relatie tussen personeelsinzet en kwaliteit van zorg, gemeten als het aantal gevallen van doorliggen en valincidenten. Een ander onderzoek vindt een duidelijke relatie tussen de gehanteerde zorgzwaarte-norm en de kwaliteit van verpleging. Het zorgzwaartepakket (ZZP) bepaalt hoeveel zorg er nodig is en verpleeghuizen zijn gericht op bewoners met een zorgzwaarte van ZZP5 tot en met ZZP9. Niet alle verpleeghuizen halen echter de norm die vast zit aan het zorgzwaartepakket. Bij verpleeghuisafdelingen waar sterk onder de ZZP-norm wordt gewerkt is de kwaliteit onder de maat.²⁴

Samenstelling van personeel

In verpleeghuizen dragen verzorgenden, verpleegkundigen, specialisten ouderenzorg en paramedici zorg voor de bewoners, ondersteund door de ondersteunende diensten, vrijwilligers en familie. De specialisatie voor artsen is in Nederland op hoog niveau en sterk gericht op de complexe verpleeghuisbewoner. Deze specialisten ouderenzorg wegen bij elke bewoner duidelijk af welke behandeling passend is gezien multimorbiditeit (meerdere ziektes die bewoners hebben) en de wensen van de patiënt en familie.

Het opleidingsniveau in verpleeghuizen is grotendeels op MBO niveau. Vijf procent is HBO verpleegkundige, 12% is Mbo verpleegkundige (Niveau 4) 42% is verzorgende (MBO niveau 3) en acht procent is helpende (niveau 2 of lager) en 33% heeft een overige opleiding.²⁵ Verpleegkundigen MBO4 en HBO zijn opgeleid om met onverwachte situaties om te gaan en de meervoudige complexe zorg en proactief in te schatten welke problemen te verwachten zijn en daarop in te spelen.

Aangezien in verpleeghuizen de nadruk op de care (zorg) ligt en niet op de cure (behandeling) is het voor de hand om in plaats van specialisten ouderenzorg (artsen) meer verpleegkundig specialisten (HBO master opgeleid) in te zetten die in staat zijn eenvoudige onderzoeken uit te voeren en standaard medicatie voor te schrijven. Deze overheveling van taken wordt nog maar mondjesmaat ingezet bij verpleeghuizen. Daarnaast wordt al langer gepleit voor meer HBO en MBO verpleegkundigen aan het bed.²³ Een goede mix van MBO 2,3,4 en HBO5,6 is nodig om zorg te verlenen aan bewoners met een complexe zorgvraag.

¹⁹ Zorginstituut Nederland. Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg. Samen leren en verbeteren. Diemen; Zorginstituut Nederland, 2017.

²⁰ Evers G, Jettinghoff K, Van Essen G. Werknemersenquête Zorg en WJK 2015. Den Haag: CAOP, 2016.

²¹ ActiZ <https://www.actiz.nl/2016/feiten-en-cijfers> (geraadpleegd 22 oktober 2015)

²² Popping. Verzuim en productiviteit zijn kritisch. Boardroom Zorg. 2016;5:19-25.

²³ Hamers JPH, Backhaus R, Beerens HC, van Rossum E, Verbeek H. Meer is niet per se beter. De relatie tussen personele inzet en kwaliteit van zorg in verpleeghuizen. Maastricht: Maastricht University, 2016.

²⁴ Hingstman TL, Langelaan M, Wagner C. De dagelijkse bezetting en kwaliteit van zorg in instellingen voor langdurige zorg. Utrecht: Nivel, 2012.

²⁵ Actiz. Feiten en cijfers over verpleeghuiszorg. Utrecht: Actiz, 2016

Regelmatige scholing is in deze context noodzakelijk. Binnen de CAO van de verpleeg- en verzorgingshuizen en thuiszorg (VVT) is dat niet duidelijk voor verpleegkundigen en verzorgenden geregeld.

Integratie van taken

Daarnaast is van belang dat taken niet gedifferentieerd uitgevoerd worden, maar integraal aan het bed. Er zijn ongeveer 250.000 medewerkers in verpleeghuizen. Van deze medewerkers is 30% geen verzorgende of verpleegkundige.²⁶ Een klein percentage daarvan is arts of paramedicus. Maar de meesten van die 30% werken niet aan het bed. Door overhead te verminderen kan meer personeel ingezet worden aan het bed, inclusief de huiskamer waar bewoners overdag veelal verblijven. Door integratie van taken kan het werk afwisselender worden en de overhead naar beneden.

Aanbevelingen

- Er is meer personeel aan het bed nodig. Daarbij is een goede mix van verpleegkundigen, verzorgenden en helpenden nodig om kwalitatief goede zorg te verlenen. Daarnaast is continue scholing nodig en samenwerking met opleidingsscholen en universiteiten om de zorg te verbeteren.
- Meer inzet van verpleegkundigen en verzorgenden kan deels worden opgevangen door het vergroten van de contracttijd in parttime aanstellingen, minder registratielast, verminderen van uitstroom en ziekteverzuim. Ook kan het werk beter georganiseerd worden rondom de bewoner.
- Taken van specialisten ouderenzorg kunnen vaker overgeheveld worden naar verpleegkundig specialisten.
- Het verminderen van flexibele contracten en ziekteverzuim is goed voor medewerkers en de kwaliteit van de zorg.
- Om de regels te halveren zullen zorgprofessionals, zorgorganisaties, cliëntenraden, zorgkantoren en inspectie met elkaar in gesprek moeten gaan. De extrinsieke kwaliteitsbeheersing die aan organisaties wordt gevraagd zal omgebogen moeten worden naar intrinsieke motivatie om kwaliteit te leveren vanuit professionaliteit. Meer vanuit de professionaliteit in contact met bewoners en familie en minder vanuit overheid. Dit vereist een goede mix van opleidingsniveaus van zorgprofessionals en een lerende teamcultuur.

4. Perspectief van de organisatie

Het verpleeghuis als sluitpost van de zorg

Verpleeghuizen staan niet op zichzelf als organisatie. Zij vormen als het ware de sluitpost van de zorg. In ziekenhuizen (curatieve zorg) wordt alles op alles gezet om mensen te genezen. De curatieve zorg krijgt veel ruimte om onderzoek te doen naar de beste behandelmethodes en diagnostiek. Daarnaast is de aandacht van de overheid meer en meer op thuis zorgen en behandelen gericht. Het adagium “iedereen wil het liefst thuis verzorgd worden” wordt steeds herhaald. Als het echt niet meer kan, thuis of in het ziekenhuis, dan is het verpleeghuis de allerlaatste optie.

Door het verpleeghuis als sluitpost wordt echter de druk op de zorg thuis en in het ziekenhuis groter. De ziekenhuizen kunnen ouderen die thuis in een crisis geraakt zijn niet meer overplaatsen naar een plek in het verpleeghuis en daarom blijven ouderen onnodig lang in het

²⁶Evers G, Jettinghoff K, Van Essen G. Werknemersenquête Zorg en WJK 2015. Den Haag: CAOP, 2016.

ziekenhuis. Als oplossing is per 1 januari 2017 het “eerstelijnsverblijf” gekomen. Hiermee wordt kortdurend verblijf gefinancierd uit de zorgverzekeringswet, waarvoor ook kortdurend verblijf in een verpleeghuis in aanmerking komt. De versnipperde financiering van verpleeghuisbedden maakt het er echter niet duidelijker op wie voor welke regeling in aanmerking komt.²⁷

Betrokkenheid op de samenleving

De verpleeghuizen zijn oorspronkelijk vanuit de kerken en maatschappelijke organisaties opgericht. De organisaties financierden het en hielden zelf toezicht, wat diversiteit en kleur gaf. De betrokkenheid van de samenleving bij de zorg voor kwetsbare ouderen werd vanaf de jaren '60 door de overheid losgeweekt. De overheid ging de verpleeghuizen financieren, maar stelde ook steeds meer regels op voor kwaliteit en bekostiging. Dit verminderde de betrokkenheid van de samenleving op verpleeghuizen werd.

De christendemocratie gaat uit van de kracht van de samenleving. *“Het gaat om de samenleving uitnodigen om concrete vormen van ondersteuning aan elkaar te bieden”* (respondent 2). Een terugkeer naar de worteling in de wijk of het dorp biedt kansen om de betrokkenheid van de omgeving te vergroten. De directe naaste wordt veel concreter als je hem kent en ziet. Dan raken mensen weer bewogen bij hun medemens, zoals het verhaal van de barmhartige Samaritaan verwoordt.

Betrokkenheid van het verpleeghuis op de samenleving kan op verschillende niveaus plaatsvinden: op het niveau van het toezicht, management, aan het bed en de bewoner met zijn of haar familie. Het toezicht verplaatst zich op dit moment van het toezicht op afstand naar toezien dat de organisatie zich op interne en externe waarden verantwoordt. Daarmee wordt de zorg een dienst, gebaseerd op de waarden van de bewoner.

Verbindingen tussen het verpleeghuis en de wijk kunnen op allerlei manieren plaats vinden. Het koor of de kaartclub komen in het verpleeghuis en de bewoners doen mee. Of andersom, mensen uit de wijk kunnen deelnemen aan activiteiten die in de instelling plaatsvinden. Het restaurant is beschikbaar voor mensen in de wijk. Er zijn contacten met de maatschappelijke organisaties, zoals kerken, sportorganisaties en de Zonnebloem.

Om worteling in de samenleving en meerdere functies in het verpleeghuis te realiseren is het wenselijk dat in de grotere dorpen en wijken een verpleeghuis is. Op die manier kan goed gebruik gemaakt worden van het netwerk van de bewoner. Daarnaast is het voor het welzijn van de bewoner gewenst dat medebewoners, vrijwilligers en medewerkers de geschiedenis van bewoners kennen. “Je bent wie je kent” is een uitspraak die geldt voor kwetsbare ouderen. Het kennen van de winkels waar vroeger boodschappen werd gedaan, de sportvereniging of andere vereniging bepaalt de identiteit van de bewoners. Bewoners zijn vanwege hun cognitieve achteruitgang vaak niet meer in staat om nieuwe contacten op te bouwen en ervaringen te onthouden. Het is daarom wenselijk dat bewoners in hun eigen sociale omgeving kunnen blijven.

Voor de betaalbaarheid van de 24 uurszorg is echter wel een bepaalde omvang nodig. Zorgorganisaties schatten dat het minimum aantal plaatsen op 32 ligt. Het zijn dan 4 woonunits van acht bewoners. Toch zijn er kleinschaliger initiatieven. Voor specifieke doelgroepen of in wijken. Voor vele kleinschalige woonvormen is een hoge eigen bijdrage nodig. Echter niet voor allemaal. Zo zijn er kleine instellingen waar alle overhead eruit is gehaald. Er zijn dan verschillende typen appartementen waar ook mensen met alleen een AOW kunnen wonen. Deze initiatieven worden veelal vanuit een PGB betaald. Kleinschaligheid kan echter begrensd zijn als er meer zorg nodig is.

Op het niveau van professionals kan het verpleeghuis andere hulpverleners onder een dak samen brengen, zoals de wijkverpleegkundige, huisarts en fysiotherapeut. Ook functies voor welzijn en dagopvang passen daarbij. Door elkaar te ontmoeten kan er kennisuitwisseling plaats vinden en van elkaars functies gebruik gemaakt worden. Een dementerende van het verpleeghuis naar de dagopvang brengen kan sleur en patronen doorbreken.

²⁷ Nederlandse Zorgautoriteit. Beleidsregel BR/REG-17119 Eerstelijnsverblijf.

Wijkverpleegkundige zorg voor een cliënt met dementie kan thuis plaats vinden als er samengewerkt wordt met de specialist ouderenzorg of verpleegkundige in het verpleeghuis. De schotten in de wetgeving (Wmo, Wlz en Zvw) die dit moeilijk maken moeten geslecht worden om de zorg van bewoners en patiënten leidend te laten zijn.

Onderzoek naar preventie en effectiviteit

Er is nog maar beperkt onderzoek gedaan naar de methoden voor preventieve en efficiënte zorg in het verpleeghuis, zoals het voorkomen van doorliggen (decubitus) en smetten. In de regio Maastricht werken daarom zorgorganisaties, opleidingsscholen voor verpleegkundigen en verzorgenden en de universiteit samen om zorg in beeld te brengen en samen verbeteringen op basis van onderzoek te realiseren. Dit voorbeeld verdient navolging.

Financiering

Tot 2015 draaiden de verpleeg- en verzorgingshuizen op het geld van de overheid. Een deel kwam uit de eigen bijdrage van bewoners, gebaseerd op het inkomen. Vanaf 1 januari 2015 is het deel wonen en zorg voor de verzorgingshuizen losgekoppeld en wordt het wonen betaald door de bewoners.

In 2016 is door de landelijke overheid een bedrag van 9,3 miljard voor verpleeghuiszorg uitgetrokken. Landelijk wordt 95 miljard uitgegeven aan de gezondheidszorg. Totaal wordt dus bijna 15% van de kosten voor de gezondheidszorg aan verpleeg- en verzorgingshuizen uitgegeven. De dagprijs voor een plek in het verpleeghuis is voor zorgzwaartepakket 5 (zorg en behandeling) 188 Euro, het tarief voor de zwaardere indicatie ZZP8 is 256 Euro en voor palliatieve zorg (ZZP 10) kost 277 Euro.²⁸ Deze prijzen zijn de laatste jaren alleen opgehoogd door indexatie. Gezien de steeds complexere zorg zal onderzocht moeten worden of de tarieven nog juist zijn.

“De tarieven moeten herijkt worden. De zorgzwaarte is toegenomen en de complexiteit is toegenomen. Het gaat niet alleen om verpleegkunde maar ook welbevinden en kwaliteit van leven. Daar is financiering voor nodig juist in de laatste levensfase.” (Respondent 3)

Maakt de verpleeghuiszorg de gezondheidszorg duur? Dat valt te betwijfelen als we de hele gezondheidszorg in ogenschouw nemen. Bewoners in verpleeghuizen hebben veel zorg nodig. Stel dat zij thuis woonden dan zouden zij drie keer per dag zorg krijgen van de wijkverpleging. Persoonlijke verzorging kostte in 2015 ruim 51 euro.²⁹ Ook een huisarts, een casemanager en huishoudelijke hulp zouden regelmatig nodig zijn. Daarnaast wordt de medicatie van patiënten thuis door de Zvw betaald. Terwijl voor die 210 euro in het verpleeghuis alles inclusief is, de woning, het eten, de medicatie, huishoudelijke hulp, de verzorgende, de fysiotherapeut en de specialist ouderenzorg. Daarnaast is de deskundigheid van specialisten ouderenzorg zeer hoog en zijn zij voorbereid op crises en wordt het doorbehandelen veelal met de bewoner of familie besproken.³⁰ Hierdoor wordt het mogelijk om onnodige ziekenhuisopnames vanuit het verpleeghuis te vermijden. Al met al hoeft thuis blijven niet de meest goedkope optie te zijn.

Er zijn mogelijkheden om meer privaat geld te verwerven. Een duidelijke plaats van het verpleeghuis in de samenleving komt de aantrekkelijkheid voor giften ten goede. Ook zou er naar mogelijkheden gekeken moeten worden om met bijbetaling een grotere woonruimte te krijgen. De kamer en standaard van zorg moet voor elke bewoner goed zijn, maar het zou voor

²⁸ Nederlandse zorgautoriteit. Onderbouwing ZZZP beleidsregels 2016. Utrecht: NZa, 2016.

²⁹ Nederlandse zorgautoriteit. Advies bekostiging wijkverpleging 2015 extramurale verpleging van de AWBZ naar de ZvW. Utrecht: NZa, 2014.

³⁰ van Soest-Poortvliet MC, van der Steen JT, Gutschow G, Deliëns L, Onwuteaka-Philipsen BD, de Vet HC, Hertogh CM. Advance Care Planning in Nursing Home Patients With Dementia: A Qualitative Interview Study Among Family and Professional Caregivers. J Am Med Dir Assoc. 2015;16(11):979-89.

de financiën van het verpleeghuis aantrekkelijk kunnen zijn om extra's te bieden tegen betaling. Het is een gevoelige kwestie die meer onderzoek vereist, maar niet bij voorbaat moet worden uitgesloten.

Gebruik van technologie

In de toekomst wordt veel van zorgtechnologie verwacht. Dit is bedoeld om de eigen regie van bewoners te verhogen en om werkdruk en zware zorg voor zorgverleners te verminderen. Robots bieden medicatie aan en registreren het als medicatie niet wordt ingenomen. Bewegingssensors worden ingezet zodat de nachtverpleegkundige weet of een bewoner uit bed gaat. Ook de zorgdossiers zijn bijna bij alle zorgorganisaties digitaal. Het invullen van een zorgdossier wordt dan gemakkelijker en aan de andere kant kan de organisatie daar de kwaliteitsgegevens uit halen. Het zijn wel hoge investeringen voor zorgorganisaties, met daarbij de onduidelijkheid over wie welke zorgtechnologie bekostigt.

Aanbevelingen

- Het verpleeghuis zal zich meer moeten wortelen in de wijk om gebruik te maken van de sociale en creatieve krachten in de wijk. Voor die vernieuwende initiatieven uit de samenleving moet de overheid belemmerende regelgeving wegnemen, stimulansen inzetten en randvoorwaarden scheppen.
- De *care* kan niet los van de *cure* gezien worden. Bezuinigen in de verpleeghuizen kunnen hogere kosten in de curatieve zorg opleveren, en dit moet voorkomen worden.
- Professionals in de verpleeghuizen en de eerstelijnszorg kunnen meer samenwerken om expertise uit te wisselen. Hiervoor moeten de schotten tussen de Wmo, Wlz en Zvw verminderd worden.
- Meer onderzoek is nodig om de waardigheid, de kwaliteit van zorg, de kwaliteit van leven, goede zorg en signalering, en de juiste personeelssamenstelling in verpleeghuizen te onderzoeken. Daarbij moeten bewoners, familie, en zorgprofessionals gehoord worden.
- Zorgtechnologie en ICT helpen om eigen regie van bewoners te verhogen en om werkdruk en zware zorg voor zorgverleners te verminderen. Hierin zou ruim geïnvesteerd moeten worden.

5. Conclusies

Dit essay analyseert de uitdagingen voor kwalitatief goede verpleeghuiszorg vanuit het oogpunt van bewoners, werknemers en verpleeghuisorganisaties. In de zorg staat de waardigheid voorop, zo is betoogd. Dit komt tot uiting in relaties met bewoners, familie, professionals en vrijwilligers. Het is zorg voor de laatste levensfase en daarom zal zorg in verpleeghuizen gelijkwaardig moeten zijn aan palliatieve zorg. Ook is er deskundige zorg nodig vanwege de complexiteit bij kwetsbare ouderen in verpleeghuizen waar meerdere problemen aan de orde zijn.

Zorgorganisaties zullen meer moeten 'kantelen' door de zorg rondom de bewoner te organiseren en de kwaliteit niet van buitenaf maar vanuit de bewoner en zorgprofessional te verbeteren. Dan wordt de kwaliteit van zorg meer een intrinsiek onderdeel van het werk van professionals. Daarvoor is vertrouwen nodig. Vanwege die complexiteit van zorg en intrinsieke zorg voor kwaliteit is een goede mix van deskundigheden nodig van MBO^{2,3,4} en HBO. Scholing en deskundigheidsbevordering kan daarbij niet ontbreken. Door op de zorgafdeling het werk te organiseren rondom de bewoner kan het streefgetal van twee medewerkers per acht bewoners beter gerealiseerd worden. Bovendien komt bij voldoende personeel aan het bed het werkplezier terug en zal er minder uitstroom en ziekteverzuim zijn.

De professionals in de zorgorganisaties en uit de eerste lijn moeten meer samenwerken om deskundigheid uit te wisselen. Tenslotte zullen zorgorganisaties dicht bij de mensen in de grote dorpen en de wijken staan, waarbij de samenleving betrokken wordt.

Zo is geld alleen niet de oplossing voor betere verpleeghuiszorg. Er is ook een structurele verandering nodig door verpleeghuiszorg dicht bij de bewoners en professionals aan het bed te organiseren en dicht bij de samenleving. De verandering is nodig om het zware en belangrijke werk van zorgprofessionals te ondersteunen. Om samen met elkaar de waardevolle zorg te geven die nodig is.

6. Geïnterviewde respondenten

Henk Bakker	Directeur beroepsorganisatie Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland
Jan Beumer	Vicevoorzitter, CDA senioren
Marius Buiting	Voorzitter Nederlandse Vereniging van Toezichthouders in Zorg en Welzijn
Margreeth van Dijk	Voormalig manager verpleeghuis
Rien Fraanje	Voormalig directeur Wetenschappelijk instituut CDA
Jan Hamers	Hoogleraar ouderenzorg
Chantal Holtkamp	Directeur VPTZ, Vrijwilligers palliatieve terminale zorg
Mona Keijzer	Kamerlid CDA
Karsten Klein	CDA-wethouder te Den Haag
Ab Klink	Raad van Bestuur van zorgverzekeraar VGZ
Julie Meerveld	Manager belangenbehartiging Alzheimer Nederland
Maarten Neuteboom	Redacteur Christen Democratische Verkenningen
Peter Pennekamp	Voormalig inspecteur-generaal werk & inkomen
Clémence Ross	Raad van Bestuur van Agora, landelijk ondersteuningspunt palliatieve zorg
Joris Slaets	Hoogleraar Ouderengeneeskunde
Geeske Telgen	Bestuurder, PCOB Christelijke Ouderenorganisatie
Jan de Vries	Voormalig directeur organisatie van zorgondernemers ActiZ
Eefje Stokvis	Verpleegkundige



Buitenom 18
Postbus 30453
2500 GL Den Haag
☎ 070 3424874
✉ wi@cda.nl
🌐 www.cda.nl/wi