



Ouderenzorg

Levensverwachting: Oud, ziek en dood zijn een drie-eenheid geworden

De toekomst begint nu

Innovatiecyclus: Zelf verbeteren, evalueren en praktiseren

Is er zorg of een uitdaging?

Het ouderenzorgdebat in Europees perspectief

Ouderen anders | Zorgnetwerken

2e editie ZM ZorgAcademie



Exclusief voor
toezichthouders, bestuurders en directeuren

Na het succes van de afgelopen editie organiseert ZM Magazine
in samenwerking met NVZD en NVTZ voor de tweede keer de ZM ZorgAcademie
op dinsdag 22 november in Nyenrode Business University, Breukelen.

dinsdag 22 november 2011



Tijdens de ZM ZorgAcademie gaan deelnemers één dag terug in de collegebanken. In verschillende hoor- en werkcolleges wordt ingegaan op essentiële ontwikkelingen die vergaande gevolgen (kunnen) hebben voor het besturen van een zorginstelling in de toekomst. De inhoud van de ZM ZorgAcademie ligt op economisch, bestuurskundig, financieel, juridisch, ethisch, sociaal, politiek en filosofisch vlak.

De tweede editie van de ZM ZorgAcademie biedt u:

- Exclusief toegang voor (aankomend) toezichthouders, bestuurders en directeuren in de zorg
- Academisch denk- en kennisniveau
- Inleidingen door professoren van gerenommeerde universiteiten
- Strategische thema's, gericht op de toekomst, bieden stof tot nadenken en zijn visiebepalend
- Netwerken met collega's en deskundigen uit de top van de zorg

- Leden van NVTZ en NVZD profiteren van € 500,- korting en betalen slechts € 395,-
- Abonnees van ZM Magazine profiteren van € 200,- korting en betalen slechts € 695,-
- Het reguliere tarief is € 895,-

Schrijf u in op www.zmmagazine.nl of gebruik het bijgesloten inschrijfformulier.

Voorlopig programma ZM ZorgAcademie 2011

- 09.00 Ontvangst en registratie
- 09.30 Opening en introductie door de dagvoorzitter
prof. dr. Robbert Huijsman
- 09.45 Hoorcollege Zorgethiek
Prof. dr. P.J.C.M. Embregts, Hoogleraar Universiteit van Tilburg, Lector Hogeschool Arnhem en Nijmegen
- 10.30 Werkcollege Zorgethiek
- 11.15 Korte pauze
- 11.30 Hoorcollege Leiderschap
Harold Jansen, Coach/trainer/adviseur DeLimes
- 12.15 Lunchpauze
- 13.00 Hoorcollege Kwaliteitsmanagement
Prof. dr. T.B.C. Poiesz, Universiteit van Tilburg, TiasNimbas Business School
- 13.45 Werkcollege Kwaliteitsmanagement
- 14.30 Korte pauze
- 14.45 Hoorcollege Economie
Paul Vroonhof, Projectleider onderzoeksprogramma Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn, EIM
Lia Smit, Accountmanager Ondernemerschap en coördinator account Zorg, EIM
- 15.30 Werkcollege Economie
- 16.15 Pauze met hapjes
- 17.00 Boekpresentatie
Adjiedj Bakas, Trendbureau Bakas
- 17.45 Discussie
- 18.15 Korte pauze met hapjes
- 18.30 Hoorcollege Politicologie
Prof. dr. P.B.M. Robben, Adviseur Onderzoek en Innovatie IGZ
- 19.15 Discussie
- 19.30 Afsluiting door de dagvoorzitter



Fotografie Robert en Sander Heezen

Volg ZM ook online en blijf op de hoogte van strategische thema's in de zorg

Volg ons via:

► Wekelijkse nieuwsbrief



► Linked-In ZMMagazine



► Twitter @ZMredactie



► Website: www.zmmagazine.nl

- Altijd up to date
- Het laatste nieuws uit de sector
- Archief met artikelen op trefwoord
- Agenda uit de zorgsector
- Inspiratie bij uw werk



COLOFON

Uitgave MYbusinessmedia in samenwerking met de NVZD - Vereniging van Directeuren van Instellingen in de Gezondheidszorg en de NVTZ - Nederlandse Vereniging van Toezichthouders in Zorginstellingen

Redactionele formule Dit maandelijks vaktijdschrift wordt geredigeerd volgens journalistieke normen. Er worden ook artikelen gepubliceerd die geen officiële bestuursstandpunten van NVZD of NVTZ vertegenwoordigen, doch van belang zijn voor de meningsvorming in eigen kring.

Uitgever drs. Suzanne Wanders

Hoofredactie Tijtske Gijzen

Eindredactie Marja Kroef

Omslagfoto Daniel de Groot

Redactieraad Voorzitter: Prof. dr. R. Huijsman MBA, Erasmus Universiteit. Drs. L.H.H.M. Demoulin, Themadirecteur Thorax, Erasmus MC.

Dr. R.J.M. Dillmann, voorzitter RvB Zaans Medisch Centrum. Drs. F. Groen, Consultant en Coach voor Managers, directie en toezichthouders.

Dr. ir. P.C.J. Leijh, RvB LUMC. B. Miseré, MSc, MD Ernst & Young Health Advisory Services. Henri W.M. Plagge, arts M&G. MCM, RvB de Zorgboog.

Mr. H.J.M. Steen MHA, RvB Odion. Mw. drs. H.B. Teerlink MBA.

Vertegenwoordiger NVZD Drs. J.F. de Beer, directeur

Vertegenwoordiger NVTZ J.J.K. Gerards

Opmaak De Opmaakredactie, Doetinchem

Druk Drukkerij Tesink, Zutphen

Redactie-adres

MYbusinessmedia

Postbus 8632 | 3009 AP Rotterdam

E-mail: redactie.zmmagazine@mybusinessmedia.nl

Tel. 010 - 289 40 15 | Fax 010 - 289 40 76 |

Website: www.zmmagazine.nl

Abonnementen

ZM Magazine, exclusief voor bestuurders, directeuren en toezichthouders in de zorg. Abonnees profiteren van de volgende voordelen:

- Het vakblad 10 keer per jaar
- Extra vakinformatie op www.zmmagazine.nl
- Gratis toegang tot het volledige archief op www.zmmagazine.nl
- Het laatste nieuws via de digitale nieuwsbrief
- Korting op deelname aan de ZM bijeenkomsten en ZM Academie.

Abonnementsprijzen 2011: binnenland € 165, buitenland € 175, studenten € 49,50 (alleen met bewijs van inschrijving), profabonnement € 29.

Prijzen excl. BTW

ISSN 1381 - 0901

Abonnementen worden tot wederopzegging aangegaan. Opzegging kan uitsluitend per aangetekende brief plaatsvinden tot drie maanden voor het einde van de lopende abonnementsperiode. Moet het verzendadres gewijzigd worden, stuur dan het etiket met verbeterd adres terug.

Vragen over abonnementen en bestellingen kunt u richten aan de afdeling Klantenservice. Dagelijks telefonisch bereikbaar van 9 uur tot 12 uur, 010 - 289 40 08, of per e-mail: zmmagazine@mybusinessmedia.nl

Advertenties

Marieke van Dongen, telefoon 010 - 289 40 66,

e-mail m.dongen@mybusinessmedia.nl

Postbus 8632 | 3009 AP Rotterdam

Fax 010 - 289 40 61

Alle advertentiecontracten worden afgesloten conform de regelen voor het Advertentiewezen gedeponeerd bij de rechtbanken in Nederland.

© Copyright 2011 MYbusinessmedia

MYbusinessmedia legt uw gegevens vast voor de uitvoering van de abonnementsovereenkomst.

Uw gegevens kunnen door MYBusinessmedia of zorgvuldig geselecteerde derden worden gebruikt om u te informeren over relevante producten.

Indien u hiertoe bezwaar hebt kunt u contact opnemen met de uitgever.

HO
PRINT

6

Levensverwachting

Door toenemende investeringen in de preventieve en curatieve zorg zal de snelheid van het verouderingsproces afnemen. Deze investeringen maken dat Nederlanders meer jaren zonder gebreken tegemoet kunnen zien. Niettemin zal het leven eindigen met langdurige zorg.

10

De toekomst begint nu

In veel toekomstbespiegelingen worden doemscenario's geschetst waarin gegevens uit het heden worden geëxtrapoleerd naar de toekomst. Maar is dat terecht?

13 Ouderen anders

14 Zorgnetwerken

16

Innovatiecyclus

Mensen vinden ouderenzorg belangrijk als hun moeder of partner dementie krijgt of hun vader na een beroerte niet meer de oude wordt. Veel gaat goed. Vaak kan het nog beter.

22

Is er zorg of een uitdaging?

Nederland gaat, als je de vele media-uitingen mag geloven, een grote ramp tegemoet. De dubbele vergrijzingsgolf komt als een tsunami over ons heen, het aantal jonge mensen dat in de zorg wil werken is gering en de kwaliteit is nu al een drama. Dit beeld klopt niet met de praktijk van alledag.

26

Europees perspectief

De Europese Commissie en de OESO besteden veel aandacht aan de vergrijzing en de gevolgen ervan. De laatste tijd zijn vergelijkende studies verschenen die een beeld schetsen van het debat over ouderenzorg in andere landen.

RUBRIEKEN

20 Boekbespreking

21 Mijns inziens - Robbert Huijsman

29 Dwarsligger - Harry Woldendorp

30 NVZD

32 NVTZ

33 ZM Directory

Mailadres redactie

redactie.zmmagazine@mybusinessmedia.nl



Stijgende zorgbehoefte is groeimarkt

Het aandeel 65-plussers in de maatschappij neemt snel toe en zal in 2030 uit een kwart van de bevolking bestaan. Dit heeft tot gevolg dat een groter aantal ouderen zorg nodig zal hebben. Het aantal kwetsbare ouderen neemt toe van 700.000 in 2010 tot ruim één miljoen personen in 2030.

In de vervolgstudie van het SCP naar kwetsbare ouderen blijkt het alleen wonen een belangrijk aspect van kwetsbaarheid (juli 2011). Het Centraal bureau voor de statistiek (CBS) constateerde dat het aantal ouderen in een verzorgings- of verpleeghuis daalt. Hier openbaart zich de paradox tussen de huidige trend om alles op alles te zetten om thuis te blijven wonen (zowel door cliënt, zorgverstrekker en beleidsmaker) en de SCP-uitkomst dat juist het alleen wonen een risicofactor is.

Politici en beleidsmakers realiseren zich dat ze rekening moeten houden met bovenstaande gegevens. De minister van VWS heeft aan de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg gevraagd om een advies uit te brengen over de zorg voor ouderen en te inventariseren welke maatregelen nodig zijn om de zorg voor de groeiende groep (alleenstaande) niet-zelfredzame ouderen te organiseren en voor de toekomst te kunnen garanderen. Dit advies volgt in november.

De stijgende zorgbehoefte van ouderen is een groeimarkt met een grote maatschappelijke verantwoordelijkheid. Hier ligt voor gemeenten niet alleen een plicht, maar zeker ook een uitdaging. Vanuit het idee van Slim verbinden (VNG-congres juni 2011) zijn er voor innovatieve bestuurders, directeuren en managers van welzijnsorganisaties, woningcorporaties en VV&T volop kansen om, in samenwerking met gemeenten, de uitdaging aan te gaan en uitkomst te bieden aan complexe situaties in en rond de thuisomgeving.

In dit themanummer wordt het onderwerp ouderenzorg van alle kanten belicht. We kijken naar onze vermoede levensverwachting, de scenario's voor de toekomst, de netwerken van ouderen, de deskundigheidsbevordering, de zorgvormen. Intra- of extramuraal, kleine of grote instelling? Tenslotte een blik over de grens: hoe is het gesteld met de ouderenzorg elders in Europa?

Rudi Westendorp en Marieke van der Waal

Leyden Academy, het eerste Nederlandse instituut dat pioniers opleidt om de kwaliteit van leven van ouderen te verbeteren

Auteurs zijn opgetreden als gastredacteur van dit themanummer. De redactie van ZM Magazine dankt hen voor hun inzet.

Oud, ziek en dood zijn een drie-eenheid geworden

Door toenemende investeringen in de preventieve en curatieve zorg zal de snelheid van het verouderingsproces afnemen. Deze investeringen maken dat Nederlanders meer jaren zonder gebreken tegemoet kunnen zien. Niettemin zal het leven eindigen met een periode van langdurige zorg voor afhankelijke ouderen.

De levensloop is in de afgelopen eeuwen ingrijpend veranderd. In de ontwikkelde landen zijn pasgeborenen hun leven zeker. Enkele pubers verliezen hun leven door roekeloos handelen, veelal gerelateerd aan seks, drugs en rock & roll. Sterfte door ziekte is op jeugdige leeftijd geheel en al naar de achtergrond verdwenen, en dat blijft zo tot hoog-middelbare leeftijd. Eindeloos ziek zijn komt op jonge leeftijd vrijwel niet meer voor. Intussen is de kans om de pensioengerechtigde leeftijd te bereiken bijna 95 procent. Binnen enkele generaties is het behalen van de 65jarige leeftijd van een uitzonderlijke prestatie tot een gegeven geworden. Oud worden we allemaal, en daarna worden we ziek en gaan we dood. Heel anders dan vroeger zijn oud, ziek en dood tot een drie-eenheid aaneengesmeed.

De eerste bijdrage aan de toename van de levensverwachting was het verdwijnen van de kindersterfte. Schoon water en riolering, een betere voedselvoorziening en scholing vormden daarvoor de basis. Verdere toename van de levensstandaard door vaccinatieprogramma's en een veilige leefomgeving verklaren waarom jongeren nu een uitermate gunstig perspectief hebben. Het aantal kinderen dat voor de puberteit komt te overlijden is minder dan één procent. Maar er moest meer gebeuren om de levensverwachting op te stuwten tot 75 á 80 jaar: daarvoor was noodzakelijk dat ook de sterfte op middelbare leeftijd sterk afnam. En dat is de afgelopen jaren ook gebeurd. Zo is in de laatste decaden van de 20e eeuw de sterfte aan hart- en vaatziekten met meer dan de helft afgenomen. Door steeds meer succesvolle behandelingen wordt het pad naar een hoge leeftijd geëffend. En mensen ervaren steeds meer jaren in goede gezondheid (RIVM: Gezondheid en determinanten, 2010). Desondanks blijft het lijf vatbaar voor ziekte en worden we meer en meer geconfronteerd met aandoeningen die gerelateerd zijn aan het bereiken van de hoge leeftijd.

In de geschiedenis van de mens is nog nooit een tijd geweest waarin zo velen zo oud zijn geworden. Er circuleren schattingen dat tweederde van de mensen die ooit 65 jaar zijn geworden nú leven. Maar ook in het verre verleden zijn mensen heel erg oud geworden. Het is niet de individuele 100jarige die vandaag de dag opzien baart; wel het massale karakter waarmee mensen in Nederland oud worden. Wie wordt tegenwoordig niet oud? Het is deze paradox - veroudering als neveneffect van het succesvol terugdringen van ziekte en sterfte op jonge en middelbare leeftijd - die wij hier willen toelichten.

Veroudering is niet onvermijdbaar

Veroudering is een biologisch fenomeen waardoor de kans op ziekte en dood toeneemt naarmate de tijd voortschrijdt. Logischerwijs is een 80jarige ouder dan een 40jarige, maar het is niet de kalenderleeftijd die bepaalt dat ons lijf minder presteert; het is de geleidelijke opeenstapeling van blijvende schade die niet kan worden hersteld (T. Kirkwood: *Time of our lives* Oxford University Press, 2000). Een deel daarvan is gemakkelijk aan het eigen lijf op te merken: kaalheid, leesbril, maar ook een toegenomen neiging tot vallen en traagheid van denken. Andere schade valt minder gemakkelijk op, zoals een verminderde nierfunctie of een afgenomen geleidingssnelheid van de zenuwen. De snelheid van het verouderingsproces wordt bepaald door de schade die het lichaam oploopt. Omgekeerd dragen het herstellend vermogen van het lichaam en succesvolle medisch-technische ingrepen bij aan reparatie van deze schade. Ziekte is de uiting van het verouderingsproces en er is geen dood zonder ziekte; ongevallen daargelaten.

Ooit werd als vanzelfsprekend aangenomen dat veroudering onlosmakelijk met het leven verbonden is. De snelheid van het verouderingsproces zou worden bepaald door het tempo

Rudi Westendorp

hoogleraar interne geneeskunde aan het Leids Universitair Medisch Centrum en hoofd van de afdeling ouderengeneeskunde

directeur Leyden academy on vitality and ageing

Marieke van der Waal

directeur Leyden academy on vitality and ageing en directeur ILC Zorg voor later

www.leydenacademy.nl



waarmee cellen en weefsels hun functie verliezen. (S. Austad: *Why we age* John Wiley & Sons, 1997)

Toen bekend werd dat cellen in het laboratorium slechts een beperkt aantal delingen kunnen doormaken, leek het sluitstuk van de gedachtevoering voorhanden. Maar Hydra, een zogenoemde zoetwaterpoliep, loopt in het aquarium tot op hoge leeftijd geen blijvende schade op en de sterfttekans neemt niet toe naarmate Hydra ouder wordt. Hydra lijkt, evenals zeeanemonen, aan het verouderingsproces te ontsnappen omdat de cellen waaruit het lichaam is opgebouwd de poliep met eindeloze regeneratieve capaciteiten heeft toegerust. Anders gezegd: veroudering is vermijdbaar wanneer er voldoende in onderhoud en reparatie van het lichaam wordt geïnvesteerd.

Veel mensen vinden het een aantrekkelijke gedachte om zonder gebreken een hoge leeftijd te bereiken en vervolgens op een ochtend niet meer wakker te worden. De gedachte is ook bijzonder populair onder politici, omdat zij suggereert dat met preventieve maatregelen chronische en kostbare ziektelast kan worden vermeden. Maar zoals gezegd: een mens is, ondanks een gezond middelbaar leven, vatbaar voor ziekte en gebreken op hoge leeftijd.

Er is (in de regel) geen plotse genadige dood, in tegenstelling tot wat vroeger wel gedacht werd. Wat is dan het meest waarschijnlijke scenario voor de toekomst? Ziekte op jonge leeftijd is al (vrijwel) afwezig en die op middelbare leeftijd zal in toenemende mate verdwijnen. Daarvoor in de plaats komt 'plaatsvervangende' ziekte op hoge leeftijd. Typische voorbeelden daarvan zijn dementie, hartfalen en andere chronische aandoeningen. Toch is langer leven meer dan enkel 'behoud van ellende'. Het 'mooie' is dat wij steeds meer jaren in goed ervaren gezondheid tegemoet kunnen zien. Het 'lelijke' is dat ook dan het leven zal eindigen met een periode van ziekte en gebreken tot de dood erop volgt.

Eerder ziekte en later gebreken

Worden we ouder? En hoe dan? De ontwikkeling van de levensverwachting wordt vaak verkeerd geïnterpreteerd. Het is belangrijk hierbij stil te staan, omdat de cijfers richting kunnen geven aan de in de toekomst benodigde hoeveelheid zorg.

De figuur toont de recente toename van de levensverwachting in Nederland. Deze is in de periode 1985 tot 2010 toegenomen van 73,1 tot 78,5 jaar voor mannen en van 79,7 tot 82,7 jaar voor vrouwen.

In het bovenste deel (a) staat in rood weergegeven het aantal jaren dat met een of meerdere ziekten wordt doorgebracht. Daarbij valt een aantal zaken op. Allereerst kennen

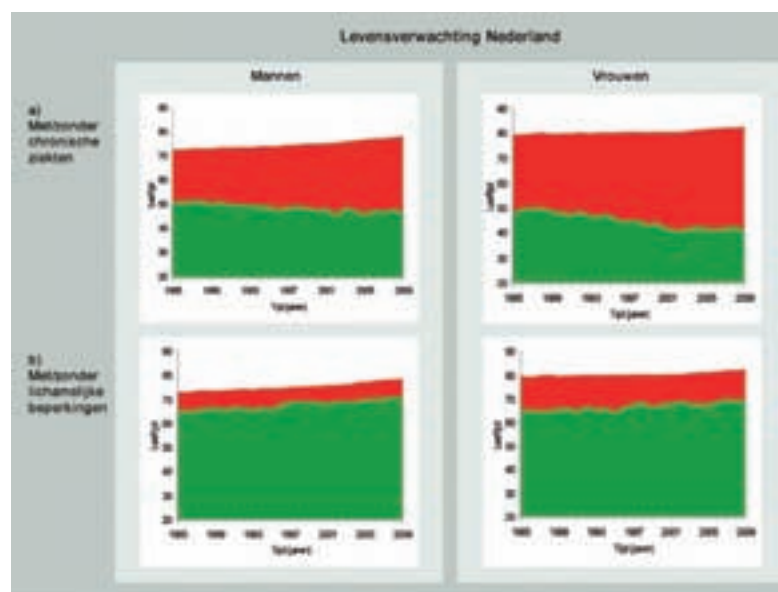
vrouwen meer jaren met ziekte. Dat is niet typisch voor Nederland; we zien het ook in andere landen. Maar belangrijker is dat over de afgelopen 25 jaar het aantal jaren met ziekte is toegenomen, zowel bij mannen als bij vrouwen. Een voor velen onverwachte en ontmoedigende boodschap: zo wil je toch niet ouder worden!

In het onderste deel van de figuur (b) staat rood aangegeven het aantal jaren met gebreken. Wederom is er een groot verschil tussen de beide seksen ten nadele van vrouwen. Dat komt grotendeels door de bij vrouwen frequenter voorkomende gebreken van het bewegingsapparaat, zoals ontkalking van de botten en slijtage van gewrichten. Heel opmerkelijk is dat het aantal jaren met gebreken constant is gebleven en naar hogere leeftijd is verschoven. Met andere woorden: het aantal jaren zonder gebreken neemt toe, zowel in absolute als in relatieve zin.

In overeenstemming daarmee is over dezelfde periode het aantal jaren in goed *ervaren* gezondheid - een subjectief oordeel - eveneens toegenomen. De kansen op een lang mooi leven zijn nooit groter geweest dan nu.

De paradox verklaard

Er is een eenvoudige verklaring voor de paradox dat het aantal jaren in ziekte toeneemt en tegelijkertijd het aantal jaren zonder gebreken toeneemt. De bouw van ons lichaam is de afgelopen 25 jaar niet wezenlijk veranderd. Die wordt gedie-



Levensverwachting in Nederland. In rood en groen het aantal jaren met of zonder chronische ziekten respectievelijk lichamelijke beperkingen. Bron: Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS).

Veroudering is vermijdbaar als voldoende in onderhoud en reparatie van het lichaam wordt geïnvesteerd

teerd door het erfelijk materiaal en dat is gelijk gebleven. Maar wij zijn wel steeds beter in staat om ziekte in een vroeg stadium op te sporen. Dat verklaart waarom het aantal jaren met ziekte toeneemt.

Tegelijkertijd is ons medisch-technisch kunnen om de late gevolgen van ziekte te voorkomen, toegenomen. Hoge bloeddruk wordt op jonge leeftijd gediagnostiseerd en behandeld, zodat zij geen blijvende schade aan nieren, hart en hersenen veroorzaakt. Ook de sterfte door kransslagadervernauwing is zeer sterk afgenomen. Een hartinfarct komt nog steeds vaak voor, maar anders dan vroeger kan door het snel oplossen

van stolsels en het opheffen van de vernauwingen blijvende schade aan het hart worden voorkomen. Bij snelle opname in het ziekenhuis is de sterfte aan een hartinfarct niet meer dan enkele procenten en is de patiënt binnen enkele dagen weer thuis. Dat betekent niet dat de onderliggende oorzaak verdwenen is. De neiging tot kransslagadervernauwing dient langdurig medicamenteus te worden behandeld, en af en toe moet een vernauwing door een ingreep worden opgeheven. Dat zijn meer jaren met ziekte, maar ook met een goed ervaren gezondheid, zonder gebreken.

Toekomstige inrichting van de zorg

De beschreven ontwikkeling van de (gezonde) levensverwachting in Nederland volgen de huidige biologische inzichten over het verouderingsproces en volgen de trends zoals die in andere ontwikkelde landen worden gemeten. Ze zijn een stabiel baken waarop beleidsmakers in de zorg kunnen koersen.

Investerings in preventieve zorg na de kinderleeftijd zijn in Nederland onvoldoende. Dat blijkt uit de vele gevallen van longkanker en de toename van vermijdbare ziekten als ouderdomsdiabetes en nierfalen. Er is een tendens om de verantwoordelijkheid voor preventieve zorg voor (jong)volwassenen te beschouwen als behorend tot de persoonlijke levenssfeer, waarvoor het (huidige) kabinet geen verantwoordelijkheid wil nemen. Daarnaast willen veel mensen onder het juk van gezondheid bevorderende adviezen uit komen, door de gezondheidswinst te bagatelliseren: "Ik wil nu een leuk en lekker leven leiden; wat mij over 20 jaar overkomt zal me een zorg zijn." Dit lijkt de ontwikkeling van een langer leven zonder gebreken niet te bevorderen, met negatieve consequenties voor mens en maatschappij. De inzetbaarheid van de burger wordt immers korter.

Het is juist aan de curatieve zorg te danken dat we zoveel jaren in ziekte maar zonder gebreken kunnen leven. Dit succes van de geneeskunde smaakt naar meer en het is om die reden onwaarschijnlijk dat de kosten van de curatieve zorg wezenlijk zullen verminderen. In het verleden bedroeg die altijd 2% of meer, met behoorlijke fluctuaties vooral vanwege het overheidsbeleid (RIVM: Tijd en toekomst, 2010).

Zoals al beschreven, kan niet worden verwacht dat door medisch-biologische ontwikkelingen de gebreken aan het einde van het leven kunnen worden voorkomen. Het is wel zeker dat zorgafhankelijkheid op hogere leeftijd zal optreden. Uitgaande van het huidige niveau van de zorg nemen de totale zorguitgaven ieder jaar met 1% toe als gevolg van de bevolkingsontwikkeling, met name door de vergrijzing. De oude-



renzorg ondervindt, niet onlogisch, met een toename van 2,5% de grootste invloed van de vergrijzing (RIVM: Tijd en toekomst, 2010).

Veel van de zorg voor afhankelijke ouderen is handwerk dat zich slecht laat vervangen door technische innovaties. Zorg waarbij tijd, warmte, aandacht en een bepaalde mate van regelvrijheid beschikbaar zijn voor de zorgverlener is beter dan koude, kille en minuten georiënteerde zorg; en wordt daarom hoger gewaardeerd. Omdat de productiviteit van dit handwerk minder snel kan toenemen dan in andere sectoren wordt de zorg daardoor relatief duur. De kosten van de zorg nemen daardoor per jaar met circa 1% toe (RIVM: Tijd en toekomst, 2010).

Economische voorspoed

Dankzij onze economische voorspoed is oud worden in de 21ste eeuw voor zeer veel mensen weggelegd. Het was in het verleden een uitzondering; daarom werden ouderen met respect behandeld en fungeerden zij als wijze raadgevers. In onze huidige samenleving ligt de focus op het jonge en dynamische leven. Ouderen hebben andere interesses en velen doen mee aan (sociale) activiteiten die speciaal voor en door hen worden georganiseerd. Oud en jong ontmoeten elkaar niet meer vanzelfsprekend. Dit uit zich in het publieke debat over pensioenen, langer doorwerken, behoud van voorzieningen in vergrijnde buurten en dorpen, en de uitvoering van de zorg. Emancipatie van ouderen blijft in dit publieke debat achter.

Het aantal geboortes is de afgelopen jaren flink afgenomen; daardoor zal de werkende bevolking de komende 25 jaar krimpen ten opzichte van de niet-werkende bevolking. Handen aan het bed worden schaars en 'jonge' ouderen zullen in toenemende mate zorgtaken op zich moeten nemen. Niet alleen voor hun kinderen maar ook voor 'oude' ouderen. Zij moeten zich steeds meer als mantelzorgers inspannen in de wereld van de professionals met protocollen en standaarden, en dat is voor iedereen een uitdaging. Wederkerigheid kan daarvoor handvatten bieden.

Toekomst van de ouderenzorg

Er zal een verschuiving ontstaan van orgaan-specialistische zorg naar patiënt-georiënteerde zorg. Dit wordt gestimuleerd doordat in Nederland het aantal ouderen met meerdere aandoeningen (multimorbiditeit) toeneemt. Zij hebben complexe zorg nodig, waarbij regie en afstemming kernwoorden zijn. Nu is de zorg nog veelal ingericht op de behandeling van één specifieke aandoening.

De focus zal zich ook verplaatsen van het herstellen van

complicaties bij ziekte, naar het voorkomen en uitstellen van leeftijdsafhankelijke aandoeningen. Zorgverzekeraars worden belangrijke spelers en gaan zorgorganisaties langzaam maar zeker stimuleren om langduriger en vaker gezondheidsbevorderende activiteiten op te nemen. Alle burgers, dus niet alleen ouderen, zullen door de zorgverzekeraars geprikkeld worden tot bewegen, een gezond gewicht en niet roken. Kaiser Permanente is een Amerikaanse zorgverzekeraar en zorgleverancier die een gezondere leefstijl onder haar verzekerden actief promoot. Op dit moment wordt in Nederland de fysieke en medicinale begeleiding bij stoppen met roken vergoed, maar de minister van VWS heeft aangekondigd dit te beëindigen.

De dokter zal steeds vaker de patiënt begeleiden bij het voeren van de regie over zijn of haar leven en ziekten. De nieuwe generatie ouderen is geëmancipeerd en wil meer grip op het leven, ziekte(n) en zorg. Digitalisering biedt mogelijkheden tot evaluatie van en reflectie op de uitkomsten van diagnostische tests zoals bloeddruk, bloedsuiker en longfunctie. Ouderen zullen samen met hun arts hun medisch dossier beheren. Bij toename van kwetsbaarheid zal de lijfarts samen met de mantelzorgers de zorg voortzetten in lijn met de wensen van de cliënt.

Bestuurders in de zorg kunnen op basis van bovengenoemde punten hun toekomstige werkagenda opstellen. ●

Management Summary

- Velen onder ons worden oud door schoon drinkwater, goede voeding, betere zorg en nieuwe behandelingen. Chronische aandoeningen worden eerder ontdekt en beter behandeld. Dit geeft uitstel van gebreken en sterfte, en een hogere levensverwachting.
- De kosten van de zorg blijven stijgen, niet alleen door inflatie en stijgende salarissen, maar ook doordat we ouder worden en meer jaren met ziekte doorbrengen alvorens te overlijden.
- In de maatschappij (politiek, beleid, zorg, burgers) is nog onvoldoende besef van de gevolgen van deze ontwikkelingen en de ommezwaai die nodig is.
- De toename van de (on)gezonde levensverwachting dicteert een werkagenda voor herinrichting van de zorg voor ouderen.

De toekomst begint nu

Dat de vraag naar zorg toeneemt, is geen nieuws. Dat demografische veranderingen daarin meer dan nu een rol gaan spelen evenmin.

In veel toekomstbespiegelingen worden doemscenario's geschetst waarin gegevens uit het heden worden geëxtrapoleerd naar de toekomst. Maar is dat terecht? Gaat het alleen om meer zorg, of is er ook een andere zorgvraag?

FOTO MEDISCH SPECTRUM TWENTE



Op dit moment is ongeveer 15% van de Nederlanders 65 jaar of ouder en rond de 4% is boven de 85. Deze percentages nemen toe tot rond 2040, wanneer ongeveer 25% van de Nederlanders 65plus is. Hoe ouder mensen worden hoe meer kans ze hebben om in een ziekenhuis te worden opgenomen. In 2009 werden in Nederland per 10.000 inwoners van alle leeftijden 1153 klinische opnames geregistreerd; tussen de 65 en de 85 jaar waren dit er 2753, en boven de 85 jaar zelfs 3311. Niet alleen worden ouderen vaker opgenomen, de gemiddelde ligduur is aanzienlijk langer. Voor alle opnames is die gemiddeld 5.8 dagen, voor mensen tussen de 65 en de 85 jaar is die 7.6 en boven de 85 jaar 11.1 dagen (CBS).

Hoewel de afgelopen twintig jaar het aantal klinische opnames van mensen tot 60 jaar sterk is gedaald, is het aantal opnames bij ouderen flink gestegen (CBS). Bij vrouwen tussen 70 en 75 jaar was zelfs een stijging van bijna 70 procent. Het feit dat ouderen in toenemende mate de spreekkamers en bedden in ziekenhuizen bevolken, is niet alleen van invloed op omvang van de zorgvraag maar - zeker zo belangrijk - ook op de inhoud van de zorg. Meer nog dan leeftijd speelt hierbij het feit dat veel ouderen naast de aandoening of klacht die hen naar het ziekenhuis voert, andere aandoeningen, klachten en beperkingen hebben die hun zorgvraag beïnvloeden. Dat verklaart mede waarom de gemiddelde opnameduur ruim 60% langer is.

Marieke Schuurmans
hoogleraar verplegingswetenschap, UMC Utrecht

Marianne Lensink
RvB Medisch Spectrum Twente



Ziekenhuisgerelateerde complicaties

Uit veel internationale studies is duidelijk dat leeftijd een risicofactor is voor het ontstaan van ziekenhuisgerelateerde complicaties. Zulke complicaties hebben een flinke impact op de gezondheidszorg: verlengde opnameduur en zorgvraag na ontslag. Maar bovenal hebben ze invloed op de kwaliteit van leven van ouderen zelf en hun naasten. Tussen de 30 en 60% van alle in het ziekenhuis opgenomen oudere patiënten krijgt te maken met functionele achteruitgang waarvan een deel te voorkomen is. Dit verlies hangt vaak samen met het doormaken van een delirium, een valincident of het oplopen van doorligwonden. Verlies van functionaliteit leidt in het dagelijks leven tot een grotere afhankelijkheid, verlies van welzijn en kwaliteit van leven, stress en verdriet. Bovendien wordt de belasting van mantelzorgers en professionele zorgverleners groter. Al in 1993 beschreef M.C. Creditor (Annals of internal medicine 118-3) de cascade naar afhankelijkheid; de combinatie van normale veroudering en bedrust en hospitalisatie verklaarden de achteruitgang.

Eveneens 30 jaar geleden werd de vraag gesteld in hoeverre verpleegkundige zorg bepaald wordt door afhankelijkheid van patiënten, of omgekeerd in hoeverre afhankelijkheid van patiënten een uitkomst is van de interactie tussen ziekte, verpleegkundige zorg en omgeving. Mede door programma's als het VMS-thema 'Kwetsbare ouderen' is het besef toegenomen dat ziekenhuiszorg voor ouderen meer vraagt dan enkelvoudige diagnostiek en behandeling, en dat systematische monitoring van risicofactoren van ziekenhuisgerelateerde complicaties onderdeel van de zorg zou moeten zijn. Op dit moment worden in veel ziekenhuizen - in het kader van IGZ-parameters en het VMS - door verpleegkundigen verschillende registraties uitgevoerd over de zorg voor ouderen. Vraag is of dat de zorg verbetert in de zin van betere uitkomsten voor de oudere patiënt. Verpleegkundigen ervaren zulke registraties vaak als 'meetlast' en het vaststellen van bijvoorbeeld het risico op ondervoeding komt wel in de ziekenhuisregistratie, maar beïnvloedt niet automatisch de zorg aan de individuele patiënt.

Achterblijvende zorg

Er is kwalitatief onderzoek gedaan naar hoe verpleegkundigen zorgen voor oudere delirante patiënten ('Caring for hospitalized older adults at risk for delirium: the silent, unspoken piece of nursing practice', Dahlke en Phinney, J. geront. nurs. 2008). De auteurs concludeerden dat niet alleen het ontbreken van kennis, maar ook de attitude ten opzichte van ouderen en een context zonder prioriteit bij de problemen van ouderen, een belangrijke rol spelen bij achterblijvende

zorg. Deze bevindingen sluiten aan bij een reeks van onderzoeken sinds de jaren 90 van de vorige eeuw. Steeds komt naar voren dat de zorg voor ouderen achterblijft als gevolg van een negatieve attitude en gebrek aan kennis bij professionals. Een aanzienlijk deel van hen heeft niet alleen een negatieve kijk op ouderen maar denkt in stereotype beelden. Het lijkt er soms op dat het beeld van de levenstrap uit vervlogen eeuwen waarbij na het 60ste levensjaar de weg voor iedereen alleen nog maar naar beneden loopt, nog steeds leidend is bij de beroepsgroepen. Terwijl het inmiddels bijna 25 jaar geleden is dat Rowe en Kahn in het toonaangevende tijdschrift Science concludeerden dat de heterogeniteit onder ouderen veel groter is dan tot op dat moment werd aangenomen (J.W. Rowe & R.L. Kahn: Human aging, usual and successful. Science, 1987, 237). Zij stelden vast dat in het onderzoek naar veroudering tot dusver het effect van leeftijd gerelateerd verlies werd benadrukt. De substantiële heterogeniteit onder ouderen werd genegeerd waardoor preventieve mogelijkheden onbenut bleven. Bestuurders en financiers zien dit tot op de dag van vandaag maar in beperkte mate als probleem waardoor er weinig prioriteit voor is.

Mondige ouderen op komst

Veel ouderen zijn zich echter zelf bewust van de risico's van ziekenhuisopname en doen in toenemende mate hun invloed gelden. De huidige ouderen staan bekend als de 'stille generatie'; in de zorg kunnen ze getypeerd worden als de 'dank-u-wel generatie'. De toekomstige ouderen zijn van de babyboomgeneratie, opgegroeid met een individueel in plaats van een collectief perspectief. Hun opleidingsniveau is hoog. Op dit moment heeft ongeveer 25% van de 75plussers havo of hoger; in 2025 zal dat rond de 50% liggen. Het is bekend dat opleidingsniveau van invloed is op gezondheid en zorgvraag.

Een paar jaar geleden heeft de PCOB, belangenbehartiging voor 50plussers, zich gericht op het delirium. De constatering was dat ouderen hierover slecht geïnformeerd worden en dat de zorg te wensen overlaat. De PCOB ontwikkelde een informatiebrochure voor ouderen zelf en stelde kwaliteitscriteria op voor de zorg (www.pcob.nl). Het valt te verwachten dat steeds meer ouderen, mede onder invloed van overheidsbeleid, zelf sturing willen geven aan hun gezondheid en de zorg.

Vraag is wat dit betekent voor professionals in ziekenhuizen. Meer ouderen, complexere vraagstukken en andere verwachtingen? Canadese onderzoekers hebben becijferd dat binnen 20 jaar 75% van alle verpleegkundige zorg gegeven wordt

De babyboomgeneratie is opgegroeid met een individueel in plaats van een collectief perspectief

aan ouderen (A. Holroyd e.a.: Attitudes towards aging, implications for a caring profession. Journal of nursing education, 2009). In veel Nederlandse ziekenhuizen zal dat binnen 20 jaar het geval zijn. Tegelijkertijd hebben verpleegkundestudenten weinig interesse in de zorg voor ouderen, evenals de huidige verpleegkundigen. Wanneer het beleid zich blijft beperken tot registratie van zorgproblemen en de implementatie van andere zorg niet in tempo verandert, zullen de problemen van ouderen in ziekenhuizen, met gevolgen voor de individuele patiënt maar ook voor de samenleving, niet achterwege blijven.

In Medisch Spectrum Twente (MST) zijn om die reden stappen genomen in het verlengde van de IGZ-parameters en het VMS-programma. Het project vroegsignalering bij kwetsbare ouderen is daar een goed voorbeeld van. In 2007 heeft MST een nieuwe werkwijze ingevoerd, gericht op het systematisch herkennen van kwetsbare ouderen en hun mogelijke zorgproblemen. Waar voorheen zorgproblemen zoals ondervoeding, delier, decubitus en valrisico onvoldoende werden herkend, kunnen nu gerichte verpleegkundige preventie- en behandelinterventies worden ingezet.

De rol van de verpleegkundigen

Doordat verpleegkundigen de gegevens digitaal registreren in Mediscore ZPI, kunnen de resultaten continue worden ingezien op afdelings-, en ziekenhuisniveau. Uit de registratie blijkt ruim 70% van de opgenomen patiënten ouder dan 65 jaar kwetsbaar te zijn; dat komt gemiddeld neer op 20 opnames per dag. Deze patiënten hebben een verhoogd risico op zorgproblemen en verlies van functionaliteit. Sinds de invoering van de screening is het aantal consulten op de afdeling psychiatrie verdubbeld voor de behandeling van delier. Ook is het aantal consulten bij de afdeling diëtetiek fors toegenomen. Delier en ondervoeding worden nu veel beter (h)erkend en dat geldt ook voor de andere zorgproblemen bij kwetsbare ouderen. Door aan het meten en registreren gerichte interventies te koppelen, wordt excellente patiëntgerichte zorg beoogd. Verpleegkundigen dragen hiermee bij aan het rendement van het ziekenhuis: ook oudere patiënten liggen er korter, waardoor meer patiënten opgenomen kunnen worden. Er is veel geïnvesteerd in scholing en het faciliteren van rolmodellen op afdelingsniveau.

Verpleegkundigen worden gestimuleerd om met de ouderen samen de regie over de zorg te nemen. In MST worden *Best practice units* opgezet in samenwerking met Saxion Hogeschool en Birmingham City University, waarbij uitwisseling tussen verpleegkundigen plaatsvindt. De verpleegkundige gaat werken volgens de laatste wetenschappelijke kennis en

past *evidence based practice* toe. De praktijk wordt in de Best practice units, in nauwe samenwerking met studenten, inzichtelijk, transparant, doelmatig en meetbaar gemaakt. Zo wil MST zinloze 'rituelen' in verpleegkundig handelen afschaffen en komen tot een onderzoekslijn. Door vanuit bestuurlijk niveau prioriteit te geven aan de vragen van ouderen, wordt de toon gezet. De toekomst begint nu en verpleegkundigen zijn aan zet. ●

Management Summary

- Ouderen worden vaker opgenomen en liggen langer in het ziekenhuis.
- Leeftijd is een risicofactor voor het ontstaan van ziekenhuisgerelateerde complicaties.
- De zorg voor ouderen blijft achter door een negatieve attitude en gebrek aan kennis bij professionals in een omgeving die geen prioriteit geeft aan de problemen van ouderen.
- Omdat steeds meer ouderen zelf sturing willen geven aan hun gezondheid en de zorg moeten zorgorganisatie en professionals hun attitude en werkwijze bijstellen.
- In het Medisch Spectrum Twente blijkt dat de andere aanpak leidt tot kortere ligduur van ouderen. Het verbetert tevens het rendement van het ziekenhuis.



Hetty Heddema

directeur ouderen GGNet

deelnemer leergang Veroudering en gezondheidszorg van de Leyden academy on vitality and ageing

Ouderen anders

Ouderenbeleid is in het verleden tot stand gekomen door ouderen als homogene groep te beschouwen. Beleidsmakers kijken onvoldoende naar specifieke kenmerken en eigenschappen van mensen. Het huidige beleid heeft vooral tot doel het aantal plaatsingen intramuraal te reduceren; tegelijkertijd wordt echter het PGB-budget stevig ingeperkt. Zo lang mogelijk thuis wonen is het credo, maar voor sommige mensen kan plaatsing in een instelling de redding zijn van eenzaamheid. Zowel intra- als extramuraal domineert de privacy boven het actief stimuleren van ouderen tot meedoen. Voor samen zoeken naar passende activiteiten (niet iedere oudere vindt bingo leuk) is vaak geen tijd.

Kwetsbaarheid van ouderen is in de leergang Veroudering en gezondheidszorg een terugkerend thema. Hoewel ouderen zichzelf niet snel als kwetsbaar beschouwen, lijken omstandigheden zoals verlies van gezondheid, verlies van partner en verlies van relaties allemaal redenen om hen op een gegeven moment kwetsbaar te noemen. Gast spreker prof.dr. J. Slaets (Ouderengeneeskunde UMC Groningen) betoogde dat het bewustzijn onder professionals dat er geen scheiding van lichaam en geest is, bijdraagt aan een optimale behandeling. Slaets verwees naar een mevrouw van 82 jaar die depressief was, veel pijn had en slecht liep. Haar psychiater gaf haar geen antidepressiva maar verwees haar door naar een chirurg, die haar een nieuwe heup gaf. Zo kan ze weer naar haar zus en naar winkels, en heeft ze geen pijn meer. De depressieve klachten namen snel af.

Op oudere leeftijd zijn psychische ziekten (depressie, angststoornissen, dementie) belangrijk voor verminderde kwaliteit van leven. Geestelijke achteruitgang is de invloedrijkste factor bij de kwetsbaarheid van ouderen. In dit kader zijn dilemma's rond polyfarmacie, multi-morbiditeit en richtlijnen interessant. Wat te doen bij een 83jarige patiënt die vanwege verschillende lichamelijke ziekten veel medicijnen gebruikt, maar voor ernstige psychische klachten medicatie voorgeschreven krijgt die volgens de richtlijnen contra geïndiceerd zijn? Het is geen schrikbarend vooruitzicht, maar dagelijkse realiteit.

Wilsbeschikking en euthanasie

De leergang besteedt ook aandacht aan wilsbeschikking en vrijwillige levensbeëindiging. Door de jaren heen behoorde dit onderwerp tot het selectieve aandachtsgebied van medici. Met het vastleggen van patiëntrechten (WGBO, 1994) is het speelveld aanzienlijk anders ingericht. In de psychiatrie moeten suïcides van ingeschreven patiënten altijd kritisch geëvalueerd worden, maar ze hoeven niet per se meer te worden gemeld bij de Inspectie, behalve in specifieke (omschreven) gevallen. Bij ouderen die geconfronteerd worden met psychische klachten zoals depressie of neuropsychiatrische symptomen bij dementie, komt een gesprek over vrijwillige levensbeëindiging en zelfbeschikking moeilijk tot stand. De visie van twee gast sprekers, dr. aartsbisschop Eijk van

Utrecht en professor E.P.R. Sutorius (burgerinitiatief Uit Vrije Wil) gaf de breedte van het debat weer.

Tijdens de leergang gaat prof.dr. R. Westendorp, directeur Leyden Academy, in gesprek met ouderen. Wie zich verdiept in de ouder wordende mens ziet een groep individuen met een grote verscheidenheid. Wie echt in gesprek gaat met ouderen, ontdekt zijn eigen vooroordelen en wordt vaak verrast door de creativiteit en flexibiliteit die zelfredzame ouderen in staat stellen om een plezierig leven te leiden.

Op microniveau lijkt een activerende benadering van nog zelfredzame ouderen en een duurzaam vangnet voor kwetsbare, niet meer zo zelfredzame ouderen de meeste kwaliteit van leven te bieden. Zie Runners World (juli/augustus 2011): 'Ja, je mag een oudere uit zijn elektrische kar praten en hem lopend boodschappen laten doen. Ja, je mag een oudere die de hele dag zit, aansporen om tenminste een aantal uren per dag uit zijn stoel te komen.' Training, in de ruimste zin van het woord, verhoogt de mobiliteit en de levenskwaliteit.

Op mesoniveau kunnen organisaties veel winst boeken door de ervaring van ouderen beter te benutten bij het overdragen van kennis, kunde en competenties. Te vaak worden betrokkenheid en fysieke aanwezigheid van ouderen stapsgewijs tot nul gereduceerd.

Op macroniveau wordt gepleit voor een andere en betere coördinatie van het ouderenbeleid. Net zoals behandeling van de ene kwaal zonder goede coördinatie een andere kwaal kan verergeren, wordt vaak de ene activerende overheidsmaatregel tenietgedaan door een andere 'passieverende' subsidie: iedereen boven de 65 een rollator!

We hebben hopelijk geleerd van de ervaringen met een minister voor Jeugdbeleid en coördinerende bewindslieden. Een minister voor Ouderen dient zich met name te richten op het vermijden van verkeerde financiële prikkels. Het beleid zal aan effectiviteit winnen door het benadrukken van de (eigen) verantwoordelijkheid voor veiligheid, gezondheid en welzijn en het creëren van een duurzaam vangnet en echt goede zorg voor de kwetsbare oudere. Anders kijken, luisteren en denken over ouderen kan de samenleving veel opleveren. Ouderen hebben veel ervaring, nog steeds veel ideeën, kennen veel variëteiten en dragen in substantiële zin (bijvoorbeeld door vrijwilligerswerk) bij aan het leefbaar houden van onze maatschappij.

Anders kijken, luisteren en denken over ouderen maakt meer mogelijk met minder middelen. In de executive leergang Veroudering en gezondheidszorg worden misvattingen aan de kaak gesteld en andere perspectieven aangereikt. De deelnemers krijgen niet altijd een klip en klaar antwoord op hun vragen en dilemma's; ze gaan naar huis met meer inzicht in de complexiteit van de zorg voor ouderen. Dat levert soms verwarring op, die kan prikkelen tot verder nadenken en discussie. En dat is een belangrijke doelstelling van de Leyden Academy. •

Zorgnetwerken

Bestuurders, toezichhouders en managers in de zorg staan voor de uitdaging een groeiend aantal oudere cliënten te helpen bij het registreren van hun zorg. Essentieel is om in gedachten te houden wie nu eigenlijk de touwtjes in handen heeft om keuzes te maken in de zorg. De informele zorg is in het beleid van huidige het kabinet belangrijk in. Een overzicht van zowel formele als informele zorg is een nuttig handvat om duidelijkheid te krijgen over het streven naar eigen regie in de zorg.

Als voorbeeld nemen we het zorgnetwerk van een 85jarige mevrouw die zelfstandig woont. Ze wordt beperkt in haar bewegingsvrijheid door een heupaandoening, heeft last van hoge bloeddruk, hypertensie, osteoporose en staar. Verder heeft ze een slijmbeursontsteking in haar schouder en darmklachten. Mevrouw gebruikt een traplift en een rollator. Met welke invloeden moeten we rekening houden willen we haar passende zorg bieden? En hoe kunnen we haar het beste ondersteunen in haar eigen regie?

Voor het antwoord moeten we nagaan op welke manier mevrouw bij de diverse zorgverleners terecht is gekomen en wie haar hierin begeleidt. Zoals blijkt uit het netwerkdiagram bezoekt ze regelmatig formele zorgverleners. Ze is met deze specialisten in contact gekomen via haar sociale netwerk. Bijvoorbeeld met haar huisarts via vriendin II en haar acupuncturist op aanraden van dochter I. Dochter II heeft geholpen bij de indicatiestelling van het CIZ. Verder wordt ze ondersteund door vriendin I die haar begeleidt naar de oogspecialist en de orthopeed;

dochter II vergezelt haar naar het laboratorium. Vriendin II ondersteunt haar tijdens haar bezoeken aan de fysiotherapeut. In het netwerk zitten ook mensen die informele zorg verlenen; zo doen haar kleinkinderen klusjes in huis, maken de dochters om de week schoon en kookt vriendin I regelmatig voor haar. Hoewel mevrouw moeiteloos de merknamen van al haar medicijnen opnoemt, nog auto rijdt en zelfstandig boodschappen doet, merkt ze dat het geheugen haar af en toe in de steek laat. Mevrouw is dan ook bang om dement te worden. Ze is daarom erg gelukkig met haar vriendinnen en dochters die haar helpen in de organisatie van al die afspraken.

Pijntjes en kwaaltjes

Mevrouw zegt dat ze niet graag tegemoetkomt aan “haar pijntjes en kwaaltjes”. Zoals veel andere ouderen vindt ze dat die erbij horen en probeert ze zoveel mogelijk zelf te doen: “Niet de gemakkelijkste weg, maar zo blijf je actief, blijf je leven”. Ze geeft de indruk dat ze een krante dame is, fit en mobiel en ze hecht waarde aan haar zelfstandigheid: “Alles moet je zelf, want anders zit je. Je kunt niet op je kinderen terugvallen. Die hebben hun eigen leven.” Toch liggen de regie en de manier waarop mevrouw beslist over de zorg niet alleen bij haarzelf. Een belangrijke rol wordt vervuld door haar dochters en vriendinnen die haar helpen keuzes te maken. Bovendien kan ze met de ondersteuning van dit netwerk - en hulpmiddelen - zelfstandig wonen, wat heel belangrijk voor haar is: “Ik ben dankbaar dat ik elke ochtend mijn ogen opendoe in mijn eigen huis.”

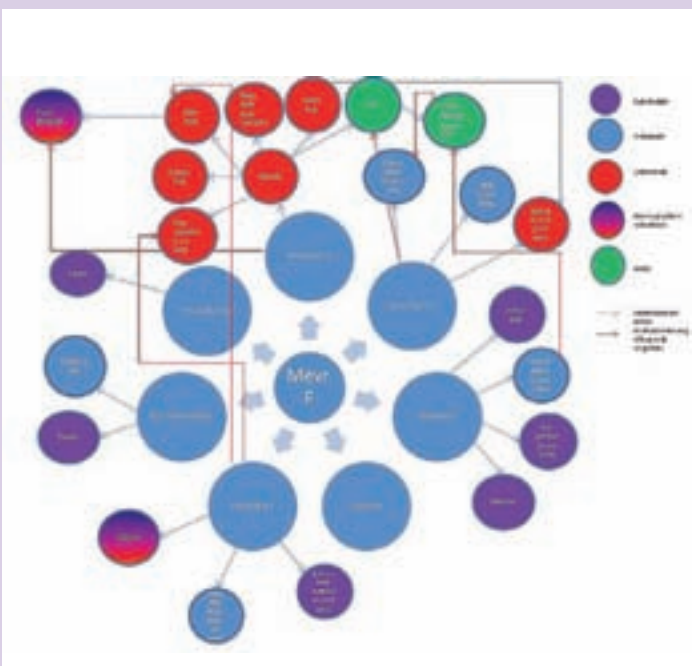
Onder Nederlandse ouderen is onafhankelijkheid een groot goed en eigen regie is daarom een mooi streven. Om de gewenste onafhankelijkheid mogelijk te maken kan het betrekken van het sociale netwerk in de coördinatie van de zorg cruciaal zijn.

Mevrouw heeft hulp bij haar eigen regie van kinderen en vrienden. Maar ze vindt dat haar kinderen “hun eigen leven hebben”. Een balans tussen formele en informele zorg waarbij de samenwerking en interactie duidelijk is helpt in de wens voor enerzijds zelfstandigheid en anderzijds de noodzaak voor zorg.

Veel Nederlandse ouderen willen niet teveel op hun kinderen leunen. Ongeveer 30% van de 65plussers heeft informele zorgverleners en de verwachting is dat dit percentage zal toenemen. Informele zorg vermindert het beroep op thuiszorg en vertraagt de transitie naar een verzorgingshuis.

Informele zorg wordt bovendien gezien als een manier om de zorgkosten terug te dringen.

Uit veel onderzoeken blijkt dat de waardering van de kwaliteit van de zorg niet noodzakelijkerwijs gerelateerd is aan de professionele kwaliteit, maar dat de balans tussen instrumentele zorg (comfort) en emoti-





Jolanda Lindenberg PhD
wetenschappelijk stafid Leyden academy on vitality and ageing

onele zorg (genegenheid) van belang is. Juist hierin kan het sociale netwerk een belangrijke rol spelen. De casus van mevrouw illustreert de centrale rol van het sociale netwerk in de coördinatie en waardering van deze zorg.

Formele zorgverleners kunnen bewuster gebruik maken van de potentie van informele zorgverleners. Zij kunnen een meer dan welkome aanvulling zijn, niet alleen als zij daadwerkelijke instrumentele zorg verlenen maar ook als hulp in het organiseren van eigen regie en het bereiken van de gewenste zorg. Bovendien zijn ze, zoals bovenstaand voorbeeld toont, van invloed op beslissingen van de cliënt. Door (vroeg-) samenwerking met informele zorgverleners kunnen professionals

rekening houden met de complexiteit van de zorg en tegelijkertijd eigen regie nastreven.

Voor een zorginstelling is het niet altijd gemakkelijk om in te spelen op deze veranderende zorgvraag; het vraagt om andere benaderingen. Het samenspel tussen formele zorg, informele zorg en de cliënt zelf biedt kansen. Gebruikmaken van het volledige zorgnetwerk van een oudere en van de rollen die de verschillende personen spelen, kan tegemoet komen aan de zorgwensen. De eigen regie is paradoxaal genoeg een kwestie van samenwerken. •

Die ene verandermanager die snapt hoe de zorg werkt.

Interim oplossingen voor organisaties die actief zijn in de zorg, inclusief zakelijke dienstverleners en overheden die er een relatie mee hebben. Dat is ons werkterrein. Daar combineren we marktleiderschap, sterke, wijdvertakte netwerken en een persoonlijke aanpak. Wat u vooral zal interesseren, is dat we precies die ene interim manager en professional kennen waar uw organisatie nu om vraagt. Of het nou gaat om een directeur, lijnmanager of een professional op het gebied van bijv. HR, ICT of Finance. 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

Zelf verbeteren, evalueren en praktiseren



FOTO DANIEL DE GROOT

Mensen vinden ouderenzorg enorm belangrijk als hun moeder of partner dementie krijgt of hun vader na een beroerte niet meer de oude wordt. Ze zijn dankbaar als hun dierbaren de zorg krijgen die ze verdienen. Ze klagen - terecht - als de zorg tekortschiet. Veel gaat goed. Vaak kan het nog beter. Het imago van de ouderenzorg is problematisch. We hebben aanwas nodig van jongeren die uitdagingen zien in een carrière in onze sector. Bij Topaz zetten we in op constante verbetering en innovatie.

Diny de Bresser MHCM

Raad van Bestuur Topaz

Prof. Dr. Wilco Achterberg

specialist ouderengeneeskunde Topaz

hoogleraar Institutionele zorg en Ouderengeneeskunde LUMC



Topaz is een middelgrote zorgorganisatie in Leiden en omgeving met drie verpleeg- en behandelcentra, vier woonzorgcentra, jaaromzet 63 miljoen, 1100 cliënten, 1750 medewerkers, 800 vrijwilligers. Wij vinden het tijd om in de ouderenzorg actiever te werken aan praktische verbeteringen. Veel recente veranderingen kwamen over ons en soms zonder ons tot stand. Wij kiezen voor meer eigen regie. Bestuur en management geven kaders aan, professionals krijgen ruimte voor eigen initiatieven en ontplooiing. Inzichten uit de wetenschap worden naar de praktijk gebracht en praktijkverbeteringen worden wetenschappelijk geëvalueerd. De ouderenzorg verdient eenzelfde ontwikkelingsgang als de huisartsgeneeskunde en de revalidatiezorg. Topaz focust daarbij op drie speerpunten: Huntington, geriatrische revalidatie en dementie.

In de ouderenzorg is de laatste jaren meer geïnnoveerd. Ten eerste zijn er de organisatorische innovaties, vaak gestuurd door het streven naar meer efficiency en verandering van het zorgaanbod, al dan niet via fusies. Ook zijn er procesmatige innovaties, die deels worden afgedwongen door overheidsinstanties (bijvoorbeeld Inspectie), indicatiestellers (CIZ) of financiers (zorgkantoren). Voorbeelden hiervan zijn het Kwaliteitskader verantwoorde zorg, indicatieprotocollen voor de ZPZ-systematiek en het HKZ kwaliteitssysteem.

Ten derde is er een overvloed aan inhoudelijke innovaties, vaak landelijk gestuurd door maatschappelijke discussies. Het terugdringen van fixatie, beter omgaan met decubitus en incontinentie en het terugdringen van antipsychotische medicatie zijn hiervan voorbeelden. Deze zorginhoudelijke innovaties worden onvoldoende getoetst op effectiviteit en doelmatigheid.

Het belang van wetenschap

In Nederland wordt jaarlijks 1,7 miljard besteed aan medisch wetenschappelijk onderzoek, daarvan gaat 1,6 miljard naar de curatieve sector en 0,1 miljard naar de langdurige zorg. Dat is niet in verhouding met het gegeven dat mensen in hun laatste levensjaren de meeste zorg gebruiken. Deze minimale investering in wetenschappelijk onderzoek maakt het lastig om naast de innovatie zelf, de effectiviteit en doelmatigheid ervan te onderzoeken.

Bij het ontwerpen en het op effectiviteit en doelmatigheid evalueren van zorginhoudelijke innovaties kan de wetenschap, net als in de curatieve zorg, een belangrijke bijdrage leveren.

Een knelpunt hierbij is dat professionals in organisaties die langdurige ouderenzorg aanbieden, minder banden hebben

met de universitaire wereld dan collega's in curatieve zorg organisaties. De universitaire medische centra in Nederland danken hun bestaan, naast een rol in top-referente patiëntenzorg, aan de innovaties die voortkomen uit het wetenschappelijk onderzoek dat daar plaatsvindt. Deze innovaties vinden hun weg naar de overige medische centra. Doordat deze structuur in de langdurige ouderenzorg vrijwel niet aanwezig is, blijft de onderbouwing van zorg- en behandelaspecten voor de vaak kwetsbare groep cliënten achter. Ook worden innovaties lang niet altijd (goed) geïmplementeerd en zeker ook niet goed geëvalueerd. Het wordt daarmee lastiger om te sturen op gezondheidsdoelen, zowel voor de individuele patiënt als voor groepen patiënten. De Raad voor Volksgezondheid en zorg benadrukt dat dit sturen op gezondheidsdoelen essentieel is.

Welke doelen worden nagestreefd?

In de langdurige ouderenzorg hebben we behoefte aan het definiëren van onderzoeksvragen vanuit de dagelijkse werkpraktijk. Te vaak worden nieuwe werkwijzen ingevoerd zonder dat we meten of zij tot betere resultaten leiden voor onze cliënten. Die hebben er recht op te weten welke doelen worden nagestreefd en welke effecten haalbaar zijn. Professionals willen weten of datgene wat men verwacht, gerealiseerd wordt. En het management moet een beeld krijgen van gerealiseerde resultaten in relatie tot de kosten.

Nederland is met zijn model van verpleeghuizen voor multidisciplinaire zorg bijna uniek. De effectiviteit van deze gecombineerde aanpak zou veel meer getoetst kunnen worden; wij zouden daarmee (ook internationaal) een belangrijke bijdrage kunnen leveren aan vergroting van de doelmatigheid van ouderenzorg. Gezien de enorme vergrijzing is dat een must.

Er zijn wel initiatieven die inspelen op bovengenoemde problemen en lacunes. Zo zijn er de universitaire verpleeghuisnetwerken in Leiden, Amsterdam en Nijmegen, lectoren chronische zorg bij verschillende hogescholen en geriatrische netwerken in het kader van het Nationaal Programma Ouderenzorg. Desondanks blijft de academische ontwikkeling van de langdurige ouderenzorg, met name van zorginhoudelijke aspecten, achter. Het initiatief bij het bepalen van de onderzoekagenda ligt nog teveel bij wetenschappers. Zorgorganisaties worden betrokken bij dataverzameling en onderzoek. Het is van groot belang dat professionals in de ouderenzorg zelf het roer ter hand te nemen.

Concentratie van complexe patiëntengroepen en het leveren van 'top-referente' zorg gebeuren mondjesmaat. Professionals positioneren zich voornamelijk als generalist, waardoor

De onderzoekagenda wordt meer bepaald door de vragen vanaf de werkvloer

kennis en kunde versnipperd blijven en het moeilijker is om te werken aan systematische kennisontwikkeling. Externe prikkels voor verbetering van kwaliteit richten zich meestal op generieke verbetering van processen en minder op effectiviteit van geboden zorg en behandeling voor specifieke groepen. Ook in de ouderenzorg zou het goed zijn als er naast het aanbod van generalistische zorg in de directe nabijheid, expertisecentra ontstaan voor meer gespecialiseerde zorg aan complexe doelgroepen. Naast het leveren van hoogwaardige zorg kunnen deze centra bijdragen aan onderzoek naar effectiviteit van (nieuwe) methoden, en deze nieuwe kennis uitzetten in het veld.

Evenwicht tussen management en professionals

Vroeger lag de leiding in de zorg bij artsen en verpleegkundigen. Zorgorganisaties werden complexer en bestuur en management werden meer geprofessionaliseerd. Deze (terechte) ontwikkeling schoot aan haar doel voorbij doordat de professionals vaak uit positie raakten. In de curatieve zorg is om die reden enige jaren geleden voor een meer geïntegreerd model gekozen. In de ouderenzorg zien we daar ook aanleiding toe. Wij herkennen ons in het betoog van Mathieu Weggeman ('Leidinggeven aan professionals? Niet doen! 2008). Hij pleit voor sturing op collectieve ambitie, dienend leiderschap, vakmanschap, en altijd blijven leren. 'Professionals zijn al gemotiveerd. Ze hebben jaren gestudeerd om eindelijk te mogen doen waar ze zo enthousiast over zijn. Faciliteer de kenniswerkers in plaats van hun werkprocessen alsmaar te plannen en te controleren. Dat betekent: zorg dat ze niet teveel lastiggevallen worden met formulieren, rapportenschrijving, regels en procedures; dan komen de productiviteit en kwaliteit vanzelf. Waarom? Omdat echte professionals liever iets goed dan iets fout doen.'

Bestuurders en managers moeten minder de verbeteragenda bepalen en meer ruimte en kader bieden aan professionals om dat te doen en zich te verantwoorden over prestaties op dit vlak. Dit veronderstelt dat ambitieuze en geïnteresseerde professionals zich verder kunnen ontwikkelen en verwezenlijken voor het uitvoeren van de onderzoekstaak. Samenwerken in teamverband aan onderzoek en in netwerken, nationaal en internationaal, is noodzakelijk. Versterken van het opleidingsklimaat biedt professionals door-groei mogelijkheden naar onderzoek en promotie.

Topaz is een organisatie waar wetenschappelijk onderzoek naar effectiviteit van de behandeling mogelijk wordt gemaakt. Ook richten we ons op herstel van het evenwicht tussen managers en professionals. Topaz biedt complexe zorg

voor ouderen en chronisch zieken; we hebben goed ontwikkelde afdelingen voor patiënten met de ziekte van Huntington en voor geriatrische revalidatie. Voor deze doelgroepen werken we nauw samen met het LUMC op het gebied van patiëntenzorg, ketenzorg en onderzoek. Voor de toekomst ligt de focus op uitbouw van het expertise- en kenniscentrum voor Huntington, geriatrische revalidatie en dementie. Daarom zijn wij begonnen ook deskundigheid op te bouwen inzake de wetenschappelijke onderbouwing van zorgaspecten. We zijn gestart met de doelgroep mensen met de ziekte van Huntington. Op locatie Overduin (foto) is een afdeling met professionals die lang en veel ervaring hebben met de behandeling, begeleiding, verpleging en verzorging van Huntington-patiënten. Er wordt top-referente zorg verleend, en in samenwerking met het LUMC is Overduin betrokken bij onderzoek.

Expertisefunctie Topaz

Het onderzoek naar de ziekte van Huntington is tot nu toe te weinig gestuurd door kennisvragen die bij professionals en patiënten naar boven komen. Wij willen

- ▶ medewerkers zodanig opleiden dat ze deze kennis (inter)nationaal kunnen uitstralen
- ▶ de zorg, begeleiding en behandeling van Huntington-patiënten met wetenschappelijk onderzoek verder verbeteren
- ▶ en daardoor de expertisefunctie en kennisdeling met het veld realiseren.

We zijn daartoe een multidisciplinair onderzoeksteam aan het oprichten. Hierin wordt een 'wetenschappelijk klimaat' ontwikkeld, onder andere door wetenschappelijke vorming, initiëren van nieuw onderzoek en het stimuleren van publicaties en (inter)nationale presentaties. Er wordt gewerkt met persoonlijke leerplannen, maar ook met gezamenlijke (smart) doelstellingen.

Op deze wijze wordt de agenda van het onderzoek meer bepaald door de vragen vanaf de werkvloer, en is de relatie met universiteit gelijkwaardiger. Daarnaast biedt het onderzoeksteam een prachtige uitdaging en groei mogelijkheden aan professionals, die daarmee een boeiender perspectief geboden wordt.

Expertisecentra voor top-referente ouderenzorg kunnen een grote bijdrage leveren aan de ontwikkeling van kennis en de disseminatie ervan in het veld. De onderzoeksagenda wordt opgesteld op basis van vragen uit de praktijk en in overleg met patiëntenorganisaties. Organisaties kunnen zich onderscheiden door het bieden van top-referente zorg en het doen van onderzoek. De opgedane kennis is niet bedoeld voor

concurrentie, maar voor ontsluiting en gebruik door het veld. Definiëring van best practice veldnormen en evidence based standaarden en samenwerking met ketenpartners zullen het gebruik van nieuwe kennis versnellen.

De situatie in de caresector, waar een academische achtergrond ontbreekt en sprake is van versnippering, vraagt om een stimuleringsprogramma zoals dat na 1997 in de revalidatie is gestart. Dit heeft geresulteerd in 75 onderzoeksprojecten en de benoeming van acht hoogleraren revalidatiegeneeskunde. Enkele revalidatiecentra hebben zich mede door deze ondersteuning kunnen ontwikkelen tot actieve kenniscentra.

Bestuurders moeten faciliteren dat er een klimaat groeit van kennis ontwikkelen, kennis delen en onderzoek doen, om praktijk en kennis met elkaar te verbinden. Beleidsmakers worden uitgedaagd om naast de zorgzwaarte-bekostiging ook te investeren in het opbouwen van een infrastructuur voor deze vorm van kennisontwikkeling en innovatie. •

Management Summary

- Ondanks de enorme vergrijzing staat innovatie in de ouderenzorg nog in de kinderschoenen.
- Er is meer focus nodig op meting van effectiviteit van zorg en behandeling.
- Professionals in de ouderenzorg moeten meer eigen initiatief (kunnen) nemen in het bepalen van de onderzoekagenda.
- Er zijn goede praktijkvoorbeelden van zorgorganisaties die een onderzoeksklimaat opbouwen.
- Een stimuleringsprogramma voor praktijkonderzoek in de ouderenzorg, zoals 14 jaar geleden voor de revalidatiezorg, is onontbeerlijk voor de noodzakelijke versnelling van innovatie.



ADVISEURS MAATSCHAPPELIJK VASTGOED

Denkers en doeners in zorgvastgoed

Voor elke huisvestingsvraag is een financieel haalbare oplossing mogelijk. Met de vastgoedkennis van BOB Advies wordt in vrijwel elke situatie een oplossing gevonden. Een oplossing waarmee de huisvestingswensen gerealiseerd worden terwijl de jaarlijkse huisvestingskosten binnen de gestelde kaders blijven. BOB Advies verzorgt businessplannen voor zorginstellingen, strategische vastgoedanalyses & -berekeningen en denkt mee tijdens de initiatieffase van huisvestingsprojecten.

Nieuwbouw, renovatie of kleine bouwkundige aanpassingen. Bouwkundige zorgprojecten vragen een combinatie van kennis van het zorgproces en kennis van de bouwpraktijk. BOB Advies heeft deze deskundigheid in huis. Gemotiveerd personeel met ruime ervaring in planvorming en uitvoering. Zij bewaken het budget, de planning en de kwaliteit van de bouw. BOB Advies verzorgt projectadvies, bouwprojectmanagement, directievoering en onderhoudsplannen.

Betrokkenheid van BOB Advies leidt tot een efficiënte doelgerichte aanpak, zonder vertraging of budgetoverschrijding. BOB Advies uit Zeist bestaat ruim 50 jaar en is een gerenommeerd projectmanagement- en adviesbureau op het gebied van zorgvastgoed. Het bureau is geheel onafhankelijk van investeerders, ontwerpende en bouwende partijen. Het belang van de opdrachtgever is dan ook haar enige doelstelling.

www.bobadvies.nl

telefoon: 030 - 251 35 19

ZM magazine

Wilt u altijd op de hoogte zijn van het laatste nieuws?

Abonneer nu op de **gratis** nieuwsbrief. U ontvangt dan wekelijks het laatste nieuws in uw mailbox.



Meld u aan via
www.zmmagazine.nl



Jacques Gerards

Hartelijk georganiseerd

Wetten van prestatie

Titel

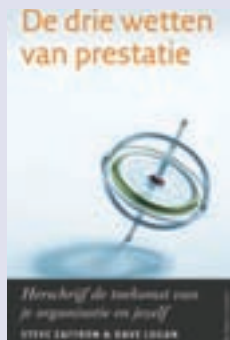
De drie wetten van prestatie, herschrijf de toekomst van je organisatie en jezelf

Auteurs

Steve Zaffron en Dave Logan

Uitgeverij

Business Contact 2011, ISBN 978 90 470 0240 6



Zaffron is CEO van de Vanto Group en heeft in meer dan 300 organisaties transformatieprocessen geleid. Logan is hoogleraar gespecialiseerd in cultuurveranderingen. Hoe bereik je dan die verbetering van prestaties? Door passie bij mensen te ontketen. Dit proces van innerlijke betrokkenheid oproepen verloopt volgens de auteurs aan de hand van drie wetten.

De eerste luidt: hoe mensen presteren hangt samen met de manier waarop situaties op hen overkomen. Hoe ervaren zij hun werk, hun resultaten en prestaties? Is er regelmatige uitdaging of is sleur de kenmerkende ervaren factor? Aan de hand van ervaringen in de platina-mijn van Lonmin Plc. in Zuid Afrika wordt verhaald hoe enthousiasme groeit als mensen de situatie waarin zij verkeren en werken anders ervaren of interpreteren. In dit voorbeeld blijkt dat een onmogelijke situatie te transformeren is. Vervolgens wordt de vraag beantwoord waar de sleutel tot presteren ligt en hoe de toekomst herschreven kan worden, ook al is die al geschreven.

De tweede wet stelt dat hoe een situatie op iemand overkomt, gebaseerd is op taal. Op alle facetten van taal: waarover gesproken wordt, op welke wijze, met welke woorden van welk niveau en in de mate waarin de situatie positief vooruitstrevend dan wel negatief behoudend geduid wordt. Leaders moeten leren de toekomst van hun leiderschap te herschrijven. Elementen zijn luisteren naar anderen, het managen van communicatie en het idee van de zelfleidende organisatie. De derde wet bepaalt dat op de toekomst gebaseerde taal de wijze waarop situaties op mensen overkomen, verandert. Taal kan inspireren en gezamenlijke actie voor de toekomst creëren. Hiertoe moet de leider als een grootmeester de taal beheersen en inzetten.

Het boek rondt af met de leiderschapsconsequenties van de drie wetten. Het is een verrassend boek door de achtergrondstelling dat taal zo'n bepalende rol speelt bij presteren. De uitspraak van Desmond Tutu dat het boek toepasbaar is in bedrijfsleven, overheid en non profit en bovendien inspirerend en praktisch is, onderschrijf ik.

Titel

Hartelijk georganiseerd, organisatiecultuur begrijpen en ontwikkelen

Auteur

Jacky van de Goor

Uitgeverij

Academic Service 2011, ISBN 978 90 5261 828 9



Waarom zijn sommige organisaties inspirerende omgevingen waar mensen hun kwaliteiten inzetten voor zinvol werk, en andere verziekt door verstikkende patronen die mensen blokkeren? Dat heeft grotendeels te maken met wat de organisatiecultuur wordt genoemd. Die is even manifest als hij onzichtbaar is. 'Hartelijk georganiseerd' neemt de lezer mee op een ontdekkingsstocht naar wat die

organisatiecultuur is. Wat bezieling is, wat de kern van de cultuur is, hoe die wordt gevormd en wat de kracht ervan is. Hoe ondanks de continue dynamiek patronen ontstaan en wat deze patronen doen. Zijn het remmende of behoudende patronen, of is er ruimte voor creërende en vernieuwende patronen. En wat doet loyaliteit in dit verband?

Vervolgens wordt een organisatiecultuur ontwikkeld die bijdraagt aan de medewerkers, de leiding en de resultaten van de organisatie. Het cyclische proces wordt gekenmerkt met de begrippen bezieling, bezinning en beweging. Van belang blijkt het markeren van de start: de oproep, en de wijze waarop die gedaan wordt. Van oproep naar droom, vervolgens het inkleuren van die droom en het hanteren van de spiegel waarin werkelijkheid zich spiegelt aan de droom. Tijdens de spiegelfase komen de blokkerende gewoonten in beeld en worden verborgen loyaliteiten helder. Dan komt het keerpunt met loslaten, verlies lijden en de balans opmaken. Daarna het nieuwe begin, om daarin te blijven volharden. Dan is de cirkel rond: er is een andere organisatiecultuur.

Na lezing is veel duidelijk. De gedachte dat organisatiecultuur tot de zachte succesfactoren zou behoren omdat hij niet meetbaar is, blijkt een verkeerde. De cultuur is juist een harde factor, waarbij het al dan niet meetbaar zijn er niet toe doet. Hij is zichtbaar en beleefbaar, de mensen in de organisatie kennen hem.

Een verrassend boek, fris van toon, prettig leesbaar. Over een model dat goed toepasbaar is, niet zweverig of teveel van de theorietafel. Integendeel erg aanpakkend en praktisch.



Toekomstbestendig seniorenbeleid

Mijns inziens worden de sociaal-demografische en maatschappelijke ontwikkelingen niet goed 'gelezen' en doorgrond. Mede hierdoor ontstaat inconsistent seniorenbeleid, dat ondoordacht wordt gestapeld op eerder overheidsbeleid. Een in het oog springend voorbeeld is het convenant dat de staatssecretaris in de eerste week van september heeft ondertekend met de brancheorganisaties in de langdurige zorg. Het intramurale blok krijgt bijna 900 miljoen euro om de personeelsformatie met 12.000 verzorgenden en verplegenden uit te breiden. Combineer dat met eerdere maatregelen om onder andere op de thuiszorg, het welzijn en de huisartsenzorg te bezuinigen en het persoonsgebonden budget vrijwel af te schaffen. De onontkoombare conclusie moet zijn dat zo lang mogelijk thuis wonen niet meer het leidende beleidsprincipe van dit kabinet is. De intramurale zorg wordt versterkt, de extramurale zorg beknot. De onderliggende beleidsanalyse lijkt pover, als de staatssecretaris (interview in Nrc-Handelsblad) eigenlijk niet weet hoeveel personeel er nu intramuraal werkt, om te kunnen duiden hoe substantieel de uitbreiding met 12.000 mensen is. Over het PGB kraakten de nationale rekenmeesters van het Centraal Planbureau ook enkele stevige noten. Als slotsalvo van diezelfde septemberweek kwam het bericht dat 80plussers voortaan zonder indicatie het verzorgingshuis in mogen. Een sympathieke maatregel, omdat niemand zijn eigen huis en haard verlaat als het echt niet anders kan; maar een bijzondere maatregel die een draaiknop in het substitutiebeleid demonteert.

Deze voorbeelden zijn illustratief voor de al langer durende zoektocht naar 'modernisering' van de ouderenzorg, in 1994 geïnitieerd door de Commissie Welschen. Verwevenheid tussen wonen, zorg, participatie en welzijn is essentieel voor succesvol seniorenbeleid en tegelijkertijd de hete aardappel in het verkokerde beleidsveld. Bovendien is de ouderenzorg steeds meer speelbal van verschillende overheidsniveaus en (semi)collectieve stelsels met uiteenlopende regieën, tradities, financieringswijzen en sturingsmechanismen. Juist bij kwetsbare ouderen (van wie het aantal de komende twee decennia met 50% toeneemt tot anderhalf miljoen personen) dienen de voorzieningen uit huisvesting, WMO, zorgverzekeringswet en AWBZ integraal gekoppeld te worden. Het zijn communicerende vaten die elkaar versterken bij juiste sturing, maar belemmeren bij gebrek aan regie. In Nederland is het zorgperspectief in het seniorenbeleid tamelijk dominant.

In dit themanummer worden trends en ontwikkelingen in de ouderenzorg besproken en voorzien van enige statistiek. Hiermee is een goede basis te leggen voor toekomstig beleid, om de (dubbele) vergrijzing en de toename van chronische (multi)morbiditeit en beperkingen het hoofd te kunnen bieden. Zo'n *evidence based* beleidsontwikkeling dient vergezeld te gaan van intensief maatschappelijk debat, waarbij de diverse perspectieven op elkaar betrokken en verbonden worden. We zullen gezamenlijk het script moeten schrijven over het ouder wor-

den van onze bevolking en de maatschappelijke consequenties daarvan voor alle relevante levensdomeinen. Wat betekent het als straks een op de vier mensen ouder is dan 65 jaar, veelal alleenstaand, langer blijft leven met meer chronische ziekten en beperkingen, bij negatieve economische scenario's en een krimpende arbeidsbevolking? Wat is daarin eigen verantwoordelijkheid, waar ligt onderlinge dienstverlening en 'noaberschap' in de lokale gemeenschap of 'communities' voor de hand? Waar begint en eindigt de collectieve overheidstaak?

Uit het extract van ontwikkelingen doemt een nieuw paradigma voor seniorenbeleid op. Ouderdom is geen ziekte maar een natuurlijk beloop van het bestaan, tamelijk voorspelbaar. Iedere burger creëert zijn eigen verouderingsscript voor de verschillende levensdomeinen, maakt daarin keuzes en (be)leeft vervolgens de consequenties daarvan. In principe doet iedere oudere burger wat zij of hij zijn hele leven al deed: zelf oplossingen creëren, zo nodig het sociale steunsysteem mobiliseren en als het echt niet meer gaat hulp invoeren; in principe bereid om te betalen als het toegevoegde waarde oplevert. Daaromheen zorgen moderne (lokale) overheden voor een gunstig leefmilieu met een laagdrempelige infrastructuur die de behoeften en ontwikkelingen in wijken, steden en regio's activerend ondersteunt en stimuleert tot eigen oplossingen, sociale cohesie en onderlinge ontmoeting. De coördinatie van integrerend seniorenbeleid hoort niet bij het ministerie van Zorg, maar bij de ministeries van Sociale en Economische zaken en Infrastructuur. En wellicht ook Onderwijs, want er ligt een geweldige potentie braak in het leer- en prestatievermogen van de oudere mens (*use it, or lose it*). Veroudering is een doodnormaal maatschappelijk fenomeen, alom zichtbaar. Maar het vergt energie en creativiteit om dit nieuwe paradigma goed in te bedden in nieuwe financiële arrangementen en te concretiseren in vitale gemeenschappen, in seniorenbewust midden- en kleinbedrijf, bij publieksdiensten. Niet de zorg maar de kwaliteiten van leven, participatie en sociale interactie dienen leidend te zijn. Modern seniorenbeleid koppelt eigen verantwoordelijkheid aan stimulerende leefmilieus. Generalistisch en integrerend beleid is leidend, specialistische inzet komt op de tweede hand en dient op het juiste moment ingezet te worden in 'stepped policies' (vergelijk 'stepped care'). Zo'n paradigma intensiveert en schaaft op zodra gewenst, maar bouwt af zodra mogelijk door de juiste 'activatie' van de burger en zijn leefomgeving. Dan wordt vergrijzing geen last maar een lust voor moderne dienstverleners die, ongeacht in welke sector, met slimme en strakke processen waarde toevoegen aan het leven.

Robbert Huijsman

senior manager Kwaliteit en Innovatie bij de divisie Zorg & Gezondheid van Achmea

voorzitter redactieraad ZM Magazine

Is er zorg of een uitdaging?



Nederland gaat, als je de vele media-uitingen mag geloven, een grote ramp tegemoet. De dubbele vergrijzingsgolf komt als een tsunami over ons heen, het aantal jonge mensen dat in de zorg wil werken is gering en de kwaliteit is nu al een drama. Dit beeld klopt niet met de praktijk van alledag. De ouderenzorg is nog steeds aantrekkelijk om in te werken en de vraag van de toekomst is niet dezelfde als in het verleden. De verhalen over de grote grijze golf en alle problemen die zij met zich meebrengt, zijn talrijk. Moeten we ons zorgen maken over de toekomst of is er een goed ondernemersklimaat voor maatschappelijke ondernemers?

Henri Plagge en Ton Borghs
Raad van Bestuur van de Zorgboog
www.zorgboog.nl



Onlangs ontvingen wij een pas benoemde burgemeester voor een bezoek aan onze zorglocaties in zijn nieuwe werkgebied. Aan het einde van het bezoek merkte de burgemeester quasi streng op dat wij zijn bezoek prima hadden voorbereid en alle ontmoetingen met medewerkers en cliënten op een “fantastische” manier hadden geënceneerd. In weerwil van de doorgaans negatieve geluiden over de ouderenzorg, waren alle ontmoetingen namelijk bijzonder positief verlopen, wat hem wel erg verdacht leek. Een revalidatiecliënt kwam het bezoek met een omhoog gestoken duim tegemoet en gaf hoog op over de kwaliteit van zorg en diensten. Een frisse jonge meid van de verzorging begon spontaan en vol enthousiasme te vertellen hoe “keileuk” ze haar werk vond. Een gastheer van de locatie waar we kwamen stak een geëngageerd verhaal af over de centrale ligging van het wooncomplex en de grote betekenis van groepsactiviteiten voor zowel de daar verblijvende cliënten als voor de omwonende ouderen uit het dorp. En een afdelingshoofd van een kleinschalig wonen project voor dementerenden vertelde bevolgen over belevingsgerichte ondersteuning en wat dat betekent voor de benaderingswijze van de demente cliënten en de inrichting van de verblijfsruimten. Uit het bovenstaande spreekt dat wij trots zijn op onze organisatie en met veel plezier in de sector werken.

Het verleden geeft doorgaans een zeer beperkt beeld van de toekomst en zeker in de zorg is de voorspellende waarde van de historie gering. De redenen daarvan zijn meervoudig en complex. Het komt niet in het minst door de sterke invloed die overheidsmaatregelen (kunnen) hebben op ontwikkelingen in het zorgaanbod en de zorgconsumptie. Recente voorbeelden zijn de uit de hand gelopen uitgaven aan het persoonsgebonden budget en de claimcultuur die de afgelopen decennia is ontstaan onder invloed van de veranderende wet- en regelgeving voor Awbz-indicatiestelling. Ook de wijze waarop de overheid (niet) tot pakketkeuzen komt, bepaalt een aantal belangrijke trends.

Eén ding is wel redelijk te voorspellen namelijk het verloop van de bevolkingsopbouw. Zo neemt het aantal ouderen toe, stijgt de gemiddelde levensverwachting nog verder en hebben we de komende jaren te maken met de naoorlogse babyboomgeneratie die officieel oud (65 jaar) wordt. Tot 2040 zal het aandeel 65plusser tot 24% (nu ruim 14%) van de bevolking oplopen en het aantal hoogbejaarden zal ook relatief sterk stijgen. Dit gaat gepaard met tal van ouderdomsziekten zoals hartfalen, osteoporose, dementie en herseninfarcten (P.J. Idenburg en M. van Schaik: Diagnose 2025; over de toekomst van de Nederlandse gezondheidszorg. Scriptum, 2010).

Meer mogelijkheden en wensen

Omdat het aandeel jongeren steeds verder daalt (ontgroeining), ontstaat er volgens velen een enorm probleem. Uit gegevens van het pensioenfonds voor Zorg en welzijn blijkt dat er bij lineaire toename van de zorgconsumptie op basis van de demografische ontwikkelingen, in Nederland ongeveer 470.000 extra medewerkers in de zorg nodig zijn in de periode t/m 2025. In diezelfde periode neemt de beroepsbevolking met slechts 20.000 mensen toe.

Hierbij neemt men echter een aantal andere (belangrijke) ontwikkelingen niet in acht. Zo

- blijven veel ouderen tot op hoge leeftijd gezond
- hebben ouderen meer mogelijkheden en wensen ten aanzien van de eigen regie (en gebruiken zij die ook)
- participeren ouderen tegenwoordig zelf actief in de zorg
- bieden bijna 3 miljoen mensen mantelzorg
- neemt relatief gezien het aantal gebruikers van verblijfsvoorzieningen af
- en stijgt het aantal mensen dat ook op hoge leeftijd in een gewoon (eigen) huis of appartement woont.

Ook veel andere trends en invloeden zijn aan de orde; samen beïnvloeden ze de uiteindelijke uitkomsten. Het boek Diagnose 2025 biedt een veelomvattende doorkijk. Alle bekende informatie beschouwend komen Idenburg en van Schaik erin tot drie scenario's. In alle gevallen was er sprake van een kostenstijging, maar het scenario met de laagste kostenstijging per jaar (2,5%) is uiteindelijk in 2025 bijna 50 miljard goedkoper dan het scenario met de hoogste kostenstijging per jaar (4,5%). Dit goedkoopste scenario gaat uit van laagconjunctuur, markt-optimalisatie, hoge doelmatigheid in de collectief beschikbare zorg en een tweedeling (al-



FOTO'S DE ZORGBOOG

Wij ervaren het beleid als wispelturig en onbetrouwbaar

les beschikbaar voor wie betaalt). Concentratie en specialisatie zijn ook kenmerken van dit scenario.

Zorgondernemers in de ouderenzorg hebben te maken met een gedurende langere tijd stijgende vraag en een markt waarbij naast collectieve arrangementen vanuit zorgverzekeringen en AWBZ, een toenemende hoeveelheid aanvullende zorg en dienstverlening, tegen particuliere betaling, kan worden aangeboden. Het tekort aan medewerkers zal zeker

gaan spelen maar is niet uniek voor de zorg. Daarbij is de verwachting dat diverse ontwikkelingen het beschikbare arbeidsmarktpotentieel zullen doen stijgen: het afschaffen van de vervroegde uittreding, verhoging van de AOW-leeftijd en het toenemende aantal (parttime) zelfstandigen.

De komende jaren zal het zorgveld sterk blijven veranderen net zoals dat de afgelopen eeuw is gebeurd. Onder invloed van de ontwikkelingen, en door gezonde marktverhoudingen, zullen innovaties en technologische vernieuwingen andere en meer doelmatige zorgvormen mogelijk maken. Er zullen nieuwe eigendomsverhoudingen van zorgondernemingen ontstaan, nieuwe samenwerkingsverbanden en alternatieve samenlevingsvormen. Veel van deze ontwikkelingen zijn niet uniek voor de zorg en het valt zelfs te verwachten dat samenwerkingsvormen worden ontwikkeld tussen verschillende economische sectoren. Voor ondernemende zorgaanbieders is dit een tijdperk van grote uitdagingen.

Kleinschaligheid in een groter verband

De Zorgboog gaat bij haar (huisvestings)beleid uit van deze volgende visie:

De zorg wordt zoveel mogelijk verleend vanuit of in de nabijheid van lokaal (wijk/dorp) georiënteerde centra met een breed pakket aan voorzieningen. Dit biedt mensen de gelegenheid dicht bij hun oorspronkelijke woonomgeving te (blijven) wonen ondanks een zorgvraag. Op termijn zal de zorg voor cliënten met dementie (psychogeriatrische zorg) en mensen met een lichamelijke aandoening zoveel als mogelijk in de vorm van kleinschalige woonvoorzieningen worden gerealiseerd.

Diegenen die niet in een kleinschalige woonvorm kunnen verblijven evenals de mensen die zijn aangewezen op gespecialiseerde zorg, kunnen terecht in regionale, waar nodig aangepaste centra. Naast intramurale zorg worden in een aantal centra ook dagverzorging en dagbehandeling geleverd. Tevens wordt vanuit deze locaties en vanuit de wijkgebouwen veelal de extramurale (wijkverpleging) uitgevoerd. Vaak biedt De Zorgboog ook een centraal servicepunt en ontmoetingsmogelijkheid voor mensen uit het dorp of de wijk.

De Zorgboog streeft naar een samenhangend aanbod van woon-, zorg- en welzijnsdiensten op lokaal, wijk- of dorpsniveau. Waar nodig realiseren we dat in samenwerking met partners zoals collega-organisaties, gemeenten en woningbouwverenigingen. Speerpunten daarbij zijn

- ▶ de cliënt kunnen bedienen vanuit één loket
- ▶ kleinschaligheid in een groter verband
- ▶ herkenbaarheid op lokaal niveau
- ▶ de zorg zoveel mogelijk daar bieden waar die wordt gevraagd
- ▶ samenwerking in de volle breedte
- ▶ een woonaanbod dat voldoet aan de uiteenlopende woonwensen van de klant, in de eigen omgeving van de klant.

Uitvoering en vormgeving

Hierbij is van belang dat de centrale overheid zich minder in detail, of beter nog geheel niet meer, gaat bemoeien met de uitvoering en vormgeving van de zorg. Hoewel de overheid stelt te blijven sturen op het stimuleren van marktwerking in de zorg en deregulering, ervaren wij het beleid als wispelturig en onbetrouwbaar. Een hoge mate van politiek opportunisme ligt hieraan ten grondslag. Vooral het onvermogen van de politiek om tot echte pakketkeuzen te komen, is verontrustend. Al in 1991 bedacht een commissie hiervoor een instrument: de trechter van Dunning, genoemd naar de voorzitter van de commissie. Ondanks het feit dat het instrument in deze tijd nog steeds zeer bruikbaar is, lijkt er al 20 jaar niets mee te zijn gebeurd. De discussie over de rollator, eind vorig jaar in ons parlement, zou een andere uitkomst hebben gehad als de trechter van Dunning was toegepast. Dit loophulpmiddel zou nu te koop hebben gestaan in alle doe-het-zelfzaken en warenhuizen voor een fractie van de prijs die er als Awbz-verstrekking uit de collectieve middelen nog steeds voor wordt neergeteld. Tot slot stemt de enorme regeldrift van de politiek en de overheid niet vrolijk. De ontwikkelingen in de vraag en op de arbeidsmarkt vormen belangrijke uitdagingen voor de maatschappelijke ondernemer. De positie en rol van de overheid is een belangrijk zorgpunt.

Elke zorgbestuurder heeft de opdracht om te zorgen voor de continuïteit van de eigen organisatie en het realiseren van de doelen ervan: verlenen van zorg, behandeling en ondersteuning. Bij maatschappelijk ondernemen hoort sterke betrok-



kenheid bij het oplossen van de vraagstukken waarmee de maatschappij te maken heeft. Dat betekent actief en met visie werken aan de toekomstige organisatie van die ouderenzorg (zie kader Visie Zorgboog): de organisatie van de zorg, de huisvesting, besturingsfilosofie en het aanbod. Hierbij moet de zakelijke discussie niet uit de weg worden gegaan. Dat verheldert tegenover samenwerkingspartners en inkopers van zorg de onderlinge relatie en gooit de discussie over keuzes open. Bij de overheveling van huishoudelijke hulp waren (en zijn) grote verschillen te zien. De ene zorgaanbieder kiest voor een niet kostendekkend tarief uit oogpunt van marktbehoud; de ander vindt dat minimaal de kostprijs moet worden betaald en haalt deze vorm van zorg uit zijn aanbod als de zorginkoper (gemeente) slechts de prijs van een schoonmaker wenst te betalen. Ook voor cliënten en zorgaanbieders verheldert zakelijkheid de mogelijkheden; het is de basis voor goed verwachtingenmanagement. Zo biedt het werken met zorgzwaartepakketten (voor verblijfszorg) een duidelijk handvat voor afspraken tussen zorgaanbieder en cliënt over wat kan worden gedaan vanuit het Awbz-verzekerde pakket en wat als aanvullende dienstverlening tegen (private) betaling kan worden geregeld. Ook helpen zakelijke afwegingen om strategische keuzes te maken over de wijze waarop de zorg wordt georganiseerd en in de markt gezet. Hierbij doelen we op bijvoorbeeld het al dan niet werken als 'reguliere zorgaanbieder' met Zelfstandigen zonder personeel, werken met aparte rechtspersonen voor verschillende activiteiten en aangaan van jointventures met marktpartijen. De ouderenzorg is een bloeiende economische sector waar-

in veel mensen graag werken. Dit ondanks de berichtgeving in de media die vaak alleen negatieve situaties en pessimistische ontwikkelingen belichten. In de ouderenzorg is de komende decennia voldoende werk voor ondernemende zorgaanbieders. Gezien de groeiverwachtingen van de sector en maatschappelijke en demografische trends zijn wij van mening dat de ouderenzorg een sector is met veel kansen en grote uitdagingen.

Het bieden van voldoende ondernemersruimte aan lokale en regionale actoren is hierbij essentieel. Dat geldt zowel voor het collectief betaalde als ook voor het aanvullende dienstenaanbod. Onze zorg is dat de politiek bij herhaling niet in staat zal blijken haar rol goed te vervullen: bewaking van het zorgsysteem en het maken van adequate keuzes in het collectief verzekerde pakket. De geschiedenis leert dat de hoge kwaliteit van onze zorg zijn belangrijkste pijlers heeft in het particulier initiatief. Daarop kunnen we in de toekomst prima voortbouwen. •

Management Summary

- De media schetsen vaak een verkeerd beeld van kommer en kwel in de huidige en toekomstige ouderenzorg.
- Veel mensen werken met plezier en trots in de ouderenzorg.
- De demografische en maatschappelijke ontwikkelingen betekenen een uitdaging voor elke maatschappelijke (zorg)ondernemer.
- De belangrijkste zorg is de wispelturigheid van de politiek (en overheid).

Het ouderenzorgdebat in Europees perspectief

De Europese Commissie en de Organisatie voor economische samenwerking en ontwikkeling (OESO) besteden veel aandacht aan de vergrijzing en de gevolgen ervan. Daarbij gaat het niet alleen om de economische aspecten, maar ook om de vraag hoe goede zorg bijdraagt aan de kwaliteit van bestaan van burgers. De laatste tijd zijn vergelijkende studies verschenen die een beeld schetsen van het debat over ouderenzorg in andere landen.

Opvallend is dat betaalbaarheid, kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg overal onderwerp van gesprek zijn. In het Verenigd Koninkrijk is er via het zogeheten *Big care debate* zelfs een brede maatschappelijke discussie over geweest. Naast deze drie thema's hebben veel landen zorgen over het toekomstige arbeidspotentieel. Als je dit alles in de stapel rapporten voorbij ziet komen, krijg je het gevoel: 'zoek de verschillen'; veel discussies en oplossingen lijken op die bij ons, maar er zijn ook een paar punten waarop Nederland echt anders is.

Allereerst: de vergrijzing in Nederland loopt zo'n vaart niet, vergeleken met die van de andere westerse landen. Zweden

(foto), Italië en Frankrijk zijn de onbetwiste koplopers wat betreft 80plussers. Nederland is een middenmoter; alle Scandinavische landen, al onze buurlanden, alle mediterrane landen, Oostenrijk en Zwitserland plus de VS zijn 'grijzer'. De Nederlandse levensverwachting nam, voor een rijk land als het onze, de laatste decennia maar matig toe. We zijn de komende 40 jaar ook een middenmoter als het gaat om de 'dubbele vergrijzing' (de geboortegolf van na de Tweede Wereldoorlog zorgt tot 2030 voor extra groei van het aantal ouderen). In alle genoemde landen, plus enkele Oost-Europese (Polen, Tsjechië, Slowakije, Slovenië) neemt het aantal 80plussers sneller toe.

Maar we geven naar verhouding veel geld uit aan ouderenzorg. Hoewel de financiële gegevens van landen moeilijk te vergelijken zijn, staat Nederland doorgaans na Zweden op de tweede plaats wat betreft uitgaven aan langdurige zorg (OECD, 2011). Als we zo doorgaan hebben we de komende veertig jaar de allergrootste kostenstijging in de zorg van de OESO als percentage van het BNP (OECD, 2011). Dat is opmerkelijk, omdat we wat betreft vergrijzing geen koploper zijn. Van oudsher besteedt Nederland veel geld aan intramurale zorg, maar dat geldt voor alle landen: veruit het meeste geld in de langdurende zorg wordt intramuraal besteed. Na IJsland bieden we in Nederland de meeste intramurale ouderenzorg van Europa. Maar ook extramuraal zitten we in de kopgroep; na Denemarken biedt Nederland (met IJsland) aan de meeste ouderen thuiszorg. Per fte krijgen gemiddeld 14,5 cliënten thuiszorg. Alleen de Tsjechen, Slovak en Zwitsers hebben een grotere caseload.

Wij zijn dus een volk dat veel professionele zorg biedt. Dat zegt niets over de hulpbehoefte, maar veel over hoe we oud willen zijn en hoe we zorg willen geven én ontvangen. Na Denemarken, Noorwegen en Duitsland wonen in Nederland de



FOTO HJALPMEDELSINSTITUET



Henk Nies
CEO van Vilans

meeste vrouwen ouder dan 80 alleen. Hoogbejaarde vrouwen die bij hun kinderen inwonen, zijn er in Nederland erg weinig. Deze samenlevingsvorm komt vooral voor in Zuid- en Oost-Europese landen, maar ook in Ierland en in mindere mate Oostenrijk, Groot-Brittannië en Frankrijk. Nederlanders geven na de Denen, Fransen en Zweden aan professionele zorg voor alleenstaande oudere ouders de sterkste voorkeur, intra- of extramuraal. Nederlanders doen veel aan mantelzorg maar ze nemen niet hun ouder in huis en gaan ook niet bij hen inwonen (M. Huber e.a.: A comparative analysis of long-term care for older people in Europe, 2009).

Stelsels

Wat betreft de stelsels zien we grote verschillen tussen Europese landen:

- ▶ verzekeringsstelsels of belastingsystemen
- ▶ brede of smalle pakketsamenstelling
- ▶ hoge of lage eigen bijdragen
- ▶ inkomens- en/of vermogensafhankelijke of vaste bedragen
- ▶ aparte enkelvoudige systemen voor langdurige zorg of stukjes en beetjes van verschillende systemen
- ▶ gecentraliseerd of gedecentraliseerd
- ▶ inbedding in de gezondheidszorg of ook in welzijnsbeleid
- ▶ scherpe of minder scherpe indicatiestelling
- ▶ zorgverantwoordelijkheden van kinderen voor hun ouders.

Alles komt voor; om met de OESO (2011) te spreken: er is een *mind-boggling diversity* in stelsels.

Nederland heeft, met de Scandinavische landen, een bovengemiddeld omvattend stelsel, en veel mensen die in aanmerking komen voor publiek gefinancierde langdurige zorg. Ons stelsel is echter wezenlijk anders dan het Scandinavische: Nederlandse gemeenten zijn nog relatief onbelangrijk, we hebben een sterk gecentraliseerd systeem waarin we gelijke aanspraken nastreven. We hebben zorgkantoren en –verzekeraars; in Scandinavië spelen die nauwelijks een rol. Marktwerking is bij ons belangrijker dan in Scandinavië, al worden daar ook steeds meer principes van de markt toegepast.

Een verzekeringsstelsel met een flinke portie marktwerking biedt geen garantie voor zuinige zorg, zoals we in Nederland zien. Dat kan wel, blijkt in Oostenrijk en Duitsland. Het draait om gegevenheden en beleidskeuzes: hoe vergrijsd is een land, hoe rijk is het, wat zijn de maatschappelijke opvattingen over individuele of collectieve verantwoordelijkheid en hoe breed toegankelijk moet publiek gefinancierde zorg zijn? Opmerkelijk is dat de Scandinavische landen zonder uitzondering een aanzienlijk oudere populatie hebben en minstens zo welvarend zijn als Nederland. Ze zetten graag collectieve middelen in voor de zorg. Meer dan 90% van de Zweden ver-

kies betere zorg boven lagere belastingen en 70% vindt betere ouderenzorg belangrijker dan betere pensioenen. Het lijkt erop dat deze landen hun middelen doelmatiger inzetten dan wij. Zelfs al geeft Zweden meer uit dan Nederland, gecorrigeerd voor vergrijzing doet het meer met minder geld. Het is lastig daarvoor een verklaring te vinden. Mogelijk speelt mee dat de stelsels sterk gedecentraliseerd zijn: gemeenten hebben het voor het zeggen en zijn ook voor het grootste deel verantwoordelijk voor de inkomsten. Gemeentelijke belastingen kunnen onderling sterk verschillen. Er is lokale politieke druk om de lasten laag te houden en de kwaliteit hoog.

In de Europese landen spelen veel financieringsdiscussies: de samenstelling van het zorgpakket, marktwerking, eigen bijdragen, bijdragen aan verblijfskosten en inzetten op extramuralisering. Veel landen hebben sinds de jaren tachtig ingezet op het zogeheten *New public management* (NPM). Mechanismen uit het bedrijfsleven werden in publieke sectoren ingevoerd. Overheden hebben (quasi-)markten geïntroduceerd, bureaucratie gedecentraliseerd, contractering ingevoerd (ook in veel landen waar de overheid de voornaamste zorgaanbieder was) met keuzemogelijkheden voor cliënten als inkoopcriterium. Het idee was dat dit alles tot hogere kosteneffectiviteit zou leiden, betere kwaliteit, meer cliëntgerichtheid, meer autonomie en een sterkere positie van cliënten, een gelijkwaardige positie voor diverse categorieën cliënten en aanbieders die in de ‘gaten in de markt’ zouden duiken. Dit alles onder het motto: waar voor ons publieke geld.

Vanuit deze NPM-doelen en met het oog op transparantie hebben de meeste landen dezelfde sturingsmechanismen geïntroduceerd, zoals benchmarking voor inkopers, toezichthoudende instanties en cliënten. In Engeland, Finland, Duitsland en Zweden is het goed gebruik om kwaliteitsgegevens en inspectierapporten publiek toegankelijk te maken, in tal van andere landen nog helemaal niet. Benchmarking komt vooral in Noordwest-Europa voor. Benchmarks en prestatie-indicatoren zijn doorgaans proces- en structuurgericht; weinig op output en outcome. In Engeland, Finland, Zweden en Zwitserland bestaan vormen van benchmarking en worden prestaties van zorgorganisaties publiek gemonitord. In Finland wordt ook tussen gemeenten vergeleken. En in Engeland kunnen *primary care trusts* hun eigen prestatie-indicatoren kie-

OECD-studie

Colombo, F. et al (2011): Help wanted? Providing and paying for long-term care. OECD Health policy studies

De OESO ziet stroomlijning van bedrijfsprocessen en inzet van technologie als zinvolle opties voor de toekomst

zen, mits die in drie domeinen passen: patiëntveiligheid, effectiviteit van de zorg en ervaren kwaliteit.

Maar in die andere landen zijn ook veel klachten over bureaucratie. Transparantie is soms ver te zoeken. Net als in Nederland vragen ook daar vragen veel mensen zich af: wegen de kosten op tegen de baten? Krijgen medewerkers niet te veel administratieve lasten op hun bordje? Nederland is koploper wat betreft transparantie, zeker op nationaal niveau. In sommige landen zijn er sterke regionale of lokale verschillen in transparantie, door de autonomie van lagere overheden. In Finland en Engeland bijvoorbeeld stellen de landelijke overheden wel kaders. Marktwerking levert in Italië en Oostenrijk geen nieuwe toetreders op, in Engeland en Zweden wel. Dat hangt af van het systeem dat in een land wordt ingericht. Algemeen is de kritiek dat vooral wordt ingekocht op prijs en nauwelijks op kwaliteit. Een uitzondering lijkt Zweden, waar de tarieven stevig gereguleerd zijn maar de keuzevrijheid van cliënten sterk bepalend is. *Pay4performance* spreekt velen aan als idee aan, maar is nog lang niet geïmplementeerd.

Persoonsgebonden financiering

Een tweede sturingsmechanisme om NPM vorm te geven is persoonsgebonden financiering, een systeem dat vrijwel alle westerse landen hebben; zij het in uiteenlopende verschijningsvormen en met uiteenlopende bedragen. Doelstellingen van Persoonsgebonden budgetten (PGB's) zijn:

- ▶ meer gepersonaliseerde zorg bieden
- ▶ de (inkoop)macht van de cliënt versterken
- ▶ het monopolie van gevestigde aanbieders doorbreken
- ▶ mensen voor armoede behoeden
- ▶ publieke kosten besparen.

In de noordelijke landen wordt zorg eerder in natura geboden en is het geld bedoeld ter *ondersteuning* van mantelzorgers. In landen die traditioneel grote waarde hechten aan familie-zorg (Ierland, Italië, Spanje, Griekenland, Oostenrijk en Duitsland) zijn de persoonsgebonden budgetten vooral gericht op *vergoeding* van inzet door mantelzorgers. Deze landen willen familiestructuren intact houden. Maar in veel Zuid- en Midden-Europese landen worden massaal migranten ingehuurd (een zwart of grijs circuit) die als een soort au pair bij ouderen inwonen. In Italië gaat het zeker om meer dan een miljoen migranten. In Oost-Europese landen is een uitzendbranche ontstaan, inclusief deskundigheidsbevordering van de uit te zenden - doorgaans goed opgeleide - migrantenzorgers. In alle landen speelt een discussie over de betaalbaarheid van de ouderenzorg, en de arbeidsmarkt. Kant en klare oplossingen zijn er niet. Bekende recepten voor het arbeidsmarktprobleem zijn:

- ▶ zorgen voor goede arbeidsvoorwaarden (Nederland geldt hier als een *good practice*)
- ▶ zij-instromers
- ▶ goede werving en selectie
- ▶ hoogwaardige opleidingen
- ▶ professionalisering
- ▶ productiviteitsverbetering.

De OESO ziet stroomlijning van bedrijfsprocessen en inzet van technologie als zinvolle opties voor de toekomst, maar constateert dat er geen innovaties zijn die bewezen zoden aan de dijk zetten. Vraagreductie is een andere strategie en kan worden bereikt door preventie en mantelzorgondersteuning. Het effect van preventie is evenmin bewezen en mantelzorg mag geen roofofbouw betekenen. Uit internationale vergelijkingen blijkt dat landen die er demografisch veel slechter voor staan dan Nederland erin slagen flexibiliteit in de arbeidsmarkt te creëren. Er zit wellicht meer rek in de arbeidsmarkt dan onze extrapolaties veronderstellen.

In alle landen wordt nagedacht over:

- ▶ pakketverkleining
- ▶ verschuivingen tussen cure, care en welzijn
- ▶ decentralisatie van bevoegdheden
- ▶ selectieve lastenverzwaring
- ▶ andere spreiding van kosten over generaties
- ▶ vormen van zorgsparen
- ▶ hogere en andere eigen bijdragen: inkomens- en/of vermogensafhankelijk
- ▶ meer inzet van mantelzorgers.

Ook zijn er allerlei ideeën voor nieuwe private financieringsvormen, zoals de omgekeerde hypotheek. Maar er is geen panacee en er is veel flexibiliteit op financieel vlak.

Het debat over ouderenzorg is overal in de Westerse wereld hetzelfde, de keuzes die worden gemaakt zijn verschillend. Alles wijst erop dat het niet zozeer om het stelsel draait, maar om de keuzes die daarbinnen worden gemaakt. Politiek leiderschap en ondernemerschap zijn de sleutelbegrippen voor de toekomst. •

Management Summary

- Het debat over de betaalbaarheid en kwaliteit van de ouderenzorg speelt overal in de Westerse wereld.
- De keuzes die worden gemaakt verschillen sterk per land.
- Nederland kiest voor veel professionele zorg; de prijs daarvoor is hoog.
- Persoonsgebonden budgetten komen overal voor.
- Andere landen laten meer flexibiliteit in de arbeidsmarkt zien.



Bestuurders managen te weinig

De professionalisering van en in de gezondheidszorg maakt nadenken over de kwaliteit van het besturen steeds belangrijker. De ervaring leert dat Raden van Toezicht zich veelal richten op de financiële controle en (goedkeuring) van het strategisch beleid. Daarbij wordt gezocht naar een balans tussen het adviseren en het beoordelen van Raden van Bestuur.

De druk op die Raden van Bestuur van zorginstellingen neemt steeds meer toe. Dit vertaalt zich bijvoorbeeld in de steeds kortere periode waarin een RvB-lid aan een instelling is verbonden. Daarom wordt veel aandacht besteed aan de vaardigheden waarover een bestuurder moet beschikken. Meestal wordt daarbij een onderscheid gemaakt tussen besturen en managen. Mijn opvatting is juist dat dat onderscheid onderdeel vormt van het scala aan redenen waarom iemand weg moet: bestuurders managen te weinig, managers besturen te weinig.

Uit het proefschrift van Hans Hoek (Governance & gezondheidszorg. Private, publieke en professionele invloeden op zorgaanbieders in Nederland. 2007) blijkt dat succesvolle bestuurders de volgende kenmerken hebben:

- ▶ in staat de koers van de organisatie vast te stellen en uit te voeren en zorg te dragen voor (intern) draagvlak
- ▶ is zich bewust van verschillende eisen die verschillende vormen van governance (privaat, publiek, professioneel) stellen en kan omgaan met de normen en spelregels die deze governance-werelden stellen
- ▶ is in staat doelen te bereiken door coördinerend handelen in en tussen de drie governance-werelden
- ▶ onderhandelingsstrategie
- ▶ gebruikt druk uit de ene governance-wereld bij onderhandelingen in de andere.

Jan Moen, hoogleraar Management en organisatie in de gezondheidszorg aan de Universiteit van Tilburg, maakt bij effectief leiderschap een onderscheid tussen vaardigheden en gedragsstijlen. Voor hem is het essentieel een onderscheid te maken tussen leiderschap (o.a. uitdragen visie en missie, ondernemerschap, denken en processen, improviseren, motiveren, waarderen en reflecteren, coachen en stimuleren, passie en gezag, waarden en overtuigen) en managen (o.a. strategie en beleid opstellen, doelen stellen, denken in top-down en bottom-up, organiseren, beheersen, beoordelen, oplossen, macht, structuren en procedures). Ik merk dat dit onderscheid veel gehanteerd wordt, maar klopt het ook?

Julian Birkinshaw (London Business school) geeft in zijn recente boek 'Reinventing management' aan dat leiderschap (besturen) en management rollen zijn die een individu op verschillende momenten (van de dag, week) kan spelen. Besturen is gericht op het beïnvloeden van

mensen: de vaardigheden en gedragsstijlen van Moen zorgen dat medewerkers hun bestuurder volgen. Management is erop gericht mensen gezamenlijk doelen te laten bereiken. In het managementmodel zoals dat door Birkinshaw is uitgewerkt, gaat het erom tot een goede balans tussen besturen en managen te komen en niet om ze uit elkaar te halen. Een visie zonder implementatie (kracht) blijft leeg.

Uit recent onderzoek van KPMG bleek dat bestuurders onvoldoende greep hebben op hun informatietechnologie. Dat komt mijns inziens omdat het onderscheid tussen richten, inrichten en verrichten veel te kunstmatig wordt toegepast.

Henry Mintzberg ("I don't want it good, I want it Tuesday") geeft aan geen idee te hebben wat het onderscheid tussen leiders (bestuurders) en managers zou kunnen betekenen. Besturen en managen kunnen conceptueel best uit elkaar worden gehouden, maar heeft het zin om dat ook in de praktijk te doen? De praktijk van management is voor Mintzberg een combinatie van kunst (visie), wetenschap (evidence based) en kunde (praktijk leren). Een belangrijke constatering van hem is dat veel effectieve managers kunnen reflecteren: ze leren van hun ervaringen en werken vanuit meerdere opties.

Het gaat er niet om onderscheid te maken tussen leiderschap en management, het gaat erom managers te hebben die kunnen nadenken. Door de (huidige) nadruk op leiderschap kennen we volgens Mintzberg aan alles wat er verder in de organisatie gebeurt een lagere plaats toe. We zouden juist het omgekeerde moeten doen: zorgen dat iedereen een bijdrage kan leveren.

De verantwoordelijke bestuurder komt dan ook veelvuldig op de werkvloer. De managementaandacht is gericht op het organiseren van flexibiliteit en integraliteit. Het grondprincipe is vertrouwen in de medewerker.

Het onderscheid tussen bestuurders en managers is volgens mij te kunstmatig. Dat er verschillende verantwoordelijkheidsgebieden in organisaties bestaan is helder. Norbert Greveling stelt in zijn recent verschenen boek 'De ondernemende manager': Uiteraard zijn bestuurders verantwoordelijk voor het proces om tot strategie te komen, maar managers (en medewerkers) op de verschillende niveaus zijn vaak beter in staat strategische keuzes te maken. Of dat betekent dat rollen van elkaar gescheiden moeten worden, is wat mij betreft geen vraag. Organisaties dienen gebruik te maken van ieders competenties; besturen en managen kan in elk verantwoordelijkheidsgebied plaatsvinden.

Harry Woldendorp
interim-manager en consultant in de gezondheidszorg
interim-bestuurder van de MO-zaak

De NVZD stelt zich als de belangenorganisatie van bestuurders in de gezondheidszorg in Nederland tot doel de kwaliteit van de professionele functie-uitoefening door haar leden te bevorderen en hun belangen te behartigen.

NVZD

De NVZD stelt zich als doel de kwaliteit van de professionele functie-uitoefening door haar leden te bevorderen en hun belangen te behartigen. De NVZD is vooral bekend geworden door de collectieve en individuele belangenbehartiging zoals door het uitbrengen van de Adviesregeling Arbeidsvoorwaarden en de Beloningscode Bestuurders in de Zorg (BBZ), maar ook de individuele rechtsbijstand. Tijdens de ALV van maart en juni 2010 heeft het bestuur verdere uitwerking gegeven aan de eerder geformuleerde toekomstige rol: richten op de ontwikkeling en het behoud van de kwaliteit van de bestuurder in de gezondheidszorg. De NVZD als vereniging van bestuurders uit de gehele gezondheidszorg wil en moet een samenbindende en richtinggevende rol spelen in de ontwikkeling van de gezondheidszorg de komende jaren. Bestuurders dienen zichtbaar te zijn als degenen die proactief richting geven aan hun zorgonderneming en aan de ontwikkeling van de gezondheidszorg als geheel.

NVZD Voor wie?

Voor de toelatingscriteria zijn twee uitgangspunten vastgelegd. Het lidmaatschap staat open voor "bestuurders van instellingen in de gezondheidszorg", zoals die zijn genoemd in de WtZi en het lidmaatschap is beperkt tot de "bestuurder". Dit is degene die belast is met het beheren of besturen van de instelling en daarover rechtstreeks verantwoording aflegt aan een toezichthoudend orgaan. Daarbij gaat het om functionarissen ten aanzien van wie is vastgesteld dat de rechtspositie niet wordt beheerst door een CAO of andere collectieve regeling. Bovendien zijn interim-bestuurders niet toegelaten tot de vereniging.

NVZD De leden

Ongeveer 800 bestuurders zijn lid van de NVZD. Voor de 150 oud-leden is in september 2006 een nieuwe vereniging opgericht. Deze vereniging is "Nestores" genoemd en richt zich op de ondersteuning van activiteiten die oud-leden nog uitvoeren (zoals: coaching, interim-bestuur).

AGENDA 2011

NVZD Regiobijeenkomst – Regio Midden

Datum: 5 oktober 2011
Tijdstip en locatie: 15.30 – 19.00 uur
AFAS – Leusden
Thema: Zoekt Baan: Bestuurder zonder mensen!

Nestores Lustrum Najaars Algemene Ledenvergadering en Congres

Datum: 10 oktober 2011
Tijdstip en locatie: 13.30 / 22.00 uur
Slot Zeist

Geneeskundige Vereniging Najaars Congres (incl. ALV)

Datum: 4 november 2011
Tijdstip: 09.30 / 17.00 uur
Locatie: Royal Parc - Soestduinen

VHMZ Najaars Algemene Ledenvergadering en Congres

Datum: 10 november 2011
Tijdstip: 13.30 / 19.00 uur
Locatie: AFAS - Leusden

NVZD Najaars Algemene Ledenvergadering en Congres

Gewijzigde datum: 30 november 2011
Tijdstip: 14.30 / 20.00 uur
Locatie: Capgemini – Utrecht

ACTIVITEITEN ERASMUS CMDz

Professionalisering en bevordering van deskundigheid heeft hoge prioriteit bij de NVZD. Dit uit zich onder andere in de opleidingsprogramma's van haar samenwerkingspartner Erasmus CMDz. Het Erasmus CMDz verzorgt post-academisch onderwijs voor managers en bestuurders in de zorg.

De volgende programma's gaan binnenkort van start:

Waarden van Zorg (start 20 oktober 2011)

Het programma Waarden van Zorg is een zoektocht met eindverantwoordelijke bestuurders naar waarden in de zorg. Daarbij staan verkenning, ontmoeting en reflectie centraal. Het programma bestaat uit zeven bijeenkomsten van drie dagdelen (avond, ochtend, middag) gespreid over een jaar. De programmaleiding is in handen van prof.dr. Pauline Meurs en prof.dr. Paul Frissen. Prof.dr. Paul Frissen is decaan van de Nederlandse School voor Openbaar Bestuur (NSOB).

Academische Leergang Zorg Management (start 16 maart 2012)

De Academische Leergang Zorg Management is gericht op de uitbreiding van kennis en vakmanschap van directeurs, beleidsmakers en managers in de zorg. De kern van vakmanschap is dat kennis vereist is maar niet afdoende: zij moet worden gekoppeld aan doorleefde ervaringen en dat is ook de filosofie van de leergang. De leergang bestaat uit zes academische bijeenkomsten. De volgende onderwerpen komen aan bod: strategisch management, human resource management, logistiek management, risicomanagement, financieel management en strategische marketing. De kleine omvang van de groep (max. 20 deelnemers) biedt maximaal de gelegenheid voor de inbreng van eigen vraagstukken en discussie met de inleiders. Individuele opdrachten maken het mogelijk feedback te krijgen op eigen organisatiebeleid. Programmaleider is drs. Lucie Boonekamp.

Master of Health Business Administration (start 20 juni 2012)

De Erasmus Executive MHBA is een internationaal geaccrediteerd bedrijfskundig masterprogramma voor hogere leidinggevend en professionals bij zorgaanbieders, zorgverzekeraars en bestuursorganen. Het programma richt zich op optimaal vraaggerichte en efficiënte zorgverlening. Een strategisch perspectief wordt gecombineerd met de toepassing van innoverende bedrijfsconcepten. Deelnemers zijn gevorderd in hun loopbaan en hebben zich eerder in leergangen en of de praktijk het gangbare bedrijfskundig in-

strumentarium eigen gemaakt. Het programma wordt geleid door dr. Elly Breedveld, prof. dr. Aad de Roo en prof. dr. Jan Moen.

Top Class (start 13 januari 2012)*

De Top Class is het management development programma voor toekomstige bestuurders in de gezondheidszorg. De Top Class heeft een doorlooptijd van één jaar (van januari tot en met december). Tot de programma-onderdelen behoren o.a. plenaire studiemodules, keuzemodules, intervisie, assessment, een stage in een andere organisatie en een persoonlijke coach. De contacttijd betreft circa 2 dagen per maand exclusief voorbereiding en de individuele onderdelen zoals het assessment, de stage en coaching. Programmadirecteuren zijn dr. Marlies Ott en prof. dr. Pauline Meurs.

* De Top Class die 13 januari 2012 start is vol. U kunt zich hier niet meer voor aanmelden. U kunt al wel uw interesse kenbaar maken voor de Top Class die in januari 2013 start.

MEER INFORMATIE: T 010 - 408 8554 INFO@
ERASMUSCMDZ.NL WWW.ERASMUSCMDZ.NL

Bureau NVZD/GV/VHMZ/Nestores

Bezoekadres: Bramenberg 9
3755 BT Eemnes
Postadres: Postbus 124
1250 AC LAREN
Telefoon: 035-5310180
Fax: 035-5380125
E-mail: info@nvzd.nl

Directeur: Jos de Beer
Algemene Zaken: Annie Algera
Marcia Hueting
Beleidsmedewerker: Sophie Bijloos
Financiële administratie:
Arjan Janssen
Leden- en financiële administratie:
Jenny Hong

Veel meer handen in de ouderenzorg



In september hebben VWS en de brancheorganisaties het Convenant langdurige zorg getekend. Beelden op de journaals en foto's in de dagbladen van een blijde staatssecretaris, blijde bewoners en medewerkers. Waar de langdurige zorg, maar vooral de ouderenzorg, het laatste decennium in alle toonaarden op heeft gewezen is hiermee erkend en gehonoreerd: er is een kloof tussen geïndiceerde zorg en budget; onze ouderenzorg is te schraal. Er komt een tariefsverhoging waardoor meer personeel kan worden ingezet, en er komt geld voor werving, scholing en kwaliteitsontwikkeling. Ook al voelen velen in de zorg zich allerminst verwant met het verdere gedachtegoed van de kabinets-gedoogpartner, deze investeringen zijn uitermate welkom. Het ondersteunt onze medewerkers die dagelijks voor dilemma's staan bij het inzetten van de schaarse beschikbare tijd.

Verder vooruitkijkend zien we natuurlijk dat de vraag naar met name ouderenzorg nog veel verder zal stijgen, en dat deze investering gebruikt zal moeten worden om tijdelijk soelaas te bieden en ondertussen te werken aan ingrijpende vernieuwing van de ouderenzorg. Tijd voor creatief besturen!

Een goede aanleiding om opnieuw de vraag te stellen welk gedeelte van de zorg werkelijk thuishoort in het publieke domein, en welk gedeelte niet. Zijn de ver-

wachtingen die het publiek heeft van de verpleeghuizen niet veel te hoog? Hooft de vraag naar aandacht volledig thuis in de collectieve sector? Is het wel mogelijk om de kwaliteit van leven inclusief alle gezelligheid, sociale contacten, zingeving, uitstapjes en vakanties over te hevelen naar de overheid? Is het terecht gelegitimeerd om geen of weinig tijd te hebben voor je oudere familieleden omdat het leven er niet meer op ingericht is?

Het vraagt lef om het maatschappelijke debat te voeren over herijking van de verworvenheden die sinds de invoering van de AOW en de bejaardenoorden zijn opgebouwd, verbonden als dit debat is aan de inrichting van het familieleven.

Hier liggen de kansen voor echte vernieuwing: het herinrichten van de verantwoordelijkheden. Wat mij betreft: doorzetten met de invoering van persoonsvolgende budgetten, de verantwoordelijkheid voor het inkopen en regelen van de zorg bij het sociale netwerk laten liggen, en de vraag stellen of kinderen een (financiële) bijdrage zouden behoren te leveren voor aandacht en welzijn.

Een andere kwestie is hoe de babyboomgeneratie straks de pensioentijd gaat invullen. Vooral reizen en theedrinken, of ook maatschappelijk actief blijven, ergens bij blijven horen? Een ander nieuwsbericht, dat iets minder aandacht heeft gekregen dan de extra honderden miljoenen, is misschien wel even belangrijk: brancheorganisatie Actiz start de campagne Gouden Handen, de toekomst van de vrijwilliger in de zorg.

Prachtig wordt het in de ouderenzorg, met al die extra handen van de staatssecretaris, en de gouden aandacht van familie, vrienden en vrijwilligers.

Moniek van Jaarsveld
NVZD bestuurder en Raad van Bestuur Warande

De NVTZ

Leden van de NVTZ zijn als toezichthouder verantwoordelijk en actief in de volle breedte van de zorgsector. Kijk voor meer informatie over wat de NVTZ de toezichthouder te bieden heeft op www.nvtz.nl

Doel

De NVTZ stelt zich ten doel: het ondersteunen van de toezichthouders in de gezondheidszorg in de breedste zin van het woord om daarmee een bijdrage te leveren aan hun bekwaamheid. Het doel is excellent toezichthouderschap. Daartoe werkt de NVTZ aan de professionalisering en aan de positionering van de toezichthouders en ondersteunt ze bij het realiseren van de cultuuromslag van achteraf controleren in een beheersmatige omgeving naar proactief toekomstgericht toezicht houden in een meer ondernemende en marktachtige omgeving.

Lidmaatschap

De contributie bedraagt in 2011 € 1400,00 voor een voltallige raad van toezicht van een zorginstelling, ongeacht het aantal leden van de raad dat zich aanmeldt. In het jaar van aanmelding wordt de contributie berekend naar rato van het aantal resterende maanden van dat jaar, vanaf de eerste van de maand na aanmelding. Als lid kunnen worden ingeschreven personen die zich schriftelijk hebben aangemeld bij de NVTZ, met vermelding van naam en adres van de zorginstelling waarvan zij toezichthouder zijn en die door het bestuur van de NVTZ zijn toegelaten. Op www.nvtz.nl vindt u onder de rubriek 'over NVTZ' een aanmeldformulier.

Gaat u de Raad van Toezicht verlaten?

Denkt u dan aan het afmelden van uw lidmaatschap. Is uw opvolg(st)er al bekend? Wilt u dan zo vriendelijk zijn dit ook te melden. Hierdoor kunnen wij het ledenbestand actueel houden en nieuwe leden de Nieuwsbrief en ZM toezenden. Afmeldingen uitsluitend via bureau@nvtz.nl, telefoon 079-3638100.

Agenda najaar 2011

Tweedaagse Introductie cursus voor de Nieuwe Toezichthouder

Data: 6 en 13 oktober (volgeboekt)
8 en 15 november
25 oktober (extra dag van beide cursussen voor nieuwkomers in de zorg)
Locatie: NVTZ te Utrecht (etage CBO)

Governance in welzijn: De waardeoriëntatie en meerwaarde van toezicht

Datum: dinsdag 1 november, 16 - 20 uur
Locatie: NVTZ te Utrecht (etage CBO)

Najaarsledenvergadering

Datum: donderdag 10 november
Locatie: Jacobi Theater te Utrecht

Nieuwe leden augustus 2011

Apanta-GGZ te Veldhoven: A. Stokking. **De Basis te Doorn:** ing. M.J.L. Goossen. **RIBW Nijmegen & Rivierenland te Nijmegen:** mw. J. Vogel. **Stichting Carint Reggeland Groep te Hengelo:** mw. drs. J.H. van Beusichem. **Stichting Het Gors te Goes:** mw. C.J. Holty-van der Wekken, J.M. van Stel. **Stichting Pedagogisch Sociaal Werk Midden-Limburg te Roermond:** mw. E. Laanen en M. van Woensel. **Stichting Sint Jozefoord te Nuland:** Mw. A.E. van Beek, C.J. de Jager, G.J.M. Jansen, mw. drs. M.I. Kannon, J.J.C.M. van der Laak, H.M.P. Peters, mw. A.A.M. Smackers. **Syndion te Gorinchem:** ing. S. Boot, J.A. de Bruin, drs. L.W.J.M. Canisius, dr. W.A.R. Huijbers, G.M. Krijgsman, G.A. Toering.

Recente publicaties

De NVTZ-publicaties beogen de toezichthouder in alle facetten van het toezicht houden te ondersteunen. Het totale overzicht vindt u op de site www.nvtz.nl. Verkrijgbaar bij het NVTZ bureau (prijzen incl. BTW en verzendkosten, tenzij anders vermeld) en/of te downloaden.

Referentiemodel statuten stichting en reglement van toezicht 2010, met toelichting. Alleen voor leden digitaal beschikbaar.

Referentiemodel arbeidsovereenkomst statutair bestuurder versie 2010 met toelichting, behorende bij de Beloningscode Bestuurders Zorg 2009. Alleen digitaal beschikbaar.

Speciale uitgave Beloningscode Bestuurders Zorg 2010

Handleiding voor de toepassing van de Beloningscode Bestuurders Zorg. Bevat de geïndexeerde bedragen 2010. Prijs voor leden € 5,00, niet leden € 12,50.

Beloningscode Bestuurders Zorg 2009

Vastgesteld door de ledenvergaderingen in juni 2009 (NVTZ) en augustus 2009 (NVZD). Prijs voor leden € 10,00, niet leden € 25,00.

Honorering van raden van toezicht van zorginstellingen 2009

Advies honorering van raden van toezicht. Vastgesteld door de ledenvergadering NVTZ in juni 2009. Prijs voor leden € 12,50, niet leden € 27,50.

Toolkit Toezicht Zorg 2011

Prijs € 35,00

Contact

Directeur

De heer mr. J.M. Buiting, arts
E-mail: m.buiting@nvtz.nl

Senior Beleidsmedewerkster

Mevrouw mr. M.M.L. Konings
Telefoon: 0575-544167
E-mail: m.konings@nvtz.nl

Communicatie & Ledenwerving

drs. Jolanda (J.M.) de Heer - Verheij
Telefoon: 030-2843979
E-mail: j.deheer@nvtz.nl

Verenigingsbureau NVTZ

Koraalrood 25
2718 SB ZOETERMEER
Telefoon: 079-3638100
Fax: 079-3638105
E-mail: bureau@nvtz.nl

Advocaten

BASE
THE LITIGATION FIRM
ADVOCATEN

ZORGEN?

Bel of mail mr. R.C. Sies
010 275 99 11
rob.sies@baseadvocaten.nl

preferred supplier van de NVZD

bob
ADVISEURS MAATSCHAPPELIJK VASTGOED

Adviesbureau voor vastgoed-,
bouw- en huisvestingsmanagement.
Gespecialiseerd in de zorgsector.

Prins Hendriklaan 9-11
Postbus 53
3700 AB Zeist
tel 030 - 251 35 19
fax 030 - 252 22 96
bob@bobadvies.nl
www.bobadvies.nl

**Jong adviesbureau
met veel ervaring in
wonen, zorg en welzijn**

Usus heeft expertise in huis:

- Thuis technologie
- Treasury
- Kleinschalig wonen met zorg
- Governance
- (Wijk) dienstverlening
- Interim-management

Usus werkt aan een toekomst
thuis voor ieder die dat wil.

USUS

www.usus.nl 088 235 87 87

*** Mensen kennen.**

recruitment & executive search
interim management &
professionals
assessment & development

Funktie Mediair
a Randstad company

T 020 - 504 20 20
funktie.mediair.nl

Adviesbureaus

Van Aarle De Laat

Postbus 677
5600 AR Eindhoven
T 040 2592 700
F 040 2592 701
Vestigingen te Eindhoven en Bèthoven

www.vanaarledelaat.nl

C3
ADVISEURS EN MANAGERS
Ruim denken

Governance en besturing
Fusie en samenwerking
Visie en strategie
Organisatieontwikkeling
Sturing en beheersing
Verbetering werkprocessen
Samenwerking professionals

C3 ADVISEURS EN MANAGERS
T 0331 434 33 20 • www.c3am.nl

Crisis- en veiligheidsmanagement

COT
Instituut voor Veiligheids- en Crisismanagement

Het COT is toonaangevend in
onderzoek, advisering, training en
opleiding op het terrein van crisis-
en veiligheidsmanagement en staat
organisaties bij in tijden van crises.

CONTACTPERSOON:
Maïke Wensveen
070 312 20 20
m.wensveen@cot.nl

VAN DER HOEF & PARTNERS

Voor talentvolle
zorgprofessionals

BEMIDDELING OOK OP TIJDELIJKE BASIS

www.vanderhoefpartners.nl

**HART VOOR DE
GEZONDHEIDZORG**

PM2000

PM2000-Select The DreamFactory

Het Rond 7 3701 HS Zeist

(030) 242 15 66 www.pm2000.nl

CROONEN

organisatie en management

- advies
- (project)management
- bestuur
- toezicht
- arbitrage
- schrijven

073 612 63 04
www.croonen-advies.nl

Loopbaanadvies

rieken & oomen
WERVEN SELECTIE ADVIES

Als geen
ander thuis
in de zorg

www.riekenoomen.nl

Utrecht: 030 293 01 44
Maastricht: 043 321 96 07

Executive search

CROWN GILLMORE
INTERIM MANAGEMENT
EXECUTIVE SEARCH

Hoofdstraat 91
3971 KE Driebergen
0343 - 532 677
0343 - 521 690
mail@crowngillmore.nl
www.crowngillmore.nl

Contact: Ellen M.H. van den Hoven en
drs. Christel van Zijp

MOVIMENTO
BESTUUR EN MANAGEMENT

- EXECUTIVE SEARCH
- INTERIM MANAGEMENT
- MANAGEMENT COACHING

Contact:
Ingrid Poot
Astrid Booi-Liewers

Zusterplein 22a 3703 CB Zeist T 030 711 56 11
info@movimento-zorg.nl www.movimento-zorg.nl

NEDERLOF & PARTNERS

Leiderschap in de zorg

executive search
recruitment
coaching

020 71 62 468
www.nederlofenpartners.nl

ZORGMANAGEMENTGROEP

- Executive Search
- Interim Management
- Werving & Selectie

Hoogeveen • Amersfoort • Groningen

0528 - 23 54 64
www.zorgmanagementgroep.nl

InterimManagement

C3 ADVISORS EN MANAGERS
Ruim denken

Vakbekwame Interimbestuurders gespecialiseerd in de zorg.

Resultaatgerichte interim-managers met grote kennis van de zorg.

C3 ADVISORS EN MANAGERS
 T (033) 434 31 20 • www.c3gm.nl

SDB GROEP

SDB Groep
 Postbus 302
 2260 AH Leidschendam
 Weigelia 25
 2262 AB Leidschendam
 Tel.: 070 - 3570800
 Fax: 070 - 3203118
 E-mail: info@sdbgroep.nl
www.sdbgroep.nl
 KvK nr. Den Haag, 27288332
 Adviesbureaus, Huisvesting, Technologie

ZORGMANAGEMENTGROEP

- Executive Search
- Interim Management
- Werving & Selectie

Hoogeveen • Amersfoort • Groningen

0528 - 23 54 64
www.zorgmanagementgroep.nl

Facility management



Humanagement is een onafhankelijk managementbureau dat is gespecialiseerd in Facility Management. Wij verzorgen interim- en projectmanagement en adviseren en ondersteunen organisaties bij het managen en optimaliseren van facilitaire bedrijfsprocessen.

Postbus 535
 2600 AM Delft
 T 015 215 00 15
 F 015 215 00 10
 E mail@humanagement.nl
 I www.humanagement.nl
 Contact: dhr. M.J.G. de Bruijn

consulting | finance professionals | interim management | outsourcing

ConQuaestor
 mastering finance

0800 783 7833 | info@conquaestor.nl | www.conquaestor.nl



Hoofdstraat 91
 3971 KE Driebergen
 0343 – 532 677
 0343 – 521 690
mail@crowngillmore.nl
www.crowngillmore.nl
 Contact: Ellen M.H. van den Hoven en
 drs. Christel van Zijp

USUS **VDZ Interim**

Usus-VDZ Interim
 Rondweg 88
 8091 XK Wezep
 088 235 87 77
info@usus-vdzinterim.nl
www.usus-vdzinterim.nl

Contact:
 mw. mr. Neeltje Peters
 drs. Frans-Jozef Snoeks

Bemiddeling in interim-management in de zorg. Unieke not-for-profit-formule en transparante matching, met de menselijke maat als uitgangspunt.

Management Coaching

*** Mensen kennen.**

recruitment & executive search
 interim management & professionals
 assessment & development

Funktie Mediair
 a Randstad company

T 020-504 20 20
functiemediair.nl

MOVIMENTO
 BESTUUR EN MANAGEMENT

- EXECUTIVE SEARCH
- INTERIM MANAGEMENT
- MANAGEMENT COACHING

Contact:
 Ingrid Poot
 Astrid Booij-Liewers

Zusterplein 22a 3703 CB Zeist T 030 711 56 11
info@movimento-zorg.nl www.movimento-zorg.nl

MOVIMENTO
 BESTUUR EN MANAGEMENT

- EXECUTIVE SEARCH
- INTERIM MANAGEMENT
- MANAGEMENT COACHING

Contact:
 Ingrid Poot
 Astrid Booij-Liewers

Zusterplein 22a 3703 CB Zeist T 030 711 56 11
info@movimento-zorg.nl www.movimento-zorg.nl

de Veghte

INTERIM, ACADEMIE,
 WERVING EN SELECTIE

**VERBINDT
 KENNIS
 IN DE ZORG**

www.deveghte.nl T 020 462 66 99

Meesters in Management!

President Kennedylaan 19
 2517 JK Den Haag
info@meestersinmanagement.nl
www.meestersinmanagement.nl

Organisatieontwikkeling
 Interim Management
 Interim Professionals
 Training
 Coaching
 Management Search

Resultaatgerichte coaching

Bestuurders kunnen aan kracht en effectiviteit winnen. Juist door hun eigen functioneren met regelmaat te evalueren.

Ferdi Oyen, psychiater np
 030 - 265 2282
f.oyen@qhc-nl.com
www.qhc-nl.com

QHC
 Transitie met ambitie

Organisatie advies



Vernieuwen voor en mét mensen:

De kracht van Giotto

T: (071) 519 12 00 www.giotto.nl

Organisatieadviseurs



Transitie met ambitie
enabling the future in healthcare

toekomst

transitie

www.qhc-nl.com
heden 030 - 265 2282

Projecten en Implementatie



Eiffel biedt integrale oplossingen voor het aanpakken van processen, het invoeren van wet- en regelgeving, het optimaliseren van klantwaarde en het realiseren van vernieuwing in de zorgsector.

Melanie Boelhouwer 068 045 67 89
mboelhouwer@eiffel.nl

WIJ MAKEN STRATEGIE WERKZAAM. **EIFFEL**



Bergweg 173
3707 AC Zeist
Tel: 030 - 698 10 10
Fax: 030 - 691 49 67
E-mail: h.vandelaar@visionwaves.com

VisionWaves levert de Hospital Management Solution; Onze aanpak voor integrale besturing in de zorg, bestaande uit innovatieve software, consultancy en training.

Wilt u meer informatie bel 030 - 698 10 10 en vraag naar Han van de Haar, partner VisionWaves Health care of mail naar h.vandelaar@visionwaves.com.



HEVO
DUURZAAM PRESTEREN

Huisvestingsadvies en projectmanagement in de zorg.

BETROKKEN INNOVATIEF RESULTAATGERICHT

E info@hevo.nl
T +31 (0)73 6 409 409
F +31 (0)73 6 410 118
I www.hevo.nl

Risicomanagement/verzekeringen



Aon Risk Solutions is een toonaangevend dienstverlener op het gebied van risicomanagement en verzekeringen en beschikt over ruime kennis en ervaring op het gebied van risico's in de zorgsector.

Aon Risk Solutions

Contactpersoon:
Pieter Dijkstra, 0204305110
pieter_dijkstra@aon.nl



Onafhankelijk specialist voor:

- Collectieve zorgverzekeringen
- WGA eigen risico
- Bestuurdersaansprakelijkheid
- Employee benefits in de zorg

Burgemeester A. Colijnweg 2
1182 AL Amstelveen
020 426 38 40 | info@colijn.info
www.colijn.info

IZZ De zorgverzekeraar voor de zorgsector

Postbus 30374
6503 HZ Nijmegen
Telefoon (024) 343 69 44
Internet www.izz.nl

IZZ verzorgt ziektekostenverzekeringen voor mensen die werken in de gezondheidszorg.



IZZ Zorg voor de zorg

Werving en selectie



*** Mensen kennen.**

recruitment & executive search
interim management & professionals
assessment & development

Funktiemediair
a Randstad company

T 020 - 504 20 20
funktiemediair.nl



INTERIM, ACADEMIE,
WERVEN EN SELECTIE

VERBINDT KENNIS IN DE ZORG

www.deveghte.nl T 020 462 66 99



Strategie met resultaat
Mensen: de sleutel voor succes

Werving en selectie
Executive werving en selectie
Business coaching en teamontwikkeling
Talent management

www.mercuriurval.nl **Mercuri Urval**



WERVEN SELECTIE ADVIES

Als geen ander thuis in de zorg

www.riekenoomen.nl
Utrecht: 030 293 01 44
Maastricht: 043 321 96 07



Executive Search

Interim Management

Werving & Selectie

Hoogeveen • Amersfoort • Groningen

0528 - 23 54 64
www.zorgmanagementgroep.nl



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

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

**DUURZAAM
PRESTEREN**