Waardigheid
en trots

Verpleeghuiszorg 2025

Liefdevolle zorg.
Voor onze ouderen.

Waardigheid en trots

Verpleeghuiszorg 2025

Liefdevolle zorg.
Voor onze ouderen.

Bijdragen van betrokken personen en partijen

Inhoudsopgave

Inleiding 6

Zorg vanuit het hart **10**
Stichting GetOud - Marion Duimel, Ingrid Meijering

Anna zorgt voor appeltaart 14
Vilans - Frans van Zoest, Sanne van der Weegen, Else Stapersma en Communiceren met verhalen - Zwany Huiting

Technologie is de sleutel 28
Neoversum - Paul Ostendorf, Futuroloog

We leven in een geweldige tijd 32
Vivium Zorggroep - Marco Wisse

De toekomst van de ouderenzorg vraagt om een appel en een pil 38
Universiteit van Amsterdam - Barbara Baarsma

Van tehuis naar een thuis: beelden bouwen in de ouderenzorg 46
Nederlandse School voor Openbaar Bestuur - prof. dr. Mark van Twist, drs. Nancy Chin-A-Fat, Jorgen Schram MSc

Diagnose 2030: over de toekomst van de verpleeghuiszorg 56
BeBright/Rabobank - Philip J. Idenburg en Michel van Schaik

Breek het verpleeghuis open: want leven is meer dan zorg alleen 64
Motivaction - Frits Spangenberg en Peter Jobsen

Vrij van vreemde regels **72**
Stichting GetOud - Marion Duimel, Ingrid Meijering

Verpleeghuiszorg is van onszelf 76
Landelijke Coöperatie Trefpunt Anders, Actief en Duurzaam Wonen (LaCoTA) - Wim G. Kromwijk

Hoe zien jongeren ouderen? 80
Nederlandse jeugdraad - Michiel Steegers

Ouderen hebben de toekomst 82
De Nieuwe Poort - Ruben van Zwieten

Verkenningen rondom de zorg 86
Vrouwen van Nu - Anke Vervoord, Brigitte Leferink

Het Hilton voor iedereen **92**
Stichting GetOud - Marion Duimel, Ingrid Meijering

Extramuralisering doet niets af aan het belang van langdurige zorg 96
Gezondheidsraad - Frank van Wijck

Verpleeghuis 2025 100
IQ Healthcare Radboud UMC - Myrra Vernooij-Dassen en Maud Graff

Langer zelfstandig wonen 104
Raad voor de leefomgeving en infrastructuur (Rli) - Ir. A.G. Nijhof MBA en prof.dr. P. Hooimeijer

Toekomstbeeld verpleeghuiszorg: een demografisch perspectief 108
Nederlands Interdisciplinair Demografisch Instituut (NIDI) - Nicole van der Gaag en Leo van Wissen

Variatie geboden. Zorg voor ouderen in 2025 116
Raad voor Volksgezondheid en Samenleving - Pauline Meurs, Ingrid Doorten

Ken elkaars kwaliteiten **124**
Stichting GetOud - Marion Duimel, Ingrid Meijering

De persoon en zijn relaties écht centraal in 2025? 128
Trimbos-instituut - B.M. Willemse, I. van Asch, Y. M. Hof en M. C. van Soest - Poortvliet

Verschillende tinten grijs 134
NIVEL en EMGO+/VUmc - Anneke Francke, Anke de Veer en Cordula Wagner

Een goed gesprek over kwaliteit op maat 138
RIVM - Casper Schoemaker

Solidariteit en keuzevrijheid in de ouderenzorg 144
Centraal Planbureau - Paul Besseling en Casper van Ewijk

Als het thuis niet meer kan... wat willen ouderen dan... 148
Sociaal en Cultureel Planbureau - Cretien van Campen

Inleiding

Onze verpleeghuiszorg

Sommige Nederlanders hebben het beeld dat ouderen in Nederlandse verpleeghuizen gezellig samen bingoën. Wanneer hun partner of één van hun ouders vervolgens naar een verpleeghuis gaat zijn zij soms diep teleurgesteld in de daadwerkelijke situatie. Anderen roepen zodra ze het woord 'verpleeghuis' horen, uitspraken als 'daar wil ik nog niet dood gevonden worden' en zijn bij voorbaat negatief. Ondertussen werkt het personeel keihard aan kwalitatief goede zorg, maar vindt zij lang niet altijd waardering van het sociale netwerk van hun cliënten en van de samenleving. Kortom; niet iedereen ervaart 'waardigheid en trots en liefdevolle zorg voor onze ouderen'.

Een stip op de horizon

Het is tijd voor een transitie, voor een nieuw perspectief voor de verpleeghuiszorg in 2025, waarin mensen (cliënten, professionals, familie en de samenleving) zich herkennen, waarin er plek is voor waardigheid, trots en liefdevolle zorg. Wat denkt u? Hoe ziet de zorg er uit in 2025?

We zijn dan negen jaar verder dan nu. Misschien denkt u in eerste instantie dat er in negen jaar wel niet zoveel zal veranderen. Maar wist u dat de tablet in 2010 haar doorbraak had (6 jaar geleden) en dat de eerste smartphone van een bekend Amerikaans merk pas in 2007 op de markt kwam (9 jaar geleden). Had u zich toen voor kunnen stellen hoe deze apparaten nu gebruikt worden? En wat kan dat betekenen voor het verpleeghuis van de toekomst?

In 2016 willen we hierover in gesprek gaan, overal in den lande. Samen willen we een stip op de horizon zetten waar we naar toe kunnen werken.

Een bundel ter inspiratie

Ter inspiratie voor deze gesprekken bieden wij u deze bundel aan. Deze bundel verkondigt niet de mening van het ministerie, of van Nederland, of van dé cliënten of van dé professionals. Deze bundel biedt beelden, verhalen en gedachten van personen en organisaties over de verpleeghuiszorg van de toekomst. Wij nodigen u uit om hun verhalen en essays te lezen en u daardoor te laten inspireren. Wellicht spreekt het u bijzonder aan, misschien ook juist helemaal niet. Hoe dan ook, bieden de bijdragen, stof tot nadenken, woorden, cijfers en begrippen voor het gesprek over de verpleeghuiszorg van de toekomst.

Rode lijn

De verschillende personen en organisaties die bereid zijn geweest om een bijdrage te leveren aan deze bundel bieden een divers en kleurrijk geheel. Hun wensen zijn op sommige terreinen echt heel verschillend. Er zijn echter ook een aantal facetten die we breed terugvinden in de verschillende bijdragen, zoals de opgave waar we voor staan, een optimisme over de mogelijkheden die de toekomst biedt – met veel concrete voorbeelden, de noodzaak van realisme over de laatste fase van ons leven, eisen die zij als nieuwe generatie stellen aan de zorg en hun verwachtingen van nieuwe technologie.

De opgave

Breed wordt erkend dat het aantal ouderen toeneemt en zij langer kunnen leven. Zowel het aantal gezonde als het aantal jaren dat we leven met een ziekte of beperking zal toenemen. De collectieve financiering van deze zorg neemt niet navenant toe. Verwacht wordt dat het aantal private initiatieven toe zal nemen en de betrokkenheid van mantelzorgers en de samenleving toe zal nemen.

Optimisme is er, maar realisme is ook nodig. Alle partijen zijn optimistisch over de mogelijkheden die de toekomst biedt. Zij hebben daar ook hele concrete ideeën over. Tezamen leidt dat tot een beeld dat we weliswaar voor een grote opgave staan, maar wel één die we aan kunnen. Tegelijkertijd wordt breed erkend dat het noodzakelijk is dat er meer bekendheid is met, en realisme komt over de laatste fase van het leven.

De eisen van de nieuwe generatie ouderen; hét verpleeghuis bestaat niet. De nieuwe generaties ouderen stelt dezelfde eisen aan de zorg als zij aan andere diensten stellen. Daarbij geldt zeker ook: one size fits nobody. Er zijn verschillende beelden over wat goede zorg is, wanneer er sprake is van kwaliteit en hoe mensen hun leven, ook als zij verpleeghuiszorg nodig hebben, wensen in te richten. Dat heeft te maken met verschillende leefstijlen, verschillende waarden en verschillende manieren waarop mensen hun leven zingeven. Dat heeft consequenties voor de gewenste woonvorm, de gewenste vaardigheden van professionals (meer kennis van technologie, meer empathie), voor het gebruik van technologie en eigenlijk voor alle facetten van de zorg. Gemeenschappelijk is wel dat een ieder het belangrijk vindt dat aan deze verschillende levensstijlen, waarden en zingevingspatronen tegemoet wordt gekomen. Dat betekent dan ook dat een blauwdruk voor het verpleeghuis van de toekomst niet bestaat, want…. one size fits nobody.

Verwachtingen van nieuwe technologie

Er zijn grote verwachtingen van nieuwe technologie. Echter waartoe deze technologie in eerste instantie ingezet moet worden verschilt. Sommigen wijzen op het oplossen van financieringsvraagstukken in de zorg, anderen op het faciliteren van sociaal contact en weer anderen op het verminderen van (gezondheids)risico's. En waar men vóór het één is, is men niet per se ook voor het andere.

Wist u dat...

In de bijdrages vindt u niet alleen ideeën voor de toekomst, maar ook cijfers en gegevens over het heden, die ons kunnen helpen bij onze gesprekken. We lichten er hier slechts enkele uit, om uw nieuwsgierig te maken naar meer. Wist u bijvoorbeeld dat:

- 95% van de ouderen in Nederland zelfstandig woont? En dat pas boven de leeftijd van 95 een meerderheid van de mensen in een tehuis woont?
- Het aantal ouderen tussen nu en 2040 ruwweg verdubbelt terwijl het aantal premiebetalers grofweg gelijk blijft, en hiervoor niet gespaard is?
- In tegenstelling tot de publieke opinie een meerderheid van de bewoners van verzorgings- en verpleeghuizen redelijk tevreden is?
- Het aantal eenspersoonshuishoudens onder 75-plussers in de toekomst toeneemt, maar door de stijgende levensverwachting van mannen ook het aantal ouderen dat samen oud wordt toeneemt?
- Het aantal niet-westerse allochtone ouderen zal verdubbelen, maar het aandeel binnen de totale groep 75-plussers desalniettemin klein blijft (schatting is 3,5% in 2025)?
- De centrale verwarming, warm en koud stromend water en een lift in de jaren '60 voor veel ouderen een upgrade was ten opzichte van hun eigen woning?

Enkele voorbeelden van de concrete ideeën die u in deze bundel vindt

Opvallend aan de verschillende bijdragen is dat er veel concrete ideeën zijn voor de verpleeghuiszorg van de toekomst. Wederom lichten we er hier slechts enkele uit. Sommigen zullen aanspreken, anderen juist niet. Soms spreken ze elkaar tegen. Maar ze inspireren in elk geval. In de bijdrages vindt u er nog veel meer, en veel beeldender beschreven.

- Het verpleeghuis van de toekomst heeft – afhankelijk van de leefstijl van de bewoners – meer de look and feel van een Van der Valk of de foyer van een filmhuis. Verpleegkamers worden gecombineerd met kamers voor de reguliere markt, of hele andere functies zoals klaslokalen voor basisschoolleerlingen of een open ruimte voor start-ups.
- Een chip in de rechterschouder meet uw hartslag, bloeddruk en slaapritme. Of; een slimme armband meet uw gezondheidswaarden. U kunt zelf bepalen wie hier inzage in hebben; u zelf, een familielid, zorgprofessional of zorgverzekeraar.
- Drones worden onderdeel van verkeer in de samenleving. U kunt bijvoorbeeld eten laten bezorgen met een drone.
- In plaats van collectieve zorgarrangementen krijgt u beschikking over een fonds voor 'life events' met opties voor wonen, financiën, gezondheid en welzijn.
- De vierde generatie van IBM-Watson geeft op maat gesneden voedingsadviezen die rekening houden met de gezondheidsontwikkeling en het DNA profiel. En dankzij 3d voedselprinters wordt voedsel aangepast en worden kauw- en slikproblemen voorkomen.

Tegenstrijdige beelden

We zullen het niet allemaal met elkaar eens worden. Ook in de bijdragen in deze bundel staan diverse tegenstrijdige ideeën. We noemen er wederom slechts enkele. Deze tegenstrijdige ideeën tonen alleen maar aan dat het goed is om met elkaar het gesprek te voeren én dat er verschillende oplossingen voor de verschillende levensstijlen ontwikkeld kunnen worden.

- Enerzijds vinden we het beeld dat door de overheid georganiseerde solidariteit en collectieve zorgarrangementen niet meer passen, anderzijds zijn anderen van mening dat door de onzekerheid over en de hoogte van de zorgkosten verzekeren de enige optie is.
- Enerzijds zien sommigen dat de zorgrobot kan worden ingezet om eenzaamheid te bestrijden, anderzijds vinden we dat het spreken over productie-eenheden, time slots en klanten in plaats van mensen een machinale productiegeest doet waaien die ten koste zal gaan van een empathische liefdevolle ontmoetingssfeer.
- Enerzijds vinden we het beeld dat palliatieve zorg in de toekomst niet meer nodig is (bijvoorbeeld door onsterfelijkheid), anderzijds vinden anderen dat daar juist veel meer aandacht voor moet komen.
- Enerzijds willen we tot het einde toe onafhankelijk blijven, anderzijds willen we dat er een reëel beeld ontstaat over de laatste levensfase.
- Enerzijds willen we dat verpleeghuizen beleid ontwikkelen dat mensen langer gezond en vitaal houdt, anderzijds is er de wens om tegemoet te komen aan wat mensen prettig vinden – ook als dit niet-bewezen effectief is, of slecht voor hun gezondheid is.

Hoe verder? Een participerende overheid, een sturende samenleving...

Deze bundel biedt geen uitputtend totaaloverzicht, maar wel beelden, cijfers, gedachten en concrete ideeën voor de toekomst. Wat spreekt u aan? Wat niet? Wij nodigen u uit om met elkaar het gesprek aan te gaan. Richt u zich daarbij vooral op de partijen waarvan u denkt dat zij betrokken zullen zijn bij het vormgeven van uw verpleegtehuis van de toekomst. Want dat de overheid géén blauwdruk moet bieden voor alle Nederlanders, daarover lijken alle betrokkenen bij deze bundel het wél eens. De overheid is niet de sturende en bepalende factor, maar participeert in het tot stand brengen van deze agenda. U maakt samen met alle relevante stakeholders de agenda voor de toekomst. Wij doen graag mee!

Zorg
vanuit het
Hart

Zorg vanuit het hart

Emma Schell biedt een perspectief voor de ideale zorg in 2025 vanuit de cliënt zelf. Goede zorg draait volgens haar om goede communicatie en een juiste training hierover tijdens de opleiding, maar vooral om zorg die vanuit het hart komt.

Wonen in het verpleeghuis

Ongeveer de helft van mijn leven, 23 jaar, woon ik nu in een verpleeghuis. Rond mijn dertiende werd ik ziek en op mijn veertiende of vijftiende ging ik voor het eerst naar het ziekenhuis. Twee jaar later werd de diagnose polymyositis gesteld. Dit is een chronische ziekte waarbij vooral spieren die je zelf kunt aansturen worden aangetast, zoals de nek, rug, schouders, bovenarmen en bovenbenen. Deze ziekte is goed te behandelen, alleen ben ik een uitzondering hierop. Ik ben een van de weinigen die niet meer kan staan of lopen en ben afhankelijk van een elektrische rolstoel. Vijf dagen per week lig ik op bed, omdat ik te moe ben om uit bed te komen. Gelukkig is het niet zo dat ik van die dagen baal. Ik vermaak mezelf prima met de computer. Op de dagen dat ik uit bed kan, plan ik van alles, doe ik de boodschappen en ga ik erop uit.

Communicatie

Goede communicatie is in de zorg heel belangrijk. Of het nu gaat om communicatie die verpleegkundigen onderling hebben, communicatie naar mij toe of communicatie in de overdracht, bij communicatie gaat het om aandacht hebben voor elkaar, over en weer dingen uitspreken en uitleggen, goed naar elkaar luisteren en begrip hebben voor elkaar. Als iemand die in de zorg werkt dat doet, dan zorgt die persoon vanuit zijn hart en niet bijvoorbeeld vanuit de taken die nog afgevinkt moeten worden. Voor de zorg in de toekomst hoop ik dat er veel aandacht voor communicatie is en dat hier tijdens de opleiding al aan gewerkt wordt. De manier waarop iemand iets zegt, kan namelijk een wereld van verschil maken voor de ander.

Stel, ik heb op een dag mijn spalken niet aan en zeg dat tegen een verpleegkundige. Er zit dan een groot verschil in de manier waarop hiermee wordt omgegaan. Terwijl de een zegt: ‘’Dat is vervelend, had je dat vanmorgen niet al kunnen zeggen?”, zegt de ander: ‘’Ik zal even met de collega’s overleggen of we ze straks nog aan kunnen doen, we hebben het nu druk.” De laatste reactie is veel prettiger, omdat ze de drukke situatie goed uitlegt en aangeeft het in ieder geval nog te gaan proberen. Het kan natuurlijk gebeuren dat het personeel het erg druk heeft en mij niet kan helpen, maar als ze dat even uitleggen, is dat prima. En als er eens iets fout gaat, is het helemaal niet erg om ‘sorry’ te zeggen.

Wat verder heel fijn is, is als personeel even laat weten dat ze je in gaten hebben. Stel je hebt in de middag een afspraak en je moet weg, dan is het heel prettig als iemand dan in de ochtend al even zijn hoofd om de hoek steekt en zegt: ‘’Ik ben er hoor, vanmiddag gaan we naar je afspraak, dat komt helemaal goed.” Ik vind dat zelf erg fijn, maar ik heb bijvoorbeeld ook gezien dat sommige ouderen een bezoek aan de tandarts als een hele wereldreis kunnen ervaren. Even praten en geruststellen, en in de ochtend aangeven dat je weet wat er op de planning staat en dat zorgen niet nodig zijn, kan dan veel betekenen.

Wisselwerking

Soms vul je voor iemand anders in wat die persoon wellicht denkt, vindt of voelt, maar dat hoeft helemaal niet zo te zijn. Ook daarom is het belangrijk iets uit te spreken. Je kunt nog zoveel begrip en medeleven hebben voor een ander, maar diegene merkt dat pas als je het ook daadwerkelijk

Stichting GetOud:

Auteurs:
Marion Duimel,
Ingrid Meijering

uitspreekt en laat zien. Gevoel ziet niemand. Als ik probeer rekening te houden met het personeel als ze het druk hebben, is dat onzichtbaar. Honderd keer niet bellen ziet niemand, drie keer wel bellen wel. Dan denken ze misschien dat je ongeduldig bent, terwijl je zo vaak al niet gebeld hebt omdat je dacht hen daarmee te helpen. Spreek dat uit, voor er misverstanden ontstaan.

Het is ook een wisselwerking: Als je een team hebt dat loopt te zuchten en onrust uitstraalt, dan denkt de cliënt: Ik ga alvast maar bellen want ze hebben het zo druk, straks hebben ze geen tijd. Als de cliënt zich daarentegen gehoord en veilig voelt, dan is hij relaxed. Mopperen of iemand terechtwijzen is gif voor een cliënt. Diegene wordt daar alleen maar verdrietig en opstandig van en zelf kan ik ook dagen van slag zijn als er een voorval is geweest. Daar ligt op mijn beurt dan ook weer een stukje voor mezelf om aan te werken en mee om te leren gaan. In ieder geval komt het er op neer dat met goede communicatie veel ellende is te voorkomen.

Vertrouwen en zekerheid

Een ander gevolg van goede communicatie is dat je vertrouwen hebt en je zekerder voelt. Dat is weer goed voor je zelfvertrouwen. Heb je mensen om je heen waarmee de communicatie goed gaat, dan ben je relaxter. Je weet dat je mensen kan vertrouwen, dat het wel goed komt en dat je op tijd je afspraken na kan komen. Als je zegt dat je iets nodig hebt of vraagt of iets even opgeschreven kan worden is het fijn om te horen dat dat ook daadwerkelijk is gebeurd. Ik heb nu een EVV-er die niet veel op afdeling is, maar ik heb wel haar mailadres. ‘’Mail maar even,” zegt ze dan en dat is ook heel fijn.

Verder is het belangrijk dat er mensen om me heen zijn die weten wat ik nodig heb. Als het goed met mij gaat, doe ik mijn ding en heb ik nergens last van. Als het minder gaat en ik zit er even doorheen, dan is het fijn dat hier mensen werken die mij goed kennen en weten dat een kopje thee met honing dan al wonderen doet. Dat je je thuis voelt, heeft er dus ook mee te maken. Het is heel fijn om mensen om je heen te hebben die met je meedenken. Ook als het goed gaat overigens, want hoewel ik inmiddels veel kennis en ervaring heb opgedaan, weet ik ook niet alles. Als je investeert in weten wat iemand nodig heeft om zich fijn te voelen en je speelt daarop in, dan verloopt alles veel makkelijker.

Investeren in onderwijs

Om de zorg in 2025 op de punten die ik noemde te verbeteren, moeten we veel investeren in de kwaliteit van het onderwijs en de diploma’s die afgegeven worden. Waar ze op school goed op moeten letten is allereerst zelfreflectie. De zorg is stressvol, je komt ook veel vervelende dingen tegen. Dan is het goed naar je eigen gedrag te kijken en jezelf af te vragen: ‘’Waarom reageer ik hier zo op?” Feedback geven en ontvangen en daar goed mee om te leren gaan is ook van belang. Leer de studenten met gevoelens omgaan en geef ze handvatten, kortom: leer ze mee te denken.

Ik geef zelf van tijd tot tijd gastlessen waarin ik foto’s van mijzelf laat zien, van mijn jeugd, trouwen, vriendinnen, het verpleeghuis en van hulpmiddelen die ik heb. Het is leerzaam en interessant voor studenten om mensen te ontmoeten zoals zij die later gaan verzorgen. Het is mooi als er iemand op school komt aan wie ze alles mogen vragen, al durven ze dat in eerste instantie niet meteen. Soms moet ik ze wat uit de tent lokken, maar daarna ontstaat er vaak een mooi gesprek. Ik kan ze vertellen hoe belangrijk het voor

mij is dat er goede communicatie is en wat het met mij of het personeel doet als we dat niet samen voor elkaar krijgen.

In de opleiding moet hier aandacht aan worden besteed, want sommige jongeren krijgen dat gewoon niet van huis uit mee. Als je uit een gezin komt waarin mopperen normaal is, moet je toch de juiste bejegening, waarden en normen leren op school. Je moet het gedeeltelijk wel al in je hebben, maar je kan ook een deel leren. Als je iedere dag met positief gedrag in aanraking komt, dan ga je dat zelf ook overnemen. Op het moment dat dat niet lukt en een leerling beschikt echt niet over zelfreflectie, feedback geven en ontvangen en kan niet meedenken met de cliënt, dan moet je ook kunnen constateren dat iemand niet geschikt is voor het vak. De zorg moet uiteindelijk wel uit het hart komen.

Top 5 communicatie

1. Praat met de cliënt op een vriendelijke toon.
2. Een plezierige lichaamshouding doet wonderen.
3. Neem de cliënt serieus.
4. Luister goed naar de cliënt.
5. Maak goede afspraken en kom deze na.

Anna zorgt voor appeltaart

Vilans kenniscentrum voor langdurende zorg

Communiceren met verhalen

Auteurs:
Frans van Zoest,
Sanne van der Weegen,
Else Stapersma (Vilans) en
Zwany Huiting, (Communiceren met verhalen)

Illustraties:
Henk Rinzema, INConcept

Download bijdrage in originele opmaak:

Terwijl ik luister naar de speech van de eerste president van Europa, zie ik op mijn scherm dat Maroua voor de deur staat. Ze komt op de koffie en we gaan lekker in de tuin zitten. Ik heb appeltaart gebakken. Heerlijk zo'n ouderwetse met roomboter, kaneel, noten en flink wat suiker. Daar houden we allebei zo van. Dat het scherm aangeeft dat ik mijn totale suiker- en vetconsumptie voor deze dag al heb gehad, negeer ik maar even.

We babbelen wat en komen al snel op ons favoriete onderwerp van dit moment: onze verhuisplannen. Sinds onze mannen zijn overleden en we steeds meer moeite krijgen met traplopen, dromen we over een nieuw huis. Een huis met voorzieningen waar we kunnen blijven wonen tot het einde. Zelf wil ik het liefst naar een straatje waar we met verschillende generaties bij elkaar wonen en een tuin delen. Zodat we wat voor elkaar kunnen doen als het nodig is en ook omdat het gewoon gezellig is. En dat dan wel in Uden waar we na ruim 50 jaar niet meer weg willen. Ik herinner me nog dat we elkaar op het schoolplein van de kinderen hebben leren kennen. Maroua woonde toen nog maar kort in Nederland en miste haar familie in Marokko erg. Inmiddels heeft ze zelf een groot gezin met kinderen, kleinkinderen en zelfs een achterkleinkind. Ik ben trotse oma van Stefan en Miriam, de kinderen van mijn dochter Dineke en haar man Gerard.

's Middags komt Dineke me halen om samen naar de presentatie van een nieuw woonconcept te gaan. Zodra ze binnen is, werpt ze een blik op het scherm in de keuken. "Mam, je glucosewaarden zijn veel te hoog. Heb je soms weer taart gegeten? En heb je je wandeling vandaag wel gemaakt?" Ik zucht eens diep. "Je hebt helemaal gelijk, maar Maroua kwam langs en je weet hoe dol we allebei op appeltaart zijn." Een half uurtje later zijn we bij de 3D presentatie van projectontwikkelaar Konings en lopen we virtueel door de nieuwe huizen en over de binnenplaats. Het ziet er prachtig uit en ik merk dat ik er helemaal blij van word. Zie mezelf al zitten in zo'n lichte kamer met uitzicht op de binnenplaats met spelende kinderen. Bij de presentatie spreken we ook een zorgregisseur. Hij vertelt dat je hem kunt inhuren als je moeite hebt om keuzes voor jezelf en je gezondheid te maken. Ik heb dat natuurlijk niet nodig, want Dineke kan mij helpen.

Als we weer thuis zijn, loggen we meteen in op MijnLeven.nl en kijken samen wat mijn financiële mogelijkheden zijn. Ik heb net als iedereen dat fonds voor life events, maar de vraag is of het voldoende is. "Je kunt natuurlijk ook de opbrengst van je woning mee laten wegen," zegt Dineke en ze importeert meteen de geschatte verkoopwaarde door de Vereniging Eigen Huis. Met dat bedrag blijkt er veel meer mogelijk te zijn. Niet alleen het wonen is dan geregeld, maar ik kan ook allerlei extra diensten inkopen en zelfs een robot huren. Dat stelt me gerust, ook al gaat het natuurlijk wel ten koste van de erfenis van Dineke. Eigenlijk best wel fijn dat de overheid zo'n platform aanbiedt voor alle burgers. Nu kun je eenvoudig alle opties voor wonen, financiën, gezondheid en welzijn onderzoeken voor je eigen situatie. En je ziet meteen hoe je er op al die gebieden voor staat.

Ik zit er helemaal klaar voor. Over vijf minuten start onze virtuele intervisie op vraaghetjecollega.nl. Ik zie dat deze keer een wijkverpleegkundige, een beweegspecialist en een zorgtechnoloog inloggen. Fijn dat zij ook de behoefte hebben om te sparren over de vraag hoe je bij mensen met spraakbeperking het gesprek kunt beginnen over sociale en emotionele uitdagingen in het leven. Het slimme kennisplein

We babbelen wat en komen al snel op ons favoriete onderwerp van dit moment: onze verhuisplannen.

We zijn bij de 3D presentatie van projectontwikkelaar Konings en lopen virtueel door de nieuwe huizen en over de binnenplaats. We spreken ook een zorgregisseur.

waarmee ik mijn vraag heb besproken, gaf alleen antwoorden met 1 ster. Ik wil alleen onderbouwde kennis van minstens 3 sterren. "Hoi ik ben Wouter en werk als zelfstandig zorgregisseur," stel ik me voor. "Ik ondersteun klanten en hun netwerk in zelfregie en ben de verbinder tussen alle professionals die bij de klant betrokken zijn." Na een half uur hebben we een aantal zinvolle ervaringen en bronnen verzameld. We besluiten deze samen met mijn vraag op het slimme kennisplein te posten en alle vier te markeren als 'graag onderzoeken'. Hopelijk doen meer collega's dat, zodat het hoog op de agenda komt van de kennisinstituten achter het plein. Altijd fijn zo'n snelle virtuele ontmoeting met andere professionals!

Wat gaat de tijd toch snel. Ik woon al weer een half jaar in mijn nieuwe huis en ik geniet hier alle dagen. Het is echt fijn om met verschillende generaties samen te wonen. Niet dat we de deur bij elkaar plat lopen, maar we hebben wel contact. Dat begint meestal via ons online systeem. We plaatsen een berichtje en dan gaat het balletje rollen. Zo pas ik wel eens op de kleintjes van hiernaast en tilt buurman Klaas de zware bloempotten naar mijn terras. Soms eten we met elkaar in de gemeenschappelijke tuin. Ik maak dan gehakballetjes zoals ik vroeger van mijn moeder heb geleerd. Die jonge vrouwen kunnen dat niet meer, die laten het eten invliegen via een drone. Nee, dan houd ik toch nog wel van een beetje traditie.

Ik heb een slimme armband gekregen van mijn zorgverzekeraar. Die screent me de hele dag en geeft alle gezondheidswaarden door aan mijn account op MijnLeven.nl. Daar merk ik verder niets van. En als de waarden erg afwijken, krijgt Dineke meteen een seintje. Dat hebben we zo ingesteld omdat ik het soms lastig vind dat allemaal te snappen. Maroua woont hier ook in de buurt. Dat is fijn. Ze heeft een kleiner appartement dan ik en geen budget voor extra diensten. Als ik haar was, zou ik me daar zorgen over maken. Maar zij zegt dat de kinderen wel voor haar zorgen als het nodig is. Zo werkt dat blijkbaar in haar cultuur. Ik denk dan vaak terug aan de tijd dat mijn ouders nog leefden. Mijn moeder is op haar tachtigste opgenomen in een verpleeghuis vanwege de ziekte van Parkinson. De medewerkers waren lief en goed voor haar, al hadden ze soms weinig tijd om aandacht te geven. Ook merkten we dat de vaste patronen van het verpleeghuis leidend waren. Dat was lastig. Mijn moeder was traag met opstaan en ontbijten en dat leidde soms tot conflicten. Als ik daaraan terug denk, ben ik iedere keer weer blij dat ik in 2035 leef en dat zorg aan huis voor bijna iedereen mogelijk is.

Op het forum van onze community lees ik een vraag van een psychiater over het snel kunnen reageren op calamiteiten bij klanten. Daar kan ik wel wat over zeggen en ik spreek in: "Via mijn slimme bril ben ik voortdurend in contact met mijn klanten. Als er een calamiteit is, zie ik meteen wat er bij welke klant aan de hand is. Ook kan ik via die bril zien welke zorgprofessionals in de buurt zijn en hoeveel tijd die personen beschikbaar hebben. Zo kan ik heel snel contact leggen met een geriatrisch specialist of een verpleegkundige. Ik kan ze vragen om advies, maar ook om meteen in actie te komen bij de klant." De psychiater is geïnteresseerd in mijn slimme bril en vraagt de technische specificaties. Fijn dat we elkaar zo kunnen helpen.

Ik lig op de grond. Heb het koud. Wat is er gebeurd? Kan niet op m'n arm steunen. En o gatsie, ik ben helemaal nat. Tot in m'n sokken. Dat is me nog nooit gebeurd. En koud, zo koud. Voel dat ik duf word. Droom ik? Hoor opeens de stem van Dineke uit de muur. "Mam, wat is er aan de hand?

Ik kreeg een melding van het vloeralarm uit de keuken en zie op mijn watch dat je op de grond ligt! 'k Heb Maroua gebeld en zij komt naar je toe. Ik kom ook zo snel ik kan naar Uden. Kop op hé, 't komt goed hoor!" Daar is Maroua. Ze kijkt me bezorgd aan en vraagt meteen of ik mijn tanden kan laten zien en m'n armen strekken. Lukt niet. Ik vraag haar mij in bed te helpen, maar ze geeft een verkeerd antwoord. Snapt ze me niet? Ik zeg het toch duidelijk? Koud, zo koud. Dan voel ik hoe Maroua zachtjes met haar vinger mijn gezicht aanraakt en me in de ogen kijkt. En tranen die over m'n wangen lopen. Kan er niets aan doen. Moet gewoon zo vreselijk huilen. Begrijp er niets van. Maroua, blijf alsjeblieft bij me. Ben zo bang.

Ik begin het een beetje te begrijpen. Lig nu een paar dagen in bed. In mijn eigen slaapkamer met de gordijnen half dicht. Om me heen allemaal apparaten. Eentje om me uit bed te tillen en op het toilet te zetten. Een ander om me te laten bewegen. En een soort robot die het huis schoonmaakt en de afwas naar de keuken brengt. Het gaat allemaal vanzelf. Toen de geriatrisch specialist vertelde dat ik een hersenbloeding heb gehad, heeft Dineke direct toestemming gegeven aan de zorgprofessionals om mijn medische en gezondheidsgegevens op MijnLeven.nl in te zien.
Op dat platform zag ze via de hulpmiddelenwijzer meteen welke technische ondersteuning er allemaal mogelijk is na een hersenbloeding en welke bedrijven dat kunnen leveren. Zelfs beschikbare vrijwilligers in de buurt werden door het platform op een rij gezet. Met een paar klikken heeft ze alles geregeld. Via het online systeem hier in het complex heeft ze de buren gevraagd om een beetje voor me te zorgen. En nu komt er twee keer per dag iemand uit de buurt langs. Het is natuurlijk wel fijn, maar het voelt ook heel ongemakkelijk. De buurvrouw heeft gisteren m'n bed verschoond na een ongelukje en toen schaamde ik me zo. Voor Dineke is het ook niet gemakkelijk. Ze heeft een drukke baan en komt iedere avond na haar werk bij me langs. Dat houdt ze volgens mij niet vol en ik probeer daar met haar over te praten. Maar het lijkt alsof ze me niet verstaat. Of is er iets met mijn spraak? Zeg ik niet de woorden die ik bedoel? Gelukkig komt Maroua ook iedere dag even. Zij stelt geen moeilijke vragen en met haar kan ik gewoon even stil zijn.

Ik bezoek een aantal website's over de geschiedenis van de zorg omdat ik morgen een video lecture geef over de achtergrond van shared decision making. Ongelofelijk eigenlijk dat dit concept nog maar enkele decennia oud is. Tot 2015 namen veel zorgprofessionals de regie vanuit het idee dat zij wisten wat goed was voor de mensen. Dat klinkt me absurd in de oren. Mensen weten toch zelf wel hoe ze willen leven? En als ze dat niet kunnen zeggen, dan zijn er toch altijd wel familieleden of vrienden om het aan te geven? Voor mij is het vanzelfsprekend om samen te kijken wat je met techniek kunt regelen en dat aan te vullen met de hulp van het netwerk en zo nodig van zorgprofessionals. Ik ben benieuwd hoe mijn oudere collega's op het platform deze verandering beleefd hebben. Snel post ik hierover een item op het forum zodat ik de reacties morgen nog kan gebruiken.

Dineke komt binnen en controleert meteen of alle apparaten goed werken. Ik zie haar rode ogen en het duurt niet lang voor ze in huilen uitbarst. "Mam, ik wil heel graag voor je zorgen, maar dit trek ik niet. Je bent altijd zo zelfstandig geweest en ik kan het haast niet aanzien dat je hier zo ligt. Zo kwetsbaar en zo alleen. En dan kunnen we ook nog niet eens met elkaar overleggen hoe het verder moet omdat je niet goed kunt praten. En de buren die zijn natuurlijk hartstikke lief, maar het is niet genoeg. Je hebt meer nodig dan

Het is echt fijn om met verschillende generaties samen te wonen.
Niet dat we de deur bij elkaar plat lopen, maar we hebben wel contact.

Ik lig op de grond. Heb het koud. Wat is er gebeurd? Kan niet op m'n arm steunen.
En o gatsie, ik ben helemaal nat. Tot in m'n sokken. Dat is me nog nooit gebeurd.

iemand die je bed verschoont en een broodje voor je smeert. Ook meer dan al die apparaten hier kunnen bieden. Als ik op m'n werk ben en je op mijn watch volg, lijkt alles onder controle, maar als ik hier dan kom en je zo zie liggen…"
Ik knik dat ik het begrijp. Maar weet ook geen oplossing. Mijn gedachten gaan naar Maroua en al haar kinderen en kleinkinderen die voor haar kunnen zorgen. En naar mijn moeder die in het verpleeghuis ondanks alles de zorg kreeg die ze nodig had.

Dineke logt vanuit mijn MijnLeven.nl in op het gezondheidsplatform en vraagt hoe ze mijn spraakvermogen en mobiliteit kan verbeteren. Naast allemaal instructievideo's over praktische handelingen, popt er een filmpje op over het Bellavitahuis. Een chique villa waar je alle zorg krijgt die je nodig hebt. Een beetje zoals het verpleeghuis vroeger, maar dan veel luxer. Ik schrik me rot als ik hoor wat je daar maandelijks voor moet betalen. Eerst maar verder kijken.
We zien ook een specialistisch CVA-huis waar je kunt revalideren, maar daarvan zijn er maar drie in Nederland. En niet in de buurt van Uden. Zo ver bij iedereen vandaan, dat lijkt me niet fijn. Welke mogelijkheden zijn er nog meer? We zien een commercial van een zorgregisseur die alle zorg voor je coördineert. Is dat niet die man die we ontmoet hebben bij de presentatie van Konings? Dineke ziet het ook en kijkt me opgelucht aan. "Mam, stel je toch voor dat we die Wouter kunnen inhuren. Dat hij het hele stuk professionele zorg voor ons kan regelen. Pff, dat lijkt me echt een geweldige oplossing. Ik ga hem meteen een berichtje sturen. Je hebt gelukkig nog niet al het geld van je huis gebruikt en als je tekort komt, kijk ik wel wat we kunnen bijdragen." Met enige moeite maak ik duidelijk dat ik dat echt niet wil. Maar ze is niet te stoppen en heeft het over kinderen die wettelijk verplicht zijn om voor hun ouders te zorgen. En hoe fijn het óók voor haar zou zijn als dit lukt.

Ik zie een chatberichtje van een zekere Dineke die mijn commercial op het platform heeft gezien. Ze zoekt een zorgregisseur voor haar moeder en wil weten wat het kost en wat de mogelijkheden zijn. "Wat heb je zelf allemaal geregeld en waar loop je vast?" is mijn eerste vraag. "Voor de fysieke problemen hebben we technische oplossingen gevonden en voor het sociale contact komen de buren en ik dagelijks langs, maar ik merk dat mijn moeder meer nodig heeft. Ze kan zich niet goed aanpassen aan de nieuwe situatie en we vinden het lastig om te bepalen hoe het verder moet.
Het lastige is dat ze een beetje in de war is. En het praten gaat ook erg moeilijk. Ik merk gewoon dat we het niet redden samen." Ik antwoord haar dat ik vanavond langs kan komen om met elkaar te kijken hoe we haar moeder verder kunnen helpen. "Heel fijn", antwoordt ze. "Dan nodig ik ook meteen haar vriendin Maroua uit want die is heel belangrijk voor haar." Snel neem ik mijn aantekeningen van de laatste intervisie door en ga in mijn zelfrijdende Tesla uit 2020 op weg.

Ik ruik de geur van appeltaart. Dineke bakt die zonder suiker en roomboter, maar met vijgen, kokosolie en chiazaad. Ook heel lekker. Vanuit m'n rolstoel kijk ik hoe ze de taart in vieren snijdt en denk ondertussen na over hoe het verder moet. Straks komt Wouter. Mijn grootste angst is dat ik toch moet verhuizen en dan in een onbekende omgeving kom. Gelukkig komt Maroua ook. Met haar heb ik niet veel woorden nodig.

Trends in de ouderenzorg 2015 - 2035

Het verhaal van Anna schetst een mogelijk beeld van de ouderenzorg in 2035. Hoewel niemand precies weet hoe de toekomst er uit gaat zien, kunnen we wel een aantal trends onderscheiden. Het gaat om ontwikkelingen die deels al in gang zijn gezet. Denk bijvoorbeeld aan langer thuis wonen, de veranderende rol van de zorgprofessional en de nieuwe concept van gezondheid. Deze trends vormen de basis voor het verhaal van Anna en krijgen hier een toelichting en onderbouwing.

Oud word je thuis

Mensen wonen vaker en langer thuis. Het percentage ouderen dat in een instelling woont, daalt al jaren (CBS, 2011; Garssen et al, 2015). Terwijl in 1995 nog 17 procent van de 75-plussers in een instelling woonde, was dit in 2014 gedaald tot 10 procent. Op dit moment woont 95 procent van de 65-plussers in Nederland (bijna 2,8 miljoen mensen) thuis. Mensen met een lichte zorgvraag komen vanaf 2013 niet meer in aanmerking voor het wonen in een zorginstelling (Reerink, 2013). De Wet langdurende zorg (Wlz) maakt het mogelijk om ook met een zwaardere zorgvraag thuis te blijven wonen. In de afgelopen 8 jaar is het aantal mensen met één of meerdere chronische ziekten met 17% gestegen. De helft van alle 75-plussers heeft multimorbiteit, in totaal 580.000 mensen. De verwachting is dat dit in de toekomst gaat stijgen (Nationaal Kompas Volksgezondheid, 2014).
De uitdaging voor eigenaren van zorgvastgoed (de zorgaanbieder of corporatie) is om alternatieven te bedenken voor de dreigende leegstand (Kok et al., 2015). Er komen steeds meer kleinschalige burgerinitiatieven op het gebied van ondersteuning en zorg, zoals zorgcoöperaties (de Jong, 2015). Deze initiatieven willen – beter dan de grote instellingen – tegemoet komen aan de behoeften en wensen van de mensen in hun gemeenschap (Vulto et al., 2014).

Diversiteit kleurt de zorg

De groep migranten in de ouderenzorg neemt de komende jaren absoluut en relatief toe (Vermaas, 2014). De verwachting is dat het aantal migranten boven de 65 jaar groeit van 78 duizend niet-westerse migranten in 2011 tot 520 duizend in 2050. De grootste groepen zijn op dit moment afkomstig uit Suriname, Marokko, Turkije en de Nederlandse Antillen/ Aruba. Oudere migranten hechten meer waarde aan de zorgplicht van kinderen voor hun ouders, dan autochtone senioren. Vooral Marokkaanse en Turkse ouderen geven de voorkeur aan de hulp van hun (schoon) kinderen (Pharos, 2015). Het is nog niet duidelijk of dit ook geldt voor de oudere migrant in 2035. Ook onder zorgprofessionals neemt het aantal migranten toe.

De zorgprofessional verandert

Er zijn veel beroepen, functies en opleidingen in de zorg. Op het moment gaat het om ruim 2400 zorg- en zorgverwante beroepen/functies en ruim 1700 opleidingen (Van der Velden et al., 2013). Ongeveer 1,2 miljoen mensen oefenen een zorgberoep uit en 2,3 miljoen mensen hebben een zorgopleiding afgerond als hoogst behaalde opleiding (Kaljouw en van Vliet, 2015). Zorgprofessionals werken niet langer alleen in zorgorganisaties, maar ook in wijkteams, netwerken en steeds vaker als ZZP-er. Hun rol en functie verandert. Dit komt mede door een nieuw concept van gezondheid, waarbij niet de ziekte centraal staat, maar veerkracht en zelfmanagement (Huber, 2014).
De Commissie Innovatie Zorgberoepen & Opleidingen stelt dat de toekomstige zorgprofessional over een aantal generalistische competenties beschikt. Professionals werken samen in teams die met elkaar beschikken over alle bekwaamheden die nodig zijn (Kaljouw en van Vliet, 2015). Het leggen van verbindingen in het netwerk van zorg en ondersteuning

maakt deel uit van de nieuwe functieprofielen. Zorgprofessionals vinden nieuwe rollen en grenzen in het samenspel met cliënten zelf en informele zorg (Scholten, C. et al. , 2012). Van een grote groep professionals wordt flexibiliteit gevraagd om op verschillende plaatsen en voor verschillende doelgroepen inzetbaar te zijn. Veel banen in de zorg krijgen een bredere invulling. Nieuwe taken zijn bijvoorbeeld het vervullen van een poortwachtersrol, signalering en het begeleiden van mantelzorgers (*In voor zorg!*, 2014).

Cliënt in de driver's seat

De zorg rondom de cliënt en zijn netwerk wordt veel persoonsgerichter (Vlek et al., 2013). Bij het vaststellen van wat een cliënt nodig heeft, worden de cliënt en zijn sociaal netwerk het uitgangspunt. De zorg sluit aan op wat de cliënt nodig heeft en het eigen netwerk niet kan opvangen. Voor zorgmedewerkers betekent dit dat zij nauw samenwerken met informele zorgverleners en mantelzorgers, vrijwilligers en de cliënt zien als gelijkwaardige partners (Vilans/Movisie, 2015). Nu al verlenen ruim 2,3 miljoen mensen langer dan drie maanden mantelzorg aan hun naaste en verrichten ruim een half miljoen mensen vrijwilligerswerk (de Boer et al., 2013). Informele zorgverleners (mantelzorgers en vrijwilligers) zijn nog meer dan nu de ruggengraat van de zorg (Colombo et al., 2011; WHO, 2015) en krijgen een steeds duidelijkere rol in de langdurende ouderenzorg en ondersteuning (Vilans/Movisie; 2015A/2015B). In de toekomst beheert de cliënt zijn eigen medische en gezondheidsgegevens in een levenslang persoonlijk gezondheidsdossier en kent rechten toe aan zijn eigen netwerk en zijn zorgverleners om de gegevens in te zien. Op dit moment wil al 66% van de Nederlanders zo'n dossier (RVZ, 2014).

Technologie heeft de toekomst

In vergelijking tot het buitenland, maakt de Nederlandse zorg veel gebruik van e-health toepassingen (Krijgsman et al., 2014). Bij technologie in de zorg gaat het onder andere om beeldcommunicatie, monitoring, zelfzorg, robotisering, big data, edutainment en allerlei digitale platforms voor medische samenwerking. Ook zaken als het inzien van je eigen medische gegevens, sociale interactie en beoordelingen en reviews van zorgverleners, gaan een steeds grotere rol spelen (Vilans, 2015b). Het beleid van VWS en de sector is er op gericht om techniek in de zorg op grotere schaal te implementeren (Ministerie van VWS, 2014). De inzet van technologie ondersteunt mensen om zo lang mogelijk zelfstandig in de eigen omgeving te wonen (Scheerder, 2014).
De ouderen van de toekomst zijn meer vertrouwd met het gebruik van vormen van zorg op afstand zoals beeldschermzorg, domotica en zelfmanagement via internet. De kans bestaat wel dat de razendsnelle technologische ontwikkelingen mensen angstig, onthecht of depressief maken (Scheerder, 2014). Voor de zorgprofessional krijgt de inzet van technologie een vaste plek in het dagelijkse werk. De zorgmedewerkers van de toekomst zijn opgegroeid in een sterk gedigitaliseerde omgeving en zij gebruiken technologie om meer zorg op afstand te leveren en om samen te werken met collega zorgprofessionals van verschillende organisaties (*In voor zorg!*, 2014).

De gebruiker bepaalt, want de gebruiker betaalt?

De kosten van de ouderenzorg in Nederland gaan snel omhoog. Als de huidige trend doorzet, besteedt Nederland in 2050 8,2% van het Bruto Binnenlands Product aan langdurende zorg. Ter vergelijking: in Zweden is dat dan 5,5% en in Noorwegen 4,5%. Nederland is dan veruit de grootste stijger in Europa wat betreft publieke uitgaven voor

langdurende zorg (Colombo et al., 2011). Om die reden zal Nederland andere manieren vinden om de zorg te bekostigen, met minder systeem- en overheadkosten. Dan gaat het om persoonsvolgende en persoonsgebonden budgetten, die daarmee goedkoper zijn dan zorg in natura (Nies, 2012). Daarnaast worden andere financieringsbronnen aangeboord, waarbij burgers en ondernemers financieel participeren via bijvoorbeeld zorgobligaties met crowdfunding (ActiZ, 2015).

De overheid verbindt en faciliteert

De participatie-samenleving krijgt steeds meer vorm. De zorg ontwikkelt zich daarbij van een Pater-systeem (verzorgingsstaat) via een Ego-systeem (marktwerking) naar een Eco-systeem (waardecreatie) (Idenburg en van Schaik, 2013; Scharmer & Kaufer, 2013). Hierbij raakt de zorg meer verweven met de maatschappij en ligt de focus op de burger, gezondheid, goede zorg en eigen regie. De overheid speelt vooral een verbindende en faciliterende rol. Dit doet zij door alle partijen bij elkaar te brengen om vernieuwing te realiseren en om de zorg te organiseren. Daarbij zien we ook een andere ontwikkeling; de solidariteit verdwijnt als er meer variatie in waarden en opvattingen ontstaat.

Nieuw concept van gezondheid

Er ontstaan nieuwe opvattingen over gezondheid en kwaliteit van bestaan/leven (Huber et al. 2011; Huber, 2014; Schalock en Verdugo, 2002). Centraal staan veerkracht en zelfmanagement op alle domeinen die het leven betekenisvol maken: lichamelijk welbevinden, psychisch welbevinden, intermenselijke relaties, deelname aan de samenleving, persoonlijke ontwikkeling, materieel welzijn, zelfbepaling en eigen regie, rechten en belangen, spiritualiteit en dagelijks functioneren (Schalock, 2002; Huber, 2014).

Kennis op maat maak en deel je samen

De vraagstukken in de (ouderen)zorg worden steeds complexer (Idenburg, van Schaik en Zuiderveld, 2012). Het onderscheid tussen kennisontwikkelaars, -verspreiders en -gebruikers verdwijnt. Daarvoor in de plaats komt een grote variatie aan ontwikkelaars èn gebruikers die in (vaak lokale/regionale) netwerkverbanden nauw samenwerken aan het ontwikkelen, aanbieden en gebruiken van kennis (Poortvliet, 2014). Zorgorganisaties en maatschappelijke initiatieven geven ook steeds vaker zelf invulling aan de kennisfunctie. Toepassingen van Big Data en kunstmatige intelligentie in de zorg ondersteunen het maken en delen van intersectorale kennis op maat. Burgers en professionals stellen vragen aan computers die een antwoord op maat geven voor de specifieke situatie waarin zij zich bevinden. Compleet met een score voor de kwaliteit van de informatie waarop het antwoord is gebaseerd. De kennis zal steeds meer domeinoverstijgend zijn (bijvoorbeeld wonen, welzijn en zorg). Ouderen en hun netwerk zoeken praktische informatie op maat. Via digitale kennis- en contactplatforms wisselen mensen informatie, ervaringen over gezondheid, problemen en keuzen uit. Het gebruik van deze platforms stijgt snel en is mogelijk via verschillende kanalen (Idenburg en van Schaik, 2013). Landelijke kenniscentra ondersteunen deze ontwikkelingen en sluiten er bij aan.

Literatuur

Het verhaal van Anna en de trends in de ouderenzorg 2015 – 2035 zijn gebaseerd op de volgende uitgaven:

ActiZ (2015). Clientvolgende bekostiging. Geraadpleegd op 7 oktober 2015, van http://www.actiz.nl/dossiers/directe-betaalrelatie.html.

Garssen, J., Harmsen, C. (2011). Ouderen wonen steeds langer zelfstandig. Geraadpleegd op: 7 oktober 2015, van http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/themas/bevolking/publicaties/artikelen/archief/2011/2011-3434-wm.html.

CBS (2015). Beperkingen in dagelijkse handelingen bij ouderen. Geraadpleegd op: 7 oktober 2015, van http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/themas/gezondheid-welzijn/publicaties/artikelen/archief/2015/beperkingen-in-dagelijkse-handelingen-bij-ouderen.htm.

Colombo, F., Llena-Nozal, A., Mercier, J., e.a. (2011). Help wanted? Providing and Paying for Long-Term Care. Paris: OECD Health Policy Studies.

de Boer, A.H., Hessing-Wagner, J.C., Mootz, M. Schoemakers-Salkinoja, I.S., (2013). Informele zorg. Een verkenning van huidige en toekomstige ontwikkelingen. Den Haag: SCP.

de Jong, F., Feliksdal D., Turnhout, S. (2015). Burgerinitiatieven in zorg en welzijn. Utrecht: Vilans.

den Draak, M., Hosper, K., Kosec, H., e.a. (2012). Migratie en gezondheid, 2012, Feiten en cijfers. Utrecht: Pharos.

Huber, M., Knottnerus, J. A., Green, L., e.a. (2011). How should we define health?. Bmj, 343, d4163.

Huber, M (2014). Towards a new, dynamic concept of health: Its operationalisation and use in public health and healthcare, and in evaluating health effects of food". Maastricht University (PhD thesis).

Idenburg, P.J., Schaik, van M.C.M. (2013). Diagnose Zorginnovatie: over technologie en ondernemerschap. Schiedam: Scriptum.

Idenburg, P.J., van Schaik, M.C.M., Zuiderveld, S. (2012). Diagnose 2025: over de toekomst van de Nederlandse gezondheidszorg. Schiedam: Scriptum.

***In voor zorg!* (2014).** De langdurige zorg in 2020: trends en ontwikkelingen. Geraadpleegd op: 7 oktober 2015, van http://www.invoorzorg.nl/ivz/nieuws-de-langdurige-zorg-in-2020-trends-en-ontwikkelingen.html.

Kaljouw, M., & Van Vliet, K. (2015). Naar nieuwe zorg en zorgberoepen: de contouren. Den Haag: Zorginstituut Nederland.

Kok, P., Nouws, H., Sanders, L., e.a. (2015). Wonen en zorg en de ruimtelijke ordening. Handreiking voor het oplossen van ruimtelijke knelpunten bij de transformatie of ontwikkeling van woonzorglocaties. Utrecht: Aedes-ActiZ.

Krijgsman, J., Peeters, J., Burghouts, A. e.a. (2014). Op naar meerwaarde! eHealth-monitor 2014. Den Haag en Utrecht: Nictiz en het NIVEL.

Ministerie van VWS (2014). Informatie- en Communicatietechnologie (ICT) in de Zorg. Den Haag: Ministerie van VWS.

Ministerie van VWS (2015). Waardigheid en trots. Liefdevolle zorg voor onze ouderen. Plan van aanpak kwaliteit verpleeghuizen. Den Haag: Ministerie van VWS.

Nationaal Kompas Volksgezondheid (2014). Chronisch ziekten en multimorbiditeit. Geraadpleegd op: 13 oktober 2015, van http://www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/ziekten-en-aandoeningen/chronische-ziekten-en-multimorbiditeit/trend.

Nies, H.L.G.R. (2012). De zorg ontzorgd/t. Veranderende rollen en resultaten in de langdurende zorg. Amsterdam: Vrije Universiteit.

Nijhof, N. (2014). BringYourOwn; doorbraak voor eHealth? Geraadpleegd op: 7 oktober 2015, van http://www.vilans.nl/ver-vilans-nieuwsoverzicht-BringYourOwn-doorbraak-voor-eHealth.html.

Pharos (2015). Gezondheid ouderen: zorgvraag. Geraadpleegd op: 7 oktober 2015, van http://www.pharos.nl/nl/onze-expertise/gezondheid-ouderen/feiten-en-cijfers/zorgvraag.htm.

Poortvliet, P. (2014) Kennisinfrastructuur in transitie. Den Haag: ZonMw.

Reerink, A. (2013). Artikelenreeks: Het gezicht van extramuralisering. Utrecht: Aedes-ActiZ.

RVZ (2014). Patiënteninformatie: Informatievoorziening rondom de patiënt. Den Haag: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.

Schalock, R.L., M.L. Verdugo-Alonso (2002) Handbook on quality of life for human services practitioners. Washington American Association for Mental Retardation.

Scharmer, O., Kaufer, K. (2013). Leading from the Emerging Future: From Ego-System to Eco-System Economies. San Francisco: Berrett-Koehler Publishers.

Scheerder, J. (2014). Horizonscan 2050. Den Haag: Stichting Toekomstbeeld der Techniek.

Swarte, V.P.P., Kruijswijk Jansen, J.H. (2009). De toekomst van persoonsgebonden financiering voor langdurig zorggebruikers. Leiden: STG / Health Management Forum.

van der Velden, L.F.J., de Putter, I. D., Lee, I., e.a. (2013). Quickscan Beroepen & Opleidingen in de zorg, welzijn en kinderopvang. Utrecht: NIVEL.

Vermaas, M. (2014). Kennisbundel Intercultureel vakmanschap in de zorg. Aandacht voor diversiteit. Utrecht: Vilans, Trimbos Instituut, ZonMw, V&VN en Calibris.

Vlek, H., Driessen S., Hassink L. (2013). White paper: Persoonsgerichte zorg. Utrecht: Vilans.

Scholten, C. van Dijk, K. (2012). Grenzen verleggen. Belemmeringen en kansen voor samenspel tussen informele en formele zorg. Utrecht: Vilans.

Vilans (2015). Publicaties over het thema ehealth. Geraadpleegd op: 7 oktober 2015, van http://www.vilans.nl/Over-vilans-Overzicht.html?thema=eHealth&themaid=601069.

Vilans (2015). Publicaties over het thema zorgmedewerker in verandering. Geraadpleegd op: 7 oktober 2015, van http://www.vilans.nl/Over-vilans-Overzicht.html?thema=Zorgmedewerker%20in%20verandering&themaid=601059.

Vilans/Movisie (2015A). Zorg beter met vrijwilligers. Geraadpleegd op: 7 oktober 2015, van http://www.zorgbetermetvrijwilligers.nl.

Vilans/Movisie (2015B). In voor mantelzorg. Geraadpleegd op: 7 oktober 2015, van http://invoormantelzorg.nl/ivm Vilans/Movisie (2014). Kantelen naar informele zorg. Utrecht: Vilans/Movisie.

Vulto, M., Goris, A., de Jong, F. (2014). Op naar 2022! Drie toekomstscenario's voor wijkgerichte zorg en ondersteuning. Utrecht: Vilans.

World Health Organization (2015). WHO global strategy on people-centred and integrated health services: interim report. Geneva: World Health Organization.

Technologie is de sleutel om tot een toekomstbestendige zorg voor kwetsbare mensen te komen

Neoversum

Auteur:
Paul Ostendorf, Futuroloog

Er is een toekomst – nu nog ver weg, maar het gáát er van komen – waarin het theoretisch mogelijk is voor de mens om onsterfelijk te zijn. Natuurlijk, vallende bakstenen en te hard rijdende auto's zullen een probleem blijven, maar dankzij de technologische ontwikkelingen zal in die toekomst theoretisch niets de mens nog in de weg staan om eeuwig te blijven voortleven, in een goede gezondheid zelfs. Het is diezelfde technologie die ook van grote invloed zal zijn op de zorg voor de kwetsbare mens zoals we die nu nog kennen.

Aftakeling uitstellen

In het proces van ouder worden spelen onder andere telomeren (de uiteinden van onze menselijke chromosomen) een belangrijke rol. Ze worden met iedere celdeling korter en zijn hierdoor op een gegeven moment niet meer in staat om zichzelf te delen. Uitsluitend de kiembaancellen die onze geslachtscellen maken, zijn – door de invloed van telomerase – ongevoelig voor deze veroudering. Theoretisch gesproken zou het activeren van telomerase in onze andere lichaamscellen ervoor kunnen zorgen dat hier hetzelfde effect wordt bereikt. Zo simpel is de praktijk op dit moment nog niet, want dit activeren kan tot ongewenste celdeling leiden en dus tot kanker. Maar verder onderzoek kan bewerkstelligen dat een methode wordt ontwikkeld die ervoor zorgt dat het activeren wel het gewenste effect op de cellen heeft, maar dat het ongewenste effect van nieuwvormingen wordt geëlimineerd. Een interessant onderzoeksgebied dat een bijdrage kan leveren aan het streven langer te leven met een goede gezondheid. Hetzelfde geldt voor onderzoek naar de invloed van leefstijl op de genen. Er zijn diverse andere oorzaken voor celveroudering en lichamelijke aftakeling. Maar naarmate het gerontologisch onderzoek verder vordert, zullen wetenschappers er beter in slagen de menselijke aftakeling verder uit te stellen en uiteindelijk zelfs volledig te elimineren. Dat geeft hoop op een toekomst waarin de zorgkosten alleszins beheersbaar zijn.

Is dit een wenselijke ontwikkeling? Het antwoord op die vraag moet worden afgezet tegen wat we nu zien gebeuren. We zien nu dat ouderen door toenemende aftakeling steeds meer hulpbehoevend worden en steeds meer zorg nodig hebben. We voeren ingrijpende operaties uit bij mensen van wie we mogen aannemen dat ze nog maar korte tijd te leven hebben. En we hebben wetgeving die mensen verbiedt zelfstandig uit het leven te stappen. In plaats daarvan hebben we een aanbod van palliatieve zorg ontwikkeld. Dat is het systeem dat we nu hebben gecreëerd, en vinden we dat wel wenselijk?

Het alternatief is dus dat we de technologische ontwikkeling doorzetten die het in de toekomst mogelijk moet maken om een uitweg te bieden uit dit huidige systeem.
De vraag is wanneer we in psychologisch, sociaal, religieus en economisch perspectief klaar zijn voor dit alternatief. Op dit moment geeft vijftig procent van de mensen aan wie de vraag wordt gesteld "Zou je het eeuwige leven willen hebben?" aan dit inderdaad te willen. Bij de vijftig procent die nee zegt, speelt vaak de overweging dat zij dan nooit in het hiernamaals komen een belangrijke rol om het perspectief van onsterfelijkheid af te wijzen.

Zinvol bestaan

Vanuit het economisch perspectief speelt de mogelijkheid om (veel) langer te blijven werken een grote rol. Op dit moment bestaat veel werk nog voor een belangrijk deel uit fysieke arbeid. De voortschrijdende technologie zal ervoor zorgen dat dit fysieke aspect steeds meer op de achtergrond komt te staan en dat werk meer een intellectuele invulling

zal krijgen. Of dit betekent dat mensen met een verstandelijke beperking dan een steeds groter probleem zullen worden voor onze samenleving, hangt af van de vraag hoe goed we er in de toekomst in zullen slagen om die beperking te herstellen. Het leven is een rationele manifestatie die volledig begrepen kan worden als we de fysiologie van de menselijke cellen volledig doorgronden. Wetenschappers werken daaraan.

Voorlopig zijn we nog niet zover. We verkeren nu in de situatie waarin iedereen de wens heeft om zo gezond mogelijk oud te worden, of bij toenemende kwetsbaarheid in ieder geval zo lang mogelijk autonoom te kunnen blijven functioneren. Het huidige kabinetsbeleid speelt hier ook op in: het is erop gericht mensen zo lang mogelijk in hun eigen woonomgeving te laten wonen en alleen een indicatie te geven voor intramuraal verblijf als het echt niet anders kan. De sleutel om langer verblijf in de eigen woonomgeving op verantwoorde wijze mogelijk te maken, ligt in de technologie. Die technologie kan deels op (of geïmplanteerd in) de mens zitten, om vitale functies te monitoren en te delen met zorgprofessionals, zodat zij preventief actief kunnen zijn en weten wanneer geneeskundige actie geboden is. De technologie kan ook deels in de omgeving van de mens zitten, in huis, om diens bewegingen en gedrag te monitoren en een waarschuwingssignaal af te geven als de situatie daarom vraagt. Robots zullen een steeds grotere rol gaan spelen in het tegengaan van eenzaamheid onder ouderen. De zorgrobot Zora wordt nu al hoog gewaardeerd door bewoners van verzorgingshuizen. En de ontwikkeling gaan verder: de Fransen ontwikkelen een zorgrobot van 1.40 meter die in staat is injecties te geven, steunkousen aan te trekken of een kopje thee te zetten.

Kortom, die technologie zal ons bij toenemende kwetsbaarheid steeds langer uit het circuit van het reguliere zorgaanbod gaan houden.

Verblijfhuis als laatste fase

Maar nu de realiteit van vandaag. Met de transities in de langdurige zorg heeft het kabinet wel de zorg overgeheveld naar de gemeenten, maar ook meteen een financiële taakstelling bij die gemeenten neergelegd. Op korte termijn wordt het hierdoor moeilijk om de zorg voor kwetsbare mensen op peil te houden. Juist daarom is het nu belangrijk om sterk in te zetten op de technologische ontwikkelingen die het mogelijk maken om die zorg wél op peil te houden, en tegen lagere kosten dan we tot op heden gewend zijn. Een indicatie met verblijf volgt dan nog uitsluitend als de zorg in de thuissituatie dermate complex wordt dat deze niet langer vol te houden is. Omdat dit met de technologie van straks veel langer kan worden uitgesteld dan nu het geval is, zal dit verblijf nog alleen betrekking hebben op de laatste maanden van het leven. Het heeft dan geen zin meer om bij dit verblijf nog een onderscheid te maken tussen verzorgingshuis, verpleeghuis en hospice. Zo lang mensen nog niet het eeuwige leven hebben, doorlopen ze toch dit hele traject. Dus faciliteer dit dan ook als zorgaanbieder in wat we verblijfhuizen kunnen noemen. Dit vraagt om verpleegkundigen die – behalve de kennis die nu al bij hen aanwezig is – vertrouwd zijn met de technologische hulpmiddelen die de zorg kunnen ondersteunen. Die technologische voorzieningen dienen de bewoners van de verblijfhuizen in alle opzichten te monitoren, zodat de zorgverlening optimaal op hun behoefte kan worden afgestemd. Ook vraagt het om meer samenwerking tussen zorgaanbieders.

Natuurlijk mag de aandacht voor kwaliteit van leven te midden van alle technologische ontwikkelingen niet worden vergeten. Naast een warme, menselijke benadering door zorgprofessionals blijft ook contact met naasten van groot belang. Ook dit laatste aspect zal echter in de toekomst – in ieder geval ten dele – via technologie in te vullen zijn.

Trek de lijn maar door van wat nu al bestaat. Mailen is leuk maar bestaat voornamelijk uit tekst en foto's. Video of Skype is al persoonlijker, 3D-beeld met natuurlijk geluid is nog persoonlijker. Robots zijn al inzetbaar om mensen gezelschap te bieden. De ontwikkeling ervan is alleen nog niet zover dat ze kunnen omgaan met menselijke emoties, maar ook daaraan wordt gewerkt.

Acceptatie technologie

Belangrijk om te beseffen is wel dat de acceptatie van alle technologie tijd vergt. De nadruk die het kabinet legt op de noodzaak om effectief om te gaan met de beschikbare financiële middelen voor kwetsbare mensen, maakt duidelijk dat die tijd beperkt is en dat dus gerichte stappen moeten worden gezet. De overheid kan hier zelf aan bijdragen door een stimulerende rol te spelen in het breed onder de aandacht brengen van de technologische ontwikkelingen die op ons afkomen en de mogelijkheden die ze mensen bieden. De manier waarop de discussie rondom het elektronisch patiëntendossier is verlopen, maakt duidelijk hoe belangrijk het is om bij het onder de aandacht brengen van die technologie te voorkómen dat ook hierbij de zaak weer verzandt in een oeverloze privacy-discussie.
De kern van de boodschap moet dus nadrukkelijk zijn dat die technologie niet bedoeld is om mensen door derden in de gaten te laten houden, maar om cliënten en zorgaanbieders het leven gemakkelijker te maken. Technologie maakt veel mogelijk maar werkt alleen optimaal als deze naadloos verweven kan worden met de menselijke zorg van alle dag.

Ondanks de decentralisatie van taken naar de gemeenten blijft dus een centrale, overheidsgestuurde aanpak nodig om de samenleving te enthousiasmeren voor innovatie in relatie tot zorg voor kwetsbare mensen. Dit enthousiasmerende werk zal niet direct het gewenste positieve effect hebben op de totale samenleving. Een relatief kleine groep koplopers zal het gedachtengoed snel omarmen, een grotere groep zal een afwachtende houding aannemen en een kleine groep zal afkeurend reageren. De druk om die laatste twee groepen toch mee te krijgen, mag niet vanuit de politiek of de zorgverzekering komen. Bereidheid om technologie te omarmen kan niet per wet geregeld worden en mag ook geen uitgangspunt zijn om te worden geaccepteerd voor een zorgverzekering. Zorgprofessionals kunnen wel benadrukken hoe belangrijk technologie kan zijn voor een individu met toenemende kwetsbaarheid, maar de cultuur van het door een brede laag van de bevolking omarmen van die technologie zal op basis van verleiding en persoonlijke afweging tot stand moeten komen.

We leven in een geweldige tijd

Vivium Zorggroep

Auteur:
Marco Wisse

Marco Wisse combineert in zijn observaties de kennis en ervaring die hij heeft als bestuurder van Vivium Zorggroep en zijn opleiding als verpleegkundige met zijn ervaringen als zoon van een moeder met dementie.

De systemen en structuren waarmee we onze samenleving sinds de vijftiger jaren tamelijk succesvol hebben georganiseerd lopen naar het einde van hun houdbaarheidsdatum. Zo ook de inrichting van het stelsel van de langdurige zorg. De hoogste tijd voor een reorganisatie van het systeem. Met het plan "Waardigheid en trots" geeft staatssecretaris Van Rijn in 2015 een eerste aanzet tot de hervorming van het stelsel. Belangrijke elementen uit het plan zijn de verbetering van de ouderenzorg in Nederland en het versterken van de positie van cliënten en professionals. Daar ben ik het hartgrondig mee eens. Maar houden we onszelf niet gevangen in contraproductieve systemen die in de loop der jaren opeen gestapeld zijn om het systeem te borgen en te stutten en die nu een wezenlijke hervorming van het stelsel in de weg staan?

Gevangen in de mores van de politiek

Enkele jaren geleden valt in een verpleeghuis een patiënt uit een tillift omdat de daarbij behorende tilband te oud is en scheurt. Helaas ook nog met nare consequenties voor de patiënt. Dit voorval haalt, zoals zoveel incidenten, de plaatselijke krant en is voor een kamerlid aanleiding daarover vragen te stellen aan de minister. De minister kan in de huidige politieke verhoudingen niet anders dan krachtig optreden en draagt de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) op aan deze misstanden een einde te maken. De IGZ op haar beurt heeft enkele weken later een bericht doen uitgaan aan alle zorginstellingen met de opdracht, een systeem in het leven te roepen waarin geregistreerd wordt dat de leesbaarheid van de was-etiketten periodiek gecontroleerd is. Deze registratie moet op eerste verzoek van de inspectie beschikbaar gesteld worden. Ook vandaag de dag zitten er in verpleeghuizen mensen de leesbaarheid van de was-etiketten te controleren en dat vast te leggen. Een voorzichtige inschatting van mijn kant is dat er dagelijks > 100.000 transfers met tilliften worden uitgevoerd en we kennen slechts een enkel incident.

Incidenten in de zorg zullen er altijd blijven maar de minister en staatssecretaris worden door de Kamer en de publieke opinie welhaast gedwongen veilige zorg te garanderen. Het leven is niet 100% veilig en al helemaal niet voor de meest kwetsbare mensen uit onze samenleving die aangewezen zijn op 7x24 uur zorg, behandeling en toezicht. Hoe heilig is veilig? De pers, politiek en samenleving oordelen doorgaans negatief over de sector en er is een sterke roep om verbetering van de kwaliteit van de ouderenzorg. Volgens de WHO mag de ouderenzorg in Nederland zich tot de vijf beste landen van de wereld rekenen. De ambitie om de allerbeste te zijn deel ik maar dat zou moeten vanuit een positieve grondhouding. Samen met vele van mijn collega's in de sector kan ik mij echt kwaad maken als er constant gesproken wordt over falende ouderenzorg. Het is een grove miskenning van de passie en professionaliteit waarmee de medewerkers in deze sector deze vaak moeilijke maar mooie maatschappelijke taak op zich nemen. Kom maar eens kijken zou ik zeggen met hoeveel liefde en deskundigheid de mensen in die sector elke dag tegen een bescheiden salaris voor hun cliënten en dus onze (groot)ouders zorgen. Beleid baseren op incidenten is zelden verstandig maar zolang wij bewindspersonen ter verantwoording roepen over incidenten en daar ons beleid op baseren komen we niet toe aan structurele aanpassingen.

In 2015 hebben alle verpleeghuispatiënten recht op een éénpersoons kamer zo is politiek besloten. Electoraal zonder twijfel een goed verhaal, de argeloze lezer zal het daar al snel mee eens zijn en dus zijn we in Nederland zelfs de nieuwste verpleeghuizen weer ingrijpend aan het verbouwen om aan die eis tegemoet te komen. Ik moest er weer aan denken toen het verpleeghuis waar mijn moeder woont mij dit voorjaar moest bellen om te vertellen dat zij 's nachts gevallen was en haar heup gebroken had. We worstelden al wat langer met de vraag waarom zij vooral in de nacht onrustig was. Ik meende het wel te weten. Het grootste deel van haar leven heeft mijn moeder met haar partner op één kamer geslapen. Na de opname in het verpleeghuis kreeg zij een eigen kamer met als gevolg dat ze voor het eerst in vijftig jaar 's nachts alleen was. Dat je daar als dementerende vrouw onrustig van wordt verbaast mij niet. De verplichting van de eigen kamer heeft dus misschien wel averechts gewerkt voor haar. In het verpleeghuis waar ik zelf leiding aan geef waren na de renovatie in 2000 alleen nog een- en tweepersoonskamers. De verzorgende op de afdelingen wisten vrijwel altijd wie er het beste alleen en wie beter op een tweepersoons kamer kon slapen en zij waren ook nog in staat de familie te overtuigen van hun professioneel onderbouwde keuze.

Gevangen in de onrealistische verwachtingen over het leven

De afgelopen veertig jaar heb ik de verwachtingen over ons leven en in het bijzonder over het ouder worden zien veranderen. Het zogenaamde "Het Zwitserleven gevoel" heeft in brede lagen van de bevolking wortel geschoten. De gemiddelde Nederlander gaat er van uit dat hij of zij tot op zeer hoge leeftijd vitaal, actief en zelfstandig deel kan blijven nemen aan de samenleving. Het niet meer kunnen accepteren van ongemakken en gebreken die onlosmakelijk verbonden zijn met het leven en het ouder worden zijn gemeengoed. Als leerling verpleegkunde leerde ik in de zeventiger jaren dat mijn levensverwachting 68 jaar was. Inmiddels is dat bijna 80 jaar. En ook het aantal jaren welke wij in goede gezondheid door mogen brengen is recht evenredig mee gegroeid. Maar net als toen dienen wij ons ook nu te realiseren dat wij ongeacht hoe oud we nu precies worden, gemiddeld de laatste tweeëneenhalf jaar van ons leven in enige mate afhankelijk worden van de zorg van anderen. Die fase in ons leven is eigenlijk net zo vanzelfsprekend als de afhankelijkheid van het jonge kind maar blijkt voor heel veel mensen moeilijker te accepteren.

In mijn werk in de ouderenzorg heb ik in de loop der jaren wel geleerd dat mijn cliënten dat doorgaans heel goed kunnen accepteren. De mens beschikt over een geweldig aanpassingsvermogen aan het afnemen van zijn eigen (fysieke) capaciteiten. Het is wel herkenbaar. Ook ik kan al lang niet meer dezelfde prestaties leveren als dertig jaar geleden maar ik beschouw het niet als verlies. Dat zie ik ook bij mijn cliënten. Hun verwachtingen van het leven worden in hoog tempo bijgesteld en als je goed kijkt zie je dat ze nog net zo veel van het leven genieten als relatief gezonde mensen. De keuze voor een definitieve opname in een zorginstelling is altijd een negatieve keus maar eenmaal opgenomen weten we voor hen doorgaans een aangenaam "thuis" te creëren. Het zijn echter de mensen rondom de kwetsbare ouderen die niet goed kunnen accepteren dat hun geliefde een deel van zijn of haar onafhankelijkheid of zelfs waardigheid aan het verliezen is. Vanuit de brancheorganisatie ActiZ wordt een plan opgesteld om het maatschappelijk debat over de ouderenzorg te gaan voeren. Ik hoop van harte dat het debat bij zal dragen aan de acceptatie van het ouder worden en de realiteit van de verwachtingen over de zorg.

Gevangen in onrealistische verwachtingen van de ouderenzorg

Zo'n 20 procent van de ouderen (75+) zal nu en in de toekomst aangewezen zijn op hulp van anderen bij het huishouden en persoonlijke verzorging om thuis te kunnen blijven wonen. Nog eens 12 procent van de ouderen is en blijft aangewezen op 24 uurs zorg, behandeling en toezicht en dus op een vorm van intramurale zorg. Dat is soms omdat de oudere geen eigen sociaal vangnet meer heeft of het vangnet raakt overbelast maar meestal omdat de zorg zo complex is dat professionele zorg noodzakelijk is om de kwaliteit van leven op een acceptabel niveau te houden.

Zo was het ook bij mijn eigen moeder. De diagnose "Alzheimer" had zij al vijf jaar en de aandoening al zeker twee jaar langer maar met behulp van vrienden, familie en buren heeft zij die jaren redelijk gelukkig en veilig thuis door kunnen brengen. Langzaam maar zeker zagen we dat zij cognitief verder achteruit ging en het beroep op de omgeving toenam. Dat werd te zwaar voor de betrokkenen maar ook voor mijn moeder. Een opname in een verpleeghuis was onvermijdelijk geworden. Ik zag hoe verschillend mijn broer en ik keken naar de kwaliteit van de zorg in dat verpleeghuis. Hij zag veel problemen als falen van de zorgorganisatie terwijl ik het zag als onlosmakelijk onderdeel van haar ziektebeeld. Maar als ik mijn eigen broer niet goed had voorbereid op het verloop van de ziekte dan geeft dat te denken over hoe ik de familieleden van de cliënten in mijn verpleeghuis had voorbereid. Mijn broer had bij de opname de veronderstelling dat hij weer de rol kon aannemen van zoon in plaats van mantelzorger en dat de zorg vanaf dat moment overgelaten kon worden aan de professionals van de zorgorganisatie. Het verpleeghuis ging echter uit van een gezamenlijke verantwoordelijkheid. En waarom trad mijn broer de zorgorganisatie zo kritisch tegemoet? Het antwoord ligt besloten in beeldvorming. Ook hij leest in de kranten over de incidenten in de zorg die als norm gepresenteerd worden, ook hij volgt de politiek en hoort iedereen praten over de dringende behoefte aan verbeteringen in de zorg. Ook hij kijkt op de websites van zorginstellingen en ziet foto's van vrolijk bingo spelende vitale ouderen in de zorginstelling en dat schept verwachtingen. De werkelijkheid is echter heel anders. In verpleeghuizen zitten tegenwoordig bijna uitsluitend uiterst kwetsbare patiënten die voor de dagelijkse levensverrichtingen afhankelijk zijn van professionele hulp. Zij zijn lichamelijk en/of geestelijk niet meer in staat voor zichzelf te zorgen. In mijn verpleeghuis hebben de cliënten gemiddeld 4,2 diagnoses die constant aandacht behoeven van artsen en therapeuten om het leven dragelijk te houden. Vele van hen kunnen niet meer zelfstandig eten en drinken laat staan wassen en aankleden of naar het toilet gaan. Ze zijn niet meer zelfstandig mobiel of soms zelfs bedlegerig. Dat is niet het gevolg van slechte zorg maar hoort bij het ziektebeeld. Een schril contrast met het beeld dat wij schetsen.

Gevangen in de systemen

Natuurlijk heeft de samenleving recht om te weten wat de sector met het gemeenschapsgeld doet. Niemand in de sector is tegen transparantie maar het lijkt wel of niemand weet hoe je zo'n complexe sector zou kunnen en moeten beoordelen. Het gevolg is een wildgroei aan controlerende instanties en controlesystemen. Als directeur van een verpleeghuis heb je te maken met 32 controlerende instanties die allemaal hun eigen normen formuleren en deze zijn niet zelden tegenstrijdig met elkaar. Het meten van de kwaliteit is een doel op zichzelf geworden zodat anderen (politiek, media en burgers) iets over de zorg kunnen zeggen in plaats

van een instrument voor de zorgorganisatie om haar eigen processen te verbeteren. De systemen lijken te voorzien in onze behoefte aan veiligheid en zekerheid en daar krijg je al snel de handen voor op elkaar.

Kwaliteitssystemen en kwaliteitsbeleid zijn een economie op zich geworden binnen onze samenleving. Niet zelden is de bedenker van een kwaliteitsregel ook degene die de lobby voert om de regel in het systeem verankerd te krijgen om vervolgens een adviesbureau te beginnen dat organisaties helpt bij implementatie. De kwaliteitsregels zijn echter voor het overgrote deel gebaseerd op meningen van anderen en reacties op incidenten. Meningen in plaats van gefundeerd onderzoek omdat we niet of nauwelijks geld over hebben voor onderzoek binnen de doelgroep ouderen. In onze volksaard zit besloten dat we nogal snel een mening hebben over van alles en nog wat en dus vrees ik dat een bestendig beleid voor langere tijd nog ver van ons bed is. De hand in eigen boezem stekend, moet gezegd worden dat de sector zelf ook nauwelijks in staat is geweest haar eigen kwaliteitsnormen te formuleren.

Maar wat dan?

Is kwaliteit in de langdurige zorg dan eigenlijk wel te meten en welke normen moeten we dan hanteren? Twintigduizend medicatiefouten per jaar klinkt als afschrikwekkend veel maar is een foutpercentage van 0,0002% en dat lijkt mij een bijna briljant goede score. Als je de patiënt bent die de verkeerde medicijnen krijgt zal je het terecht als slecht beoordelen maar het is ook verdedigbaar als goede score. De huidige kwaliteitssystemen bieden geen uitkomst maar wat dan wel? En wie gaat er eigenlijk over? Onderzoek onder cliënten van zorginstellingen laat zien dat zij de kwaliteit met gemiddeld een 8 beoordelen, familie van cliënten een 7,7 en medewerkers een 7,5. Hoe verhoudt dat zich tot het wantrouwen van politiek en samenleving? Zijn het niet vooral de cliënten en de vertegenwoordigers van de cliënten die zich een oordeel over de kwaliteit mogen aanmatigen? Zorgvrager en zorgverlener (formeel en informeel) hebben door de eeuwen heen samengewerkt op basis van vertrouwen. Vertrouwen is dus het fundament waarop een zorgrelatie gebaseerd is en dat is systemisch niet vast te leggen. Hooguit een vangnet voor de uitzonderingen van misbruik van vertrouwen.

Ik begon te zeggen: “We leven in een geweldige tijd” en dat meen ik ook. Als de systemen na 60 jaar vast beginnen te lopen moeten we op zoek naar nieuwe systemen en daar een bijdrage aan mogen leveren is een geweldige uitdaging. In mijn geval gaat dat over de langdurige zorg maar er is een analogie met heel veel sectoren in de samenleving.
Ik geloof dat er altijd een vorm van langdurige zorg zal blijven bestaan. Dat is ongeacht de medisch technologische ontwikkelingen altijd noodzakelijk. Daar waar we een oplossing vinden voor die ene aandoening zal je zien dat zich een nieuwe categorie patiënten aandient. Kijk maar eens wat er in de afgelopen 60 jaar kindergeneeskunde is gebeurd. Hele cohorten met aandoeningen die wij in de ouderenzorg nog nooit gezien hebben zijn in aantocht en zullen met specifieke zorgvragen komen die wij nog niet kennen.

Maar er gaat wel wat veranderen. De onvoorstelbaar snelle ontwikkeling van technologie zal zeker bijdragen aan langer en zelfstandiger thuis wonen van mensen met een zorgvraag. Zorg op afstand wordt net zo gewoon als de afstandsbediening voor de televisie en zal ook geaccepteerd worden door de samenleving. Maar er is een omslagpunt waarin zowel technologie als zorg aan huis niet meer voldoende zijn. Het verpleeghuis zal zich moeten blijven richten op

de kwetsbaarste mensen uit de samenleving in een laatste levensfase. De gemiddelde opnameduur in een verpleeghuis is de afgelopen decennia gestaag gedaald naar nu ongeveer twee jaar. De uitdaging is om dat in het komende decennium nog eens te halveren. Het verpleeghuis wordt een laatste toevluchtsoord niet zelden in geval van crisis. De zorgvraag zal zwaarder en intensiever zijn dan nu en dus ook wel iets meer gaan kosten. Dat neemt niet weg dat we dan bijna twee keer zoveel mensen helpen tegen iets meer kosten.

Een jaar opname in een verpleeghuis kost nu zo'n €80.000,-. Als maximaal 15 procent van de ouderen een jaar in een verpleeghuis moet verblijven zou je kunnen zeggen dat er gemiddeld €12.000,- per inwoner (75+) gereserveerd moet worden om intramuraal waardige zorg te garanderen in een laatste levensfase. Daarentegen zullen de kosten van de thuiszorg wel toenemen omdat de persoonlijke verzorging en hulp bij het huishouden zich voor een deel verplaatst. Hoe de zorg in dat verpleeghuis nieuwe stijl zich gaat ontwikkelen moeten we overlaten aan de professionals die daar werken. Zij zijn, zo bewijst de recente geschiedenis, uitstekend in staat mee te bewegen met de wensen van hun cliënten maar ook met de veranderende maatschappelijke opvattingen. Veel regels, richtlijnen en procedures staan die ontwikkeling alleen maar in de weg en vertragen. Patiënten hebben vrijwel altijd vertrouwen weten te houden in hun verzorgers en behandelaren en zij laten al jaren zien dat zij waardige zorg kunnen leveren tegen aanvaardbare kosten.

De keerzijde van het uitstellen van een opname in een zorginstelling is dat de risico's voor de gezondheid en de veiligheid bij de kwetsbaar wordende oudere toe gaan nemen. Gaan wij als samenleving de risico's die wij tot nu toe in de intramurale zorg onacceptabel vinden wel aanvaarden als de oudere nog thuis woont? Nu al signaleren ziekenhuizen een toename van ernstige ongevallen bij de langer thuis wonende oudere. De komende jaren zullen bepalend zijn voor de nieuwe risicogrens die we moeten gaan vaststellen.

Maar om het risico acceptabel te houden ligt één van de oplossingen voor het oprapen. Nederland is het enige land in de wereld die specialist ouderengeneeskunde (SO) als erkende medische specialisatie heeft, een groot goed in mijn ogen. Specialisten ouderengeneeskunde hebben talloze goede plannen hoe we de zorg voor ouderen intra- en extramuraal kunnen verbeteren en vaak tegen lagere kosten dan nu. Zij lopen echter vast in het woud van belemmerende regels die opgesteld zijn vanuit wantrouwen. De SO is als geen ander in staat om tijdig een risico inventarisatie te doen bij ouderen die de eerste tekenen van kwetsbaarheid gaan vertonen. Aan de hand van die risico inventarisatie kan de SO samen met de cliënt, de mantelzorg, huisarts, wijkverpleging, vrijwilligers en andere maatschappelijke organisaties in partnerschap een plan opstellen. Dan gaat het nog niet over alleen professionele zorg. Voorkomen van eenzaamheid, regelmatig bewegen, zorg voor goede voeding en zorg voor een veilige woonomgeving zijn in dit stadium nog geen professionele zorgtaken maar onderdelen van een zorgzame samenleving. Daarvoor is een digitale community nodig die rond de zorgvrager opgebouwd is en waarin de verschillende instanties snel en doelmatig met elkaar kunnen communiceren. Die community zal in een later stadium zo nodig uitgebreid moeten kunnen worden met professionele zorgverleners.

Hoewel zwaar ondervertegenwoordigd in het maatschappelijk debat zijn verzorgenden in Nederland van een ongekend hoog niveau als het gaat over liefdevolle en waardige zorg.

Ik laat mijn moeder elke keer achter in het verpleeghuis in de wetenschap dat de professionals daar constant bezig zijn haar allerlei ongemakken en frustraties te besparen. Maar ook omdat ik zie, dat zij inmiddels misschien wel een betere band met haar hebben dan ik en precies weten waar mijn moeder op dat moment behoefte aan heeft. Ze weten het zelfs wanneer ik mij zorgen maak en waar ik behoefte aan heb. Hierin ligt de daadwerkelijke waarde van de ouderenzorg besloten en hiermee kunnen de professionals, in realistische proporties, aan onze veiligheidsbehoeften tegemoet komen. Laten we hen daarom niet meer lastig vallen met de informatie en controle behoefte van instanties, financiers en andere bureaucraten maar faciliteren in waarin zij zo goed zijn. Met de focus op cliënten, familie en professionals en de ondersteuning als gelijkwaardige partners van beleidsmakers en financiers en samenleving blijft de ouderenzorg in Nederland tot de besten in de wereld behoren, een geweldige tijd lijkt mij dat.

De toekomst van de ouderenzorg vraagt om een appel en een pil

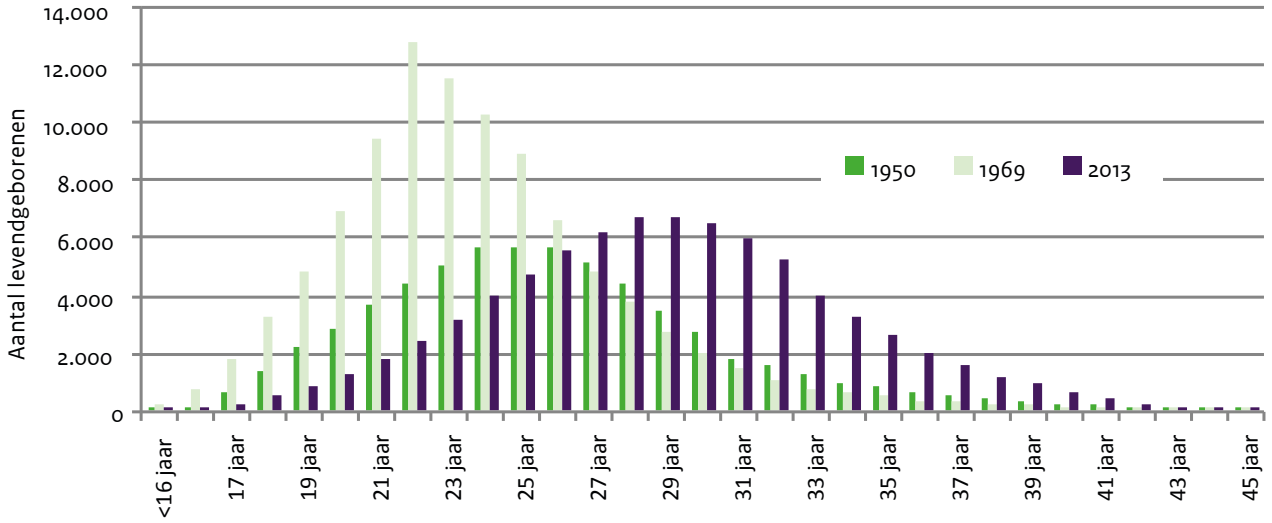
Universiteit van Amsterdam

Auteur:
Barbara Baarsma

Een terugblik: 1969 als kantelpunt
Mijn blik op de toekomst van de ouderenzorg start met een terugblik. Ik ben geboren in november 1969. In juni 1988 was ik 18 jaar, had mijn eindexamen op zak en ging studeren. Ik ging naar de TU Delft en werd zo ongeveer doodgegooid met overheidscampagnes. Eén daarvan was deze: een slimme meid – wat een rot woord! – is op haar toekomst voorbereid.

Het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid wilde meisjes stimuleren een vak te leren om later hun in eigen levensonderhoud te kunnen voorzien en economisch onafhankelijk te zijn. Ik denk niet dat het aan deze en andere campagnes heeft gelegen, maar feit is wel dat al sinds een jaar of tien meisjes de meerderheid vormen in de universitaire collegebanken.
Het succes is minder groot als we kijken naar economische zelfstandigheid: nog niet de helft van de vrouwen is economisch zelfstandig.

Figuur 1: Vroeger kregen moeders eerder hun eerste kind (Leeftijd van de moeder bij geboorte eerste kind in 1950, 1969 en 2013)

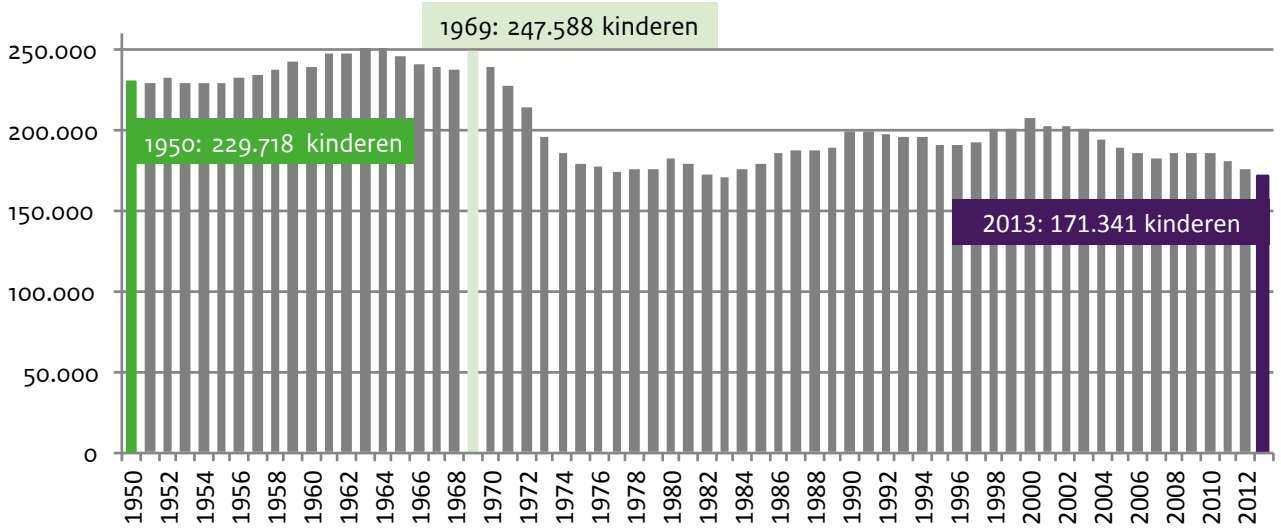


Bron: CBS

Dat is wel veel meer dan vroeger, maar het is nog altijd bijna 20 procentpunt minder dan mannen. Dat komt vooral door het enorme aandeel moeders dat deeltijd werkt. Vrouwen werken misschien aan het begin van hun loopbaan eerst een tijdje voltijds, maken dan carrière en krijgen daardoor hun kinderen steeds later. Daarna werken ze lange tijd in deeltijd.

In 2004 kwam minister Borst toen met de herziene leus 'een slimme meid krijgt haar kinderen op tijd'. De gemiddelde leeftijd waarop een moeder haar eerste kind krijgt, is sindsdien verder gestegen (figuur 1). En vrouwen krijgen steeds minder kinderen (figuur 2). Toeval of niet, mijn geboortejaar 1969 is een keerpunt. Tot die tijd nam het totaal aantal geboorten toe, daarna neemt het aantal af.

Figuur 2: Voor 1969 werden meer kinderen geboren (Aantal levendgeborenen in 1950, 1969 en 2013)



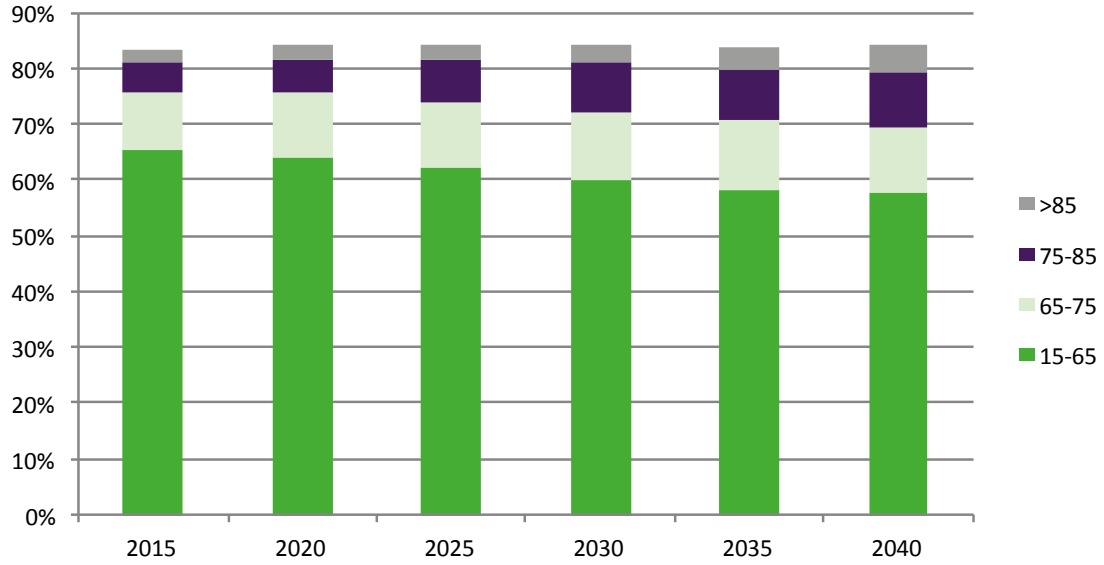
Bron: CBS

Te weinig handen aan het bed door vergrijzing ...

Vergrijzing en ontgroening hebben grote gevolgen voor een economie. Een steeds kleiner deel van de bevolking werkt en een steeds groter deel is gepensioneerd. Figuur 3 toont dat de komende decennia een steeds groter deel van de bevolking boven de 75 jaar zal zijn en dat de beroepsbevolking krimpt. Die krimp is sinds begin dit jaar een feit. Hierdoor staan collectieve voorzieningen zoals de langdurige en verpleeghuiszorg sterk onder druk.

Ook de pensioenen staan onder druk. De verhoging van de AOW leeftijd is erop gericht de eerste pijler beter betaalbaar te houden en het arbeidsaanbod niet te veel te laten krimpen. Het is een van de beste maatregelen die dit kabinet heeft genomen. Maar het is niet genoeg. Toen ik geboren werd waren er zeven werkenden op één gepensioneerde. Nu is dat vier op één gepensioneerde. En straks als ik AOW gerechtigd ben – wanneer is dat eigenlijk? Nee, niet in 1969+67 = 2036, maar in 2038 als ik 69 jaar ben – dan zijn er nog maar twee werkenden op één gepensioneerde.

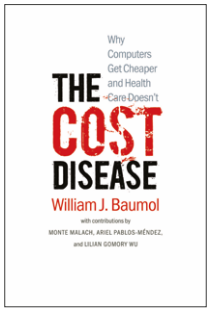
Figuur 3: Steeds groter deel van de bevolking is ouder dan 75 jaar; de beroepsbevolking krimpt



Bron: CBS

Stel dat ik 10 jaar later - als ik 79 jaar ben - thuis- of verpleeghuiszorg nodig heb, is het dus maar de vraag of er wel genoeg mensen zijn om de benodigde zorg te verlenen. De concurrentie om werkenden zal op de arbeidsmarkt fors toenemen. Dat komt niet alleen door vergrijzing en ontgroening, maar ook doordat de Nederlandse economie lijdt aan een ziekte. Die ziekte maakt dat de economie minder hard kan groeien en er daardoor minder geld beschikbaar is voor uitgaven aan de zorg. Over welke ziekte heb ik het? Over de ziekte van Baumol.

... en door de ziekte van Baumol



William Baumol legde uit dat een uitvoering van het requiem van Hector Berlioz nog altijd hetzelfde koor en orkest vereist als toen het in 1837 voor de eerste keer opgevoerd werd. Terwijl in de rest van de economie de arbeidsproductiviteit sinds de industriële revolutie trendmatig is toegenomen, wat tot uitdrukking kwam in reële loonstijgingen, is de arbeidsproductiviteit in de podiumkunsten niet gestegen. Omdat de loonvorming in de podiumkunsten de rest van de economie volgt, is het prijskaartje voor een klassiek concert, opera of ballet relatief hoog geworden.

De kern van de ziekte van Baumol is dat de toename van de arbeidsproductiviteit bij veel arbeidsintensieve diensten, zoals in de dienstensector en in de publieke sector (denk behalve aan zorg ook aan onderwijs en rechtspraak), veel lager is, door het ontbreken van mogelijkheden voor automatisering. Op de arbeidsmarkt concurreert de publieke- en de dienstensector met andere marktsectoren met steeds hogere salarissen. Tegenover die hogere salarissen staat bij die arbeidsintensieve diensten geen evenredige productiviteitsgroei. Het gevolg is een groeiend kostenaandeel van diensten in het Bruto Binnenlands Product (BNP) en een afname van de groei van de arbeidsproductiviteit in een land. Neem de publieke sector. Die vormt zo'n 40 procent van ons BNP. Tussen 1990 en 2005 heeft de publieke sector geen productiviteitsverbetering maar een verslechtering gerealiseerd. Volgens het SCP is de arbeidsproductiviteit er zelfs gemiddeld met meer dan 2 procent per jaar gedaald.

Nederland is bij uitstek een dienstenland geworden en dat vermindert de mogelijkheden om de arbeidsproductiviteit te laten groeien. Dat is een probleem, want op lange termijn kan de economie maar op twee manieren groeien, namelijk door:

- meer arbeidsaanbod (meer mensen die meer uren werken);
- arbeidsproductiviteitsgroei (meer mensen die slimmer werken, die meer per gewerkt uur produceren).

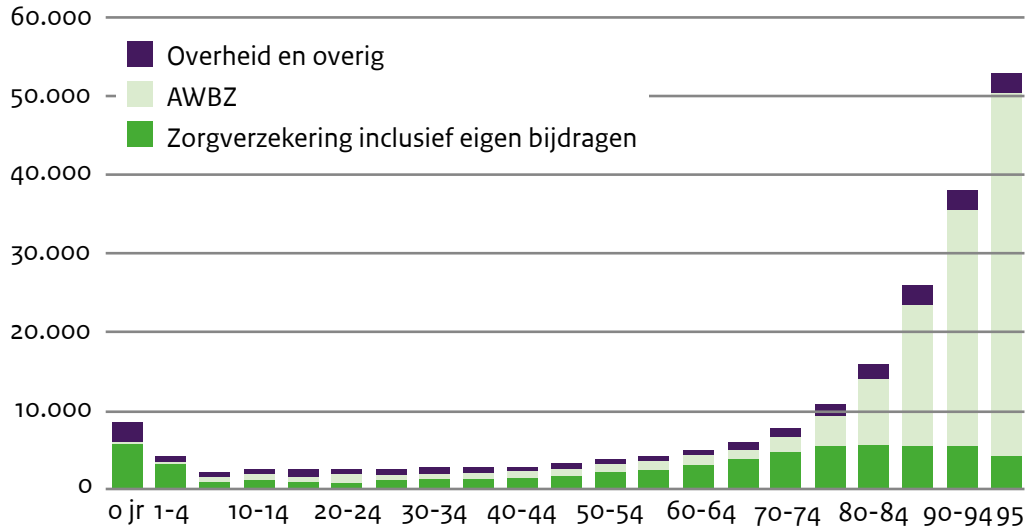
Omdat het arbeidsaanbod de komende jaren niet noemenswaardig zal stijgen – eerder dalen; zoals uit figuur 3 blijkt – moet Nederland het van de groei van arbeidsproductiviteit hebben. Maar die staat vanwege de ziekte van Baumol onder druk. Een slimme overheid is op haar toekomst voorbereid en zet in op de groei van de arbeidsproductiviteit door de arbeidsmarkt te moderniseren zodat er meer prikkels voor een leven lang leren ontstaan. Ook vermindert een slimme overheid de impliciete subsidie die nu op sparen voor pensioen en de aanschaf van huizen zit, en verlaagt zij de belastingen op arbeid zodat investeringen in menselijke kapitaal aantrekkelijker worden.

Geen appeltje maar een appel voor de dorst nodig

Net zoals ik op achttienjarige leeftijd als slimme meid op mijn toekomst voorbereid moest zijn, geldt dat nu ook voor mannen en vrouwen van mijn generatie. Als er ten tijde van onze pensionering nog maar weinig handjes zijn om aan ons ziekbed te helpen, helpt het om een flinke appel voor de dorst te hebben. Schaarse handjes zijn namelijk duur, en dus kan het dan helpen om de middelen te hebben om iemand in te huren als er geen plek meer is in de collectief gefinancierde voorzieningen.

Niet iedereen kan een appel voor de dorst bij elkaar sparen en niet iedereen realiseert zich dat nu sparen voor zorg later essentieel is. Door vergrijzing wordt de groep die werkt kleiner, krimpt de belastinggrondslag en dalen de opbrengsten voor de overheid uit de inkomstenbelasting. Tegelijk nemen de zorgkosten sterk toe. De grootste kostenstijger gedurende de levensloop is de langdurige zorg. Tot 2015 werd die gefinancierd vanuit de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) en sindsdien vanuit de Wet langdurige zorg (Wlz), de Wet maatschappelijke ondersteuning

Figuur 4: Patroon van de kosten langdurige zorg (lichtgroene balken) lijken op pensioenuitgaven



Bron: SEO op basis van RIVM (2011), kosten van ziekten.nl.

(Wmo), de Zorgverzekeringswet (Zvw). Omdat de data nog niet zo actueel zijn dat ze deze nieuwe situatie weergeven, ga ik uit van de AWBZ (figuur 4). Iedereen die een inkomen heeft betaalde een vast percentage van het inkomen in de eerste en de tweede schijf mee aan de AWBZ. Dat ging op dezelfde manier als bij betaling voor de AOW. Verder zijn er eigen bijdragen en legt de overheid uit de algemene middelen enkele miljarden per jaar bij. De betaalbaarheid van de langdurige zorg vergt een hervorming wat betreft de financiering.

Het patroon van de zorgkosten – en zeker van de uitgaven aan de langdurige zorg – lijkt sterk op de pensioenuitgaven. Figuur 4 laat zien dat de kosten per inwoner vanaf de AOW gerechtigde leeftijd fors stijgen. De uitgaven aan langdurige zorg zijn op basis van bevolkingsprognoses ook goed voorspelbaar. Zou het geen oplossing zijn om voor de langdurige zorg een soortgelijke oplossing te kiezen als bij pensioen, maar dan zonder de tweede pijler? Alleen in een basisdeel (zoals in de eerste pijler van het pensioenstelsel) wordt herverdeeld tussen generaties, maar voor de aanvullende zorg en de uitgaven voor wonen dient iedereen zelf geld apart te leggen (zoals in de derde pijler van het pensioenstelsel). Dan weten mensen tenminste dat ze een eigen appel voor de dorst nodig hebben als ze boven de basiszorg uit willen komen en is tegelijk de basis wel geregeld.

Voor mijn toekomst hoop ik ook op een pil van Drion

Behalve geld om goede zorg te kunnen betalen en genoeg mensen om goede zorg te kunnen geven, hoop ik dat de wetgeving tegen de tijd dat ik oud ben zo is aangepast dat mensen die dat willen zelf mogen bepalen wanneer zij niet meer willen leven. De pil van Drion staat symbool voor dit zelfbeschikkingsrecht. Ik denk oprecht dat de optiewaarde die een dergelijke pil voor veel ouderen heeft enorm hoog is. Het op humane wijze een einde aan zijn of haar leven kunnen maken op een zelfgekozen tijdstip, geeft hen rust. Mensen die vanuit religieuze of andere overtuigingen geen gebruik willen maken van de pil van Drion kunnen daar uiteraard van afzien. Hebben deze mensen wel het recht om het voor anderen moeilijk of zelfs onmogelijk te maken als individu over het eigen leven te beschikken? Ik vind dat een overheid met dit individuele beschikkingsrecht niets te maken heeft. De enige rol die de overheid heeft, is te zorgen dat geen misbruik wordt gemaakt.

Van zeer dichtbij heb ik gezien hoe dierbaren die niet meer wilden leven, op een afschuwelijke wijze hun leven hebben moeten beëindigen. Zij deden dat noodgedwongen in eindeloze eenzaamheid, zonder afscheid te kunnen nemen en de nabestaanden met onmetelijk verdriet en ruwe pijn achterlatend. Ook het beeld van een ander geliefd familielid dat langzaam maar zeker dementeerde, staat in mijn geheugen gegrift. Overal had zij kopieën van haar euthanasieverklaring liggen. Ze liet geen mogelijkheid onbenut om die papieren te laten zien. Maar eerst was ze te goed om euthanasie te mogen plegen en later, toen de ziekte steeds harder toesloeg, werd ze wilsonbekwaam. Aan haar diepgevoelde wens om op een zelfgekozen moment te sterven, hebben we geen gehoor kunnen geven. Ze heeft de ziekte tot het bittere eind moeten meemaken tot er niets meer van haar over was dan een mistvlaag van wie ze was. Ik heb ook meegemaakt hoe het wel kan toen een vriend die terminaal ziek was, omringd door mensen van wie hij hield op een rustige en respectvolle wijze is gestorven. Voor alle betrokkenen was dat een verdrietig maar tegelijkertijd mooi moment. De andere ervaringen staan in ijskoud en schril contrast met dit warme en gedeelde afscheid.

Het zijn die nare ervaringen, nog meer dan de zorgen over gebrek aan geld en handen aan mijn bed, die maken dat ik niet onbezorgd over de toekomst als hulpbehoevende oudere, over mijn oude dag, nadenk. Als de wetgever vasthoudt aan de inperking van de zelfbeschikking van ouderen, kan ik maar één ding hopen. Namelijk dat ik de pil van Drion niet nodig zal hebben. Zoals Emily Dickinson beschreef, hoop ik dat ik het zo druk zal hebben met leven, dat de dood voor mij stopt voordat ik voor haar wil stoppen.

Because I could not stop for Death –
He kindly stopped for me –
The Carriage held but just Ourselves –
And Immortality.

We slowly drove – He knew no haste
And I had put away
My labor and my leisure too,
For His Civility –

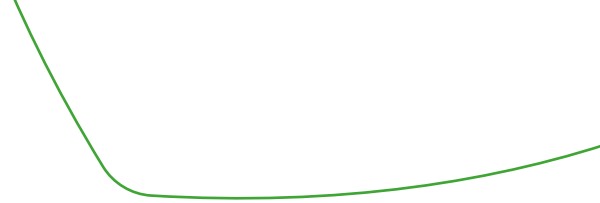
We passed the School, where Children strove
At Recess – in the Ring –
We passed the Fields of Gazing Grain –
We passed the Setting Sun –

Or rather – He passed us –
The Dews drew quivering and chill –
For only Gossamer, my Gown –
My Tippet – only Tulle –

We paused before a House that seemed
A Swelling of the Ground –
The Roof was scarcely visible –
The Cornice – in the Ground –

Since then – 'tis Centuries – and yet
Feels shorter than the Day
I first surmised the Horses' Heads
Were toward Eternity –

Emily Dickinson, 1830 - 1886



Van tehuis naar een thuis:
Beelden bouwen in de ouderenzorg

Nederlandse School voor Openbaar Bestuur

Auteurs:
prof. dr. Mark van Twist,
drs. Nancy Chin-A-Fat,
Jorgen Schram MSc

Liefdevol, waardig, betrokken. De ouderenzorg wordt tegenwoordig steeds vaker in dergelijke warme woorden omschreven. Niet langer worden ouderen (impliciet of expliciet) als vanzelf beschouwd als afhankelijke, zorgbehoevende mensen, maar ze worden daarnaast ook (h)erkend als zelfstandige individuen die net als ieder ander de wens hebben om zelf te bepalen hoe ze willen leven – ook omdat ze steeds langer nog zeer vitaal en zelfredzaam zijn. Dit verschuivende beeld over ouderen is van invloed op hoe de zorg voor hen vervolgens wordt ingevuld. 'Het gaat niet meer om de pillen, maar om het praatje.' Zo vatte de voorzitter van de raad van commissarissen van één van de grootste zorginstellingen van Nederland het onlangs samen. Niet langer ligt de nadruk in de ouderenzorg vanzelfsprekend meer op 'zorgen voor', maar in plaats daarvan op 'zorgen dat' er een zo hoog mogelijke kwaliteit van leven is voor de cliënt.

Er is sprake van een transitie in het denken over de toekomst van de ouderenzorg. De nadruk ligt nu op een vorm van ouderenzorg waar zorgverleners aandacht hebben voor de individuele zorgrelatie, en rekening houden met iemands eigen netwerk en omgeving. Zorgaanbieders dienen hun producten en organisatie daarop aan te passen. Er ontstaat zo een vorm van zorg waarin de individuele wensen van ouderen centraal staan en iedere hulpbehoevende die recht op zorg heeft een behandeling op maat krijgt.

Net als thuis

Deze transitie sluit aan op de wens van ouderen om meer zelfstandigheid en waardigheid te ervaren in de zorg. Als bewoner van een verpleeghuis wil je je er thuis kunnen voelen, je bewegen in een omgeving waar je je prettig bij voelt. Niet alleen door eigen spullen van thuis mee te nemen, maar ook door daadwerkelijk een thuisgevoel te creëren. Met behulp van technologische innovaties kunnen verpleeghuizen de bestaande inrichting van de verzorgomgeving dusdanig aanpassen en verbeteren, waardoor de zelfstandigheid van ouderen wordt vergroot. Zo wordt er in toenemende mate gebruik gemaakt van zorgdomotica, beeldcontact met zorgprofessionals en valdetectie. Voortschrijdende innovaties maken het mogelijk om de zorgervaring anders vorm te geven. Ouderen kunnen bijvoorbeeld in hun alledaagse leefwereld worden ondersteund door zorgrobots, of worden gestimuleerd om meer te bewegen met behulp van smartwatches. Dergelijke innovaties zorgen ervoor dat het steeds meer mogelijk wordt om de intramurale zorg op maat af te stemmen en verpleeghuizen in te richten als een woonomgeving, waar de oudere zich prettig voelt en het gevoel van een thuis ervaart.

Tegelijkertijd bieden deze innovaties ook mogelijkheden voor ouderen om langer in de eigen woning te blijven wonen, en daar de zorg te ontvangen die zij nodig hebben. Extramurale zorg die varieert van hulp bij persoonlijke verzorging en het huishouden tot intensieve 24-uurs verpleging, wordt dankzij technologische innovaties vergemakkelijkt. Het langer thuis blijven wonen, sluit aan op de wensen van de 'nieuwe generatie' ouderen. Deze ouderen zijn op hogere leeftijd nog vitaal en zijn in toenemende mate na hun loopbaan actief sociaal betrokken. Verhuizen naar een verpleeghuis of verzorgingshuis is voor hen daarom niet een vanzelfsprekend gegeven. Het liefst willen zij zo lang mogelijk in de eigen woning blijven wonen, ook wanneer zij bepaalde zorg nodig hebben.

De ouderenzorg aanpassen aan de wensen van de ouderen, het lijkt een vanzelfsprekende gedachte. Maar ondanks het

toenemend aantal mogelijkheden om de zorg af te stemmen op individuele behoeften van ouderen, is zorg op maat vaak (nog) niet zo vanzelfsprekend. Historisch is dat wel verklaarbaar, want er zijn verschillende golven waar te nemen in het betoog over hoe ouderenzorg moet worden vormgegeven; golven in het betoog over ouderenzorg die letterlijk en figuurlijk neerslaan in beton. In dit essay beschrijven wij hoe dat 'bouwend betoog' zich door de tijd heeft ontwikkeld, hoe dat steeds is doorvertaald in termen van overheidssturing en wat dat weer betekent voor de toekomst van de ouderenzorg.

De ontwikkeling van de ouderenzorg

Er zijn door de tijd heen verschillende wisselingen in het betoog over het ouderenbeleid te onderscheiden, die van invloed zijn op de wijze waarop de zorg voor ouderen wordt ingevuld. De ontwikkeling in het ouderenbeleid is daarbij bepaald niet uniek, maar sluit aan bij bredere trendgolven in de samenleving. In dit essay onderscheiden we vijf opeenvolgende richtinggevende ideeën over de verhouding tussen overheid en de burger, die verbonden zijn met bestuurskundige perspectieven op de rol van de overheid en zich doorvertalen in steeds andere invullingen van de ouderenzorg.

De nachtwakersstaat: ouderenzorg als liefdadigheid

Een eerste richtinggevend idee over de verhouding tussen het bestuur en de burger die zich heeft doorvertaald in de vormgeving van het ouderenbeleid voert terug naar de periode tot ongeveer halverwege de vorige eeuw. De overheid verwachtte in die periode van familie en naasten dat zij in principe zelf voor hun ouders of andere oudere familieleden zorgden. Als er geen familie was of als de familie financiële problemen had, dan konden ouderen terecht in begijnhofjes (voor vrouwen) of proveniershuizen (voor mannen). Ouderen moesten zich hiervoor inkopen, en de begijnhofjes en proveniershuizen vormden dan ook een luxe variant van ouderenzorg.

Uit liefdadigheid richtte de overheid voor de allerarmsten zogenoemde 'oudemannen- en oudevrouwenhuizen' op. Ouderen die ziek waren, maar niet de middelen voor de benodigde zorg hadden, vonden onderdak in deze huizen die waren ontstaan vanuit een zeker mededogen en menslievendheid. De regenten – bestuurders van Nederlandse steden – waren verantwoordelijk voor deze huizen en verlangden van de bewoners dat zij zich deugdzaam gedroegen. Het bestaan van de oudemannen- en oudevrouwenhuizen werd gezien als een gunst voor de ouderen. De overheid garandeerde met deze huizen weliswaar de veiligheid en de zorg voor ouderen, maar bemoeide zich verder zo min mogelijk met de burgers.

Het was een vorm van bestuur die eigenlijk een voorloper was van het bestuurskundig perspectief dat nu in moderne bewoordingen wordt aangeduid als *societal resilience*, waarin de overheid vertrouwt op maatschappelijke veerkracht en het zelforganiserend vermogen van burgers. De overheid is er om de ondergrens te bewaken, maar verder ligt het initiatief bij de burgers zelf om het eigen welbevinden te waarborgen. In dat kader zijn sociale netwerken, zoals familie en de eigen geloofsgemeenschap, van groot belang bij het vormgeven van de hulpverlening. De oudemannen- en oudevrouwenhuizen die de overheid opricht voor de allerarmsten, zijn zo sober mogelijk ingericht en ingestoken vanuit cure als zorgfilosofie waarin het genezen centraal staat. De bewoners die hier plaatsnemen zijn allen ziek en zeer arm. De huizen bestaan uit niet meer dan enkele grote slaapzalen waar bedden in rijen naast elkaar staan, en het enige bezit van de bewoners is een bed en een nachtkastje.

Opkomst van de verzorgingsstaat: ouderenzorg als recht

In 1963 maakt de overheid het met de Wet op Bejaardenoorden mogelijk om bejaardentehuizen te bouwen. Het groeiend woningtekort na de Tweede Wereldoorlog voert de druk groeiend op voor ouderen om huizen vrij te maken voor jongeren. Daarnaast is het door het toenemende individualisme minder vanzelfsprekend dat kinderen voor hun ouders blijven zorgen. Het eerste moderne bejaardentehuis opent in 1965. De onderliggende zorgfilosofie is dat een ieder recht heeft op zorg. In de bejaardentehuizen worden de ouderen gezien én behandeld als hulpbehoevende patiënten, die zich moeten voegen naar het voorgeschreven dagritme. De zorg ligt in handen van zusters die op basis van professionele ervaring en kunde bepalen wat goed is voor de patiënten. Met de oprichting van de bejaardentehuizen zorgt de overheid ervoor dat elke burger gelijkwaardige toegang tot hulp heeft en de zorg krijgt waar hij recht op heeft.

Dit beeld van een verzorgende overheid past in het bestuurskundig perspectief dat doorgaans wordt aangeduid als *traditional public administration*, een perspectief op de verhouding tussen burger en bestuur waarin het draait om waarden als rechtsgelijkheid, rechtvaardigheid en rechtmatigheid. De verhouding tussen burger en bestuur is te beschouwen als hiërarchisch, met een formele (liefst wettelijk verankerde) verdeling van taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden. Vanuit dit perspectief heeft de overheid de plicht om voor zijn burgers te zorgen, en hebben burgers recht op zo goed mogelijke zorg. De bejaardentehuizen zijn erg gewild en er ontstaan lange wachtlijsten; het idee dat er voor je gezorgd wordt, is erg aantrekkelijk. Tegelijkertijd zien de bejaardentehuizen er sober uit, de zorg voor ouderen vindt plaats in een vrij klinische omgeving, met een nadruk op de benodigde zorg en is volgens minimumstandaarden ingericht.

De terugtredende staat: ouderenzorg als productiecijfer

Vanaf halverwege de jaren ’70 verandert het ouderenbeleid van generiek naar specifiek, met aandacht voor bijzondere doelgroepen. Het wordt niet langer houdbaar geacht om alle ouderen in een verzorgingstehuis op te nemen, en dus bepaalt de overheid in 1975 in de Nota Bejaardenbeleid dat maximaal 7 procent van de ouderen in een verzorgingstehuis mag wonen. Er is sprake van extramuralisatie: ouderen moeten zo lang mogelijk thuis blijven wonen, met ondersteuning van naasten en professionals. Om dit te faciliteren ontwikkelt de overheid allerlei zorgvoorzieningen, zoals de wijkverpleging, gezinsverzorging en aanleunwoningen.

Nog steeds is de zorgfilosofie gericht op cure, maar de overheidssturing richt zich nog meer dan voorheen op het zo efficiënt en effectief mogelijk inrichten van de ouderenzorg. Deze omslag in het ouderenbeleid past in het bestuurskundig perspectief van *new public management*. In dit perspectief staat de output centraal: het bereiken van vooraf afgesproken resultaten. Het accent ligt op het behalen van targets, binnen randvoorwaarden van budget en doorlooptijd. De prestatiegerichtheid van de overheid vertaalt zich in de wijze waarop het verpleeghuis wordt bestuurd en is ingericht. De verzorgingstehuizen worden weliswaar vernieuwd en de bewoners krijgen een individuele kamer, maar de kamers kennen weinig comfort en voorop staat het sturen op een goede bezetting van de bedden. Het uitgangspunt is om verzorgingstehuizen vooral zo praktisch mogelijk en tegen zo laag mogelijke kosten in te richten, omdat verzorgingstehuizen zeer kostbaar zijn.

De netwerksamenleving: ouderenzorg als zorg op maat

Rond 2000 ontstaat het besef dat er onder ouderen behoefte is aan ‘zorg op maat’. Ouderen zijn steeds meer en langer in

staat om zelfstandig te wonen, mits zij worden ondersteund in bepaalde diensten. Er is een groeiende behoefte aan op maat gesneden arrangementen van wonen, zorg en dienstverlening, en aan zelfstandige woonvormen met zorg. In de zorgsector ontstaat daarom een betere afstemming tussen wonen en zorg, waarbij verschillende organisaties de verantwoordelijkheid nemen om te komen tot meer maatwerk op het terrein van wonen en zorg. De overheid stimuleert in deze periode de bouw van 'woonzorgcomplexen': complexen van zelfstandige woningen met een eigen zorg- en servicearrangement. Bewoners kunnen zelf de zorg inkopen die ze nodig hebben. Ook zijn veelal andere diensten mogelijk zoals boodschappenhulp, dagbesteding en huishoudelijke hulp. De zorgfilosofie verschuift daarmee van cure naar care, waarbij de nadruk minder ligt op genezen en meer op de verzorging van ouderen. Ouderen zijn daarbij vooral afnemers van aangeboden diensten.

De overheid moedigt de netwerken aan die rondom de woonzorgcomplexen ontstaan. Zorgaanbieders werken in deze netwerken samen met andere dienstverlenende partijen om zo een totaalpakket van zorg en dienstverlening aan te kunnen bieden, waar bewoners afhankelijk van de behoefte gebruik van kunnen maken. Deze ontwikkeling sluit aan bij het bestuurskundig perspectief van *network governance*, waarin het in de verhouding tussen burger en bestuur eerst en vooral draait om een overheid die samenwerkt met andere partijen bij de realisatie van doelen omdat eigen handelen alleen niet langer voldoende wordt geacht om maatschappelijke doelen te bereiken. Niet sturen op output maar sturen op outcome komt steeds meer centraal te staan. Het gaat om het sluiten van allianties met partijen die vanuit gedeelde belangen de benodigde middelen inbrengen om een probleem op te lossen. Vanuit deze netwerkbenadering vormt de overheid allianties om te zorgen dat ouderen zo lang mogelijk zelfstandig kunnen wonen.

De participatiesamenleving: ouderenzorg als coproductie

De laatste jaren is er in de ouderenzorg opnieuw sprake van een transitie in het denken over de ouderenzorg. Waar verplegen en verzorgen lange tijd het uitgangspunt vormden bij de inrichting van het zorgstelsel, staat inmiddels de kwaliteit van wonen steeds meer centraal. Ook in de praktijk is deze ontwikkeling zichtbaar. Verpleeghuizen hebben in toenemende mate aandacht voor de persoonlijke voorkeuren van de bewoners, met ruime gangen, brede deuren en kleurrijke vloeren. Sommige verpleeghuizen gaan nog een stap verder door de oorspronkelijke leefomgeving van de bewoners na te maken. In de kamers hangen foto's van vroeger, in de gangen staan kasten met allerlei nostalgische producten en op de achtergrond klinkt muziek van toen. De sfeer roept beelden op uit vervlogen tijden, waar bewoners zich in thuis voelen. Ook hoeven de bewoners zich niet meer te houden aan een strak leefschema dat is opgesteld door de verpleging, maar mogen zij bijvoorbeeld zelf bepalen wanneer zij uit bed willen komen en wanneer zij willen douchen. De bewoners mogen zoveel mogelijk zelf doen en zelf bepalen, wat past in de ontwikkeling dat ouderen veel langer zelfstandig, vitaal en (daarom ook) veeleisender zijn.

Technologische innovaties maken het bovendien eenvoudiger om de leefomgeving steeds beter aan te passen aan de wensen van de ouderen. De ontwikkeling van zorgdomotica biedt de mogelijkheid om elektronische toepassingen vanuit elke willekeurige plaats en op elk willekeurig tijdstip te besturen. Zo kunnen verplegers en betrokken familieleden de verwarming en verlichting flexibel instellen, maar ook het alarm, de valdetectie en het gebruik van huishoudelijke

apparaten op afstand bedienen. Zorgdomotica verhoogt op deze manier het gevoel van veiligheid voor de ouderen, maar ook voor het omringende netwerk geeft het een geruststellend gevoel dat zij op afstand mee kunnen kijken én handelen. Naast het uitbreiden van de verschillende mogelijkheden van zorg en de verbetering van bestaande processen, zijn er ook technologische vernieuwingen die op een andere, meer experimentele wijze bijdragen aan de kwaliteit van wonen. Verschillende verpleeghuizen experimenteren met innovatieve technieken als robotica, 3D-printing, smart tech en virtual reality om de woonbeleving te vergroten. Bekende voorbeelden zijn zorgrobots die praten, dansen en zingen met ouderen, 3D-printers die gepureerd eten omtoveren in een aantrekkelijke maaltijd en smartwatches die op een speelse wijze ouderen tot beweging stimuleren. De onderliggende zorgfilosofie die de kwaliteit van wonen centraal stelt, bouwt voort op de care-benadering. Zorgaanbieders proberen van verpleeghuizen een thuis te maken, waarbij de zeggenschap van de cliënt voorop staat.

Naast de inhoudelijke en organisationele inrichting van verpleeghuizen verandert ook de fysieke structuur van de verpleeghuizen steeds meer. In de praktijk bestaan al gemengde wooncombinaties, waarbij een verpleeghuis niet alleen maar verpleegkamers heeft, maar ook verzorgingskamers of kamers voor de reguliere huurmarkt, of zelfs gecombineerd is met hele andere functies, zoals een klaslokaal voor basisschoolleerlingen of een open space voor start-ups. In de toekomst zullen vanwege technologische innovaties en digitalisering ook de mogelijkheden om in digitale of virtuele verpleeghuizen te wonen verder toenemen – in het uiterste geval verdwijnen of verdampen verpleeghuizen zelfs. Deze verpleeghuizen bieden ouderen de kans om thuis in de eigen leefomgeving te kunnen blijven wonen. De eerste virtuele verpleeghuizen zijn inmiddels al zichtbaar en zijn ontstaan vanuit een samenwerking tussen zorg en ICT. Dankzij virtuele diensten kan het netwerk rond de zorgvrager – mantelzorg, zorg door vrijwilligers en professionele zorg, maar ook familie, vrienden en buren – optimaal op elkaar worden afgestemd, en kunnen ouderen (langer) thuis blijven wonen. De bewoners worden gezien als coproducenten, zij – en hun netwerk – weten immers het beste waar zij behoefte aan hebben. Al naargelang de wensen wordt bezien hoe de totale leefomgeving in het (virtuele) verpleeghuis kan worden ingericht.

In de praktijk is de wens van ouderen om langer thuis te blijven zichtbaar in talloze voorbeelden, waarin ouderen zonder overheidssteun de eigen zorg op maat regelen. Ouderen nemen steeds vaker het initiatief om zelf of gezamenlijk met andere ouderen huisvestingsvormen met aangepaste zorgarrangementen te organiseren. Deze vorm van zelforganisatie was tot voor kort slechts voorbehouden aan een kleine groep welgestelden. Inmiddels vindt het idee van kleinschalige zorgnetwerken, met een vaak veel grotere onderliggende zorginfrastructuur, veel breder in de praktijk plaats. Contacten uit sociale netwerken die optreden als mantelzorger, aangevuld met professionele wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden, zorgen ervoor dat ouderen thuis zorg op maat krijgen.

Dergelijke zorgondernemingen zijn van invloed op de wijze waarop de ouderenzorg fysiek vorm wordt gegeven. Voorheen was de zorg voor ouderen centraal belegd, bijvoorbeeld in een verpleeghuis of bij een professionele thuiszorgorganisatie. Zorgondernemingen nemen echter steeds meer de vorm van een platform aan, waar zorgwensen en mogelijkheden op elkaar afgestemd worden. Ouderen geven hun

specifieke wensen en behoeften aan en de zorgonderneming zoekt daar een passend aanbod bij. Het aanbod kan variëren van een kamer met moderne technologieën in een verpleeghuis tot een mantelzorger die graag boodschappen voor de ander doet vanuit maatschappelijke betrokkenheid. Ouderenzorg verwordt zo tot een soort marktplaats, waar vraag en aanbod elkaar treffen.

De overheid fungeert in dit kader veel meer als een 'zorgarchitect' of 'zorgregisseur', waarbij ze de kaders voor de zorginvulling schept maar de precieze invulling binnen die kaders overlaat aan de samenleving en de markt. De verhouding tussen burger en bestuur die hierbij passend is, sluit aan bij het bestuurskundige perspectief van *societal resilience*, waarbij het initiatief niet vanuit de overheid maar vanuit de maatschappij komt: de energieke samenleving, de participatiemaatschappij. Burgers bepalen zelf wat zij willen en hebben een eigen agenda, en de overheid dient daarop in te spelen en aan te sluiten. Niet langer praat de overheid alleen over ouderen, maar de overheid praat ook steeds meer met hen: ouderen denken mee over en helpen bij de invulling van hun eigen zorg.

Van betoog naar beton

De verschillende perspectiefwisselingen die door de jaren heen op het ouderenbeleid zijn te onderscheiden, laten zien dat de wijze waarop de overheid denkt en spreekt over de zorg, ook van invloed is op de wijze waarop de zorg van ouderen is vormgegeven. Het narratief bepaalt telkens het handelen. Bij de opvatting dat ouderenzorg vooral een vorm van liefdadigheid is, ligt de nadruk op het voor zoveel mogelijk mensen beschikbaar maken van verzorging. De verzorging is dan ook massaal opgezet: grote, gemeenschappelijk zalen met rijen bedden naast elkaar. Privacy of comfort vormen niet het uitgangspunt bij het inrichten van de zorgstructuur en passen niet bij de vorm van overheidssturing die op dat moment leidend is. Over de verbetering van de woonomstandigheden, waardoor de ouderen zich meer thuis voelen wordt niet gesproken. Tegelijkertijd laat de praktijk zien, dat als de zorgfilosofie uitgaat van 'zorg op maat', er ook specifieke, op maat gesneden zorgarrangementen voor ouderen ontstaan. Innovatieve concepten krijgen ruimte om zorg, wonen en dienstverlening te combineren en zo te voorzien in de wensen van de ouderen. Bij een dergelijk perspectief op de zorg gaat het juist niet alleen om cure, maar is care minstens even belangrijk – en staat ook het woongemak van de ouderen centraal. Het betoog over de invulling van de zorg is bepalend voor de wijze waarop er vanuit de overheid naar de zorg gekeken wordt, hoe de instelling eruit ziet en welke zorgfilosofie centraal staat. In onderstaand schema is weergegeven hoe de verschillende betogen tot uitdrukking komen in de praktijk, en figuurlijk maar ook zelfs letterlijk neerslaan in beton.

	Nachtwakersstaat	Verzorgingsstaat	Terugtredende staat	Netwerksamenleving	Participatie-samenleving
Betoog	Ouderenzorg als liefdadigheid	Ouderenzorg als recht	Ouderenzorg als output/prestatie	Ouderenzorg als 'zorg op maat'	Ouderenzorg als coproductie
Overheidssturing	Pre-societal resilience: gericht op menslievendheid	Public administration: gericht op rechtsgelijkheid, rechtszekerheid	New public management: gericht op effectiviteit, efficiëntie	Network governance: gericht op onderlinge samenwerking	Societal resilience: gericht op ervaring van eigenaarschap
Instelling	Oude mannen- en oudevrouwenhuis	Bejaardentehuis	Verzorgingstehuis, wijkverpleging, gezinsverzorging, aanleunwoningen	Woonzorgcomplexen	Virtueel zorgplatform
Beeld van de ouderen	Ziek en zeer arm	Hulpbehoevende patiënten	Kostenpost	Afnemer	Coproducent
Zorg-filosofie	Cure	Cure	Cure	Care	Care
Neerslag in beton	Het verpleeghuis is massaal opgezet: grote slaapzalen waar bedden in rijen naast elkaar staan.	Het verpleeghuis is sober opgezet: er heerst een klinische sfeer om optimale zorg te kunnen leveren.	Het verpleeghuis is efficiënt opgezet: ieder heeft een eigen kamer, die zo praktisch mogelijk is ingericht.	Het verpleeghuis is 'op maat' opgezet: er is een totaalpakket aan zorg en dienstverlening, waar afhankelijk van de behoefte gebruik van kan worden gemaakt.	Het (virtuele) verpleeghuis is uniek en specifiek opgezet: ouderen bepalen met behulp van technologische innovaties zelf hoe de zorg eruit ziet.

Het betoog van de zorg bepaalt hoe de zorg in beton wordt gegoten. Naar de toekomst toe is het daarom nodig na te denken over het betoog dat volgt na het huidige: wat voor soort ouderenzorg willen/zullen wij in de toekomst hebben? Er wordt reeds gesproken over dat het verpleeghuis van de toekomst niet langer is gericht op 'zorgen voor', maar op 'zorgen dat' er een zo hoog mogelijke kwaliteit van leven is voor de ouderen. Verpleeghuizen waarin ouderen zich prettig voelen, vertrouwd zijn en zo een thuis vormen. Het gaat daarbij niet alleen om het praktisch gebruik van ruimten, maar ook om de wijze waarop bewoners de ruimten beleven. Huiselijkheid staat voorop, en de verpleging is te gast. Bij een dergelijk betoog is het nodig om na te denken over de gevolgen van deze zorgfilosofie. In toenemende mate gaan gesprekken over de invloed van technologische innovatie, waarbij met behulp van zorgdomotica, beeldcontact met zorgprofessionals, valdetectie, robotica, 3D-printing en smartwatches, de zorg op een andere manier wordt ingevuld. Er is steeds meer mogelijk, maar welke technologie past bij het betoog en hoe kan daar op worden aangestuurd?

Tegelijkertijd zien we ook de beweging dat juist de mensen zelf, en niet zozeer de technische hulpmiddelen, een steeds belangrijkere rol innemen in het vormgeven van de ouderenzorg. Het is een ontwikkeling die past bij de 'nieuwe generatie' ouderen, die zelf een bijdrage kunnen en willen leveren aan de invulling van de eigen zorg. De regie blijft zo in eigen handen, en er wordt gezocht naar een zorgvorm die is afgestemd op de individuele wensen. Deze ontwikkeling vertaalt zich onder meer in de zogeheten 'keukentafelgesprekken', waar ouderen, gemeenten en zorgprofessionals samen op zoek gaan naar vormen van passende thuiszorg. Ouderen vormen in deze gesprekken het middelpunt. Er wordt niet in een passieve vorm over hen gesproken, maar op een manier die uitgaat van waardigheid en trots en waarin ouderen zelf een actieve inbrengen hebben in de verkenning van hun eigen zorgbehoeften.

Kwaliteit van leven is in de transitie een belangrijk uitgangspunt in de ouderenzorg. 'Het toevoegen van leven aan de dagen is belangrijker dan het toevoegen van dagen aan het leven', zo is de centrale gedachte. Om dit te realiseren is het in verpleeghuizen bijvoorbeeld steeds vaker toegestaan om de eigen huisdieren mee te nemen of het eigen meubilair te gebruiken. Tegelijkertijd leidt dit in de praktijk ook tot lastige afwegingen: huisdieren zijn van invloed op de hygiëne en oude meubels zijn veelal niet ergonomisch verantwoord. Het is de uitdaging om hier een juiste verhouding te vinden, waarbij er een balans moet worden gevonden tussen de kwaliteit van zorg en de kwaliteit van leven. Ook hierbij geldt: een betoog waarin de leefkwaliteit van ouderen centraal staat, is bepalend voor hoe het zich in de praktijk neerslaat in beton.

Op zoek naar het betoog van de toekomst

Er zijn op dit moment door het land talloze innovatieve praktijken te vinden, die illustreren op welke wijze de zorg kan worden aangepast aan de individuele wensen en behoeften van de ouderen. Het gaat daarbij niet alleen om technologische innovaties zoals zorgdomotica en smartwatches, maar vooral ook om nieuwe fysieke vormen van ouderenzorg. Zo starten ouderen een eigen zorgonderneming die als een soort marktplaats voor vraag en aanbod optreedt, en passen verpleeghuizen de fysieke infrastructuur aan door binnentuinen te creëren voor dementerende ouderen en oude huisdeuren van ouderen te gebruiken, om zo de zorgomgeving meer als een thuis te laten voelen. Voor de overheid is de uitdaging er nu in gelegen om ervoor te

zorgen dat de transitie in de ouderenzorg niet alleen wordt vertaald in de randen van de sector; het gaat er juist om de omslag te maken waarbij dergelijke innovatieve praktijkvoorbeelden als het nieuwe normaal worden gezien.

Om verder te komen in de ontwikkeling van de ouderenzorg is het nodig te blijven nadenken over het betoog over ouderenzorg in de toekomst (dat onvermijdelijk weer net wat anders zal zijn dan het huidige van de energieke samenleving en participatiemaatschappij doordrongen beleidsjargon), om daar vervolgens nu al op te kunnen anticiperen. De vraag is in dat licht wat de overheid nu kan doen om daar al tijdig op in te spelen. De transitie in de zorg van 'de pillen naar het praatje' is namelijk niet zozeer een vervolmaking van de beschaving maar gewoon de overgang naar een volgend betoog dat omslaat in beton, en zo ontwikkelingen bundelt die al langer gaande zijn in de praktijk van zorg. Ieder volgend betoog over ouderenzorg, van halverwege de vorige eeuw tot nu, brengt accenten aan in de wijze waarop overheidssturing kan en zal plaatsvinden in de praktijk.

Om in de toekomst een volgende slag te kunnen maken met de ouderenzorg is het nodig om de nieuwe innovatieve praktijken die zich nu (nog nauwelijks scherp besproken) aan het ontvouwen zijn langs vier lijnen verder te ontwikkelen, door ze te verbreden, te versnellen, te verdiepen en te verankeren. Voor het nieuwe betoog van de toekomst van de ouderenzorg is het van belang om voorbij de grote woorden te kijken, en op zoek te gaan naar nu nog nauwelijks opgemerkte kleine, betekenisvolle innovatieve praktijken in de ouderenzorg.

Een omslag in de zorg vraagt om een *verbreding* van die innovatieve praktijken: aantrekkelijke zorgvormen die de kwaliteit van leven van ouderen een stap verder brengen zullen op meer plekken moeten worden uitgeprobeerd en daar ook de ruimte voor moeten krijgen. Tevens dient er aandacht te zijn voor het *versnellen* van de transitie. Het opschalen van nu al zichtbare innovatieve praktijken kan leiden tot een zichzelf versterkende cyclische dynamiek; successen worden overgenomen door anderen waardoor er een opwaartse spiraal van innovatieve zorg ontstaat. Daarnaast moet er ook sprake zijn van *verdieping*, en wel door de transitie die nu gaande is van een nieuw en volgend dragend verhaal te voorzien en in te passen in een breder beleidskader. Tenslotte is er ook *verankering* nodig. De transitie die door nieuwe innovatieve praktijken in de ouderenzorg wordt aangejaagd moet wel beklijven en daarom worden vastgelegd door het in bestuurlijke besluiten en ambtelijke regelingen neer te slaan.

De overheid dient aandacht te (blijven) houden voor kansen die zich voordoen maar ook voor de keerzijden en de risico's van de zorgtransitie die nu gaande is, en de ondergrens te bewaken zodat de ouderenzorg voor een ieder toegankelijk blijft. Verankering kan dan zorgen voor een inclusieve transitie: voor álle ouderen, van de zieke en arme bejaarde tot de vitale en ondernemende oudere die wil optreden als coproducent. Het risico is anders dat de warme woorden van de transitie – liefdevol, betrokken, waardig – alleen beklijven voor hen die het zich kunnen veroorloven, en niet inclusief zijn voor degenen die het helaas lastig zelf kunnen organiseren.

Diagnose 2030:
over de toekomst van de verpleeghuiszorg

BeBright/Rabobank

Auteurs:
Philip J. Idenburg,
Michel van Schaik

Scan de QR code en bekijk de video waarin Nederlanders antwoord geven op de vraag;
"Als je oud en volledig afhankelijke bent van zorgverleners, hoe zou je dan willen wonen?"

Wat als...

Wat als je tot de laatste dag de dingen kan beleven die het leven de moeite waard maken? Wat als je de regie over je leven in eigen handen houdt? Wat als je in je eigen omgeving en buurt kan blijven wonen? Zelfs wanneer je een intensieve zorgvraag hebt en afhankelijk wordt van complexe zorg. Wat als het ouder worden zin aan het leven geeft en iets is om naar uit te kijken? Tot de laatste dag staan de wensen en behoeften van ouderen centraal, en is de zorg afgestemd op het vergroten van de kwaliteit van het leven. Dit verhaal gaat over een toekomst waarin alle ouderen, ondanks hun kwetsbaarheid, een plek hebben midden in de maatschappij.

Het leven van Margriet, Annemarie en Lisa

Beste lezer, mijn naam is Annemarie. Ik ben 64 jaar, parttime werkzaam als onderwijzeres in het basisonderwijs. Ik ben de moeder van Sem, 35 jaar, die net is gestart met een nieuwe baan. Ik werk parttime zodat ik tijd vrijhoud om mijn moeder te helpen en te verzorgen.

Mijn moeder, Margriet (92 jaar), woont met een aantal andere ouderen in een kleinschalig verpleegthuis aan de Bartoklaan. Na een recente val waarbij ze haar heup gebroken heeft, kon ze helaas na het ziekenhuis en verblijf in het Timeoud centrum voor tijdelijke opvang en verzorging, niet meer terugkeren naar haar appartement. Iets waar we, door haar beginnende Alzheimer, wel op voorbereid waren. Maar door de val is het veel sneller gegaan dan we voorzien hadden. Ondanks de teleurstelling voor mijn moeder, die gehoopt had tot het einde zelfstandig in haar eigen appartement te kunnen blijven wonen, lijkt het goed uit te pakken. Dit komt mede doordat ze ondanks haar beperkte mobiliteit nog steeds het gevoel heeft dat ze onderdeel is van haar buurtje waar ze al 50 jaar woont. De kleinschaligheid van het verzorgingshuis bestaat uit 15 wooneenheden op een centrale plek in de wijk en hemelsbreed niet eens zo ver van haar oude huis. Ze blijft daardoor op bezoekafstand van haar (mobiele) vrienden en natuurlijk dichtbij ons als familie. Naast de kleinschaligheid van het complex is volgens mij het "open deuren beleid" en verbondenheid met het aangrenzende multigeneratiecentrum een belangrijke verklaring voor de gemakkelijke overgang. Het geeft haar het gevoel dat ze nog steeds onderdeel is van de buurt. Vroeger was dat wel anders. Het leek wel alsof ouderen werden weggestopt in grote gebouwen aan de rand van de stad of het dorp om de oude dag uit te zitten.

Mijn moeder heeft nu gelukkig haar eigen plek met eigen voordeur en inrichting die ze zelf kon uitkiezen. Door de flexibele bouw konden we makkelijk en goedkoop aanpassingen doorvoeren. Vanwege het flexibele arrangement dat de lokale bank bleek te hebben met het pensioenfonds van mijn vader was geld sowieso geen belemmering. De speciaal voor ouderen ontwikkelde meubels van een Zweeds woonwarenhuis hebben de kosten van inrichting flink omlaag gebracht. En door de wijze waarop de verzorgers haar ondersteunen, vrij van takenlijstjes en protocollen, voelt het bijna als familie en thuis. Tot slot valt mij op dat er wordt gekeken naar wat ze nog kan en wat ze nog wil, ondanks dat ze het niet altijd even goed kan aangeven en de beslissingen kan overzien.

Verpleegthuis is geen spelfout. Een verpleegtehuis evolueert tot een Verpleegthuis! Je voelt je alleen thuis als je de mensen kent die voor je zorgen. Mijn moeder heeft gelukkig drie schatten die al twee jaar de zorg samen verlenen. Eerst bij haar thuis en nu in het verpleegthuis. De witte jassen van vroeger zijn natuurlijk al lang verdwenen, waardoor de ondersteuning veel huiselijker en persoonlijker aanvoelt.

Door haar Alzheimer en fysieke beperkingen na de val heeft ze veel hulp en ondersteuning nodig. Natuurlijk kom ik als het maar even kan elke dag langs om haar te helpen. Dat wordt natuurlijk ook van ons als familie verwacht en gevraagd. We mogen dan mee-eten met het huis en dat bespaart ons de tijd van boodschappen doen en koken. Kortom een win-win. Maar soms is dat naast het werk en andere verplichtingen te veel of, zoals bij de buurvrouw, onmogelijk omdat haar familie aan de andere kant van het land woont. Het goede is dat de ondersteuning mede door de online planningsmodule van WeHelpen (www.wehelpen.nl) voor iedereen die bij mijn moeder betrokken is, heel flexibel is en de vrijwilligers en verzorgers desgewenst meer of minder bijspringen. De technologie houdt een oogje in het zeil en geeft inzicht in bijvoorbeeld medicatiegebruik, de dagelijkse activiteit en haar vitale functies. Weg privacy, hoor ik u denken. Het tegendeel is waar, mijn moeder voelt zich juist vrij en veilig omdat ze weet dat we er voor haar zijn als het misgaat. Ondersteuning bij aankleden en wassen is toch iets dat door ons of de verzorgers wordt gedaan. We kunnen dat moeilijk aan de vrijwilligers overlaten.

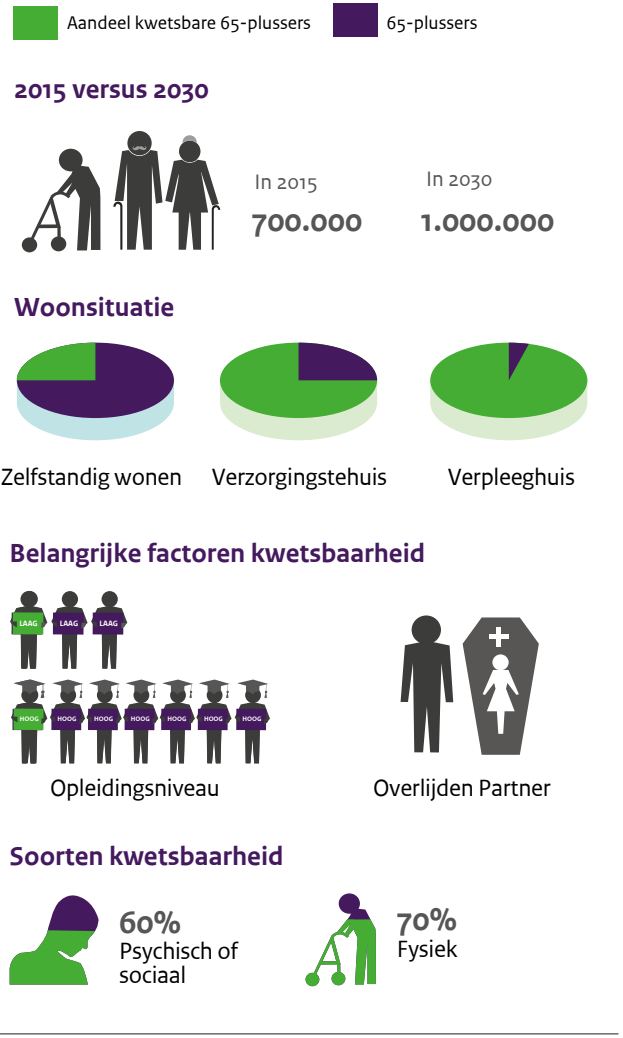
Zo houden we samen als familie, zorgverleners en vrijwilligers van het care-team een digitaal logboek bij over haar eetgewoontes, gedrag, stemmingswisselingen en activiteiten. Een chip in haar rechterschouder geeft ons heel veel informatie. Deze houdt exact haar hartslag, bloeddruk en slaapritme bij. 's Avonds geven slimme sensoren in ramen, deuren, meubels en toilet aan of er assistentie moet komen. Deze informatie wordt ook in het logboek opgenomen. Mede door de introductie van deze technologieën en de samenwerking met de familie en mantelzorgers wordt de fysieke zorg aanzienlijk verlicht. En daar is een deel van haar privacy dus weer terug.

Als care-team overleggen we regelmatig over mijn moeders gezondheid in alle facetten: fysiek, mentaal, sociaal en spiritueel. Vanzelfsprekend is mijn moeder erbij, want het gaat tenslotte over haar ervaren welbevinden. Soms is dat lastig omdat ze niet altijd goed kan aangeven wat ze wil en ze ook regelmatig boos en gefrustreerd is, als ze merkt dat haar lichaam en geest niet doen wat ze wil. Gelukkig heb ik in het verleden het regelmatig gehad over de toekomst. Met ondersteuning van een goede website met achtergrondinformatie, instructiefilmpjes en een app hebben we toen ze nog helder was samen opgeschreven hoe ze oud wilde worden. Tegelijkertijd kan je daar pas echt iets over zeggen als het zo ver is en zien we nu dat zelfs de kleinste dingen, zoals het bezoek van haar kleinzoon of wandelingetje in de zon met de vrijwilligers van de middelbare school uit de buurt haar weer helemaal doen opleven.

Natuurlijk voelt mijn moeder zich soms eenzaam. Na het overlijden van mijn vader is het vaak stil in huis. Zij heeft echter baat bij gesprekken met een geestelijk verzorger die regelmatig met mijn moeder ingaat op wat voor haar echt van betekenis is. En vaak ook brengt ze een middag door in het aanpalende multigeneratiecentrum. In het kader van een maatschappelijk project doen middelbare scholieren spelletjes met de bewoners van het verpleegthuis. Ze geven les op de iPad en soms gaan ze dansen, koken of muziek maken. Ondanks het initiële verzet is inmiddels de twee uur verplichte zorgstage voor de bovenbouw van de middelbare school algemeen geaccepteerd. De interactie met de jongere generatie heeft een echt positieve uitwerking op haar. Het creëren van verantwoordelijkheid bij de jongere generatie, in deze caring community, vind ik een belangrijk onderdeel binnen de maatschappij.

Daarnaast heb ik als mantelzorger veel steun van de online coach en de contacten met andere mantelzorgers op Familienet; hier krijg ik naast ziekte en zorg gerelateerde informatie van andere mantelzorgers heel nuttige en vooral praktische tips. Een online halfjaarlijkse stresstest is daar overigens onderdeel van omdat in het verleden gebleken is dat veel mantelzorgers de zorgbelasting moeilijk konden dragen en zelf vaak onderschatten. Zo vond ik enige jaren geleden, toen mijn moeder nog thuis woonde, informatie over en online ondersteuning bij de inzet van muziektherapie voor dementie patiënten.

Vanzelfsprekend heeft dat de ontwikkeling van Alzheimer niet tegen kunnen gaan maar het heeft enorm toegevoegde waarde gehad voor haar welbevinden en bijgedragen aan de langer dan verwachte periode thuis wonen met mijn vader. Ook nu nog worden dit soort complementaire therapieën ingezet, omdat inmiddels aangetoond is dat het een positieve bijdrage heeft op de kwaliteit van leven alswel een positieve bijdrage heeft op de beperking van de zorgbelasting en progressie van de ziekte.

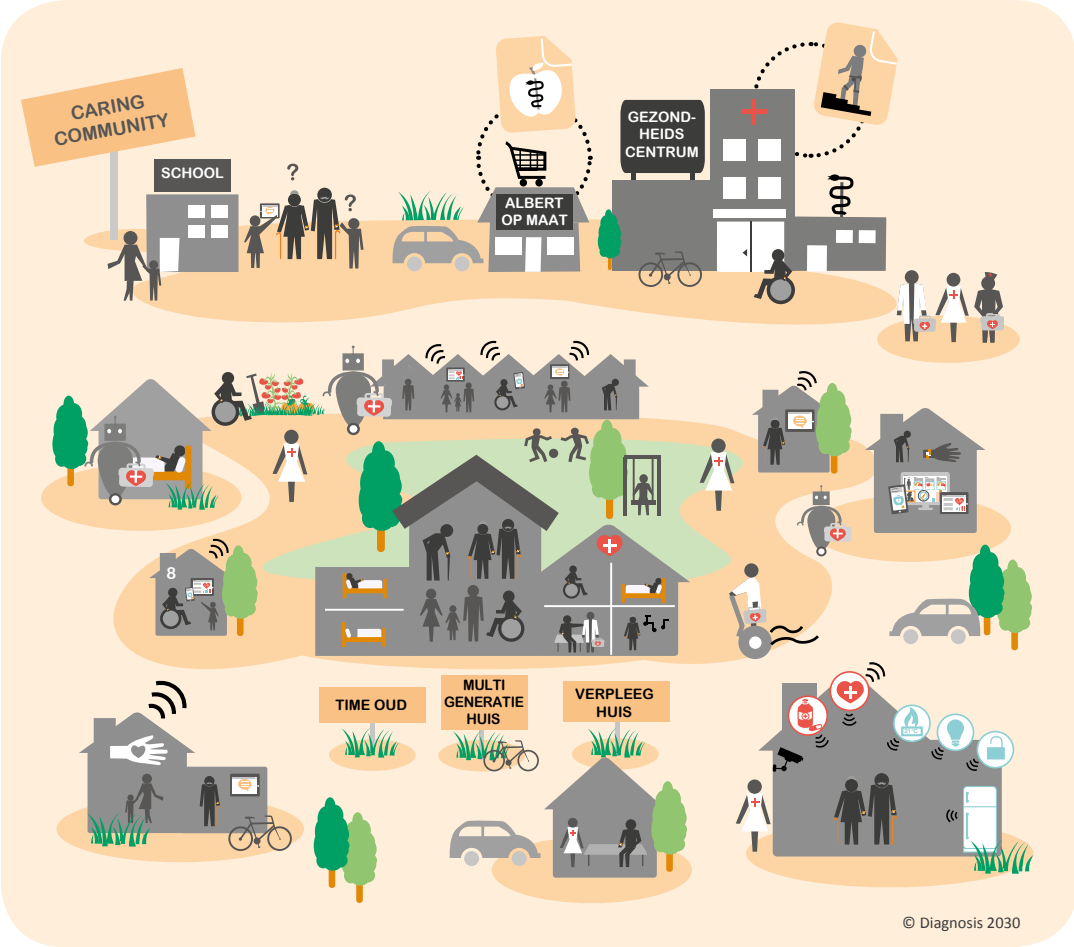


Sociale en digitale infrastructuur

Mijn moeder was in eerste instantie niet blij met de komst van een robot in de vorm van een huisdier, de zogenoemde humanized technology. Vanzelfsprekend was ik ook wat sceptisch toen een technisch ding werd geopperd als gezelschap en ondersteuning voor de momenten dat er niemand bij mijn moeder is. Maar behalve dat we al gewend zijn aan technologie in al onze facetten van het leven is Lisa, zo hebben we haar genoemd, zo geavanceerd dat de interactie natuurlijk is. Mijn moeder wil haar niet meer kwijt. Vanzelfsprekend is er een automatische stofzuiger, maar Lisa is een robot met een sociaal karakter met persoonsherkenning. Ze herkent mij zelfs als ik binnenkom en vraagt me naar de dingen die ik een week geleden heb verteld. De aanwezigheid van Lisa heeft mijn moeder zeker geholpen bij de rouwverwerking na het overlijden van mijn vader. De data uit Lisa leerde de verzorgers dat mijn moeder uren had zitten praten over vroeger aan de hand van oude foto's die we geüpload hebben in haar software.

De tablet blijft toch wel haar favoriete speeltje. Door de laagdrempeligheid en simpele pictogrammen lukt het haar nog steeds om mij of haar beste vriendin even snel te bellen voor een vraag of iets voor haar te doen. Ook het verplegend personeel staat bij de contacten vermeld voor vragen over de huishouding of medicatie. Ze speelt online senioren Bingo met ouderen op alle continenten. Maar ook mijn hardwerkende Sem grijpt regelmatig naar de tablet om een praatje met oma te maken.

De wereld van Annemarie, Margriet en Lisa



Gepersonaliseerd eten als medicijn

Op dinsdagmiddag komt de Albert op Maat haar boodschappen en haar medicatie brengen en in de kastjes zetten als dat nodig is. Sensoren geven automatisch door welke producten er wel of niet meer zijn in de kastjes of koelkast, met een druk op de knop is een bestelling gedaan. Daarnaast geeft de vierde generatie van IBM-Watson op maat gesneden voedingsadviezen die rekening houden met haar gezondheidsontwikkeling en haar DNA-profiel. Ik vind het belangrijk dat ze gezond, maar ook lekker kan blijven eten. Aan veel voedingsmiddelen zijn extra voedingsstoffen toegevoegd, waardoor ziektes worden voorkomen of verminderd. Dankzij de 3D-voedselprinter is het voedsel precies aangepast, om kauw- en slikproblemen te voorkomen iets dat we natuurlijk bij veel ouderen van mijn moeders leeftijd zien.

Vernieuwend zorgen voor ouderen met een intensieve zorgvraag

Doordat het verpleegthuis middenin de wijk ligt, behoudt mijn moeder letterlijk een centrale plaats in de maatschappij. In samenspraak met mij beslist mijn moeder met het verzorgend personeel en de ouderenspecialist welke (extra) verzorging of voorzieningen er getroffen moeten worden om ondersteuning te bieden. Een belangrijk aspect hierbij is dat we ook vooral blijven kijken wat mijn moeder nog wel kan. Verschillende faciliteiten zijn aangepast aan de oudere generatie. Naast het multigeneratiecentrum is er een time oud centrum en het verpleegthuis. In het time oud centrum worden ouderen tijdelijk opgenomen, na bijvoorbeeld een operatie of overbelasting van de mantelzorgers, met als doel terugkeer naar huis. Ze worden hier verzorgd en de ouderenspecialist komt regelmatig op bezoek. Op het moment dat het niet meer mogelijk is om terug naar huis te gaan, komen ouderen terecht in het verpleegthuis. Hier wordt intensieve verzorging geboden zonder medisch doelgericht te handelen.

Waardig leven en sterven

Mijn moeder moet zich prettig blijven voelen in het verpleegthuis. Ze heeft daarom aangegeven dat behandelingen de kwaliteit van het leven moeten verbeteren en anders niet uitgevoerd hoeven worden. Ik spreek samen met haar ook regelmatig over de dood en mijn vader. Mijn vader kwam na de operatie aan zijn gebroken heup in het time-oud centrum terecht, waar hij samen met mijn moeder kon herstellen door intensieve begeleiding. Het doel was terugkeer naar huis. Maar ondanks de intensieve verzorging ging zijn gezondheid achteruit en kwamen er nieuwe klachten. In overleg met mijn moeder en de ouderenspecialist hebben we besloten geen nieuwe behandelingen te starten, omdat het geen effect op de gezondheid zou hebben. Na deze beslissing is hij ook in het verpleegthuis terechtgekomen waar hij de laatste fase van zijn leven heeft doorgebracht samen met mijn moeder. De verpleging staat hier in het teken van de kwaliteit van het leven in plaats van de verlenging van het leven. Ondanks de moeilijke beslissing dat mijn vader echt niet meer terug kon naar huis, ben ik opgelucht; hij heeft een waardige, laatste periode gehad waarin mijn moeder tot de laatste dag aan zijn zijde kon staan.

Tussen nu en 2030

De caring community is vandaag de dag nog lang geen werkelijkheid. De groeiende zorgvraag in combinatie met de groter wordende zorgkosten zorgen ervoor dat de toegankelijkheid van de zorg onder druk komt te staan. Maar wat er moet er veranderen om deze ouderen de zorg te kunnen bieden die nodig is? De Nederlandse gezondheidszorg zal

De Nederlandse gezondheidszorg verandert

De Nederlandse gezondheidszorgvraag zal de komende jaren alleen maar toenemen, als gevolg van een stijgend aantal (kwetsbare) ouderen en chronisch zieken. Het aantal 65-plussers is van 800.000 in 1950 gestegen tot ruim 2,9 miljoen in 2015. Dit aantal zal verder toenemen tot 4,1 miljoen in 2030. Hierdoor neemt ook het aantal ouderen met chronische ziektes en/of aan ouderdom gerelateerde aandoeningen toe. Ongeveer 70 procent van de bevolking die 55 jaar of ouder is, zal chronisch ziek worden. Een andere belangrijke trend is dat het aandeel ouderen dat zich eenzaam voelt exponentieel toeneemt.

Maar ook de samenstelling van de populatie ouderen gaat naar de toekomst in de Randstad veranderen. Zo gaat het aandeel migrantenouderen (niet-westerse herkomst) de komende tijd verdubbelen; van 183.000 55-plussers in 2010 tot 445.000 in 2025.

Door een over het algemeen laag opleidingsniveau (waardoor velen een onvolledig AOW opgebouwd hebben en geen aanvullend pensioen), een lage sociaaleconomische positie en beperkte beheersing van de Nederlandse taal behoren zij tot een kwetsbare groep in de samenleving.

In 2015 verkeert 27 procent van de 65-plussers, wat neer komt op 700.000 personen, in een kwetsbare positie. In 2030 zal dit aantal toenemen tot 1 miljoen. Daarbij is in 2030 elke bewoner in een verpleeghuis kwetsbaar, met een veelzijdige hulp- en zorgbehoefte met ZZP 4 of hoger en multi-morbide. Door de alsmaar toenemende groep zorgbehoevenden zal het prijskaartje van de gezondheidszorg alleen maar hoger worden, waardoor de toegankelijkheid van de zorg onder druk komt te staan, mede als gevolg van een economische groei die niet gelijke tred kan houden.

een transformatie ondergaan om ons beeld van de caring community te realiseren.

Aan de basis van deze transformatie staan kernwaarden die door ouderen, familie, mantelzorger en professionals zijn aangedragen. Kernwaarden, die aangeven wat we belangrijk vinden bij het ouder worden en hoe we omgaan met mensen die in een kwetsbare positie verkeren.

Centraal in onze visie staat zeggenschap, het zelf keuzes kunnen maken, ongeacht leeftijd, ziekte, beperking of sociaaleconomische status, is een belangrijk onderdeel bij het waardig oud worden en sterven. Het persoonlijk welbevinden wordt gegarandeerd door de regie in eigen handen te houden, maar ook door participatie en betrokkenheid van familie, mantelzorgers en zorgprofessionals. De zorg, omgang en ondersteuning dient naast het behoud op eigen regie, menswaardig te zijn en geleverd te worden vanuit respectvol handelen. Naast eigen regie is verantwoordelijkheid voor eigen gezondheid en omgeving belangrijk. Het uitgangspunt hierbij is wederkerigheid; een gezonde balans tussen het ontvangen naar behoefte en het geven naar vermogen. Ten slotte is het stellen van eigen doelen, waarbij ouderen zelf zoeken naar betekenis, nut en doel van het leven als uniek individu belangrijk bij het zoeken van een fysiek, psychisch, sociaal en spiritueel welzijn.

Een belangrijk onderdeel binnen zingeving is dat de oudere zelf hierin centraal staat en niet wordt gezien als patiënt. Ook dient de zorg kwalitatief van hoog niveau te zijn en doelmatig geleverd te worden. Alleen wanneer we doelmatigheid nastreven is de schaalverkleining mogelijk. Om de kwaliteit en de waarden van het leven van ouderen in een kwetsbare positie te kunnen waarborgen is een fundamentele paradigmaverschuiving noodzakelijk. De centrale gedachtegang hierbij is dat het vergroten van de kwaliteit van leven meer betekenis heeft dan medisch doelgericht handelen en verlenging van de levensduur. De behoeften van ouderen staan hierbij centraal. Voor deze paradigmashift zijn twee veranderingen noodzakelijk.

Ten eerste moeten we een nieuwe definitie van gezondheid omarmen, namelijk een holistisch perspectief waarin er ruimte is voor fysiek, psychisch, sociaal en spiritueel welbevinden, in plaats van de afwezigheid van een ziekte. Deze definitie van gezondheid is al uitgebreid beschreven door Huber en collega's. Hierin staat een positievere bewoording met zelfadaptatie en het vermogen tot zelfmanagement centraal. Deze definitie verdient niet alleen een plek in visie en beleid maar ook in bekostiging en verantwoording, zodat we gaan betalen voor kwaliteit in plaats van kwantiteit.

Ten tweede zullen we de focus moeten verleggen naar de vergroting van de ervaren kwaliteit van een oudere in een kwetsbare positie, als alternatief voor de verlenging van het leven. Door de kwaliteit van het leven centraal te stellen, worden de uitkomsten van behandelingen, zoals deze door de ouderen worden ervaren, als referentiepunt genomen. De beoordeling van de kwaliteit van het leven is mede afhankelijk van de persoonlijke doelen, verwachtingen, de mate van onafhankelijkheid, sociale relaties en persoonlijke overtuigingen. Hier moet rekening mee gehouden worden om deze bredere kijk op gezondheid, waarbij de ervaren kwaliteit van het leven centraal staat, te realiseren.

Deze nieuwe maatschappij waarin flexibele zorg op een kleinschalig niveau in de buurt geleverd wordt, kan anno 2030, dankzij nieuwe technologische mogelijkheden, sociale innovatie en het centraal stellen van de kwaliteit van het leven, mogelijk gemaakt worden door een transformatie van het concept verpleeghuis naar een verpleegthuis. We hopen dat met deze nieuwe perceptie over 15 jaar de caring community het nieuwe straatbeeld is.

Philip Idenburg is managing Partner van BeBright en ondersteunt opdrachtgevers in de zorg op het gebied van strategie en innovatie. Michel van Schaik is directeur gezondheidszorg bij de Rabobank en vanuit deze rol onder andere voorzitter van de Commissie Gezondheidszorg van de Nederlandse Vereniging van Banken. Michel en Philip zijn samen initiatiefnemer van het Diagnose programma en auteurs van de Diagnose publicaties waaronder Diagnose 2025 (2010 – 5e druk) en Diagnose Zorginnovatie (2013 – 2e druk). In vervolg hierop zal in 2016 gestart worden met het drie jarige innovatieprogramma Diagnose Voeding & Gezondheid.

Zie voor meer informatie: www.BeBright.eu.

Literatuur

Abma, T.A. & Broerse, J.E. (2007), Zeggenschap in wetenschap. Patiëntparticipatie in theorie en praktijk. Den Haag, Uitgeverij Lemma.

Baart, A., (2004), Een theorie van de presentie.

Beter oud (2015), Een breed gedragen toekomstvisie en veranderagenda voor wonen, welzijn en zorg voor ouderen in een kwetsbare positie.

Boer, T., Verkerk, M., Bakker, D.J. (2013), (Over)behandelen: Ethiek van de zorg voor ouderen in een kwetsbare positie.

van Dijke, J., (2008), Zingeving en spiritualiteit in de ouderenzorg, Utrecht, Universiteit voor humanistiek.

Idenburg, Ph.J. van Schaik M. (2010), Diagnose 2025: over de toekomst van de Nederlandse gezondheidszorg, 2010, 5e druk, Schiedam, Scriptum.

Idenburg, Ph.J. van Schaik M. (2010), Diagnose Zorginnovatie: over technologie en ondernemerschap, Schiedam, Scriptum.

A. R., Kromhout, D., et al. (2011), How should we define health?

BMJ (Clinical Research Ed.), 343, d4163.
Raad voor de volksgezondheid (2013), Het belang van wederkerigheid… solidariteit gaat niet vanzelf.

RIVM, Gezond oud worden in Nederland (2011), RIVM Nationaal Kompas.

Slaets, J., (2009-2013), diverse bronnen en presentaties.
Sociaal en cultureel planbureau (2011), Kwetsbare ouderen in praktijk.

Topol, E. (2015), The patient will see you know: The future of medicine is in your hands.

Westendorp, R., (2013), Oud worden zonder het te zijn.

Van Wieringen, J. (2014), Wie zorgt voor oudere migranten: de rol van mantelzorgers, sleutelfiguren, professionals, gemeenten en ouderen zelf, PHAROS.

Breek het verpleeghuis open:
want leven is meer dan zorg alleen

Motivaction

Auteurs:
Frits Spangenberg,
Peter Jobsen

Extramuralisering is niet voor iedere oudere een optie

De afgelopen jaren hebben overheid en samenleving veel aandacht geschonken aan het langer zelfstandig laten wonen van ouderen. Extramuralisering kan bij de meeste stakeholders op veel draagvlak rekenen omdat meerdere trends elkaar versterken:

- De overheid maakt zich zorgen over de financiële houdbaarheid van intramurale ouderenzorg.
- Binnen de oudste leeftijdsgroep voltrekt zich een wisseling van de wacht: een nieuwe generatie ouderen hecht meer dan ooit aan zelfstandigheid.
- Technologie maakt langer zelfstandig wonen steeds goedkoper en comfortabeler, denk hierbij bijvoorbeeld aan gebruiksvriendelijke trapliften en persoonsalarmering.

Het percentage ouderen dat in een verzorgingshuis woont daalt gestaag. De eerste verzorgingshuizen hebben al met leegstand te maken. En hoewel het langer thuis wonen soms letterlijk met vallen en opstaan gaat, is de trend dat nog meer ouderen zelfstandig blijven wonen. Maar zelfs een krachtige trend als deze loopt op termijn tegen zijn grenzen aan. Er blijft een groep ouderen voor wie (geheel) zelfstandig wonen geen optie is omdat hun lichaam of hun geest dat eenvoudigweg niet toelaat. Zij zijn aangewezen op intensieve zorg in een verpleeghuis dan wel een andere vorm van leven in een intramurale setting.

De opgave om voor deze groep in voldoende kwalitatief goede zorg te voorzien is immens, zowel in medische als in financiële zin. Deze opgave wordt gezien de 'dubbele vergrijzing' (een stijging van het aantal tachtigjaren) alleen maar groter. Maar uiteindelijk zit de grootste uitdaging niet in het aanbieden van voldoende goede en betaalbare zorg, hoe lastig dit op zich al is te realiseren. De centrale opgave is: hoe is de kwaliteit van leven van ouderen die zijn aangewezen op intramurale ouderenzorg wezenlijk te verbeteren?

Motivaction brengt al meer dan dertig jaar de wensen van ouderen in kaart. We signaleren een grote kloof tussen hoe de intramurale zorg nu is georganiseerd en de behoeften van ouderen en hun naasten. Deze kloof zal bij ongewijzigd beleid alleen maar groter worden. Waarom slagen verpleeghuizen er zo slecht in om tegemoet te komen aan de wensen van hun bewoners? Motivaction maakt een korte probleemanalyse en komt met een aantal oplossingsrichtingen om de kwaliteit van leven van bewoners te verbeteren. Wij zien dat de huidige problemen van de sector niet alleen het gevolg zijn van een gebrek aan geld en capaciteit. Vandaar dat ook de oplossingen in andere richtingen moeten worden gezocht.

Het verpleeghuis: een terecht imagoprobleem?

Het verpleeghuis jaagt de gemiddelde Nederlander ronduit angst aan. Misschien omdat het ons confronteert met onze eigen sterfelijkheid en het verval dat ouder worden met zich meebrengt? Nederland kent een dominante jeugdcultuur waarin we het feit dat iedereen een keer oud wordt en uiteindelijk zal sterven zoveel mogelijk proberen weg te duwen. Maar ook de verpleeghuizen zelf helpen doorgaans niet mee aan een positief imago. Te veel verpleeghuizen presenteren zich als introverte instituten, deprimerende plaatsen waar je alleen naartoe gaat om dood te gaan of om iemand te bezoeken die daarmee bezig is. Veel mensen slaan die 'wachtkamer van de dood' dan ook het liefst over. Uit recent onderzoek van Motivaction blijkt dat 55 procent van de mensen in de leeftijd van 55 t/m 70 het eens is met de stelling: Wanneer ik als ik oud ben iets ga mankeren, ga ik liever dood dan dat ik in een verpleeghuis moet gaan wonen.

Het huidige karakter van het verpleeghuis werkt niet alleen negatief voor bewoners. Ook voor familie, medewerkers en vrijwilligers schiet het verpleeghuis tekort. Ondanks het harde werken van velen binnen de sector is het in wezen een achtergebleven domein. Niet aantrekkelijk om er te wonen, niet aantrekkelijk om er te werken en al helemaal niet aantrekkelijk om er als vrijwilliger aan de slag te gaan.
Niet handig in een tijd waarin familie en vrijwilligers een grotere rol moeten spelen in de zorg voor ouderen én waarin op termijn weer moet worden gevochten om de meest talentvolle werknemers. Kortom: zeker nu de vergrijzing de verpleeghuiszorg tot een 'groeimarkt' maakt, schreeuwt Nederland om nieuwe concepten die een combinatie bieden van intensieve zorg en aangenaam wonen.

Probleemanalyse: te groot, te standaard en te gemedicaliseerd

De afgelopen jaren is er veel naar buiten gekomen over misstanden in de verpleeghuiszorg. En uiteraard: hoogkwalitatieve zorg is uiteraard een basisvoorwaarde voor kwaliteit van leven. Maar er zijn meer oorzaken voor de lage waardering van het verpleeghuis. Aan die ontevredenheid liggen bredere maatschappelijke ontwikkelingen ten grondslag die niet alleen bepalend zijn voor de waardering van het verpleeghuis, maar ook voor bredere maatschappelijke onvrede. Het zijn de wezenlijke conflicten van onze tijd die in de setting van het verpleeghuis pregnant tot uiting komen.

Veeleisendere burgers ← → achterblijven comfort verpleeghuis slechts één oorzaak

Vaak wordt gezegd dat de ontevreden ' calculerende burger' steeds veeleisender is en dat het verpleeghuis daarom niet meer voldoet. De eerste grootschalige verzorgingshuizen ontstaan rond het midden van de zestiger jaren en boden voor de generatie die er toen aan toe was een niet eerder vertoonde luxe. Centrale verwarming, warm en koud stromend water, een lift, dat hadden de 'oudjes' van toen lang niet allemaal in hun eigen woning. Het verzorgingshuis was in die zin in vele gevallen een upgrading. Door de stormachtige ontwikkeling van de koopkracht wordt het comfortniveau van het verzorgings- dan wel verpleeghuis echter al lang niet meer als een upgrading ervaren.
Maar alleen het achterblijven van het comfortniveau van het verpleeghuis aanwijzen als oorzaak voor de afkeer die mensen hebben van het verpleeghuis is te eendimensionaal. Om bij de kern van het probleem te belanden moeten we juist ook naar niet materiële zaken kijken.

1. Standaardisatie ← → verscheidenheid in leefstijlen

Het verpleeghuis, maar ook veel andere maatschappelijke organisaties zetten in op standaardisatie en efficiëntieverbetering als sleutel tot het bieden van meer en betere zorg. Dit terwijl de verscheidenheid aan waarden, wensen en leefstijlen binnen de Nederlandse bevolking steeds groter wordt. Klanten zijn niet meer zoals hun grootouders. Betekende in grootouders tijd pensioen een welverdiende rust achter de geraniums, de huidige ouder wordende generaties willen met alles zoveel mogelijk doorgaan en actief blijven. Niet alleen omdat dit hen helpt langer gezond te blijven maar met name omdat zij een wezenlijk andere leefstijl hebben dan de ouderen vóór hen. In de praktijk is daarbij weinig verschil tussen ouderen met een hoge of lage sociaaleconomische status: ook ouderen die minder dan gemiddeld te besteden hebben zullen meer eisen stellen dan hun voorgangers en langer actief willen blijven.

Belangrijkste reden voor deze veranderende invulling van de 'oude dag' is de generatiewisseling onder ouderen.

Waar de vooroorlogse generatie (geboren tussen 1910 en 1930) nog gekenmerkt wordt door sobere en plichtsgetrouwe traditionele waarden, is de stille generatie geboren tussen (1930 en 1940) al veel meer gewend aan en gesteld op materieel comfort en genieten van het leven. 2021 is een belangrijke mijlpaal. In dat jaar komen de eerste vertegenwoordigers van de protestgeneratie (geboren tussen 1941 en 1955) in hun tachtigste levensjaar. En daarmee kunnen we op middellange termijn een geheel nieuw type oudere binnen de intramurale ouderenzorg verwelkomen, één die zichzelf en zijn of haar omgeving continu wil blijven uitdagen.

Deze nieuwe generatie ouderen zal de komende jaren een grotere plaats voor zichzelf opeisen. Zij lopen te hoop tegen het idee dat mensen die de zestig gepasseerd zijn weinig meer hebben toe te voegen en maar het beste kunnen gaan 'afbouwen'. De protestgeneratie is veel minder volgzaam dan eerdere generaties en blijft ook op hoge leeftijd tegen het gezag aanschoppen. Ze zullen zich dan ook hard maken voor 'bejaardenemancipatie' en zich letterlijk en figuurlijk niet laten 'wegstoppen'.

Zet deze generatiewisseling eens naast de huidige gang van zaken binnen de intramurale ouderenzorg. Hoeveel valt daar te genieten? Is het een omgeving waar je ondanks je beperkingen wordt uitgedaagd? De noodzaak voor aanpassing van de intramurale ouderenzorg in het algemeen en de verpleeghuizen in het bijzonder wordt met deze aanstormende generatie in ieder geval alleen maar groter.

2. Professionalisering ← → meer ruimte voor mantelzorgers en vrijwilligers

In onze maatschappij is lange tijd steeds meer verantwoordelijkheid overgedragen aan professionals, waarbij steeds minder werd verwacht van bewoners zelf, dan wel de mensen om hen heen. Nu zien we in het kader van de participatiesamenleving een kentering van deze ontwikkeling. Er wordt juist meer van mantelzorgers en vrijwilligers verwacht. Op zich is dit een positieve ontwikkeling. Het welbevinden van mensen hangt niet alleen van de zorg van professionals af, maar met name ook van de mate waarin zij in contact staan met de mensen die voor hen belangrijk zijn. Door anderen weten zij zich nog altijd verbonden met de wereld buiten de muren van het verpleeghuis.

Echter: er worden weliswaar zorgtaken van professionals naar niet-professionals verschoven, maar de zeggenschap over hoe die zorg er in de praktijk uit moet zien ligt nog eenzijdig bij de professionals die – vaak genoeg tegen hun zin – zijn gebonden aan rationeel geformuleerde protocollen en regels. Dit terwijl mantelzorgers en vrijwilligers juist vanuit de emotie naar de zorg voor hun naaste kijken. Dit leidt tot frustratie over en weer: medewerkers in de zorg klagen over overmatig assertieve familieleden en die zijn op hun weer ontevreden over de betutteling van het personeel.

3. Medicalisering ← → aandacht voor de mens

De samenleving medicaliseert: op kinderen met afwijkend gedrag wordt al snel een van een afkorting voorzien etiketje geplakt, zodat een vast omschreven behandelplan kan worden uitgerold. Maar een probleem van de medische professie is dat mensen vaak gelijk worden gesteld aan hun aandoening. Uiteraard is een diagnose van belang om kwetsbare mensen goede zorg te geven, maar te vaak lijkt de sector een blinde vlek te hebben voor de persoon die achter de ziekte schuilgaat.

Ook wie naar een verpleeghuis verhuist, wordt niet opeens zijn of haar ziekte, maar blijft in de eerste plaats een uniek mens dat ondanks beperkingen toch door wil gaan met leven. Te weinig aandacht voor de mens leidt bovendien vaak tot versterkte afhankelijkheid: bij mensen die eenmaal in de rol van 'patiënt' zijn gezet, is te zien dat zij vaak al na een paar weken steeds minder zelf kunnen en zichzelf steeds afhankelijker gaan opstellen. Van controle over je leven ga je naar je leven ondergaan. En hoe minder je zelf in de hand hebt, hoe meer je over dingen kunt klagen.

Ergens is het ook wel logisch dat het sociale aspect van zorg de afgelopen decennia zo is verwaarloosd. Net als in veel andere sectoren verdween de mens soms uit beeld door de ongekende technologische en wetenschappelijke ontwikkelingen. De kosten voor zorg namen daarmee navenant toe, wat nu extra druk zet op de budgetten die niet bedoeld zijn voor 'cure' maar voor 'care'.

Overkoepelend probleem: hang naar schaalvergroting ← → wens tot kleinschaligheid

Eén van de grootste conflicten van onze tijd zien we terug in elk van de hierboven gesignaleerde problemen: de botsing tussen het vertrouwen in meer schaalvergroting bij overheid en instellingen versus de behoefte van mensen aan herkenbaarheid, kleinschaligheid en maatwerk. Elke oplossingsrichting om de verpleeghuiszorg te verbeteren, zal dan ook moeten bijdragen aan een oplossing voor dit conflict.

Veranderingsrichtingen

Wij hebben niet de pretentie kant en klare oplossingen te bieden, daarvoor is de zorg te complex. Wel willen we een aantal richtingen aangeven die van belang zijn bij een verhoging van de kwaliteit van leven voor ouderen binnen de intramurale zorg.

1. Meer aandacht voor verschillen in leefstijlen

Er dient meer aandacht te zijn voor de verschillen in wensen en waarden tussen bewoners. Gedurende je werkzame of gepensioneerde leven zijn er veel keuzemogelijkheden en dat werden er de afgelopen jaren alleen maar meer. Waarom dan als je zorg nodig hebt opeens genoegen moeten nemen met 'one size fits all'?

Dit betekent meer differentiatie in de sfeer, aankleding, voorzieningen en locatie. Tussen de verpleeghuizen van de toekomst moeten grote verschillen bestaan. Rust is voor sommige doelgroepen aantrekkelijk, andere centra zijn juist ervaringsexplosies. Sommige mensen gaan voor gezelligheid en gezamenlijkheid en 'de deur staat altijd open' maar met de toenemende individualisering onder ouderen zijn er juist ook ouderen die vooral behoefte hebben aan privacy. Bij deze grotere verscheidenheid aan sfeer en woonmilieu van zorglocaties komt het mooi uit dat Nederland in ruimtelijke zin steeds meer van elkaar verschilt: ruimte en stilte kost relatief veel geld in de Randstad, maar wordt steeds voordeliger in de krimpgebieden.

Deze verschillen in wensen kan Motivaction heel goed bevragen en vaststellen, ook op basis van de input van familie en vrienden. Zo kan gericht worden gezocht naar een zorglocatie die écht bij iemand past.

2. Meer ruimte voor differentiatie in zorgaanbod

Al lang wordt er werk van gemaakt om ouderen zelf meer te laten betalen voor hun zorg. De ingevoerde scheiding tussen wonen en zorg is hier een goed voorbeeld van. Alleen: tot nu toe zijn ouderen weliswaar in bepaalde gevallen meer zelf gaan betalen, maar ze hebben daar lang niet altijd de zorg voor ontvangen die op hun persoonlijke wensen is afgestemd.

De generatie ouderen die de komende jaren te maken krijgt met een zorgvraag heeft niet alleen andere waarden dan de generatie voor hen, ze hebben gemiddeld genomen ook veel meer te besteden. Dan is het logisch dat zij een gedeelte van dat geld zullen omzetten in betere zorg. Als bestaande zorginstellingen hiervan willen profiteren dan zullen ze echter werk moeten maken van het bieden van meerwaarde ten opzichte van de huidige zorg. Vaak is op maat bijbetalen voor zorg in een omgeving naar wens nu zelfs nauwelijks mogelijk. Ook in dit opzicht dienen zorgaanbieders te veranderen, anders zullen nieuwe toetreders op de markt van buiten de zorg hen links en rechts inhalen.

Dit vraagt uiteraard om een ander financieringsmodel, waarbij de zorg die vergoed wordt door de zorgverzekeraars goed is voor de noodzakelijke basisvoorzieningen, maar de variabele aanvullende zorgbehoeftes zelf worden betaald. Dat betekent inderdaad dat aan de ene klant meer tijd en aandacht wordt besteed dan aan de andere. Dat is wennen, maar als goede basiszorg voor iedereen beschikbaar is, waarin verschilt deze differentiatie in zorgaanbod dan wezenlijk van de rest van het leven waarin ook niet iedereen in een even grote auto rijdt of in hetzelfde type huis woont?

Het is niet anders: mensen verschillen en het prachtige solidariteitsbeginsel is niet langer volledig houdbaar. Steeds meer mensen willen onderscheidend zijn en zelf hun prioriteiten kiezen.

Solidariteit en een egalitair zorgaanbod werken alleen als een overtuigende meerderheid volledig meewerkt aan het collectieve algemene belang. Dat is al lang niet meer het geval, dus het systeem zal het gedrag van de mensen volgen. Zo zal het op termijn waarschijnlijk ook steeds minder geaccepteerd worden dat iemand die bewust gezond leeft en zich onthoudt van gezondheidsrisico's eenzelfde premie betaalt als de persoon die door zijn of haar levensstijl willens en wetens een groot beslag gaat leggen op de gezondheidszorg. Sterker nog: waarom heeft die bewust gezond levende en waarschijnlijk medisch relatief goedkoop levende persoon geen uitzicht op een 'gezondheidsbonus'? Een extra handje aan het bed of een betere kamer? Waarom moet iedereen over één kam worden geschoren? Waarom wordt er over de kosten van een zeer dure medische therapie nauwelijks gesproken omdat dit een recht zou zijn, en is extra aandacht voor iemand die tot dan toe weinig zorg heeft geconsumeerd onbespreekbaar?

3. Meer integratie tussen verpleeghuis en buitenwereld

De verpleeghuiszorg moet zoveel mogelijk aansluiten bij het dagelijkse leven. Niet langer dient er sprake te zijn van een monocultuur waarin ziek en zwak domineert.

Juist als je meer vrijwilligers aan je wilt binden en je weet dat steeds meer bewoners een groot belang hechten aan levendigheid en afwisseling, is het essentieel om te werken aan een écht prettige en gezellige omgeving. En dat is meer dan een fris kleurtje op de muren. Het verpleeghuis van de toekomst heeft – afhankelijk van de leefstijl van de bewoners – meer de look and feel van een Van Der Valk of de foyer van een filmhuis. En niet alleen de bewoners zullen zich hierbij senang voelen: er komen steeds meer actieve gepensioneerden, die een zinvolle betekenis willen geven aan hun bestaan. Maar dan wel graag in een verwelkomende, menselijke omgeving waar het lekker ruikt en die prettig is ingericht. En waarom vluchtelingen en asielzoekers niet inzetten als vrijwilliger? Nu zitten velen van hen verveeld duimen te draaien, terwijl zij zich allemaal prettiger voelen

als zij zich nuttig kunnen maken. Niet iedereen is natuurlijk geschikt voor zorg aan ouderen, maar er kan vaak veel meer dan we denken en het helpt om vluchtelingen terug in hun kracht te zetten.

En dan is er natuurlijk ook de potentie van de zorgbehoevenden zelf. Wie op het ene vlak zorgbehoevend is (bijvoorbeeld lichamelijk) is op geestelijk gebied nog tot zeer veel in staat. Zorgbehoevenden kunnen op een ander vlak juist weer zorgverleners zijn, als we dat maar faciliteren. Dat is niet alleen vanuit praktisch oogpunt van belang, maar het geeft hen ook zelfrespect en een gevoel van wederkerigheid. Wie weet dat hij of zij ertoe doet, leeft langer en is tot veel meer in staat dan wie zich uitgerangeerd voelt.

En ook in functionele zin dient de buitenwereld naar binnen gehaald te worden. Dat betekent: meer functies waar de omliggende wijk of stad ook wat aan heeft. Dit kan tot dubbelgebruik van voorzieningen en ruimtes en zelfs tot nieuwe verdienmodellen leiden. De combinatie ouderenzorg en een kinderdagverblijf onder één dak is al een bekende combinatie aan het worden waarbij beide leeftijdsgroepen veel voor elkaar kunnen betekenen. Maar ook horeca, winkels en een revalidatie/fitnesscentrum hebben zowel voor bewoners, vrijwilligers, bezoekers als omwonenden meerwaarde en zorgen voor een andere uitstraling van een verpleeghuis. En laat jong en oud, ziek en gezond door elkaar heen wonen. De nieuwe generatie ouderen geeft er de voorkeur aan om met meerdere leeftijdsgroepen in één complex te wonen.

Deze veranderingen verbeteren de belevingskwaliteit van het verpleeghuis. Daarmee is het verpleeghuis nog geen leuk uitje geworden indien je partner daar als gevolg van een slepend ziekteproces moet verblijven. Maar de kwaliteit van de omgeving doet er niet alleen toe wanneer je voor je plezier ergens komt, maar juist ook op de moeilijke momenten in je leven.

4. Niet alleen meer verwachten van mantelzorgers en vrijwilligers, maar hen ook meer bevoegdheden geven.

De verpleeghuizen moeten familie en vrijwilligers niet alleen meer laten doen, maar hen ook meer zeggenschap geven over hoe zij als niet betaalde kracht inhoud geven aan hun zorgtaak. Als iemand 's middags een fles wijn open wil trekken met zijn of haar partner die er verblijft dan moet dat kunnen, ook al is alcohol dan misschien niet gezond. Hetzelfde geldt voor meer vrijheid in momenten waarop iemand te eten krijgt of gewassen wordt. De professional dient in goed overleg met de mantelzorger/vrijwilliger en de bewoner samen invulling te geven aan de zorg, niet deze te dicteren. Ook al gebeurt dat vanuit het idee van 'eigen bestwil' voor de bewoner. Als je wilt dat mantelzorgers en vrijwilligers een grotere rol krijgen dan dient gelijkwaardigheid het uitgangspunt te zijn. Je als verpleeghuis verschuilen achter regeltjes ('dat doen we hier nu eenmaal zo, dat zijn de voorschriften') is een zwaktebod.

Daarbij is het goed om te beseffen dat met name mantelzorgers veel meer kunnen bieden dan alleen extra 'handjes': persoonlijke aandacht, een link met het verleden en de buitenwereld en een frisse bries in de soms eentonige regelmaat van het verpleeghuis. Ook daarom is hen optimaal faciliteren meer dan de moeite waard.

Overkoepelende veranderingsrichting: meer kleinschaligheid en variatie

Samenvattend dient het verpleeghuis te veranderen van grootschalig en generiek naar kleinschalig en gevarieerd. Wij zullen ons als samenleving moeten losmaken van de vreemde ordeningsmanie dat iedere groep wordt 'opgeborgen' in voor hem of haar passende instituten waar niets mag dat buiten het boekje valt. Bewoners willen graag onderscheidend zijn en leven en wonen in een sfeer waarin zij zichzelf herkennen.

Inspirerende voorbeelden

In de meeste Nederlandse verpleeghuizen wordt door medewerkers keihard gewerkt om ouderen een waardige laatste levensfase te bieden. Dat de waardering achterblijft bij dit harde werken komt doordat medewerkers moeten werken binnen systemen die niet aansluiten bij wat hun bewoners willen. Gelukkig zijn er ook een aantal voorbeelden van zorginstellingen waar niet alleen hard gewerkt wordt, maar waar dat tevens op een manier gebeurt die aansluit bij de behoeften van mensen. Deze voorbeelden laten zien dat betere zorg niet alleen mogelijk is, maar dat dit vaak ook kan zonder hogere kosten. Zij maken daarmee een einde aan de uitvlucht: 'het kan niet beter worden dan het nu is, want daar is geen geld voor'. Maar zij laten ook zien dat andere excuses geen hout snijden. Bijvoorbeeld: 'als je dement bent, doet je omgeving er niet meer toe.' Of: 'de buitenwacht wil nu eenmaal niet samenwerken met een verpleeghuis' of: 'mensen verblijven hier maar zo kort, het heeft geen zin om zorg op maat te bieden'.

- Een hospice biedt palliatieve en terminale zorg. Kleinschalig, prettige locaties, organische eigenschappen, steunend op vrijwilligers, met weinig regels en voorschriften. In de meeste hospices heerst een benaderbare informele lichtheid en is het (naar omstandigheden) prettig om te zijn. Het heeft gevoelsmatig weinig van doen met ons zorgstelsel.
- Verpleeghuis Hogewey in Weesp groepeert psychogeriatrische bewoners per unit naar hun leefstijl. Zo wordt de gewenste kleinschaligheid en variatie gerealiseerd in de context van een groter complex. Voorbeelden van een leefstijl zijn de Culturele stijl, de Christelijke en de Stadse. Tot in de kleinste details wordt het dagelijks leven in een unit vormgegeven volgens een bepaalde leefstijl: interieur, eten en drinken, bejegening van de bewoners en activiteiten. Deze differentiatie naar leefstijl vertaalt zich in beter etende en gelukkigere bewoners. Zwerfgedrag en medicijngebruik zijn afgenomen en bewoners zijn naar omstandigheden redelijk zelfredzaam.
- Verpleeghuis Bernardus in Sassenheim haalt op een heel eenvoudige manier de buitenwereld naar binnen: verenigingen en scholen mogen gratis gebruik maken van ruimtes mits zij hier voor de bewoners van het centrum iets voor terug doen. Concrete resultaten zijn een bridgecursus voor medewerkers en bewoners en het opvoeren van de groep 8 musical van de lokale basisschool in de eetzaal, zowel voor ouders van de leerlingen als voor bewoners.
- De Thomashuizen zijn een franchiseformule voor kleinschalige zorg voor verstandelijk beperkten. Een centrale organisatie levert facilitaire diensten en controleert de kwaliteit van de aangesloten vestigingen. Maximaal acht bewoners wonen en leven samen met een vaste kleine groep verzorgers.

Afsluiting: nieuwe ambitie

Er zijn hoopgevende signalen in de verbetering van de verpleeghuiszorg. Niet alleen zijn er succesvolle voorbeelden van hoe het anders kan, ook lijkt er een breed besef te zijn ontstaan dat we niet op de huidige weg verder kunnen. Dan is het jammer dat een grotere rol van mantelzorgers en vrijwilligers nog te vaak wordt uitgelegd als een bezuinigingsoperatie terwijl het de kwaliteit van leven van bewoners juist kan vergroten.

Wij zitten in een grote, onomkeerbare transformatie die hopelijk de goede kant opgaat. Het is alleen wel wennen en de veranderingen zijn in eerste instantie zeker niet altijd makkelijk. Van een model waarbij zorg voor een belangrijk deel was 'geoutsourcet' aan professionals en instanties gaan we hopelijk weer naar een systeem waarin de zeggenschap en de uitvoer van de zorg waar dat kan weer terecht komt bij onszelf en onze naasten. Daarmee komt zorg weer waar hij thuis hoort: bij de mensen zelf.

Een nieuwe organisatie van zorg biedt kansen voor een hogere kwaliteit van leven en meer aandacht voor de specifieke behoeften en leefstijlen van bewoners van intramurale ouderenzorg. Maar het basisniveau van de zorg moet ook op orde worden gebracht én de publieke zorgkosten dienen binnen de perken te blijven. Vandaar dat velen in de zorg zeggen: focus je eerst nou maar eens op die basiszorg en het financiële plaatje, daarna gaan we wel met specifieke wensen van bewoners aan de slag. Maar tegemoet komen aan de behoeften van bewoners is geen optionele franje, geen slagroom op de taart als er nog wat tijd of budget over is. Het is een integrale voorwaarde voor een succesvolle verpleeghuissector. Niet alleen omdat dit het welbevinden van mensen kan verbeteren, maar ook omdat het kan bijdragen aan die beide andere ambities die op dit moment op de voorgrond treden: betere zorg en betere betaalbaarheid.

Wij dagen de sector uit om ambitieus te zijn in het inspelen op de behoeften van haar klanten en zich niet te verschuilen achter regelgeving en standaard uitvluchten. Alleen zo kan de reputatie van het verpleeghuis verbeteren van een plek die angst inboezemt in een vertrouwd thuis voor wie zorg nodig heeft.

Vrij van oreemde regels

Vrij van vreemde regels

Eefje Stokvis deelt haar ervaring uit de verpleegzorg over wat wel en niet werkt. Haar ideaalbeeld voor de zorg in 2025 is gericht op het net-als-thuisprincipe en ze spreekt zich uit voor meer samenwerking met de verwanten van bewoners.

Aanpassen aan de bewoners

Ik hoop dat in 2025 de verpleeghuiszorg overal aansluit op de beleving van bewoners. Wij weten inmiddels hoe goed dat werkt. Sinds een paar jaar voert onze werkgever Zorg-Accent de visie van sociaal geriater Dr. Anneke van der Plaats door in onze organisatie.[1] We zijn gaan kijken naar waar het gedrag van mensen met dementie vandaan komt en hoe wij de omgeving en onze houding hierop kunnen aanpassen. Je kan mensen met dementie op de afdeling zielig en hulpeloos vinden, maar als je je iets aanpast gaat er vaak een wereld voor deze mensen open. Je merkt hierdoor dat je zelf een grote en belangrijke inbreng hebt in de leefomgeving van ouderen.

Wij werken bijvoorbeeld in een relatief nieuw gebouw, pas drie jaar oud, maar we hebben het heel ouderwets ingericht. Dat is herkenbaar en prettig voor bewoners met dementie. Desondanks bleken we toch nog zaken over het hoofd te hebben gezien. De toiletdeuren waren bijvoorbeeld allemaal van die mooie deuren die in de muur geschoven moesten worden. We hadden er nooit over nagedacht dat sommige bewoners hier helemaal niet mee om konden gaan. Een toiletdeur moet je immers open en dicht doen. Toen we een bewoner observeerden die naar de wc ging, zagen we dat hij helemaal niet snapte hoe hij de deur open moest krijgen en daarom tegen de deur plaste. Nu staan de wc-deuren open en is het probleem opgelost.

Verder hebben we gewoon ouderwetse wc's met een zwarte bril, zodat onze bewoners het verschil tussen de muur of vloer en de wc-pot zien. We hebben een traditionele kraan met warm en koud apart om de handen te wassen en er staat geen zeeppompje maar er ligt gewoon een zeepje. De handen moeten worden afgedroogd aan een handdoekje die aan een haakje hangt en wil je een nieuwe wc-rol pakken dan hebben we daar zo'n juten hangzak voor. De aannemer vond het eerst maar raar, ''waarom geen moderne spullen?" vroeg hij, maar nu hij ziet dat het werkt en onze bewoners zich op hun gemak voelen, denkt hij zelf ook mee. Een kleine aanpassing kan een gigantisch effect hebben. Het is fijn dat we nu heel concreet uit kunnen leggen waarom we het op deze manier doen, dat voelt goed.

Net als thuis

'Net als thuis' is ons motto. De gedachte achter kleinschalig wonen is dat je eigenlijk een soort gezin vormt. We hebben acht bewoners en organiseren alles zelf. We hoeven dus ook niet voor elk kaasje dat we kopen toestemming aan een manager te vragen. We doen zelf de boodschappen en waar kan, helpen de bewoners mee met de dagelijkse bezigheden. We hebben een bewoonster die het heerlijk vindt om te strijken. Een andere bewoner schilt de aardappels, want als ik dat zelf doe, krijg ik commentaar dat ik veel te dik schil en zij kan het veel dunner. We hebben ook niet rechtlijnig die en die activiteit op een vaste dag en op een vast tijdstip. Mijn oma die thuis woont, heeft dat ook niet.

Regels

In ons ideaalbeeld van 2025 zal de zorg overal zoveel mogelijk op het net-als-thuisprincipe gericht zijn en vreemde regels die nu nog van kracht zijn, zullen hopelijk grotendeels zijn verdwenen. Dat is een ander motto van ons: 'weg met

Stichting GetOud:

Auteurs:
Marion Duimel,
Ingrid Meijering

de overbodige regels'. Natuurlijk moeten er regels zijn, maar op dit moment zijn er wel heel veel regels. Dat komt doordat er meteen een nieuwe regel wordt gemaakt wanneer er ergens een keer iets fout gaat, zodat het risico om nog een keer dezelfde fout te maken wordt uitgesloten. Dit is paniekvoetbal en daar moeten we vanaf. Je krijgt er hele rare regeltjes van die nergens op slaan. In het kwaliteitsplan ouderenzorg van staatssecretaris Van Rijn staat bijvoorbeeld dat we geen bavaroise mogen geven aan onze bewoners, omdat daar rauwe eieren in zitten. Dat vinden we vreemd. Stel je woont thuis en je eet iedere dag bavaroise. Dan breekt de dag aan dat je bij ons komt wonen en zeggen wij: "Nee, vanaf nu mag u geen bavaroise meer, daar kunt u namelijk ziek van worden". Als we het thuisgevoel willen creëren, moeten we hier zeker niet op deze manier mee om gaan.

We moeten er soms ook wel om lachen. Het bereiden van een kip bijvoorbeeld moet volgens de regels ook op een andere manier dan thuis gaan. Als we een kip uit de oven willen maken, moeten we hem 1,5 uur in de oven laten garen om vervolgens met een thermometer te onderzoeken of hij wel gaar is van binnen. Dat doe je thuis niet. Thuis zet je er een mes in en kijk je even hoe hij eruit ziet. Het coderen van een melkpak wanneer je hem openmaakt is daarentegen wel een goede regel. We werken namelijk allemaal op verschillende dagen en hebben dus geen idee wie wat wanneer openmaakt. Regels over de bavaroise en temperaturen van een kip zijn wat ons betreft overbodig en mogen zo de papierversnipperaar in.

Onze rol

Wat we al aan verandering zien is dat we steeds meer naar de situatie gaan waarin de term 'verpleeghuis' niet meer past. Mensen verhuizen naar een plek waar meer zorg is en dit kan op iedere plek zijn. Je ziet nu al steeds meer mensen die in een groep samen willen leven, omdat het een veilig gevoel geeft en mensen niet alleen willen wonen. In die situatie zijn wij eigenlijk meer wijkverpleegkundigen die op één plek werken. De woonkamer en de keuken zijn van de bewoners en daar mag ik werken als een radertje in het geheel en zeker niet als de baas. Het zal in de toekomst nog meer bij onze rol gaan horen om af te vragen: Wie zijn deze mensen? Wat vragen zij? En hoe kunnen we dit oplossen met de verwanten?

Verwanten

Een ander ideaalbeeld voor 2025 is dat de zorg bij ons ligt en kwaliteit van leven meer bij de verwanten, zoals familie en vrienden. We zullen allemaal ons best moeten doen om hen op dat gebied meer en meer onderdeel van het zorgproces te laten worden. Nu zie je nog heel vaak dat er een nieuwe bewoner komt wonen en wij alles van de zorg, tot en met de uitjes, overnemen. De verwanten zouden veel meer moeten blijven doen. Dus drink je nu nog iedere dinsdag koffie met je buurvrouw, dan zou dat als je bij ons komt wonen gewoon door moeten gaan. Bovendien kennen dierbare naasten de bewoner het best en weten zij wat hij of zij wel en niet leuk vindt. Daar ligt hun kracht. Zij zullen ons input moeten geven voor de zorg en zelf de leuke dingen moeten blijven doen, van een kopje thee drinken tot en met uitjes. Dat vergt ook een denkomslag bij het personeel, dat als een familielid de keuken inkomt niet moet denken: ''Hé, je komt in onze keuken! Daar wil ik geen vreemden in."

Het zal niet eenvoudig zijn dit voor elkaar te krijgen, maar er is geen andere optie. Het is daarom zaak de verwanten te betrekken en verantwoordelijk te houden. Met hen moeten we praten over een verhuizing in plaats van een opname en

over het organiseren van een sleuteloverdracht, die ook bij overlijden weer plaatsvindt. Maar de verwanten zouden ook meer een stem moeten hebben bij de aanname van nieuw personeel. Als een mantelzorger daar een stem in heeft, dan voelt hij zich daar ook meer verantwoordelijk voor. Eigenlijk staat ons niets in de weg hier nu al mee aan de slag te gaan. Er moet alleen een denkomslag komen en dat is een kwestie van doen.

Tips

1. Niet denken in termen van 'ja maar …'
2. Het hoeft niet in een keer perfect te zijn
3. Doe het gewoon!

Als wij in 2025 staatssecretaris Zorg zouden zijn dan zouden wij iedereen oproepen het boerenverstand te gebruiken. We zouden zoveel mogelijk naar buiten brengen wat er allemaal goed gaat in de zorg. Staat er dan iemand op met een incident, dan zouden wij zeggen: Ja, zo is het leven, hoe vervelend ook, maar dat kan gebeuren net zoals er thuis ook wel eens iets mis gaat. Maar we gaan wel kijken hoe dit in het vervolg te voorkomen is. Er moet wel van geleerd worden.

[1] Anneke van der Plaats is sociaal geriater en houdt zich bezig met mensen met een hersenaandoening. Ze observeert hen in het dagelijks leven, analyseert zo waar bepaald gedrag vandaan komt en bedenkt praktische oplossingen voor dit gedrag.

Verpleeghuiszorg is van ons zelf

Landelijke Coöperatie Trefpunt Anders, Actief en Duurzaam Wonen (LaCoTA)

Auteur:
Wim G. Kromwijk

Dat ik zelf ouder word, meet ik af aan het feit dat ik op 19 januari 1982 als beroepskracht (beleidsmedewerker bij Cosbo-Nederland, koepel van drie landelijke ouderenbonden) op het Binnenhof meeliep achter een spandoek "Voor ouderen is de maat vol". Het kabinet Van Agt II voerde de bezuinigingsronde "Bestek 81" door en ouderen voelden zich voor het eerst massaal en openlijk "kind van de rekening". De term bestond toen nog niet maar ik was een babyboomer geboren in een demografische golf na de oorlog. Een zelfbewuste generatie die geloofde in polderen en maakbaarheid van alles. Ooit zouden we zelf oud zijn en dan moest huisvesting en zorg totaal anders geregeld zijn. Geen kleine kamertjes zonder eigen sanitair in bejaardenhuizen en geen zalen met acht of meer bedden in verpleeghuizen.

Minister Brinkman (minister van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, van 4 november 1982 tot 7 november 1989) boog, op basis van Bestek 81 en een nieuwe visie op ouderenzorg, de bejaardenhuiszorg om in de richting van "scheiden wonen en zorg" en zelfstandig thuis wonen (extramuralisering). Staatssecretaris Terpstra boog later formele zorg om richting PGB. Staatssecretaris Van Rijn brengt nu de verantwoordelijkheid voor zorg terug naar de gemeenten en de buurten.

Zelf was ik van 1981 tot 1999 als directeur van de Landelijke Organisatie Clientenraden (LOC) intensief betrokken bij dit steeds voortgaande transformatieproces.

Generatie babyboom zal zelfbewust blijven, eigen wensen blijven formuleren. Generatie babyboom beseft inmiddels wel dat niet alles maakbaar en betaalbaar is. Ook een volgende generatie moet een pensioen kunnen opbouwen en met z'n allen moeten we meer investeren in het leefbaar houden van de aardbol. De geest van operatie Bestek 81 moet daarom noodzakelijk voortgezet worden. Is dat erg?

Echt waar: over 100 jaar zijn we allemaal dood....

Het Klein Orkest zong deze tekst in de jaren tachtig. Generatie babyboom zong dit uit volle borst mee. Nu gaat het er om spannen. De eerste generatiegenoten zijn al weggevallen; ver voor de gemiddelde leeftijd van verhuizing naar een woonzorgcomplex of verpleeghuis. Generatie babyboom begint de eerste ongemakken te krijgen. Namen en woorden komen iets trager uit het brein. Jongeren praten sneller en weten sneller de weg op smartphone en tablet. Nog twintig tot veertig jaar te gaan om alles uit het leven te halen. Geneugten, inzichten, wijsheden en polderen. En of we willen of niet, ook leren omgaan met dementeringsvragen van familie, kennissen, buren en misschien onszelf.

Er valt inmiddels veel te kiezen in volkshuisvestingsland

Bejaardenhuizen werden na de oorlog gebouwd als alom geaccepteerde vorm van huisvesting. Wie een zorgindicatie had mocht er in beginsel niet gaan wonen. Er zijn sinds Bestek 81 tientallen woonvarianten bijgekomen. Levensloopbestendig, woongroepen, woonverenigingen, gestippeld wonen, woonboerderijen van senioren, zorgboerderijen buurgemeenschappen, buurtcoöperaties, zorgcoöperaties, mantelzorgwoningen, en zelfs de driegeneratiewoning is terug van weggeweest. Voor de happy few zijn er nieuw aangelegde landgoederen met een mantelzorgwoning.
Al deze woonvarianten zijn te vinden op de site www.lacota.nl. Een brede waaier van Anders, Actief en Duurzaam Wonen.

Zelf een buurgemeenschap vormen

Buurgemeenschappen zijn een vorm van levensloopbestendig wonen en een vorm van Gemeenschappelijk Wonen.

Een Buurgemeenschap is een informele woongroep waarvoor je niet hoeft te verhuizen. Je blijft wonen in de eigen woning maar versterkt je netwerk in de buurt. Je maakt afspraken om dingen samen te doen. Samen activiteiten ondernemen, regelmatig samen koffie drinken, soms samen eten, omkijken naar elkaar. Als de sociale dynamiek van de groep tegenvalt is het gemakkelijker je terug te trekken dan uit een echte woongroep. Geen grote verhuizing!

Aedes-ActiZ Kenniscentrum Wonen-Zorg meldde eind 2014 dat er naast informele buurgemeenschappen inmiddels meer dan 100 formele zorgcoöperaties zijn. Buurtbewoners gaan daarbij nog een stapje verder door ook formele zorg en dienstverlening meer in eigen hand te nemen.

Omzien naar elkaar en vroegsignalering

Buurgemeenschappen kunnen een belangrijke rol vervullen bij vroegsignalering. Vereenzaming en dementeringsproblemen dienen zich namelijk meestal heel geleidelijk aan. Een hoogontwikkelde samenleving kijkt hier niet van weg. Arbeidsmoraal, zorgmoraal en buurtmoraal zijn tamelijk statisch maar in veertig jaar wel veranderd. Buurten zullen meer met zorg en dementeringproblematiek geconfronteerd worden. Immers de vergrijzing van de samenleving brengt met zich mee dat we die verschijnselen niet meer volledig intramuraal kunnen en willen opvangen. Buurgemeenschappen zullen voor een deel zelf met deze verschijnselen leren omgaan. In die zin wordt verpleeghuiszorg van ons allemaal.

Mantelzorgers, zorgvrijwilligers en domoticavrijwilligers

Hoe levenloopbestendig een woning ook is... over twintig tot dertig jaar is generatie babyboom negentig jaar. Naast de bakstenen van woningen wordt op die leeftijd de hoeksteen van de samenleving weer van groot belang om zelfstandig te kunnen blijven wonen. Eerder nam generatie babyboom afstand van die hoeksteen omdat het als verstikkend werd ervaren voor indivudualisering en zelfontplooiing. Wellicht is de aard van de hoeksteen nu anders dan toen. Nu draait het meer om (buurt)netwerken die we zelf kiezen. Netwerken die ondersteunend zijn aan zelfregie.

Wie moeite krijgt het dagelijks leven goed te organiseren hoopt in eerste instantie terug te kunnen vallen op het zelf gevormde netwerk. En als ook dat niet toereikend genoeg is hoopt men dat de buurt bijdraagt aan “omkijken naar elkaar”.

Afhankelijk van welke formulering gekozen wordt zijn er in Nederland nu al 1 tot 2 miljoen mantelzorgers en zorgvrijwilligers. Daar komen ook nog heel veel domoticavrijwilligers bij; jongeren die ouderen helpen met computergebruik, uitleg van smartphones en allerlei domotica-app’s en e-health toepassingen.

Beeldbellen, beeldbelzorg en beeldbeldienstverlening

Generatie babyboom heeft de stencilmachine vervangen zien worden door fotokopieermachines. Heeft de komst van de PC, mobiele telefoon, tablet en i-pad meegemaakt. Het zijn geen digibeten zoals velen van de generatie die nu 80plus is.

Generatie babyboom zal nog minstens één ICT revolutie meemaken. Een deel van de zorg zal verder gedigitaliseerd

worden zodat mensen langer zelfstandig kunnen blijven wonen. Overbodige administratieve rompslop (zoals steeds opnieuw invullen van vergelijkbare formulieren en dossiers) kan teruggedrongen worden. Iedereen die dat wil krijgt inzicht en invloed op zijn eigen medische gegevens. Het aantal contactmomenten met zorgverleners en dienstverleners kan veel persoonlijker omdat het vaker zal verlopen via kwalitatief sterk verbeterde beeldbeltechniek.

Het totale arbeidsproces zal de komende decennia verder geautomatiseerd worden waardoor er meer "vrije tijd" ontstaat die gebruikt kan worden voor informele aandacht binnen netwerken. Zelfs wie minder mobiel is kan virtueel met familie en kennissen meereizen over de hele wereld.

Het MantelzorgScherm dat LaCoTA op dit moment promoot zal over tien jaar minder nodig zijn. De vaste telefoon zal dan uit het huisbeeld verdwenen zijn en volledig vervangen zijn door tablets en beeldbeldschermen.

Voor de huidige generatie senioren is het MantelzorgScherm nog wel nuttig. Het is een robuust en relatief makkelijk te gebruiken communicatiemiddel. Ook ouderen zonder PC-ervaring kunnen het met wat steun van het informele netwerk nog onder de knie krijgen.
Op het MantelzorgScherm worden standaard diensten aangeboden die in principe in het hele land beschikbaar zijn. Het aantal dienstenmodulen dat iemand wil gebruiken kan zo beperkt of zo uitgebreid zijn als men zelf wil. Men kan de diensten desgewenst vervangen door diensten van andere aanbieders of diensten van familieleden, kennissen en buren. Het biedt ruimte voor zelfregie en men krijgt door zelf keuzes te maken invloed op prijs en kwaliteit van de dienstverlening.

Waar het om gaat is dat de diensten via het MantelzorgScherm snel en gemakkelijk bereikbaar zijn. Dat geldt met name voor de alarmfunctie.

Een familielid of een mantelzorgverlener kan vanuit een andere provincie de modulen-opbouw eenvoudig ondersteunen. Dat kan natuurlijk ook als dat familielid in het buitenland woont. Op deze manier kunnen meer mensen betrokken zijn bij het bieden of regelen van ondersteunende zorg.

Een landelijk Train de Trainer Traject voor omgaan met domotica

Het gebruik van het MantelzorgProgramma op het MantelzorgScherm is ook toegankelijk vanaf tablet, smartphone, PC en smart-TV. LaCoTA is met diverse organisaties in gesprek om te komen tot een landelijke open standaard. Meer uniformiteit maakt de onderlinge communicatie tussen senioren, mantelzorgers, thuiszorg en andere dienstverleners een stuk gemakkelijker. Denk alleen al aan de gemeenschappelijke agenda en aan sleutelbosproblemen bij het openen van de voordeur door zorgverleners. Via smartphone en MantelzorgScherm kan dat heel gemakkelijk opgelost worden.

LaCoTA en de HCC SeniorenAcademie hebben afgesproken op diverse plekken in het land trainingen op het MantelzorgScherm te gaan organiseren. Op www.mijntrefpunt.nl organiseren we een landelijke interessegroep en later ook per provincie. We doen dit voor mensen die al in bezit zijn van een MantelzorgScherm en of voor mensen die meer willen weten over het MantelzorgScherm.
We hopen dat ook andere woonconsumentenorganisaties zoals Humanitas, de Zonnebloem, het Rode Kruis, maar

ook de Woonbond, de Vereniging Eigen Huis, ouderenbonden en vergelijkbare ledenorganisaties meer energie gaan steken in een landelijk Train de Trainer Traject rond Domotica en ICT in de Zorg. Deze organisaties vertegenwoordigen een enorm reservoir aan ICT vrijwilligers. Mensen die een buur, kennis of familielid kunnen ondersteunen bij het onder de knie krijgen van de gemakken van domotica, thuistechnologie en e-health oplossingen.

Hoe zien jongeren ouderen?

Nederlandse Jeugdraad

Auteur:
Michiel Steegers

Op verzoek van het ministerie Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft de Nederlandse Jeugdraad (NJR) een tiental jongeren bevraagd omtrent het vraagstuk 'toekomst verpleeghuiszorg'. In deze notitie vindt u de uitkomsten hiervan.

We hebben aan de hand van de volgende vragen met een groep jongeren gesproken:

- Hoe kunnen jongeren en ouderen elkaar versterken?
- Welke elementen uit het leven van jongeren zijn interessant voor ouderen?
- En hoe moet een verpleeghuis er eigenlijk uitzien?

Hoe kunnen jongeren en ouderen elkaar versterken?

Deze vraag vinden de jongeren vrij lastig, zeker als het gaat om ouderen die intensievere, specialistische zorg nodig hebben. Wel vindt de groep het een belangrijk maatschappelijk thema en denkt in de richting van vermaak en licht werk. Hierbij doelen ze op gesprekken die ze met ouderen kunnen voeren, spelletjes die ze kunnen spelen en kleine taakjes zoals bijvoorbeeld opruimen. Ze geven ook aan dat ze zelf soms behoefte hebben om gewoon te praten met iemand die hier verder geen actie op zal ondernemen. Wat de groep het liefst voor zich ziet is dat beide partijen het gevoel hebben iets te kunnen betekenen voor de ander. Zo voorkom je dat mensen zich misschien 'zielig' gaan voelen.

Het moet een intrinsieke motivatie zijn, zo geeft de groep aan. Het heeft geen zin om dit thema in lesprogramma's om te nemen. Wellicht ter kennisgeving om deze motivatie op te wekken. Wel kunnen studentenraden en docententeams worden ingezet om jongeren hiervoor aan te trekken.

Welke elementen uit het leven van jongeren zijn interessant voor ouderen?

De groep haalt al snel social media aan. Niet alleen in de vorm van facebook, maar ook in spelletjes die je online met elkaar kan spelen. Het spelletje 'Wordfeud' is hier een goed voorbeeld van. Men legt om beurten, wanneer het uitkomt, een woordje en kan hiernaast ook chatten met zijn tegenspeler. Er wordt ook geopperd om niet alleen teksten naar elkaar te sturen, maar ook gebruik te maken van 'Facetime' (een video chat) en foto materiaal dat naar elkaar gestuurd kan worden. Hierdoor denkt de groep een wat 'echter' contact te kunnen onderhouden.

Via online sociale netwerken ben je altijd verbonden en dit kan het gevoel van uitsluiting tegen gaan. Sociale media is ook een goed middel om betrokken te blijven met maatschappelijke thema's. Zo is er een 'een vandaag opinie panel' waarbij je je mening kunt geven die vervolgens gebruikt wordt in nieuwsprogramma's. Sommige jongeren in de groep maken hier ook gebruik van en vinden dat erg leuk. Of ouderen hierin geïnteresseerd zijn, valt te betwisten, maar het uitgangspunt om ouderen invloed te geven op de maatschappij spreekt de groep erg aan.

Samengevat is er een breed spectrum aan online middelen beschikbaar om met elkaar in contact te komen. Ouderen, aldus de groep, zijn hier geen uitzondering op, maar moeten alleen wennen aan de technologie.

Hoe moet een verpleeghuis er eigenlijk uitzien?

Wanneer de groep gevraagd wordt of ze zelf regelmatig in verzorgingstehuizen zijn, wordt er negatief gereageerd. Een tehuis is nu eenmaal niet een plek waar je vaak komt, zo geeft de groep aan. Het zou een idee zijn om op een bredere

manier naar verzorgingstehuizen te kijken. Wat voor activiteiten kun je hier nog meer faciliteren? Is er samenwerking mogelijk met scholen of buurthuizen? De groep geeft aan dat ze denken vaker in contact te zullen komen met ouderen als het verzorgingstehuis in het dagelijks leven meer op de voorgrond komt te staan. Zo is een fysieke koppeling met school denkbaar, waarbij beide sectoren in eenzelfde gebouw kunnen zitten. Zo houd je de samenleving meer bij elkaar en zullen er sneller initiatieven ontstaan om contact met elkaar op te zoeken. Dit hoeft niet alleen een school te zijn. Je kunt ook denken aan een buurthuis, kinderopvang, winkelcentra of bijvoorbeeld een gemeentehuis.

We worden steeds ouder, zo is bekend, alleen de groep vindt het niet zichtbaar. Tehuizen staan los van datgene waar 'de rest' van de samenleving vaak zijn tijd doorbrengt. Door deze afstand te verkleinen, denkt de groep dat het vanzelfsprekender wordt om 'even langs te gaan' of om überhaupt met de thematiek in aanraking te komen. Nu zie of hoor je er alleen over in het nieuws en dat zet de groep niet aan om deze handschoen op te pakken.

Algemeen samengevat zijn de grootste uitdagingen voor de verpleeghuiszorg dat het aanvullende karakter tussen ouderen en jongeren gevonden moet worden, dus hoe kunnen beide groepen elkaar versterken. Als tweede het toepassen van sociale media, dat afgestemd is op ouderen, en een connectie met de omgeving moet bewerkstelligen en als laatste het opnieuw vormgeven van de plek waar ouderen wonen, waarbij de fysieke verbinding met de omgeving centraal moet staan.

Ouderen hebben de toekomst!

De Nieuwe Poort

Auteur:
Ruben van Zwieten

Van nature zijn beleidsmakers gericht op de jeugd. Immers: de jeugd heeft de toekomst! Dit geldt absoluut voor diegene die het leven ziet als een volgtijdelijke weg van wieg tot graf. Ik zou zeggen: laat nu dit lineaire denken maar over aan economen en cijferfetisjisten. De kern van het leven speelt zich niet af langs een chronologische lijn!
Toekomst betekent in bijbelse zin: iets of iemand komt op je toe. Ouderen hebben toekomst zolang ze plannen maken en er andere mensen zijn die op ze wachten of naar ze verlangen. Toekomst is dus niet zozeer de 'netto uitstaande tijd' tot aan de dood.

Vier jaren geleden maakte ik samen met de burgemeester van Amsterdam, Eberhard van der Laan, een bijzonder feestje mee van het verjaren van een honderdjarige. Zijn levensgeschiedenis en verdiensten vroegen daar ook in zekere zin om. Onlangs kwam ik de man, inmiddels honderd-en-vier weer tegen en vroeg hem: hoe is het nu met u? Hij antwoordde mij: 'nou dominee Van Zwieten, ik merk wel dat ik geen honderd meer ben!" Deze meneer staat voor mij symbool voor iemand die blijft lezen en verdiepen - hoe gebrekkig dat ook gaat met zijn supergrote loep. Hij schaakt en laat zichzelf in een taxi zetten om nog zo nu en dan ook een kerkdienst in levenden lijve bij te wonen. Je merkt aan alles dat hij toekomst heeft.

Een economische lineaire blik heeft niet alleen ons denken over de toekomst vertroebeld in de zorg, maar ook verschillende vormen van ontmoetingen gedehumaniseerd. Als je mensen met een naam en een levensverhaal reduceert tot variabelen voor een schema of grafiek, dan schep je daarmee ook een ontmenselijkte omgeving. Een mens wil gekend, gehoord en gezien worden. Neeltje Maria Min dicht daar zo mooi over.

Mijn moeder is mijn naam vergeten.
Mijn kind weet ik nog niet hoe ik heet.
Hoe moet ik mij geborgen weten?

Noem mij, bevestig mijn bestaan.
Laat mijn naam zijn als een keten.
Noem mij, noem mij, spreek mij aan,
O noem mij bij mijn diepste naam,
voor wie ik liefheb wil ik heten.

(Neeltje Maria Min)

Taal is niet bovenal een instrument om dingen te ordenen en gestructureerd te communiceren. Woorden creëren werkelijkheden. Als je spreekt over zorggangen met productie eenheden, en time slots van tien minuten per productie eenheid, en van klanten in plaats van mensen, dan krijg je ook een machinale productiegeest die gaat waaien in plaats van een empatische liefdevolle ontmoetingsgerichte sfeer.

Vergeet daarom ook maar die zorgrobot. "Ja maar, we ontkomen er niet aan.", zal de ander roepen. De vraag die we moeten stellen in deze tijd van de technologische revolutie: "Wat is der machine, en wat is des mensch?" Als mijn moeder in een verpleegtehuis komt dan verdient ze een streel over haar armen en een gekietel op haar hoofdhuid van de levende vingers van mij of mijn broers en zus. De kans is groot dat wij niet voortdurend beschikbaar zijn, maar wij hopen en zullen er ook geld voor over hebben om dit dan wel door de mensenhanden te laten doen van zuster Gerda, Katinka, Willemien of broeder Richard, Sjoerd of welke naam met uniek levensverhaal er ook maar werkzaam mag zijn in het verpleegtehuis.

Ieder mens is uniek. Er is geen identieke tweede van die ene mens. Een mens leeft van de ontmoeting. Er is geen 'ik' zonder 'jij'. Het is een 'jij' die jou 'ik' maakt. Ontmoeten betekent ook af en toe niet-moeten, zoals onthaasten betekent niet-haasten. Nu begrijp ik ook wel dat het één grote inefficiënte boel wordt als iedere zorgprofessional zonder doelstellingen onder het mom van betekenisvolle zorg de hele dag op elke kamer staat te keuvelen, maar het gaat om het vinden van balans. De slinger van de klok hangt momenteel echter niet in het midden. Hij slingert te veel naar de linkerkant van koude berekendheid om de kosten maar zo laag mogelijk te houden. De slinger iets meer naar de humaniteit van rechts en ik vertrouw er dan zelfs op dat ook links daarvan op lange termijn de economische voordelen voelt. Een omgeving creëren waarin én zakelijkheid én medemenselijkheid tegelijkertijd samengaat, vraagt om talentvolle leiders in de zorg.

De schoen van de betaalbaarheid van de zorg wringt misschien wel bovenal bij zorg rondom sterven. Veel, heel veel kosten van de zorg vinden plaatst in het laatste levensjaar. Je ziet dat de afgelopen decennia het nadenken over het leven gelijke tred heeft gehouden met het nadenken over de dood. Als je mensbeeld is dat we uit een zwart gat komen en naar een zwart toegaan, dan begrijp ik ook wel dat je het einde zo lang mogelijk wilt rekken. De opkomst van YOLO (you only live once) heeft niet echt bijgedragen aan de omarming van de dood. Het ligt niet in de aard van de mens om te accepteren dat hij sterfelijk is en het leven eindig. Niets menselijks is ons vreemd als wij een klein beetje willen worden als de goden: onsterfelijk en een oneindig leven. De echte technologie religiosen menen zelfs dat de machine de dood zal kunnen overwinnen. Ach, de geschiedenis van hybris herhaalt zich zo nu en dan.

Een tweede trend in de laatste decennia is het vieren van de schoonheid, de vitaliteit en de onkwetsbaarheid van het leven. Het geloof in de eigen maakbaarheid van het leven is toegenomen. Hoewel de huidige generatie ouders makkelijker praat over gevoelens en meer een open boek is geworden, is de wijze van omgaan met rouw en verlies in zekere zin verarmd. Als predikant hoor ik nog wel eens dat generatiegenoten van hun ouders niet meer hun wegkwijnende grootouders mogen zien, maar hun grootouders moeten herinneren zoals ze waren. Je ontneemt daarmee als ouders je kinderen de ervaring van de gebreken van het leven. Een mens wordt geboren als een kind dat is aangewezen op de hulp van een ander en sterft ook vaak in een precies dezelfde hoedanigheid. Een mens is nu eenmaal broos en kwetsbaar. Dat inzien kan zelfs van grote relativerende waarde zijn voor de mensen die gebukt gaan onder te grote stress van 'succes is een keuze' en de maakbaarheid van hun eigen leven.

We hebben de ouderen niet alleen nodig vanwege hun rijke levenservaring, maar ook in de ontmoeting van het 'ik' en het 'jij'. De 'jij' die zo anders is dan jijzelf: niet vitaal of in volle bloei. De intergenerationele ontmoeting moet dus in een land met steeds meer ouderen blijvend aandacht krijgen. Zelf begon ik acht jaren geleden om op Valentijnsdag 'yuppen' onder de vijfendertig jaar een 'senior' (in het Engels uitgesproken klinkt het als een hogergeplaatste in het bedrijfsleven) boven de vijfenzeventig jaar op date te laten nemen: voor je het weet heb je een date. Tot op de dag van vandaag vindt dit ieder jaar plaats met zo'n honderdvijftig jongeren respectievelijk ouderen. Van harte hoop je dat iets dergelijks navolging vindt elders in het land. Dit is een voorbeeld van een eenmalig evenement in het jaar, maar iedere derde donderdag van de maand wordt er door stichting De Nieuwe Poort die ik oprichtte, het Grote Mensen

Ontmoetings Diner gehouden. Je eet samen met de oudere generatie en bespreekt thema's die door verschillende generaties anders beleefd kunnen worden. Eenmalig iemand in een verzorgingstehuis bezoeken om een wandeling te maken of een spel te spelen wanneer het jou als jongere uitkomt kan in een grote stad via Nederlandcares.nl. Ik beschouw dergelijke initiatieven voor flexibel vrijwilligerswerk in toenemende mate als essentiële levensaders voor de Nederlandse samenleving.

Als jonge mensen bekend raken met de ouderdom die met gebreken komt, dan kan dat veel betekenis geven aan hun bestaan. Daarmee worden deze jongeren ook opgeleid om in hun familie en directe kring de kritische vraag te stellen in gevallen van oneindige behandelingen: moet alles wat kan?

Zoveel is duidelijk: we moeten in Nederland van de kwaliteit van zorg naar de kwaliteit van leven. En let op: de kwaliteit van leven is inclusief de kwaliteit van sterven.

De jeugd heeft de toekomst. Dat is waar, maar als we de zorg voor ouderen verbeteren door te vermenselijken dan hebben óók de ouderen de toekomst!

De grijzen van dagen zullen vrucht dragen.
Zij zullen als de cederbomen van de Libanon
steeds groener en frisser worden...
(vrij naar Psalm 92 : 5 en 6)

Verkenningen rondom de zorg

Vrouwen van Nu

Auteurs:
Anke Vervoord,
Brigitte Leferink

"Zet mij maar op de tocht". Een uitspraak van een van onze leden op de vraag hoe ze haar levenseinde zag. Eigen regie en zelfbeschikking zijn voor haar belangrijk. Hoe kijkt de achterban van Nederlands grootste vrouwenorganisatie, Vrouwen van Nu, tegen de zorg aan en is er een verschil tussen de wensen en verwachtingen van vrouwen die in de stad of op het platteland wonen? Vrouwen van Nu zocht het uit.

De zorg verandert in hoog tempo en van de burgers wordt verwacht dat ze zo lang en zelfstandig mogelijk hun leven leiden. Hoe krijgt de burger dat voor elkaar en hoe kan die burger daarbij geholpen worden?

Philip Idenburg schetste in Diagnose 2025 verschillende mogelijke scenario's. Vrouwen van Nu en de Provinciale Vrouwenraad Noord-Brabant hebben PON en Beeldlokaal de opdracht gegeven te verkennen hoe de babyboomgeneratie over zorg voor zichzelf en hun naasten denkt. Deze verkenning Brabantse Babyboomers en Zorg, die december 2012 is afgerond, is mogelijk gemaakt door de provincie Noord-Brabant. De uitkomsten zijn in een rapport vastgelegd.

Het ministerie van VWS werkt aan het plaatsen van de stip op de horizon voor wat betreft de ontwikkeling van de zorg richting 2025. Aan Vrouwen van Nu is gevraagd wat de gedachten van de achterban hierover zijn en of er verschillen zijn in manier waarop vrouwen die leven in de stad of op het platteland aankijken tegen de zorg die ze nodig hebben of verwachten nodig te hebben.

In deze notitie worden de relevante uitkomsten van beide verkenningen beschreven en worden suggesties gedaan voor verbeteringen in de zorg in de stad en op het platteland.

Uit de Verkenning Brabantse Babyboomers en Zorg (2012), die is uitgevoerd onder 57 vrouwen komt het volgende beeld naar voren:

Gezondheid nu

De meeste vrouwen geven aan een goede tot uitstekende gezondheid te hebben. Verschillende mensen hebben al te maken met chronische ziekten, handicaps of ongemakken. Opmerkelijk is dat zij het leven met deze beperkingen grotendeels positief beoordelen. Enkelen ervaren hun gezondheid als slecht.

Ongerustheid over

Een enkele vrouw geeft aan vooral bij de dag te leven en zich nergens zorgen over te maken. De meeste babyboomers maken zich echter wel degelijk zorgen. In eerste instantie over de eigen gezondheid en die van hun naasten. Daarnaast ook de vraag wat zij daar zelf nog aan kunnen doen. Ongerustheid betreft ook de houdbaarheid van het zorgstelsel; is er genoeg personeel en kunnen we de kosten in de hand houden? Ook zijn er zorgen over de persoonlijke toekomst; hoe zal ik later wonen? Zal mijn man nog lang leven? Wie zal er voor mij zorgen?

Voor wie zorgen zij?

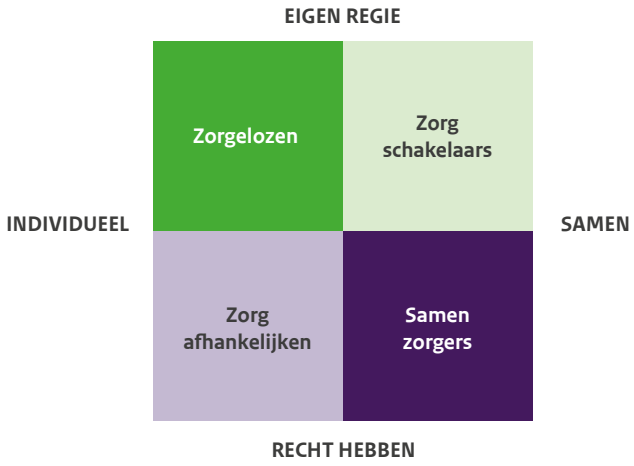
De meeste vrouwen geven aan dat zij voor zichzelf en hun naasten zorgen: hun partner, kinderen, ouders en kleinkinderen. Sommigen zorgen voor iets verdere familieleden met een specifieke ziekte. Ook zijn er vrouwen die aangeven dat ze vooral geestelijke bijstand bieden of zorg organiseren in een andere plaats. Een paar vrouwen zorgen ook voor mensen buiten hun kring van naasten, voor vluchtelingen bijvoorbeeld. Tenslotte zijn er vrouwen die voor iedereen zorgen die een beroep op ze doet.

Wensen zorg

De wensen voor de zorg betreffen voor de meeste deelnemers de toekomst. Sommigen hebben al gedachten gevormd over hoe ze in de toekomst willen wonen. Voor de meesten is het nog geen thema van betekenis. De wensen zijn wel duidelijk persoonsgericht; zorg moet maatwerk zijn, met respect voor de eigen leefstijl en persoonlijke waarden. Men gaat ervan uit dat er zorghulp beschikbaar is maar maakt zich zorgen over de kwaliteit ervan.

Ouder worden is

Ouder worden wordt door de vrouwen heel verschillend beleefd. Waar voor de een de belemmeringen, beperkingen en onmogelijkheden in het oog springen, voelt een ander juist de bevrijding van plichten en de ruimte die je als oudere kunt nemen. Ook zijn er vrouwen die voorwaarden stellen aan het ouder worden: prima, als je maar gezond bent.



Zorgtypen

Op basis van burgertypen die PON heeft ontwikkeld, zijn er zorgtypen opgesteld. Deze zijn opgesteld langs twee assen: Individueel-Samen en Eigen regie-Recht hebben. Hieruit komen de zorgtypen: Zorgelozen, Zorgschakelaars, Zorgafhankelijken, Samenzorgers.

Zorgelozen nemen de eigen regie over de zorg voor zichzelf en doen dat in principe zelf. Zij zijn zelfbewust en zelfredzaam. Voor vragen over gezondheid, ziekten en het zorgsysteem gebruiken zij het internet. Zij beschikken over een netwerk dat deels virtueel is: het bestaat gedeeltelijk uit contacten op afstand. Zorgelozen zijn bereid te betalen voor zorg. Belangrijk is wel dat deze zorg dan aansluit op hun leefstijl.

Zorgschakelaars nemen de eigen regie over de zorg voor zichzelf en de omgeving. Zij doen dit voornamelijk samen met anderen. Dit kunnen mensen in de buurt, familie of vrienden zijn, maar ook anderen zoals vluchtelingen, mensen met hulpvragen of mensen in nood die zij niet persoonlijk kennen. Ze leven bewust en nemen verantwoordelijkheid voor hun gezondheid. Ze hebben een goed ontwikkeld sociaal netwerk. Bij zorg- of hulpvragen organiseren zij het samen in hun netwerk.

Samenzorgers leven vanuit het gevoel recht op zorg te hebben en delen de zorg voor zichzelf en hun naasten met hun omgeving. Zij zijn verbonden met een gemeenschap en delen zorg voor mensen in deze gemeenschap met hun familie. Informatie over ziekte, zorg en gezondheid verkrijgen ze het liefst via persoonlijk contact. Ze zijn gezagsgetrouw en proberen gehoor te geven aan het overheidsbeleid.

Zorgafhankelijken leven met het gevoel recht op zorg te hebben en zijn individueel ingesteld. Dit betekent dat zij afwachtend zijn als het om het organiseren van zorg gaat. Daarnaast hebben zij een beperkt sociaal netwerk. Ze zijn weinig betrokken bij de wereld om zich heen, bij de samenleving. Zij doen het meest een beroep op de professionele zorg.

Beleidsmakers, in het bijzonder op lokaal niveau, kunnen door rekening te houden met de verschillende zorgtypen, scherper sturen op welke steun ze bieden voor wie. Samenzorgers kunnen bewegen naar meer eigen regie door informatie en gespreksbijeenkomsten in de buurt. Zij hebben behoefte aan direct contact. Voor Zorgafhankelijken is meer samenwerking tussen professionals nodig om hen meer zelfredzaam te laten worden. Zij kunnen geholpen worden als zij het gevoel hebben zaken niet te kunnen. Zorgelozen kunnen wellicht geholpen zijn met versterking van hun netwerk in hun directe omgeving. Zij kunnen ook hun virtuele netwerk benutten voor creatieve oplossingen. Voor Zorgschakelaars geldt dat zij hun zorg regelen via hun sociale netwerken en de beschikbare mogelijkheden. Zij zouden wellicht geholpen zijn met meer regelruimte om de zorg op hun eigen manier te organiseren.

Stad en land

In september 2015 is een poll uitgevoerd onder de achterban van Vrouwen van Nu. Dit leverde 346 stemmen en 101 gemotiveerde reacties op. Aan bewoners van de stad en het platteland is gevraagd welke zorg voor hen (later) het belangrijkst is met daarbij vijf keuzeopties plus een vrij veld voor motivatie.

De vrouwen die leven op het platteland geven aan de zorg van een verpleeg- of thuiszorginstelling als belangrijkste optie te zien. Deze optie werd in 46% van de gevallen genoemd. De vrouwen die in de stad leven nemen zelf de regie in handen en kozen als belangrijkste optie voor de eigen (toekomstige) zorg: ik organiseer het zelf met wat er in mijn situatie voorhanden is. Voor de vrouwen in de stad is dit met 43% het meest gekozen antwoord.

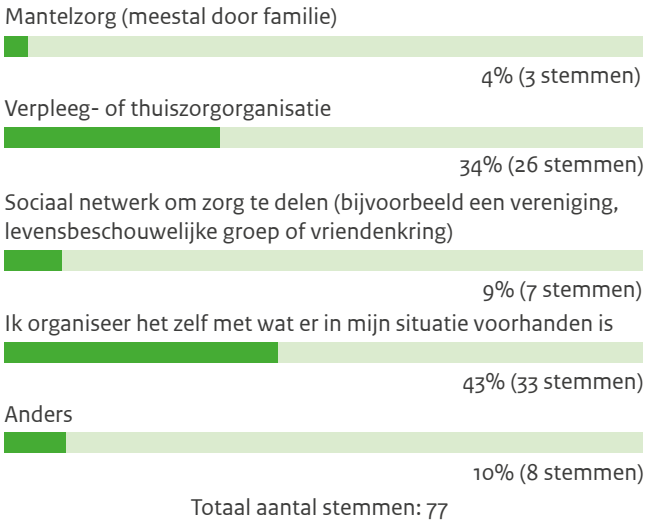
Ria en Han benadrukken de afhankelijkheid van zorginstanties.

Zo zegt Ria, woonachtig op het platteland: “Wij zijn helaas kinderloos dus thuiszorg is de beste optie. Ik zou me echt onprettig voelen als ik mijn buren daarmee zou belasten. Ik heb zelf in de zorg gewerkt en weet uit ervaring dat de zorgvrager het minder moeilijk vindt om aan een buitenstaander hulp te vragen”.

Wilma, woonachtig in de stad geeft aan zorg door de samenleving en eigen kinderen geen goed idee te vinden. “Niet alle mensen die hulp nodig hebben kunnen een beroep doen op buren of kinderen.”

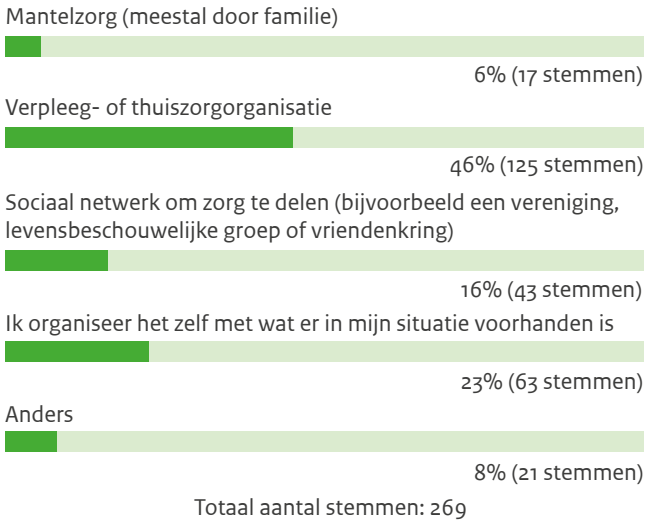
Han zegt: “In ons dorp is er een steunpunt waar men terecht kan voor kleine hulpvragen zoals brengen naar ziekenhuis (andere plaats), boodschappen, tuinonderhoud e.d..
Verder zijn er wel veel maatschappelijke initiatieven zoals een Alzheimercafé. Maar wanneer er (veel) meer zorg nodig is kunnen we hier nog nauwelijks ergens heen. Verpleeg- of verzorgingstehuis is er niet, al kan er wel op kleine schaal hulp worden geboden door de thuiszorgorganisatie. Mantelzorg door familie kan alleen als er familie is, niet al te ver weg”.

Ik woon in de stad. In mijn leefomgeving is deze optie voor mij het belangrijkst



Totaal aantal stemmen: 77

Ik woon op het platteland. In mijn leefomgeving is deze optie voor mij het belangrijkst:



Totaal aantal stemmen: 269

Willy, eveneens woonachtig op het platteland benadrukt het belang van eigen regie: “Op het moment dat je nog geen zorg nodig hebt is het moeilijk in te schatten wat de toekomst zal brengen en wat je dan moet doen. In ieder geval zo lang mogelijk zelfstandig zijn maar wanneer moet je je situatie aanpassen? Dan het liefst zelf hulp inkopen en niet afhankelijk van een organisatie die voor jou gaat uitmaken wat goed is. Behandel mensen met respect en als het kan laat ze zelf professionele hulp inkopen. Behandel demente mensen ook met respect en dus goede liefdevolle zorg. Niet iedereen heeft een goed sociaal netwerk”.

Petra, woonachtig in de stad, pleit zoals een aantal anderen voor kwalitatief goede zorgvoorzieningen voor een bepaalde categorie mensen. “…verpleegkundigen hebben te weinig tijd om haar op te vangen. Wat ik mis, is zorg voor mensen van hoge leeftijd die nog niet vallen in het zorgzwaarte pakket 5. Een soort verzorgingstehuis waar mensen samen wonen, waar toezicht is en waar mensen bij elkaar terecht kunnen en elkaar op kunnen vangen.”

Wat op valt is dat vrouwen in de stad en op het platteland dezelfde zorgen delen. Op hulp of zorg van kinderen of (andere) mantelzorgers willen en kunnen ze vaak niet rekenen. Met name vrouwen op het platteland geven aan zich zorgen te maken over de gebrekkige of ontbrekende voorzieningen daar. Zij doen een beroep op de overheid dit te organiseren. Tegelijkertijd geeft een aantal vrouwen aan het belangrijk te vinden tijdig zelf de zorg te gaan organiseren. Maar wat is tijdig? Het is zeker geen fijn onderwerp om je (al) mee bezig te houden. De vrouwen in de stad tonen daarin iets minder initiatief en geven vaker aan de zorg in de toekomst somber in te zien.

Conclusies en aanbevelingen

Als het om zorg gaat, hebben de vrouwen deels een geschiedenis van zorgen voor de kinderen en voor hun ouders. Deels hebben ze te maken met de zorg voor kleinkinderen en voor hun partner. De kern van leefstijlen is gericht op zoveel mogelijk doen en beleven. Bewustzijn over gezondheid en ziekte is vooral aanwezig bij vrouwen die met ziekte of handicap te maken hebben gehad. De vrouwen nemen weinig voorzorgmaatregelen, behalve dat de meesten gezonde voeding willen eten en aandacht voor voldoende beweging hebben.

Het maken van keuzen voor de toekomst, als het gaat om goed wonen als oudere, stellen de meeste vrouwen uit. Toch vinden zij eigen kracht, eigen regie en zelfbeschikking erg belangrijk. Zij verwachten zorg op maat te kunnen krijgen. Ze zullen als het om zorg gaat geen uitgesleten paden betreden: ze verwachten van hun kinderen niet dezelfde zorg als zij hun ouders gegeven hebben. Praktisch gezien is dit veelal onmogelijk: de kinderen wonen verspreid over het land of de wereld. Voor de meeste vrouwen is hun persoonlijke toekomst nog vrij van zorg.

Waar het gaat om de zorgtypen en de beweging naar meer eigen regie, kunnen we concluderen dat al een groot deel van de vrouwen eigen regie over hun zorg willen nemen. De mensen van het type Samenzorgers zijn met kleine, vooral lokale, interventies in beweging te brengen naar meer eigen regie. De Zorgafhankelijken vergen meer inspanning van verschillende partijen op het gebied van zorg en welzijn. Ook zullen we maatschappelijk moeten accepteren dat er een groep is die niet of nauwelijks te bewegen is. Voor hen zal de samenleving collectief moeten blijven zorgen. De Zorgelozen zijn kwetsbaar als ze directe zorg in hun eigen omgeving nodig gaan hebben; zij hebben weinig in hun

directe omgeving geïnvesteerd. Ook zij kunnen wellicht met beperkte steun verleid worden zich meer in lokale netwerken te begeven. De Zorgschakelaars tenslotte zijn goed in staat hun menskracht en middelen te benutten. Zij hebben wellicht, net als de Zorgelozen, meer regelruimte nodig om de zorg op hun eigen manier te organiseren.

Het delen van ervaringen en van verhalen kan een goede start zijn van het vormen van communities. De vrouwen zijn maar in beperkte mate bereid met onbekenden digitaal te communiceren over persoonlijke zaken als zorg en gezondheid. Direct en persoonlijk contact is het allerbelangrijkst. Klussen en diensten kunnen wel digitaal uitgewisseld worden; maar ook dan het liefst met mensen die ze al kennen.

De overgang naar meer eigen regie van burgers over hun zorg en meer eigen investering, heeft maatschappelijk nog instrumenten nodig. De overgrote meerderheid van de vrouwen die aan het onderzoek en de poll hebben meegewerkt, is bereid die eigen regie te nemen maar heeft nog nauwelijks stappen gezet om dit ook daadwerkelijk te gaan doen.

Vrouwen van Nu heeft als missie om Nederland te versterken met de (lokale) kracht van vrouwen. In lijn met deze missie en de uitkomsten van de verkenningen rondom de zorg bevelen we het ministerie van VWS aan om een project te ontwikkelen waarbij mensen (vrouwen en mannen) zich bewust worden van hun eigen zorgtype in combinatie met de (on)mogelijkheden in de zorg voor wat betreft hun woon- en sociale situatie. Op die manier worden mensen in staat gesteld een eerste stap te nemen naar de regie over hun leven en (tijdig) zelf maatregelen te treffen. Vrouwen van Nu denkt en werkt hier graag in mee.

Literatuur

Philip J. Idenburg en Michel van Schaijk, Diagnose 2025: Over de toekomst van de Nederlandse gezondheidszorg, Scriptum 2010.

Verkenning Brabantse Babyboomers en zorg: Vrouwen, PON, december 2012.

Vrouwen van NU

Vrouwen van Nu is met ruim 45.000 leden en 550 afdelingen verspreid over het land, de grootste vereniging van vrouwen in Nederland. Het is de missie van Vrouwen van Nu om Nederland te versterken met de (lokale) kracht van vrouwen. Belangrijke thema's zijn duurzaamheid en de inrichting van de (sociale) leefomgeving.
Meer info: **www.vrouwenvannu.nl**

Het Hilton
voor iedereen

Het Hilton voor iedereen

René van Staveren vertelt over verpleeghuis Walraven waar zijn moeder woont, de waarde van aandachtige zorg en de toekomst.

Aanloop

Na het breken van haar heup, nu ruim twee jaar geleden, is mijn moeder nooit meer in het huis geweest waar ze met mijn vader woonde. Ze werd opgenomen in het ziekenhuis en onderging een heupoperatie. Daarnaast kreeg ze in het ziekenhuis een test waaruit bleek dat ze dementie had en ze is direct vanuit het ziekenhuis naar het verpleeghuis verhuisd. Een half jaar na mijn moeders verhuizing is mijn vader aan kanker overleden. Dat was een moeilijke tijd. Hij maakte zich voor zijn overlijden meer zorgen over hoe mijn moeder terecht zou komen dan over zichzelf, maar mijn moeder had het niet beter kunnen krijgen.

Hilton

Het verpleeghuis waar mijn moeder woont heet Walraven maar ik noem het Bennekom Hilton. Ik zou ervoor tekenen om later ook zo goed verzorgd te worden. In de woongroep van mijn moeder wonen zes mensen. Ze hebben allemaal hun eigen kamer en zijn overdag in de gezamenlijke woonkamer. Het is heel kleinschalig, huiselijk en gezellig. Ze hebben een grote tafel met stoelen, een TV, en ze kijken uit op de tuin waar ze in de zomer lekker buiten kunnen zitten. Er is een leuke dingen pot waar we vijf euro per maand instoppen en van dat geld gaan ze ongeveer twee keer per jaar op stap. Elke dag wordt er met verse producten een maaltijd voor hen bereid. Er komt niets uit hapklare-bakken en elke dag krijgen ze een andere verse maaltijd. Waar mogelijk helpen de bewoners zelf mee. Soms schilt mijn moeder zelf de aardappels of maken ze appelmoes. De zorg is heel geduldig en liefdevol. Ze zijn zorgverlener nummer 1 en dat merk je.

Communicatie geeft vertrouwen

Wat ook bijdraagt aan mijn grote tevredenheid over de zorg voor mijn moeder is dat de communicatie met het personeel perfect is. Ik word volledig op de hoogte gehouden van wat er met mijn moeder gebeurt en dat is erg fijn. Een mailtje, een belletje, ieder dingetje wordt voorgelegd en gevraagd. Je wordt er daardoor steeds van verzekerd dat je moeder in goede handen is en het geeft vertrouwen en een gevoel van veiligheid. De communicatie is echt heel belangrijk. Laatst had mijn moeder een blauwe plek. De zorg vertelde me dat ze in de douche bij een voorval vastgegrepen moest worden en in combinatie met de bloedverdunners die ze krijgt werd dat al snel een blauwe plek. Dat is dan gewoon bespreekbaar en ik weet precies wat er aan de hand is.

Prinses

Het is in ons geval extra fijn om te weten dat het personeel zo lief en geduldig is omdat mijn moeder zich echt een prinsesje waant. Ze werd thuis als nakomertje al verwend en dat werd na haar huwelijk door mijn vader voortgezet. Hij heeft haar flink in de watten gelegd en dat merk je ook nog nu ze in Walraven woont. Ondanks dat ze veel van vroeger niet meer weet, weet ze dat nog maar al te goed. Soms zit ze aan tafel in de woonkamer met de andere bewoners en zegt dan rustig: ‘’ik ben een prinsesje.” Met haar moet je echt engelengeduld hebben, want ze kan ineens tekeer gaan. Af en toe begint ze te schelden en zegt meteen erachteraan: “O sorry lieverd, dat heb ik niet zo bedoeld.” Het is soms net een soort comedyserie hier. We kunnen er ook wel om lachen. Wij hebben toestemming gegeven haar gedrag te filmen om er een case voor trainingsdoeleinden van te maken. De zorg leert dan hoe ze met dergelijk gedrag om moeten gaan. Als wij zelf op video terugzien hoe ze het soms onhandelbare gedrag van mijn moeder aanpakken, kan je zien hoe goed en geduldig ze zijn. Ook dat geeft veel vertrouwen.

Stichting GetOud:

Auteurs:
Marion Duimel,
Ingrid Meijering

Bezoeken

De afstemming met de zorg gaat gewoon vanzelf, ook weer door de goede communicatie. De dagelijkse zorg voor mijn moeder wordt mij en mijn zus volledig uit handen genomen, maar we helpen zoveel we kunnen. Dat is wel beperkt want we zitten krap in de tijd. Zelf heb ik een eigen onderneming waarvoor ik veel werk en mijn vriendin heeft een drukke baan in Amsterdam. Mijn zus woont in Zwitserland met wie mijn moeder gelukkig via Facetime regelmatig contact heeft.

Ik woon op zes minuten afstand van mijn moeder in het ouderlijk huis dat na verhuizing van mijn moeder en het overlijden van mijn vader leeg kwam te staan. Mijn dagen bestaan vooral uit werken, eten en weer naar bed gaan. De zorg en het bezoeken van mijn moeder komen allemaal tussendoor, maar doordat ik als ondernemer mijn eigen tijd in kan delen ben ik in de gelukkige omstandigheid dat ik twee tot drie keer per week bij haar op visite kan. Elk weekend ben ik bij mijn moeder, soms spring ik ook donderdag of vrijdag vanaf kantoor even binnen. Op zaterdag vinden we het leuk een kroketje te halen, maar daar heeft ze niet altijd zin in. Ze houdt verder enorm van roken, dus dan gaan we roken. Als we dan weer terug zijn in de woonkamer wil ze meteen weer roken, dus dan gaan we weer roken.

Ondanks dat het met mijn moeder nog relatief goed gaat, is het soms best emotioneel zwaar om hier te zijn. Mijn moeder is toch dementerend, al beseft ze het denk ik zelf haast niet. Ze is nog vrij helder en herkent me nog steeds. Soms is mijn moeder verdrietig. Medebewoners zie je lichamelijk en geestelijk achteruit gaan, en overlijden. Dat heeft impact op mij, want hierdoor ga ik nadenken over mijn eigen situatie. Soms weerhoudt het mij er ook van naar haar toe te gaan. Gelukkig gaat mijn vriendin ook regelmatig.

Mantelzorg is de toekomst

Ik denk dat het belang van mantelzorg in de toekomst toeneemt. Er wordt nu al steeds meer van verwanten gevraagd en dat zal in de toekomst niet minder worden. De tijd die dat kost, wordt denk ik best wel eens onderschat. Het zijn allemaal kleine dingetjes, maar als je het bij elkaar optelt, dan ben je er echt nog veel tijd aan kwijt. Ik doe bijvoorbeeld boodschappen, verzorg de was, er moeten sigaretten worden gehaald en zo kan ik nog wel even doorgaan. De toekomst van de ouderenzorg zal volgens mij meer en meer liggen in de handen van de mantelzorgers, behalve voor de mensen die zelf kapitaalkrachtig genoeg zijn om dit werk uit handen te kunnen geven.

Als ik denk aan de toekomst waarin ik zelf oud en zorgbehoeftig ben, vraag ik me soms af: waar kom ik terecht? Want wat gebeurt er als je geen kinderen hebt, zoals mijn vriendin en ik? Nog niet zo lang geleden was ik aan het borrelen met vrienden. We spraken over onze eigen oude dag en opperden het idee om allemaal ons huis te verkopen, al het geld in een pot te stoppen, een groot nieuw huis te kopen en van het restant het huishouden en de zorg te bekostigen. Het zijn gedachten, maar eigenlijk zijn ze zo vreemd nog niet en in de toekomst best realistisch.

Over 10 jaar

Ik zou willen dat het in 2025 overal zo is zoals in Walraven. Ik wens iedere oudere toe te kunnen wonen met de zorg en aandacht zoals hier. Wat daar in mijn ogen onder andere voor nodig is, is minder lagen in het zorgsysteem. Hier in Walraven is het heel direct. Ik heb met één manager te maken, maar soms zijn er in een organisatie wel vier of vijf managementlagen. Het is beter als er teams zijn die zichzelf organiseren en er dus geen geldverslindende tussen-

lagen meer zijn. Verder zijn er minder regels nodig. Walraven werkt mee aan het programma Regelarme Zorg en daar ben ik heel blij mee. De invloed van alle regelmakers is daardoor minder groot. Mijn moeder moest op een gegeven moment wel zestien keer per maand worden gewogen en alles werd ook nog bijgehouden. Daar was ik behoorlijk verbaasd over. Minder rompslomp betekent meer aandacht voor de ouderen en om die aandacht gaat het.

Top 3 tips

Ik heb maar één tip: ga naar het verpleeghuis van mijn moeder, kijk hoe het daar gaat en zorg ervoor dat alle huizen zo gaan werken.

1. liefde
2. aandacht
3. geduld is een schone zaak.

Extramuralisering doet niets af aan het belang van langdurige zorg

Gezondheidsraad

Auteur:
Frank van Wijck

Gezondheidsraad

De grote toename van het aantal ouderen in Nederland is zowel een verworvenheid als een potentieel probleem, stelt Pim van Gool, voorzitter van de Gezondheidsraad. Het is natuurlijk goed om in te zetten op langer thuis blijven wonen, maar dit mag geen doel op zich worden. En het zal er ook niet toe leiden dat de roep om zorg minder wordt.

De Gezondheidsraad heeft de afgelopen jaren meerdere adviezen geschreven die specifiek over de ouderenzorg gaan. De titel van het advies uit 2002 was kort en kernachtig: Dementie. De Gezondheidsraad beschrijft hierin dat hij door de toename van het aantal mensen met dementie een groeiende behoefte aan zorgvoorzieningen voor deze mensen zag, zowel intra- als extramuraal. In 2005 volgde het rapport Vergrijzen met ambitie. In dit advies aan de Tweede Kamer schreef de Gezondheidsraad over de verwevenheid tussen gezondheid, welzijn en zelfstandigheid, en over de ruimte om deze tot op hoge leeftijd te bevorderen. Maar wel met de waarschuwing dat op een gegeven moment zorg nodig is, en dat die dan van goede kwaliteit moet zijn en voor iedereen bereikbaar en betaalbaar.

Al een jaar later volgde Onderzoek medische zorg voor ouderen, een meer praktijkgericht advies over de zorg die voor ouderen nodig is. Twee jaar later kwam Ouderdom komt met gebreken: geneeskunde en zorg voor ouderen met multimorbiditeit, over de noodzaak van betere afstemming tussen zorgverleners en betere informatieuitwisseling en scholing. In 2009 verscheen Preventie bij ouderen: focus op zelfredzaamheid, een nadere uitwerking van het advies uit 2005 met het oog op verdere accenten in het Nationaal Programma Ouderenzorg. En op het werkprogramma van 2016 staat Zelfredzaamheid van ouderen: nadere analyse van nieuwe gegevens, een actualisering van het advies van 2009, mede gekoppeld aan de evaluatie van het Nationaal Programma Ouderenzorg.

Vertwintigvoudiging

Een logische opeenvolging van adviezen, vindt Pim van Gool, sinds september 2012 voorzitter van de Gezondheidsraad en ook (sinds 2000) hoogleraar in de neurologie, in het bijzonder de dementieën, aan het AMC in Amsterdam. “Uitzoomend van dit portfolio vind ik zelf de enorme groei van het aantal ouderen een belangrijk punt”, zegt hij. “Iedereen zal beamen dat die groei er is, maar ik heb niet de indruk dat iedereen de urgentie ervan inziet. In Nederland is het aantal tachtigplussers sinds 1900 vertwintigvoudigd, dat zijn harde CBS-cijfers. Ik gebruik dit gegeven wel eens in het onderwijs dat ik geef aan artsen in spé: “Jullie worden dokters, hier zullen jullie in je toekomstige beroepsuitoefening nadrukkelijk mee te maken krijgen”. De enorme stijging geeft de urgentie en pertinentie van het belang van goede ouderenzorg aan.”

Van Gool hecht er waarde aan te vermelden dat hij de toename van het aantal ouderen zeker niet per se als een probleem ziet. “Het is ook een verworvenheid”, zegt hij. “En de langdurige zorg is ook in economisch perspectief een belangrijke sector geworden, dat is ook positief. Maar er moet wel gericht beleid worden gevoerd op de toename van het aantal ouderen. Bij deze mensen is heel vaak sprake van multimorbiditeit, en van ziektebeelden die we niet uit de studieboeken kennen. Niet zo vreemd natuurlijk, want de ouderen waren er nog niet in de grote aantallen van nu op het moment dat die boeken werden geschreven. Maar de wetenschap moet er wel op inspelen dat ze er nu wél zijn. We zien bijvoorbeeld vanuit de thuissituatie mensen die

in een delier raken, bij wie dit delier niet voorbijgaand is, maar een aankondiging is van de naderende dood. Daarop moeten we onze zienswijze in de geneeskunde – nu gericht op genezen, behandelen – vanzelfsprekend aanpassen. En dat heeft weer gevolgen voor de uitkomstenparameters die we hanteren, want daarin komt kwaliteit van leven dan veel meer op de voorgrond te staan. Dit heeft consequenties voor de methodologie van onderzoek in de langdurige zorg, maar ook voor de zorg die aan deze mensen geboden wordt."
En dan is er nog het vraagstuk van de zorg voor ouderen in breder maatschappelijk perspectief, stelt Van Gool.
"In het verleden werden zij weggestopt in grote verzorgings- of verpleeghuizen buiten de centra van gemeenten, nu blijven ze thuis wonen of komen ze in kleinschalige woonvormen in de woonwijken. Dat is goed, het maakt ouderen zichtbaar en dat leidt tot een andere maatschappelijke kijk op de langdurige zorg."

Andere manieren van onderzoek

Wat is nodig voor de komende jaren? Vanuit zijn positie als voorzitter van de Gezondheidsraad ligt het voor de hand dat Van Gool bij het antwoord op deze vraag vooral kijkt naar de methodologie van onderzoek. "Gerandomiseerde trials volgens het klassieke concept zijn moeilijk uitvoerbaar in de wereld van de langdurige zorg", zegt hij. "Dus zijn alternatieve onderzoeksmethoden nodig die een goede kennisbasis bieden, om te voorkomen dat ouderen worden onderworpen aan zorgpraktijken die onvoldoende passen bij wat voor hen nodig is."

Hoe ziet Van Gool dit voor zich? "Je kunt bijvoorbeeld cluster-gerandomiseerd onderzoek doen", zegt hij. "Bijvoorbeeld verpleeghuizen met een bepaalde werkwijze vergelijken met verpleeghuizen die een andere werkwijze hanteren. Ook kun je bij nieuwe interventies kiezen voor stapsgewijze introductie: in een aantal huizen beginnen en de andere huizen laten fungeren als controlegroep. Verder pleit ik vooral voor nuchterheid. Je hoeft niet alles uit en te na te onderzoeken. Ik ben zelf weliswaar opgegroeid met evidence based medicine, maar je moet realistisch zijn. Als je merkt dat ouderen het prettig vinden om naar muziek te luisteren of in ruimten te verkeren met een bepaalde kleurstelling, bied dit dan gewoon aan. Je hoeft niet alles te willen bewijzen."

Institutie versus individu

Verder moet in de ouderenzorg rekening worden gehouden met het geïnstitutionaliseerde versus het geïndividualiseerde leven, stelt Van Gool. Hij legt uit: "In discussies over de zorg die in verpleeghuizen wordt geboden, hoor ik wel eens zeggen dat iedere dag op een bepaald uur kunnen douchen een aspect van kwaliteit van zorg is. Aan de ene kant begrijp ik dat. Maar aan de andere kant denk ik: als iemand voor opname twee jaar nauwelijks meer de deur uit kwam, zal hij ook niet altijd op die tijd gedoucht hebben. Vang dus niet alles in regels, kijk naar hoe mensen leven. Maar wees ook in andere opzichten reëel. Ik denk bijvoorbeeld niet dat in het begrip zelfredzaamheid nog heel veel rek zit. Het begrip kent zijn beperkingen, net zoals die er voor eHealth zijn. Het streven om in te zetten op meer zelfredzaamheid van mensen of om die zelfredzaamheid via eHealth te versterken is mooi, maar het moet wel geëvalueerd worden. Op dit gebied zie ik ook wel een adviesrol voor de Gezondheidsraad".

Het is begrijpelijk dat Van Gool aandacht vraagt voor het geïnstitutionaliseerde versus het geïndividualiseerde leven, dit sluit ook aan bij de wens van de zorgverzekeraars om de financiering van de verpleeghuiszorg cliëntvolgend te maken. Maar kan het verpleeghuizen niet voor problemen

plaatsen met de Inspectie voor de Gezondheidszorg, als ze meer willen handelen op basis van wat cliënten wensen en dus leef- en zorgregels voor een deel gaan loslaten? “Ik denk dat je toe moet naar een set van minimumnormen”, zegt Van Gool. “Hoe precies wil je meten? Je moet natuurlijk de onvoldoendes eruit halen, maar in hoeverre wil je het verschil weten tussen een instelling die een 7,3 en een andere die een 7,6 scoort? Je wilt wel de negens meten, want die zijn de best practices waarvan andere aanbieders kunnen leren, maar misschien moeten we de middencategorie wat meer met rust laten. Die boodschap geldt wat mij betreft ook voor de zorgkantoren: staar je niet blind op cijfers en evalueer steeds wat je doet.”

De zorgbehoefte blijft

Van Gool ziet in die roep om steeds evalueren ook een boodschap voor het ministerie van VWS. “Met de extramuralisering gaat het belang van de langdurige zorg nooit weg”, zegt hij. “Die zorg is een verworvenheid waartoe de overheid zich nog lang zal moeten verhouden. De groeiende stroom van ouderen bij de afdelingen spoedeisende hulp van de ziekenhuizen is een vingerwijzing dat er behoefte is aan zorg. Die zal ook nooit weggaan, ook niet als ouderen langer thuis blijven wonen. Waarbij ik trouwens wil aantekenen dat soms een beeld wordt geschetst alsof ouderen te laagdrempelig een beroep zouden doen op zorg. Ik weet maar al te goed hoe graag ouderen zo lang mogelijk zelfstandig willen blijven. Het is dan ook mooi dat het huidige kabinetsbeleid dit faciliteert, maar besef wel dat er grenzen aan zitten en dat mensen ook in deze situatie zorg nodig blijven hebben. Dit heeft ook gevolgen voor de houding en betrokkenheid van de familieleden. Het beeld dat we altijd van verpleeghuizen hebben gehad, is toch: daar lever je mensen af. Als je ze in hun eigen woonomgeving laat, of onderbrengt in kleinschaliger woonvormen, ligt dat anders. Dan moeten we er dus voor zorgen dat het maatschappelijk op de agenda komt, ook onder jongeren. De manier waarop wordt gebouwd kan daarin een rol spelen, maar ook de locatie die voor die bouw wordt gekozen.”

Tegelijkertijd mag langer thuis blijven wonen niet worden gezien als een doel op zich, waarschuwt Van Gool. “Het ultieme doel is dat mensen zich zo lang mogelijk prettig blijven voelen”, zegt hij. “Als dat thuis kan, is het prima. Maar als dat thuisblijven tot eenzaamheid of crises leidt niet.”

Verpleeghuis 2025

IQ Healthcare
Radboud UMC

Auteurs:
Myrra Vernooij-Dassen,
Maud Graff

Wie wil in een verpleeghuis wonen? Oorverdovende stilte. De aanwezige beleidsmakers wilden er zelf niet wonen. Zolang we zelf niet willen wonen in onze huidige verpleeghuizen is verandering dringend gewenst. Temeer omdat binnen de bevolking een vrees bestaat voor opname in het verpleeghuis. Men vreest de plagen van het verpleeghuis zoals een zeer beperkte en onaangename woonomgeving, gebrek aan ruimte voor eigenheid, verveling en afgescheiden zijn van familie en samenleving (Brownie et al., 2006).

Leefomgeving

De erkenning van de beperkende leefomgeving heeft geleid tot veel initiatieven. Een van deze initiatieven is het Eden alternatief, waarin genoemde plagen worden aangepakt. In verpleeghuis Kalorama bijvoorbeeld is deze aanpak geïntegreerd in een door bewoners en personeel gezamenlijk gemaakte visie. Momenteel wordt deze visie vorm gegeven in persoonlijke zorgleefplannen.

Een aanpassing van de leefomgeving die inmiddels wereldfaam heeft verworven is "verpleeghuis wijk" de Hogewey. Bewoners kunnen hier kiezen voor de leefcultuur die het beste bij hen past.

Het meest toegepaste alternatief op dit moment is kleinschalig wonen. Onderzoek kan echter geen overtuigend effect aantonen op de kwaliteit van leven van de bewoners. Wel ervaarden mantelzorgers van kleinschalige woonvormen minder belasting dan mantelzorgers van bewoners van verpleeghuizen. Ook waren zij vaker zeer tevreden over hun contacten met het personeel (Verbeek et al., 2013). Hoewel de effecten van deze veranderingen nog verder onderzocht moeten worden, lijken drastische veranderingen in woonvorm waardering te oogsten.

Gebrek aan ruimte voor eigenheid: gelijkheid in het verpleeghuis

In het verpleeghuis is iedereen gelijk. Dit communistische ideaal wordt hier gerealiseerd. Tot verdriet van velen. Verleden en persoonlijke voorkeuren zijn te vaak onbekend. Of iemand negen kinderen heeft grootgebracht, de wereld heeft rondgereisd, trouw veertig jaar naar kantoor is gegaan, het is niet bekend. Ook onbekendheid met de voorkeur voor activiteiten en gebrek aan differentiatie in activiteiten behoren nog steeds tot de plagen in veel verpleeghuizen. Daar wordt voor 2025 wat aan gedaan!

Het uitgangspunt in de nieuwe aanpak van het ministerie van VWS ten aanzien van kwaliteit van verpleeghuizen "Waardigheid en trots: Liefdevolle zorg voor onze ouderen." is maximaal behoud van zelfrespect en kwaliteit van leven. Daartoe dient de zorg aan te sluiten bij de wensen van de bewoners en moet de zorg voldoen aan beroepsstandaarden. In deze aanpak staat echter de zorg nog steeds voorop. Voor het in stand houden en bevorderen van waardigheid en trots zou een accentverschuiving naar activiteiten en continuïteit van betrokkenheid van familie en vrienden meer op zijn plaats zijn. De continuïteit van het leven dat de bewoner altijd heeft geleid en het gebruik van de bestaande capaciteiten van de bewoner zijn gebaat bij adequate activiteiten. Hiermee kan ook de verveling worden verdreven.

Familie en samenleving

In onze cultuur is zorg voor ouderen vrijwillig. Dit betekent niet dat niet wordt gezorgd. De zorg voor kwetsbare ouderen wordt voornamelijk door familie gedragen. Zelfs van de mensen met dementie woont ruim twee derde thuis. Vooral ouderen brengen grote persoonlijke offers om de zorg voor deze ouderen met dementie te volbrengen.

Dit staat haaks op de beeldvorming van een individualistische maatschappij waarin weinig voor anderen wordt gedaan. De participatiemaatschappij krijgt al volop vorm in de zorg voor zeer kwetsbare ouderen. Om de participatiemaatschappij tot een succes te maken is meer maatschappelijke waardering en facilitering van zorg door familie, buren en vrienden van groot belang.

Ook binnen het verpleeghuis wordt nog matig aandacht besteed aan de familie. In het verpleeghuis kan de familie vaak moeilijk haar plaats vinden. Familieparticipatie is belangrijk voor het welzijn en de gezondheid van de bewoner (Phinney, 2006). Familieparticipatie is meer dan afspreken wie de eerste contactpersoon is en met hem of haar op gezette tijden de voortgang bespreken. Verwanten echt betrekken bij de zorg betekent het netwerk in stand houden dat de bewoner voor zijn opname omringde en het netwerk betrekken bij de dagelijkse gang van zaken. Dit biedt grote kansen. Familieleden en vrienden krijgen de plek die hen toekomt, de bewoner voelt zich er beter bij en zorgmedewerkers hebben meer plezier in hun werk. Daarnaast kan familieparticipatie bijdragen aan de betaalbaarheid van de zorg. Familieparticipatie vergt een fikse cultuuromslag in het verpleeghuis. Niet de familie participeert in de zorg, maar zorgverleners participeren in het sociaal netwerk van de bewoner. Dat betekent dat je op een nieuwe manier moet kijken naar wat iemand wil en nodig heeft. Daarin hebben we veel geleerd van de thuiszorg. Daar blijft het netwerk van de cliënt in stand terwijl zorgmedewerkers in- en uitlopen. Op een woonzorglocatie kan dat ook.

Slimme zorg en begeleiding

Binnen verpleeghuizen en andere vormen van institutioneel wonen kan beter gebruik worden gemaakt van wetenschappelijk verworven kennis, zeker over effectieve vormen van behandeling en begeleiding. De weerstand hiertegen is vaak groot met als belangrijkste argument dat er geen tijd is voor het invoeren van een verandering. De implementatie van effectieve “slimme zorg” blijft hierdoor achter en verdient meer prioriteit. Zelfs benaderingen die oplossingen bieden voor dringende problemen zoals omgaan met depressieve symptomen worden niet toegepast. Een voorbeeld hiervan is het effectieve programma “ Doen bij Depressie”. Dit programma biedt de mogelijkheden om depressie vast te stellen en te behandelen (Leontjevas et al. Lancet, 2013). Wetenschappelijk onderzoek wordt ook ingezet om vernieuwing vorm te geven die in verpleeghuizen zijn geïnitieerd, en de effecten hiervan te toetsen. Een voorbeeld is de invoering van gezamenlijke besluitvorming bij het opstellen van een zorgleefplan bij mensen met dementie. Daarnaast wordt de bevordering van “slimme zorg” ook gestimuleerd door de agenda van onderzoeksprogramma’s. Het onderzoeksprogramma Memorabel geeft richting aan vernieuwingen door nieuwe benaderingen voor honorering in aanmerking te laten komen zoals advanced care planning bij mensen met dementie. Door intensivering van de samenwerking tussen beleid, praktijk en onderzoek wordt steeds meer samen gewerkt aan dezelfde speerpunten. Het continueren en verstevigen van deze samenwerking kan de toekomstige implementatie van effectieve benaderingen bevorderen en daarmee bijdragen aan een beter leven in het verpleeghuis.

Verpleeghuizen vormen een belangrijke verworvenheid binnen onze samenleving. Zij bieden veiligheid en geborgenheid wanneer de zelfzorg ontoereikend is en de familie niet langer in staat is complexe en intensieve zorg te bieden. Verpleeghuizen zijn goed toegerust om complexe zorg te bieden, maar de direct verzorgende zijn nog te vaak

onvoldoende toegerust. Dit moet voor 2025 veranderen. Verpleeghuizen bieden ook meer en beter aangepaste mogelijkheden tot activiteiten dan thuis mogelijk is en nieuwe mogelijkheden tot contacten. Deze mogelijkheden worden echter onvoldoende benut. Meer aandacht voor persoonsgerichte benadering en inclusie van familie en vrijwilligers kan de aantrekkelijkheid van verpleeghuizen verbeteren. De bestaande scheiding tussen verpleeghuizen en samenleving moet worden opgeheven. Zo kunnen faciliteiten van het verpleeghuis beschikbaar worden gesteld voor mensen uit de buurt van het verpleeghuis (gebruik biljarttafel, sportfaciliteiten etc) en buurtfaciliteiten kunnen beter toegankelijk worden gemaakt voor verpleeghuisbewoners. De grote ervaring en expertise van medewerkers van het verpleeghuis kan beter worden benut. Medewerkers van het verpleeghuis kunnen meer consultatie verlenen in de samenleving.

Verpleeghuizen zijn een belangrijk onderdeel van de samenleving waar mensen ook in hun meest afhankelijke staat geaccepteerd kunnen worden als wie ze zijn en veilig en goed kunnen leven. Er is niets mis met een goed verpleeghuis. Dit kunnen we ruim voor 2025 realiseren.

Literatuur

Brownie S, Neeleman P, Noakes-Meyer C. Establishing the eden Alternative in Australia and New Zealand. Contemp Nurse 2011;37:22-224.

Leontjevas R, Gerritsen DL,Smalbrugge M, Teerenstra S, Vernooij-Dassen MJ, Koopmans RT. A structural multidisciplinary approach to depression management in nursing-home residents: a multicentre stepped-wedge cluster-randomised trial. Lancet 2013; 381:2255-64.

Phinney A. (2006) Family strategies for supporting involvement in meaningful activity by persons with dementia. Journal Fam Nurs 2006;12:80-101.

Verbeek H, Zwakhalen SM, van Rossum E, Kempen GI, Hamers JP. Small scale, homelike care environments for people with dementia: effects on residents, family caregivers and nursing staff. Tijdschr Gerontol Geriatr 2013;44:261-271.

Langer zelfstandig wonen

Raad voor de leefomgeving en infrastructuur (Rli)

Auteur:
Ir. A.G. Nijhof MBA en
prof.dr. P. Hooimeijer

Door goede samenwerking tussen zorg- en welzijnsorganisaties en woningcorporaties kunnen mensen met een zorgvraag regie over hun eigen leven houden. Die samenwerking tussen wonen, zorg en welzijn staat echter onder druk. Dit stelt de Raad voor de leefomgeving en infrastructuur (Rli) in zijn advies 'Langer zelfstandig, een gedeelde opgave van wonen, zorg en welzijn'. Dit advies gaat over de gevolgen voor de woningmarkt van de hervormingen van de langdurige zorg. Op 23 januari 2014 heeft de Rli dit briefadvies aangeboden aan de minister voor Wonen en Rijksdienst en de staatssecretaris van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). Dit naar aanleiding van de adviesvraag (d.d. 11 juni 2013) over de gevolgen van de hervormingen van de langdurige zorg voor de woningmarkt, voor de overheidsverantwoordelijkheid en voor de leefomgeving. Dit advies legt de nadruk op het langer zelfstandig wonen van mensen met een zorgbehoefte en gaat niet specifiek in op de woonbehoefte van mensen in een verpleeghuis. Echter, een aantal van de uitgangspunten en de knelpunten die de raad in dit briefadvies benoemt, kunnen ook een rol spelen bij het vormen van een toekomstbeeld voor de verpleeghuiszorg.

Zowel het kabinet als de raad willen de wens van mensen om zo veel mogelijk zelfstandig te wonen, met regie over hun eigen leven, ondersteunen. We zien al diverse initiatieven daarvoor van kleinschalige woonvormen in de wijk voor mensen met beperkingen tot het leveren van meer zorg aan huis. In algemene zin – zo vindt de raad - bieden de hervormingen kansen, nu en op de lange termijn:

- om een sterkere maatschappelijke integratie van mensen met beperkingen in de buurt te bereiken,
- om mensen met een zorgbehoefte beter hun persoonlijke woonbehoeften te laten realiseren, en
- om ondernemers nieuwe woon- en dienstverleningsconcepten in de markt te laten zetten.

Mensen die langer zelfstandig blijven wonen (de raad spreekt hier bewust niet van langer zelfstandig *thuis* wonen), willen zoveel mogelijk de regie over hun eigen leven voeren en zoveel mogelijk hun eigen keuzes maken over wonen en woonomgeving. Dit zal ook gelden voor een deel van de mensen in een verpleeghuis. Eigenlijk willen mensen met een zorgvraag, net als iedereen, zelfstandig en betaalbaar wonen in een woning naar keuze, in een prettige buurt met een aantal basisvoorzieningen en een (divers) sociaal netwerk om zich heen. Dit is een fundamentele behoefte aan individuele (keuze)vrijheid, die wordt ondersteund en gestimuleerd door het Rijk. Ouderen willen verder liever niet verhuizen. Deze geringe verhuisgeneigdheid wordt versterkt doordat een andere woning vaak niet voldoet aan hun belangrijkste woonwens: een sociaal netwerk. Als ze te ver moeten verhuizen, raken mensen hun netwerk (buren, bekenden) kwijt.

Maar zelfstandig blijven wonen betekent niet vanzelfsprekend dat iemands huidige woning en leefomgeving geschikt is om er - met beperkingen - onder eigen regie te blijven leven. Vaak is het nodig om de woning (tijdig) aan te passen om hulp of zorg op maat aan huis te kunnen krijgen. Zelfregie behouden kan ook betekenen dat mensen wel moeten verhuizen, zodat zij in de nieuwe woning en woonomgeving (al dan niet een verpleeghuis) wel goed met hun beperkingen kunnen leven en noodzakelijke hulp of zorg kunnen ontvangen. Verpleeghuizen zouden zich ook kunnen richten op de vraag naar zelfstandige woonruimte maar dan wel in

een beschermde omgeving waar zorg mogelijk is. Idealiter wordt die woonruimte aangeboden in de buurt waar mensen nu wonen, zodat de bekenden uit de buurt nog steeds dichtbij wonen.

De raad verwacht dat mensen steeds meer verschillende woonwensen hebben, ook binnen de groep mensen met beperkingen. Sommigen willen een grote woning of juist een kleine, een appartement met uitzicht of juist een tuintje, anderen wonen liever in het groen of juist dicht bij de winkels. Dit vraagt om een aanbod van veel verschillende soorten woningen. Denk aan geclusterd of individueel wonen, grotere of kleinere kamers, in een stedelijke omgeving of op het platteland. Daarnaast willen mensen invloed hebben op de mate van ondersteuning en zorg, ondersteund door technologie op maat. Mensen kunnen dan zelf kiezen welke woon- en/of zorgdiensten ze afnemen. Men kan bijvoorbeeld kiezen voor luxe wonen met een minimum aan zorg of juist andersom, sober wonen maar een uitgebreid zorgarrangement. De grotere diversiteit wordt mede mogelijk gemaakt door meer duidelijkheid in de zorg- en woonkosten. Dat bevordert de keuzevrijheid van mensen in de verhouding tussen prijs en kwaliteit van woon- en zorgaanbod. De raad ziet een beweging dat steeds meer kosten tot het woondomein worden gerekend, waarvoor mensen zelf moeten betalen. De zorgkosten die voor rekening van de zorgverzekeraar komen en dus collectief gefinancierd zijn, worden ingeperkt.

Om het aanbod beter aan te laten sluiten op de behoeften van mensen, vindt de raad het noodzakelijk dat ook in de intramurale zorgverlening de woonkosten en de zorgkosten apart worden afgerekend. De huidige werkwijze leidt tot dezelfde standaard van woonomstandigheden voor iedereen en belemmert daarmee de keuzevrijheid van mensen. Het biedt ook meer kansen aan burgerinitiatieven en innovatieve ondernemers met nieuwe soorten aanbod van wonen en zorg. De raad is daarom voorstander van het invoeren van een verdere financiële scheiding tussen woon- en zorgkosten voor chronische zorgindicaties. Dit is geen oproep tot twee verschillende rekeningen van één aanbieder voor de zorgvrager. Het is wel belangrijk om duidelijk te maken welke kosten gemaakt worden voor het wonen en welke voor zorg. Als het kabinet duidelijk aangeeft hoe ze de scheiding tussen woon- en zorgkosten de komende jaren wil gaan regelen, geeft dit duidelijkheid aan partijen. Woningaanbieders en zorgaanbieders kunnen dan met elkaar een langetermijnstrategie voor het zorgvastgoed en voor huur- en koopwoningen ontwikkelen en hierin gaan investeren.

De leefomgeving is evengoed bepalend voor de mogelijkheid zelfstandig en naar tevredenheid – niet in eenzaamheid - te kunnen wonen. Dit stelt eisen aan de leefomgeving op het vlak van voorzieningen (zorg, welzijn, winkels, activiteiten), bereikbaarheid, veiligheid en (sociaal) welbevinden. Door een geschikte leefomgeving kunnen mensen met beperkingen zelfstandig wonen en kan vereenzaming worden beperkt. Mensen die hulp of zorg nodig hebben maken hun eigen afweging op basis van hun wensen en hun budget, wat voor hen de beste combinatie oplevert van wonen, woonomgeving, zorg, diensten en welzijn.

Om de gewenste ontwikkelingen op het gebied van wonen, zorg en welzijn te realiseren, is geld voor investeringen nodig. Bijvoorbeeld voor het innoveren van bestaande zorgprocessen om meer (zwaardere) zorg op maat (aan huis, in woongemeenschap of verpleeghuis) mogelijk te maken. Dit vraagt om een cultuurverandering binnen de langdurige

zorg, waarbij niet langer het systeem centraal staat, maar de mensen met hun mogelijkheden. De zorg wordt zo veel mogelijk georganiseerd rondom het leven van mensen en minder het leven van mensen rondom de zorg.

Er zijn geen eenduidige cijfers hoeveel geld hiervoor nodig is. In algemene zin is dat afhankelijk van factoren zoals:

(a) de mate van gewenst wooncomfort van mensen en de mate waarin zij bereid en in staat zijn om te betalen voor woningaanpassingen, voorzieningen en diensten;
(b) de visie van zorgaanbieders op de benodigde woningaanpassingen om zorg te kunnen leveren;
(c) het resultaat van de afweging tussen bereikbaarheid en betaalbaarheid voor de benodigde schaalgrootte van voorzieningen;
(d) wet- en regelgeving bijvoorbeeld voor brandveiligheid en toegankelijkheid.

Dit geld moet opgebracht worden door huiseigenaren, huurders, burgerinitiatieven, woningcorporaties, zorginstellingen, welzijnaanbieders, particuliere projectontwikkelaars, zorgverzekeraars, ondernemers, en overheden. Samenwerkingsverbanden tussen deze partijen die voor mensen met een zorgvraag wonen, zorg en welzijn verbinden, brengen de gewenste toekomst voor deze mensen dichterbij. Het gaat immers om een samengestelde opgave: alle drie de thema's (wonen, zorg en welzijn) zijn van belang om mensen die hulp of zorg nodig hebben met zelfregie zo zelfstandig mogelijk te laten wonen. Onderzoek heeft aangetoond dat welzijn, dus zich lichamelijk, psychisch en sociaal zo goed mogelijk voelen, de zorgvraag van mensen beperkt en preventief werkt op de vraag naar meer zorg. De raad ziet dat de samenwerking tussen de verschillende partijen onder druk staat doordat van organisaties verwacht wordt dat ze zich alleen met hun eigen kerntaak bezighouden. Er is juist verbinding tussen taken nodig om nu en op de langere termijn de gezamenlijke opgave voor wonen, zorg en welzijn te realiseren.

De raad ziet mogelijkheden om mensen met een zorgvraag zelf en creatieve ondernemers een grotere rol in deze opgave te laten krijgen. Als zij de ruimte krijgen voor hun ideeën, kan de hulp- of zorgvraag van mensen efficiënt worden gekoppeld aan slim, nieuw aanbod. Voorbeelden daarvan zijn er genoeg. Zo bieden woningcorporaties kangoeroe- en mantelzorgwoningen aan. Ook werken corporaties mee aan initiatieven van derden, zoals ouderen die een eigen woongroep willen starten of de initiatieven van Thuis in Welzijn en de Herbergier die kleinschalige woonvoorzieningen voor (dementerende) alleenstaande ouderen hebben ontwikkeld. Naast andere vormen van wonen zijn ook andere vormen van zorg gewenst. Met name op het platteland zijn er zorgcoöperaties opgericht, die gezamenlijk zorg inkopen en vaak ook vrijwilligerswerk coördineren voor hulp aan en zorg voor mensen in de buurt. Partijen als woningcorporaties, zorgaanbieders en zorgverzekeraars kunnen hierin de samenwerking opzoeken. Er moet een goede mix gevonden worden tussen wat mensen zelf kunnen betalen en wat anderen (ondernemers, zorgaanbieders, woningcorporaties en andere verhuurders en de overheid) investeren. Als partijen met elkaar meedenken over de gezamenlijke opgave en vervolgens ook samen aan de slag mogen, kunnen ze beter de vraag van mensen en hun eigen mogelijkheden realiseren. De Rli adviseert daarom aan partijen meer ruimte te bieden om met anderen samen te werken en die samenwerking juist tot ieders kerntaak te laten behoren.

Hierdoor kan dan ook rekening worden gehouden met de grote verschillen in de ruimtelijke opgave voor wonen, zorg en welzijn tussen steden, randgemeenten en plattelandsgemeenten, alsook daarbinnen, en oplossingen binnen de lokale context worden gevonden. Dit zal wel vragen om meer tijd en flexibiliteit voor de transformatie van het zorgvastgoed. Renovatie en/of herbestemming van vastgoed kost tijd. Als organisaties er nu toe overgaan om gebouwen te sluiten – met alle gevolgen van dien voor bewoners en omwonenden – terwijl over een aantal jaar de vraag naar geclusterd wonen met (verpleeg)zorg weer toeneemt door de toenemende vergrijzing, kunnen met meer tijd andere oplossingen dan sluiting worden gerealiseerd en kan kapitaalvernietiging worden voorkomen.

Literatuur

Sociaal en Cultureel Planbureau (2004). Met zorg gekozen? Woonvoorkeuren en woningmarktgedrag van ouderen en mensen met lichamelijke beperkingen. Den Haag: Ministerie van VROM;

Kam, G. de, e.a. (2012). Kwetsbaar en zelfstandig. Een onderzoek naar de effecten van woonservicegebieden voor ouderen. Nijmegen: Institute for Management Research.

Raad voor de leefomgeving en infrastructuur (2014). Langer zelfstandig, een gedeelde opgave van wonen, zorg en welzijn. Den Haag.

Het complete advies 'Langer zelfstandig, een gedeelde opgave van wonen, zorg en welzijn' kunt u downloaden via de website www.rli.nl

Toekomstbeeld van de verpleeghuiszorg – een demografisch perspectief

Nederlands Interdisciplinair Demografisch Instituut (NIDI)

Auteurs:
Nicole van der Gaag,
Leo van Wissen

Hervorming van verpleeghuiszorg

Eén van de doelstellingen van de hervorming van de zorg is het verbeteren en toekomstbestendig maken van de kwaliteit van de langdurige zorg. Naast de verbetering van de kwaliteit, is ook het in kaart brengen van een toekomstbeeld van de verpleeghuiszorg van belang: wie is de cliënt van straks, wat wil hij, wat heeft hij nodig en wat vraagt dat van alle betrokken partijen? In dit hoofdstuk wordt hier aandacht aan besteed vanuit een demografisch perspectief: hoe zal de potentiële doelgroep voor verpleeghuiszorg zich de komende jaren ontwikkelen?

De potentiële doelgroep voor verpleeghuiszorg

Om in kaart te kunnen brengen hoe de doelgroep voor verpleeghuiszorg zich zal ontwikkelen, is het van belang te weten welke personen tot de risicogroep behoren die behoefte kunnen ontwikkelen voor dit type van zorg. Verpleeghuiszorg heeft betrekking op intensieve, langdurige zorg of verpleging voor mensen die door hun lichamelijke en/of psychische beperkingen in hun dagelijks leven grote belemmeringen ondervinden. Het gaat niet om curatieve zorg gericht op genezing of om geneeskundige hulp bij chronische aandoeningen die geen invloed hebben op de zelfredzaamheid van de betreffende personen. De kans om behoefte aan verpleeghuiszorg te ontwikkelen neemt toe met leeftijd, al is leeftijd alleen niet voldoende om de groep potentiële zorgvragers in kaart te brengen. Het zijn vooral de fysiek, psychisch en/of sociaal kwetsbare ouderen die het grootste risico lopen. Het aandeel kwetsbare ouderen met zorgbehoefte binnen de groep 75-plussers is aanzienlijk groter dan het aandeel binnen de groep 65-74 jarigen of de 65-minners. In absolute aantallen verbleven er op 1 januari 2014 ruim 32 duizend mannen en 89 duizend vrouwen in een verzorgings- of verpleeghuis. 75 procent van de mannen en 91 procent van de vrouwen was 75 jaar of ouder (105 van de in totaal bijna 122 duizend bewoners). Ook het leeftijdsspecifieke aandeel van de bevolking dat in een tehuis verblijft, stijgt sterk vanaf de leeftijd van 75 jaar. Door deze sterke vertegenwoordiging van 75-plussers binnen de verpleeghuisbewoners, ligt de nadruk in deze notitie dan ook op deze leeftijdsgroep.

Nederland wordt ouder

Nederland vergrijst. Door de stijgende levensverwachting en de na-oorlogse babyboom neemt het aantal 75-plussers tussen nu en 2025 naar verwachting toe van 1,3 tot 1,8 miljoen. Dit aantal stijgt nog door tot 2,9 miljoen halverwege deze eeuw (zie ook box 1). Hoewel de stijging ten gevolge van de babyboom tijdelijk is, zal de steeds verder toenemende levensverwachting tot structureel meer ouderen leiden. Of dit ook betekent dat de potentiële doelgroep voor verpleeghuiszorg structureel groter wordt, is echter de vraag. De gezondheidstoestand van de toekomstige 75-plusser hoeft immers niet vergelijkbaar te zijn met die van de 75-plusser van vandaag. Bovendien kan de samenstelling van de groep ouderen naar leeftijd, geslacht, opleiding en herkomst veranderen. Ook dit kan invloed hebben op de toekomstige vraag naar verpleeghuiszorg.

Betekent langer leven ook langer gezond?

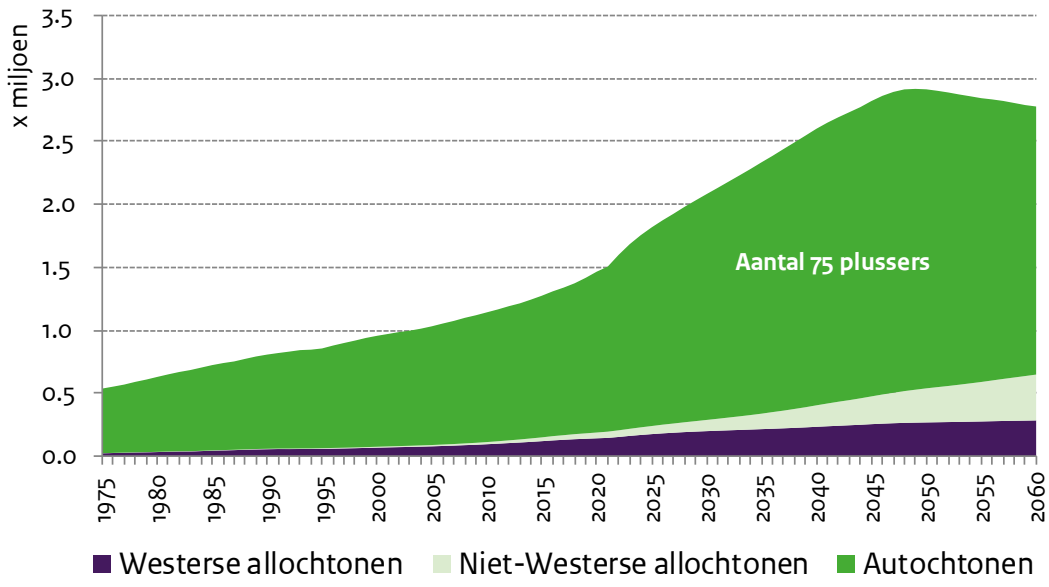
Langer leven leidt tot meer jaren in goede gezondheid en zonder lichamelijke beperkingen maar ook tot meer jaren met chronische ziekten. Veel chronisch zieken ervaren dit echter nog lange tijd niet als een slechte gezondheid. Het aantal jaren waarin we zelf onze gezondheid als slecht ervaren is de afgelopen tien jaar nauwelijks veranderd. Voor een 65-plusser is de periode met ernstige beperkingen en een slecht ervaren geestelijke gezondheid zelfs afgeno-

men (zie ook box 2). Of langer leven ook langer gezond betekent, hangt dus af van de definitie van gezondheid. Aangezien de periode waarin we worden geconfronteerd met ernstige beperkingen is afgenomen, deze periode doorgaans aan het einde van ons leven plaatsvindt en we gemiddeld ouder worden, is het aannemelijk om te veronderstellen dat de leeftijd waarop iemand tot de potentiële doelgroep voor verpleeghuiszorg gaat behoren omhoog zal gaan. In 2001 lag de gemiddelde leeftijd waarop 65-plussers konden verwachten met ernstige beperkingen te maken te krijgen zowel voor mannen als vrouwen tussen de 75 en 80 jaar; in 2013 lag deze leeftijd voor beiden boven de 80 jaar.

De ene oudere is de andere oudere niet

De toenemende levensduur is niet altijd en niet voor iedereen een even groot succes. Vrouwen leven nog steeds langer dan mannen, maar het verschil wordt kleiner en de extra jaren van vrouwen zijn jaren met chronische ziekten en ernstige beperkingen. Daarnaast zijn er verschillen naar opleidingsniveau. Een goede opleiding gaat doorgaans samen met minder risicogedrag waardoor hoger opgeleiden een hogere levensverwachting hebben en een kortere duur van lichamelijke en cognitieve beperkingen (zie ook box 3). Aangezien opeenvolgende generaties steeds hoger opgeleid zijn, zullen toekomstige 75-plussers gemiddeld een hoger onderwijsniveau hebben dan de huidige 75-plussers. Dit kan ook een deel van de verschillen in de gezonde levensverwachting tussen 2003 en 2013 verklaren. Tussen 2003 en 2013 was het percentage laag opgeleiden onder de 75-plussers gedaald van 48 tot 36 procent voor mannen en van 68 tot 58 procent voor vrouwen. Tegelijkertijd was het percentage hoogopgeleiden opgelopen van 16 tot 24 procent voor mannen en van 6 tot 10 procent voor vrouwen. Ook de komende decennia zal het opleidingsniveau van 75-plussers nog blijven stijgen.

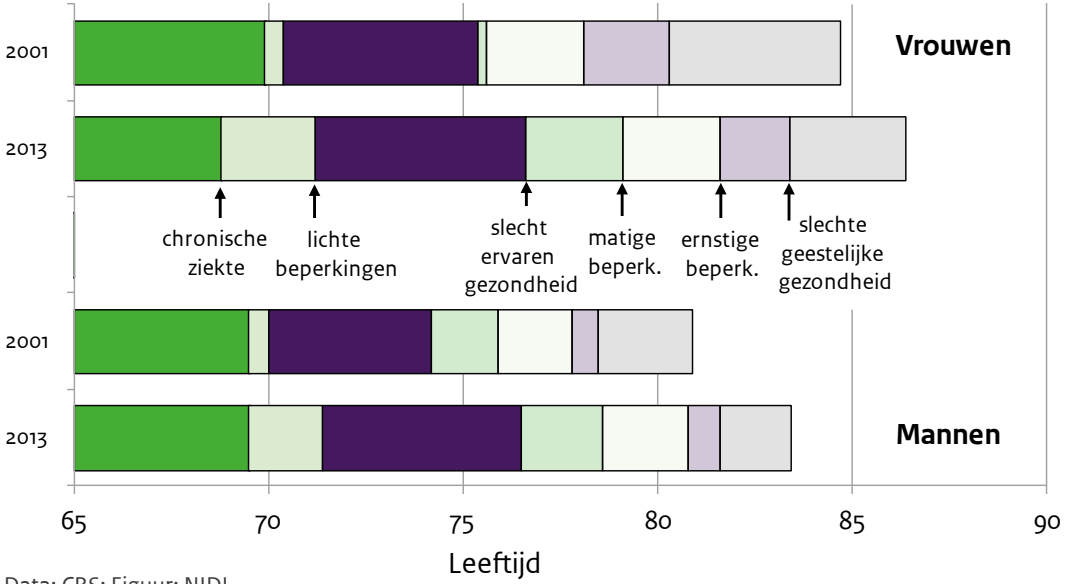
Box 1: Ontwikkeling aantal 75-plussers, 1975-2060



Data: CBS (prognose 2015-2060); Figuur: NIDI

Het aantal 75-plussers neemt de komende decennia fors toe: van 1,3 miljoen in 2015 tot een maximum van 2,9 miljoen in 2049. Daarna gaat het aantal licht dalen. Hoewel het aantal allochtone 75-plussers flink zal toenemen, met name die van niet-Westerse afkomst, blijft de omvang van deze groep binnen de totale groep 75-plussers tot 2025 beperkt (in totaal een stijging van 11,9 tot 13,3 procent).Daarna zet de stijging door tot ruim 23 procent in 2060. Het aandeel westerseallochtonen blijft stabiel rond de 10 procent; het aandeel niet-westerseallochtonen stijgt van 2,4 procent in 2015 via 3,5 in 2025 tot 13,1 in 2060.

Box 2: Levensverwachting op leeftijd 65 naar gezondheidstoestand



Data: CBS; Figuur: NIDI

Op basis van gegevens van het CBS kan voor de resterende levensverwachting op leeftijd 65 worden aangegeven hoeveel van deze jaren gepaard gaan met chronische ziekten of met lichte, matige of ernstige beperkingen, dan wel doorgebracht worden in een als slecht ervaren gezondheid of met een slechte geestelijke gezondheid. Als we ervan uitgaan dat deze gezondheidstoestanden blijvend van aard zijn, kunnen we dit in een levensloopperspectief plaatsen. Voor 65-jarige vrouwen betekent dit bij voorbeeld dat zij in 2013 gemiddeld nog iets minder dan vier jaar in goede lichamelijke en geestelijkegezondheid kunnen doorbrengen, zonder ziekte of beperkingen. Rond hun 69e worden zij chronisch ziek en 2,5 jaar later komen daar lichte beperkingen bij. Het duurt echter nog ruim 5 jaar voordat zij hun gezondheid als slecht gaan ervaren, zij zijn dan inmiddels 76 jaar, en nog eens 2 jaar voordat de lichte beperkingen overgaan in matige beperkingen. De laatste 5 jaar van hun leven worden zij geconfronteerd met ernstige beperkingen, waarvan de laatste 3 jaar tevens in een slechte geestelijke gezondheid wordt doorgebracht. Als we de levensloop van mannen met die van vrouwen vergelijken, zien we dat de extra jaren van vrouwen jaren met ernstige beperkingen zijn. Bovendien worden ze ook op een iets jongere leeftijd dan mannen geconfronteerd met chronische ziekten. Hierbij moet worden opgemerkt dat de hier getoonde cijfers gemiddelden zijn en dat de werkelijke ontwikkeling van individuele levenslopen in lengte en volgorde van aandoeningen anders kan zijn.

De invloed van de sociale omgeving: mogelijkheden voor mantelzorg

Of een oudere die zorg nodig heeft een beroep zal doen op verpleeghuiszorg is niet alleen afhankelijk van zijn of haar gezondheidstoestand, maar ook van de mogelijkheid tot ondersteuning vanuit zijn of haar sociale netwerk. Hierbij is vooral de aanwezigheid van een partner en kinderen van belang, maar speelt ook de aanwezigheid en beschikbaarheid van overige familieleden en vrienden een rol. Daarnaast is voor het reilen en zeilen binnen een verpleeg- of verzorgingshuis het beschikbare potentieel aan vrijwilligers van belang. Doordat de levensverwachting van mannen harder stijgt dan van vrouwen kunnen koppels meer dan voorheen samen oud worden, waardoor zij ook langer voor elkaar kunnen blijven zorgen. Niettemin is het aantal eenpersoonshuishoudens waarvan de bewoner 75 jaar of ouder was de laatste jaren toegenomen. In 2014 waren dit er meer dan 500 duizend. Doordat alleenstaande ouderen echter niet per definitie geen partner hebben – ook ouderen zijn vaker gaan 'latten' – zal voor een deel van hen ook mantelzorg door een elders wonende partner mogelijk zijn. Daarnaast kennen de nieuw instromende 75-plussers relatief lage kinderloosheidcijfers. Van de vrouwen die geboren zijn tussen 1935 en 1939 is iets meer dan 11 procent kinderloos gebleven. Voor eerdere generaties was dat gemiddeld een paar procentpunten hoger en voor latere generaties loopt het percentage kinderloosheid weer op. Voor de vrouwen die geboren zijn tussen 1965 en 1969 is dit ruim 18 procent. Voor mantelzorg door kinderen is ook de toename van het aantal zogenaamde 'patchwork-families' (of samengestelde gezinnen) van belang. Dit kan echter zowel een positief als negatief effect hebben. Hoewel samengestelde gezinnen tot grotere netwerken leiden, kan dit naast meer mantelzorgers immers ook leiden tot meer ouderen waarvoor gezorgd moet worden. Bovendien hoeft dit niet per definitie tot meer steun te leiden, aangezien samengestelde gezinnen ook tot minder hechte relaties kunnen leiden, wat de bereidheid tot het verlenen van mantelzorg negatief kan beïnvloeden. Tot slot is met het bereiken van de pensioenleeftijd door de babyboomers, het potentieel voor informele zorg door 'jongere ouderen' (de groep 65-74 jarigen) aan het groeien.

Regionale verschillen

De stijging van het aantal 75-plussers is een landelijke trend die voor alle gemeenten geldt. De richting van de trend is hetzelfde, maar het niveau kan aanzienlijk variëren. Daarnaast zijn er duidelijke verschillen in de samenstelling naar leeftijd, afkomst en onderwijsniveau. Ook kan de huishoudenssamenstelling regionaal verschillen. Zo geldt bij voorbeeld in het algemeen dat het aantal samenwonende 75-plussers sterker stijgt dan het aantal alleenstaande, maar in de vier grote gemeenten is dit juist omgekeerd: hier stijgt het aantal alleenstaande 75-plussers sterker dan het aantal samenwonende. Door deze lokale verschillen kunnen gemeenten niet volstaan met een 'one size fits all' beleid.

Wat betekent dit voor de toekomst van de verpleeghuiszorg?

Een betere gezondheid, hogere opleiding en bewuster leefgedrag leiden tot een langer leven, maar eens breekt voor velen een periode aan van grote hulpbehoevendheid. Een goede indicatie voor de potentiële vraag naar verpleeghuiszorg is daarom het aantal 75-plussers dat in de laatste drie jaar van hun leven is aanbeland. In 2014 gaat dit om iets minder dan 300 duizend personen van de in totaal 1,25 miljoen 75-plussers. 58 procent hiervan is vrouw. De gemiddelde leeftijd van deze groep ouderen is 83,5 jaar voor mannen en 86,5 jaar voor vrouwen. Naar verwachting zal dit aantal

tot 2025 met 26 procent toenemen. Het aandeel vrouwen zal dalen tot 53 procent. Door de geleidelijke instroom van de babyboomers in de groep 75-plussers zal de gemiddelde leeftijd de komende tien jaar echter nauwelijks veranderen (zie ook box 4).

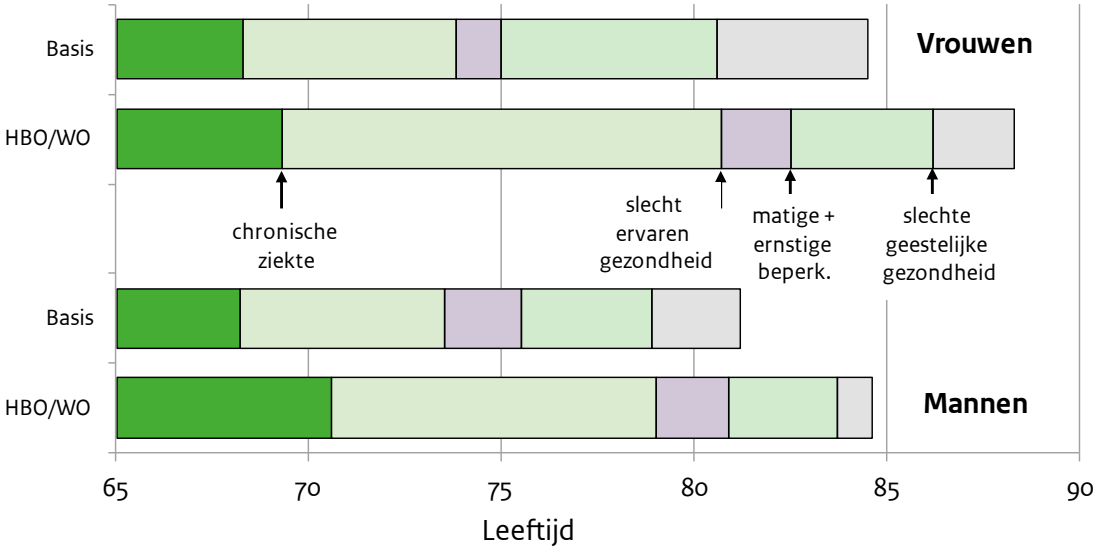
Ook de samenstelling naar herkomst zal nauwelijks wijzigen. Ook al zal het aantal niet-westerse allochtone ouderen ongeveer verdubbelen, op nationaal niveau is dit aantal binnen de groep 75-plussers in 2025 nog steeds beperkt. In sommige grote gemeenten kan dit echter wel een rol spelen. Zo zal tussen 2015 en 2030 het aandeel allochtonen in Amsterdam toenemen van 27 tot 37 procent van alle 75-plussers. In 2030 betreft meer dan de helft hiervan niet-westerse allochtonen (bron OIS). Het aandeel 75-plussers in de totale bevolking van Amsterdam is overigens een paar procentpunten lager dan het Nederlands gemiddelde.

Omdat de komende tien jaar het potentieel aan mantelzorgers kan toenemen, kan de vraag naar verpleeghuiszorg minder hard stijgen dan de doelgroep. Ook nieuwe ontwikkelingen in de gezondheidszorg of op het gebied van hulpmiddelen ter ondersteuning bij beperkingen kunnen de vraag remmen. Het lijkt echter niet waarschijnlijk dat deze ontwikkelingen de stijging ten gevolge van de vergrijzing volledig zullen kunnen ombuigen.

Na 2025 zet de stijging van de doelgroep nog jaren onverminderd voort. De dominantie van vrouwen zal nog iets verder teruglopen, de gemiddelde leeftijd zal oplopen, er zullen steeds meer hoogopgeleide ouderen komen en langzaamaan zullen er meer personen met een niet-westerse herkomst tot de doelgroep gaan behoren. Dit leidt tot meer diversiteit binnen de groep verpleeghuisbewoners. Terwijl de doelgroep blijft stijgen, zal het potentieel aan mantelzorgers juist terug gaan lopen. Er komen dan weer meer kinderloze en alleenstaande ‘oudere ouderen’ en het aantal ‘jongere ouderen’ gaat weer dalen.

Uit de te verwachten demografische ontwikkelingen kunnen twee conclusies worden getrokken. Op de eerste plaats is het te verwachten dat de vraag naar verpleeghuiszorg op de langere termijn zal toenemen. Ten tweede zal de diversiteit van de doelgroep voor verpleeghuiszorg toenemen naar opleiding, inkomen en achtergrond, waarbij juist de meest kwetsbare groepen oververtegenwoordigd zullen zijn in de verpleeghuizen. Hier zal beleid rekening mee moeten houden.

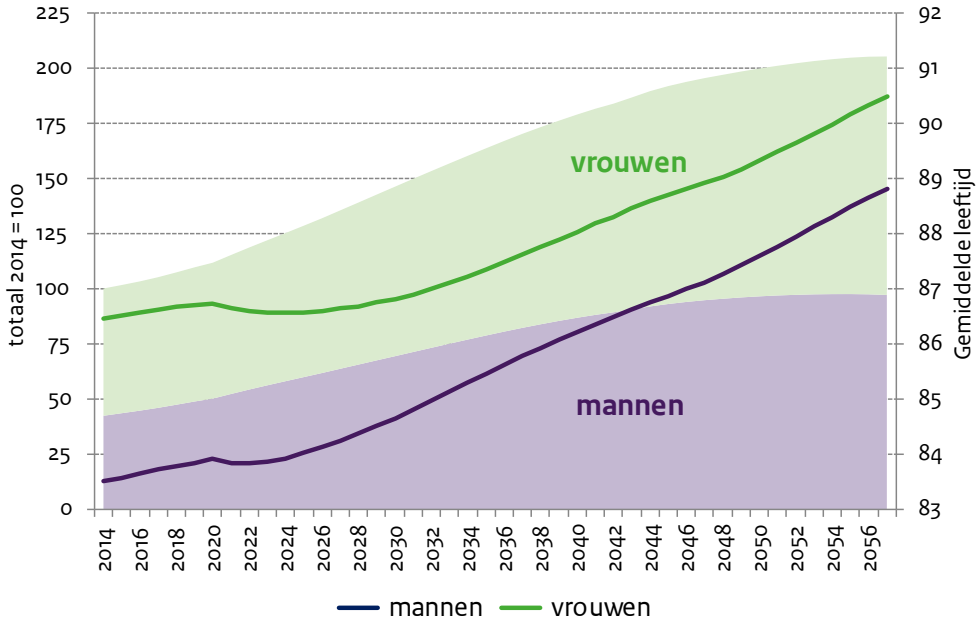
Box 3: Levensverwachting op leeftijd 65 naar gezondheidstoestand en opleiding



Data: CBS; Figuur: NIDI

Hoger opgeleiden leven niet alleen langer dan mensen die alleen basisonderwijs hebben gevolgd, ze leven ook langer in goede gezondheid en zonder beperkingen. Ook duurt het veel langer voor zij hun gezondheid als slecht gaan ervaren. Voor hoog opgeleide vrouwen geldt dat zij dan de 80 al gepasseerd zijn, terwijl vrouwen met alleen basisonderwijs hun gezondheid al als slecht ervaren voordat zij de leeftijd van 74 jaar hebben bereikt. Het aantal jaar dat zij naar verwachting kampen met matige en ernstige beperkingen, dan wel doorbrengen in een slechte geestelijke gezondheid laat ook aanzienlijke verschillen zien. Dit geldt zowel voor vrouwen als voor mannen. De levensverwachting naar gezondheidstoestand voor personen met tussenliggende onderwijsniveaus (VMBO, dan wel HAVO/VWO/MBO) ligt tussen de twee getoonde levenslopen in.

Box 4: Ontwikkelingen doelgroep verpleeghuiszorg



Data: CBS; Figuur: NIDI

Een indicatie voor de potentiële vraag naar verpleeghuiszorg is het aantal 75-plussers dat in de laatste drie jaar van hun leven is aanbeland. Bevolkingsprognoses geven niet alleen een schatting van de toekomstige omvang van de bevolking maar ook van het te verwachten aantal overledenen naar leeftijd en geslacht. Op basis van deze gegevens kan voor elk jaar een schatting worden gemaakt van het aantal 75-plussers dat binnen drie jaar zal komen te overlijden. Tussen nu en 2025 neemt deze groep met ruim een kwart toe; halverwege deze eeuw is deze groep verdubbeld. De gemiddelde leeftijd zal de komende tien jaar niet veel veranderen, met name doordat vanaf 2020 de babyboomers de leeftijd van 75 jaar bereiken en daarmee de gemiddelde leeftijd van de groep 75-plussers aanvankelijk zelfs iets omlaag zullen halen. Daarna gaat de gemiddelde leeftijd fors omhoog: voor vrouwen van 86,6 naar 90,5 jaar en voor mannen van 84,0 naar 88,8 jaar.

Variatie geboden. Zorg voor ouderen in 2025

Raad voor Volksgezondheid en Samenleving

Auteurs:
Pauline Meurs,
Ingrid Doorten

"In de afgelopen eeuw heeft ons menselijk bestaan een radicale ontwikkeling doorgemaakt. Er is een explosie van leven. Nooit eerder hebben in de westerse wereld zoveel mensen zo'n hoge leeftijd bereikt. Het is de meest ingrijpende maatschappelijke verandering die door de Industriële Revolutie in gang is gezet." (Beginzinnen uit Oud worden zonder het te zijn, R.Westendorp, 2014).

1. Belangrijke ontwikkelingen

We leven langer. We hebben er een levensfase bij gekregen vergeleken met zeg een halve eeuw geleden. Gingen we toen nog uit van drie levensfasen - die van kind, volwassene en oudere - tegenwoordig spreken we steeds vaker over vier fasen en delen we de fase van de ouderdom in tweeën.
In een derde levensfase van 'jongere ouderen' en een vierde van 'oudere ouderen'.

Deze opdeling sluit aan bij twee overheersende beelden die bestaan over ouderen. Enerzijds het beeld van de energieke, actieve oudere die nog midden in het leven staat en nog (!) volop van het leven geniet, en anderzijds het beeld van de arme, langzame, kwetsbare en afhankelijke oudere die aan de zijlijn van zijn eigen leven staat. Beide zijn waar, maar vormen lang niet het hele spectrum van het ouder worden.

Het is steeds lastiger om de categorie ouderen te beschrijven. Ouderen verschillen in wensen en behoeften, in gezondheid en in contexten. Hier liggen sociaal-demografische en technologische ontwikkelingen aan ten grondslag. We beschrijven drie effecten die deze ontwikkelingen teweegbrengen: ouderen willen steeds meer zelf keuzes kunnen maken, zijn in de toekomst meer gewend aan de mogelijkheden van ICT en daaruit voortvloeiende veranderingen in de maatschappij en willen de regie over hun leven zo lang mogelijk behouden.

1.1 Zelf keuzes kunnen maken

In de eerste plaats hebben we van doen met een toenemend gemiddeld opleidingsniveau en welvaartsniveau onder ouderen. Nieuwe mogelijkheden leiden tot een grotere roep om keuzevrijheid. Veel ouderen hebben het goed - ook financieel gezien - en zijn er voldoende mogelijkheden voor het goede leven na het pensioen. Internationaal gezien staan ouderen in Nederland als groep er verreweg het beste voor. Ouderen in Nederland zijn - ondanks sommige berichtgeving - maar zelden vertegenwoordigd in het armste deel van de samenleving.

Een kanttekening hierbij is dat het gaat om gemiddelden. Er kunnen grote verschillen zijn tussen hoger en lager opgeleiden, mannen en vrouwen, al dan niet alleenstaande ouderen. Zo hebben vrouwen - ook van aankomende generaties - minder vaak gezorgd voor een goede pensioenopbouw en zijn zij, zeker als zij daarbij ook alleenstaand zijn, alleen afhankelijk van inkomsten op grond van de AOW. Keuzevrijheid is afhankelijk van keuzemogelijkheden en die zijn niet voor iedereen hetzelfde.

1.2 Nieuwe generaties ouderen, mantelzorgers en zorgverleners

Ten tweede verandert de samenleving onder invloed van moderne technologie zoals (mobiele) ICT. We voeren de discussie over de (toekomst van) de ouderenzorg momenteel heel erg vanuit de context van de 'huidige oudere' en de 'huidige mantelzorger' (als in 'familielid', een belangrijke beslisser). Beide groepen behoren tot de twee generaties die niet met ICT van kinds af aan is opgegroeid. Hetzelfde geldt voor het leeuwendeel van de medewerkers die momenteel in de zorg werken. Een belangrijk punt bij de toekomst is dat er twee nieuwe generaties aankomen als mantelzorgers en

zorgverleners en bij de oudere zelf er ook een andere generatie zal komen die meer met de 'on demand maatschappij en techniek' is opgevoed dan de huidige (oudere) ouderen. Deze ouderen zijn gewend zich meer als consument te gedragen (en het feit dat ze financieel ook meer zelf zullen gaan bijdragen versterkt dit). Een gevolg is dat in toenemende mate preventieve mogelijkheden en de vraag (naar zorg en diensten) het aanbod zal gaan bepalen in plaats van andersom en dat de inzet van technologie als productmiddel in de zorg meer en meer haar intrede zal doen met gevolgen voor de locatie waar zorg geleverd wordt (in toenemende mate thuis in plaats van in een instelling of ziekenhuis) en nieuwe (commerciële) spelers die zich op de gezondheidszorg als aantrekkelijke markt richten.

1.3 Geleidelijke aanpassing aan veroudering

Dat we langer leven gaat soms in gezondheid en soms met gebreken. Voor een deel komt dit door nieuwe medische mogelijkheden die er vaker voor zorgen dat mensen niet dood gaan aan een aandoening, maar ermee kunnen leven. Veroudering als zodanig kan worden beschouwd als het proces van toenemende kwetsbaarheid en afhankelijkheid. Dan gaat het niet alleen om medische of fysieke aspecten. Ook mentale en sociale aspecten spelen een rol. Kwetsbare ouderen zijn dus niet per se zieke ouderen, al kan ziekte ook kwetsbaar maken. Andersom zijn niet alle ouderen met aandoeningen en beperkingen kwetsbaar. Ouderen zien zichzelf vaak ook niet zo.

Medische problemen spelen dus lang niet altijd een hoofdrol bij de vraag of ouderen zich goed voelen. Het welbevinden van ouderen - gemeten aan de hand van een te geven cijfer voor de kwaliteit van het leven - heeft veel te maken met de mate waarin ouderen zich succesvol voelen of controle kunnen houden over hun leven. Omgaan met verlies en beperkingen draagt bij aan dat gevoel. Onafhankelijk of redzaam zijn - het zelf kunnen regelen van allerlei zaken, al dan niet met moeite of betaalde hulp van anderen - is daarbij van belang, alsook de aanwezigheid van voorzieningen in de nabije leefomgeving en het hebben van sociale contacten. Het gaat dan ook om een veilige omgeving, om feitelijke, ervaren en sociale veiligheid. Het is de verwachting dat, met een vanuit overheidswege gestimuleerde, toenemende rol voor de mantelzorger, en dan met name directe familieleden zoals de kinderen, een belangrijke stem zullen hebben ten aanzien van de gewenste voorzieningen in de nabije leefomgeving van de oudere zelf.

95% van de ouderen in Nederland woont zelfstandig. Daar zijn ook ouderen bij die meerdere ziektes en aandoeningen hebben en soms ook ernstige beperkingen. Wordt ouderen gevraagd naar hoe zij zich voelen, dan blijkt vaak dat zij zich ondanks het hebben van een of meerdere chronische ziekten goed voelen. Daaruit blijkt dat ouderen een groot vermogen hebben zich aan te passen aan de omstandigheden. De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) heeft in zijn advies Redzaam ouder daarom niet de kwetsbaarheid van ouderen als uitgangspunt genomen, maar de redzaamheid. 'Niet-redzame ouderen' zijn 'ouderen die de essentiële aspecten van hun leven, namelijk zorg, wonen en welzijn, niet voor zichzelf of met hulp van de sociale omgeving kunnen regelen'.

Kortom, we kunnen dus niet spreken over ouderen als 'groep', de diversiteit binnen die groep is groter dan die tussen sommige ouderen en sommige jongeren. En dat zal in de toekomst alleen maar toenemen is de verwachting. Oud worden gaat voor iedereen anders en mensen gaan er verschillend mee om. Wat betekent dat voor de ouderenzorg?

2. Wat betekent dat?

2.1 Meer variatie in zorgarrangementen

Ouderen verschillen en dat vraagt ook om variatie in zorgarrangementen. Idealiter zal er - in de plaats van het verzorgingshuis zoals we dat lange tijd gekend hebben en afhankelijk van de vraag - een gevarieerd aanbod ontstaan van woningen / wooncomplexen met een flexibel aanbod van diensten, zoals boodschappenservices, tuinonderhoud en allerlei activiteiten, die naar behoefte kunnen worden afgenomen, mogelijk als virtueel verzorgingshuis. Op dit moment is echter niet goed in te schatten in hoeverre de nieuwe woonvormen ook de behoefte aan verpleeghuiscapaciteit zal verminderen. Dat langer zelfstandig wonen voor mensen met somatische aandoeningen opgaat is zeer wel denkbaar, vooral ook wanneer ICT-toepassingen en domotica op grotere schaal worden toegepast. Ook nieuwe financieringsvormen en (sociale) initiatieven in de buurt die mensen mogelijkheden bieden om aanpassingen te doen aan hun woonomgeving zodat zij er langer kunnen blijven wonen, zullen impact hebben. Voor mensen met een psychogeriatrische aandoening ligt dat anders. Toch ontstaan ook voor mensen met dementie (en hun partner) woonvormen. En ontstaat er in toenemende mate kennis wat ervoor nodig is om mensen ook zo lang mogelijk zelfstandig thuis te houden, ook als zij dementeren. De vraag is of dit allemaal vanzelf gaat, of dat de overheid deze veranderingen ruimte geeft en ondersteunt.

2.2 Herijking van sociale en familiesteun

Omdat we langer leven en vaak ook langer zelfstandig wonen is het wel van belang dat wanneer dat nodig mocht zijn familie, vrienden, buren en vrijwilligers kunnen bijspringen, bijvoorbeeld door het doen van boodschappen, huishoudelijke of andere klusjes. Het zorgen voor elkaar in familieverband is in Nederland heel stabiel, met veel contact en onderlinge steun. Wel is een herijking van sociale- en familiesteun nodig. Wat verandert is dat het vaker gaat om zelfgekozen afhankelijkheid: de kwaliteit van de relatie en gevoelens van genegenheid nemen de bovenhand boven gevoelens van verplichting. Volwassen kinderen zorgen graag voor hun ouders als de relatie goed is (maar soms is dat niet zo). Van de andere kant vinden ouders met een zorgvraag het niet altijd gemakkelijk om een beroep te doen op hun kinderen, bijvoorbeeld omdat de kinderen een gezin hebben en ouders hen niet extra willen belasten. De bereidheid onder oudere leeftijdsgroepen om informele zorg te ontvangen is geringer dan de bereidheid onder jongere leeftijdgroepen om die te geven. Met kinderen en vrienden willen ouderen vooral een gezelligheidsband. De term mantelzorg is - mede in het licht van de recente stelselherziening in de zorg - misschien niet zo goed gekozen, het gaat meer om mantelsteun. Bij de recente stelselherziening is er namelijk in voorzien dat mensen zo nodig kunnen terugvallen op medische en verpleegkundige zorg aan huis. Ook als het gaat om complexe zorg.

Dat laat onverlet dat er - ook, of misschien juist, als zorg in de thuissituatie aanwezig is - veel te doen en te regelen valt. Door een afnemend kindertal is er minder potentiële mantelsteun van kinderen te verwachten. Daarnaast zorgen ouderen ook in toenemende mate voor elkaar. Zo zijn er steeds meer (echt)paren waarvan de een voor de ander zorgt. In de toekomst zullen er echter ook meer alleenstaande ouderen zijn. Het verdient de voorkeur mantelsteun wat meer te organiseren vanuit een steunnetwerk, in plaats van deze op de schouders van een familielid of (eveneens kwetsbare) partner te laten rusten. Tot nog toe zijn het namelijk vooral (schoon)dochters tussen plusminus 45 en 64 jaar - die het afgelopen decennium gemiddeld ook meer uren zijn gaan

werken op de arbeidsmarkt - die betaald werk combineren met mantelzorg. Door het stijgende aandeel (alleenstaande) ouderen zal de druk op vrouwen in deze leeftijdsgroep in de toekomst verder toenemen, zeker als zij ook meer uren gaan werken. ICT-voorzieningen, zoals een agenda waarin familieleden, vrienden en buren kunnen aangeven wanneer zij een stukje mantelsteun op zich nemen, kunnen eenzijdige (over)belasting voorkomen. Ook ontstaan er online platforms waarmee steun kan worden uitgewisseld, waarmee op een nieuwe manier gebruik gemaakt wordt van de inzet van vrijwilligers. Mantelsteun hoeft ook niet perse een familieaangelegenheid te zijn, waarbij vooral kinderen inspringen (inter-generationeel), maar met nieuwe woon-zorgarrangementen zouden ouderen ook elkaar kunnen ondersteunen (intra-generationeel).

2.3 Levensvragen levensgroot

Toch kan er hoe dan ook een moment komen dat het thuis niet meer gaat en dat mensen zijn aangewezen op een verpleeghuis. Verpleeghuizen hebben het niet gemakkelijk, het beeld dat we van verpleeghuizen hebben wordt gevoed door incidenten. Dat heeft enerzijds te maken met het (niet) accepteren van verlies aan decorum in de laatste levensfase. Over het leven en sterven van (dementerende) mensen in een verpleeghuis horen we liever niet. De verwachtingen rond verpleeghuiszorg zijn niet eerlijk. Ondanks de toenemende afhankelijkheid en aftakeling verwachten we er meer van dan van onszelf. Zoals zo mooi geïllustreerd wordt door het verhaal van twee broers in de Volkskrant. De een beklaagt zich over het feit dat hun moeder al na twee dagen verpleeghuis haar bril kwijt is. De ander, zelf directeur van een verpleeghuis, beschrijft hoe het zijn moeder zal vergaan in het verpleeghuis:

"Het eindstation is dat mijn moeder in de foetushouding aan bed is gekluisterd. Daaraan voorafgaand komen stadia waarin zij haar persoonlijkheid, haar waardigheid en haar menselijkheid zal verliezen. Het kwijtraken van een bril, prothese of kledingstuk zijn slechts voorboden. Het ligt niet aan de zorgorganisatie. Het is onderdeel van haar ziektebeeld." (Uit Onze moeder, mijn broer en ik, VK, 3 januari, 2015).

Dit alles neemt niet weg dat er ook zaken beter kunnen. Het is belangrijk dat er voldoende liefdevolle zorg is, voldoende personeel dus, dat gezien de toename van de zorgzwaarte van bewoners voldoende gekwalificeerd moet zijn. De taken voor het personeel van verpleeghuizen lijken door de toenemende zorgzwaarte van de bewoners steeds meer op die van ziekenhuizen (complexer, meer, acuter). Toch blijven de kennis en competenties van het personeel daarbij achter.

Concluderend kunnen we zeggen dat we met de ouderenzorg voor een aantal grote opgaven staan. Meer aansluiten op de wensen van toekomstige generaties ouderen is er een van. Het ondersteunen van netwerkontwikkeling en mantelsteun is een andere. En we moeten ons beter voorbereiden op de laatste levensfase.

3. Wat moet er gebeuren?

3.1 Bied ruimte voor variëteit

Ouderenzorg, het geheel van gemeentelijke ondersteuning, medische en verpleegkundige zorg aan huis en zorg in verpleeghuizen, legt een groot beslag op de collectieve uitgaven. Wanneer we op de oude voet doorgaan, stevenen we af op een toekomst van verschraalde zorg voor iedereen, zo constateerde de RVZ in 2012. De gelijkheidsnorm, namelijk dat iedereen recht heeft op dezelfde zorg, zit ons in de weg. In een vergrijzende samenleving krijgt ieder dan een kleiner

deel, of er wordt collectief meer geld aan zorg uitgegeven. Het zet dus op termijn de solidariteit onder druk. Bovendien, zo hebben we zojuist betoogd, past een gelijk aanbod niet bij de variëteit onder ouderen.

Mensen willen in de toekomst meer keus hebben bij de inrichting van hun laatste levensfase. Zelf meer bepalen hoe die zorg en ondersteuning eruit zien. Dat vraagt om meer differentiatie op het gebied van wonen, zorg en welzijn. En dat het mogelijk is zorg en ondersteuning meer privaat te organiseren, naar eigen vermogen. Juist door verschil te maken tussen mensen en maatschappelijke keuzes te durven maken, kan de inzet van collectieve middelen beter worden afgestemd op wensen en behoeften van mensen. Dat kan de tevredenheid over en kwaliteit van de ouderenzorg alleen maar ten goede komen. Dat vraagt om een overheid (rijk en gemeenten) die burgers en organisaties de ruimte geeft om zelf maatschappelijke initiatieven te ontplooien en deze ook stimuleert. Dat kan alleen door het loslaten van een deel van de inhoudelijke en financiële zeggenschap.

Het vraagt van mensen dat zij eerder in hun leven nadenken over hoe zij willen dat hun oude dag eruit ziet en hoe zij de zorg in de laatste levensfase willen organiseren. De overheid kan daarbij helpen door financieringsarrangementen mogelijk te maken waarbij pensioen, wonen en zorg meer op elkaar zijn afgestemd en waarbij meer maatwerk mogelijk is.

3.2 Betrek meerdere partijen

In de vorige alinea betoogden we dat er keuzes gemaakt worden in de zorg en ondersteuning aan ouderen. Sinds 2015 zijn de wetten waarmee de ouderenzorg te maken heeft ingrijpend veranderd. Veel zorg vindt plaats op het niveau van gemeenten en de wijk. Daarbij is de wijkverpleging onderdeel van de Zorgverzekeringswet (Zvw) en zijn veel gemeenten bezig met het instellen van sociale wijkteams en andere voorzieningen in het kader van de ondersteuning van haar burgers die het zelf of met hun eigen sociale netwerk niet redden (Wmo). Voordat mensen een beroep kunnen doen op individuele ondersteuning wordt gekeken of de algemene en groepsvoorzieningen soelaas kunnen bieden. Verder geldt dat in het kader van de Wet Langdurige Zorg (Wlz) ook 24-uurszorg in de thuissituatie kan worden geboden.

De schotten in de zorg aan ouderen zijn verlegd. Dat gaat niet zonder slag of stoot. Het rijk bezuinigt op de huishoudelijke hulp. In wijken zijn sociale wijkteams actief (Wmo), maar ook huisartspraktijken en wijkverpleging (Zvw en Wlz). Op tal van plekken ontplooien ook burgers initiatieven om de ondersteuning voor mensen te verbeteren. Burgers vinden in hun eigen netwerk oplossingen voor hun hulpvraag of zetten met anderen coöperaties op. In zijn advies Leren innoveren in het sociale domein pleit de Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling (RMO) ervoor dat gemeenten, die een sleutelpositie innemen bij de transformatie, meer ruimte laten aan burgerinitiatieven en aan maatschappelijke organisaties om te kunnen doen wat nodig is.

Dit alles brengt nieuwe verhoudingen met zich mee. Hoe kunnen verschillende partijen - rijk, zorgverzekeraars, gemeenten, zorgorganisaties en zorgcoöperaties, burgerinitiatieven en bedrijven - met elkaar samenwerken en een link leggen tussen zorg, welzijn, werken en wonen? Hoe komen we tot werkzame verhoudingen zonder dat daardoor de bureaucratie enorm toeneemt en we verzanden in een netwerk van regels en verantwoordingseisen? Het vraagt van verschillende partijen dat zij ook zelf veranderen. En

wellicht, dat zij meer experimenteerruimte toestaan. Nieuwe verhoudingen in de samenleving vragen om vormen van experimentele governance en om meer experimenten en reflectie in samenspraak met andere actoren.

Omdat kwaliteit van leven over het leven zelf gaat en niet alleen over medische vragen, is het van belang ook buiten de zorg te kijken. Een adequate inrichting van de leefomgeving bijvoorbeeld kan de redzaamheid van ouderen vergroten. Kijken naar een betere bewandelbaarheid van buurten of functiemenging van openbare ruimten om de mobiliteit van ouderen te vergroten en ontmoeting te stimuleren. Redzaamheid van ouderen heeft namelijk veel te maken met de mate waarin ouderen mobiel kunnen blijven, met voorzieningen dichtbij, en met de sociale binding in de wijk. Overigens werkt niet alleen de daadwerkelijke inrichting positief op de redzaamheid. Ook het betrekken van (oudere) burgers bij de inrichting en bij het gebruik van de publieke ruimte kan de redzaamheid bevorderen. Burgers in staat stellen verantwoordelijkheid te nemen voor de eigen buurt houdt hen actief en in beweging en levert sociale contacten en netwerken op.

In zijn advies Redzaam ouder doet de RVZ aanbevelingen om met kwetsbaarheid te leren omgaan. Met relatief makkelijke en niet zo heel kostbare aanpassingen in de openbare ruimte en goede zorg en techniek in huis kunnen ouderen zich bijvoorbeeld langer zelf redden. In deze optiek behouden zij langer de regie over hun eigen leven, en hebben zij ook meer keuze. Dat sluit aan bij het idee dat de fase van ouderdom er voor iedereen anders uitziet en door iedereen anders beleefd wordt. Dat schept financiële ruimte om tegelijkertijd voor zeer kwetsbare ouderen, die de essentiële aspecten van het leven (wonen, zorg en welzijn) niet meer kunnen regelen, goede intramurale zorg te bieden. Bovendien betekent deze visie dat er nagedacht moet worden over de wijze waarop deze nieuwe, moderne zorginfrastructuur in de wijk waar meerdere partijen gebruik van maken, kan worden gefinancierd. Ook hier zullen nieuwe modellen en zorgarrangementen nodig zijn.

3.3 Denk meer na over de laatste levensfase

Dat we langer leven brengt ook met zich mee dat er nieuwe vragen rond de laatste levensfase zijn. Medisch is er veel mogelijk, maar hoe willen we onze laatste dagen beleven? Wat vinden we een aanvaardbare dood en wie beslist daarover? We kennen allemaal voorbeelden uit onze omgeving, waar vragen spelen over wel of geen chemokuur, of een levensverlengende ingreep. Of wel of geen behandeling voor onze demente oma of opa met een longontsteking? En wat als oma of opa een wilsbeschikking had die hier een antwoord op zou kunnen geven, maar zij of hij inmiddels wilsonbekwaam is? Moeilijke vragen. Wel vragen waar we als mensen maar ook in de zorg nog meer over na moeten denken. Vormen van moreel beraad kunnen in de zorg helpen nog meer te leren met het levenseinde om te gaan, en het in elke individuele casus zo waardig mogelijk te laten zijn. Het is van belang samen met betrokkenen te kijken hoe het naderende einde betekenisvol beleefd kan worden en dat de wensen hieromtrent zoveel mogelijk worden gerespecteerd. In dat kader is ook te verwachten dat er in de toekomst meer behoefte zal zijn aan hospices waar goede palliatieve zorg kan worden geboden.

3.4 Hooggespecialiseerde verpleeghuiszorg

Soms hebben mensen intensieve zorg nodig. Dat vraagt om specialistische zorg, dus om hoog opgeleide verpleegkundigen. We moeten meer investeren in kennis die nodig

is om deze groep goed te verplegen. Dit vraagt veel van de opleidingen, maar ook dat het werk aantrekkelijk blijft voor mensen die ervoor kiezen. Soms kan deze zorg worden geboden in de thuissituatie, maar niet iedereen kan thuis blijven. Wel is het van belang dat deze zorg is ingebed in de omgeving van het netwerk, en er contact met familie is. Dat het er persoonlijk en huiselijk is, bijvoorbeeld door kleine woonvormen. Het zou mooi zijn als er iets van 'combizorg' ontstaat: hooggespecialiseerde zorg en mantelsteun die samen optrekken. We zien dat ook al in verpleeghuizen, waar het netwerk van bewoners samenwerkt met de zorgverleners. Dat roept nog wel vragen op, over verantwoordelijkheden, risico's en aansprakelijkheid. Ook die discussie moeten we voeren. Daarnaast moet er veel voorlichting komen aan familie vanwege het naderende decorumverlies, zodat de verwachtingen ten opzichte van het verpleeghuis niet te hoog gespannen zijn.

Samenvattend zijn er dus verschillende soorten van zorg nodig, er is behoefte aan variëteit. Thuis, met anderen en publiek/privaat geregeld. Daar hoort ook intensieve zorg bij, het gaat om de hele keten. Het vraagt ook dat we nadenken over nieuwe financieringsmodellen. En er ligt een andere taak voor de overheid: meer steunen, meer ruimte voor experimenten en innovaties, en minder regelen.

Deze bijdrage is mede gebaseerd op adviezen van de rechtsvoorgangers van de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (RVS), te weten de Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling (RMO) en de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ).

Literatuur

Bij het schrijven van dit essay hebben we dankbaar gebruik gemaakt van de volgende bronnen:

Broese van Groenou, M. Familie alleen is niet genoeg voor een goede oude dag. www.socialevraagstukken.nl, 7 juli 2015.

Doorten, I. De sociale dimensie van ouder worden. Achtergrondstudie bij het RVZ-advies Redzaam Ouder (2012). www.raadrvs.nl.

Dorst, M. van. Een duurzaam leefbare woonomgeving. Fysieke voorwaarden voor privacyregulering. Delft, Eburon, 2005.

Dykstra, P.A. Nederlandse families zijn heel stabiel. www.socialevraagstukken.nl, 6 februari 2012.

Dykstra, P.A. et al. Family solidarity in the Netherlands. Amsterdam, Dutch University Press, 2006.

Dykstra, P.A. en T. Fokkema. Persoonlijke zorgnormen: bereidheid te geven én te ontvangen. In: Boer, A. de (red.). Toekomstverkenning informele zorg. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau, 2007.

RMO. Ouderen tellen mee. Den Haag: RMO, 2004.
RMO. Verschil in de verzorgingsstaat. Den Haag, RMO, 2004.
RMO. Verschil maken. Den Haag, RMO, 2006.
RMO. Sociaal bezuinigen. Den Haag, RMO, 2010.
RMO. Rondje voor de publieke zaak. Pleidooi voor de solidaire ervaring. Den Haag, RMO, 2013.
RMO. Terugtreden is vooruitzien. Maatschappelijke veerkracht in het publieke domein. Den Haag, RMO, 2013.
RMO. Leren innoveren in het sociaal domein. Den Haag, RMO, 2014.

RVZ. Redzaam Ouder. Zorg voor niet-redzame ouderen vraagt om voorzorg door iedereen. Den Haag, RVZ, 2012.
RVZ. Het belang van wederkerigheid… solidariteit gaat niet vanzelf! Den Haag, RVZ, 2013.
RVZ. Doorwerken en gezondheid. Den Haag, RVZ, 2015.
RVZ. Verkenning ruimte voor redzaamheid. www.ruimtevoorredzaamheid.nl, 2015.
RVZ. Consumenten eHealth. Den Haag, RVZ, 2015.

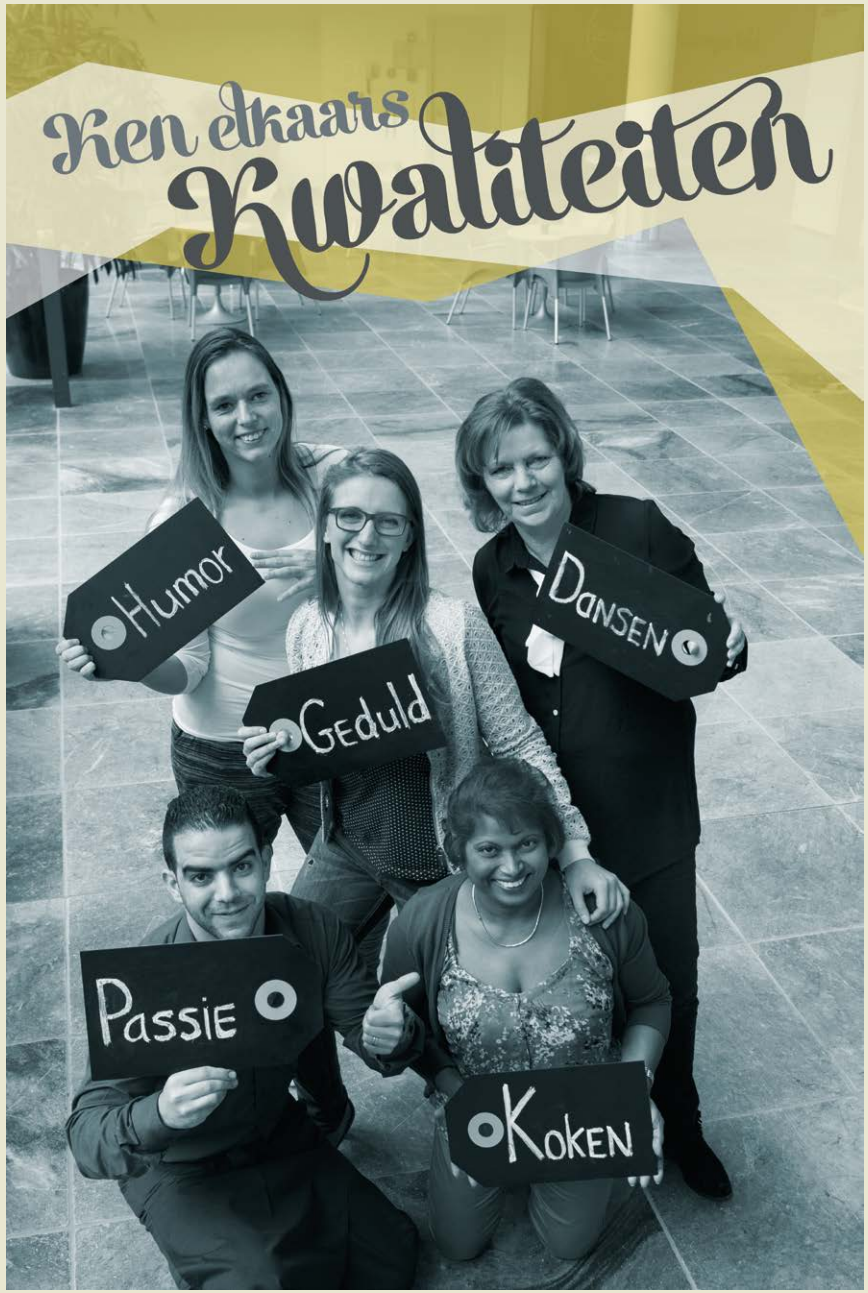
SCP. Kwetsbare ouderen. Den Haag, SCP, 2011.
SCP. VeVeRa IV. Den Haag, SCP, 2011.
SCP. Emancipatiemonitor 2014. Den Haag, SCP, 2014.
SCP. Aanbod van Arbeid 2014. Arbeidsdeelname, flexibilisering en duurzame inzetbaarheid. Den Haag, SCP, 2015.

Stuifbergen, M.C., J.J.M. van Delden en P.A. Dykstra. The implications of today's family structures for support giving to older parents. Ageing & Society, 28, 2008, 413-434.

Thé, A. In de wachtkamer van de dood. Leven en sterven met dementie in een verkleurende samenleving. Amsterdam, Uitgeverij Thoeris, 2004.

Wisse, M. Onze moeder, mijn broer en ik. Waarom we te hoge verwachtigen hebben van de ouderenzorg. Volkskrant, 3 januari 2015.

Westendorp, R. (2014). Oud worden zonder het te zijn. Over vitaliteit en veroudering. Amsterdam/Antwerpen, Uitgeverij Atlas Contact.


Ken elkaars
Kwaliteiten
Humor
Geduld
Dansen
Passie
Koken

Ken elkaars kwaliteiten

Manon Schook werkt in een verpleeghuis waar mensen wonen met dementie en ziet de zorg dus van binnenuit. Ze brengt de rol van het onderwijs ter sprake en heeft het over het belang van evenwichtige teams in de zorg.

Het werken in de ouderenzorg is mij met de paplepel ingegoten. Mijn moeder werkte in een verpleeghuis en ik denk dat ik een jaar of 11 was dat ik voor het eerst met haar meeging. Reuze interessant vond ik dat. Met mijn voorliefde voor oudere mensen koos ik er heel bewust voor om tijdens mijn HBO-V opleiding af te studeren in verpleeghuis Hogeveld, een onderdeel van WZH. Ook werd ik lid van het lectoraat PG. Terwijl mijn studiegenootjes kozen voor werken in het ziekenhuis, besloot ik na mijn afstuderen te blijven werken in het verpleeghuis. Volgens velen niet een erg sexy keuze. Het ziekenhuis staat immers bekend om haar goede zorg, terwijl dit in het verpleeghuiszorg nog wel eens in twijfel wordt getrokken en men al gauw denkt aan het wassen van billen. Dat is enorm jammer, zeer onterecht en voor mij de reden me aan te melden als ambassadeur verpleeghuiszorg. De zorg mag dan anders zijn dan in een ziekenhuis, dat maakt het niet minder mooi; ik probeer er hoe dan ook een feestje van te maken voor de bewoners.

Mantelzorg

Met het oog op 2025 en de huidige ontwikkelingen verwacht ik dat de rol van de mantelzorger steeds groter wordt. We vergeten hierbij alleen nog wel eens de mantelzorger zelf. Wil hij eigenlijk wel mantelzorger zijn en kan hij dat ook wel? Ik werk vaak met plezier samen met mantelzorgers, maar soms zie ik ook dat een mantelzorger eraan onderdoor gaat. Iemand kan bijvoorbeeld niet in de gelegenheid zijn om te mantelzorgen door werk, privéredenen of omdat iemand het niet aan kan. Mantelzorgen zie ik als een keuze en het is mooi als het kan, maar het verplichten werkt niet zonder meer. Dat komt niet ten goede van de zorg.

Daarnaast heb je ook mensen die helemaal geen mantelzorger hebben. Je kan die mensen niet zomaar aan hun lot overlaten, zij hebben ook zorg nodig. We zullen met elkaar moeten kijken hoe we de zorg rondom een bewoner goed georganiseerd kunnen krijgen. Ik geloof niet dat alleen ik die 'belangrijke ander' kan zijn. Die rol moeten we met elkaar oppakken, waarbij het onze taak is er alles aan te doen de bewoner een gevoel van veiligheid te geven.

Scholing

Als de rol van de mantelzorger groter wordt, betekent dat automatisch ook dat scholing moet worden aangepast. Je moet toch leren in je werk om te gaan met de mantelzorger en dat vraagt om competenties. Je hoopt dat wanneer er een nieuwe bewoner komt, je gelijk kan werken aan een goede band met hem en met de mantelzorger. Tegelijkertijd moet je ook realistisch zijn. Soms moet je opkomen voor de bewoner, terwijl dit niet is wat de mantelzorger wil. Hier zal je mee om moeten leren gaan door de mantelzorger te begeleiden. Je kan voor de mantelzorger bijvoorbeeld het onderscheid duidelijk maken tussen 'dit is je moeder' en 'dit gedrag volgt uit de dementie'. Het is dus belangrijk dat het onderwijs zich ook hierop richt en dus voortdurend in gesprek is met de zorg.

Complexere zorg

Een andere ontwikkeling is dat de zorg steeds complexer wordt. Mensen kregen vroeger vrij eenvoudig een indicatie voor een verpleeg- of verzorgingshuis maar dat is nu niet meer zo. Mensen moeten nu redelijk hulpbehoevend zijn voor ze een indicatie krijgen. Dit betekent dat de zorg

Stichting GetOud:

Auteurs:
Marion Duimel,
Ingrid Meijering

zwaarder is geworden en je observatievermogen groot moet zijn. Er komen bijvoorbeeld steeds meer bewoners met dementie én een zware lichamelijke zorgvraag. Probleemgedrag van bewoners ligt niet alleen aan hen, maar zeker ook aan ons. Als je je niet goed inleeft in de bewoner, ontstaat er onbegrip. Wij moeten kritisch naar onszelf en de omgeving kijken en ons ook bij behandelingen blijven afvragen: is dit wel het beste voor de bewoner? Daarbij hoort ook de vraag: wat levert het iemand nog op en wat betekent het voor de kwaliteit van leven van deze persoon? Het leven en het hebben van een goede dag moeten hierin centraal staan in plaats van het (medisch) behandelen.

Samenstelling team

Ik zie in 2025 graag teams die bestaan uit verschillende mensen met verschillende niveaus, waarbij alle niveaus even waardevol zijn. Welke niveaus nodig zijn kan een team heel goed zelf aangeven. Ik geloof niet in een team met alleen maar niveau 5. Juist alle verschillen maken dat je een goed functionerend team wordt. Iemand van niveau 2 kan wel eens enorm goed zijn in het voeren van een gesprek met de familie, waar een niveau 5 weer van kan leren en vice versa.

Zonder de lagere zorgniveaus red je het niet. Het is voor mij namelijk bijna onmogelijk om én iemand in zijn kamer te verzorgen én de woonkamer draaiende te houden. Het zou prettig zijn als er standaard iemand in de woonkamer aanwezig is, iemand die ervoor zorgt dat het daar veilig is, die een spelletje speelt. De situatie is nu dat als ik in de woonkamer bezig ben met een activiteit en er iemand naar de WC moet, de hele activiteit stil ligt. Ik kan wel makkelijk schakelen, maar de bewoners niet. Sommigen zijn hierdoor een hele avond van slag. Hier ligt ook een grote kans voor de samenwerking met vrijwilligers en mantelzorgers.

Kwaliteiten

Een ander aspect in een team zijn de persoonlijke kwaliteiten, dus de kwaliteiten die los van een niveau staan. Wij zijn nu bezig met het maken van een lijst van wie wat leuk vindt en waar de kwaliteiten en krachten van iedereen liggen. Het is belangrijk die van elkaar te kennen en ze ook te gebruiken. Als de één goed is in saté maken, zorg er dan voor dat zij in de gelegenheid wordt gesteld met de bewoners saté te maken. Als een ander gek is op dansen, laat haar dan heerlijk dansen en bewegen met de bewoners op een dansavond. Weer een ander haalt er voldoening uit om de bezoekers een gastvrij gevoel te geven en is daar heel goed in. Dit heeft niets te maken met niveaus en dat moet ook veranderen in de opleiding. Het gaat niet om competentie 1.35.b of iedereen met een niveau 5. Het gaat om mensen en hun kwaliteiten. Daar wordt nu nog te weinig naar gekeken. Iemand met hart voor de zorg die rekenen niet haalt, mag bij wijze van spreken niet door, maar een botte hark die goed kan rekenen wel.

Mijn ideaalbeeld voor 2025 ziet er als volgt uit: er zijn goede teams die in balans zijn en die elkaar kritisch houden en coachen. Teams met mensen van diverse niveaus die van elkaar leren en samen kijken naar wat er nodig is en dat met elkaar organiseren. Het zijn wel zelfsturende teams, maar alle leidinggevenden hoeven er ook weer niet rigoureus uit. Ik vind het zelf bijvoorbeeld erg prettig een leidinggevende te hebben die mij kan coachen en waar ik af en toe zaken of situaties bij neer kan leggen die mij boven de pet gaan. Dat is echt een aanvulling.

Inspiratie

Tenslotte denk ik dat we elkaar nog veel meer kunnen inspireren. Er zijn tegenwoordig zoveel initiatieven buiten

de reguliere zorg waar wij van kunnen leren. Neem stichting Zwementie, waarbij studenten zwemmen met mensen met dementie. Dat is zo ontzettend mooi en inspirerend. Sinds kort zit ik in de Gideonsbende. Dit is een groep mensen uit heel Nederland die het prettig vinden zich te laten inspireren om het anders te doen. We willen met elkaar het beste uit de organisaties halen en proberen op een positieve wijze gehoor te geven aan de veranderingen in de zorg. Het is belangrijk dat goede dingen aan het licht komen en we mooie dingen laten zien, in plaats van dat we het alleen maar hebben over wat er niet goed gaat.

Ik hoop dat we in 2025 een langetermijnvisie hebben en niet meer worden gestuurd door trends. Zo is het niet handig om alles opeens anders te gaan doen, maar het een tijdje later toch weer terug te draaien. Ik denk dat we met elkaar al op de goede weg zijn richting de zorg in 2025. Er zit beweging in, er is aandacht voor en de veranderingen die zijn ingezet hebben al tot goede dingen geleid. Alles in een keer omgooien en vervolgens in chaos verkeren, daar zit niemand op te wachten. Zoals de veranderingen nu gaan, geleidelijk aan, zo is het goed.

De verpleeghuiszorg verandert zeker de komende 10 jaar. De rol van de mantelzorger wordt groter, de zorg wordt complexer, het onderwijs moet hierop aangepast worden, de samenstelling van het zorgteam zal veranderen en we zullen elkaar meer en meer gaan inspireren.

De persoon en zijn relaties écht centraal in 2025?

Trimbos-instituut

Auteurs:
B.M. Willemse
I. van Asch
Y. M. Hof
M. C. van Soest - Poortvliet

Wat zien we als we kijken naar iemand met bijvoorbeeld Parkinson, dementie of een verlies aan capaciteiten na een herseninfarct: zien we de ziekte en de beperkingen? Of zien we de mens hierachter? Wat doen we als een bewoner in een verpleeghuis een poging doet te helpen met afruimen: zeggen we liefdevol dat wij het wel doen? Of moedigen we iemand aan zijn mogelijkheden zoveel mogelijk te benutten? Als je zelf in een verpleeghuis woont, kun je dan het gevoel hebben dat men jou kent, je erbij hoort en van nut bent? Hebben de mensen in je omgeving oog voor hoe je de wereld ervaart en wat jou onzeker of misschien wel angstig maakt en staan ze naast je als je dit nodig hebt? Tot slot, wat is leidend in de zorg die we verlenen: wonen bewoners in de werkomgeving van verzorgenden? Of werken verzorgenden in de woonomgeving van de bewoners?

Bovenstaande vragen spelen momenteel in de verpleeghuiszorg in Nederland. Deze is volop in beweging. Aan de bron staat het streven naar het centraal stellen van de persoon en zijn relaties in de verpleeghuiszorg en alles wat daarbij komt kijken. Dit streven is de basis van de wens van het overheidsbeleid om persoonsgerichte bejegening en de relatie tussen cliënt, zijn naasten en professional centraal te stellen ten behoeve van liefdevolle zorg. Ook de WHO ondersteunt dit door een herformulering van de langdurige zorg[1]: 'de activiteiten die ondernomen worden door anderen om te verzekeren dat mensen met (risico op) een aanzienlijk, voortdurend verlies van eigen capaciteiten een niveau van functioneren kunnen behouden dat overeenkomt met hun basisrechten, fundamentele vrijheden en menselijke waardigheid'. Om een menswaardig bestaan en welbevinden te realiseren voor deze kwetsbare groep mensen is dus de zorg, steun en begeleiding van anderen, zowel van professionele hulpverleners als van familie en vrienden (eigen netwerk, mantelzorgers) nodig.

Daarnaast geeft de WHO aan dat ook voor het welbevinden van deze professionals en mantelzorgers aandacht nodig is. En tenslotte is dit streven een belangrijk aandachtspunt in het onderzoek dat het Trimbos-instituut sinds 2008 uitvoert in de verpleeghuiszorg voor mensen met dementie.

De afgelopen decennia zijn zowel in Nederland als wereldwijd soms voorzichtige, en soms al meer vergaande stappen gezet om de persoon en zijn relaties in de verpleeghuiszorg daadwerkelijk centraal te stellen. Dit is mede op gang gekomen door de opkomst van modellen en concepten van zorg zoals belevingsgerichte zorg, persoonsgerichte zorg, presentie, kleinschalig wonen, het Eden alternatief, Planetree en het initiatief in Zweden, Sylvia Hemmett. Al deze concepten en modellen hebben gemeen dat zij allen grote waarde toekennen aan de relaties in de sociale omgeving van mensen met beperkingen en de interpersoonlijke interacties met deze omgeving. De meeste van deze concepten en modellen zijn ontstaan in de dementiezorg. Maar de essentie ervan biedt ook een mooi streven voor bewoners met andere problematiek. De mate waarin het lukt om het streven in de komende jaren daadwerkelijk te realiseren, zal naar ons idee voor een groot deel bepalen van hoe de verpleeghuiszorg er in 2025 in Nederland uit zal zien en hoe we de hierboven gestelde vragen in de toekomst beantwoorden.

"Ik ben Henk, en alweer meer dan 80 jaar oud. Ik kom uit Leerdam en woon nu hier. Ze zeggen dat ik hier woon omdat het thuis niet meer ging. Het is hier natuurlijk niet zoals het thuis was, maar ze zijn hier goed voor me. En ze kunnen ook niet zonder mij, want wie zorgt er dan voor dat de apparaten die stuk zijn hier gemaakt worden?! Kijk dit is mijn kamer met al mijn modeltractoren. Niet aankomen hoor, die zijn geld waard! Wat hield ik toch van het prutsen aan die grote

machines. Niet voor niks heb ik jaren een eigen loonbedrijf gehad met tractoren. Dit is mijn vrouw, Riet, zij komt elke dag langs en dan drinken we samen koffie."

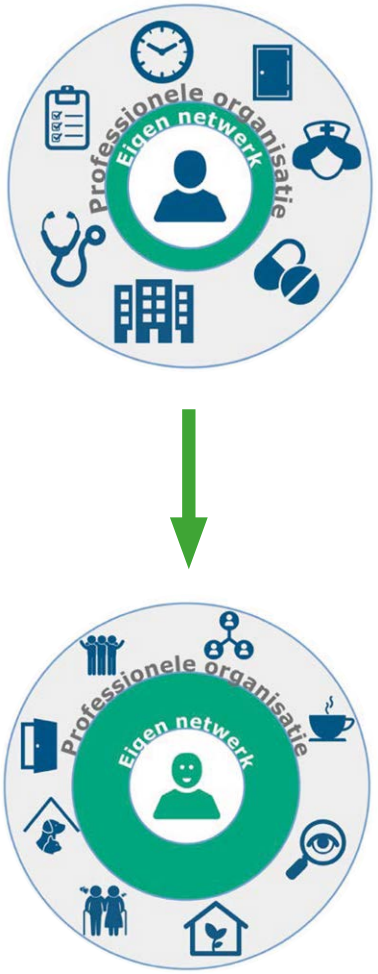
"Ja, ik ben Riet, de vrouw van Henk die sinds een jaar in dit verpleeghuis woont omdat het door zijn dementie thuis niet meer ging. We hebben zijn kamer hier helemaal persoonlijk in kunnen richten met zijn eigen spullen. Hij herkent zijn spullen en ziet zijn kamer meestal als zijn eigen huis. Henk was vroeger altijd apparaten aan het oplappen. Dat doet hij nu nog graag. Tja, toen hij hier net woonde zorgde dit wel voor wat problemen... Hij pakte van alles en nog wat uit de huiskamer en begon als je even niet oplette het uit elkaar te halen. Ik voelde me daar best een beetje vervelend over. Maar zo goed hoe ze dat opgepakt hebben hier! Ze hebben mij en Henk allerlei vragen over zijn leven gesteld en samen met ons heel goede oplossingen gevonden. Ik heb wat spullen van meegenomen die te maken hebben met zijn oude hobby's, zoals een boek over oude tractoren. De verzorging bladert hier regelmatig in met hem. Je verbaast je dan echt over wat hij nog allemaal van tractoren weet, terwijl hij vergeten is wat we een uur geleden gedaan hebben. En de verzorging toont dan echt oprechte interesse in zijn verhaal ook al hebben ze het al zo vaak gehoord. Ook heb ik zijn oude werkbank meegenomen. De man van de technische dienst hier, Joris, zorgt ervoor dat hij apparaten krijgt waaraan hij kan sleutelen. En elke woensdagmiddag sleutelt er iemand samen met Henk. De ene week is dat Joris en de andere week onze oude buurman. Henk geniet hier echt van! Namen kan hij heel slecht onthouden sinds hij dementie heeft. Maar wonder boven wonder onthoudt hij Joris zijn naam maar al te goed. En of die apparaten nou echt gemaakt moeten worden, daar gaat het eigenlijk niet eens om. Henk is nu gewoon lekker bezig, voelt zich hierdoor meer thuis en voelt zich nuttig. Ja, de verzorging weet nu echt wat belangrijk voor hem is om een goede dag te hebben."

Het verhaal van Henk en Riet laat zien hoe het eruit kan zien als de behoeftes van de persoon, zijn welbevinden en de relaties met mensen in de omgeving centraal staan. In de rest van dit stuk noemen we dit persoonsgerichte zorg. Deze zorg staat tegenover de zorgcultuur waar de verpleeghuiszorg vandaan komt: zorg in grote onpersoonlijke gebouwen waarin de ziekte en niet zozeer de mens centraal staat.

Waar staan we nu en hoe staat het ervoor in 2025?

Steeds meer zorginstellingen streven naar persoonsgerichte zorg. Maar, de wereld van Henk en Riet is nog niet overal realiteit. De kreet de 'cliënt staat centraal' is veel gehoord, daarmee staan de behoeftes van bewoners nog niet centraal. Ook is niet meteen alles in de organisatie erop gericht om een optimale relatie tussen bewoners, hun eigen netwerk en de professionele zorgverleners te realiseren.

Wereldwijd wordt opgeroepen de langdurige zorg meer persoonsgericht in te vullen. In Nederland laat de Monitor Woonvormen Dementie zien dat belangrijke stappen zijn gezet, en dat tegelijkertijd nog een wereld te winnen is. Gelukkig zeggen verzorgenden dat zij er goed in slagen zorg te bieden die afgestemd is op individuele bewoners en hun persoonlijkheid. Ook familieleden vinden dat verzorgenden hun naaste warmte bieden en hun verwanten respectvol bejegenen. Ruimte voor verbetering zit in aanbod van bezigheden die aansluiten bij de bewoners. De Monitor laat gelukkig wel een toename zien in de hoeveelheid bezigheden die bewoners hebben. Daarnaast kan meer ingespeeld worden op wat iemand nog kan en wat iemands achtergrond en levensgeschiedenis is. Zo kunnen bewoners op een manier betrokken worden bij dagelijkse bezigheden die aansluit bij hun mogelijkheden en kan hun identiteit versterkt worden door herinneringen op te halen



(te reminisceren) en de wereld en hun gedrag vanuit hun perspectief te begrijpen.

De verwachting is dat het streven naar het centraal stellen van de persoon en zijn relaties de komende jaren steeds meer vorm zal krijgen. De mate waarin het lukt, zal volgens ons bepalen hoe de verpleeghuiszorg in 2025 in Nederland uit zal zien.

Wat is de te verwachten winst?

Als we erin slagen in de verpleeghuiszorg meer persoonsgerichte zorg te realiseren zijn diverse positieve uitkomsten te verwachten. De bevindingen van de Monitor Woonvormen Dementie laten zien dat een meer persoonsgerichte organisatie van de zorg samengaat met:

- hogere kwaliteit van leven van bewoners;
- bewoners die meer betrokken zijn in bezigheden;
- bewoners die minder onbegrepen gedrag vertonen en beter functioneren;
- minder gebruik van rustgevende medicatie en vrijheid beperkende maatregelen;
- meer tevreden en betrokken, en minder belastte familieleden; en
- meer tevreden en betrokken, en minder belastte verzorgenden.

Dit betekent ook dat de verschuiving naar meer persoonsgerichte zorg een oplossingsrichting is voor de kwaliteitsproblemen die op dit moment in de verpleeghuiszorg spelen, zoals het goed omgaan met onbegrepen gedrag, het verminderen van het gebruik van rustgevende medicatie (psychofarmaca) en het verder terugdringen van het beperken van de vrijheid van mensen met dementie. Daarnaast draagt het gezien de te verwachten uitkomsten bij aan de aantrekkelijkheid van werken in de ouderenzorg en een grotere rol van familie in de zorg. Of deze aannames kloppen en wat persoonsgerichte zorg daadwerkelijk oplevert zal nader onderzoek uit moeten wijzen.

Wat is nodig van verschillende betrokkenen om het streven realiteit te maken?

Er zijn veel factoren en betrokkenen die van invloed zullen zijn op in hoeverre de zorg in 2025 meer persoonsgericht is. Denk aan het eigen netwerk van bewoners in de verpleeghuiszorg, de professionele zorgverleners, bestuurders, de maatschappelijke opinie, toezichthouders en het lokale en landelijke beleid. De bevindingen uit de Monitor in de verpleeghuiszorg bieden onder andere zicht op hoe het eigen netwerk en het management en de professionele zorgverleners bij kunnen dragen aan persoonsgerichte zorg. Nader onderzoek moet uitwijzen hoe het streven naar persoonsgerichte zorg in een organisatie het beste in de praktijk gebracht kan worden.

Eigen netwerk

"Daar ben ik weer, Riet, vrouw van Henk, 82 jaar en mijn man woont sinds een jaar in dit verpleeghuis omdat hij de ziekte van Alzheimer heeft. Het moment van opname vond ik erg moeilijk. Hoewel het thuis echt niet meer ging had ik toch wel een beetje het gevoel dat ik hem in de steek liet na 60 jaar huwelijk. Ik vroeg me af hoe ze met hem zouden omgaan en of hij zich thuis zou gaan voelen. En wat zou mijn rol zijn? Na 60 jaar lief en leed delen ken ik hem toch het beste? Zou ik nog wel betrokken worden bij de zorg voor mijn man? En thuis hadden we een casemanager die we ondertussen goed hadden leren kennen, en zij ons. Wat was haar rol nu? Ik zat met ontzettend veel vragen...
Gelukkig hebben mijn man en ik voor de opname een gesprek gehad met de casemanager en Mark, de verzorgende die het

eerste aanspreekpunt is. Mark stelde vragen aan ons over hoe ons dagelijks leven eruit ziet, het beroep van mijn man en wat hij graag doet en wat juist niet.
Aan de casemanager stelde hij vragen over welke zorg Henk al kreeg en hoe het de afgelopen tijd bij ons thuis is gegaan. Dat vond ik erg prettig, zo iemand kan dat toch beter verwoorden. Nu is dit alweer een jaar geleden en vind ik het nog steeds moeilijk dat hij in een verpleeghuis woont, voor mijn gevoel horen we gewoon bij elkaar te zijn. Maar ik ben er wel van overtuigd dat hij in deze fase van zijn ziekte daar beter af is. Zeker nu ik weet hoe betrokken ze zijn. Ze doen er alles aan wat in hun vermogen ligt om mijn man zich thuis te laten voelen en zijn routines te volgen.
Tot mijn grote opluchting word ik ook erg betrokken bij de zorg voor mijn man. Zo hebben we samen een dagplanning gemaakt. Dit is belangrijk voor hem omdat hij altijd al van structuur en routine in zijn dag hield en nu is dit helemaal zijn houvast. Ik kom elke dag om 10.00 uur koffiedrinken en help ook regelmatig met koken zodat ik gerechten kan maken die hij erg lekker vindt. En ze denken ook met mij mee als ik ergens moeite mee heb. In het begin kreeg Henk bijvoorbeeld nauwelijks bezoek van onze vrienden en kennissen, alleen van de kinderen en van mij. Dat vond ik moeilijk. Ik vertelde dat een keer aan de verzorging en samen hebben we nagedacht hoe we ervoor konden zorgen dat de mensen die belangrijk zijn voor Henk ook in het verpleeghuis weer betrokken konden raken."

"Verder hebben wij, de familieleden van de bewoners, en wanneer mogelijk de bewoners zelf, regelmatig overleg met de verzorging. We bespreken dan wat er nog verbeterd kan worden op de afdeling. Zo bleek dat wij allemaal de woonkamer al knus en gezellig vonden, maar het is een oud gebouw en de gangen vonden we maar saai en leeg. Al snel ontstond er een plan om met een paar familieleden en verzorgenden de boel wat op te knappen. Doordat we het echt samen doen en mijn mening ertoe doet, merk ik dat ik met een gerust hart naar huis ga na een bezoek aan Henk. Deze rust en vertrouwen betekenen veel voor mij."

Samenvattend:
- Familie blijft indien aanwezig zoveel als mogelijk betrokken in de zorg voor de bewoner.
- Familie is betrokken bij de gang van zaken in het verpleeghuis.
- Familie en professionele zorgverleners bespreken verwachtingen over en weer.
- Professionele zorgverleners hebben ook oog voor behoeftes en welbevinden mantelzorgers.
- Professionele zorgverleners staan open voor familie, zijn gericht op samenwerking met hen en kunnen ondersteuning bieden aan familie die daar behoefte aan heeft.
- Professionele zorgverleners ondersteunen bij het in stand houden van het eigen netwerk van de bewoner.
- Professionele zorgverleners zijn zich ervan bewust dat meer betrokkenheid van familie niet automatisch meer belasting betekent.

Professionele zorgverleners en management

"Ik ben Mark en al tien jaar eerste aanspreekpunt voor bewoners in het verpleeghuis waar Henk woont. Ik vind het erg belangrijk dat wij zorg bieden vanuit een persoonsgerichte benadering. Dit betekent dat wij waarde toekennen aan alle bewoners, de zorg op hen persoonlijk afstemmen, de wereld vanuit hun perspectief proberen te begrijpen en in onze relatie met hen tegemoet willen komen aan hun behoeftes. Want als je dementie hebt, betekent dat niet dat je geen behoefte meer hebt aan bijvoorbeeld sociaal contact, warmte of nuttig bezig

zijn. Wel maakt de dementie het lastiger om ook daadwerkelijk ook deze behoefte te vervullen. En dan zijn wij ervoor om de persoon hiermee te helpen. Ik geloof dan ook al lang niet meer dat goede zorg alleen maar bestaat uit lichamelijke verzorging, goede medische zorg en een schone kamer. Dat is óók belangrijk, maar iemand heeft meer nodig om zich goed te voelen! De omgeving van de bewoners, zoals partner en kinderen, zijn heel belangrijk om deze manier van zorg te bieden. Door hen te betrekken merk ik dat we de bewoners beter leren kennen en dit meteen ook de maatschappij wat meer naar binnen brengt in ons verpleeghuis. We hebben er de afgelopen jaren samen hard aan gewerkt om deze visie daadwerkelijk in de praktijk te brengen. En dan ben je er niet met een mooi document hoor! We hebben hier veel gesprekken met elkaar over gevoerd, en nog steeds. Ook hebben we veel aandacht besteed aan trainingen en coaching. Daarin gingen we vooral met elkaar in gesprek over: hoe breng je dat nou écht in de praktijk? En nu nog hebben we het er met elkaar over in onze teamoverleggen en bijvoorbeeld in samenwerking met de psycholoog als we beter proberen te begrijpen waarom een bewoner zich gedraagt zoals hij doet."

"Ik ben Jeanet en ben sinds drie jaar zorgmanager in het verpleeghuis waar Henk woont. Als zorgmanager vind ik dat ik hierin een rolmodel ben. Als ik niet op deze manier met de bewoners en de teams omga, dan kan ik dat natuurlijk ook niet van hen verwachten. Het is soms lastig, vooral in de waan van de dag komt het bijvoorbeeld weleens voor dat we toch te snel gaan voor bewoners. En natuurlijk kom je soms dingen tegen waarbij het lastig is de visie die je voor ogen hebt in de praktijk te brengen. Maar ik merk dat als je daar dan maar met elkaar over in gesprek gaat, met elkaar duidelijk hebt waar je het voor doet en je realiseert dat je er altijd aan moet blijven werken, het uiteindelijk wel lukt. Zeker als je medewerkers ook de ruimte geeft om binnen de kaders van de visie hun werk zelf in te delen, merk ik dat dit medewerkers veel energie geeft en zij met goede ideeën komen om zo goed mogelijk met de bewoners om te gaan. En het is natuurlijk van belang niet bang te zijn de expertise van anderen in te schakelen als je er niet uitkomt. Er zijn niet voor niets behandelaars in huis die mee kunnen denken bij complexe situaties. Het gaat er tenslotte om samen de best mogelijke situatie voor de bewoners te creëren. Ook de bestuurders van onze organisatie zijn erg betrokken en dragen de visie uit. Als er beslissingen over het beleid genomen worden, toetsen we die altijd aan de visie. Ze weten wat er gaande is en stimuleren ons ook om nieuwe ideeën uit te proberen. Het helpt ook ontzettend dat de verantwoording aan de inspectie en het zorgkantoor sinds een paar jaar een stuk eenvoudiger is gemaakt en naar ons gevoel zich veel meer richt op waar het om gaat. En dat er in de budgetten meer waardering is voor innovatie. Dit stimuleert ons nu ook echt om te kijken waar we het goed voor elkaar hebben en waar verbetering mogelijk is. Want verbeteren kan altijd!"

Samenvattend:

- Duidelijke visie die vertaald is in beleid en praktijk.
- Waarde hechten aan uitgangspunten van persoonsgerichte zorg, weten wat dit in de praktijk betekent en het tot uiting laten komen in de relatie met bewoners.
- Aandacht besteden aan sociale en psychologische behoeftes en welzijn, wordt ook als werk gezien.
- Aandacht in opleidingen voor beeldvorming en benadering van bewoners in de langdurige zorg.
- Aandacht voor de identiteit van bewoners door hun karakter en levensverhaal te kennen en dit in te zetten in de (continuïteit van) zorg.
- Leidinggevenden en manager zijn een rolmodel, bewaken de visie en scheppen kaders waarbinnen verzorgenden hun werk zelfstandig kunnen inrichten.

- Oog voor behoefte aan en meerwaarde van specialistische zorg blijven inzien.
- Expertise van behandelaars ook op een meer coachende manier inzetten.
- Weloverwogen afwegingen maken als spanningen zich voordoen op het gebied van vrijheid en veiligheid.

Literatuur

World Health Organization (2015). World report on Health and Aging. Genève: World Health Organization.

Willemse, B.M., Wessel, C. & Pot, A.M. (2015). Monitor Woonvormen Dementie: Trends en succesfactoren in de verpleeghuiszorg voor mensen met dementie 2008-2014. Utrecht: Trimbos-instituut.

Alzheimer's Disease International (2013). World Alzheimer Report 2013: Journey of caring, an analysis of long-term care for dementia. London: Alzheimer's Disease International.

Willemse, B.M., Downs, M., Arnold, L., Smit, D. de Lange, J. & Pot, A.M (2014). Staff-resident interactions in long-term dementia care: psychological needs and residents' well-being. Aging and Mental Health,

Willemse, B.M., Smit, D., de Lange, J. & Pot, A.M. (2012). Monitor Woonvormen Dementie: Trends en succesfactoren in de verpleeghuiszorg voor mensen met dementie 2008-2011. Utrecht: Trimbos-instituut.

Willemse, B.M., Wessel, C. & Pot, A.M. (2015). Monitor Woonvormen Dementie: Trends en succesfactoren in de verpleeghuiszorg voor mensen met dementie 2008-2014. Utrecht: Trimbos-instituut.

Verschillende tinten grijs

De diverse opvattingen en behoeften van ouderen bij eigen regie, zelfredzaamheid en informele zorg

NIVEL en EMGO+/VUmc

Auteurs:
Anneke Francke,
Anke de Veer en
Cordula Wagner

In de ouderenzorg moeten de behoeften van bewoners centraal staan, zo staat het in het Plan van Aanpak 'Waardigheid en trots' van het ministerie van VWS. Dit klinkt bekend, want al sinds de jaren '90 staat in beleidsdocumenten van zorgorganisaties dat de behoeften van bewoners hun uitgangspunt zijn, onder noemers als belevingsgerichte zorg, vraaggerichte zorg of kwaliteit van leven. Toch is het evident dat de ouderenzorg moet veranderen. Omdat mooie woorden niet altijd in daden zijn omgezet, maar ook omdat aangesloten moet worden bij de behoeften van toekomstige generaties ouderen. In deze bijdrage gaan we in op wat (toekomstige) ouderen wensen als het gaat om eigen regie, zelfredzaamheid en informele zorg. We zullen laten zien dat er onder ouderen veel diversiteit is. Populair uitgedrukt, 'niet één pot nat, maar verschillende tinten grijs'. Dat betekent dat toekomstige ouderenzorg altijd maatwerk moet zijn.

Eigen regie en zelfredzaamheid

Een belangrijk uitgangspunt van het gezondheidszorgbeleid is dat ouderen die zorg nodig hebben, zoveel mogelijk zelf de regie moeten voeren. In het plan van aanpak van 'Waardigheid en trots' staat daarover: "De wensen van de cliënt en diens verwanten moeten leidend zijn voor de zorg die ze krijgen. Het eigenaarschap van het zorgplan behoort bij de cliënt en de verwanten te liggen, ook wanneer het om dementerende mensen gaat waarbij de professional wellicht een grotere rol heeft bij het opstellen en evalueren van het plan" (VWS, 2015).

Maar hoe denken (toekomstige) ouderen zelf over eigen regie? In landelijk NIVEL-onderzoek onder nog thuiswonende mensen tussen 57 en 77 jaar hebben we gevraagd om vooruit te blikken op toekomstige zorgbehoeften en wensen. Op basis daarvan zijn vier ouderenprofielen onderscheiden (Doekhie e.a., 2014). Ten eerste de pro-actieve ouderen, in dat onderzoek de grootste groep (47%). Deze ouderen vinden het heel belangrijk om over hun eigen leven te beslissen en zelf te bepalen wanneer zij welke zorg krijgen. De pro-actieve ouderen regelen hun zaken graag zelf en hebben vaak een uitgebreid sociaal netwerk.

Ten tweede de zorg wensende ouderen (28%). Deze ouderen hebben het gevoel zelf te kunnen beslissen over hun leven, maar zij vinden, in tegenstelling tot de proactieve ouderen, zelfredzaamheid niet zo belangrijk. Als hun gezondheid achteruit gaat, is het voor hen min of meer vanzelfsprekend dat ze een beroep doen op professionele zorg.

Ten derde de afwachtende ouderen (10%). Deze ouderen ervaren weinig regie, het leven overkomt hen. Zij hechten ook weinig belang aan zelfredzaamheid, en stellen zich afhankelijk op naar professionele zorgverleners en mantelzorgers.

Het vierde profiel betreft de machteloze ouderen (16%). Ook zij hebben het idee dat het leven hen overkomt. Zelf beslissingen nemen over de invulling van hun eigen leven lukt vaak niet. Toch zouden zij graag (meer) zelfredzaam willen zijn, maar door een beperkt sociaal netwerk of armoede zijn zij daartoe niet in staat. Ook problemen op lichamelijk en psychisch vlak belemmeren soms hun eigen regie en zelfredzaamheid. Dit zijn de ouderen die wel willen, maar niet kunnen.

In vergelijking tot de ouderen uit de eerste twee profielen, hebben de zogenaamde afwachtende en machteloze ouderen, vaak een laag opleidingsniveau en minder financiële middelen.

De link tussen opleiding, financiële middelen en gezondheidsgerelateerd gedrag is ook uit ander onderzoek bekend (Rademakers, 2014). Laag opgeleide ouderen met een lage sociaal-economische status hebben vaak weinig kennis over gezondheid, ziekte en zorgmogelijkheden, terwijl die kennis wel belangrijk is om de zorg te kunnen regelen die het beste bij hen past. Belangrijke kennisbronnen zijn zorgverleners, maar ook televisie, tijdschriften, brochures en informatie op internet. Echter, laag opgeleide mensen hebben vaak meer moeite met het begrijpen van vooral schriftelijke informatie. In een maatschappij waar informatie via internet (eHealth) steeds belangrijker wordt, bestaat de kans dat laag opgeleide ouderen nog verder op achterstand komen. Wanneer zo iemand het Nederlands niet als moedertaal heeft, is dat nog extra lastiger; denk bijvoorbeeld aan de groeiende groep Turkse en Marokkaanse migrantenouderen.

Inzet van informele zorg

Het plan van aanpak benadrukt ook dat voor betere kwaliteit van ouderenzorg, inzet van het eigen sociale netwerk belangrijk is. Een lastig punt daarbij is dat niet iedereen een sterk sociaal netwerk heeft (Verver e.a, 2015). Bij de groep ouderen met gezondheidsbeperkingen, geeft meer dan de helft (52%) aan niemand in de omgeving te hebben die mantelzorg kan of wil geven (USP Marketing, 2015).

Wanneer ouderen wel een sociaal netwerk hebben, betekent dat echter niet dat ze automatisch open staan voor mantelzorg. Uit interviews met kwetsbare ouderen blijkt dat zij vaak 'vraagverlegen' zijn en het moeilijk vinden om hun zorgvraag neer te leggen bij mensen uit hun omgeving (Verver e.a., 2015). Vooral op mensen van buiten het eigen gezin, wil men meestal geen hulp krijgen. In het landelijke onderzoek van Doekhie e.a., (2014) gaf 50% van de 57 tot 77 jarigen aan dat als zij in de toekomst persoonlijke verzorging (hulp bij wassen, aankleden en dergelijke) nodig zouden hebben, zij hulp zouden willen krijgen van een partner. Echter maar 19% van deze ouderen wil in dat geval een beroep doen op de eigen volwassen kinderen en slechts 2% noemt overige familie en buren in dit verband. Voor boodschappen of een klusje in huis staan ouderen wat vaker open voor mantelzorg. In dat kader noemt 53% de partner, 33% de eigen (volwassen) kinderen, 6% andere familie en 11% buren als mogelijke toekomstige mantelzorgers. Ook geeft ongeveer een derde aan dat als ze in de toekomst ondersteuning in het huishouden nodig zouden hebben, zij open zouden staan voor hulp door vrijwilligers. Voor hulp bij persoonlijke verzorging, zou nog bijna 1 op de 5 (17%) een beroep willen doen op vrijwilligers (Doekhie e.a., 2014). Waarschijnlijk speelt bij de relatieve openheid voor hulp door vrijwilligers mee, dat men met vrijwilligers veelal geen bestaande relatie heeft, en die relatie dus ook niet onder druk kan komen te staan door zorgtaken.

Wat betekent dit voor de ouderenzorg van de toekomst?

Dat ouderen zo veel mogelijk de eigen regie over hun zorg moeten kunnen voeren, is een beleidsstandpunt dat wij van harte onderschrijven. Er mag echter niet uit het oog verloren worden dat er ook een substantiële groep ouderen is, die eigen regie niet als een groot goed ziet. Dit blijkt onder meer uit ons eigen NIVEL-onderzoek onder 57 tot 77 jarigen die nog niet in een verpleeghuis waren opgenomen, maar wel vooruitblikten op wat zij aan zorg zouden willen hebben als ze zorgbehoeftig zouden worden.
Een deel van de 57 tot 77 jarigen die streven naar eigen regie, zal deze regie door ziekte in de toekomst verliezen. Denk bijvoorbeeld aan verpleeghuisbewoners met dementie, die vaak niet in staat zijn de eigen regie te nemen, zelfs

niet met ondersteuning van professionals en mantelzorgers (als zij die al hebben). Zeker voor die groep zal liefdevolle zorg, respect en waardigheid niet primair samenhangen met de in het Plan van Aanpak (2015) gepropageerde eigen regie over het zorgleefplan. Voor goede zorg zijn eerst en vooral voldoende deskundige verpleegkundigen en verzorgenden die de zorg afstemmen op de individuele zorgbehoeften van bewoners, een goed werkklimaat, samenwerking en overdracht van belang (Damen e.a., 2015; Hingstman e.a, 2012).

Het Plan van Aanpak benadrukt ook dat voor betere kwaliteit van ouderenzorg, inzet vanuit het sociale netwerk belangrijk is. Zeker de naaste familie heeft daarvoor een verantwoordelijkheid, die niet afloopt op het moment dat een zorgbehoevende oudere opgenomen wordt. Ouderen in de intramurale ouderenzorg hebben echter niet allemaal nog vitale familie, buren of vrienden die hen kunnen ondersteunen. Als zij die wel hebben, is het belangrijk te constateren dat naasten ook vanuit emotioneel opzicht waardevol zijn. Juist vanwege deze waarde kunnen ouderen aarzelen om een praktisch beroep op hun familie, vrienden of buren te doen. Dit alles vraagt van zorgverleners communicatievaardigheden en een gevoeligheid voor wat ouderen en hun naasten zelf willen en kunnen.

Opvallend is dat ouderen relatief vaak open staan voor ondersteuning door vrijwilligers. Zeker voor mensen met een beperkt sociaal netwerk, kan vrijwilligershulp mogelijkheden bieden. Getrainde vrijwilligers kunnen ondersteuning bieden bij gezelschap houden, bij naar buiten gaan en andere plezierige en/of praktische activiteiten. Een potentieel van vrijwilligers zit bij toekomstige ouderen zelf. Expliciete aandacht voor het activeren van vitale ouderen die in staat zijn om vrijwilligerswerk te doen is daarom zinvol (o.a. Merten e.a., 2013).

Vanwege de verschillen in wensen en mogelijkheden, zal bij iedere oudere gekeken moeten worden of men ondersteund kan en wil worden door mensen uit het eigen sociale netwerk, en of er ook steun van vrijwilligers wenselijk is. Ook moet daarbij door de betrokken zorgprofessionals nagegaan worden in hoeverre de oudere zelf regie wil en kan nemen. Kwalitatief goede ouderenzorg betekent - ook in de toekomst - eerst en vooral maatwerk.

Literatuur

Doekhie KD, Veer AJE de, Rademakers JJDJM, Schellevis FG, Francke AL. Ouderen van de toekomst. Verschillen in de wensen en mogelijkheden voor wonen, welzijn en zorg. Utrecht: NIVEL, 2014.

Damen N, Koopmans L, Steeg L. van de, Wagner C. Evaluatieonderzoek Proeftuinen Ouderenzorg: lerende teams in de ouderenzorg. Utrecht; NIVEL, 2015.

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

Merten H, de Blok C, Verver D, Wagner C. Evaluatie 'Lang Leve Thuis'. Amsterdam: EMGO+ Instituut, 2013.

Rademakers J. Gezondheidsvaardigheden. Niet voor iedereen vanzelfsprekend. Kennissynthese. Utrecht: NIVEL, 2014.

Verver D, Merten H, Wagner C. Rapportage evaluatie Samenkracht: De kwetsbare ouderen centraal door het optimaal gebruik maken van eigen bronnen. Amsterdam: EMGO+ Instituut, 2015.

VWS. Van Rijn, M.J. Waardigheid en trots. Liefdevolle zorg. Voor onze ouderen. Plan van aanpak kwaliteit verpleeghuizen. Den Haag: Ministerie van VWS, 10 februari 2015.

USP Marketing, 2015. http://www.usp-mc.nl/nieuws/corporaties/senioren-weinig-vertrouwen-in-mantelzorg/

Een goed gesprek over kwaliteit op maat

RIVM-essay voor de essaybundel over de toekomst van de verpleeghuiszorg

RIVM

Auteur:
Casper Schoemaker

Een bewoner in een verpleeghuis heeft zijn kinderen uitgenodigd om op zondagavond weer eens samen naar Studio Sport te kijken. Zij nemen erwtensoep mee – volgens een oud familierecept. Met het bord op schoot leveren ze met zijn allen commentaar op de scheidsrechters. Wanneer een verzorgende ze zo ziet zitten, grijpt ze in. Consumeren van eigen soep is verboden, zegt ze: zo kan de veiligheid en hygiëne niet worden gewaarborgd. De gezinsleden blijven verbaasd achter.

Volgens het programma 'Waardigheid en trots' is het doel van kwalitatief goede verpleeghuiszorg een zo hoog mogelijke kwaliteit van leven voor de cliënt. Uitgangspunt is dat de cliënt zo veel mogelijk zelf beslist. Goede zorg in een verpleeghuis is maatwerk, afgestemd op de wensen en behoeften van de individuele bewoner. Deze geïndividualiseerde insteek van 'kwaliteit van zorg' kan botsen met de bestaande collectieve kwaliteitsregels rond veiligheid en hygiëne, zoals gebeurde met de meegebrachte erwtensoep.
Deze spanning wordt erkend in de nota. Kwaliteit van zorg heeft twee kanten, staat er. Je hebt aan de ene kant, 'de ervaring van de cliënt, die zich vooral richt op woonomgeving en bejegening' en een andere kant 'de veilige zorg, vertaald in meetbare indicatoren'. Om beide opvattingen van kwaliteit van zorg bij elkaar te brengen wordt geopperd dat bewoners, familieleden en zorgverleners in gesprek gaan om samen een afweging te maken, aansluitend bij de persoonlijke waarden en drijfveren van bewoners.
Met dit essay willen we een bijdrage leveren aan zo'n goed gesprek tussen de verzorgenden, de bewoner en diens familieleden. Dat doen we door eerst vanuit vier verschillende perspectieven op gezondheid en zorg te reflecteren op de kwaliteit van zorg in een verpleeghuis. De perspectieven illustreren hoe verschillend bewoners en verzorgenden kunnen denken over kwaliteit van zorg en kwaliteit van leven. Ruimte voor meerdere gezichtspunten kan tijdens het gesprek helpen om elkaar beter te begrijpen. Vervolgens kan men dan samen een gedragen keuze maken, waarin een verantwoord evenwicht wordt gevonden tussen de collectieve en individuele invulling van kwaliteit van zorg. We eindigen dit essay met enkele aandachtspunten en randvoorwaarden voor het voeren van zo'n goed gesprek. Tussendoor, in tekstboxen, beschrijven enkele RIVM-ers hun persoonlijke ervaringen met kwaliteit van zorg in het verpleeghuis.

Vier perspectieven op de toekomst van de verpleeghuiszorg

De vier perspectieven op de toekomst van gezondheid en zorg staan weergegeven op pagina 139. Elk perspectief heeft een eigen visie op kwaliteit van zorg en op kwaliteit van leven. Deze vier perspectieven zijn naar voren gekomen in discussiebijeenkomsten met stakeholders, in het kader van de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2014. De bijbehorende toekomstbeelden zijn met opzet nogal extreem geformuleerd: geen van deze toekomstbeelden zal zelfstandig ooit werkelijkheid worden. Samen laten ze de diversiteit in visies op kwaliteit van zorg in de toekomst zien.

Op en top gezond in het verpleeghuis

In het eerste perspectief 'Op en top gezond' staan drijfveren als bescherming tegen gezondheidsgevaren en een gezonde leefstijl voorop. De zorg is in dit perspectief goed als vroegtijdig overlijden wordt voorkomen.
In verpleeghuizen is 'bescherming tegen gezondheidsgevaren' vastgelegd in een groot aantal medisch-inhoudelijke regels rond medicatie, veiligheid en hygiëne. Deze nadruk op de basisveiligheid is ook logisch omdat verpleeghuisbewoners medisch gezien extra kwetsbaar zijn;

Op en top gezond

Opgaven en drijfveren	> Lang en gezond leven. > Een gezonde leefstijl. > Bescherming tegen gezondheidsgevaren. > Effectieve preventie en effectieve zorg.
Gezondheid	Je bent gezond als je geen ziekte hebt. Je leeft gezond als je niet rookt, gezond eet, en voldoende beweegt.
Preventie en zorg	Bij zorg denk je aan preventie en aan zorg gericht op genezing.
Definitie kwaliteit van zorg	Zorg is goed als zieken worden genezen, en vroegtijdig overlijden wordt voorkomen

Heft in eigen handen

Opgaven en drijfveren	> We weten zelf het beste wat goed voor ons is. > Het gaat om de kwaliteit van ons leven. > De overheid biedt ruimte aan plannen van burgers. > Zorgverleners luisteren naar ons.
Gezondheid	Gezondheid betekent vooral 'kwaliteit van leven'. Wat dat precies inhoudt, bepaalt ieder voor zichzelf.
Preventie en zorg	Preventie en zorg zijn brede begrippen. Ook alternatieve geneeswijzen, en 'life coaches' kunnen hieronder vallen.
Definitie kwaliteit van zorg	Zorg is goed als de patiënt tevreden is. Wat in deze beoordeling meeweegt, bepaalt iedere patiënt voor zichzelf.

Iedereen doet mee

Opgaven en drijfveren	> We beschermen en steunen de zwakkeren > We sluiten niemand uit. > Mensen met gezondheidsproblemen doen mee. > Preventie en zorg richten zich op kwetsbare groepen.
Gezondheid	Het gaat goed met je als je meedoet.
Preventie en zorg	Zorg is veel breder dan medische zorg. Ook welzijnswerk en arbodiensten vallen hieronder. Gehandicaptenzorg en de GGZ spelen een belangrijke rol
Definitie kwaliteit van zorg	Zorg is goed als mensen daardoor weer kunnen meedoen. Dat geldt vooral voor de maatschappelijk zwakkeren

Gezonde welvaart

Opgaven en drijfveren	> Welvaart, ook voor komende generaties. > De overheid houdt voldoende geld over voor onderwijs en andere overheidstaken. > Burgers en werkgevers kunnen de zorgpremies blijven betalen. > Doelmatige zorg voor wie het echt nodig heeft.
Gezondheid	Je bent gezond als je geen zorguitgaven vergoed krijgt van de zorgverzekeraar.
Preventie en zorg	Zorg wordt in dit perspectief versmald tot noodzakelijke zorg, betaald uit de collectieve middelen.
Definitie kwaliteit van zorg	Zorg is goed als deze zinnig en zuinig is. Dat beoordeelt de minister van VWS samen met zorgverzekeraars.

een salmonella-infectie is in deze groep al snel dodelijk. De gevaren komen overigens niet alleen van buiten: voor antimicrobiële resistentie geldt bij voorbeeld dat bewoners een gevaar kunnen vormen voor elkaar. Het gaat bij de basisveiligheid daarnaast om controle op juiste medicatieverstrekking en om het voorkomen van valincidenten.
Een gezonde leefstijl – meer bewegen, niet roken en verantwoord alcoholgebruik – is ook een thema in het kwaliteitsbeleid van veel verpleeghuizen. In de praktijk blijkt dat veel bewoners zelf graag willen beslissen over hun leefstijl. Anders gezegd: dit botst met het derde perspectief 'Heft in eigen handen'.

Iedereen doet mee in het verpleeghuis

In het tweede perspectief 'Iedereen doet mee' zijn de bewoners van verpleeghuizen vooral een maatschappelijk kwetsbare groep, die ondersteund moet worden, en niet mag worden buitengesloten. Goede zorg betekent in dit perspectief dat het verpleeghuis midden in de maatschappij staat, en de bewoners een zinvolle rol hebben.
In dit perspectief is er regelmatig direct contact tussen de bewoners en mensen buiten het verzorgingshuis, zoals vormgegeven in diverse intergenerationele projecten in wonen, zorg en welzijn. Er zijn ook kinderdagverblijven waar ouderen op bezoek kunnen komen, of zorgboerderijen die specifiek gericht zijn op demente ouderen. Het verpleeghuis levert in dit perspectief kwaliteit van zorg door de bewoners te ondersteunen bij het ontplooien van sociale activiteiten. Geriatrische revalidatiezorg, een vrij nieuwe vorm van zorg in het verpleeghuis, is er zelfs op gericht bewoners te laten terugkeren in de maatschappij. Ze worden in dit perspectief niet aangesproken op hun ziekte of beperking, maar op wat ze nog wel kunnen bijdragen. In de nota wordt dit waardigheid genoemd.

"De meeste bewoners van de dementieafdeling gingen vroeg naar bed. Mijn vader niet, dat heeft hij nooit gedaan. Hij bleef dan als enige over in de gezamenlijke woonkamer samen met een verzorgster. Zij kroop dan achter de laptop om de verslagen bij te werken en zette mijn vader bij haar aan de tafel. Mijn vader heeft altijd een goed gevoel voor taal gehad. Daarom vroeg ze hem tussendoor steeds naar de spelling van bepaalde woorden. Het duurde behoorlijk lang, maar er kwam wel steeds een antwoord. Mijn vader vond dat leuk om te doen."

Heft in eigen handen in het verpleeghuis

In het derde perspectief 'Heft in eigen handen' staan drijfveren als autonomie en eigen regie voorop. De zorg is goed als ze aansluit bij de waarden, voorkeuren en behoeften van de bewoner, en diens verwanten. Dit perspectief kent daarmee een individueel ingevulde visie op kwaliteit van zorg, die in de nota uitgebreid aan de orde komt.

Ongeveer 30 procent van de bewoners in verpleeghuizen kan op dit moment niet of nauwelijks meebeslissen over de zorg. Veel zorgvernieuwingsprojecten zijn bedoeld om dat te verbeteren. Daar is meestal een cultuuromslag voor nodig. Wat het soms lastig maakt, is dat veel bewoners zelf niet meer in staat zijn om hun voorkeuren expliciet te maken. De vraag is dan in hoeverre de naasten namens de bewoner kunnen spreken.

"Als ik aan 'eigen regie' denk, denk ik aan mijn oma. Zij was 93, las nog elke dag het NRC maar was fysiek 'op'. Op een gegeven moment dreigde ze alleen nog te kunnen liggen en gevoerd te moeten worden. Dit wilde ze niet. Tot haar opluchting kreeg ze een blaasontsteking. Die heeft ze niet laten behandelen. Ze koos, in overleg met familie en arts, voor palliatieve sedatie. We hebben heel rustig afscheid van haar kunnen nemen. Ze is gesedeerd en werd op een gegeven moment wakker. Toen ze zich realiseerde dat ze nog niet dood was, vroeg ze ons voor haar naar de ijsboer te gaan. Een bolletje vanille en een bolletje aardbei, vond ze lekker. Een paar uur later overleed ze. Op de door haar gekozen wijze."

Gezonde welvaart in het verpleeghuis

In het vierde en laatste perspectief 'Gezonde welvaart' gaat het om doelmatige zorg voor wie het echt nodig heeft. Zorg in het verpleeghuis is goed als ze zinnig en zuinig is, waardoor ook komende generaties ervan gebruik kunnen maken. De stijgende zorgkosten komen weliswaar niet expliciet aan de orde in de nota, maar bepalen op de achtergrond wel de randvoorwaarden voor de veranderingen. Wanneer de zorgverlener en de bewoner samen spreken over mogelijke verbeteringen van de zorg, dan spelen in die discussie uiteraard ook financiële afwegingen een rol. Een belangrijke vraag binnen dit perspectief is of alle veranderingen wel betaald zouden moeten worden vanuit de collectieve middelen.

Beschouwing

In het gesprek tussen professional, bewoner en familie spelen deze perspectieven altijd een rol. Soms is die afweging eenvoudig, omdat perspectieven elkaar versterken. Bij voorbeeld als iemand behandeld wordt voor een infectie en daardoor weer mee kan naar het kinderdagverblijf. Maar soms gaat het tegen elkaar in: zoals we zagen botsen collectieve regels rond veiligheid (perspectief 1) nog wel eens met individuele voorkeuren (perspectief 3).
Hoe vind je als professional in het gesprek met de bewoner en diens verwanten een goed evenwicht tussen collectieve kwaliteitseisen en individuele wensen? Als je te veel meegaat in de regels rond de basisveiligheid, ervaren patiënten de zorg mogelijk als een onpersoonlijk keurslijf.
Maar als je belangrijke regels naast je neerlegt, breng je de bewoner, én de medebewoners mogelijk in gevaar.

Dit is maatwerk: daar zijn geen algemeen geldende regels voor. Het is onder meer afhankelijk van de situatie, de grootte van het verpleeghuis, de mogelijkheden van de mantelzorgers, de toestand van de patiënt en diens wensen en voorkeuren. Al die aspecten zouden in zo'n gesprek aan de orde moeten komen. Daarmee vraagt dit gesprek nogal wat van de organisaties en de professionals van de toekomst. Die zouden daarvoor goed moeten zijn toegerust. Hier beperken we ons tot drie randvoorwaarden: opleiding, richtlijnen en tijd. Net als in het programma 'Waardigheid en trots', kiezen we daarbij voor de verpleeghuiszorg in 2025 als stip op de horizon.

Opleiden van zorgverleners voor de toekomst betekent meer dan het aanleren van technische handelingen, maar bij voorbeeld ook gespreksvaardigheden, waarmee ruimte wordt geboden voor meerdere visies op kwaliteit van zorg en kwaliteit van leven. En naast expliciete gesprekstechnieken gaat het in de praktijk vaak om iets veel subtielers - 'aanvoelen' - zoals blijkt uit de diverse voorbeelden in deze tekst.

"Op de dementieafdeling zaten alle bewoners in de pyjama's in de woonkamer, klaar om naar bed te gaan. De verzorgster deelde de medicijnen uit. Mijn vader had moeite met het doorslikken van zijn pillen en kreeg er een hapje appelmoes bij. Dat smaakte hem zo goed dat hij het hele bakje kreeg aangeboden. De dame tegenover hem keek er jaloers naar. De verzorgster bood haar ook zo'n kuipje aan en dat zette de trend. Even later zaten alle bewoners in de pyjama's achter een bakje appelmoes. Wat maakt het uit, zei de verzorgster. Als ze daar zo van genieten is het toch prima!"

Richtlijnen zijn bedoeld om de kwaliteit van de zorg te verhogen. Maar soms betekent goede zorg dat weloverwogen wordt afgeweken van een richtlijnadvies. Bij een deel van de richtlijnadviezen kan dat prima, bij sommige richtlijnadviezen zou afwijken levensgevaarlijk zijn. In de bestaande richtlijnen is onduidelijk hoeveel ruimte er is om af te wijken. Toevoegen van heldere gebruiksaanwijzingen – denk aan een onderscheid tussen sterke en zwakke adviezen – zou professionals meer houvast geven in het gesprek.

Tot slot. Het voeren van zo'n goed gesprek kost de professional tijd en vooral ruimte in het hoofd. En die rust ervaren veel verzorgenden in het verpleeghuis helaas nog niet altijd. De verzorgende in het Studio Sport voorbeeld waarmee dit essay begon, had die tijd ook niet. Maar ze heeft de familie later die week op een rustiger moment uitgenodigd voor een goed gesprek. Daar is uitgekomen dat de verpleeghuiskok eens in de twee maanden op zondag erwtensoep maakt, geïnspireerd op het familierecept. Volgens de bewoner, die vroeger voetbalscheidsrechter was, heeft de verzorgende daarmee 'het spel goed aangevoeld'.

Literatuur

Ministerie van VWS (2014). Waardigheid en trots. Liefdevolle zorg. Voor onze ouderen. Plan van aanpak kwaliteit verpleeghuizen. Den Haag: VWS.

Schoemaker CG, van Loon AJM, Hoeymans N (2014). Een trendscenario en vier perspectieven voor 2040. De Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2014. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, 158: A7477.

Schoemaker CG, van Everdingen J, van Loon AJM (2015). De toekomst van richtlijnen. Een verkenning aan de hand van de vier perspectieven van de VTV-2014. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, 159: A8347.

Hoeymans N, Loon AJM van, Berg M van den, Harbers MM, Hilderink HBM, Oers JAM van, Schoemaker CG (2014). Een gezonder Nederland. Kernboodschappen van de VTV-2014. Bilthoven: RIVM.

Hoeymans N, et al. (2014). Een gezonder Nederland. De Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2014. www.eengezondernederland.nl. Bilthoven: RIVM.

Landelijk Centrum Hygiëne en Veiligheid. Hygiënerichtlijn voor verpleeghuizen en woonzorgcentra. Politversie oktober 2015. Bilthoven: RIVM.

Haenen A, Alblas J, de Greeff S en Veldman M-J (2014). Surveillance of infections in nursing homes in the Netherlands, a systematic survey is feasible. Int J Infect Control, 10 (4).

van der Lubben M, Visser L, Timmer M, Haringhuizen G, Kraaij-Dirkzwager M, de Greeff S, van Dissel J (2014). Antimicrobiële resistentie - de stand van zaken. TSG 92, 8, p. 307–9.

Aedes-Actiz (2014). Generaties verbinden, inspiratie vinden. Inspirerende voorbeelden van intergenerationele projecten in wonen, zorg en welzijn.

de Bruin, S, Hop P, Molema C, Stoop A, Baan C (2014). Dagbesteding op zorgboerderijen. De onderscheidende waarden voor mensen met dementie en hun mantelzorgers. Bilthoven: RIVM.

van den Berg MJ, de Boer D, Gijsen R, Heijink R, LCM Limburg LCM, Zwakhals SLN (2014). Zorgbalans 2014. De prestaties van de Nederlandse gezondheidszorg. Bilthoven: RIVM.

Schoemaker C, Berg M van den, Proper K, Heijden G van der (2011). GRADE zet bewijs om in concreet advies. Medisch Contact, 66, 45, p. 2756-59.

Solidariteit en keuzevrijheid in de ouderenzorg

Centraal Planbureau

Auteur:
Paul Besseling,
Casper van Ewijk

Ouderenzorg is moeilijk particulier te verzekeren, daarom is een collectieve voorziening van grote waarde. In deze collectieve verzekering is variatie wenselijk. Voor mensen met een hoog inkomen volstaat een beperkte verzekering die geld uitkeert, doch slechts voor helder verifieerbare grote schaden, zoals bij dementie. Lagere inkomens hebben behoefte aan een ruimere dekking van de kosten van ouderenzorg. Een vangnetvoorziening in natura met ruimte voor maatwerk en strikt toezicht op gepast gebruik kan daar in voorzien.

Iedereen heeft er mee te maken

We hebben er allemaal mee te maken. Als kind gingen we op bezoek bij grootouders in een verzorgingshuis. Nu we ouder zijn worden onze ouders geleidelijk aan hulpbehoevend. En er komt een tijd dat we zelf verzorgd moeten worden. We kunnen nog zo verstandig hebben geleefd, maar als we niet vroegtijdig aan een acute aandoening overlijden zullen onze lichamelijke en verstandelijke vermogens langzaam maar zeker minder worden. Ergens tussen onze 60ste en 70ste levensjaar neemt ons vermogen om geld te verdienen zo sterk af dat we maar beter kunnen stoppen met werken. Nog weer tien of twintig jaar later raken we ook het vermogen kwijt om voor ons zelf te zorgen. Het schoonhouden van het huis wordt moeilijker, later ook het koken, wassen en eten. Uiteindelijk kunnen we niet meer helder denken en samenhangende zinnen uitspreken. We zijn dan geheel hulpafhankelijk. Hoe organiseren we individueel en als samenleving de ouderenzorg? En vooral, hoe kunnen we elementen van keuzevrijheid combineren met de zo noodzakelijke solidariteit. Daarvoor is het zaak om eerst stil te staan bij de drie verschillende kanten van solidariteit in de ouderenzorg en wat dat betekent voor de inrichting van het stelsel. Daarna schetsen we de contouren van een mogelijk toekomstig stelsel.

De ouderenzorg vraagt solidariteit van jong met oud

De solidariteit van jong met oud spruit voort uit de omslagfinanciering waartoe in 1968 voor de nieuwe AWBZ werd gekozen. Alle ouderen die in 1968 hulpbehoevend waren, konden vanaf 1 januari 1968 een beroep doen op de regeling. De jongeren van destijds betaalden ervoor via een speciaal tarief in de inkomstenbelasting. Het voordeel van omslagfinanciering was dat de ouderen meteen konden profiteren, zij hadden een forse meevaller. Men hoefde niet eerst jarenlang door premiebetaling recht op zorg op te bouwen om er gebruik van te kunnen maken. En het leek goedkoop: er waren in 1968 nog heel weinig ouderen, dus het AWBZ-tarief was laag. Misschien is daarom wat al te snel gekozen voor een naar internationale maatstaven uitermate ruimhartige voorziening. Het Duitse equivalent, de Pflegeversicherung, kwam pas dertig jaar later tot stand toen het aantal ouderen al fors was toegenomen, en is misschien daarom ook wel aanmerkelijk soberder.

Alles duidt erop dat de vergrijzing nog wel een tijdje zal voortschrijden. Volgens het merendeel van de langetermijnscenario's zal het aantal ouderen tussen nu en 2040 ruwweg verdubbelen, terwijl het aantal premiebetalers grofweg gelijk blijft. Rond 2040 zou een vrijwel stationaire bevolkingsopbouw bereikt worden. Dan staan tegenover elke 75-plusser vier 15-64-jarigen. In 2010 was die verhouding nog een op acht. Vooral door de demografische ontwikkeling gaan de kosten voor alle vormen van langdurige zorg als percentage van het bbp de komende decennia ruim verdubbelen, van 4,1 procent van het bbp in 2010 naar 9 procent in 2040.

Solidariteit van rijk met arm: in geld of in natura?

Alle stelsels van ouderenzorg worden gekenmerkt door

solidariteit van rijk met arm: juist aan de armen wordt zorg verleend die ze uit eigen middelen nooit hadden kunnen betalen. Eerder noemden we dit de zorgsolidariteit: het streven naar een uniforme kwaliteit van zorg voor iedereen. Oorspronkelijk was ouderenzorg ook armenzorg. In landen als de VS en Engeland is de ouderenzorg nog altijd beperkt tot een vangnetvoorziening voor de armsten, andere landen hebben de ouderenzorg verbreed. Nederland is daar wel het duidelijkste voorbeeld van. Sinds 1968 heeft iedereen in beginsel toegang tot hetzelfde, naar internationale maatstaven hoge, niveau van ouderenzorg. De AWBZ is een volksverzekering. In de praktijk zien we wel dat de rijken minder vaak gebruik maken van de collectieve voorziening. Mogelijk hebben ze vanwege een gemiddeld betere gezondheid minder behoefte aan zorg, maar het valt ook op dat ze er vaker de voorkeur aan geven om hun eigen verzorging te organiseren en dat uit eigen zak te betalen. Dat ouderen met een hoger inkomen vaker de zorg zelf regelen heeft deels te maken met de restrictieve manier waarop de zorg wordt verleend, namelijk in natura en niet in geld.

Waarom kiest men in de langdurige zorg vaak voor een variant van de uitkering in natura en minder vaak voor een uitkering in geld? Wellicht omdat het exploiteren van een publiek gefinancierd tehuis waarin de zorg voor iedereen gelijk is goedkoper is. Wellicht ook omdat het aanbod van een uniforme bescheiden kwaliteit van verzorging mensen buiten de deur houdt die het niet echt nodig hebben. Dit heet het zelfselecterend vermogen van uitkeringen in natura, een belangrijk ingrediënt in elke zorgverzekering. Maar waarschijnlijk ook omdat de solidariteit van rijken met armen haar grenzen kent. De rijken zijn bereid bij te dragen op voorwaarde dat het geld nuttig besteed wordt, dat wil zeggen op een manier die de gévers nuttig vinden.

Figuur 1: Keuzevrijheid in de collectieve zorg, variërend van veel (boven) tot geen (onder).

Het minst restrictief zijn stelsels waarbij mensen die verzorging nodig hebben gecompenseerd worden door een uitkering in geld die ze geheel vrij kunnen besteden (Figuur 1). Een dergelijke uitkering is feitelijk onderdeel van het sociale zekerheidsstelsel, nog beter van het totale pakket van belastingen, premies en uitkering, het tax benefit system. Bij de collectieve ouderenzorg komt deze vorm weinig voor. Een uitzondering was de Nederlandse uitkering uit hoofde van de Wet tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten. Meer gebruikelijk is een uitkering die besteed moet worden aan zorg, zoals het Persoonsgebonden Budgetten

(PGB's). Een verdere inperking is dat de uitkering alleen besteed mag worden aan gecertificeerde zorg. Zo'n constructie van uitkeringen in geld die alleen besteed mogen worden aan gecertificeerde zorg worden ook wel Persoonsvolgende Budgetten (PVB's) genoemd. Dat geldt bijvoorbeeld voor de uitkeringen van de Duitse Pflegeversicherung.

Restrictiever zijn systemen waarbij de rekening van de zorgvoorzieningen vergoed wordt, een uitkering in natura dus. Soms mogen mensen zich dan wel onttrekken aan de collectieve voorziening door in plaats van de collectieve verzekering een private verzekering af te sluiten (opting out). Als men zich niet mag onttrekken aan de collectieve verzekering heeft de cliënt soms de vrijheid om extra kwaliteit van zorgdiensten, zoals een kamer alleen, bij te kopen (topping up). Soms biedt het collectieve stelsel helemaal geen enkele keuzevrijheid. Dan is men voor extra kwaliteit aangewezen op een volledig privaat gefinancierd tehuis, terwijl men premieplichtig blijft voor de collectieve verzekering. Dat is de meest restrictieve vorm van een collectieve zorgvoorziening (Figuur 1, onder). De Nederlandse intramurale zorg valt in deze categorie.

Solidariteit van gezond met ziek: een verzekerbaar risico?
De derde vorm van solidariteit is die van 'gezond' met 'ziek', de risicosolidariteit. Binnen elke leeftijdsgroep, en daarbinnen weer binnen elke inkomensgroep, betalen de mensen die geen zorg nodig hebben voor de hulp aan hen die het wel nodig hebben. En deze risicosolidariteit is van grote waarde. Immers, het aantal mensen dat hulp nodig heeft (= de kans dat het risico optreedt) is niet al te groot. Maar als het risico optreedt gaat het doorgaans om zeer grote uitgaven. Door dit risico te poolen in een collectieve regeling wordt het risico voor iedereen beheersbaar. Daar heeft iedereen baat van. Zolang iemand nog gezond is betaalt hij graag premie, 'want het kan jezelf ook overkomen'. Van Ewijk et al (2013) hebben berekend dat de zekerheid die de AWBZ biedt over de levenscyclus een waarde vertegenwoordigt van 90 mld euro. Dit cijfer representeert alleen de waarde van het wegnemen van de financiële onzekerheid. Daarnaast zorgt de collectieve verzekering er ook voor dat de dure vormen van ouderenzorg zoals de langdurige verpleegzorg toegankelijk worden. Dat is dubbele bonus. Nicholas Barr (2010) noemde de langdurige zorg 'a suitable case for social insurance'.

Wat betekent dit voor de toekomst van de ouderenzorg?
De hoofdconclusie is dat bij de inrichting van het stelsel van ouderenzorg hoe dan ook een grote rol is weggelegd voor verzekeringen. De kans dat iemand hulpbehoevend wordt is zo onzeker, de kosten van de benodigde zorg zijn dan zo hoog en de behoefte komt zo laat in het leven aan het licht dat verzekeren hoogst noodzakelijk is. Het kan de vorm krijgen van een collectieve verzekering zoals de AWBZ en de Wmo, een semicollectieve verzekering zoals de aanvullende pensioenen, een private verzekering in de vorm van een lijfrente of een 'verzekering in familieverband', als het maar een verzekering is. Er zijn wel verschillen tussen bevolkingsgroepen.
De waarde van de verzekering is vooral hoog voor mensen met een laag inkomen. Het lage inkomen is doorgaans net voldoende voor de aanschaf van elementaire zaken. Het krappe huishoudbudget biedt geen ruimte om inkomensschokken op te vangen op het moment dat men hulpbehoevend wordt. En uit sociaal oogpunt is het niveau van ouderenzorg zo hoog dat mensen met een laag inkomen het zelfs met de beste wil van de wereld niet uit eigen zak kùnnen betalen. Een collectieve regeling is feitelijk de enige optie. Hooguit kan het aangevuld worden met een bijdrage van de kinderen aan de zorgverlening (mantelzorg).

Figuur 2: Vijf manieren om te voorzien in de behoefte aan ouderenzorg

De collectieve regeling stuit wel op de problematiek die alle verzekeringen kenmerkt, vooral het moreel gevaar: de verzekering dreigt de zelfredzaamheid in brede zin te ondergraven. Om er zeker van te zijn dat de zorg terecht komt bij diegenen die het echt nodig hebben en dat het geld ook daadwerkelijk besteed wordt aan zorg ligt een restrictieve manier van zorgverlening in natura voor de hand. Om maximaal de zelfredzaamheid van de cliënten en de bijdragen van verwanten in te kunnen zetten is maatwerk nodig.

Voor mensen met een hoog inkomen ligt het anders. Voor hen is verzekeren ook waardevol, maar op een beduidend lager niveau. Door het hoge inkomen is men iets beter in staat schokken op te vangen binnen het huishoudbudget. Daar komt bij dat een aantal reguliere uitgaven zoals voor verre reizen komen te vervallen op het moment dat men hulpbehoevend wordt. Daarom hoeven niet alle uitgaven aan zorg gedekt te worden door de verzekering. Dit schept ruimte om ook andere manieren van financiering aan te spreken dan de collectieve verzekering in natura.

Zo kan men denken aan een aanvullende ouderenzorg verzekering, vergelijkbaar met de aanvullende pensioenregelingen, waarbij mensen vanaf de leeftijd van bijvoorbeeld 50 jaar deelnemen en die geld uitkeert vanaf het moment dat iemand ernstig hulpbehoevend wordt. Door de uitkering in de vorm te gieten van een persoonsvolgend budget, niet in natura, krijgen de hulpbehoevenden de regie in handen over de inrichting van het zorgproces, iets waar in toenemende mate behoefte aan is. Overmatig gebruik van de regeling wordt bestreden door alleen uit te keren in geval van ernstige hulpbehoevendheid, en door de uitkering op een aanmerkelijk lager niveau vast te stellen dan de feitelijke kosten van zorg.

Het is niet de enige optie, er zijn er meer. En de verhouding waarin men de collectieve basisregeling met uitkeringen in natura en de aanvullende regeling met een vorm van persoonsvolgende budgetten wil combineren is uiteindelijk een politieke keus, omdat het niet alleen afhangt van allerlei verzekeringstechnische overwegingen maar ook van de vraag hoe solidair men wíl zijn.

Literatuur

Van Ewijk et al (2013)
Nicholas Barr (2010)

Als het thuis niet meer kan... wat willen ouderen dan...

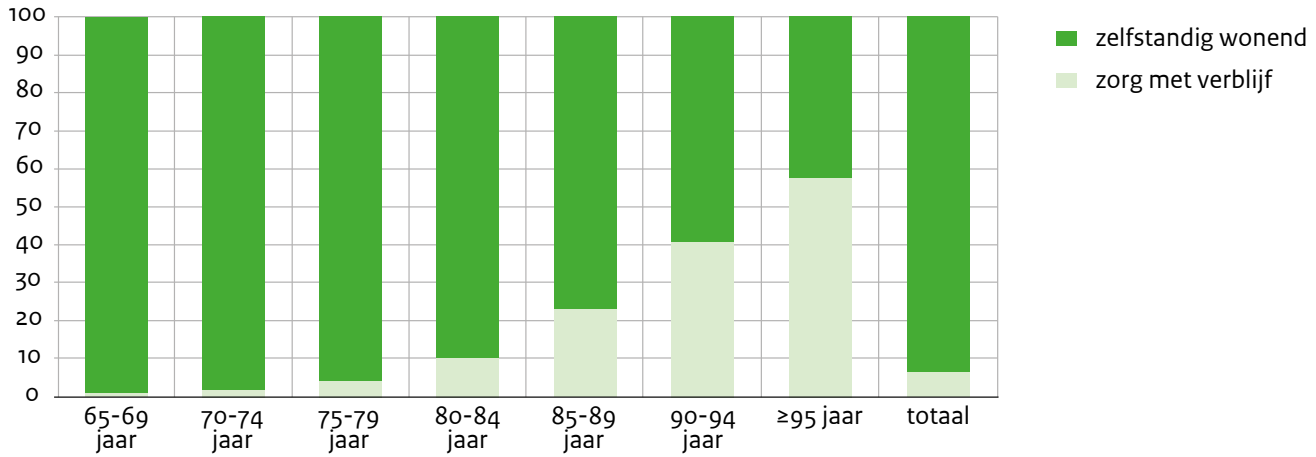
Sociaal en Cultureel Planbureau

Auteur:
Cretien van Campen

Verpleeghuiszorg is nodig als het thuis niet meer kan. Zo stelt staatssecretaris Martin van Rijn in de nota 'Waardigheid en trots, liefdevolle zorg voor onze ouderen.' Hij maakt zich zorgen over de kwaliteit van leven in verpleeghuizen van nu en de nabije toekomst en vraagt zich af hoe de kwaliteit verbeterd en toekomstbestendig gemaakt kan worden. Kwaliteit verwijst in de nota naar kwaliteit van leven èn kwaliteit van zorg. Die hangen in het leven van verpleeghuisbewoners nauw samen, maar vallen niet samen. Het leven van een verpleeghuisbewoner is meer dan de zorg die hij of zij ontvangt (Putters 2015).

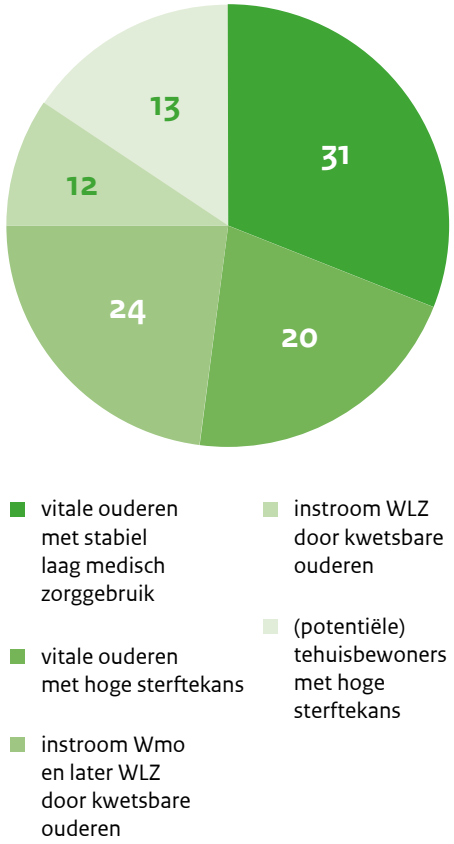
Kwaliteit wordt vaak bekeken vanuit financieel oogpunt– wanneer wordt de zorg te duur en is langdurige opname in een instelling goedkoper - of vanuit het zorgaanbod – wanneer wordt de zorg thuis zo intensief en ingewikkeld dat het voor zorgaanbieders te moeilijk wordt om nog verantwoord zorg van voldoende kwaliteit te leveren. Veel minder vaak kijkt men vanuit de hulpbehoevende: wanneer vindt zij of hij dat het niet meer gaat en wanneer wil zij of hij verhuizen naar een instelling. Dat is niet een keuze die mensen in hun eentje nemen. Ze praten daarover met familie en vrienden. Dit hoofdstuk bekijkt de kwestie van kwaliteit van verpleeghuiszorg in de nabije toekomst vanuit het perspectief van de

Figuur 1 Woonvorm, naar leeftijdscategorie, bevolking van 65 jaar en ouder, eind 2008/begin 2009



Bron: CBS (StatLine), scp-bewerking

Figuur 2. Diversiteit in zorgtrajecten van 65-plussers over een periode van tien jaar, 1998-2008 (percentages)



Bron: SCP 2013

(ouder wordende) hulpbehoevende burger, die vaak maar lang niet altijd het liefst zelfstandig wil blijven wonen. De kwaliteit van leven staat in dit burgerperspectief voorop.

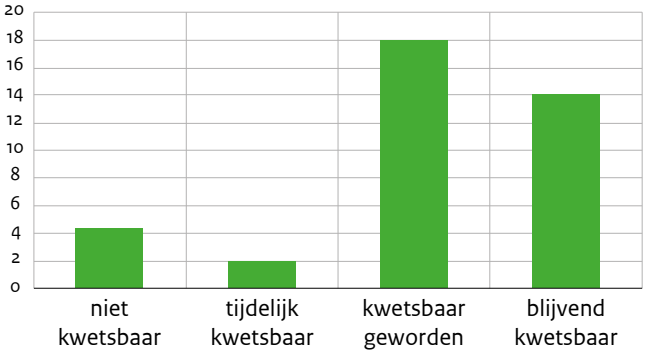
Thuis kan nog het nog best lang

Verpleeghuiszorg komt in beeld volgens de staatssecretaris wanneer het thuis niet meer kan. Je gaat je dan afvragen, waarom het thuis niet meer kan en wat dat zegt over het verlies van kwaliteit van leven, die in de publieke opinie onlosmakelijk verbonden lijkt met de gang naar een verpleeghuis.

Bij 'kunnen' denk je als eerste aan fysiek kunnen. Wanneer worden de beperkingen zo groot dat je thuis niet meer de trap op kunt (al dan niet met een traplift en andere hulpmiddelen), niet meer zelf naar de wc kan, jezelf niet meer kan wassen, aankleden, kan koken en stofzuigen (al dan niet met hulp van familie en thuiszorg)? Fysieke beperkingen nemen toe met de leeftijd, maar in tegenstelling tot wat vaak gedacht wordt, wonen Nederlanders nog tot op hoge leeftijd zelfstandig. Van de 85 tot 90-jarigen woont driekwart nog zelfstandig, bij de 90-95-jarigen nog 60 procent. Pas boven de 95 jaar woont een meerderheid (57%) in een tehuis (Den Draak 2010, De Klerk 2011). Figuur 1 toont dat ouderen nog tot op hoge leeftijd zelfstandig wonen.

Wat gebeurt er in de jaren voor iemand opgenomen wordt in een verpleeghuis? Het beeld dat met de jaren de gezondheid verslechtert en dat men eindigt in het verpleeghuis blijkt niet waar. Volgt men het voorzieningen- en zorggebruik van een grote groep 65-plussers over een periode van tenminste tien jaar dan blijkt veel diversiteit in de zorgtrajecten die ouderen bewandelen voor zij in een verpleeghuis gaan wonen en/of komen te overlijden (van Campen et al. 2013).

Figuur 3. kans op opname in een verzorgings- of verpleeghuis binnen drie jaar naar beloop van kwetsbaarheid bij 65-plussers, 2005/2006 (percentages).



Bron: VU-LASA

Drie van de tien 65-plussers blijft gedurende een periode van tien jaar vitaal en blijft zelfstandig met een laag medisch zorggebruik (zie figuur 2). Twee van de tien heeft weinig gezondheidsproblemen maar overlijdt in deze periode. Een kwart gaat door verlies van hulpbronnen en een geleidelijke verslechtering gebruik maken van de Wmo en een deel daarvan gaat thuiszorg of verpleeghuiszorg (Wlz) ontvangen. Het resterende kwart van de personen gaat gebruik maken van thuiszorg, verpleeghuiszorg of verblijft al langdurig in een zorginstelling (Van Campen et al. 2013).

Het publieke beeld is dat met name dementie verantwoordelijk is voor opname in een verpleeghuis. In werkelijkheid is het een combinatie van cognitieve beperkingen met fysieke beperkingen (moeilijk lopen, slecht horen en zien) en sociale problemen (eenzaamheid, sociale uitsluiting) die langdurige opname bepalen (Gobbens 2010, van Campen 2011).

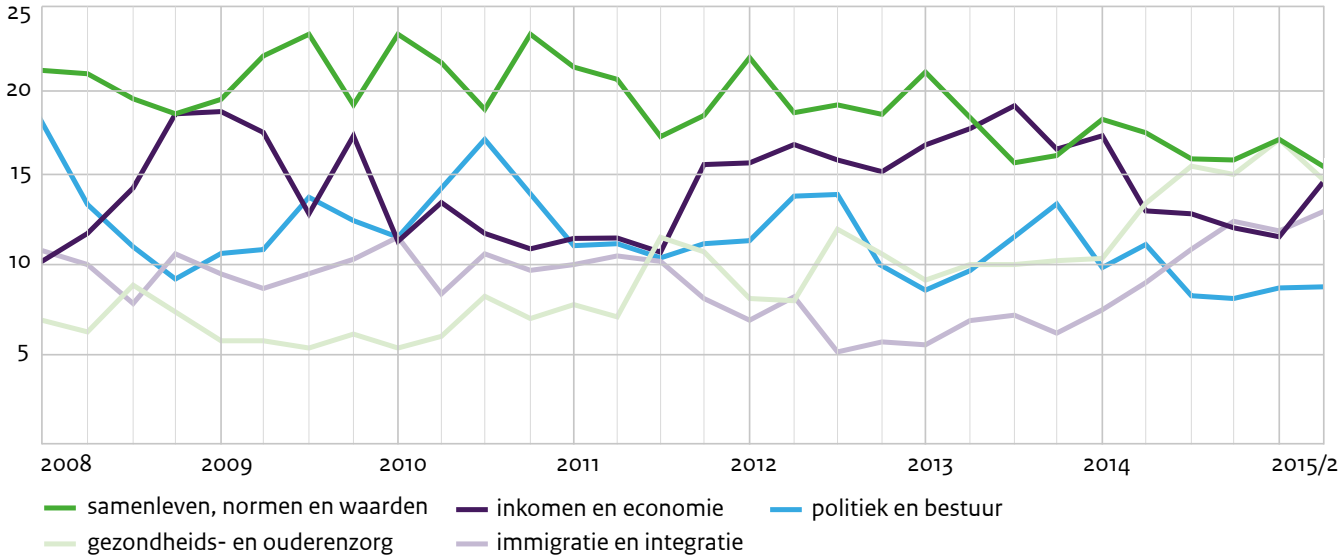
Met lichte dementie kunnen mensen in de praktijk vaak prima zelfstandig blijven wonen, het is de combinatie met andere problemen die ze kwetsbaar maakt en de achteruitgang zozeer versnelt dat opname in een verpleeghuis onontkoombaar is. De mate van kwetsbaarheid van ouderen (een optelsom van fysieke, psychische en sociale tekorten) heeft een sterk voorspellende waarde voor opname in een zorg instelling (figuur 3). Bij de kwetsbare groepen is de kans op opname groter dan bij de niet-kwetsbare groep (en de groep die tijdelijk kwetsbaar is, bijvoorbeeld door een ongeval). Kwetsbare ouderen hebben gemiddeld bijna vijfmaal zoveel kans op opname dan ouderen die blijvend niet-kwetsbaar zijn (Huisman & Deeg 2011).

Waarom niemand naar een verpleeghuis wil

Achter de vraag naar 'wat en kan' schuilt nog een wezenlijker vraag naar 'wat men wil'. Daar is nog weinig aandacht voor in onderzoek en beleid. Wat 'willen' de hulpbehoevende ouderen zelf? Willen ze langer zelfstandig wonen (vgl. Lijzenga & Van der Waals 2014)? Of hoe willen mensen oud worden? Waar willen ze oud worden? Met wie willen ze oud worden? Ook deze vragen zullen een grote diversiteit in wensen naar voren brengen. Over een ding lijkt men het eens.

Bijna niemand lijkt naar een verpleeghuis te willen. Verpleeghuizen hebben een groot imagoprobleem. Het zijn de doemoorden van de Nederlandse samenleving waar mensen hun laatste dagen in stinkende kamers doorbrengen tussen suffende dementerenden. Dat is grof gezegd het publieke beeld. En dat beeld wordt steeds sterker volgens de COB monitor van het SCP (figuur 4).

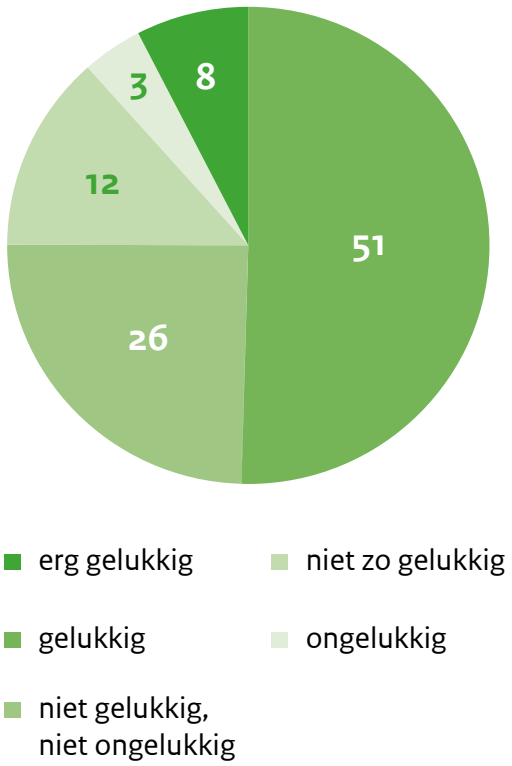
Figuur 4. Ontwikkelingen in het nationale probleembesef[a], de vijf grootste categorieën onderwerpen van het tweede kwartaal 2015, bevolking van 18+, 2008-2015/2 (in procenten van het nationale probleembesef)



Bron: COB 2015

Noot [a] 'Wat vindt u op dit moment de grootste problemen in ons land? Waar bent u zeer negatief of boos over of waar schaamt u zich voor als het om de Nederlandse samenleving gaat?'

Figuur 5. 'In welke mate vindt u zichzelf een gelukkig mens?' volgens bewoners van verzorgings- en verpleeghuizen, 2008/2009 (percentages)



Bron: SCP 2013

De gezondheid- en ouderenzorg werd in 2008 nog het minst als een probleem aangemerkt door een panel uit de bevolking, wordt vanaf 2011 steeds vaker genoemd en behoort in 2015 tot de top-3 van grootste problemen in het land (den Ridder, Dekker & van Houwelingen 2015a). De laatste jaren maakt men zich vaker zorgen over de zorg voor ouderen, terwijl bijvoorbeeld de zorgen over de zorgkosten redelijk stabiel blijven (den Ridder, Dekker & van Houwelingen 2015b).

Ook uit ander onderzoek blijkt dat in vergelijking met andere publieke sectoren zoals onderwijs en bestuur en ook ten opzichte van de medische zorg, specifiek de langdurige zorg beduidend negatiever wordt beoordeeld in de bevolking: bijna de helft van de respondenten vindt deze matig of slecht. Dit geldt met name voor de verzorgings- en verpleeghuizen (Eggink, Verbeek-Oudijk & Pommer 2013). Ook bij de ontwikkelingen in de kwaliteit scoren de verzorgings- en verpleeghuizen het slechtst: ongeveer de helft van de burgers signaleert een achteruitgang.

Bewoners van verzorgings- en verpleeghuizen zijn een stuk positiever dan de publieke opinie (Pommer et al. 2008). Nader onderzoek onder bewoners van verzorgings- en verpleeghuizen onderbouwt deze bevinding. In tegenstelling tot de publieke opinie is een meerderheid van de bewoners van verzorgings- en verpleeghuizen redelijk tevreden (Den Draak 2010, De Klerk 2011).

Van de bewoners die geïnterviewd konden worden (dus niet bewoners van psychogeriatrische afdelingen) is 93 procent tevreden met de zorg, 86 procent met het gebouw en 90 procent met de medebewoners. Bijna drie van de vijf tehuisbewoners zegt gelukkig te zijn. Nog iets meer zeggen tevreden te zijn met het leven dat ze momenteel leiden.

17 procent zegt zelfs gelukkiger te zijn geworden na verhuizing naar het tehuis, 40 procent is even gelukkig en 43 procent is minder gelukkig (Den Draak 2010). Natuurlijk passen mensen zich aan en stellen hun verwachtingen bij. Verhuizen naar een verpleeghuis is een ingrijpende gebeurtenis, waarbij mensen veel achter laten, maar blijkbaar hebben velen nog het vermogen om daarmee om te gaan en zich te redden in de nieuwe omgeving.

Het leven in verzorgings- en verpleeghuizen lijkt minder slecht dan in de publieke opinie gedacht wordt. Er is nog veel te verbeteren in verpleeghuizen en bewoners geven dat ook aan in onze onderzoeken. Het publieke imago van het leven in verpleeghuizen verdient echter wel bijstelling. Het ministerie van VWS heeft een stap in de goede richting gezet met de 'dementievriendelijke samenleving' (TK 2015, van Rijn 2015) door naast medische aspecten aandacht te vragen voor sociale aspecten van dementie, een domein waar we momenteel meer kwaliteit van leven winsten te behalen zijn. De focus op dementie lijkt onnodig beperkend en medicaliseert het vraagstuk. Het gaat ook om lichamelijke, psychische en met name sociale problematiek in ten dele van de samenleving afgesloten oorden.

Om de kwaliteit van leven te kunnen verbeteren moeten de luiken naar de samenleving open. Veel verpleeghuizen openen al hun deuren naar de buurt waar ze voor kwetsbare ouderen diensten aanbieden. Met name onder jongeren leven echter onwerkelijke beelden over ouderen in verpleeghuizen. Het initiatief om studenten te huisvesten in leeggekomen appartementen in verzorgingshuizen lijkt een uitstekend begin. Het (jonge) publiek gaat dan zien dat er niet een typisch 'oudje' is, maar dat er minstens net zoveel diversiteit bestaat onder ouderen als in hun jongerenculturen.

Waarom verheerlijken media de jongerenculturen met verslagen van festivals en kleinschalige initiatieven en waarom gaan ze niet op zoek naar de subculturen van ouderen? In verpleeghuis Hogewey in Weesp houden ze al rekening met zeven leefstijlen: stads, ambachtelijk, Indisch, huiselijk, Goois, cultureel en christelijk. Geef meer aandacht aan deze diversiteit in leefstijlen en wijzen van ouder worden.

De publieke discussie over de kwaliteit van de verpleeghuiszorg kampt met twee mythen:
- Ouderen gaan uiteindelijk allemaal naar het verpleeghuis,
- Verpleeghuizen zijn 'doemoorden' van de samenleving waar men diep ongelukkig wordt.

In de discussie over kwaliteit wordt weinig geluisterd naar verpleeghuisbewoners (van de toekomst). Kwaliteit wordt te snel te gekwantificeerd (indicatoren) en geformaliseerd (cliëntenraden). De verhalen van mensen verdwijnen uit beeld, terwijl die inzicht geven en concrete oplossingen kunnen bieden. Om de valkuil van enkelvoudige schrijnende gevallen te vermijden, zouden we naar zoveel mogelijk betrokken moeten luisteren. Daarbij kunnen we bijvoorbeeld individuele verhalen van mensen met dementie en hun mantelzorgers zoals in het project Dementie Verhalenbank (Thé 2015) combineren met statistieken uit grootschalige onderzoeken onder bewoners en mantelzorger zoals het Onderzoek Ouderen in Instellingen (OII) dat het SCP sinds de jaren negentig regelmatig uitvoert (De Klerk 2011, SCP in voorbereiding). Laten we nu eerst onderzoeken wat ouderen willen, door vooral naar de ervaringen en wensen van de doelgroep te vragen en te luisteren, voor we de speerpunten van beleid op imaginaire windmolens richten.

Literatuur

van Campen, C. , M. Broese van Groenou, D. Deeg en J. Iedema (2013). Met zorg ouder worden. Zorgtrajecten van ouderen in tien jaar. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

van Campen, C. (2011, red.) Kwetsbare ouderen.
Den Haag: SCP

den Draak, M. (2010), Oudere tehuisbewoners. Landelijk overzicht van de leefsituatie van ouderen in instellingen 2008-2009, Den Haag: SCP

Eggink, Evelien, Debbie Verbeek-Oudijk en Evert Pommer (2013). Burgers over de kwaliteit van publieke diensten. Een terugblik over 2002-2010. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau

Gobbens, R. (2010). Frail elderly. Towards an integral approach. Tilburg: proefschrift Tilburg University.

de Klerk, M. (2011). Zorg in de laatste jaren. Gezondheid en hulpgebruik in verzorgings- en verpleeghuizen 2000-2008
Den Haag: SCP.

Lijzenga J. & Th. van der Waals (2014). Woonvoorkeuren specifieke woonvormen voor ouderen: een verhaal met veel gezichten. Arnhem: Companen.

Huisman M. & D. Deeg (2011). Het beloop van kwetsbaarheid. In: C. van Campen (red.) Kwetsbare ouderen. Den Haag: SCP

Pommer, Evert, Hetty van Kempen en Evelien Eggink (2008). De staat van de publieke dienst: het oordeel van de burger over de kwaliteit van overheidsdiensten. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

Putters, K. (2015) Anders ouder. Ook wijzer? In: Uitdagingen voor een goede oude dag. Haarlem: JBC.

den Ridder, J., P. Dekker & P. van Houwelingen (2015a). Burgerperspectieven 2015 | 2. Den Haag: SCP.

den Ridder, J., P. Dekker & P. van Houwelingen (2015b). Zorgen over de zorg: bevindingen in recent onderzoek naar de publieke opinie over de gezondheidszorg.
Bijlage Burgerperspectieven 2015 |3. Den Haag: SCP
http://www.scp.nl/dsresource?objectid=39090&type=org

van Rijn, M.J. (2015) Samenleven met dementie. Brief aan de Tweede kamer, 7 juli 2015 SCP (in voorbereiding). Onderzoek Ouderen in Instellingen 2015-2016.

Thé, B.A.M. (2015). Dementie verhalenbank.
http://www.dementieverhalenbank.nl/

TK (2014) Waardigheid en trots. Liefdevolle zorg. Voor onze ouderen. Plan van aanpak kwaliteit verpleeghuizen.
Den Haag: VWS.

‘Waardigheid en trots’ is een initiatief van het ministerie van VWS en de TaskForce verpleeghuizen, bestaande uit:

ActiZ • BTN • Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) • LOC Zeggenschap in zorg • Ministerie van VWS • Patiëntenfederatie Nederland • Verenso • V&VN • Zorginstituut Nederland • Zorgverzekeraars Nederland (ZN).

Deze bundel is een initiatief de Taskforce verpleeghuizen. De auteurs schetsen een persoonlijk beeld op de toekomst van de verpleeghuiszorg. Dit beeld staat niet per se gelijk aan de mening van de leden van de Taskforce.

Waardigheid en trots
Postbus 19188
3501 DD Utrecht

E: info@waardigheidentrots.nl
T: 030 7892510
W: www.waardigheidentrots.nl

Twitter: @waardigentrots
Facebook: www.facebook.com/waardigheidentrots
LinkedIn: www.linkedin.com/company/waardigheidentrots