

Uw netwerk over ondernemen in de zorg

Jaargang 5, nr. 11, november 2011

Thema Ouderenzorg

Walther Sipers en Gerco Verseput (Orbis Medisch Centrum):

'Management rondom patiënt ontwikkelen'

Anders kijken naar de ouderenzorg

Rookpreventie blinde vlek voor zorg

Cees Hertogh: 'Zorg vraagt om hoofd zowel als om handen'



10170672



Kluwer
a Wolters Kluwer business

ALTIJD OP ZOEK NAAR DE JA

Voor deze klanten hebben we 'm gevonden

Onze relatiemanagers weten wat er in de zorgsector van belang is. Met deze kennis en hun vindingrijkheid gaan zij altijd op zoek naar de ja voor uw plan. Met oplossingen voor vandaag maar vooral ook voor de toekomst. Zo kunt u op volle kracht succesvol blijven investeren. Onderstaande financieringen vormen het tastbare resultaat van de samenwerking met een aantal van onze klanten. Wilt u weten hoe we voor u de ja kunnen vinden? **Kijk op abnamro.nl/zorg**

DE BANK ANNO NU  ABN·AMRO

Gedeeld Huisbankier

Groene Hart Ziekenhuis 
Open voor iedereen

Groene Hart Ziekenhuis
Financiering nieuwbouw ziekenhuis,
inventaris en werkkapitaal

EUR 230.000.000

Huisbankier



Sint Maartenskliniek

Sint Maartenskliniek Nijmegen
Financiering werkkapitaal
en ziekenhuisvleugel Nijmegen

EUR 54.000.000

Huisbankier



Laurens
Financiering revalidatiehotel

EUR 35.000.000

Huisbankier

Jeroen Bosch  **ziekenhuis**

Jeroen Bosch Ziekenhuis
Financiering nieuwbouw ziekenhuis,
inventaris en werkkapitaal

EUR 475.000.000

Huisbankier



Stichting Huize Het Oosten

Financiering bouw woonzorgvoorzieningen
en werkkapitaal

EUR 24.500.000

Huisbankier



Hartekamp
Financiering bouw woonzorgvoorzieningen

EUR 78.000.000

Vier fasen van ouderenzorg

Bij de zorg voor ouderen denken we bijna allemaal aan kwetsbare en zorgafhankelijke ouderen. Klopt dit beeld? In 2008 woonden bijna 5% van alle 65-plussers in een verzorgings- of verpleeghuis (RIVM, 2011). Het merendeel van alle 65-plussers woont zelfstandig. Drieënzestig procent van alle 65-plussers is niet kwetsbaar (SCP, 2011). Wellicht hebben de thuiswonende en niet kwetsbare ouderen wel een ziekte, maar zijn zodanig fit en vitaal, dat zij zich prima zelfstandig kunnen redden.

Goede zorg voor ouderen bestaat uit vier fasen: vitaliteit, multimorbiditeit, kwetsbaarheid en afhankelijkheid. Vanuit zorgoogpunt is er in de vitaliteitsfase vooral ruimte voor preventie. Er actief voor zorgen dat de kwalen zo lang mogelijk buiten de deur blijven. Gezond eten, bewegen, niet roken; de meeste mensen weten het wel, maar voegen in de praktijk veel te weinig de daad bij het woord. De overheid zou hier een actieve rol bij moeten spelen, en ook voor de (huis)arts is een nuttige taak weggelegd. Hoe? Elders in dit nummer (p. 18 e.v.) leest u een interview met de zeer bevlogen longarts Wanda de Kanter. Als arts en schrijfster probeert ze op alle manieren het roken uit te bannen.

Alle goede gedragingen ten spijt, veroudering is zelfs met de gezondste levenswijze niet buiten de deur te houden. Op een dag ontstaan de kwalen en die zijn onomkeerbaar. Daarbij komen ze zelden alleen. Deze multimorbiditeitsfase heeft veel zorg nodig. De wijze waarop de geneeskunde deze problemen nu te lijf gaat is zorgwekkend. Meerdere aandoeningen verdienen synergie in de aanpak. Terwijl op dit moment nog steeds elke aandoening singulier wordt behandeld. Orbis Medisch Centrum laat zien dat samenwerking tussen interne geneeskunde en klinische geriatrie essentieel is in dit proces. En dat goede informatisering daarbij ook heel nuttig is (p. 8 e.v.).

De toenemende complexiteit van meerdere interacterende chronische ziekteprocessen en zorgtrajecten maakt een oud mens kwetsbaar. Iedereen kent de patiënten die door een klein ongeval, een griepje of door een ogenschijnlijk kleine ingreep in een vrije val terecht komen, zodat niet zelden een blijvende opname in een verpleeghuis noodzakelijk is en de dood erop volgt. Het interview met Jacobijn Gussekloo (p. 23 e.v.), huisarts en hoogleraar eerstelijns geneeskunde, laat zien dat vroegtijdige opsporing van klachten in de zogenaamde kwetsbaarheidsfase achteruitgang in zelfredzaamheid kan voorkomen of doen vertragen.

De laatste fase in het verouderingsproces is de afhankelijkheidsfase. Lees meer hierover in het interview met Cees Hertogh, hoogleraar ethiek van de zorg voor kwetsbare ouderen (p. 34 e.v.). Een afnemende functie van lijf en brein maakt dat de zorgbehoefte van de alleroudsten toeneemt. Het recht van de sterkste gaat niet meer op, het recht van de kapitaalkrachtigste echter nog wel. Een goede financiële situatie zorgt er nog altijd

voor dat een institutionele opname of onhoudbare thuis-situatie kan worden voorkomen. Er is dringend behoefte aan een publiek debat dat bepaalt wie voor welke kosten de verantwoordelijkheid voor de zorg op zich neemt.

Deze uitgave van *Zorgmarkt* staat in het teken van veroudering. Alle fasen keren als thema van een of meerdere artikelen terug. Een uitgebreid verhaal over veroudering vindt u ook in dit nummer (vanaf p. 13).

Geschreven door ondergetekenden.

Wij wensen u veel inspiratie!

Prof. dr. Rudi Westendorp en ir. Marieke van der Waal,
directeuren van de Leyden Academy on Vitality and
Ageing en gashoofdredacteurs van dit nummer.





Orbis Medisch Centrum wil een senior friendly hospital zijn: een ziekenhuis waarin ouderen met kwetsbaarheid snel worden geïdentificeerd, zodat op die kwetsbaarheid gericht beleid kan worden ontwikkeld. Samenwerking tussen interne geneeskunde en klinische geriatrie is essentieel in dit proces. En goede informatisering helpt ook. In gesprek met Walther Sipers (klinisch geriater) en Gerco Verseput (internist-nefroloog).

Thema Ouderenzorg

Kwetsbaarheid ouderen uitgangspunt in behandeling

‘Management rondom patiënt ontwikkelen’

13 Strategie/organisatie

Thema Ouderenzorg

Anders kijken naar de ouderenzorg

Te weinig wordt de vraag gesteld wat wordt bedoeld met 'zorg voor ouderen'. Hoe kunnen we ooit de zorg voor ouderen goed regelen wanneer we de betekenis niet eenduidig kunnen definiëren? Over verschillende fasen in de ouderenzorg.

18 Preventie

Thema Ouderenzorg

Rookpreventie blinde vlek voor zorg

Roken kost de samenleving miljarden. Maar de zorg is gericht op het behandelen van rokengerelateerde aandoeningen, niet op preventie. 'We verdienen allemaal aan rokers', zegt longarts Wanda de Kanter.

23 Strategie/organisatie

Thema Ouderenzorg

Sterke eerstelijnszorg voor kwetsbare ouderen

75-plussers pro-actief benaderen om (medische) problemen tijdig te signaleren: zestig huisartspraktijken deden onlangs mee aan onderzoek. 'Het is een succes als het achteruitgang in zelfredzaamheid stopt', zegt huisarts en hoogleraar eerstelijns geneeskunde prof. dr. Jacobijn Gussekloo.

30 Case van de maand

Thema Ouderenzorg

Meer levenskwaliteit en doelmatigheid in de zorg

'Standaarden' of 'criteria' gaan de zorg voor ouderen verbeteren. Daar zijn enkele Nijmeegse onderzoekers van overtuigd. Met het project "De Zorg- en Welzijnsstandaard" ontwikkelen en onderzoeken zij een samenhangend zorgaanbod voor ouderen.

3 Redactioneel

6 Actueel

17 **Column** van Kim Putters
Het nieuwe 'polderen'

29 **Column** van Jacqueline Fackeldey
Hoe de Hema hoofd en hart raakt



34 **De Autoriteit** Hoogleraar ethiek van zorg voor kwetsbare ouderen Cees Hertogh pleit voor meer empowerment en een sterker gevoel van eigenwaarde van de zorgmedewerkers.

39 **Kwaliteit en klant** Met de Wet cliëntenrechten zorg wordt er meer van uw klachtenmanagement gevraagd. In dit artikel komen drie speerpunten van cliëntgericht klachtenmanagement aan de orde.

46 **ICT** In no time is de MC Groep omgeturnd tot winstgevende organisatie. Proactieve sturing is daarbij een belangrijke factor. Ook op HR-gebied is de grip sterk verbeterd.

50 **Loopbaan/colofon**

Ideeën voor de toekomst van de ouderenzorg



Bron: De Senior

Wat moeten we met de verpleeghuis- en thuiszorg in de toekomst? 64 procent van de zestig beleidsbepalers op het SBO-congres van 23 juni jl. vindt dat de thuiszorg en verpleegzorg van de toekomst vooral een vangnet moet

zijn voor kwetsbare groepen. Terwijl slechts 36 procent vond dat dit – zoals nu het geval – een verzekerd recht moet zijn voor iedereen. En wie zou eigenlijk verantwoordelijk moeten zijn voor de inkoop van verpleeghuiszorg? Het populairste antwoord was hier de cliënt zelf (62%), en minder: de zorgverzekeraars (28%) en de zorgkantoren (10%). De gemeenten werden hier overigens niet één keer genoemd.

Een ander belangrijk dossier is hoe we de zorg voor ouderen ook in de toekomst kunnen betalen. Veruit het populairste was het vergroten van de doelmatigheid (78%). Ook mensen meer laten sparen (48%) en hogere eigen bijdrages (38%) konden op enig draagvlak rekenen. Het minst populair bleek overigens de maatregel te zijn om te bezuinigen op ouderenzorg (5%).

De beleidsbepalers vroegen aandacht voor preventie, welzijn en bevalen aan uit het medisch model te blijven. Tevens wezen zij op het belang van samenwerking binnen de eerste lijn en het goed opleiden van professionals. Vergeet vooral ook niet de groep kwetsbare ouderen en overschat de eigen regie niet, gaven de geënquêteerden mee. En vergeet het niet aan de oudere zelf vragen: 'Vraag het aan de ouderen van nu! Mijn moeder van 96 die nog zelf thuis woont weet precies wat ze zelf wil'.

De Raad voor Volksgezondheid & Zorg (RVZ) gebruikt de antwoorden voor zijn advies over de zorg voor ouderen dat de Raad aan het voorbereiden is.

Lees: 'Anders kijken naar de ouderenzorg', p. 8 e.v. en het artikel over de kwetsbare ouderen en de verantwoordelijkheid van de samenleving, p. 34 e.v.

Kabinet investeert 40 miljoen in arbeidsmarkt zorg

Het kabinet trekt deze kabinetsperiode bijna 40 miljoen euro uit om zorginstellingen te helpen bij het vinden van voldoende, goed opgeleid personeel en voor het terugdringen van agressie in de zorg. Minister Edith Schippers en staatssecretaris Marlies Veldhuijzen van Zanten (beiden van VWS) schreven dat dinsdag 11 oktober 2011 in een brief aan de Tweede Kamer over de arbeidsmarkt in de zorg. De twee verwachten dat de zorgsector veel nieuwe medewerkers nodig heeft en ze willen de zorginstellingen daarbij helpen. Door de groei van de zorgvraag de komende jaren en de investeringen in de langdurige zorg voor 12.000 mensen extra personeel, zal de zorgsector een groot beroep blijven doen op de arbeidsmarkt. In hun Arbeidsmarktbrief geven beide bewindslieden aan op meerdere fronten de zorginstellingen daarbij te ondersteunen. In de curatieve zorg wordt ingezet op innovatie om arbeid te verlichten, te besparen en om de vrijheid van patiënten te vergroten.

Zie ook het interview met hoogleraar Cees Hertogh op p. 34 e.v.



Minister Schippers in contact met een oudere

Maatschappelijk ondernemingsmodel ontwikkeld

Ondernemerschap moet in deze tijd ook de kwaliteit en innovatie van de maatschappelijke dienstverlening in de zorg, de volkshuisvesting en het onderwijs verbeteren en een bijdrage leveren aan de noodzakelijke kostenbeheersing in deze sectoren. Prof. mr. Louis Houwen heeft daarvoor een maatschappelijk ondernemingsmodel ontwikkeld in zijn inaugurele rede, getiteld 'Van maatschappelijk belang', die hij op 7 oktober jl. heeft uitgesproken bij zijn aanvaarding van de leerstoel privaatspubliek ondernemingsrecht aan de Universiteit van Tilburg.

De hele oratie van Louis Houwen staat op Zorgmarkt.net.

Zoek op 'Zorgondernemerschap'.

nice to meet!
www.woudschoten.nl



Woudschoten
HOTEL & CONFERENTIECENTRUM

Woudenbergsseweg 54
3707 HX Zeist

T 0343 - 492 492
F 0343 - 492 444

E info@woudschoten.nl
I www.woudschoten.nl

Uw netwerk over ondernemen in de zorg

LinkedIn Treed in contact met bijna 1400 collega-bestuurders, -managers en -toezichthouders van zorgorganisaties via onze LinkedIn-groep (niet toegankelijk voor derden).

Vacatures De grootste vacaturebank in Nederland voor leidinggevenden in de zorg, van toezichthouder tot teamleider.

Gratis nieuwsbrief Twee keer per week het belangrijkste nieuws in uw inbox.

Download de app!

Nieuws/Nieuw in dossier Actueel nieuws en achtergrondartikelen vindt u hier.

Draaideur Welke bestuurder komt en wie vertrekt? En welk zorgbedrijf wil fuseren of samenwerken?

In het volgende nummer (nr. 12):

Portret van een zorgondernemer: aan het woord is Guus Bannenberg, bestuurder van de Swinhove Groep en van Corona wonen, over het scheiden van wonen en zorg en over het stimuleren van community-zorg

Case van de maand: huisartsencentrum Cohesie heeft meer dan 110 aangesloten huisartsen. Zij worden ondersteund door het VieCuri ziekenhuis in de vorm van Adhesie dat feitelijk een éénloketfunctie vormt voor de huisartsen

De Autoriteit: Hans Schirbeck, directeur van VGN, spreekt zijn zorgen uit over de overheveling van taken uit de AWBZ naar de Wmo: gemeenten lijken zich hierop te verkijken

Top 3 rijkste en armste in ggz-sector

De Parnassia Bavo groep heeft in 2010 de beste financiële resultaten van de ggz-sector behaald. Deze ggz-organisatie is tevens de rijkste. GGZ Westelijk Noord Brabant daarentegen is de armste en heeft de slechtste resultaten. De RIBW's scoren met 17,8 procent de hoogste omzetgroei en hebben maar liefst een solvabiliteit van 43,9 procent. Ook de aanbieders in de maatschappelijke opvang groeien, en qua resultaten de commerciële aanbieders van ambulante zorg, maar voor de andere aanbieders zijn de tijden van grote omzet- en resultaatgroei voorbij. Dat blijkt uit een analyse van de cijfers in de jaarverslagen door bureau PCKwadraat en Zorgmarkt. De top 3 van rijkste ggz-aanbieders is: 1 Parnassia Bavo groep, 2 Pro Persona en 3 Arkin. De drie armste zijn: 1 GGZ Westelijk Noord Brabant, 2 Stichting InP en 3 Woonzorgnet bv.

De resultaten van 119 ggz-zorgaanbieders, de rankings naar omzet en eigen vermogen alsmede een analyse daarvan staan op Zorgmarkt.net. Kijk onder Benchmark.



Orbis Medisch Centrum wil een senior friendly hospital zijn: een ziekenhuis waarin ouderen met kwetsbaarheid snel worden geïdentificeerd, zodat op die kwetsbaarheid gericht beleid kan worden ontwikkeld. Samenwerking tussen interne geneeskunde en klinische geriatrie is essentieel in dit proces. En goede informatisering helpt ook.

Portret van twee zorgondernemers | Frank van Wijck

Thema Ouderenzorg

Kwetsbaarheid ouderen als uitgangspunt

‘Management rondom patiënt organiseren’

Als volksschrijver Gerard Reve nu had geleefd en geschreven, had hij zijn roman “Oud en eenzaam” wellicht kunnen heruitgeven als “Oud en comorbide”. Hij was populist genoeg om in te haken op wat er in de maatschappij gebeurde, en de koppeling ouderdom en comorbiditeit is beslist aan de orde. Ouderen hebben vaak niet alleen diabetes, of hartfalen of COPD, of een andere chronische aandoening, maar meerdere van zulke chronische ziektebeelden tegelijk. Die beïnvloeden allemaal elkaar én de algemene gezondheidstoestand van de patiënt. En als die patiënt een keer op basis van één diagnose in het ziekenhuis belandt zonder dat met die comorbiditeit rekening wordt gehouden, dan kan dit nadelig uitpakken voor patiënt en ziekenhuis. Bij die patiënt kunnen dan complicaties optreden die hem langer in het ziekenhuisbed houden. En het ziekenhuis moet een intensiever zorgtraject doorlopen met deze patiënt, wat een kostenopdrijvend effect heeft. ‘Je ziet in ziekenhuizen vaak dat de oudere patiënt er al enige tijd verblijft voordat de klinisch geriater van diens aanwezigheid op de hoogte wordt gebracht’, zegt Gaico Verseput, internist-nefroloog en tevens lid van de directie van Orbis Medisch Centrum. ‘De problemen met de comorbiditeit van de patiënt doen zich dan al voor: er treedt een delier op of de patiënt krijgt geneesmiddelen voorgeschreven die hij in verband met een van zijn ziektebeelden eigenlijk niet mag hebben. Dan ben je dus als behandelaars te laat en hol je achter de feiten aan.’

Deze situatie is wel aan het veranderen. Het Veiligheids Management Systeem (VMS) waarmee ziekenhuizen verplicht zijn te werken gebiedt hen om patiënten te scoren op kwetsbaarheid. ‘Je ziet ook wel initiatieven van ziekenhuizen die hiermee aan de slag gaan’, zegt klinisch geriater Walther Sipers van Orbis. ‘Maar zonder goede automatisering is het moeilijk om hierop gericht beleid te ontwikkelen. Bovendien speelt mee hoe de afdeling klinische geriatrie in het ziekenhuis georganiseerd is en of ook echt management rond de patiënt wordt ontwikkeld.’

Samenwerking zoeken

Orbis is gevestigd in een snel vergrijzende omgeving en de afdeling interne geneeskunde zag dan ook al acht jaar geleden de problematiek op zich afkomen van een groeiende groep oudere patiënten met comorbiditeit. ‘We beseften dat het problemen zou gaan geven en dat die als een vloedgolf op ons zouden afkomen als we er niets aan deden’, zegt Verseput. ‘Dit leidde vrijwel automatisch tot de beslissing samenwerking te zoeken met de afdeling klinische geriatrie. Daar bestaat gerichte kennis over ouderen en hun specifieke gezondheidsproblemen, kennis die wij zelf niet hebben maar die wij wel goed kunnen gebruiken.’ In samenwerking besloten de partijen beleid te ontwikkelen dat erop gericht is te voorkomen dat comorbiditeit bij ouderen pas te laat wordt onderkend. Centraal bij de gekozen aanpak staat de vroegtijdige herkenning van de kwetsbaarheid die met comorbiditeit samenhangt. Sipers vertelt: ‘Een patiënt kan langs twee routes het ziekenhuis binnenkomen: acuut of voor een gepland bezoek. In het eerste geval wordt eerst het acute probleem geadresseerd, maar wordt ook meteen gescoord om te bepalen of sprake is van een kwetsbare oudere. Voor het scoren van die



kwetsbaarheid bestaat een vragenlijst die landelijk erkend is voor dit doel. Is inderdaad sprake van kwetsbaarheid, dan wordt daarmee voor het verdere behandeltraject van de patiënt direct rekening gehouden. Komt een patiënt voor een geplande opname naar het ziekenhuis, dan komt die in het preoperatieve traject vanzelf bij de klinisch geriater terecht, zodat die kan zorgen dat in het behandelplan rekening wordt gehouden met diens kwetsbaarheid.' De screeningslijst die wordt gebruikt, houdt rekening met de elementen comorbiditeit, functiebeperkingen en kwetsbaarheid. 'Die begrippen overlappen elkaar', stelt Sipers, 'en de screeningslijst is zo ingericht dat daarmee rekening wordt gehouden. Op grond van deze lijst wordt bij de opgenomen zeventigplussers bij ongeveer veertig procent kwetsbaarheid vastgesteld. Vooral van die groep wil je heel goed in beeld brengen wat de belangrijkste bedreiging op dat moment is, maar ook wat er onderliggend nog meer aan de hand is. De scorelijst is erop gericht die heel praktisch in beeld te brengen. En die samenhang móet je ook zien, want anders kun je nooit optimaal behandelen. Zeventig tot tachtig procent van de ouderen heeft wel enige comorbiditeit, maar kwetsbaarheid gaat verder dan dat alleen. Vandaar dat we dit onderscheid maken.'

Opnameduur beperken

Wie denkt dat dit model eenvoudig toepasbaar is in andere ziekenhuizen, gaat voorbij aan twee belangrijke feiten. In de eerste plaats het gegeven dat in veel ziekenhuizen goede samenwerking tussen de afdelingen interne en klinische geriatrie ontbreekt. 'Ze verdragen elkaar of zien elkaar als concurrenten', zegt Verseput. 'Dan heb je een ander uitgangspunt dan wij hier in het ziekenhuis hadden.'

Het tweede belangrijke feit is dat Orbis een volledig geautomatiseerd patiëntendossier heeft. Sipers: 'De verpleegkundige die de screening op kwetsbaarheid verricht, doet dit niet op een papieren formulier, maar voert de gegevens meteen in in het digitale patiëntendossier.' Maar ook dat is niet het hele verhaal. Verseput zegt: 'Je moet het totaalplaatje behandelen van de patiënt, maar wel alleen voor zover dat bij de ziekenhuiszorg hoort. Integrale zorg dus: de ziekte in combinatie met de kwetsbaarheid, zodat de opnameduur van de patiënt beperkt blijft.'

Om die opnameduur inderdaad beperkt te kunnen houden, is wel goede doorgeleiding van de patiënt naar het volgende onderdeel van de zorgketen nodig. 'Het is niet voor niets dat wij Orbis Medisch en Zorgconcern heten', zegt Verseput. 'We hebben verzorgings- en verpleeghuizen en

'Huisartsen geven het label "kwetsbaar" mee aan ouderen, op het moment dat ze worden ingestuurd voor een opname'

‘Iedereen ziet dat het probleem van kwetsbare ouderen reëel is en dat we daar beleid op moeten maken’

een eigen thuiszorg binnen onze eigen organisatie. En dat is een enorme meerwaarde, want communicatie naar die vervolgstappen – en ook naar de huisarts – is essentieel.’ Met de huisartsen is een project gestart om vroegsignalering van kwetsbare ouderen en de zorg rond opname en ontslag beter te stroomlijnen. ‘We hebben in 2007 de eerste stappen gezet naar de omslag van reactieve naar proactieve zorg voor deze patiëntengroep’, vertelt Sipers. ‘De huisarts kan de kwetsbare ouderen in zijn praktijk in beeld brengen, en hij beschikt ook over toolkits om gericht beleid op probleemgebieden bij deze groep te ontwikkelen. Het gegeven dat er geen match is tussen de ICT van het ziekenhuis en van de huisartsen is natuurlijk een handicap, maar toch is een aantal huisartsen hier direct mee aan de slag gegaan. Zij geven dus het label “kwetsbaar” mee aan ouderen op wie dit betrekking heeft, op het moment dat ze worden ingestuurd voor een opname. Ook de apotheker is een belangrijke sleutelfiguur in dit verhaal. We weten immers dat continuïteit in het medicatiedossier vaak een probleem is in relatie tot opname en ontslag.’

Verantwoordelijkheid nemen

Orbis werkt er dus op alle fronten aan een senior friendly hospital te zijn. ‘De klinisch geriater is dan ook echt zichtbaar in dit ziekenhuis’, zegt Verseput. ‘Niet alleen bij de interne, maar ook bij orthopedie. Als een orthopeed weet dat een oudere met een gebroken heup onder de definitie van kwetsbaar valt, kan hij afspraken maken met de klinische geriatrie over het verloop van het klinisch behandelproces na de operatie.’

Er is dus niet één regisseur, stelt Verseput. De contacten verlopen via de behandelaars die voor iedere individuele patiënt nodig zijn. ‘Wel is er een persoon die de patiënt in de gaten houdt’, zegt hij. ‘Dit kan de huisarts of de praktijkondersteuner zijn, maar ook de verpleegkundige van de afdeling klinische geriatrie. Niemand verschuilt zich voor zijn verantwoordelijkheden. Inmiddels bestaat een cultuur waarin iedereen elkaar kan aanspreken. De introductie van de screening op kwetsbaarheid verliep echt niet vlekkeloos natuurlijk, want mensen zijn in eerste instantie vooral bang dat ze er werk bij krijgen. Maar inmiddels ziet iedereen wel in dat het probleem van kwetsbare ouderen echt reëel is en dat we daar dus maar beter beleid op kunnen maken. Dat voorkomt juist extra werk. En er is een grote druk op de bedden in het ziekenhuis, dus patiënten langer laten liggen dan nodig is, is echt niet aan de orde.’ In hoeverre de patiënt zelf bij dit verhaal kan worden betrokken, hangt af van de aard van diens kwetsbaarheid.

Sipers legt uit: ‘Als sprake is van een cognitieve stoornis, is zelfmanagement door de patiënt niet meer aan de orde. Maar heeft de patiënt alleen fysieke beperkingen, dan kun je die wel degelijk bij het beleid betrekken. Alleen zijn heel veel ouderen nog steeds geneigd te denken: “Als de dokter het zegt, dan doe ik het wel”. En ze hebben niet altijd een voldoende helder beeld van hun eigen situatie om een goed antwoord te geven op de vraag wat zij zelf denken dat beter zou kunnen.’

Het ziekenhuis moet dus leidend zijn in de aanpak, zegt Verseput afsluitend, en samenwerking tussen internisten en klinisch geriater is essentieel. ‘En voor andere ziekenhuizen die onze aanpak willen overnemen, is het belangrijk te beseffen dat motivatie, menskracht en ICT kritische succesfactoren zijn. En je moet het sentiment wegnemen dat bij mensen leeft, de gedachte “we doen het toch al jaren zo”. Mensen moeten het hokjesdenken loslaten en bereid zijn om als team te functioneren.’ |

webiso[®]

Intranet

Kwaliteits-, Arbo- en Milieumanagement

Bezoek www.webiso.be voor meer info





Geldt de zorgplicht ook voor de zorg?

Dirkzwager zorgt dat u het weet.

Het juridische antwoord op een simpele vraag, is vaak gecompliceerder dan verwacht. Met gezond verstand komt u een heel eind, maar voor een écht antwoord is meer kennis nodig. Dirkzwager deelt die kennis graag met u. Bijvoorbeeld via onze gratis Dirkzwager kennis App, de juridische kennisportal www.partnerinkennis.nl en onze geheel vernieuwde website.

Ontdek hoe Dirkzwager kennis deelt op www.dirkzwager.nl!

Wanneer mensen ouder worden gaan ze steeds meer van elkaar verschillen. Verschil in progressie maakt dat de één snel oud is en de ander jong blijft tot op hoge leeftijd. Maar ook de verschijnselen waarmee de oude dag zich manifesteert zijn verschillend. De één verliest zijn verstand maar ziet er goed uit, de ander is breekbaar geworden maar mentaal nog zo scherp als een scheermes. Als mensen zo verschillend oud worden, is het moeilijk voor te stellen dat er één ouderenzorg is. Toch gaan we er vanuit dat we allemaal hetzelfde bedoelen wanneer we spreken over 'de ouderenzorg'. Het tegenovergestelde is echter het geval. Te weinig wordt de vraag gesteld wat wordt bedoeld met 'zorg voor ouderen'. Dit is meer dan een spel van woorden. Hoe kunnen we ooit de zorg voor ouderen goed regelen wanneer we de betekenis niet eenduidig kunnen definiëren?

Strategie/organisatie | Rudi Westendorp en Marieke van der Waal

Thema Ouderenzorg

Anders kijken naar de ouderenzorg

Voor elke fase andere zorg

Er zijn wel degelijk wetmatigheden in het verouderingsproces waarmee het mogelijk is een 'raster' te beschrijven dat voor de meerderheid van de mensen toepasbaar is. Hoe scherper dit raster kan worden beschreven, des te beter de verschillende onderdelen van de ouderenzorg kunnen worden gedefinieerd, worden ingericht en worden toegepast. Het verouderingsproces bestaat uit vier fasen; vitaliteit, multimorbiditeit, kwetsbaarheid en afhankelijkheid. Onderliggend oorzakelijk mechanisme is een graduele opstapeling van blijvende schade die in een gezond lijf aanleiding is tot disfunctie, ziekte, gebreken en handicaps, tot de dood erop volgt. Niet direct een aantrekkelijk vooruitzicht, maar maatgevend is dat het verouderingsproces de kwaliteit van leven niet aantast. Het persoonlijk welbevinden is niet zozeer gebonden aan leeftijd, maar wel aan kwaliteit van zorg. Grijs- en kaalheid zijn wellicht de meest frequente tekenen van het verouderingsproces. De zogenaamde melanocyten

(pigmentcellen) en de keratinocyten (hoorncellen) gaan ten gronde hetgeen de verschijnselen verklaart. Ook is het mechanisme ontrafeld: het replicatieve vermogen van de stamcellen waaruit de melanocyten en keratinocyten hun oorsprong vinden, is verloren gegaan. Vrijwel alle cellen en weefsels waaruit ons lichaam is opgebouwd ondergaan deze degeneratieve veranderingen. Op gelijke wijze is iedereen boven de vijftig rijp voor een leesbril, gaat de conditie achteruit, ontwikkelen we bewegingsbeperkingen en worden we ook geestelijk minder snel.

Vitaliteit

Inmiddels is er een vrucht aan kennis over de risicofactoren die de snelheid van het verouderingsproces doen toenemen. Maar ook hoe dit door preventie kan worden uitgesteld. Iedereen wil vitaal blijven, maar velen zijn nog onvoldoende op de hoogte van de goede en de slechte gewoontes of zijn gewoonweg niet in staat om zelfstandig hun vitaliteit op hoge leeftijd te bevorderen. Dit is ook de reden dat de zorg voor vitaliteit niet tot het domein van de persoonlijke levenssfeer behoort zoals de huidige minister van VWS roept, maar een essentieel onderdeel moet zijn



‘Het verouderingsproces bestaat uit vier fasen: vitaliteit, multimorbiditeit, kwetsbaarheid en afhankelijkheid’

van de publieke gezondheidszorg om echt de gezondheid van ouderen te bevorderen.

Helaas is er nu geen ‘eigenaar’ van deze vitaliteitsagenda voor de ouder wordende mens. Er is wel een algemeen pakket aan gezondheidsbevorderende maatregelen, maar dit wordt niet in alle lagen van de gezondheidszorg en niet op alle leeftijden nagestreefd en uitgevoerd. Daardoor gaat zeer veel gezondheidswinst verloren. Zo wordt in Nederland screening onvoldoende en/of ondoordacht geïmplementeerd. Daarnaast roken we veel te veel, bewegen we te weinig en worden we te dik. En we spreken nu niet over de jeugd, maar over vijftig-, zestig-, en zeventig-jarigen, de zogenaamde derde generatie, die gezondheidswinst laten liggen. Voor de ziektekostenverzekeraar ligt hier een proactieve rol om minimumvereisten in te stellen zoals een aantal ‘health-maintenance-organisaties’ in het buitenland doet. Indien het veld dit niet zelf oppakt, zal de overheid dit moeten afdwingen.

Multimorbiditeit

Wanneer door voortschrijdende veroudering de klachten toenemen, komt er op een moment een gang naar de dokter. Die luistert, klopt, maakt foto’s en stelt een diagnose.

De vuistregel is dat op zestigjarige leeftijd zestig procent van de ouderen twee of meer chronische ziekten heeft. Op tachtigjarige leeftijd is dit tachtig procent. De ziekten worden chronisch genoemd omdat ze het gevolg zijn van het verouderingsproces en daarmee (vooral nog) onomkeerbaar zijn. Anders dan bij een ongeval waarbij een slachtoffer een cyclus doorloopt van ‘letsel-operatie-revalidatie-volledig herstel’, komt aan chronische ziekte geen einde. De longfunctie bij COPD wordt gestaag minder, de hartfunctie als gevolg van kransslagaderverkalking neemt verder af en als gevolg van ontkalking wordt het bot steeds dunner.

Het grote probleem is dat het gezondheidsapparaat niet goed of onvoldoende is ingesteld op patiënten met meerdere, tegelijkertijd voorkomende, en op elkaar inspelende aandoeningen. Innovaties in de curatieve zorg zijn vooral ingericht om één probleem door middel van ketenlogistiek zo snel en efficiënt mogelijk te attaqueren en de patiënt uit het medisch traject te ontslaan. Maar de aard van de aandoeningen laat dit helemaal niet toe! Zij is immers progressief. Ook de tegelijkertijd aanwezige andere ziektes (co-morbiditeit) staan een efficiënte aanpak van de gezondheidsproblemen in de weg.

Tabel: Fasering van het verouderingsproces

Fase	Vitaliteit	Multimorbiditeit	Kwetsbaarheid	Afhankelijkheid
Kenmerk	Beperkte ziektelast	Meerdere chronische ziekten	Functionele beperkingen	Zorgbehoefte
Doel	Preventie van chronische ziekte	Preventie van complicaties	Behoud van functie	Kwaliteit van leven
Regie	Samenspraak van overheid en individu	Patiënt - arts (ziekenhuis en huisarts) interactie	Patiënt en/of naasten met(huis)arts	Naasten met institutionele zorgverlener
Financiering	Gemengd publiek – privaat	ZVW	ZVW/AWBZ/Wmo	AWBZ/Wmo/Privaat
Status	Onvoldoende implementatie van bestaande kennis. Onvoldoende innovatie	Aanpak is orgaan- en ziektegericht. Géén integrale aanpak van complexe problemen	Onvoldoende herkenning. Geen bewezen effectieve aanpak.	Publiek-private verantwoordelijkheid onvoldoende gescheiden met karige uniforme zorg als gevolg

Het is ontluisterend dat we niet weten hoe we patiënten met meer tegelijk optredende ziektes moeten behandelen. Dat is nauwelijks onderzocht. Een nieuw paradigma is absoluut noodzakelijk waarbij de huidige inrichting van de zorg op organen of specifieke ziektes goeddeels verloren zal gaan. Wie moet zich hier voor aangesproken voelen? Eigenlijk iedereen. Medische professionals zullen naast hun specifieke vaardigheden hun algemene vaardigheden actief moeten oppakken en aanwenden. Nieuwe algoritmes moeten worden ontwikkeld en de structuur van ziekenhuisafdelingen, poliklinieken en maatschappijen moet daarop worden aangepast.

Het zal duidelijk zijn dat een op ingrepen gebaseerd vergoedingensysteem een integrale aanpak in de weg staat, extra kosten genereert en patiënten opzadelt met een volle agenda om alle afzonderlijke voor-, behandel- en natrajecten af te lopen. De hoop is dat de overheid een generiek instrumentarium zal ontwikkelen waarmee noodzakelijke veranderingen kunnen worden gestimuleerd en zo nodig worden afgedwongen.

Kwetsbaarheid

De toenemende complexiteit van meerdere interacterende chronische ziekteprocessen en zorgtrajecten maakt een oud mens kwetsbaar. Hoewel kwetsbaarheid in wetenschappelijke zin moeilijk is te omschrijven, is er in de praktijk weinig verwarring. Iedereen kent de patiënten die door een klein ongeval, een griepje of door een ogenschijnlijk kleine ingreep in een vrije val terecht komen, zodat niet zelden een blijvende opname in een verpleeghuis noodzakelijk is en/of de dood erop volgt. Het is zaak deze patiënten in een vroeg stadium te herkennen. Bij hen zal het beleid niet op genezing gericht moeten zijn, maar op het behoud van functionaliteit. Persoonlijke doelen moeten worden gedefinieerd, daarop zal door de patiënt en zijn naasten regie moeten worden

gevoerd en professionals moeten dit plaatsvervangend sturen.

Hier ligt een belangrijke rol van de huisarts. In overleg met de tweede lijn moet die expliciete keuzes maken. Niet alles moet dat kan! Dit vereist implementatie van de bestaande kennis en de ontwikkeling van nieuwe. Hier heeft de overheid het Nationaal Programma Ouderen voor opgericht dat de komende jaren zal leiden tot innovatieve trajecten. Linksom of rechtsom zal de positie van de huisarts verder moeten worden versterkt.

Afhankelijkheid

Een afnemende functie van lijf en brein maakt dat de zorgbehoefte toeneemt. In deze fase van afhankelijkheid is de relatie met specifieke ziekteprocessen in de regel verloren gegaan, en de inrichting van de zorg rondom de afhankelijke oudere wordt bepaald door draagkracht van de patiënt zelf, zijn naaste, de fysieke omgeving en de financiële mogelijkheden. Het is een werkelijkheid dat mensen met meer geld een dreigend falen van het zorgsysteem kunnen aanpassen, zodat een institutionele opname of onhoudbare thuissituatie kan worden voorkomen. Er is dringend behoefte aan een publiek debat dat bepaalt wie voor welke kosten de verantwoordelijkheid voor (delen van) de zorg op zich neemt. Momenteel is het debat verlamd, omdat tweedeling in de zorg dreigt. Jammer genoeg belemmert dat de innovatie in de zorg voor afhankelijke ouderen. Ondertussen is er geen consensus over minimale zorgstandaarden en schiet deze op tal van plaatsen tekort.

Beschouwing

Gewoonlijk wordt de ouderenzorg nauw omschreven. Dat wil zeggen dat de zorg voor ouderen wordt beperkt tot initiatieven die erop zijn gericht om ouderen zelfstandig te laten wonen en institutionele zorg aan te bieden wanneer dit noodzakelijk blijkt. Hoewel op dit gebied innovatie

‘De vuistregel is dat op zestigjarige leeftijd zestig procent van de ouderen twee of meer chronische ziekten heeft’

‘De begrippen vitaliteit, multimorbiditeit, kwetsbaarheid en afhankelijkheid zullen in medische producten moeten worden vertaald en bestuurlijk worden verankerd’

gewenst is, is een uitbreiding van de agenda dringend noodzakelijk. De begrippen vitaliteit, multimorbiditeit, kwetsbaarheid en afhankelijkheid zullen in medische producten moeten worden vertaald en bestuurlijk worden verankerd.

Binnen de ouderenzorg moet een afzonderlijke agenda voor vitaliteit, multimorbiditeit, kwetsbaarheid en afhankelijkheid worden opgesteld. De uitvoering daarvan vereist strategisch gekozen investeringen in het huidige gezondheidsapparaat. Dit nummer van *Zorgmarkt* is een verkenning van de verschillende fasen van ouderdom en de vereiste zorg per fase. |

Prof.dr. Rudi Westendorp en ir. Marieke van der Waal zijn directeuren van de Leyden Academy on Vitality and Ageing.

Leyden Academy on Vitality and Ageing is een kennisinstituut dat wetenschappelijk onderzoek doet en onderwijs verzorgt voor directeuren/ managers in de zorg en jong medisch talent (www.leydenacademy.nl). Het instituut bundelt kennis op het gebied van vitaliteit en veroudering, omdat het gelooft dat een integrale visie dé manier is om haar missie te bereiken: het promoten en verbeteren van de kwaliteit van leven van ouderen.

Die ene manager die uw organisatie verder brengt.

Oog hebben voor potentie, dat is de kern van ons vak. In onze assessment- en development services combineren we een eigenzinnige aanpak met actuele kennis en advieskracht. Wat u vooral zal interesseren, is dat we precies die inzichten geven waar uw organisatie nu om vraagt. In capaciteiten en talenten van nieuwe collega's. En in interne doorgroei- en ontwikkelingsmogelijkheden van huidige medewerkers. Individuen en teams. Daaraan koppelen we bovendien individuele coaching en management development. Als we u eenmaal kennen, kunt u op ons rekenen. Bel 020 - 504 20 20 voor een afspraak en kijk vast op funktiemediair.nl.

* FunktieMediair. Mensen kennen.

recruitment & executive search
interim management & professionals
assessment & development



Funktie
Mediair
a Randstad company



Het nieuwe 'polderen'

Sinds het begin van de ontpoldering van de gezondheidszorg in de jaren negentig van de vorige eeuw is de zorgsector op zoek naar effectievere omgangsvormen, waarbij overheid en sector niet met de rug tegen elkaar komen te staan. Met de operatie Raad op Maat werden de advisering aan de politiek, de medebewindstaken in de uitvoering en het overleg tussen overheid en zorgsector uiteengetrokken. Tot dan waren deze functies gecombineerd in onder meer de Nationale Raad Volksgezondheid. De advisering ging naar onafhankelijke deskundige colleges zoals de RVZ. De medebewindstaken gingen naar zelfstandige bestuursorganen die losser van het politiek-bestuurlijke krachtenveld besluiten over pakket en uitvoering moesten nemen. Met de introductie van marktprikkels leek het er even op dat afgerekend kon worden met logge overlegorganen die urenlang vergaderden over het te voeren beleid. De filosofie werd: de politiek beslist over het beleid en het veld gaat over de uitvoering, in onderlinge competitie. Maar zo blijkt de werkelijkheid niet in elkaar te zitten. Markt betekent niet dat je niet meer met elkaar moet praten. Natuurlijk voert het veld ook zelf beleid, en neemt het eigen beslissingen over wat wel en niet goede zorg is. Juist daarom blijft een polderoverleg van belang. De instellingen, beroepsbeoefenaren en verzekeraars zijn zich daarom blijven verenigen in steeds groter geworden brancheorganisaties, zoals ZN, Actiz en de NVZ. Daar kraakt het nu echter en de politiek weet niet altijd meer wat ze aan afspraken met hen heeft. Vertegenwoordigen ze nog wel alle leden en belangen uit de achterban? Wat zijn afspraken waard als leden een andere kant opgaan en de politiek zich alsnog overall mee bemoeit? Welk wederzijds voordeel is er nog? Erg weinig en daardoor is ook de scheuring in de achterbanen groot. De laatste instituties van de oude polder staan zo op hun grondvesten te trillen. Is dat erg? Enerzijds wel, want overleg tussen

overheid en veld is noodzakelijker dan ooit om alle publieke belangen evenwichtig te dienen. De publieke verantwoordelijkheid van politiek, overheid en veld moet realistischer en eerlijker worden verdeeld. Dat doe je nu eenmaal in goed overleg en niet door tegenover elkaar te gaan staan. Anderzijds is het ook niet zo erg, want de belangen zijn zo divers geworden dat nu ook al het gevoelen bestaat dat ze niet evenwichtig gediend worden. Toch zou het een vergissing van formaat zijn om te denken dat in een situatie van meer markt geen structurele afstemming tussen politiek, overheid en sectoren meer nodig is. Zeker in een zorgsector waar zoveel belangen tegelijk aan de orde zijn en nooit allemaal tegelijk gediend kunnen worden. Een nieuw poldermodel is nodig, aangepast aan de diversiteit van belangen. Het idee van een Stichting voor de Zorg blijft aantrekkelijk voor macrovraagstukken rondom arbeidsmarkt en bijvoorbeeld de omgang met vastgoedvraagstukken. Dat moet zich echter tot enkele hoofdpunten beperken, omdat daarnaast veel meer ad hoc, rond actuele vraagstukken, platforms gecreëerd moeten worden waarin aanbieders, verzekeraars, patiënten en andere belanghebbenden met de overheid in gesprek zijn. Opdat ook de keuzes in de zorg gelegitimeerd gemaakt worden en daarover verantwoording kan worden afgelegd. Geen vrijblijvende praatclubs dus, maar duurzame participatie- en overlegmomenten bij het maken van beleidskeuzes. De invulling ervan kan heel flexibel zijn. Dan leidt de nieuwe polder niet tot verstarring, maar is het 'met elkaar in gesprek blijven' in het publieke belang van de zorg wel gered. |

Prof.dr. Kim Putters is hoogleraar Management van instellingen in de gezondheidszorg aan de Erasmusuniversiteit Rotterdam (iBMG) en lid van de Eerste Kamer, woordvoerder zorg.



Wanda de Kanter: 'Ondanks het financiële en gezondheidsprobleem doen we amper iets aan de oorzaak van roken'

Roken kost de samenleving miljarden. Maar de zorg is gericht op het behandelen van rokengerelateerde aandoeningen, niet op preventie. 'We verdienen allemaal aan rokers', zegt longarts Wanda de Kanter. Ook en misschien wel juist voor de ouder wordende mens is stoppen met roken zo belangrijk.

Preventie | André de Vos

Thema Ouderenzorg

Rookpreventie blinde vlek voor zorg

'We verdienen allemaal aan rokers'

Van longarts Wanda de Kanter mag iedereen roken. Ook al is tachtig procent van de aandoeningen die ze behandelt het gevolg van roken. 'Ik vraag mensen altijd of ik over roken mag beginnen. Afdwingen lukt toch niet. Alleen mensen die gemotiveerd zijn willen stoppen. Laatst had ik een patiënte die niet over roken wilde praten. Deed ik dus niet. Aan het eind van het gesprek zei ze "Maar ik koop wel uw boek". En in deuropening was het "Wedden dat ik over een maand ben gestopt?"'.

De Kanter weet wat het is om te stoppen. Tot vijf jaar geleden rookte ze zelf. Stiekem. Ze werd 's nachts betrap door haar puberdochter. 'Mam, waar ben jij in godsnaam mee bezig?' Goede vraag, zeker aan een longarts. Ook bij Wanda de Kanter was roken een verslavende gewoonte geworden, begonnen op de middelbare school, volgehouden tot middelbare leeftijd. Het sluipende proces dat leidt tot talrijke ziektes en, voor velen, een vroege dood. 'Als je zelf rookt, kijk je er heel anders naar. Je zoekt in die sigaret het fijne gevoel dat je met roken associeert. Het is puur Pavlov-gedrag.'

Inmiddels is De Kanter een van de belangrijkste tegenstanders van roken in Nederland. Ze schreef samen met

Pauline Dekker het succesvolle boek 'Nederland Stopt! Met roken' en leidt de Stoppen Met Rokenpoli in het Rode Kruisziekenhuis in Beverwijk, waar ze longarts is. Daarnaast probeert ze in de zorg collega's in de eerste en tweede lijn, verzekeraars en goede doelen ervan te overtuigen dat er meer aandacht moet worden besteed aan preventie. Vorig jaar verscheen een boek voor hulpverleners over hoe rokers kunnen worden geholpen met stoppen via motiverende gesprekken.

Gedrag

'Als je ziet hoeveel ziektes het gevolg zijn van roken, is het verbazingwekkend hoe weinig aandacht er binnen de medische sector is voor preventie. Longkanker is het meest voor de hand liggende voorbeeld. Mijn hele praktijk draait zo ongeveer op rokers. Maar ook bij blaaskanker, impotentie, blindheid en nog veel meer andere ziektes zijn rokers sterk oververtegenwoordigd. Een kwart van de bevolking rookt. Eén op de vier rokers haalt zijn pensioen niet. Er zijn enorme bedragen gemoeid met de bestrijding van rokersziektes, maar dat is nog nooit echt goed op een rijtje gezet. En ondanks het financiële en gezondheidsprobleem doen we amper iets aan de oorzaak.'

Volgens De Kanter zijn er verschillende oorzaken dat rookpreventie zo weinig aandacht krijgt. Bij artsen is dat het gevolg van de fixatie op het verhelpen van ziek-

tes in plaats van het voorkomen ervan. 'Mijn dochter is eerstejaars medicijnen. Ze moet de gekste en meest zeldzame ziektebeelden leren, maar over preventie van roken of obesitas leert ze niets. Bovendien is roken een kwestie van gedrag. En daarin zijn we als artsen niet goed geschoold. We bestrijden ziektes, niet ongezond gedrag. Terwijl de helft van de ziektes gevolg zijn van gedrag.'

De Kanter reist naast haar reguliere werk stad en land af om bij zorgverleners meer aandacht te krijgen voor preventie van roken en stoppen met roken. Ze heeft duizenden huisartsen en praktijkondersteuners toegesproken, praat met verloskundigen, gynaecologen, collega-longartsen en cardiologen. De Kanter vindt dat iedere zorgverlener met rokers moet wijzen op de gevaren en stimuleren om te stoppen. 'Bij een lezing voor duizend huisartsen vroeg ik hoeveel een rookstopadvies gaven bij hoesten. Bijna alle vingers omhoog. Bij onvruchtbaarheid was dat nog zo'n twintig procent. Bij knieproblemen was er nog een. Dat is toch vreemd? Als huisarts ben je begaan met de gezondheid van je patiënt, ook op lange termijn. Dan zou je toch altijd een rookstopadvies willen geven.'

De Kanters pleidooi voor preventie krijgt weerklank, maar praktische uitvoering stuit op een verdelingsprobleem: minder rokers scheelt de maatschappij miljarden aan zorgkosten, maar het levert de zorgsector zelf niets op. Sterker nog, het kost geld. De farmaceutische industrie verkoopt minder pillen, de specialisten krijgen minder patiënten en zelfs de huisarts heeft geen financieel voordeel bij een gezonde patiënt. 'Als iedereen in Nederland stopt met roken, kunnen er twee dottercentra dicht, daalt het aantal chemokuren en heb ik geen werk meer. We verdienen ons brood met rokers.' 'Maak me werkloos' is de oproep van De Kanter op haar site.

Incentive

Preventie is binnen de zorgsector een zaak van liefdewerk en intrinsieke motivatie. 'In de Stoppen Met Rokenpoli krijgen we via de DBC rookverslaving acht sessies van 3,60 euro vergoed. Dat komt niet uit. Dat moeten we elders te-

Wanda de Kanter (1959) studeerde geneeskunde in Leiden en specialiseerde zich in longziekten aan het VUMC Amsterdam, waar ze van 1990 tot 1993 longarts was. Sinds 1993 is ze longarts in het Rode Kruis Ziekenhuis in Beverwijk. In 2008 verscheen 'Nederland Stopt! Met Roken', dat De Kanter samen met collega-longarts Pauline Dekker schreef. Vorig jaar publiceerde het duo 'Motiveren kun je leren' over hoe hulpverleners ongewenst gedrag bij patiënten kunnen afleren. De Kanter is gehuwd en heeft drie kinderen.

rugverdienen. Het hele traject om een patiënt met roken te laten stoppen met roken kost 370 euro per patiënt. Ongeveer tweederde van de gestopte rokers is na een jaar nog steeds gestopt. Als je nagaat wat dat oplevert aan verminderde zorg, is dat spotgoedkoop. Maar even goed besluit minister Edith Schippers om de hulpmiddelen, zoals nicotinepleisters, weer uit het basispakket te halen. Dat moeten mensen zelf maar betalen. Huisartsen spelen een cruciale rol bij preventie. Maar ook zij moeten het erbij doen. De motivatie om aandacht te besteden aan preventie moet uit de zorgverlener zelf komen, er is geen financiële incentive.'

Zorgverzekeraars kunnen een belangrijke rol bij preventie spelen, maar hebben daar nu geen financieel belang bij. 'Ik heb met veel moeite een gesprek kunnen regelen met een hoofd inkoop tweede lijn bij Achmea. Uitgelegd dat met weinig geld veel ellende kan worden voorkomen. Maar die inkoper vond preventie meer iets voor de eerste lijn. Wie zijn collega in de eerste lijn dan was?, vroeg ik. Dat wist hij niet. Tja. Dan kunnen we mooi praten over ketenzorg, maar de praktijk is toch echt anders.'

De Kanter is geen voorstander van hogere zorgpremies voor rokers. 'Dat wekt zoveel boosheid en weerstand op bij mensen, dat werkt niet. Bovendien is de vormgeving erg moeilijk. Het is in de praktijk lastig om te controleren of iemand al dan niet rookt, en hoeveel. Het kan wel. Wie in de VS naar een plastisch chirurg gaat, wordt op nicotine gecontroleerd. Rokers krijgen geen operatie, de risico's zijn te groot.'

Belastingbetaler

De doorbraak in de preventie moet komen van de politiek, vindt De Kanter. Logisch, want uiteindelijk komt de torenhoge rekening voor roken terecht bij de belastingbetaler. Maar in de politiek heeft De Kanter weinig vertrouwen. Ze vindt Edith Schippers een 'heel slechte minister voor volksgezondheid'. 'Nederland loopt achter bij andere Westerse landen als het om rookpreventie gaat. We zijn buitengewoon slecht geïnformeerd over de gevaren van roken. We vinden het vergeleken met andere landen ook niet zo slecht. Je mag hier op schoolpleinen gewoon roken. Kijk hoe het rookverbod in de horeca is teruggedraaid. Misschien heeft het te maken met onze liberale instelling: alles moet kunnen. Dat is in ieder geval het standpunt van minister Schippers. Dat de statistieken erop wijzen dat roken de maatschappij veel geld kost, vindt ze niet interessant.' Zelfs machtige goede doelen als de Hartstichting, Astmafonds en Koningin Wilhelminafonds vinden het moeilijk om hard actie tegen het roken te voeren. 'Dat ligt heel gevoelig. Een groot deel van hun donateurs rookt ook. Die willen ze niet tegen zich in het harnas jagen.' En dat terwijl effectief rookbeleid eenvoudig is, stelt De Kanter. De prijs van een pakje sigaretten verdubbelen en de meeropbrengsten naar de zorg doorsluizen. Sigaretten weg uit supermarkt, boekwinkel en drogisterij. In de VS heeft dat een forse afname van het aantal rokers geleid. In

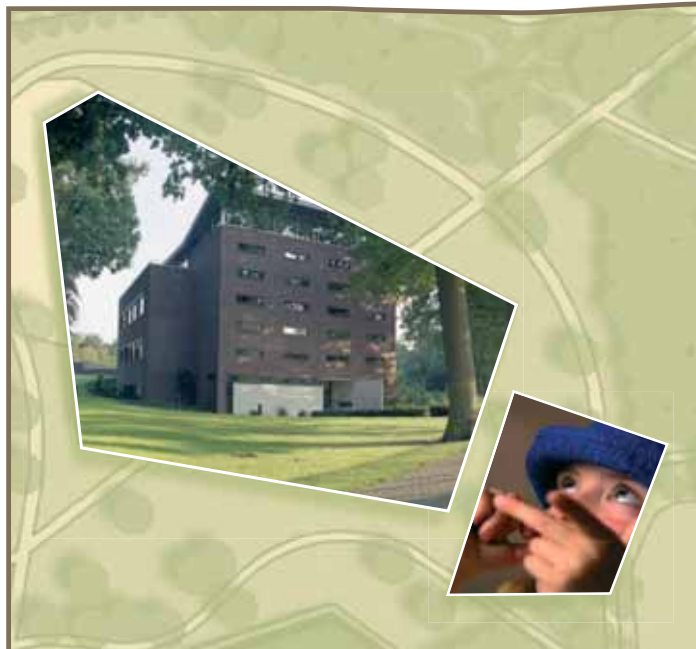
‘ “Maak me werkloos” is de oproep van De Kanter op haar site’

de VS rookt nog maar één op de vijf mensen, in Californië slechts een op de acht, de helft van Nederland. Het gevolg van actief en agressief anti-rookbeleid. ‘Ik heb Amerikaanse deskundigen eens naar een spotje van Stivoro zien kijken. Ze wisten na afloop niet of het een campagne voor of tegen roken was.’

De Kanter vindt het verbijsterend hoe weinig er wordt gedaan aan preventie onder de jeugd. ‘Daar kun je het probleem voorkomen. Als je niet begint hoeft je ook niet te stoppen. Jongeren gaan roken onder peer pressure. Die druk wordt vergroot door de sluikreclamecampagnes gericht op jeugd. Mag allemaal. De tabaksindustrie weet dat die scholier die met een sigaretje per week begint, straks een pakje per dag rookt. Die scholier maakt zich nergens zorgen over, die is helemaal niet bezig met de toekomst. Maar scholieren en hun ouders en opleiders worden ook veel te weinig gewezen op de schadelijke consequenties. Met als gevolg dat ze pas over twintig jaar met de gevolgen worden geconfronteerd. Nu rookt alweer dertig procent van de vijftienjarigen.’

Strijdbaar

Vier jaar lang strijden tegen onbegrip, onwil en onkunde in de zorgbranche en tegen een machtige tabakslobby heeft De Kanter niet cynisch gemaakt. Ze blijft strijdbaar. ‘De rokers die het meeste succes hebben met stoppen zijn mensen die zich een toekomst kunnen voorstellen. Zonder roken. Zo’n toekomst zie ik ook, dat niemand meer met roken begint. We moeten in de zorg roken de-normaliseren. We zijn roken gewoon gaan vinden. Nieuwe medicijnen worden zwaar getest op allerlei bijwerkingen, maar een bewezen schadelijk product als tabak, dat de helft van de gebruikers doodt, wordt over de toonbank verkocht. Als nu iemand nicotine zou uitvinden, zou het nooit op de markt komen.’ |



van aarle de laat



De herijking van de zorg, de ontwikkelingen rondom passend onderwijs, inclusief onderwijs, voor- en naschoolse opvang; het speelveld binnen onderwijs, gezondheidszorg en welzijn verandert en vraagt om een gedegen vertaalslag naar huisvesting. Een strategische en integrale aanpak van uw huisvesting is onontbeerlijk om uw doelen te realiseren.

Van Aarle De Laat is dé specialist in maatschappelijk vastgoed, van strategisch concept tot en met de realisatie van uw huisvesting. Wij staan middenin de samenleving en vertalen uw visie op onderwijs, gezondheidszorg en welzijn naadloos op uw huisvesting. Daarbij hebben we scherp oog voor de exploitatie van uw huisvesting. Deze doortastende aanpak geeft u uw toekomst in eigen handen.

We prikkelen u ook buiten de gebaande paden te denken en het allerbeste uit uw huisvestingsproject te halen. Samen met ons zorgt u dat uw huisvesting aan alle voorwaarden voldoet om goede zorg en goed onderwijs aan te bieden. Heeft u behoefte aan ondersteuning, een klankbord of wilt u meer weten? Neem dan contact met ons op en bel (040) 2592700 of kijk op www.vanaarledelaat.nl.

Huisvesting met een hart

Professionele aandacht voor alle kinderen

www.vanaarledelaat.nl

Denk samen, kijk verder, bereik meer.



HEVO

SAMEN UW OPTIMALE OMGEVING ONTWIKKELEN

Strategische oplossingen in vastgoed en huisvesting

HEVO voorziet opdrachtgevers met complexe huisvestingsvraagstukken van antwoorden die bijdragen aan een optimale leef- en werkomgeving. We kunnen u ondersteunen bij vrijwel elk facet van vastgoedontwikkeling. Daarbij streven we altijd naar gebouwen die duurzaam presteren en een klantrelatie die minstens zo duurzaam is. Een partnership dat we bouwen op basis van oprechte betrokkenheid, kennisuitwisseling en wederzijds vertrouwen. Een open en resultaatgerichte benadering waarbij we elkaar blijven inspireren. Samen zijn we in staat het schijnbaar onmogelijke toch mogelijk te maken. Wij helpen opdrachtgevers in onderwijs, overheid, zorg en bedrijfsleven hun dromen te vangen in huisvesting en vastgoed.

Voor meer informatie: (073) 6 409 409 • info@hevo.nl • www.hevo.nl

HEVO biedt u:

- Strategisch vastgoed- en huisvestingsadvies
- Projectmanagement
- Duurzaamheidsadvies
- Expertisecentrum

**DUURZAAM
PRESTEREN**

75-plussers pro-actief benaderen om (medische) problemen tijdig te signaleren: zestig huisartspraktijken deden onlangs mee aan onderzoek. 'Het is een succes als het achteruitgang in zelfredzaamheid voorkomt en de kwaliteit van leven van ouderen toeneemt', zegt huisarts en hoogleraar eerstelijnsgeriatrie prof. dr. Jacobijn Gussekloo (Afdeling Public Health en Eerstelijnsgeriatrie, Leids Universitair Medisch Centrum).

Strategie/organisatie | Mies Blok

Thema Ouderenzorg

Sterke eerstelijnszorg voor kwetsbare ouderen

Benodigde zorg proactief opsporen

Op oudere leeftijd krijgen mensen vaak te maken met lichamelijke, functionele en psychische achteruitgang door chronische klachten en aandoeningen. Hierdoor vermindert de zelfredzaamheid. De achteruitgang gaat geleidelijk en is vaak niet tijdig bekend bij zorgverleners. Het gevolg: hulp wordt te laat georganiseerd en zorgverleners zoeken steeds naar oplossingen voor ad hoc problemen. Daar komt bij dat het zorgaanbod versnipperd is omdat voor elke aandoening een aparte behandeling geldt. Met de toenemende vergrijzing en de wens van veel ouderen om zo lang mogelijk thuis te blijven wonen wordt dit probleem steeds groter.

Proactief

Om de zorg voor thuiswonende ouderen met - vaak complexe - hulpvragen te verbeteren, is het Nationaal Programma Ouderenzorg opgezet (zie ook artikel 'Meer levenskwaliteit en doelmatigheid in de zorg' op p. 30 e.v.). Het programma financiert tientallen experimenten en onderzoeken, waaronder ook ISCOPE (Integrated Systematic Care for Older People).

Met ISCOPE, uitgevoerd door de afdeling Public Health en Eerstelijnsgeriatrie van het Leids Universitair Medisch Centrum, krijgen huisartsen inzicht in de zorgbehoefte van 75-plussers. Korte vragenlijsten brengen de lichamelijke, psychische en sociale problemen van de ou-

deren in kaart. Jacobijn Gussekloo: 'Het is de bedoeling dat huisartsen niet wachten tot de ouderen met een probleem naar de praktijk komen, maar mogelijke problemen of achteruitgang bij ouderen actief opsporen en ingrijpen vóór het te laat is. Deze aanpak is nieuw binnen de huisartsenzorg.'

Zijn ouderen, familie of mantelzorger(s) dan niet mondig genoeg? Zij komen toch zelf wel met hun probleem naar de huisartsenpraktijk? 'Ja, maar veel ouderen vinden het toch moeilijk om zorg te vragen. Dat komt voor een deel omdat hulp vragen in het algemeen niet makkelijk is. Daarnaast herkennen ouderen signalen van aankomende achteruitgang niet goed. Vaak roepen zij pas hulp in als het écht niet meer gaat. En dan kan het wel eens (te) laat zijn. Het risico op een ernstiger beloop, inclusief organisatieproblemen in de zorg, is groter. Ik hoor huisartsen vaak zeggen: hadden we het maar eerder geweten, dan hadden we erger kunnen voorkomen. Daarnaast kunnen we, denk ik, stress bij zowel patiënt, mantelzorger als zorgverlener beter voorkomen als de nodige zorg op tijd geregeld wordt.'

Vragenlijsten

De start van ISCOPE bestaat uit het toesturen van een korte vragenlijst over de gezondheid en het leven van 75-plussers. De vragen worden door de ouderen zelf thuis ingevuld en teruggestuurd naar het onderzoekscentrum. Dit is een nulmeting. Na een jaar worden dezelfde vragenlijsten weer afgenomen. De huisarts benadert vervolgens alle ouderen die volgens de vragenlijst complexe problematiek



‘Met ISCOPE is er meer een totaalplaatje van de patiënt, en wordt de zorg geïnspireerd door de wensen, behoeften en mogelijkheden van de oudere’

hebben, om samen te bespreken op welke terrein(en)zorg of ondersteuning gewenst is. Voor ouderen met een combinatie van problemen stelt de huisarts in overleg met de oudere en samen met de betrokken zorgverleners een zorgactieplan op. Bij een specifiek probleem kan de huisarts kijken naar een directe oplossing op maat. Geeft een oudere bijvoorbeeld aan dat hij de afgelopen maand vaak is gevallen en er is een programma in de buurt dat daarop aansluit, dan kan de huisarts voorstellen dat deze persoon daaraan deel neemt. Is er sprake van een depressie dan kan de huisarts adviseren over een begeleidingstraject. Allemaal met het doel om erger te voorkomen en functioneren en kwaliteit van leven te bewaren.

Inmiddels hebben zestig huisartsenpraktijken aan ISCOPE deelgenomen. Onderzoekers van het LUMC namen de vragenlijsten af bij meer dan 11.000 ouderen. Na de eerste proeven bleek dat sommige ouderen als kwetsbaar aangemerkt waren, die de betreffende huisarts niet direct als kwetsbare oudere zag. Zo was er in een van de proefpraktijken een patiënt wiens vrouw was overleden. Hij had regelmatig contact met zijn huisarts als hij voor kleingeheden naar de praktijk kwam. Bij het afnemen van de vragenlijsten kwamen de onderzoekers erachter dat hij somber en eenzaam was. Terwijl de betreffende huisarts dacht dat het best goed ging. Met ISCOPE worden op deze

manier ouderen bekeken in de grotere context van hun ontwikkeling en sociale omgeving.

Regie

Wie de regie in de medische zorg voor ouderen zou moeten nemen, daarover is discussie. Volgens Gussekloo hebben huisartsen een natuurlijke rol en de competenties om de lijnen in de medische zorg uit te zetten. Hierbij worden natuurlijk andere hulpverleners betrokken. Naast de regie, dus het uitzetten van lijnen, is het belangrijk dat er een goede coördinator van de zorg voor ouderen is. Hiervoor kan bijvoorbeeld ondersteunend personeel uit de huisartsenpraktijk worden ingezet (zoals de praktijkondersteuner), maar ook een wijkverpleegkundige. Innovatieve zorgprojecten als ISCOPE komen wel onder druk te staan door bezuinigingen in de huisartspraktijken. Hopelijk zal dat geen roet in het eten gooien.

Het is van groot belang dat huisartsen blijven werken aan de ontwikkeling van hun kennis, benadrukt Gussekloo. ‘De gaten in de kennis zijn nog groot in de eerstelijns geneeskunde. Of het nu gaat om kleine kwalen zoals wratten of verkoudheid, om preventie van ziekten en de gevolgen van chronische ziekten, of om de ingewikkelde en groeiende problematiek van veroudering. Terwijl de implicaties van goede wetenschappelijke onderbouwing van de klinische

‘Ik hoor huisartsen vaak zeggen: hadden we het maar eerder geweten, dan hadden we erger kunnen voorkomen’

praktijk groot zijn: voor de huisarts, specialist ouderengeneeskunde en specialist in het ziekenhuis, voor de inhoud en doelmatigheid van het zorgbeleid en voor het dagelijks leven van het gros van de bevolking. Een van de belangrijkste competenties van de huisarts is: hoe houd je je kennis up-to-date. Er is zoveel, hoe houd je dat bij? Tijdens mijn huisartsopleiding was daar veel minder aandacht voor. De opleiding duurt nu ook een jaar langer: niet meer twee, maar drie jaar.'

Effecten

Als wetenschapper is Jacobijn Gussekloo vooral geïnteresseerd in de effecten van nieuwe zorgvormen. 'Kunnen huisartsen en andere zorgverleners daadwerkelijk iets doen als zij problemen opsporen, draagt de proactieve zorg bij aan de kwaliteit van leven van ouderen? Daar gaat het om.' Een belangrijk effect lijkt in ieder geval dat huisartsen anders naar hun patiënten gaan kijken. Nu wordt er vaak alleen in diagnoses gedacht. Met ISCOPE is er meer een totaalplaatje van de patiënt, en wordt de zorg geïnspireerd door de wensen, behoeften en mogelijkheden van de oudere.

De 75-plussers die aan het onderzoek hebben meegedaan, reageren positief. De meesten ervaren het invullen van de vragenlijst als zinnig. Zij zien het gesprek met de huisarts over het maken van het zorgplan als een rustig moment

ISCOPE: wat is het?

ISCOPE (Integrated Systematic Care for Older People) is één van de transitieprojecten binnen de Academische Werkplaats Ouderenzorg Noordelijk Zuid-Holland. Dit is een samenwerkingsverband van ouderen en mantelzorgers, regionale zorgverleners en kennisinstellingen waaronder het Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC). ISCOPE in het kort:

- een proactief screeningsinstrument (vragenlijsten), getest in de praktijk;
- een format voor een zorgactieplan dat eenvoudig is over te nemen;
- een training voor huisartsen en praktijkondersteuners;
- een onderbouwing van kosten en effecten.

om zaken bespreekbaar te maken en voelen niet de druk van het korte tienminutengesprek in de huisartsenpraktijk. 'We zijn tot nu toe nog niet tegengekomen dat ouderen dit als bemoeizorg zien, wat best begrijpelijk zou zijn.' |

Staat risicomangement bij u op de kaart?

Voor veel zorginstellingen vormt risicomangement de basis voor het systematisch signaleren van incidenten, doorvoeren van verbeteringen en vastleggen van het beleid. Het meld- en leersysteem iTask van Infoland is een softwareoplossing waarmee incidenten eenvoudig worden geregistreerd, geanalyseerd en gerapporteerd. U kunt iTask ook inzetten voor uw risico-inventarisatie zodat incidenten voorkomen kunnen worden.

Benieuwd hoe uw organisatie risicomangement op de kaart kan zetten met iTask? Kijk dan op www.infoland.nl/zorgmarkt

infoland 
stroomlijnt kwaliteit en informatie





Pro

Elke dag bezoeken honderden patiënten de badkamer. Liefst zelfstandig.

Als je mindervalide bent, is de afhankelijkheid van anderen vaak het vervelendst. Dit ervaar je het duidelijkst in het toilet of de badkamer. Met **Sphinx 300 Comfort** hebben we er alles aan gedaan om de zelfstandigheid van mensen met lichamelijk beperkingen te bevorderen. Zelfs het kleinste onderdeel is ergonomisch doordacht. Daarnaast voldoet Sphinx 300 Comfort aan de hoogste hygiënische eisen. In ziekenhuizen en verpleegtehuizen is dit meer dan een eis, het is van levensbelang. Sphinx 300 Comfort



is een van de 7 segmenten binnen de Sphinx 300 serie, sinds jaren de meest gebruikte badkamerserie voor elk bouw- of renovatieproject. Met deze indeling in segmenten bieden we met één serie onder één merk een oplossing voor elke situatie en elke generatie. Zo is Sphinx 300 vanzelfsprekend bij ieder bouwproject. Een goede service vinden wij overigens even vanzelfsprekend. Ons Sphinx Pro salesteam staat voor u klaar tijdens elke fase van een project, van planning tot realisatie. **Vanzelfsprekend Sphinx**





NIEUW!

POWER manager!

Geef uw carrière meer POWER
met deze unieke ééndaagse training!

12 december 2011 - Meeting Plaza Utrecht

Heeft u ook het idee dat als gevolg van de recente bezuinigingen de werkdruk is toegenomen en (belangrijke) zaken blijven liggen? Kortom, **WAAROM HEEFT EEN DAG MAAR 24 UUR?** Omdat dit helemaal niet méér hoeft te zijn! Met de juiste powertricks bent u in staat efficiënter te werken binnen korte tijd. Kom naar de POWERmanager: een dag vol technieken en tips.

- Mindmapping, vergeten kan niet meer
- Timemanagement
- Maak onderscheid door middel van personal branding
- Leer de slimme snelle Powertricks
- Top 5 tips voor betere vergaderingen

Maak als POWERmanager het verschil!

Hoe de Hema hoofd en hart raakt

De Hema is van ons allemaal. En dat is ze al 85 jaar. Ze is dus niet meer de jongste maar ze gaat wel al 85 jaar lang mee met haar tijd. En ze maakt dag-in-dag-uit waar waar ze voor staat. Ze wil, zo hoorde ik ooit een Hema-topman zeggen, een vindplaats zijn voor haar klanten en niet, zoals zoveel andere bedrijven, een zoekplaatje. En daar slaagt ze in, want Nederlanders houden van de Hema en ze komen en kopen er graag. Nu komen de meeste van uw klanten/patiënten waarschijnlijk liever helemaal niet bij u, maar als het dan toch moet dan is de manier waarop de Hema zowel het hoofd als het hart van haar klanten raakt mogelijk ook voor u het navolgen waard.

Om te beginnen houdt de Hema het simpel: ze praat niet moeilijk en gebruikt in haar reclame-uitingen veel beeld en weinig woorden. Daarmee heeft ze een herkenbare eigen stijl en doet ze tegelijkertijd aan verwachtingenmanagement. Waardoor je als Hema-klant zelden of nooit voor onaangename verrassingen komt te staan. En als je onverhoopt toch een keer onaangenaam verrast wordt en iets wilt ruilen dan doet de Hema ook niet moeilijk.

Met als gevolg dat je met een gerust hart weer terugkomt als klant. Maar naast het hart komt ook het hoofd aan bod want de prijs-kwaliteitverhouding is dik voor elkaar bij de Hema. En daar zou ik de prijs-originaliteitverhouding aan willen toevoegen omdat ook dat echt Hema is. Weliswaar blijven de Hema-klassiekers in het assortiment maar sommige producten worden in een origineel nieuw jasje gestoken. Al dan niet door klanten want aan de ontwerpwedstrijd die de Hema elk jaar uitschrijft kan iedereen meedoen.



Beeld: Anke Teunissen

Kortom, de Hema vindt zichzelf telkens opnieuw uit en doet dat zonder veel borstklopperij al 85 jaar lang.

En hoe is dat in uw zorginstelling? Is daar sprake van borstklopperij? Wordt daar moeilijk gedaan of wordt het de klant juist makkelijk gemaakt? Steekt u zichzelf wel eens in een nieuw jasje dat mede dankzij of door uw klanten ontworpen werd? En hoe staat het met het verwachtingenmanagement naar uw klanten? Weten ze waar uw zorginstelling voor staat? Bent u die vindplaats of lijkt uw zorginstelling toch meer op een zoekplaatje? Raakt u uw klanten net als de Hema in hun hoofd en hun hart? En zo ja, hoe doet u dat c.q. hoe weet en meet u dat? Laat het me weten via onderstaand mailadres of twitteraccount. |

Jacqueline Fackeldey is klantropoloog – business inspirator en innovator en oprichter van Fackeldeyfinds
(jacqueline@fackeldeyfinds.com; twitter.com/fackeldeyfinds)



'Ouderen komen vaak bij meerdere specialisten. Die kijken naar hun eigen deel, niet naar het totaalbeeld'

'Standaarden' of 'criteria' gaan de zorg voor ouderen verbeteren. Daar zijn enkele Nijmeegse onderzoekers van overtuigd. Met het project "De Zorg- en Welzijnsstandaard" ontwikkelen en onderzoeken zij een samenhangend zorgaanbod voor ouderen. Zodat bijvoorbeeld een oncoloog een oudere met een tumor niet per definitie opereert, maar eerst kijkt welke gevolgen zo'n operatie heeft voor het leven van die oudere. Kwaliteit van leven boven het mogelijk verlengen ervan.

Case van de maand | Merel van Dalen

Thema Ouderenzorg

Meer levenskwaliteit en doelmatigheid in zorg

De Zorg- en Welzijnsstandaard

Voor veel aandoeningen bestaan behandelstandaarden, bijvoorbeeld voor COPD of diabetes. 'Maar daarin staat de aandoening centraal, terwijl bij ouderen veel meer factoren van invloed zijn op hun gezondheid', vertelt Antoinette Meys, coördinator van het eerstelijns deel van het project. 'Ouderen komen vaak bij meerdere specialisten. Die kijken naar hun eigen deel, niet naar het totaalbeeld. Daardoor betrekken zij bij de behandeling dan niet dat de oudere bijvoorbeeld een mobiliteitsstoornis heeft of vergeetachtig is.' Een ingreep of medicatie kan dan heel verkeerd uitpakken.

Keuze met lef

Het project, dat onderdeel is van het Nationaal Programma Ouderenzorg, werkt daarom aan heldere kwaliteitscriteria die helpen bij het maken van de juiste afweging voor zorg en behandeling. In die afweging spelen fysieke mogelijkheden van de oudere een rol, maar ook zijn of haar toekomstwensen. Met de criteria moeten welzijnswerkers, huisartsen en medisch specialisten meervoudige problemen sneller herkennen. Zodat ze – in overleg met de oudere – beter kunnen besluiten wat het beste is voor de kwetsbare oudere. Marcel Olde Rikkert, hoogleraar geriatrie bij het UMC St Radboud, vertelt dat dat ook kan betekenen af te zien van een operatie. 'Die keuze vraagt wel om lef. In dat geval besluit de zorgprofessional namelijk niet te handelen volgens de richtlijn voor de ziekte of aandoening. Hij besluit wat het beste is voor de oudere.'

Geen overbodige kosten

Afzien van een operatie kan een oudere dus veel onnodige ellende besparen. Daarnaast worden geen overbodige kosten gemaakt. Olde Rikkert en zijn team berekenden dat alleen al op de zorg aan de 4.000 kwetsbare ouderen in de regio Nijmegen anderhalf tot twee miljoen euro bespaard kan worden bij betere beoordeling. De besparing bestaat uit minder opnames in verpleeg- en ziekenhuizen, minder me-

Een voorbeeld: onhandelbaar na operatie

Een oudere dame is na haar operatie voor kanker totaal onhandelbaar. Ze is agressief en rukt steeds haar infuus eruit. De vrouw heeft psychische problemen en de operatie was, achteraf gezien, te veel voor haar. Waren haar problemen vooraf goed bekeken en waren deze afgezet tegen het moeizame herstel- en revalidatieproces, dan was nooit voor een operatie gekozen. Met extra zorg thuis was de mevrouw beter afgeweest.

dicatiegebruik en minder ouderen met delier (acute verwardheid). Aangezien er in Nederland 700.000 kwetsbare ouderen zijn, kan die besparing landelijk gezien tientallen miljoenen bedragen. Olde Rikkert: 'Dat is een aanname aan de hand van onze ervaringen de afgelopen jaren en de bestaande literatuur. Over niet al te lange tijd weten we meer.'

Aandacht voor welbevinden

De mogelijkheid om af te zien van een behandeling of operatie laat al zien dat eigen regie van cliënten centraal staat. De Zorg- en Welzijnsstandaard (ZWS) richt zich dan ook op een zorgaanbod dat aansluit bij de specifieke wensen en behoeften van ouderen. Dit helpt ouderen en hun mantelzorgers zo zelfstandig mogelijk te blijven, met een zo hoog mogelijke kwaliteit van leven. Dat is vooral zichtbaar als er een nieuwe of andere behoefte ontstaat op het gebied van gezondheid of welzijn. De ZWS regelt dan een zorg- en dienstenaanbod op maat. Vooral dat 'welzijn' en 'dienstenaanbod' is bijzonder. Coördinator Meys: 'Bijvoorbeeld de aandacht die er is voor wonen en dagbesteding. Een slechte woonsituatie heeft namelijk effect op het welbevinden, en dagbesteding kan zorgen voor afleiding van pijn en lastenverlichting voor de mantelzorgers.'

Andere vormgeving in de eerste lijn

Het project ontwikkelt een standaard voor zowel eerste- als tweedelijnszorg. Bij de eerstelijnsstandaard wordt de zorg vanuit de huisartsenpraktijk anders vormgegeven. Meys: 'Huisartsen onderzoeken eerst welke ouderen in hun praktijk kwetsbaar zijn, onder meer door te kijken naar medicatie en inschattingen over eenzaamheid op basis van bestaande gegevens in hun bestand. Een praktijkondersteuner of wijkverpleegkundige gaat vervolgens bij de oudere langs om die gegevens te controleren, aangevuld met vragen als 'hoe woont iemand?' en 'hoe goed zorgt hij voor zichzelf?' Blijkt de oudere kwetsbaar, dan gaat de zorg voor hem of haar volgens de standaard lopen. 'Dan wordt iemand benoemd die de zorg coördineert en wordt een individueel zorg- en actieplan gemaakt. Verder is een multidisciplinair team betrokken met daarin de huisarts, wijkverpleegkundige, een welzijnsadviseur en iemand met geriatrische kennis.'

Ook het tijdig bespreekbaar maken van wat de oudere zelf wil wanneer hij of zij een ernstige ziekte krijgt, moet al in de eerste lijn plaatsvinden zegt Raymond Koopmans, hoogleraar ouderengeneeskunde en projectleider van het eerstelijnsdeel van de ZWS. 'Huisartsen zullen dus meer pro-actief te werk moeten gaan, een van de grootste veranderingen voor hen.'

Een goed beeld in de tweede lijn

Ook in de tweede lijn wordt eerst een goed beeld geschetst van de oudere. Coördinator van dit deel Anke Persoon: 'De verschillen tussen ouderen zijn erg groot en niet leeftijdgebonden: iemand van 70 kan nog 40 uur werken, terwijl

‘Grote uitdaging is het realiseren van een integraal tarief’

een andere 70-jarige veel klachten heeft. De verpleegkundige screent patiënten van 70 jaar en ouder door vragen te stellen als “bent u vergeetachtig?” en “bent u weleens gevallen?” Blijkt dat een oudere kwetsbaar is, dan schakelen we een consultatieteam geriatrie in. De verpleegkundig consulent inventariseert de situatie en wensen van de oudere met een speciaal meetinstrument. Daarbij wordt gekeken naar sociaal netwerk, gehoor en zicht, lichamelijke klachten en pijn. Dat speelt allemaal een rol bij een voor spoedig revalidatieproces. Maar ook is er aandacht voor het cognitief vermogen. Snapt een oudere bijvoorbeeld waarom hij bepaalde oefeningen moet doen? En klopt het echt als hij zegt dat het goed gaat of is dat beleefdheid?’ Naast het screenen bekijkt een geriater het medicijngebruik. Persoon: ‘Die kijkt naar de combinatie van medicatie en of die bijvoorbeeld risico geeft op vallen of delier. Op basis daarvan geeft hij een advies aan de behandelend arts.’ Complexe situaties komen aan bod in het multidisciplinair overleg. Daarin is ook aandacht voor de transfer vanuit het ziekenhuis weer terug naar huis. ‘Wat verder bijzonder is, is dat we vrijwilligers inzetten die ouderen lichamelijk en geestelijk activeren, bijvoorbeeld gezelschap houden bij het eten.’

Uniek: inzet van vrijwilligers

Een Amerikaanse studie heeft laten zien dat er bij inzet van vrijwilligers minder delier voorkomt. Het project De Zorg- Welzijnsstandaard onderzoekt daarom ook de inzet van vrijwilligers, uniek in Nederland. Anke Persoon: ‘Wij

willen ouderen iets extra’s bieden, maar daarvoor is vaak geen tijd. Vrijwilligers kunnen zich echter volledig op die extra taak richten. Zij doen dat vanuit vier verschillende programma’s. In totaal werken we met ongeveer 36 vrijwilligers. Zij zijn 10 tot 30 minuten per dag aanwezig.’ De vier programma’s:

1. Oriëntatie

‘Het doel van het oriëntatieprogramma is ouderen in het hier en nu houden. Vrijwilligers gaan elke dag zo’n 10 minuten langs bij de oudere om een gesprekje te hebben. Bijvoorbeeld dat het vandaag maandag is en dat de oudere morgen, dinsdag, wordt geopereerd. Het gaat om het prikkelen van de oudere om na te denken over waar hij is en wat hij in het ziekenhuis doet.’

2. Activiteiten

‘Dit programma gaat om het geestelijk actief houden van de oudere, bijvoorbeeld met puzzels of spelletjes. Dit kan delier voorkomen en het revalidatieproces verbeteren. Allereerst voert de vrijwilliger een gesprekje om erachter te komen wat de oudere leuk vindt. Daarvoor hebben we ook materiaal ontwikkeld.’

3. Beweging

‘Het bewegingsprogramma moet ouderen lichamelijk activeren, uiteraard in overleg met de fysiotherapeut. Mogen mensen uit bed om te wandelen, dan gaan ze ook wandelen.’

Nationaal Programma Ouderenzorg

Het project de Zorg- en Welzijnsstandaard wordt uitgevoerd binnen het Nationaal Programma Ouderenzorg (NPO). Dit programma verbetert de zorg voor ouderen met complexe hulpvragen. Ruim 550 organisaties werken daarvoor landelijk en regionaal samen. Doel is een samenhangend zorgaanbod dat beter is afgestemd op de individuele behoeften van ouderen. Voor ouderen leidt deze kwaliteitsslag tot meer zelfredzaamheid, meer functiebehoud en minder terug hoeven vallen op de zorg. Het NPO is een programma van ZonMw, in samenwerking met de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU) en koepel van ouderenorganisaties CSO. Opdrachtgever is het ministerie van VWS.

Voor het NPO is tachtig miljoen euro beschikbaar. Met dat geld worden 75 transitie-experimenten, onderzoeks-, onderwijs- en implementatieprojecten gefinancierd, vanuit de behoeften en wensen van de ouderen. Het gaat om zorg over de volle breedte, zoals medische zorg, langdurende zorg, welzijn, mantelzorg en preventie. Ouderen zelf participeren actief in het NPO. De uitvoering ligt bij acht door de UMC’s geïnitieerde regionale netwerken die samen zorgen voor landelijke dekking. Kijk voor meer informatie op www.nationaalprogramma-ouderenzorg.nl.

4. Voeding

'Eten is belangrijk voor de revalidatie. We zetten vrijwilligers in die aanschuiven bij de maaltijd, want eten gaat beter als dat in gezelschap gebeurt. Ook letten zij op of ouderen wel drinken. Verder doen we een proef met gezamenlijk eten op de afdeling, wederom vanwege die gezelligheid. En en passant worden mensen geactiveerd om uit bed te komen.'

Doorgaande lijn

Hoewel in de eerste en tweede lijn verschillende stappen worden gezet, is er nauwe samenwerking. De huisarts heeft de oudere in zijn praktijk nu goed in beeld en geeft het zorg- en actieplan dat hij van de kwetsbare oudere heeft, door aan het ziekenhuis indien de oudere wordt opgenomen. Bij ontslag past het ziekenhuis dat plan weer aan zodat de huisarts het complete beeld weer heeft en er een naadloze aansluiting ontstaat met de eerste lijn. Uiteindelijk moet het leiden tot een continuüm in de zorg voor ouderen zonder merkbare schotten. Niet onbelangrijk aangezien jaarlijks 100.000 ouderen in Nederland te maken hebben met functieverlies na ziekenhuisopname. Enkel vanwege die opname op zich.

Kenmerken van de Zorg- en Welzijnsstandaard

- een samenhangend zorgaanbod op maat
- pro-actief aandacht voor zorg én welzijn
- kwaliteit van leven boven verlengen ervan
- eigen keuze voor de cliënt
- geen onnodige of ongewenste behandeling
- voorkomen van complicaties bij ziekenhuisopname
- een verschuiving van zorgkosten
- besparing van zorgkosten

Het project moet straks, als het in 2013 is afgelopen, een samenhangend zorg- en welzijnsaanbod uit eerste en tweede lijn opleveren. Grote uitdaging daarbij is het realiseren van een betaaltitel waarbij er een integraal tarief komt dat samengesteld is uit componenten van de AWBZ, Zorgverzekeringswet en Wmo. |

zorgmarkt

Verkiezing: Zorgonderneming van het jaar 2012



Tot 1 februari aanstaande kunt u innovatieve zorgprojecten of ondernemingen aanmelden. De onderneming waar u werkt, maar ook projecten van anderen waarvan u vindt dat ze de titel zorgonderneming van het jaar 2012 verdienen.

Aanmelden kan heel eenvoudig op www.zorgondernemingvanhetjaar.net

Onze samenleving heeft de focus te sterk gericht op levensverlenging en het vooruitschuiven van zorgafhankelijkheid. De zorg voor de meest kwetsbare ouderen krijgt niet de aandacht die nodig is. Als je het belangrijk vindt om mensen lang in leven te houden, moet je ook collectief verantwoordelijk willen zijn voor de kwaliteit van zorg in de laatste levensjaren, stelt prof. Cees Hertogh, hoogleraar ethiek van de zorg voor kwetsbare ouderen aan de Vrije Universiteit te Amsterdam. Hertogh pleit voor meer empowerment en een sterker gevoel van eigenwaarde van de zorgmedewerkers.

De Autoriteit | Loek Kusiak

Hoogleraar ethiek van de zorg voor kwetsbare ouderen Cees Hertogh:

‘Zorg vraagt om hoofd, zowel als om handen’

Hoe ouder we worden, hoe meer kwalen en handicaps. Tegenwoordig spreken we vaak over multimorbiditeit en kwetsbaarheid. Is kwetsbaarheid te beteugelen of anderszins te beïnvloeden?

Kwetsbaarheid is een woord met veel betekenissen. In het dagelijks leven betekent het zoiets als vatbaar zijn voor onheil. In de filosofie en de ethiek wordt kwetsbaarheid gezien als een belangrijk kenmerk van de menselijke conditie, als merkteken van zijn eindigheid. Niet als iets waar je vanaf kunt komen, maar waar je mee in het reine moet komen. In de geneeskunde is kwetsbaarheid verengd tot een concept waarmee men een bepaalde groep risicodragende ouderen wil opsporen. Het gaat dan om ouderen die een verhoogd risico lopen op negatieve gezondheidsuitkomsten, zoals zorgafhankelijkheid, opname in een verpleeghuis, of overlijden. Je zou het ook zo kunnen zeggen: kwetsbaarheid is als het ware het kantelpunt tussen onafhankelijkheid en afhankelijkheid, tussen de vitaliteit en het succesvol ouder worden van de derde levensfase en de afhankelijkheid van de vierde levensfase – het zwarte gat van de ouderdom. En die laatste fase keren we het liefst de rug toe, ook in het onderzoek. Een van de doelen van het Nationaal Programma Ouderenzorg (NPO) is om kwetsbare ouderen op te sporen en met interventies het risico op fysieke en psychische achteruitgang en op zorgafhankelijkheid te reduceren. Maar of deze aanpak ook resultaat zal opleveren? Hiervoor ontbreekt tot dusverre het wetenschappelijk bewijs. Misschien zijn we alleen maar bezig om het kantelmoment een beetje op te schuiven. En dan is het toch wel zorgelijk dat al die aandacht voor kwetsbaarheidsinterventies ten

koste gaat van hen die dat moment voorbij zijn, die niet alleen kwetsbaar, maar ook daadwerkelijk ‘gekwetst’ zijn. Die groep ouderen was uitgesloten van het NPO, zoals ze veelvuldig van onderzoek worden uitgesloten. Het verbaast mij altijd weer, dat het verhoudingsgewijs zo gemakkelijk is om bijvoorbeeld geld te genereren voor onderzoek naar de diagnostiek van dementie, terwijl het vele malen moeilijker is om geld geïnvesteerd te krijgen in onderzoek naar verbetering van de bestaanskwaliteit van zorgafhankelijke ouderen. En juist daar is nog heel veel winst te behalen.

Verpleeg- en verzorgingshuizen komen in het nieuws met vastbinden en ondervoeding. Gaan we waardig genoeg met ouderen om? Hoe is het gesteld met de kwaliteit van zorg?

Wat we bieden in onze instellingen is zeker niet optimaal. De zorg is zonder meer karig bedeed en bijgevolg schamel van kwaliteit. Ter verklaring van die situatie klinkt steeds dezelfde mantra: er gaat te veel geld en tijd naar management en bureaucratie en te weinig naar de zorg aan het bed. Dat moge zo zijn, maar het gaat hier toch allereerst om keuzes die we als samenleving maken. We willen ons geld immers niet alleen aan zorg, maar ook aan een groot aantal andere dingen uitgeven.

Maar als het gaat om kwaliteit van zorg en waardigheid speelt hier ook nog iets anders. In de eerste plaats denken wij bij waardigheid overwegend in termen van rationaliteit, onafhankelijkheid en zelfbeschikking. Met de lichamelijke, behoeftigheid en afhankelijkheid die ons evenzeer kenmerken weten we eigenlijk niet zo goed



CV Cees Hertogh

Cees Hertogh (1957) groeide op in Bergen op Zoom en studeerde geneeskunde en filosofie aan de Vrije Universiteit te Amsterdam. Hij promoveerde in de medische filosofie en was van 1983-1991 als universitair docent verbonden aan de afdeling filosofie en medische ethiek. Sinds 1991 werkt hij als onderzoeker bij de afdeling verpleeghuisgeneeskunde. Daarnaast is hij als specialist ouderengeneeskunde verbonden aan verpleeghuis Naarderheem in Naarden. Op 1 oktober 2009 werd Cees Hertogh benoemd tot hoogleraar aan het EMGO-Instituut van het VU medisch centrum. Hij is bestuurslid van het Dementia Ethics Comité van de organisatie Alzheimer Europe.

raad en eigenlijk zijn we vrij snel geneigd om die aspecten van ons mens-zijn als minder waardig, als niet tot onze waardigheid behorend, af te doen. Incontinentie is een goed voorbeeld. We accepteren dit aan het begin van het leven, maar aan het eind mag dat er eigenlijk niet bij horen. Daar hebben we dan ook een kwaliteitsindicator van gemaakt: hoe meer incontinentie in een zorginstelling, hoe lager de kwaliteit van zorg. Vervolgens is het maar een kleine stap naar de veronderstelling, dat zorginstellingen hun bewoners incontinent maken door ze een luier om te doen en te zeggen: 'plast u daar maar in'. De werkelijkheid is natuurlijk veel genuanceerder. Ouderen met multimorbiditeit die niet meer mobiel zijn moeten bijvoorbeeld in een tillift geholpen worden om naar het toilet te gaan. Ze kunnen daar verschrikkelijk tegenop zien. Tegen de tijd dat ze bij het toilet zijn, hebben ze hun plas niet meer op kunnen houden.

Een ander voorbeeld, met dank aan de media, is het debat over uitdroging en versterving. De ophef die daarover ontstond in wat later de Blauborgje-affaire is gaan heten, bleek in belangrijke mate te berusten op een communicatieprobleem tussen zorgverleners en de familie van een bewoner. Beide voorbeelden – en ik kan ze gemakkelijk met vele andere aanvullen – illustreren dat de belangstelling voor de kwaliteit van zorg in instellingen in hoge mate *incident driven* is. Maar die incidenten leggen naast al dan niet vermeende misstanden in de zorg ook een aantal misstanden bloot in ons hoofd en zij illustreren ons maatschappelijke gebrek aan inzicht in de naakte feitelijkheid van oud worden in afhankelijkheid. De oude Grieken hadden wat dat betreft meer realiteitszin. Zo schreef een van hen, de filosoof Antiphon, heel nuchter: 'Ouderzorg is als

kinderzorg. Het leven begint en eindigt met afhankelijk zijn van mensen die sterker zijn'.

Hoe dichter bij het sterven, hoe groter de kans dat de zorg beter is. Dat is, blijkt uit internationaal onderzoek, wat de meeste verplegenden en verzorgenden zelf aangeven. Wat zegt zo'n uitkomst?

Ik moet daarbij denken aan wat Anne-Mei The in haar ophefmakende boek *In de wachtkamer van de dood* schrijft, maar wat ik ook zelf heb vastgesteld bij participerende observatie in een psychogeriatrische instelling. Verzorgenden met een bescheiden scholing kunnen nogal verlegen en onzeker zijn over hoe ze mensen met dementie moeten verzorgen en bejegenen. Vaak hoorde ik hen klagen, dat hun bewoners 'aandacht' te kort kwamen. Op mijn vraag, waar die aandacht dan uit zou moeten bestaan, gingen zij stelselmatig voorbij aan hun eigen onmisbare aandeel in de zorg. Aandacht was iets overstijgends, iets waar je pas aan toekwam als de bewoner met wassen, kleden, eten en drinken geholpen was. Dat zegt iets over hun professionele zelfbeeld en opnieuw iets over ons overheersende begrip van waardigheid: wat deze verzorgenden uitdrukten is dat zij het lagere werk voor het minderwaardige deel van het mens-zijn verrichten. Aandacht komt daarna en richt zich op het hogere deel. Alsof dat waar kan zijn. Maar als een bewoner dan 'slecht kwam te liggen' en de dood nabij leek, veranderde er iets in hun beleving en rolopvatting. Dan vloeiden voor de verzorgenden het aandacht geven veel meer samen met hun verzorgende handelingen. Waardig sterven, warme aandacht geven, iemand goed afscheid laten nemen van het leven. Dat is waar deze verzorgenden zich dan sterk voor maakten.

Lees verder op pg. 37

WELKE ZORG IS BELANGRIJK VOOR MEDEWERKERS IN DE ZORG?

Inzicht in Zorgconsumptie

Werken in de zorg brengt specifieke gezondheidsrisico's met zich mee. Zo maken, ten opzichte van het landelijk gemiddelde, meer medewerkers in de zorg gebruik van fysiotherapie en psychische zorg. Het Informatieprogramma Inzicht in Zorgconsumptie maakt duidelijk hoe het ervoor staat met de zorgconsumptie van bij IZZ verzekerde zorgmedewerkers.

Als de zorgverzekeraar voor de zorgsector beschikt IZZ over veel data over zorgconsumptie op sector- en brancheniveau. IZZ stelt deze geanonimiseerde gegevens gratis ter beschikking aan alle zorginstellingen. Zorginstellingen die een Werkgeversarrangement met IZZ hebben afgesloten en voldoende IZZ-verzekerde medewerkers hebben, krijgen deze gegevens ook op instellingsniveau. Via Inzicht in Zorgconsumptie wil IZZ werkgevers vanaf 2012 jaarlijks inzicht bieden in de arbeidsrelevante zorg - zoals fysiotherapie en psychische zorg - die hun medewerkers consumeren in vergelijking met de sector en de branche. Dit biedt aanknopingspunten voor verbetering en inzet van preventieve programma's om uitval te voorkomen of te beperken.

Verschillen en oplossingen

Het informatieprogramma biedt onderzoeksgegevens op sector-, branche-, en vanaf begin 2012 ook op instellingsniveau. Zo krijgt u inzicht in de zorg die uw medewerkers afnemen in relatie tot de totale branche, vergelijkbare instellingen en het landelijk gemiddelde in de zorg. Inzicht in de verschillen maakt onderzoek mogelijk naar oorzaken en oplossingen. Het biedt aanknopingspunten om met een gerichte aanpak de

gezondheid en de inzetbaarheid van de zorgmedewerkers te verbeteren.

Conclusies zorgconsumptie 2010

Zo blijkt uit een eerste analyse over 2010 dat meer zorgmedewerkers jaarlijks gebruikmaken van fysiotherapie (36 van de 100) dan de gemiddelde Nederlander (23 van de 100).

De cijfers en gegevens die Inzicht in Zorgconsumptie beschikbaar stelt, bieden u handvatten om medewerkers beter toe te rusten en uitval te voorkomen. Verder gebruikt IZZ deze gegevens om de IZZ Zorgverzekering nog beter af te stemmen op het werken in de zorg. Zo wordt per 1 januari 2012 de vergoeding voor fysiotherapie verruimd tot € 500 per jaar in de Basisaanvullende regeling van IZZ - het aanvullende pakket met werkgeversbijdrage. Ook de vergoeding voor psychologische hulp is verruimd tot € 240 per jaar in de Basisaanvullende regeling.

Programma's voor duurzame inzetbaarheid

IZZ streeft naar continue verbetering van gezondheid en duurzame inzetbaarheid van medewerkers in de zorg. Daarvoor ontwikkelen en implementeren wij programma's voor werkgevers en medewerkers in de zorg, in aansluiting op de IZZ Zorgverzekering.

IZZ biedt een Preventieprogramma (met workshops, online gezondheidstesten en een health check), een Informatieprogramma dat inzicht biedt in zorgconsumptie en tot slot een Vitaliteitsprogramma. Dat bestaat uit Vitaliteitvoordezorg.nl, een programma dat u inzicht geeft en helpt om doelgericht te sturen op vitaliteit, tevredenheid en inzetbaarheid van uw medewerkers, en het Beslismodel Inzetbaarheid. ■



INZICHT IN ZORGCONSUMPTIE: HOE WERKT HET?

Het onderzoek naar de zorgconsumptie wordt jaarlijks herhaald. Hebt u een werkgeversarrangement met IZZ afgesloten, dan krijgt u de rapportage persoonlijk uitgereikt door uw IZZ-contactpersoon. Begin 2012 zijn de gegevens op instellingsniveau over 2010 beschikbaar, medio 2012 zijn de gegevens over 2011 bekend. Meer informatie? Uw IZZ-contactpersoon helpt u graag verder, kijk op www.izz.nl of bel (088) 131 35 60.

Ik denk dat dit soort observaties illustreert dat we niet alleen moeten investeren in de professionaliteit en de competenties van verzorgenden, maar ook in hun zelfbeeld en in het imago van de zorg. Dat vind ik een ethische opdracht. Wat ik zou willen bereiken is dat bij deze groep medewerkers in de ouderenzorg meer *empowerment* en een sterker gevoel van eigenwaarde ontstaat.

Hoe krijg je zo'n concept van mensintensieve zorg breder en ook versneld ingevoerd? Biedt kleinschalig wonen en zorgen hier een oplossing?

Met alleen meer handen aan het bed wordt de zorg niet als vanzelf beter. Zoals gezegd: zorg vraagt om hoofd, zowel als om handen; het gaat ook om competenties, professionaliteit, imago. Er wordt te makkelijk gezegd dat het vanzelf wel goed komt als je verpleeghuisbewoners maar een beetje liefde geeft. Dat is onzin, zoals het ook onzin is om al het heil te verwachten van kleinschalig wonen. Onderzoek laat zien dat deze woonvormen nauwelijks meerwaarde hebben ten opzichte van het moderne verpleeghuis. Er is in de afgelopen dertig jaar veel professionaliteit en expertise opgebouwd in de multidisciplinaire verpleeghuiszorg, waarmee Nederland zich, ondanks alle kritiek die we op onze langdurige zorg kunnen en moeten hebben, nog altijd gunstig onderscheidt ten opzichte van veel andere landen. Die expertise moeten we borgen en verder uitbouwen. En bovenal mogen we niet vergeten, dat mensen met dementie, de belangrijkste doelgroep van al die kleinschaligheidsontwikkelingen, de facto lijden aan een terminale ziekte die vraagt om oordeelkundige palliatieve zorg.

Staat de palliatieve zorg rond dementie dan in de kinderschoenen?

Absoluut, die is ondermaats. Er is sprake van onderdiagnostiek en onderbehandeling, niet alleen waar het gaat om pijn en andere belastende symptomen. Veel is nog onbegrepen over de ziektelast die mensen met dementie dragen en over de betekenis van hun gedrag tasten we nog geregeld in het duister. Zonder hier onderzoek naar te doen kun je de palliatieve zorg niet professionaliseren. Dat geldt niet alleen voor de verpleeghuiszorg, maar ook voor de zorg die geboden wordt in het verzorgingshuis en thuis.

Veel verpleegkundigen hebben de ouderenzorg verlaten, omdat het werk te weinig uitdaging bood. Er gaan steeds meer stemmen op om verpleegkundigen weer te laten instromen...

Er zit inderdaad een groot gat tussen de academische professionals in de ouderenzorg en de zorg die mensen aan het bed geven. De huidige staatssecretaris zet zich sterk in voor zowel de kwantiteit als de kwaliteit van het verzorgend personeel in de ouderenzorg. Zij heeft daarover met alle betrokken veldpartijen een convenant afgesloten. Die inzet betreft echter vooral niveau 3 verzorgenden. Wat daarnaast ook node gemist wordt is de verpleegkundige professional die vroeger 'hoofdzuster' heette en die we

tegenwoordig praktijkverpleegkundige noemen. Wil je die terug krijgen, dan moet je wel een aantrekkelijk werkpakket kunnen bieden. Dat thema staat bij beroepsverenigingen en zorgorganisaties hoog op de agenda. Wij als specialisten ouderengeneeskunde zijn in het verleden in een valkuil getrapt door taken op ons te nemen die onvervuld bleven door het wegvallen van de verpleegkundigen. Dat is een verklaarbare, maar strategisch onhandige manoeuvre gebleken die zo snel mogelijk moet worden teruggedraaid. De toename van het aantal ouderen met een complexe zorgvraag vraagt van de specialist ouderengeneeskunde een hogere caseload. Taakdelegatie en praktijkondersteuning door een geriatisch deskundige verpleegkundige zijn daarom onmisbaar en moeten zo spoedig resulteren in een toename van die caseload van 100 naar 200-250 patiënten per (fulltime) arts. Intussen proberen ook instellingen om goede verzorgenden te laten doorgroeien naar het verpleegkundige beroep in de hoop hen voor de ouderenzorg te behouden. Maar in feite moeten we over de volle breedte investeren in het rekruteren van professionals met de juiste competenties en met affiniteit voor ouderen.

De laatste levensjaren vergen de meeste zorgkosten. De RVZ lanceerde een paar jaar geleden het voorstel om een bovengrens te stellen aan ziektekosten. Het uitgangspunt daarbij is dat zorg nuttig moet zijn, een meetbaar instrument moet opleveren voor gewonnen levensjaren, de zogenaemde OALY. Wat vindt u daarvan?

Dat voorstel heeft een storm van kritiek geoogst en is in een la terecht gekomen. In de ouderdom als laatste levensfase gaat het er vooral om leven aan de jaren in plaats van jaren aan het leven toe te voegen. Rekenmeesters moet je niet laten bepalen wat in dat verband noodzakelijke zorg is. Ik vind het moreel niet te rechtvaardigen om financieel sterk in te zetten op het stimuleren van therapieën en behandelmethoden die levensverlenging bevorderen en zorgafhankelijkheid moet voorkomen, zonder daarbij in gelijke mate te investeren in goede medisch-palliatieve zorg voor ouderen. Als de laatste levensjaren het duurst zijn, dan zijn we daar als samenleving als geheel voor verantwoordelijk. Dan moet je, als je het belangrijk vindt om mensen lang in leven te houden, ook collectief verantwoordelijk willen zijn voor de kwaliteit van zorg in de laatste levensjaren. Iets anders is of we daar financieel ook allemaal hetzelfde aan bij moeten dragen. Dan heb ik het over solidariteit en rechtvaardigheid. Er mag gedifferentieerder gekeken worden naar wat mensen aan zorg willen en wat ze daar zelf aan kunnen bijdragen.

Is er in de verpleeghuiszorg nog ruimte voor revalidatie van ouderen na een operatie of een beroerte?

Geriatrische revalidatie in aansluiting op ziekenhuisopname is een snel in belang en omvang groeiend domein van de ouderengeneeskunde, zeker nu de gemiddelde ligduur in ziekenhuizen steeds verder bekort wordt. Het ziekenhuis wordt steeds meer een plaats voor diagnostiek en

kortdurende interventie. Het is – in weerwil van het woord – geen plaats om ziek te zijn, laat staan om te herstellen. En het is voor ouderen met multimorbiditeit en een wankel gezondheidsevenwicht bepaald een onveilige haven. Het verpleeghuis wint dan ook aan belang als vervolgvoorziening ten behoeve van *post acute care* en geriatrische revalidatie. Sinds jaar en dag vindt deze revalidatie plaats onder de vlag van de AWBZ, maar in 2013 zal dit type zorg naar verwachting overgeheveld worden naar de Zorgverzekeringswet. Dat is vooruitgang, omdat de AWBZ in wezen nooit bedoeld is geweest voor revalidatiezorg en omdat de kosten daarvan ook op gespannen voet staan met wat binnen het kader van de AWBZ geboden kan worden. Op dit moment wordt door middel van het SINGER-onderzoek in een aantal 'proeftuinen' nagegaan welke inzet – aan personeel en middelen – geriatrische revalidatie vraagt, zodat daarvoor een passende DBC kan worden ontwikkeld.

Uw onderzoeksinstituut heeft specialisten ouderengeneeskunde in een enquête gevraagd of zij wel eens zijn ingegaan op een schriftelijke euthanasieverklaring van een patiënt met dementie. Wat zijn de conclusies?
In maar vijf gevallen van de 110 casussen die ons zijn toegezonden heeft hulp bij levensbeëindiging plaatsgevonden, maar deze vijf patiënten waren allen wilsbekwaam.

Hun wilsverklaring had daarom geen doorslaggevende invloed. Ons onderzoek laat zien dat wilsverklaringen dus een zeer marginaal effect hebben. De reden die artsen daarvoor opgeven, is dat zij behoefte hebben aan communicatie en een vertrouwensrelatie met de patiënt, als voorwaarde om euthanasie te kunnen uitvoeren. Dat lijkt een tegenstrijdigheid, want de wilsverklaring is immers juist bedoeld voor de situatie waarin communicatie niet meer mogelijk is. Bekend is echter, dat mensen die getroffen worden door een chronische ziekte veelvuldig hun opvattingen bijstellen en minder negatief over hun situatie oordelen dan voor de ziekte. Dat geldt vermoedelijk ook voor mensen met dementie, alleen is dat moeilijker te toetsen. Toch lijkt het ook hier voor artsen van cruciaal belang om ervan verzekerd te zijn dat hun patiënt – op het moment van de uitvoering – de levensbeëindiging ook nog steeds daadwerkelijk verwelkomt. Als zij die overtuiging niet hebben, vervaagt het verschil tussen euthanasie en doodslag, tussen het 'geven' van de dood en 'dood maken'. In ethisch opzicht bestaat er een cruciaal verschil tussen deze twee scenario's. Dat verschil, in combinatie met onze bevindingen, roept de vraag op of een euthanasieverklaring wel een passend middel is om je voor te bereiden op een goede dood. Hier is wat mij betreft het laatste woord nog niet over gezegd. |

BEURS DOMOTICA & SLIM WONEN



23 & 24 november, Evoluon Eindhoven

De Beurs Domotica & Slim Wonen toont als uniek nationaal platform de slimste technologische toepassingen en diensten voor de woon-, leef- en zorgomgeving aan een geïnteresseerd professioneel publiek.

Op 23 en 24 november 2011 is er een breed exposantenaanbod van ca 130 stands aanwezig in het Evoluon te Eindhoven. Ook worden er een vijftigtal inhoudelijke lezingen verzorgd en vindt de uitreiking van de Smart Homes Award plaats, voor het beste gerealiseerde domoticaproject van Nederland.

Heeft u vanuit uw professie te met maken met Domotica & Slim Wonen, dan mag u deze beurs niet missen!



Met de Wet cliëntenrechten zorg (Wcz) in behandeling in de Tweede Kamer wordt het tijd voor zorginstellingen om de consequenties hiervan onder ogen te gaan zien. Dit is ook nodig omdat cliënten steeds mondiger worden en de oprukkende marktwerking klachtenmanagement meer in het teken zet van cliëntbehoud en het beperken van reputatieschade. In dit artikel komen de drie speerpunten van cliëntgericht klachtenmanagement aan de orde. Praktijkvoorbeelden worden gebruikt van het Oogziekenhuis te Rotterdam en het Flevoziekenhuis te Almere.

Kwaliteit en klant | Jean-Pierre Thomassen

Cliëntgericht klachtenmanagement

Drie speerpunten als leidraad

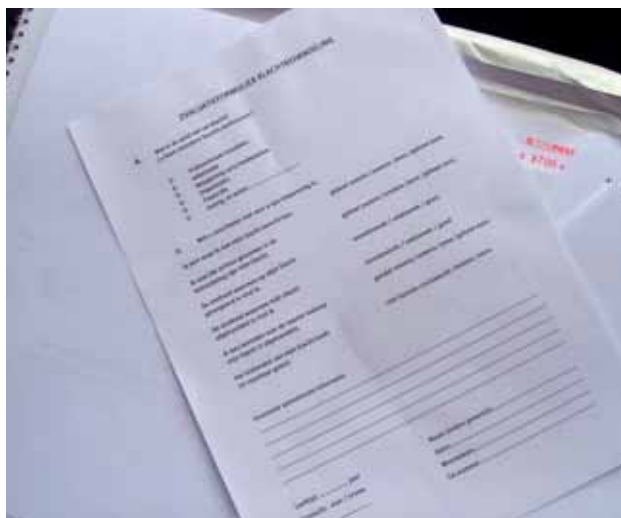
In de artikelen 27 tot en met 30 van de Wcz komt het recht van cliënten op een effectieve en laagdrempelige klachten- en geschillenbehandeling aan de orde. Zorginstellingen krijgen hierin meer ruimte waardoor cliëntgerichte en eigenzinnige zorginstellingen meer vrijheid hebben om

hun klachtenmanagement in te richten zoals zij dit het best vinden passen bij hun cliënten. In plaats van de wet- en regelgeving kunnen de wensen, verwachtingen en ervaringen van cliënten meer centraal komen te staan. Bij veel zorginstellingen vormen klachten van cliënten nog in onvoldoende mate een integraal onderdeel van het kwaliteits- en marketingbeleid. Veel van het verbeterpotentieel voor de kwaliteit van de zorg, cliëntgerichtheid en cliënttevredenheid wordt nog niet gebruikt. Door een visie en beleid op drie speerpunten van klachtenmanagement te ontwikkelen en de bijbehorende maatregelen te realiseren, wordt de klagertevredenheid verhoogd, is er minder reputatieschade en wordt de kwaliteit van de zorg structureel verbeterd (zie tabel 1).

Vanuit een cliëntgerichte benadering van klachten is elke uiting van ongenoegen een klacht, ongeacht waar en hoe deze wordt geuit. Veel zorginstellingen hanteren in theorie deze definitie, de praktijk is echter anders. Vaak worden alleen de uitingen van ongenoegen die zijn geëscaleerd en die met behulp van een klachtenfunctionaris of -commissie moeten worden afgehandeld vastgelegd als een klacht.

Elke ontevreden cliënt klaagt

Veel ontevreden cliënten klagen niet omdat ze niet weten hoe, de moeite niet willen nemen, niet durven of niet lastig willen zijn. Hierdoor zijn de door de zorginstelling vastgelegde klachten vaak maar het topje van de ijsberg. Steeds



Beeld: Flevoziekenhuis



'Bij het Flevoziekenhuis wordt het melden van klachten sterk gestimuleerd op de verschillende afdelingen door bordjes zoals op deze foto'

meer zorginstellingen maken het voor ontevreden cliënten gemakkelijker om te klagen waardoor meer van de ijsberg boven water komt. Uit een analyse van de websites van 40 ad random geselecteerde ziekenhuizen blijkt dat bij 57,5% hiervan cliënten hun klacht digitaal kunnen indienen. De ervaring van het Flevoziekenhuis is dat 90% van de centraal gemelde klachten digitaal worden ingediend. Bij het Flevoziekenhuis wordt het melden in de afdelingen sterk gestimuleerd, op de balies van alle afdelingen staan bordjes met de tekst: 'Hebt u een vraag, een suggestie of misschien een klacht? Wij helpen u graag'. Bij het Oogziekenhuis staat de deur van de raad van bestuur open voor cliënten met klachten.

Maar weinig zorginstellingen laten cliënten zien dat klagen echt zin heeft door transparant naar cliënten te zijn over het aantal klachten, de soorten verbetermaatregelen en de resultaten die zijn geboekt. Ook dit kan ontevreden cliënten stimuleren om te klagen. Ten slotte kunnen zorginstellingen ook proactief klachten 'ophalen', dit kan bijvoorbeeld door middel van suggestiekaartjes. Een goede methode omdat veel cliënten met onvrede dit niet zozeer in de vorm van een klacht, maar wel in de vorm van een ander cliënt-

signaal (suggestie, opmerking of vraag) willen uiten. Webcare, het periodiek afstruinen van het internet (social media en klachtensites) naar negatieve uitingen over de organisatie en vervolgens contact opnemen met de klager, is een andere vorm. Ten slotte kan niet-anoniem cliënttevredenheidsonderzoek worden ingezet om individuele ontevreden cliënten te traceren en hun onvrede weg te nemen. Immers, een klacht is elke uiting van ongenoegen.

Elke klager is tevreden over de klachtbehandeling

Voor klachten geldt de 'Service Recovery Paradox', als een cliënt zeer tevreden is over de wijze van behandeling van zijn klacht dan bestaat de kans dat hij achteraf nog meer tevreden is dan als hij helemaal geen klacht gehad zou hebben. Vandaar dat het continu meten en sturen op klagertevredenheid van belang is. Het Oogziekenhuis stuurt eenmaal per kwartaal alle cliënten waarvan de klacht is afgehandeld een korte vragenlijst toe. De respons is 60-70% en veel cliënten vermelden hun naam op de ingevulde vragenlijst. Blijkt een cliënt niet tevreden te zijn over de afhandeling van zijn klacht dan wordt hij door de klachtenfunc-

Academy Klachtenmanagement

Op 22 november a.s. organiseert Zorgmarkt een academy over klachtenmanagement. Deze morgen zal in het teken staan van de Wet cliëntenrechten zorg en wat dat betekent voor de inrichting van het klachtenmanagement. Sprekers zijn onder andere Jean-Pierre Thomassen en experts op het gebied van klachtenmanagement van het Groene Hart Ziekenhuis en het Flevoziekenhuis. Voor meer informatie: kijk op: www.zorgmarkt.net, onder Zorgmarkt Academy.

tionaris opnieuw benaderd. Maar ook in de inrichting van de klachtenprocedures kunnen zorginstellingen veel maatregelen nemen om ergernissen van cliënten met klachten te voorkomen. Cliënten zijn erbij gebaat dat als zij een vorm van ongenoegen hebben hier direct op gereageerd wordt, en ze niet doorverwezen worden naar een klachtenfunctionaris. Net zoals het Oogziekenhuis heeft het Flevoziekenhuis voor alle verpleegafdelingen en poliklinieken decentrale klachtbehandeling ingevoerd. Artsen, verpleegkundigen en managers zijn in eerste instantie zelf verantwoordelijk voor de klachten die ze op hun afdeling ontvangen, de klachtenfunctionarissen zijn er ter ondersteuning en voor de cliënten die besluiten de klacht centraal te melden. Dit heeft geleid tot een duidelijke afname van het aantal centraal gemelde klachten, dit ondanks een groei van de ziekenhuisactiviteiten. Ook heeft het ziekenhuis de slag gemaakt naar minder verschillende centrale 'klachtenloketten', voor veel cliënten is het niet meer te overzien waar ze moeten aankloppen met hun klacht waardoor ze regelmatig bij het verkeerde loket hun klacht indienen. Een laatste ergernis is de klachtencommissie en dat wat de zorginstelling vervolgens met de uitspraken doet. Lange en formele juridische procedures die leiden tot een uitspraak van (on)gegrondheid, een resultaat waar veel klagers niet op zitten te wachten. Zij willen immers dat het probleem henzelf of een ander niet meer overkomt en dat de zorginstelling/het personeel ervan leert. Met de komst van de Wcz staat de weg open om naar nieuwe, effectievere en snellere behandelvormen te zoeken die meer rendement opleveren voor zowel de cliënt als voor de zorginstelling.

Drie speerpunten van cliëntgericht klachtenmanagement		
<i>Elke ontevreden cliënt klaagt</i>	<i>Elke klager is tevreden over de klachtbehandeling</i>	<i>Cliënten ervaren geen herhaalklachten</i>
<ul style="list-style-type: none"> - Digitaal klagen mogelijk maken - Bordjes en klachtenkaartjes - Open deur bij de Raad van Bestuur - Vragen naar klachten in combinatie met andere cliëntsignalen - Externe transparantie t.a.v. aantal klachten en verbetermaatregelen - Webcare - Cliënttevredenheidsonderzoek 	<ul style="list-style-type: none"> - Meten van en sturen op klagertevredenheid - Decentrale klachtbehandeling - Beperken van het aantal centrale loketten - Alternatieve behandelmethoden voor de klachtencommissie 	<ul style="list-style-type: none"> - Degelijke analyses van de oorzaken - Gerichte verbetermaatregelen op hoofdoorzaken - Klachtenpreventie in de inrichting van (zorg) processen

Cliënten ervaren geen herhaalklachten

Alleen door de oorzaken van klachten goed te analyseren en gerichte maatregelen te nemen, is het mogelijk om klachten in de toekomst te voorkomen. Het begint met organisatie-onderdelen te informeren over de centraal gemelde klachten, te leren van elke individuele klacht en trends in oorzaken te onderkennen. Alleen weten dat vijftig klachten behandeltechnisch van aard zijn, zegt helemaal niets. Door het structureel leren van de werkelijke oorzaken van klachten is klachtpreventie mogelijk. Zo heeft het Oogziekenhuis de processen van twee OK's ingericht met angstreductie voor de cliënt als een van de leidende principes. Goede voorlichting, de aanwezigheid van de partner tijdens consulten, het voorkomen van verrassingen en alles laten zien (zo kan de familie de operatie op een beeldscherm volgen) zorgen voor een grote mate van transparantie en angstreductie. Inmiddels hebben 90.000

'Als een cliënt zeer tevreden is over de wijze van klachtafhandeling dan bestaat de kans dat hij achteraf meer tevreden is dan als hij helemaal geen klacht heeft gehad'

‘Zorginstellingen doen veel te lang over hun klachtbehandeling; daarvoor komt nu een wettelijke norm’

operaties in deze OK's plaatsgevonden met een gemiddelde cliënttevredenheid van 9,1 op een schaal van 10, vrijwel geen klachten en tot op heden geen enkele claim.

Van klachtenregeling naar integraal klachtenmanagement

Om deze maatregelen te realiseren, is het hebben van een klachtenregeling, klachtenfunctionarissen en een klachtencommissie niet meer voldoende. Het onderwerp kan niet meer gedelegeerd worden naar een of enkele goedwillende medewerkers. Het wordt één van de thema's (net zoals patiëntveiligheid) die centraal staan in de ontwikkeling van alle medewerkers. In selectiecriteria, introductieprogramma's, opleidingen en beoordelingsystemen wordt het zien van klachten als kansen, het herkennen van klachten, cliëntgericht omgaan met klachten en ervan leren, geïntegreerd. Het is bijvoorbeeld een onderwerp voor het kennismakingsgesprek van elke nieuwe medewerker van het Oogziekenhuis met de raad van bestuur en vormt een vast onderwerp in de VIP-trainingen voor alle medewerkers van het Flevoziekenhuis. Ook in de aansturing van de zorginstelling kan het onderwerp geïntegreerd worden door het een vast onderdeel te maken van de beleidsplannen, jaarplannen en managementverantwoording. Dit enerzijds in de vorm van activiteiten-doelstellingen maar zeker ook in de vorm van resultaat-gerichte prestatiedoelstellingen met betrekking tot de kwaliteit van de klachtbehandeling (klagertevredenheid, doorlooptijden) en het lerend vermogen op basis van klachten.

Wet cliëntenrechten zorg (Wcz)

Veel (juridische) experts op het gebied van klachten zijn niet bijzonder positief over de nieuwe wet. Maar vanuit de cliënt gezien heeft de nieuwe wet alleen maar voordelen. Zorginstellingen doen veel te lang over hun klachtbehandeling; daarvoor komt nu een wettelijke norm. Klachtencommissies kunnen vaak niet leveren wat klagers willen, deze kunnen nu worden afgeschaft of omgevormd. Het komt nu op de creativiteit en ambitie van zorginstellingen aan om de werkwijzen en voorzieningen in te voeren die wél volledig aansluiten op de wensen en behoeften van cliënten. De wetgever heeft hiervoor ook nog een stok achter de deur. Cliënten die ontevreden zijn over de klachtbehandeling of waarvan de klacht langer dan 6-10 weken in behandeling is, kunnen naar een onafhankelijke geschilleninstantie met bindende uitspraken. De uitspraken hiervan zijn openbaar ten aanzien van de zorginstelling die

Belangrijke veranderingen volgens de Wcz

- Zorginstellingen dienen functionarissen in dienst te hebben die klagers desgewenst gratis met informatie, advies en bemiddeling kunnen ondersteunen; de klager kan hiermee gemakkelijk in contact treden. De functie van klachtenfunctionaris (of een andere benaming) wordt verplicht.
- Schriftelijk ingediende klachten dienen binnen zes weken behandeld te zijn. Klager dient dan een inhoudelijke reactie te ontvangen met een oordeel van de organisatie, eventuele maatregelen en de termijn van realisatie. Deze termijn kan in bijzondere gevallen met vier weken worden verlengd.
- De verplichting vanuit de wet om een onafhankelijke klachtencommissie te hebben, komt te vervallen.
- Elke zorginstelling dient zich aan te sluiten bij een onafhankelijke geschilleninstantie, een geschillenregeling te hebben en deze (net zoals de klachtenregeling) naar cliënten te communiceren.

het betreft. Ongetwijfeld komt dit soort informatie in de pers en wordt deze gebruikt voor allerlei overzichten waarin zorginstellingen worden vergeleken.

Naar verwachting gaat de nieuwe wet eind 2012 in werking treden. Het lijkt nog ver weg, maar de noodzakelijke veranderingen voor zorginstellingen kunnen ingrijpend zijn en een lange doorlooptijd vragen. Vooral als de instelling het volle verbeterpotentieel van klachten gaat benutten om de organisatie structureel kwalitatief beter en cliëntgerichter te maken. |

Met dank aan Froukje de Jonge en Phia de Groot van het Flevoziekenhuis en Frans Hiddema en Loes Kurtschreutter van het Oogziekenhuis Rotterdam. Jean-Pierre Thomassen (thomassen@cm.tno.nl) is venoot van TNO Customer Management. Samen met Kees Ahaus heeft hij het boek 'Klachten en kansen, de patiënt centraal in een laagdrempelige en effectieve klachtbehandeling van ziekenhuizen' geschreven dat onlangs bij Kluwer is verschenen.

IK BEN WIE IK BEN

Ik heb lichamelijke beperkingen. Dat is lastig, weet ik als geen ander. Desondanks probeer ik midden in het leven te staan. Eruit te halen wat voor mij mogelijk is. Ik denk niet over wat ik niet kan, maar aan wat ik wel kan. Dat helpt me om van elke dag te genieten. En gelukkig heb ik de zekerheid dat Welzorg alle hulpmiddelen in huis heeft om me daarbij te helpen.

WELZORG
ALTIJD IN BEWEGING



NIAZ presenteert kwaliteitsnorm langdurige zorg

THUIS ZIJN EN THUIS VOELEN HOORT BIJ KWALITEIT

Thuis is de plek waar mensen soeverein zijn over hun eigen leven. Waar ze zelf kunnen beslissen hoe laat ze opstaan en of ze dan meteen een tl-buis aandoen. Waar ze zelf kunnen bepalen hoe ze hun verjaardag vieren. Aan 'thuis zijn en thuis voelen' ontbreekt het in de langdurige zorg. En daar moet aandacht voor komen, vindt het NIAZ, ook al laat dit zich niet makkelijk meten of vastleggen in een kwaliteitsnorm.

Tijdens een Invitational Conference op 9 september presenteerde het NIAZ de Kwaliteitsnorm Zorginstelling voor de langdurige zorg. Dit concept is afgeleid van de norm voor ziekenhuiszorg die het NIAZ al veel eerder ontworpen heeft en waar talloze instellingen mee werken. Met deze conceptnorm verbreedt het kennis- en toetsingsinstituut voor de zorg de aandacht van cure naar care. Dat sluit aan bij de ambitie van het NIAZ om het kwaliteitsinstituut te willen zijn van de gehele zorg. De conferentie was bedoeld om reacties uit het veld te peilen, om zo te komen tot een bètaversie van de norm die bruikbaar is in de praktijk. 'De rode draad van vanmiddag is dat we willen borgen dat mensen zich thuis voelen in de langdurige zorg', zei dagvoorzitter Adrienne van den Wildenberg, auditor en voorzitter van de werkgroep langdurige zorg van het NIAZ.

ONTWIKKELING NORM

Senior adviseur van het NIAZ Janny Tuijnder gaf een toelichting op de ontwikkeling van de norm voor de langdurige zorg. 'In september 2008 kwam een eerste aanzet om de langdurige zorg te betrekken bij toetsing. Daarvoor

wilden we aansluiten bij wat er al was in de zorg: het Kader Verantwoorde Zorg en de norm die al bestond voor ziekenhuizen. Daarnaast wilden we niet alleen de zorg toetsen en de bijbehorende processen, maar ook de zachte kant, de bejegening.' Een werkgroep vanuit het veld ging met deze opdracht aan de slag. Bijvoorbeeld met definiëren wat de langdurige zorg zo specifiek maakt: de kwaliteit van leven van mensen en de invulling van termen als passende zorg en participatie. Tuijnder: 'Dan gaat het om zaken als: Kun je je thuis voelen daar waar je moet wonen? Hoe kunnen bewoners nog deelnemen aan het dagelijks leven? En wat bepaalt uiteindelijk allemaal de kwaliteit van leven?' Het normenkader dat zo door de werkgroep ontwikkeld werd, is in een tweetal pilots getest. Het normenkader bleek goed bruikbaar voor de langdurige zorg, maar dan met een duidelijke plek voor welbevinden en mensgerichtheid. Daarmee mocht de werkgroep weer aan de slag en specifieke normelementen werden toegevoegd.

KRITISCHE VRAGEN

Ook zocht het NIAZ externe hulp in de persoon van de Groningse hoogleraar

zorgethiek prof. dr. Marian Verkerk. Centraal in de vraagstelling aan haar stond het toetsbaar maken van de termen 'welzijn en welbevinden'. Verkerk concretiseerde dat door te focussen op geborgenheid, 'thuis zijn en voelen' en het behouden van eigen regie. Ook in haar presentatie tijdens de conferentie sprak zij daarover. De filosoof Verkerk nam haar gehoor mee voor een uitstapje naar haar vakgebied. 'We gaan, even los van de normen, kritische vragen stellen die soms ergens en soms nergens over gaan. We gaan een stapje terug om te kijken waar we het nu eigenlijk over hebben bij langdurige zorg.' Waarvan de definitie luidt dat het zorg is die niet uitsluitend gericht is op herstel, maar eerder op het continueren en behouden van het leven. Daar hoort ouderenzorg bij, gehandicaptenzorg en thuiszorg.

TUNNELVISIE

Zorg is goede zorg, volgens Verkerk, wanneer we niet alleen de dingen goed doen, maar ook de goede dingen doen. 'Protocollen zijn nuttig, maar wat is nou eigenlijk goed voor de cliënt?', stelde zij. 'Hoe weet je als auditor dat je de kern van de zorg te pakken



'Niet alles wat van waarde is, laat zich meten en vergelijken'

hebt? Prestatiemeting, waar de huidige managementcultuur om vraagt omdat kwaliteit meetbaar en toetsbaar moet zijn, kan gemakkelijk leiden tot een tunnelvisie waarbij je alleen maar ziet wat je wilt zien. Objectiveerbare gegevens zijn nodig, een norm is nodig, om te bepalen of je de dingen goed doet. Maar voldoende is het niet. 'Want', zei Verkerk, 'niet alles wat van waarde is, laat zich meten en vergelijken. In de zorg moet het ertoe blijven doen dat zorg mensenwerk is. Dus dat je de goede dingen voor je cliënt doet.' Conclusie van het verhaal van Verkerk was dan ook: meet, maar gepast en met mate. En vergeet niet die zaken die we niet kunnen kwantificeren, maar waar we het wel over willen hebben.

SOCRATISCHE OEFENING

Wat zich niet laat meten, is ook van waarde. En hoe doen we daar dan wat mee? Verkerk liet de aanwezigen aan de hand van het filosofische begrip 'thuis' een Socratische oefening doen over de normatieve betekenis ervan. Trage vragen stellen, zoals zij dat noemde, en daarop een antwoord vinden dat sturend kan zijn bij het bepalen waar aan zorg moet voldoen. Thuis is veilig

en geborgen, een spiegel van het zelf, de plek waar je soeverein bent en waar respect is voor de persoonlijke levenssfeer. 'Wat betekent dat voor mensen in de langdurige zorg?', wilde Verkerk weten. 'De discussie hierover moet gevoerd worden om de scherpe kantjes van gedwongen verblijf af te halen. Want cliënten in de langdurige zorg herkennen de plek waar ze wonen vaak niet als spiegel van het zelf.' De aanwezigen hadden elk hun eigen ideeën over wat thuis is. Waar ruimte is voor eigen keuzes. Waar je op jouw tijd kunt plassen of lekker eten. Waar de kat ook woont en waar je vooral niet hoeft te bingoën.

Verkerk besloot haar bijdrage aan het programma met een citaat van Schopenhauer: 'Filosofen is geen enkele vraag voor zich houden en het vanzelfsprekende zo tot zich door te laten dringen om het zodoende als problematisch te zien.' 'Dat vind ik een aardig motto voor kwaliteit', zei zij. 'Als je met normen aan de gang gaat, kijk dan ook naar de vanzelfsprekende dingen in het leven en blij doorvragen.'

EN VERDER

De norm voor langdurige zorg is nog

niet klaar. De input van de bezoekers aan de Invitational Conference moet een plek krijgen binnen het normenkader. Ook worden de normelementen die gelden voor de thuiszorg nog verder uitgewerkt. Aan de hand van twee audittrajecten toetst het NIAZ de werking van de bètaversie van de norm vervolgens in de praktijk; het instituut sluit aan bij ontwikkelingen in het veld. Instellingen en auditoren kunnen er dan mee aan de slag, binnenkort zelfs met behulp van een webapplicatie die het proces aanzienlijk vergemakkelijkt. 'En dan begint het pas', besloot Adrienne van den Wildenberg, 'want de norm is niet statisch. Wel is het een brede norm, dus de kunst is om te zoeken naar toepassing ervan...' Daar ligt een mooie taak weggelegd voor het NIAZ en haar auditoren. Met hopelijk als resultaat dat instellingen voor langdurige zorg een echte thuishaven worden voor bewoners. ■





In no time heeft Loek Winter de MC Groep omgeturnd tot een winstgevende organisatie waar mensen graag werken. Minder managers en proactieve sturing zijn daarin twee belangrijke factoren. Ook op HR-gebied is de grip sterk verbeterd. 'Verantwoordelijkheden liggen nu waar ze horen: in de lijn. Alle administratieve rompslomp is geautomatiseerd met Afas Profit, waardoor we tijd besparen en altijd over actuele informatie beschikken. Vroeger stuurden we op de achteruitkijkspiegel, nu nemen we proactief beslissingen.'

ICT | Mirjam Hulsebos

Meer grip op HR-beleid door slimme ICT

MC Groep verlaagt ziekteverzuim tot 3,4%

Harry Westerveld, hoofd Personeel, Organisatie en Opleidingen bij de MC Groep, is helder: de visie zoals de MC Groep die voorstaat is alleen realiseerbaar als alle administratieve processen maximaal worden geautomatiseerd. 'Wij hebben onze ziekenhuizen zo plat mogelijk georganiseerd. We hebben alleen nog een raad van bestuur en afdelingshoofden. Alle andere managementlagen zijn weg. De stafafdelingen zijn met de helft gereduceerd. Dat kan door zoveel mogelijk verantwoordelijkheid in de lijn neer te leggen, maar dan wel ondersteund met de juiste software.'

Ook voor zijn eigen afdeling geldt dat. 'Wij opereren als een Centre of Excellence en hebben uitsluitend hoog opgeleide, ervaren HR-adviseurs aan het werk die de afdelingshoofden adviseren in hun strategische personeelsbeleid. Alle operationele werkzaamheden liggen in de lijn.' Dat lagen ze vroeger in principe ook al, maar toen werd alles op papier gecommuniceerd naar de P&O-afdeling, waar secretaresses informatie zaten over te tikken. Nu voert de MC Groep alle informatie direct in aan de bron. Medewerkers houden via een medewerkersportaal hun eigen basisgegevens bij en hebben inzicht in zaken als vakantie- en verzuimdagen. In beperkte mate kunnen ze via de portal

hun arbeidsvoorwaarden uitwisselen, waar in 2012 de werkkostenregeling voor in de plaats komt. 'Ook dat automatiseren we weer volledig, zodat de afdelingshoofden daar straks geen omkijken naar hebben', zegt Westerveld. Afdelingshoofden hebben hun eigen managementportal. Belangrijk onderdeel daarvan is de cockpit die met groene, oranje en rode cijfers direct inzicht geeft in de belangrijkste kengetallen, zoals verzuim, actuele FTE-stand, salarisopbouw en leeftijdsopbouw. Westerveld: 'We presenteren de informatie daarmee op twee manieren: als kengetal, maar ook in een kleur: door die getallen een kleur te geven stimuleren we dat managers op die cijfers acteren. Een getal zegt niet altijd meteen iets, maar rood is voor iedereen eenduidig: het is foute boel. En oranje betekent: je moet nu actie ondernemen om te voorkomen dat je straks tegen hoge kosten aanloopt.'

Inzicht in sturelementen

Hij noemt verzuim als voorbeeld. 'Toen de MC Groep de stichting IJsselmeerziekenhuizen eind 2008 overnam was ons verzuim hoger dan gemiddeld in de zorgbranche. Nu verlaag je verzuim niet met software, maar je geeft afdelingshoofden wel inzicht in de elementen waar ze op kunnen sturen. Ze hebben nu bijvoorbeeld per medewerker - weer via het rode, oranje of groene stoplicht - inzicht in het risico dat iemand langdurig ziek wordt. Een deel van het verzuim is onvermijdbaar, maar een belangrijk deel

‘Je verlaagt verzuim niet met software, maar je geeft afdelingshoofden wel inzicht in de elementen waar ze op kunnen sturen’

kan worden vermeden door tijdig in te grijpen, bijvoorbeeld door met een medewerker in gesprek te gaan over de werkdruk die hij of zij ervaart. Dat behoorde natuurlijk altijd al tot het takenpakket van leidinggevenden, maar nu geven we ze het inzicht én de instrumenten om er ook echt op te sturen.’

Zo kunnen afdelingshoofden hun eigen afdeling benchmarken ten opzichte van andere afdelingen. ‘Ook dat zorgt ervoor dat ze veel eerder actie ondernemen. Vroeger wisten ze latent vaak wel of ze al dan niet goed scoorden op een bepaald aspect, nu is het glashard inzichtelijk en vormen de cijfers voor ons als P&O-afdeling een aanknopingspunt om afdelingen gericht te helpen bij het oplossen van vraagstukken op personeelsgebied.’

Het is voor iedereen stimulerend om te zien dat de kentallen gestaag verbeteren. Zo was het ziekteverzuim in 2010 nog slechts 3,4%, bijna de helft lager dan het gemiddelde in de branche en ruim de helft lager dan drie jaar geleden.

360 graden feedback

Voor Gerard Op 't Ende, projectmanager Zorg bij AFAS, is het geen verrassing dat de MC Groep zich zo snel wist te verbeteren. ‘Hun visie op hoe je een zorginstelling aanstuurt, komt overeen met die van ons: leg verantwoordelijkheden zoveel mogelijk in de lijn, maar geef de lijn dan wel de tools om dit op een makkelijke manier op te pakken. Dat doe je door processen maximaal te automatiseren, zodat je nooit meer iets dubbel hoeft in te voeren en zodat je automatisch een seintje krijgt als er iets moet gebeuren, bijvoorbeeld als een accreditatie van een medewerker binnenkort verloopt. Want op die manier verhoog je de efficiency en geef je iedereen meer grip op zijn eigen proces.’ Westerveld wil wel benadrukken dat het bij deze visie niet alleen gaat om het verbeteren van de efficiency, maar ook – of misschien wel vooral – om kwaliteit. ‘De kwaliteit van de zorg wordt bepaald door de kwaliteit van de medewerkers. Zij moeten optimaal worden ondersteund om hun werk zo goed mogelijk te doen. Dat is de taak van de afdelingshoofden. We zien dat, sinds die afdelingshoofden over de juiste stuurinformatie beschikken, de focus veel meer is gericht op de juiste dingen. Dat is weer goed voor de werksfeer. Het heeft in korte tijd een enorme cultuurverandering op gang gebracht.’

Onderdeel daarvan is dat medewerkers meer aan het roer staan van hun eigen carrière. Vanaf volgend jaar wil de MC Groep 360 graden feedback gaan invoeren voor alle medewerkers. ‘We zijn al gestart met de medisch specia-

listen, die volgens de IFMS (individueel functioneren medisch specialisten) worden beoordeeld door collega's, maar we gaan dit volgend jaar organisatiebreed uitrollen’, vertelt Westerveld.

‘We hebben afdelingsspecifieke en functiespecifieke competenties gedefinieerd en daar gedragscriteria aan gehangen. Voor een verpleegkundige zijn dat uiteraard andere criteria dan voor een receptiöniste. We laten iedereen door ongeveer vier directe collega's, vier collega's van een andere afdeling die veel met die persoon samenwerken, en de direct leidinggevende beoordelen.

Dat hele proces automatiseren we met Afas Profit. Met behulp van de enquêtegenerator worden volautomatisch de juiste vragenlijsten naar de juiste personen gestuurd. Zo hebben we straks een heel krachtig stuurinstrument, zonder dat het veel energie kost. De collega's kunnen de enquête online invullen, dat kost ze hooguit een paar minuten. En de rest rolt er helemaal automatisch uit.’

Shared service center

Stap voor stap automatiseert de MC Groep zo de hele personeelsadministratie. Hij ziet dit niet als luxe, maar als bittere noodzaak om de kosten van de zorg in de hand te houden. ‘Wij hebben 1200 FTE in dienst. Dat is een schaal waarin je het je nog kunt permitteren om sommige dingen handmatig te doen. We willen echter op HR-gebied steeds nauwer samenwerken met andere ziekenhuizen en met ketenpartners. Zo kan bijvoorbeeld een fysiotherapiepraktijk waar onze specialisten naar doorverwijzen al besluiten zijn volledige salaris- en HR-administratie aan ons uit te besteden.’

Op termijn wil de MC Groep dit ook voor andere ziekenhuizen doen. ‘Als je besluit om zelf een shared service center te worden, dan is het absoluut noodzakelijk om het volledige proces te automatiseren. Bovendien moet je dat doen op een schaalbare manier, zodat je systemen het niet begeven als je straks tien keer zoveel medewerkers in het personeelsdossier hebt staan.’

Een andere noodzaak is dat de software de flexibiliteit biedt om voor verschillende instellingen verschillende arbeidsvoorwaarden te hanteren. Bovendien moet de software meerdere cao's ondersteunen. ‘Dat is waarom we zo tevreden zijn over Afas Profit. Deze software biedt ons schaalbaarheid en flexibiliteit. Daarmee is het een oplossing waar we ook in de toekomst mee vooruit kunnen.’ |

Crowd sourcing voor optimale afstemming op de klant

Waar bij veel softwaresystemen een branchegerichte versie niet veel meer om het lijf heeft dan een extra module, is Afas Profit Zorg & Welzijn volledig toegespitst op de zorg. Dat gaat verder dan het integreren van de cao's van alle deelsectoren, zegt Ariaan Hoogendijk, manager productmanagement. 'Wij houden op verschillende manieren de vinger aan de pols bij onze klanten in de zorgsector. Natuurlijk praten we regelmatig één-op-één met ze, maar we organiseren ook inspraaksessies met meerdere klanten tegelijkertijd. Zo kunnen onze klanten onderling ervaringen uitwisselen en kunnen wij toetsen of er een brede behoefte bestaat aan nieuwe functionaliteit voordat wij deze ontwikkelen.' Daarnaast kunnen zorginstellingen op hun persoonlijke klantportal wensen en behoeften kenbaar maken. Klanten hebben dus op verschillende manieren inspraak. Hippe bedrijven noemen dit ook wel crowd sourcing. Hoogendijk: 'Wij gaan in gesprek met onze klanten. Zij kennen immers hun eigen proces het best, en ze weten dus ook hoe HR-software daarop moet aansluiten. Kortom, zij zijn de echte deskundigen. En het mooie is dat daarmee direct de kosten dalen.' Veel zorginstellingen hebben dit inmiddels ook in de gaten. Het marktaandeel van Afas Profit onder ziekenhuizen is zelfs 40% en groeit nog altijd gestaag door.



Beeld: AFAS

Ariaan Hoogendijk, manager productmanagement AFAS



Nog geen abonnement op de gratis e-mailnieuwsbrief



Abonneer u dan nu en ontvang iedere dinsdag en donderdag:

- actualiteiten over ondernemen in de zorg
- aankondiging van nieuwe, online dossierartikelen
- interessante vacatures en meer

Ga naar www.zorgmarkt.net/nieuwsbrief

Loopbaan | de draaideur



Lettie van Atteveld is met ingang van 1 oktober 2011 benoemd tot voorzitter van de raad van bestuur van de Haagse Wijk- en WoonZorg (HWW Zorg). Zij volgt daarmee **Mirjam Hagen** op.

Remco Bakker wordt in februari 2012 lid van de raad van bestuur van de antroposofische zorgaanbieder Raphaëlstichting. Hij volgt **Marinus van der Meulen** op die met pensioen gaat.

Aart Bogerd, bestuurder van Syndion, neemt begin 2012 afscheid, omdat hij met pensioen gaat.

Kees van Dun is met ingang van 1 januari 2012 benoemd tot directeur/bestuurder van het Nederlands Instituut voor Accreditatie in de Zorg (NIAZ).



Lex van den Ham heeft op 14 september 2011 de functie van voorzitter van de raad van toezicht van Vitras/CMD op zich genomen. Hij volgt **Anton Westerlaken** op.

Gerard Innemee is per 1 oktober 2011 teruggetreden als bestuurslid van de Tergooiziekenhuizen in Hilversum en Blaricum.

Albert Koeleman is benoemd tot voorzitter van de raad van bestuur van Ommelander Ziekenhuis Groep (OZG).

Martin van Rooijen, tijdelijk bestuursvoorzitter van psychiatrisch ziekenhuis GGZ Westelijk Noord-Brabant in Halsteren, stopt per 1 december 2011.

Prof. dr. Paul A.B.M. Smits is per 1 januari 2012 benoemd tot vice-voorzitter/decaan van de raad van bestuur van het UMC St Radboud. Hij volgt **prof. dr. Frans H.M. Corstens** op.

Geert Tullemans is per 16 januari 2012 lid van de raad van bestuur van Dichterbij.

Michael Jongeneel treedt toe tot de raad van toezicht van het Zuwe Hofpoort Ziekenhuis in Woerden.

Jan van de Wal is weg als bestuurslid bij zorggroep Charim.

Eke Zijlstra, tot 1 november 2011 bestuursvoorzitter van Atrium MC, wordt in de Algemene Vergadering van 14 december 2011 voorgesteld als beoogd voorzitter van het bestuur van het KNGF, het Koninklijk Genootschap voor Fysiotherapie.

Gerrit Jan van Zoelen stopt per 1 januari 2012 als bestuursvoorzitter van het Vlietland Ziekenhuis.

Voor meer en actueel personalnieuws, kijk op www.zorgmarkt.net.

Colofon |

Hoofredactie: Mariët Ebbinge, mebbinge@kluwer.nl, tel. 0570 - 648891

Redactieraad: Bart Berden (raad van bestuur St. Elisabeth ziekenhuis, Tilburg, voorzitter redactie), Jos Dijkers (directeur Participaties en deelnemingen Agis Zorgverzekeringen), Thea Heeren (raad van bestuur GGZ Centraal, Amersfoort), Peter Hoppener (raad van bestuur Sint Maartenskliniek, Nijmegen), Anne Jonkman (partner De Praktijk), Moniek van Jaarsveld (raad van bestuur Warande, Zeist)

Webredactie: Douwe van Randen, Zorgmarkt@kluwer.nl, tel. 0570 - 648480

Adviesraad: Sjoerd Beumer (GGZ Nederland), Gerben Eversdijk (Afas ERP Software), Wouter van der Horst (NVZ vereniging van ziekenhuizen), Louis Houwen (Dirkzwager), Erma van Lamoen (VGN), Rob Maréchal (FunktieMediair), Richard Swinkels (Van Aarle De Laat), Dominique Vijverberg (Stichting IZZ)

Medewerkers: Mies Blok, Merel van Dalen, Jacqueline Fackeldey, Mirjam Hulsebos, Louis Houwen, Ellen Kleverlaan, Loek Kusiak, Piet-Hein Peeters, Kim Putter, Jean-Pierre Thomassen, Rudi Westendorp, Marieke van der Waal, Frank van Wijck

Foto cover: De Beeldredactie

Uitgever: Anneke van Dijk (avandijk@kluwer.nl), Freek Talsma (ftalsma@kluwer.nl)

Marketing: Monique Krol (mkrol@kluwer.nl), Astrid Geraats (ageraats@kluwer.nl)

Adverteren: Camilla van Kampen tel. 0570-647741, 06-54948754, fax: 0570-647749; e-mail: cvankampen@kluwer.nl en Mieke Bensink tel. 0570-648979, 06-54948756, fax: 0570-647749; e-mail: mbensink@kluwer.nl

Klantenservice Zorgmarkt: u komt voor een gratis abonnement op Zorgmarkt in aanmerking indien u binnen de doelgroep (bestuurders, managers en toezichthouders in de zorg -cure en care) valt. U betaalt dan eenmalige inschrijfkosten van € 45 (excl. btw). U kunt een gratis abonnement aanvragen op: www.zorgmarkt.net/abonneren. Indien u niet voor een gratis abonnement Zorgmarkt in aanmerking komt, kunt u een voordelig instapabonnement bestellen met 50% korting het eerste jaar. Reguliere abonnementsprijs is € 175 (excl. btw) per jaar. Verspreiding van Zorgmarkt gaat in samenwerking met NVZD, VHMZ, Nestores. Losse nummers: € 17,50 (excl. btw)

Abonnementwijzigingen: Op www.zorgmarkt.net/abonneren kunt u uw abonnement opzeggen of uw adres wijzigen

Kluwer BV legt de gegevens van abonnees vast voor de uitvoering van de (abonnements)overeenkomst. De gegevens kunnen door Kluwer, of zorgvuldig geselecteerde derden, worden gebruikt om u te informeren over relevante producten en diensten. Indien u hier bezwaar tegen heeft, kunt u contact met ons opnemen

Oplage: 7280 exemplaren

Basisontwerp: Houdbaar grafisch ontwerp bno, Deventer

Vormgeving: COLORSCAN BV, Voorhout - www.colorscaan.nl

Drukkerij: TenBrink, Meppel

Het magazine Zorgmarkt maakt deel uit van het netwerk Zorgmarkt, waar ook een website (www.zorgmarkt.net), een e-mailnieuwsbrief en een jaarcongres (met verkiezing Zorgonderneming van het jaar) deel van uitmaken. Zorgmarkt is een uitgave van Kluwer BV, Deventer. Zorgmarkt wordt mede mogelijk gemaakt door Van Aarle De Laat, Afas, Dirkzwager, FunktieMediair en Stichting IZZ. Op alle uitgaven van Kluwer zijn de algemene leveringsvoorwaarden van toepassing. Deze kunt u lezen op www.kluwer.nl en op www.zorgmarkt.net. Artikelen uit Zorgmarkt mogen alleen – geheel of gedeeltelijk – worden overgenomen en vermenigvuldigd na schriftelijke toestemming van de uitgever.

ISSN 1874 - 5474

Nederlands
uitgeversverbond
Groep vaktijdschriften

 **Kluwer**
a Wolters Kluwer business

HO
PRINT

Dinsdag 22 november 2011
ZIN te Vugt

zorgmarkt
ACADEMY

Dinsdagmorgen van 09.00 tot 13.00 uur

Klachtenmanagement: kansen vanuit de Wet cliëntenrechten zorg

Tijdens deze academy krijgt u aanknopingspunten om klachtenbehandeling structureel vanuit de patiënt in te richten. De Wcz vormt hierbij het uitgangspunt.

Dinsdagmiddag van 13.30 tot 17.40 uur

Calamiteiten in de zorg: bestuurders en experts aan het woord

Drie zorgbestuurders vertellen over hun ervaringen met crisissituaties. Experts op het gebied van toezicht, risicomangementment en organisatie geven handvatten.



www.zorgmarkt.net/academy

zorgmarkt

 **Kluwer**
a Wolters Kluwer business



WERKT UW ACCOUNTANT MEE AAN VERBETERINGEN IN DE ZORG?

Heeft u wel eens nagedacht of uw accountant past bij de uitdagingen waarmee u als bestuurder van een zorginstelling te maken heeft? Attendeert uw accountant u ook op de financiële risico's en kansen die de marktwerking met zich meebrengt? En is uw zorginstelling fiscaal geoptimaliseerd? De accountants en adviseurs van BDO denken breder dan budget- en financieringsregels in de zorg.

Neem voor meer informatie contact op met Chris van den Haak of Rob Karlas.

Bel 088 – 236 48 03 of mail naar zorg@bdo.nl. Meer informatie over de BDO Branchegroep Zorg en onze dienstverlening is te vinden op www.bdo.nl/zorg.