

# GENOEG HANDEN, MAAR NIET DE JUISTE

*Ouderenzorg ontbeert voldoende professionaliteit*

De verpleeghuisbewoner is anno 2007 niet meer dezelfde als in de jaren tachtig. Steeds vaker is hij een kwetsbare oudere met meerdere medische problemen. Liefde en aandacht volstaan dan niet. Geriatische deskundigheid is geboden.

MARINELA VAN DEN HEUVEL-OLAROIU

**E**ind mei kondigde het ministerie van VWS in een beleidsbrief aan de Tweede Kamer een grote investering in de ouderenzorg aan. Adviesorganen en experts hebben de laatste tijd de noodzaak van meer gelden voor deze doelgroep dan ook regelmatig benadrukt.<sup>1</sup> Het voornemen van de overheid is goed nieuws. De kern van het nieuwe beleid betreft de aanstelling van 6000 extra verpleegkundigen en verzorgenden in de ouderenzorg en 6000 extra plaatsen voor kleinschalig wonen.<sup>2</sup>

Andere verbeteringen in de ouderenzorg moeten tot stand komen door investeringen in technologie, een integrale aanpak van zorgvragen, het verhogen van de kwaliteit van het werk en het garanderen van meer privacy voor bewoners. Dit is onder meer het resultaat van de 100-dagen-kennismaking van de verantwoordelijke staatssecretaris met de sector voor langdurige zorg. Hierdoor geïnspireerd, dienen de termen verzorgingshuizen en verpleeghuizen nu te

worden vervangen door het begrip 'zorghuizen'.<sup>2</sup> De vraag is natuurlijk of met het voorgestelde beleid de knelpunten in de ouderenzorg ook echt worden aangepakt.

## VERDUBBELING

Prognoses tonen aan dat de prevalentie van chronische aandoeningen, comorbiditeit en zorgafhankelijkheid zal stijgen: ouderdomsziekten als hartfalen, dementie en beroerten zullen in 2020 met 40 procent zijn toegenomen ten opzichte van het jaar 2000.<sup>3</sup> Naar verwachting zullen in 2010 in Nederland 207.000 mensen met dementie kampen; een stijging met gemiddeld 2000 gevallen per jaar. De komende vier jaar zal het aantal plaatsen voor kleinschalig wonen voor demente ouderen daarom worden verdubbeld. Dat komt neer op een stijging met 1000 plaatsen per jaar, een flinke toename, maar toch is daarmee de zorg voor de helft van de 'nieuwe' groep mensen met dementie nog niet geregeld.

Al met al groeit het aantal kwetsbare ouderen dat kampt met toenemende comorbiditeit die leidt tot lichamelijke afhankelijkheid en een verhoogd risico op mortaliteit, met name bij een CVA, gewrichtsaandoeningen of COPD.<sup>3-5</sup> Deze ouderen lopen ook extra risico op een achteruitgang in het mentale functioneren en depressies, terwijl hun zelfwaardering en -vertrouwen afneemt.<sup>6-7</sup> Ook verandert het leefpatroon (voeding, zelfzorg en dagritme) dat de oudere heeft opgebouwd. De cumulatie van (bedreigende) veranderingen maakt de oudere kwetsbaar. Herstel is daardoor vaak niet eenvoudig. Kwetsbare ouderen doen dan ook vaker een beroep op (intensieve) zorg. De medische zorg voor deze groep schiet in Nederland echter tekort door een gebrek aan kennis en het niet delen van wel beschikbare kennis.<sup>8,9</sup>

## VERMIJDBAAR

Uit onderzoek blijkt dat door tijdig te signaleren en te interveniëren, het >>



<< langzame 'verliesproces' bij ouderen is te keren.<sup>10 11</sup> Het intensieve gebruik van zorg, de toenemende afhankelijkheid en het verlies van zelfstandigheid en autonomie zijn dus vermijdbaar. Als spil van de Nederlandse gezondheidszorg heeft de huisarts hierin een belangrijke rol. De zorg voor ouderen die niet direct medische en verpleegkundige geriatrische expertise nodig hebben, hoort dan ook thuis in de eerste lijn (huisarts, thuiszorg, verzorgingshuis).

In de praktijk hebben ouderen met complexe problemen vaak te maken met wachttijden, (te) veel instanties en hulpverleners. Keten zorg zou hiervoor een oplossing zijn. Die aanpak kan doelmatig en doeltreffend zijn bij eenduidige ziektebeelden met een standaardbehandeling en -beloop, zoals CVA's en diabetes. Kwetsbare ouderen daarentegen worden juist gekenmerkt door een afwijkend, individueel patroon dat vraagt om een plan op maat, interdisciplinaire samenwerking en intensieve monitoring. Daarbij moet de regie bij de geriater en/of de geriatrische verpleegkundige liggen. In de praktijk maken ouderen hun entree in het zorgcircuit vaak als partners uit de ketenzorg complicaties niet meer hebben kunnen voorzien of aankunnen. De complexe zorg voor ouderen hoort dan ook in handen te zijn van vakmensen.

#### ZORGKLOOF

De zorg voor kwetsbare ouderen is tot nu toe geconcentreerd in verpleeghuizen, maar deze schieten nog steeds tekort, vooral in expertise en management. Daar wordt overigens wel aan gewerkt, mede nadat de Inspectie voor de Gezondheidszorg vaststelde dat verpleeghuizen de minimale zorg niet garanderen.<sup>12</sup> Eerder is al de vraag gesteld of verpleeghuizen de geïndiceerde zorg met het beschikbare budget wel kunnen leveren.<sup>13</sup>

Uit een analyse blijkt dat de geleverde zorg, ook in best practices, achterblijft bij de geïndiceerde zorg. Er bestaat dus een zogeheten zorgkloof. Daarnaast is sprake van een stagnerende mortaliteitsdaling. Beide zijn redenen tot ongerustheid over de kwaliteit van zorg die Nederlandse ouderen krijgen.<sup>8</sup>

Interessant is dat verpleeghuizen met veel bewoners met een grote zorgzwaarte meer cliëntgebonden formatie - dus direct handen aan het bed - inzetten en een hogere zorgproductiviteit per medewerker kennen in vergelijking met huizen met een 'lichtere' patiëntengroep. Dus verpleeghuizen met 'zware' patiën-

ten hebben minder overheadkosten en investeren meer in handen aan het bed dan in 'organisatiehanden'.

Hoeveel verpleeghuizen investeren er in de verkeerde handen, nu bekend is dat er inhoudelijke expertise ontbreekt? En hoe vaak wordt geconstateerd dat er te veel managers en teamleiders zijn?

#### MARKTWERKING

In het beleid van overheden en instellingen voor ouderenzorg is kleinschaligheid een populair begrip. Dat lijkt een reactie op de fusiegolf van de laatste tien jaar - 59 procent van de instellingen fuseerde tussen 1995 en 2004 met andere 'bedrijven' - en een vorm van anticipatie op markt-

werkers in de ouderenzorg relatief achterblijft.<sup>4</sup>

De sector verpleging en verzorging heeft, ten onrechte, maar wel begrijpelijk, een negatief imago.<sup>2</sup> Dat is te veranderen door vakkundige mensen aan te nemen die trots zijn op hun werk. De inhoud van het werk, het primaire proces, de kwaliteit daarvan en van de professionals zijn daarbij de belangrijkste aandachtspunten.

In de nieuwe beleidsvoorstellen is 'meer handen aan het bed' opnieuw het devies: er moeten nu 6000 handen bij. Toch lijkt het ministerie van VWS het tekort aan arbeidskrachten tegelijkertijd te bagatelliseren met de uitspraak dat

## *Kleinschaligheid op zich leidt niet tot betere zorg*

werking in de sector.<sup>4</sup> Kleinschaligheid is 'in' en er moet dus 'meer' van komen.

Een analyse van de gevolgen van kleinschaligheid voor de kwaliteit en continuïteit van zorg voor kwetsbare ouderen ontbreekt echter. Zij zijn in de eerste plaats gebaat bij medische en verpleegkundige expertise. Interdisciplinaire samenwerking is dan ook essentieel. Dat kan veelal niet lokaal: voor continuïteit en het mobiliseren van expertise is een zekere schaalgrootte nodig. Kleinschaligheid op zich leidt dus niet tot betere zorg, noch tot meer privacy. Het vraagt om een andere rol en andere vaardigheden van verzorgenden. Vanwege de intensievere contacten kan een kleinere schaal de privacy zelfs aantasten.

#### IMAGO

Vaak wordt een dreigend personeelstekort in de ouderenzorg als een groter knelpunt gezien dan de directe gevolgen van de vergrijzing zelf. Dat is vreemd. De preventie van de gevolgen van de vergrijzing en/of de optimale behandeling van ouderen kan er namelijk voor zorgen dat er minder handen nodig zijn.

Als een dreigend tekort aan arbeidskrachten daadwerkelijk het probleem is, dan is het antwoord eenvoudig: stimuleer het volgen van opleidingen die scholen voor het werk in de sector, betaal een goed salaris, schep aantrekkelijke arbeidsvoorwaarden en zet technologie in. Voor die oplossingen is tot nu toe niet gekozen, terwijl de groei van het aantal

'80 procent van de werkdruk komt door gebrek aan goede logistiek op de werkvloer.'<sup>2</sup>

Het aantal handen aan het bed is ook helemaal niet het probleem. Er zijn genoeg handen. De kwaliteit van die handen is het probleem. Ouderenzorg van hoge kwaliteit kan worden geleverd door goed opgeleide verpleeghuisartsen en geriatrische verpleegkundigen. Ook het ministerie van VWS onderkent impliciet het huidige gebrek aan kwaliteit en wil de eindtermen van de curricula laten aanpassen. Er is immers meer kennis nodig over klinische problematiek en behoefte aan gespecialiseerde geriatrische verpleegkundigen. Ook is het nodig dat geriater/verpleeghuisartsen en geriatrische verpleegkundigen een status krijgen die vergelijkbaar is met die van andere specialisten en gespecialiseerde verpleegkundigen. Tot nu toe zijn de niveaus van verpleegkundigen teveel versnipperd en weten zelfs de managers niet meer wat zij kunnen, mogen of willen doen.

#### BONUS

Iedere practicus weet dat de hoeveelheid geleverde zorg niets zegt over de kwaliteit ervan.<sup>13</sup> Kwaliteit moet verankerd zijn in het zorgproces. Iedere hulpverlener zal dat onderschrijven. Het verbeteren van die kwaliteit is al jaren speerpunt van beleid.<sup>14</sup> Maar waarom gaat dat zo moeizaam? Twee zaken belemmeren een doorbraak. Vanuit de politiek

## SAMENVATTING

- De zorg voor ouderen vraagt terecht om maatregelen. Het voorstel van de regering is om meer handen in te zetten in zorghuizen en te investeren in kleinschalig wonen.
- De intensiteit van de zorg aan kwetsbare ouderen is sterk toegenomen vanwege een cumulatie van aandoeningen. Deze cumulatie is vermijdbaar. Hier ligt een taak voor de huisarts.
- Voor kwetsbare ouderen zijn gespecialiseerde kennis, gekwalificeerd personeel en specifieke voorzieningen nodig. Verpleeghuizen investeren nog te vaak in de verkeerde handen, hetgeen leidt tot een 'zorgkloof'.
- Marktwerking en een bonus voor goede zorg dragen niet bij aan verbetering van de zorg voor kwetsbare ouderen. Investeren in betere opleiding, in 'zusters' met gouden handen en een groot hart en in geriateren met een holistische visie helpen wel.

Er moet veel gebeuren in de ouderenzorg. Meer deskundigheid is essentieel, maar niet genoeg. Nodig zijn de 'zuster' met gouden handen en een groot hart en de geriater, de arts, met een holistische visie, klinische ervaring en met handen die veel kunnen. Goed gewaardeerde en prima opgeleide professionals voor ouderen willen en kunnen de zorg leveren die kwetsbare ouderen terecht verwachten. Beleid moet dat helpen realiseren en zo direct bijdragen aan de kwaliteit van leven van verpleeghuisbewoners en de professionals die voor hen zorgen. ■

dr. M. van den Heuvel-Olaroiu,  
verpleeghuisarts

Correspondentieadres: [m.van.den.heuvel@smzg.nl](mailto:m.van.den.heuvel@smzg.nl);  
c.c.: [redactie@medischcontact.nl](mailto:redactie@medischcontact.nl)

Geen belangenverstrengeling gemeld.

De literatuurlijst vindt u onder de digitale versie van dit artikel op [www.medischcontact.nl](http://www.medischcontact.nl).



Voor meer MC-artikelen over de verpleeghuiszorg, de brief van VWS en informatie over het voorgestelde nationaal programma ouderenzorg van ZonMW kijkt u op onze website: [www.medischcontact.nl/dezeweek](http://www.medischcontact.nl/dezeweek).

gestuurde adviescommissies formuleren soms onorthodoxe, onhandige, niet op de inhoud van het zorgprobleem georiënteerde 'oplossingen'. Zo komt een commissie voor de verbetering van de kwaliteit in verpleeghuizen, voorgezeten door een hotelondernemer, natuurlijk met het voorstel voor een sterrensysteem. Ook worden de personele en financiële gevolgen van bepaalde (beleids)maatregelen onvoldoende blootgelegd, zoals het voorstel van de toenmalige staatssecretaris Terpstra om bij nieuwbouw alleen eenpersoonskamers in verpleeghuizen toe te staan, waardoor de besluitvorming in de politiek handig wordt omzeild.

Een nieuwe trovaille van de staatssecretaris is het belonen van goede en veilige zorg. Een hulpverlener kan daarvoor een bonus krijgen, zo is het voorstel van de regering. Maar het is wel pervers, want is het leveren van goede en veilige zorg niet iets dat iedere hulpverlener sowieso al behoort te doen? Kennelijk is dat heden ten dage een achterhaalde opvatting.

Van een hulpverlener mag worden verwacht dat hij inzichtelijk maakt welke prestaties hij levert. Om transparantie te bevorderen, heeft de Gezondheidsraad aanbevolen een sociaal experiment te starten met prestatie-indicatoren. In het Verenigd Koninkrijk is in 2003 een

maatregel ingevoerd op basis waarvan huisartsen een extra beloning krijgen als ze zich aan prestatie-indicatoren houden.<sup>15</sup> Iedereen doet dat netjes, dus voor allen is er extra inkomen, maar ook extra administratie. Maar wat doet men met taken en werkzaamheden die buiten de indicatoren vallen? Krijgen die minder aandacht?

### GROOT HART

De kwaliteit van leven is het ultieme criterium voor medisch en verpleegkundig handelen. Toch staat dat niet altijd voorop: veel kwetsbare ouderen zoeken immers in eerste instantie hulp voor een medisch-verpleegkundig probleem.<sup>14</sup> De kwaliteit van leven, inclusief persoonsgerichte en met liefde gegeven zorg, komt dan later. Bijdragen daaraan vragen overigens ook om deskundigheid, continuïteit en kwaliteit aan zorg, evenals om respect voor de autonomie en de privacy van ouderen.

Het sociale model dat in de jaren tachtig werd geadopteerd door verpleeghuizen, past echter niet meer bij de medische en verpleegkundige hulpbehoefte van de huidige verpleeghuispatiënt.<sup>16</sup> Het voldoet wel in het verzorgingshuis, maar beide instellingen op één hoop gooien onder de noemer 'zorghuizen', is niet handig.

*De sector verpleging en verzorging heeft - ten onrechte, maar wel begrijpelijk - een negatief imago.*

DE FOTO IS HELAAS  
NIET BESCHIKBAAR  
VOOR INTERNET