

Special Zorg-Zwaarte-Pakketten

Inhoud:

- **Voorwoord**
- **ZZP; de theorie**
- **Praktische invulling met Zorgscorekaart**
- **De geest in het hokje**
Knelpunten bij werken met ZZP in de praktijk
- **Zorg om de zorg**
Undercover in de bejaardenzorg
- **Betere ouderenzorg:**
branche moet het nog zien
- **Redactioneel**

Voorwoord

Op 11 april jl. organiseerde het NCZ een symposium over de z.g. zorgzwaartepakketten (ZZP). Een volledig verslag van deze dag van de hand van Jan Jurriëns (bestuur NCZ) kunt u lezen via deze [link](#). Van twee van de sprekers mochten wij een bijdrage ontvangen voor deze nieuwsbrief: Drs. Ria van Haren sprak over "ZZP, de theorie" en Vincent Arentz en Marcel Halff, van Care Visual, over "Praktische ervaringen en de invoering van de Zorgscorekaart bij zorginstellingen en de betrokkenheid van cliëntenraden daarbij".

Het blijkt dat veel cliëntenraden van het systeem van het werken met ZZP weinig of onvoldoende op de hoogte zijn. Kennis van zaken rond het thema ZZP is voor cliëntenraden uitermate relevant. Zo kan een cliëntenraad beter bekijken waarop cliënten feitelijk recht hebben. Verder is er weinig kennis omtrent de mogelijkheden van de wettelijk geregelde

inspraakmogelijkheden rond het zorg(leef)plan van de cliënt.

Ook de overige artikelen in deze special zijn gericht op ZZP. Zelf ben ik op zoek gegaan naar knelpunten bij het werken met ZZP. Van de hand van Petra Teunissen-Nijssse vindt u een boekbespreking van het recent verschenen boek van Ivo van Woerden "Undercover in de bejaardenzorg" en Harriët Messing schrijft over hoe er in de branche zoal gedacht wordt over het werken met ZZP.

Sjon Onnekink.

ZZP; de theorie

De kern van de zorgzwaartefinanciering is dat niet meer de plaats maar de zorgzwaarte voor een cliënt in een verpleeg- of verzorgingshuis wordt bekostigd. De zorgzwaarte wordt geïndiceerd door het CIZ. Deze nieuwe wijze van bekostiging is onderdeel van de modernisering van de AWBZ, die als doel het centraal stellen van de cliënt heeft. Voor de presentatie van 11 april is ingezoomd op cliënten die zijn opgenomen in een verpleeg- of verzorgingshuis, dus het intramurale deel van de AWBZ. Voor het indelen van de zorgzwaarte zijn voor elke sector zorgzwaartepakketten (ZZP-en) ontwikkeld. Voor de sector verpleging en verzorging zijn er 10 ZZP-en met een opklimmend aantal uren voor zorg en (indien van toepassing) behandeling.

In de omschrijving van een zorgzwaartepakket staat voor welke cliëntengroep het pakket is bedoeld, het aantal uren zorg en behandeling wat daarbij hoort en de kenmerken voor het verblijven (wonen) waaraan desbetreffende organisatie moet voldoen bij het verstrekken van dat ZZP. Ieder ZZP is opgebouwd uit een combinatie van de functies persoonlijke verzorging, begeleiding, verpleging en indien van

toepassing behandeling. De functie huishoudelijke verzorging zit in het onderdeel verblijf.

Voor de zorgzwaartefinanciering gelden een aantal spelregels:

- Het vastgestelde ZP wordt vergoed
- Teveel geleverde zorg wordt niet betaald; overigens wordt er ook van uitgegaan dat er niet te weinig wordt geleverd
- Het is verplicht voor en met iedere cliënt een zorgplan op te stellen waarin wordt vastgelegd welke zorg is afgesproken met de cliënt

Deze nieuwe financiering heeft veel gevolgen voor de wijze waarop de organisatie de zorg aan cliënten opzet en invult. Van organisaties kan niet verwacht worden dat ze gelijk in de pas lopen met de nieuwe opzet. Ze moeten zich echter wel realiseren wat de verschillen voor hun betekenen en hoe ze naar de nieuwe situatie kunnen toegroeien. Daarvoor moeten veel beleidsvragen worden beantwoord. Deze vragen bevinden zich niet alleen op het gebied van de zorg en behandeling, maar ook op dat van het wonen in een instelling. Voor de kosten die hiermee gemoeid zijn, wordt per ZP een vast bedrag per dag vergoed. Hieruit moeten kosten op het gebied van maaltijden, schoonmaak, receptie, activiteiten, geestelijke verzorging, etc. worden vergoed. Beslist geen sinecure aangezien het bedrag dat voor 2011 is vastgesteld op 32,69 euro per cliënt per dag! Bij het opstellen van het beleid inzake de nieuwe financiering speelt de cliëntenraad gezien haar bevoegdheden op diverse terreinen een belangrijke rol. Een beknopte versie naar de PowerPoint presentatie Van Ria vindt u hier: [presentatie ZP](#)

Ria van Haren, Isfet

De praktische invulling van ZP met de Zorgscorekaart

Tijdens de CR-bijeenkomst van 11 april werd door van het bedrijf Care Visual een boeiende presentatie gegeven over de Zorgscorekaart. Dit is een praktische ICT-oplossing die met en voor verzorgenden en teamleiders en is ontwikkeld om het werken met zorgzwaartepakketten hanteerbaar te maken.

De 'geboorte' bij Stichting Eckmunde (Egmond aan Zee)

De Zorgscorekaart is in 2008 'geboren' bij de Stichting Eckmunde in Egmond aan Zee. Daar had de organisatie een grote behoefte om de enorme

werkdruk, de financiële problemen en de lage kwaliteit van zorglevering snel weer op de rails te krijgen. Daarbij werd ook direct naar de op handen zijnde invoering van de zorgzwaartebekostiging gekeken, omdat de verwachting was dat dit grote effecten op de organisatie kon hebben.

De experts van Care Visual werden ingeschakeld om samen met het zorgpersoneel het werkproces te analyseren en de bronoorzaken van de problemen te identificeren. De belangrijkste knelpunten waren:

- Te veel schakels in het werkproces waardoor fouten ontstonden en bureaucratie was ontstaan
- Geen goede informatie om cliënten de juiste zorg te leveren en goed te informeren over ZP
- Geen zicht op de financiële en personele effecten (formatie) van de levering van zorg
- Onduidelijkheid of de indicatie wel aansloot bij het actuele cliëntbeeld

Samenvattend: de medewerkers ontbrak het aan 'knoppen' om het eigen werk beter te organiseren en daarmee betere zorg te leveren.

De juiste informatie in één overzicht

Vervolgens is Care Visual aan de slag gegaan met als centrale vraag aan de organisatie: *"welke informatie is wanneer nodig en in wat voor een vorm, zodanig dat iedereen meteen begrijpt wat de bedoeling is en de juiste zorg in 1 keer goed wordt geleverd"*.

Samen met medewerkers en management is de Zorgscorekaart ontwikkeld als antwoord op de knelpunten. De cliëntkaarten zijn sterk visueel en goed te begrijpen, niet alleen voor de medewerkers maar ook voor cliënten en hun familie.



Door het verkregen inzicht konden snel maatregelen worden genomen om weer balans te krijgen in de zorg, de werkbelasting en het budget.

Het doorvoeren van verbeteringen wordt ondersteund door opleiding, training en coaching. Communicatie met o.a. cliëntenraden en familie is een belangrijk onderdeel tijdens het verbeteringstraject. Het doel is om verliezen in de processen te elimineren (wachten, zoeken, fouten corrigeren etc.) waardoor betere zorg wordt geleverd.

Ervaringen

Anno 2011 wordt de Zorgscorekaart toegepast bij zo'n 10 zorginstellingen (V&V en GGZ) en zijn er cliëntkaarten van circa 5.000 cliënten beschikbaar. Enkele ervaringen werden met de aanwezigen gedeeld. Voor cliënten en cliëntenraden zijn belangrijke aandachtspunten:

- Het besef ontstaat dat de zorglevering is begrensd
- 10-15% van indicaties zijn onjuist! Dit kan een locatie tot € 100.000 op jaarbasis schelen door te lage inkomsten en (daardoor) een niet passende formatie
- Betere bejegening door zorgpersoneel omdat er meer rust in de organisatie is
- Onjuiste indicaties veel sneller in beeld zodat sneller kan worden bijgestuurd
- Inzicht in de verhouding budget voor zorg versus budget voor 'overhead' ("waar gaat het geld nu eigenlijk heen")
- Het is een zeer goed communicatiemiddel: begrip 'ZZP' nu concreet en begrijpelijk
- Verwachtingen vanaf intake helder over te ontvangen zorg
- Familieparticipatie of inkoop extra zorg beter bespreekbaar

Voor al het onderwerp 'transparantie door bestuurders' leidde tot de nodige discussies! Al met al kon worden gesproken van een levendige en tot de verbeelding sprekende presentatie. Jammer dat er geen bestuurders waren om dit te ervaren.....

Meer weten?

Informatie over de Zorgscorekaart aanpak is te vinden op de website www.zorgscorekaart.nl. Om bij de tijdens de CR-dag uitgedeelde informatie te komen, kunt u op deze [link](#) klikken.

Voor een vrijblijvende presentatie kunt u contact opnemen met Vincent Arentz: v.arentz@carevisual.nl of bel: 06-21 24 35 76.

De geest in het hokje

Knelpunten bij werken met ZZP in de praktijk

Met veel elan werd in 2009 het zorgzwaartepakket geïntroduceerd (ZZP). Wat is dat en (hoe) werkt dit in de praktijk? Als iemand is aangewezen op behandeling in een zorginstelling moet uiteraard worden vastgesteld welke zorg nodig is en hoeveel (tijds)investering dit van de zorginstelling vergt. Feitelijk is het ZZP een bepaalde schaal waarop bepaalde zorgvragen worden beoordeeld.

Als bijvoorbeeld een zorgaanvrager lijdt aan alzheimer en hierbij nog suikerziekte heeft zou deze persoon zo ongeveer op schaal 6 van ZZP-ouderenzorg worden geïndexeerd. In dit systeem (zorgzwaartebekostiging genoemd) krijgen instellingen geen geld voor de beschikbare capaciteit, maar voor de geleverde zorg per cliënt. Het zorgzwaartepakket beschrijft het aantal uren en het soort zorg dat de cliënt nodig heeft in een zorginstelling. Het pakket kan verzorging, verpleging, begeleiding, woonfaciliteiten, dagbesteding en eventueel aanvullende diensten omvatten.

Waarom ZZP?

Als reden voor het invoeren van de ZZP wordt aangevoerd dat de budgetten voor zorg en ondersteuning beter verdeeld kunnen worden onder de instellingen die deze verlenen. Verder is bij wetgeving vastgelegd dat na vaststelling van het ZZP een verplicht zorgplan opgesteld moet worden. Dit zou het makkelijker maken voor een cliënt om afspraken te maken over de zorg die hij of zij krijgt. Tot slot "vereenvoudigt het systeem van zorgzwaartebekostiging de zorgketen."

Betere verdeling van budgetten onder zorginstellingen lijkt mij redelijk. Als bij de ene instelling lege kamers zijn en bij de ander een wachtlijst is dit een verkeerde omgang met zorgcapaciteit. Verder lijkt het geen gek idee om voor een zorgaanvrager eerst een globale indicatie te stellen, die na verloop van tijd middels een zorgplan bijgesteld kan worden. Hierbij wordt een termijn van zes weken genoemd. Vereenvoudiging van de zorgketen klinkt ook goed.

En nu de praktijk

In de praktijk echter hoor ik andere geluiden. Eenmaal geïndexeerd in een bepaalde ZP classificatie blijkt hier niet meer aan te tornen. Zorgbegeleiders en unit-managers moeten hemel en aarde bewegen om mevrouw x van ZP 6 naar 7 te krijgen als dat nodig blijkt. Inderdaad een vereenvoudiging van de zorgketen, maar bij mij komt het over als hokjesgeest.

Een instelling zal uiteraard een zorgvuldig zorgplan opstellen. Van de beoogde inspraak van cliënten of hun vertegenwoordigers komt in de praktijk echter maar al te vaak weinig terecht, hetzij uit onwetendheid dat die optie er is, hetzij uit angst om lastig gevonden te worden.

Hoe moet het dan wel?

Er zijn dus m.i. twee belangrijke bezwaren aan te voeren tegen het systeem van de ZP. Op zich is het systeem van zorgzwaartepakketten niet direct verkeerd. We zullen het er bovendien voorlopig mee moeten doen, maar het is te statisch. Als een instelling uit observatie met omklading van redenen een verzoek indient voor een herindexering moet dit niet zo ingewikkeld gemaakt worden. Bij twijfel lijkt het mij niet bijzonder ingewikkeld om hier een systeem van second opinion of een andere vorm van controle op te zetten. Een beetje vertrouwen in zorgmanagers lijkt mij ook niet verkeerd.

Het tweede punt is die van de mondigheid van de cliënt die zich kan uiten in het meedenken over het zorgplan. Deze, hun vertegenwoordigers of derden (zoals vrijwilligers) moeten beter voorgelicht worden omtrent hun mondigheid en keuzemogelijkheden. Op de informatiesite van de rijksoverheid staat over het op te stellen zorgplan na een intake in een zorginstelling het volgende:

U (of uw vertegenwoordiger) en uw zorgverlener bepalen samen hoe de uren zorg en ondersteuning uit uw zorgzwaartepakket verdeeld worden. U legt dit vast in een zorgplan, waarin duidelijk is omschreven welke zorg u krijgt, wanneer en met welk doel. U doet dit binnen 6 weken nadat u als cliënt bij een instelling binnenkomt. Tijdens uw verblijf in de instelling kunt u uw zorgplan in overleg anders invullen.

De wet bepaalt dus dat de zorgaanvrager in goed overleg met de zorgverlener veel zeggenschap heeft over zijn of haar eigen zorgplan, (aanstaande) cliënten moeten beter voorgelicht worden over deze optie.

Praktijkvoorbeelden

Hoe moeilijk het is om een eenmaal door het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) geïndiceerde ZP-client omhoog te indiceren blijkt wel uit het volgende voorbeeld:

*Op 11 november (2010) oordeelde de rechter in Den Bosch in een zaak van een vrouw met dementie. De vrouw werd geïndiceerd op zorgzwaartepakket: zzp 5. Het aantal uren zorg dat bij zzp 5 hoort, was volgens de vrouw en haar zorginstelling BrabantZorg niet voldoende om haar goed te verzorgen. Het CIZ vond echter dat de vrouw het beste paste in het cliëntprofiel van zzp 5. De cliënt bracht, met steun van BrabantZorg, de zaak voor de rechter. Deze stelde de cliënt in het gelijk. 'Daarmee onderschrijft de rechter dat de individuele zorgvraag en de zorgbehoefte van de cliënt het uitgangspunt moeten zijn voor de indicatie. Indicatiestelling op basis van cliëntprofielen in de zzp is in strijd met de zorg-op-maat gedachte en individuele zorgzwaarte-bekostiging.'*¹

Ook het andere knelpunt m.b.t. de praktijk, de inspraak van de cliënt voor wat betreft het zorgplan, blijkt in de praktijk weinig of niet te werken. Veel bewoners blijken uit onderzoek niet eens te weten dat ze zelf kunnen kiezen. In het ene tehuis hebben bewoners bovendien veel meer keus dan in het andere. Verder blijkt dat:

*"...cliënten en familie bij het kiezen van een zorgaanbieder vooraf niet vergelijken wat ze precies voor het zorgzwaartepakket kunnen krijgen. Veel cliënten weten niet eens in welk zorgzwaartepakket zij geïndiceerd zijn. "Wat een zorgzwaartepakket is? "Ja dat weet ik wel, de zorg is hier erg zwaar" (cliënt). Familieleden zijn vaker op de hoogte, maar zij weten vaak niet hoe zij het zorgzwaartepakket kunnen betrekken bij de invulling van het zorg(leef)plan. "Ik weet niet waar we recht op hebben en wat ik mag verwachten" (ouder). Ook de zorgaanbieders blijken vaak nog te zoeken naar een manier om dit met de cliënten te bespreken en hen meer regie te geven."*²

Verder blijkt dat:

¹ 'Niet zzp, maar zorgbehoefte moet basis voor indicatie zijn', Carolien Stam, 10-12 2010.

² "Zorgzwaartepakketten geven cliënten niet meer regie", Platvorm VG, 1-4-2011.

“...bewoners het moeilijk te vinden om hun wensen kenbaar te maken. Ze voelen zich afhankelijk van het personeel en houden daarom het liefst hun mond. De ondervraagden geven aan vooral meer privacy te willen, meer persoonlijke aandacht als ze die nodig hebben, en meer keuze in de manier waarop ze de dag doorbrengen.”³

Conclusie

1. In zorginstellingen werkt men op dit moment met het systeem van ZP. De pre-indicatie moet echter door het CIZ minder statisch worden gehanteerd. Er moet soepeler worden omgesprongen met bijstellingen van de zorgindicatie.
2. Cliënten en aanstaande hulpaanvragers moeten beter voorgelicht worden over de mogelijkheden van zeggenschap over hun eigen zorgplan.

Sjon Onnekink.

Bronnen:

www.rijksoverheid.nl; Zorgvisie magazine 1 april 2011; ANP; MEE Veluwe.

Zorg om de zorg

Undercover in de ouderenzorg

Dat ‘het rommelt in de zorg’ staat voor veel mensen als een paal boven water. Er komen steeds meer ouderen die hulp nodig hebben. Steeds minder jongeren willen in de zorg werken. Hoe gaat het er echt aan toe in de ouderenzorg en hoe komt dat?

Om die vragen te beantwoorden onderzocht **HP/De Tijd** journalist Ivo van Woerden de ouderenzorg van binnenuit. Hij wilde met open vizier de instellingen bezoeken, maar kreeg nul op rekest. Daarom werkte hij ‘undercover’ in zijn oude beroep als verpleegkundige in diverse Rotterdamse verzorgingshuizen. Hij publiceerde zijn ervaringen in: *Undercover in de bejaardenzorg. Dagboek van een bejaardenbroeder.*



Tehuisbewoner’, zo heten de circa 1.580.000 ouderen in verzorgings- en verpleegtehuizen. Het zijn grotendeels alleenstaande vrouwen van 70 jaar of ouder. Door hun afnemende gezondheid kunnen ze niet meer thuis blijven wonen. Velen zijn dement. Zij brengen hun dagen grotendeels door tussen de vier muren van hun tehuis. ‘Undercover in de ouderenzorg’ toont de praktijk van alledag in deze tehuizen. Het overheersende beeld van de personeelstaken: wassen, begeleiden van toiletbezoek, eten geven en medicijnen toedienen. Voor écht contact met de bewoners is weinig tijd. En dat is ook de voornaamste klacht van het personeel. In de twee maanden dat Ivo van Woerden undercover werkte, haakten minstens twee collega’s van hem af.

Ivo laat niet alleen zien waar het fout gaat in de ouderenzorg. Hij uit vooral zijn verbazing over de grote verschillen. Waarom loopt de ene afdeling wel op rolletjes en de andere niet? Een goed voorbeeld is het veelgeroemde ‘kleinschalig wonen’. De overheid investeert veel in deze huiselijke zorg voor kleine groepen. Ivo geeft een ontluisterend beeld van zo’n project in Rotterdam: “Ik heb vandaag iets te vaak ‘komt goed’ gehoord. Was dit het revolutionaire kleinschalig wonen? Het was niet rustig en gemoedelijk, we hebben niet samen gekookt of gewassen, en in feite had ik nog minder tijd en aandacht per bewoner dan in de instellingen waar nog niet kleinschalig wordt verzorgd”. Hij laat ook

³ ANP

zien hoe het wél kan in 'De Herbergier'. Daar zijn twee keer zoveel zorguren per bewoner als in de reguliere zorg en die zorg kost een kwart minder.

De oplossing lijkt te liggen bij het personeel. Er is te weinig menskracht, maar er is vooral te weinig vást personeel op de werkvloer. De 'oningerulde diensten' kosten de roostermakers uren die ze liever aan patiëntenzorg besteden. Ze plannen 'vanuit onderbezetting'. Flexwerkers en uitzendkrachten zijn een dure én matige oplossing. Flexwerkers moeten telkens wennen aan de patiënten en de werkzaamheden. Ze bouwen geen routine op en zo kost basiszorg nodeloos veel tijd. Ook Ivo ging aan de slag via het interne Flex bureau van de Zorggroep Rijnmond. Hoewel hij is opgeleid als verpleegkundige, werkte hij op eigen verzoek als verzorgende. Voortdurend werd hij ingeschakeld voor de medicijnenverdeling, omdat hij daarvoor bevoegd is. Al snel werd hij gevraagd te solliciteren naar een functie als EEV'er, eerst verantwoordelijke verzorgende. Daar is ook een groot tekort aan. Hij citeert onderzoeksjournaliste Stella Braam: "Het verschil zit hem volgens mij in de eerste plaats in goed geschoold personeel. De zorgopleidingen schieten zwaar tekort. De (aspirant)verzorgende leert feitelijk niets anders dan basiszorg verlenen en heeft nog veel te weinig kennis over het ingewikkelde ziektebeeld dat bij dementie hoort." Zo is er nog weinig bekend over de gestoorde pijnbeleving bij dementiepatiënten. Bij sommigen doet iedere aanraking pijn. Wassen en verplaatsen zijn dan heel stressvol voor hen. Als je dat weet, kun je anders met deze moeilijke bewoners omgaan.

In zijn boek doet Ivo van Woerden afwisselend verslag van zijn belevenissen en van zijn eigen gevoelens bij zijn undercover werk. Hij geeft ook rekenschap van zijn (voor)oordelen en gewoontes. Dat is even sympathiek als verfrissend. Bovendien voorkomt hij door deze opzet sensatiezucht. Het boek geeft waarschijnlijk een genuanceerder beeld dan de voorpublicaties van zijn notities in *HP/De Tijd*. Het tweede deel van het boek reserveert hij namelijk voor de reacties op de voorpublicaties. Volgens het journalistieke principe van hoor en wederhoor interviewde hij onder andere van de directeur van de Zorggroep Rijnmond. En passant lees je veel over de financiering van de zorg met de zorgzwaartepakketten (ZZP), wat de voor- en nadelen van het Elektronisch Cliënten Dossier zijn en hoe de kwaliteit van de zorg wordt getoetst. Hoewel dat beslist niet de opzet is, maken deze bijlagen het boek

ook geschikt als eerste kennismaking met de ouderenzorg. Wie overweegt een partner / ouder naar een verpleegtehuis te brengen, vindt hierin aandachtspunten om een tehuis te selecteren.

Terecht is Ivo van Woerden's allereerste zin "De zorg voor ouderen gaat iedereen aan". In soms ontluisterende, soms ontroerende verhalen geeft hij voorbeelden van de betrokkenheid van de familieleden of het gebrek daaraan. Zo kweekt hij begrip. Niet alleen voor de zwaar belaste medewerkers, maar ook voor de organisatie, de familieleden en vooral voor de bewoners. Want dat kunnen we allemaal worden...

Undercover in de bejaardenzorg. Dagboek van een bejaardenbroeder, Uitgeverij Maarten Muntinga, € 9,95, ISBN 9789058315427

© Petra Teunissen-Nijse
In Orde Tekst & Advies
www.inordeteksten

Ivo van Woerden (1979) studeerde in 2007 af aan de School voor Journalistiek te Utrecht en werd daarna aangenomen bij *DAG*. In 2008 koos hij voor het freelancerbestaan en schreef sindsdien voor onder andere *Revu*, *de Volkskrant*, *AD*, *Viva*, *HP/De Tijd*, *Vrij Nederland*, *De Morgen* en *Humo*. Van Woerden is ook gediplomeerd verpleegkundige. Sinds juni 2010 werkt hij voor *HP/De Tijd*. Voor zijn undercoveronderzoek is hij genomineerd voor De Tegel 2011, een journalistieke prijs. Voor meer informatie kijk op www.ivovanwoerden.com

Het boek kunt u bestellen via onderstaande link:
[Undercover in de Ouderenzorg](#)

Betere ouderenzorg:

branche moet het nog zien

De nieuwe coalitie zet in op het verbeteren van de ouderenzorg volgens het [concept regeerakkoord](#). Voor de langdurige zorg trekt het aanstaande kabinet 750 miljoen euro uit. Ook moeten er 12.000 extra medewerkers bij. Werkgevers verenigd in [ActiZ](#) en werknemers verenigd in [V&VN](#) zijn op hoofdlijnen tevreden met het akkoord. Hoe dat extra personeel er moet komen daarover [verschillen ze van mening](#). Ik sprak over de plannen met Marco Wisse, directeur

van Expertisecentrum Naarderheem in Naarden, onderdeel van de Gooise [Vivium Zorggroep](#).

ActiZ is vooral tevreden over de keuzes voor scheiding van wonen en zorg en voor vermindering van de administratieve lasten. “Ik ben blij dat na al die jaren van tariefskortingen, politici nu tot het inzicht zijn gekomen dat kaasschaven niet ten goede komt aan de kwaliteit van de zorg,” zegt ActiZ directeur Aad Koster over het extra budget [op de eigen website](#). “Met dat geld kunnen de zorgzwaartepakketten (ZZP’s) op een ruimere manier worden ingevuld. Met meer handen aan het bed.” Volgens woordvoerder Pauline Fuhri van ActiZ [op Zorg + Welzijn](#) moet een belangrijk deel van die 750 miljoen euro worden besteed aan preventie. “Dat betekent: investeren in technologie, innovatie, en mantelzorg.”

Achterban kritischer

Het extra budget weegt niet op tegen de bezuinigingen en maatregelen die voor dit jaar zijn aangekondigd, is de reactie die je overal in het land van branchegeenoten van Wisse hoort. Meer handen aan het bed gaat het volgens hen niet opleveren. “Door dit akkoord komt er niet meer tijd per patiënt beschikbaar”, zegt Wisse. Het geld onder de streep voor elk zorgzwaartepakket blijft onder druk staan. En wat het gaat betekenen dat de uitvoering van de AWBZ naar de zorgverzekeraars gaat, en of dat meer geld per ZZP gaat opleveren, is een hele grote vraag. Even de huidige praktijk. Stel je hebt als patiënt 18 uur zorg per week in je pakket. Daar gaat dan al zoveel af door wettelijke eisen voor personele bezetting en door steeds weer nieuwe eisen van de inspectie, dat er maar 45 minuten overblijven voor de echte verzorging: verplegen, wassen, aankleden, praatje maken et cetera.”

Micromanagement overheid

Wisse: “Er wordt zoveel van bovenaf opgelegd en geregeld dat we aan ons echte werk nauwelijks meer toekomen. Ook in andere branches zijn beloftes over minder regeldruk gedaan en nooit waargemaakt. Ik moet het nog zien of Den Haag op kan houden met micromanagen. Een goed voorbeeld is ondervoeding. Een tijd geleden heeft iemand gepubliceerd dat ondervoeding een groot probleem is in verpleeghuizen. Het verhaal was totaal niet wetenschappelijk onderbouwd. Maar van de inspectie moeten we sindsdien elke maand elke bewoner wegen. Dat betekent dus dat je mensen die al heel erg in de war zijn, in een soort grote hangmat moet leggen en optakelen. Daarvan zijn ze verder de hele dag van slag. En het komt bovenop de werkdruk

die er al is. Dus gaat het ten koste van de tijd die je hebt voor persoonlijke aandacht.”



Voor elk wat wils, ook in het restaurant

Overheid stelt klant niet centraal

“Waarom ik daar zo somber over ben is omdat ze minder regeldruk beloven en dan tegelijkertijd komen met het plan voor een [wet op douchebeurten en buitenlucht](#)”, vervolgt Wisse. “De politiek bepaalt ook straks weer van bovenaf wat goed is. Wat de patiënt wil, doet er weer niet toe. Wij maken met patiënten zorgleefplannen. Daarin mogen ze zelf kiezen hoe vaak ze willen douchen en naar buiten willen. Want elke patiënt is anders. De overheid propageert dat klanten keus moeten hebben, maar beperkt vervolgens zelf die keus op microniveau. Die bemoeizucht is wat het werk zo zwaar maakt voor onze medewerkers. Bij elke nieuwe regel moeten wij van andere taken weer tijd afsnoepen. Stopwatch erbij. En dan krijg je dus toestanden zoals laatst in Amsterdam. Ik snap heel goed dat personeel daar aan de bel trekt. Dat had bij ons ook kunnen gebeuren. Alleen hebben wij hier beter kunnen uitleggen dat het management dat ook niet wil, dat er gewoon weer door maatregelen van de overheid minder geld beschikbaar is. Maar dat maakt het niet leuker voor het personeel.”

Zorgen over vinden personeel

Wisse komt uit een lange lijn van verpleegkundigen. “Mijn opa was verpleegkundige, mijn vader was verpleegkundige en ik ben ook als verpleegkundige in de zorg gestart. Ik heb dus zicht op een hele lange periode en heb het vak steeds professioneler zien worden. Als ik minister van VWS zou zijn, dan zou ik vooral heel veel aandacht hebben voor het personeel in de zorg. Vroeger was je er trots op om in de zorg te werken. Nu is het bijna zo ver dat ons personeel op feestjes maar niet meer vertelt waar het werkt. Hoe moet je dan nog 12.000 mensen extra gaan krijgen. We hebben nu al personeelstekorten door het imago

van de zorg en de werkdruk. We doen hier heel erg ons best om ook de jonge generatie te interesseren voor dit werk. Die hebben een speciale aanpak nodig, want ze hebben een hele andere kijk op leren en werken. We doen momenteel een pilotproject met een leerafdeling. Daar mogen studenten onder begeleiding van ervaren verpleegkundigen met veel eigen verantwoordelijkheid zelf een afdeling draaien. De nieuwe generatie 'screenagers' wil niet meer leren in de opzet van meester-gezel. Zij willen meteen verantwoordelijkheid en 'just-in-time learning'. Ook onderzoeken we nu al hoe deze mensen kijken naar arbeid en arbeidsvoorwaarden. Daar gaat mijn [MBA-thesis](#) over."



Bewoners VVT waarderen branche met een 8 gemiddeld

Imago

Maar alles staat en valt bij dat werk in de zorg weer gewaardeerd moet worden" vindt Wisse. Door overheid en door de maatschappij. De mensen die wij in onze branche verzorgen en verplegen waarderen ons in de laatste [benchmark](#) van Actiz met een 8. Toch is dat niet het beeld van de gemiddelde Nederlander. Het is zuur dat er in de media alleen over je gepraat wordt op het niveau van negatieve incidenten, zonder enige diepgang en achtergrond. Dat draagt ook heel erg bij aan een onterecht negatief imago. Het overgrote deel van de instellingen in Nederland doet het gewoon goed."

Plaats voor grote en kleine aanbieders

De nieuwe coalitie is tegen te grote zorgaanbieders en wil desnoods gedwongen gaan splitsen. Actiz stelt dat de aanname niet klopt dat kleinschalige zorg alleen door kleine instellingen kan worden verzorgd. De eigen [benchmark](#) toont aan dat grote instellingen die zorg ook prima kunnen leveren. Wisse is het daar mee eens. "Bij Vivium kunnen we door onze schaalgrootte inspelen op voor elk wat wils. De één wil privacy en een eigen kamer, de ander geeft de

voorkeur aan samen op een kamer of in een groep te wonen. De één wil in een omgeving waar alle lagen van de samenleving bij elkaar wonen en de ander wil omringd worden door de eigen bekende groep. Je ziet dus ook dat familie van onze bewoners eerst een rondje langs alle locaties maakt voor ze kiezen waar hun vader of moeder gaat wonen. Ze zijn blij met die keuzemogelijkheden."

Boven minimum zelf betalen

Wisse is heel duidelijk als het gaat om het toekomstperspectief van de zorg: "De politiek moet gewoon eens eerlijk en duidelijk gaan zeggen dat de tijden van Vadertje Drees echt voorbij zijn. De staat kan niet meer onze zorg van geboorte tot graf betalen. De koek is op. Ze kan door de vergrijzing straks alleen nog maar een minimum zorgkwaliteit garanderen voor iedereen. Wie zelf (spaar)geld heeft zal ook echt zelf moeten gaan betalen. Sparen voor de erfenis van de kinderen is voorbij."

© 2010 Harriët Messing

Workshop

Drs. Ria van Haren verzorgt in overleg met het NCZ op 16 mei a.s. van 19.30 tot 21.30 uur een workshop over ZP ergens in Utrecht. In deze workshop wordt een uitgebreide presentatie over ZP gegeven en zal er ruim voldoende aandacht aan uw vragen worden besteed. De kosten voor de workshop bedragen € 25,- voor leden en € 45,- voor niet-leden van het NCZ. Een uitnodiging met nadere informatie over de locatie en de inhoud van het programma volgt spoedig. Als u op de hoogte wilt worden gehouden over deze workshop dan kunt u een email sturen naar info@ncz.nl.

Cursussen

Het NCZ verzorgt ook 'op maat gesneden cursussen' eventueel op locatie over verschillende onderwerpen.

Van tevoren gaat de trainer met de cliëntenraad in gesprek waarna de cursus in overleg wordt uitgewerkt. In de cursus wordt dieper ingegaan op de vragen met betrekking tot de situatie op locatie. Ook over het onderwerp ZP kunnen wij een cursus verzorgen. Wij hanteren gereduceerde tarieven voor leden van het NCZ. Voor informatie over cursussen kunt u contact opnemen met Marika Biacsics; 0651222505

Redactioneel

Het NCZ-Bestuur wil graag nadrukkelijker contact met de Cliëntenraden om te weten te komen wat er speelt en waar zij mogelijk bij kan ondersteunen. Ook wil het Bestuur zich graag nader voorstellen aangezien er een aantal nieuwe bestuursleden hebben plaats genomen. U kunt een telefoontje of email verwachten waarin gevraagd wordt of een bezoek gewenst is. Natuurlijk kunt u ons ook zelf uitnodigen. Een dergelijk bezoek(je) kan voorafgaand, tijdens of na afloop van een vergadering van de Cliëntenraad plaatsvinden, maar kan uiteraard ook separaat. Enkele Cliëntenraden zijn reeds bezocht of benaderd.

Redactie: Drs. Sjon Onnekink
Mevr. Marika Biacsics
Mevr. Drs. Danielle Budel

Reacties op artikelen of suggesties voor onderwerpen stellen wij zeer op prijs. Deze kunt u sturen naar:



**“Uw Raad
is onze Zorg!”**

Aan informatie en adviezen in deze nieuwsbrief kunnen geen rechten worden ontleend. Het NCZ staat te allen tijde open voor suggesties ter verbetering van deze nieuwsbrief.