

Vergaderjaar 2010–2011

29 389

Vergrijzing en het integrale ouderenbeleid

Nr. 31

VERSLAG VAN EEN RONDETAfelGESPReK

Vastgesteld 17 mei 2011

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport¹ heeft op maandag 4 april 2011 gesprekken gevoerd over **intramurale ouderenzorg**.

Van deze gesprekken brengt de commissie bijgaand stenografisch verslag uit.

¹ Samenstelling:

Leden: Van der Staaij (SGP), Smeets (PvdA) voorzitter, Smilde (CDA), Koşer Kaya (D66), Van der Veen (PvdA), Van Gerven (SP), Van der Burg (VVD), Ouwehand (PvdA), Agema (PVV), Leijten (SP), Bouwmeester (PvdA), Wolbert (PvdA), Wiegman-van Meppelen Scheppink (ChristenUnie), Uitslag (CDA), Elias (VVD), ondervoorzitter, Dijkstra (D66), Dille (PVV), Gerbrands (PVV), Mulder (VVD), Venrooy-van Ark (VVD), Bruins Slot (CDA), Voortman (GroenLinks) en Klaver (GroenLinks).

Plv. leden: Dijkgraaf (SGP), Kuiken (PvdA), Omtzigt (CDA), Berndsen (D66), Klijnsma (PvdA), Ulenbelt (SP), De Liefde (VVD), Thieme (PvdD), De Mos (PVV), Kooiman (SP), Arib (PvdA), Vermeij (PvdA), Ortega-Martijn (ChristenUnie), Van Toorenburg (CDA), Lodders (VVD), Van der Ham (D66), Beertema (PVV), Bosma (PVV), Straus (VVD), Van Miltenburg (VVD), Ormel (CDA), Sap (GroenLinks) en Van Tongeren (GroenLinks).

Voorzitter: Smeets
Griffier: Teunissen

Aanwezige leden: Agema, Dijkstra, Leijten, Uitslag, Van der Staaij, Venrooy-van Ark, Voortman en Wolbert

Aanvang 10.30 uur

Blok 1

Gesprek met mensen uit de dagelijkse praktijk van de ouderenzorg:

- **Jolanda de Mooij, schrijfster van het boek «Zorg naar eer en geweten»;**
- **Ivo van Woerden, journalist van HP/De Tijd, liep undercover mee in de ouderenzorg;**
- **Hans Hoogerheide, wiezorgterstraksvoormij.nl;**
- **Anja Tijmense, meewerkend teamleider Markenhof van Atlant; (deelnemers aan het Vilans project «Een goed gesprek»)**
- **Esther Merkies, Locatiehoofd Overspaarne van SHDH;**
- **Adriaan Koenen, Herbergier Arnhem;**
- **Mirjam Drost, SVRZ.**

De **voorzitter**: Ik open het rondetafelgesprek van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Ik heet onze gasten allen van harte welkom en ik dank hun dat zij onze uitnodiging hebben geaccepteerd. We hebben in dit blok twee uur om met elkaar van gedachten te wisselen. We vragen eerst kort een statement te maken. We hebben ook op papier het een en ander gekregen, maar het is toch goed als onze gasten in een paar minuten een aantal zaken voor het voetlicht brengen dat zij van belang achten. We willen van hun ervaringen leren. We zetten de ouderenzorg centraal, voorbij de incidenten. Wat kunnen we leren van alle mensen die we vandaag spreken? In ons parlementaire werk zullen we hierin vervolgstappen zetten.

We gaan snel van start, zodat we geen tijd verliezen. Ik begin met mevrouw Drost.

Mevrouw **Drost**: Voorzitter. Ik ben Mirjam Drost, voorzitter van SVRZ, een zorgorganisatie in Zeeland. Mijn uitgangspunt om de ouderenzorg toekomstbestendig te maken is dat we naar een totaal ander zorgconcept moeten. Ik noem dat «zorg als thuis». Ik licht dit graag toe. Naar mijn idee begint goede zorg bij de vraag wat de klant belangrijk vindt. Ouderen willen eigenlijk zo normaal mogelijk door leven en contact houden met hun eigen omgeving. Ze willen alles zo doen als thuis, veilig en vertrouwd, en hun systeem behouden zoals ze dat tot op dat moment hadden.

Wat doen wij, de zorgorganisaties? Wij nemen ouderen op in grote instituten en vervolgens nemen wij hun allerlei activiteiten af die ze tot op dat moment nog konden doen. Dan hebben ze dus niets meer te doen en verleren ze ontzettend snel hun vaardigheden. Vervolgens zetten we er een activiteitenbegeleider op die dingen gaat doen met de ouderen die ze nog nooit hebben gedaan in hun leven, zoals macrameeën of iets dergelijks. Dat kost allemaal geld.

Wij hebben ervaren dat ouderen er enorm van opknappen als we op een andere manier met hen omgaan. Ze blijven langer actief en hebben meer kwaliteit van leven. Wij vinden dat we zorg moeten verlenen die aansluit bij wat de ouderen tot op dat moment thuis hebben gedaan. Iedereen, ook de politiek, realiseert zich dat die grootschalige instituten niet meer van deze tijd zijn. Mensen raken vervreemd in een grote groep; er komen vreemde signalen. De trend is dus kleinschaligheid. Onder kleinscha-

ligheid verstaat men heel vaak het opdelen van ruimtes in kleinere ruimtes, maar daarmee ben je er absoluut nog niet. Het gaat om een ander zorgconcept. In de traditionele zorg hebben wij te maken met allerlei deeltaken, taakdifferentiaties en specialismen. Op een afdeling komen «tig» mensen langs, die de bewoners nauwelijks kennen. In het verhaal van een van de sprekers hier heb ik gelezen dat men dan op de etikettes moet kijken om wie het gaat, zodat diegene de goede medicijnen krijgt. Taakdifferentiatie werkt in standaard situaties. Dat is prima; we hebben daar veel profijt van gehad in het verleden. Mensen zijn echter niet standaard, maar uniek; daarom werkt het voor geen meter. SVRZ heeft een jaar of tien geleden besloten dat het echt anders moet. Onze dementerenden wonen in groepswooningen. We hebben 1 400 verpleeghuiscliënten van wie 60% nu al woont in woningen in de dorpen en in de wijken. We zijn nog niet klaar; het worden er nog meer. Wij hebben ook een aantal locaties, expertisecentra, waar we ons bezighouden met reactivering. Dat is echter een andere activiteit. De ouderen maken deel uit van de gemeenschap en horen erbij.

Essentieel in dit verhaal is dat een groepswooning de verantwoordelijkheid is van een klein, vast team. Een team is integraal verantwoordelijk voor het leven van de bewoners. De leden van het team zijn betrokken; ze kennen de bewoners en de bewoners kennen hen. Ze zien dus ook dat een bewoner zich ineens anders gedraagt; dat geeft onmiddellijk signalen. Ze hebben een gezamenlijke huiskamer, ze koken samen en ze wassen samen. Ze regelen gewoon hun huishouden samen. De bewoners helpen daarin mee met hun dagindeling. Dat scheelt heel veel geld. We hebben geen productiekeukens meer; we hebben geen linnenkamers meer. Dat geld kan allemaal naar de zorg. Familie en kennissen maken deel uit van zo'n groep. Je kunt je gemakkelijker binden aan zes bewoners. Als je er regelmatig komt, heb je er iets mee. Dat werkt niet zo met vijftien of dertig bewoners. Dat is een andere situatie.

In een dergelijk concept is het belangrijk dat medewerkers ontzettend goed worden geschoold als team. Het team moet zich verantwoordelijk voelen, is betrokken en moet ook expertise hebben. Deskundigheid en coaching zijn heel belangrijk. We gebruiken het potentieel van de medewerkers.

Er is veel kritiek op grote organisaties. Onze organisatie is middelgroot. Als een grote organisatie uitgaat van het principe «klein binnen groot», werkt dat juist heel goed. Er is veel expertise en er kan worden geïnvesteerd in ICT. Wij hebben bijvoorbeeld heel veel gedaan om onze medewerkers te ontlasten. Ook scholing kan goed worden geregeld. Het is echter belangrijk dat een organisatie alleen maar doet wat nodig is om mensen deskundiger te maken.

Ons concept staat voor een platte organisatie met weinig managementlagen. SVRZ heeft twee directieleden, straks nog maar één. Er zijn acht locatiemanagers en teamleiders die de medewerkers coachen. Medewerkers moeten dus zelf een hoog probleemoplossend vermogen hebben.

Ik vind dat de huidige regelingen in het kader van de AWBZ echt belemmerend zijn voor vernieuwingen. Dat geldt onder andere voor de schotten en voor de tijd- en geldverslindende audits die we moeten doen, terwijl die allemaal niks voorstellen. Het zorgcontract heeft ook weer andere regels. Het kost allemaal kapitalen. Ik zal een voorbeeld geven van een audit. Wij hebben geen toilettenrondes in onze locaties, want mensen gaan naar het toilet als het nodig is. Dat lijkt me normaal, namelijk net als thuis. Wij moesten een formulier maken waarop stond dat wij geen toilettenrondes hebben. Dan voldoe je namelijk aan zo'n audit. Ik vertel dit om aan te geven hoe waanzinnig bureaucratisch dit soort zaken zijn. Ik zie verbaasde blikken: ik snap dat, want ik was ook verbaasd.

Ik ben ervan overtuigd dat het absoluut anders moet en dat we een ander zorgconcept moeten hebben. Men denkt misschien dat er marktwerking

is, maar die is er op dit moment niet. Stel dat wij met ons concept naar een andere gemeente willen, waar men werkt met traditionele verpleeghuizen. De gemeente wil het en wij hebben het geld ervoor en willen het doen. We nemen zelfs het risico. Desnoods bouwen we naast het verpleeghuis, omdat we dan nog steeds zeker weten dat er klanten komen. Toch kan het niet, want er is een budget van 175 mln. beschikbaar voor nieuwe toelating, dat verdeeld moet worden over het land. Zelfs als we er klanten voor hebben, krijgen we het dus niet gefinancierd. Dat is heel vreemd. Er zijn nog veel meer schotten, maar ik hoop daarover later nog wat meer te kunnen zeggen.

De **voorzitter**: Dank u wel. Ik geef het woord aan de heer Hoogerheide.

De heer **Hoogerheide**: Voorzitter. Mijn naam is Hans Hoogerheide, van het project «Wie zorgt er straks voor mij?». Toen ik in 1979 als hoofd personele organisatie de ouderenzorg binnenkwam, trof ik patiënten en bewoners aan, alleen of met meerderen, in kamers die uitkwamen op lange gangen. Deze setting nodigt uit tot lopendebandzorg. Men kan dit alleen voorkomen door tegendruk te geven, maar deze tegendruk is er door de jaren heen nooit voldoende geweest. Lopendebandzorg hebben we altijd gehad, maar stopwatchzorg niet. Deze laatste is een nieuwe, eigentijdse, bedrijfsmatige variant.

Gelukkig is er ook altijd een onderstroom geweest. In 1985 heb ik samen met Hyacint den Boogert vier artikelen geschreven, onder de titel: «De bewoner beslist», een voortijdige roep om meer zeggenschap voor bewoners van verzorgingstehuizen. Anderen hebben gepleit en pleiten nog steeds voor belevingsgerichte zorg, voor menslievende zorg, voor bewarende zorg en voor presentieverrijkte zorg. In de kern gaat het steeds om liefdevolle en waardige zorg, die met respect, aandacht en betrokkenheid wordt gegeven aan uiterst kwetsbare mensen. Dat moeten we ons steeds realiseren. Het gaat om zorg zoals zorg is bedoeld, zorg waar bewoners en zorgverleners gelukkig van worden. Ik vind het jammer dat de belangrijke vertegenwoordigers van deze onderstroom, zoals Cora van der Kooij, Annelies van Heyst, Madeleine Timmermans, Anne Goossensen of Jan Jukema, niet zijn uitgenodigd. Ik geef de commissie graag in overweging alsnog een keer met hen te praten.

Een belangrijk verschil tussen 1979 en nu is dat destijds één zuster alle zorg verleende, terwijl nu meerdere zorgverleners elk een deelproduct leveren. Bewoners die lang in het verpleeghuis wonen – die zijn er – hebben in de loop der tijd steeds meer zorgverleners en vreemde gezichten aan hun bed zien verschijnen. Een ander belangrijk verschil is dat er nu minder mensen beschikbaar zijn voor de directe zorgverlening dan vroeger, terwijl de cliënten meer zorg nodig hebben. Verzorgers die twintig of dertig jaar in de ouderenzorg werken, kunnen vertellen dat er vroeger zeven of acht mensen werkten op een afdeling met dertig verpleeghuisbewoners, maar nu vijf of zes, terwijl men struikelt over de rolstoelen.

Het antwoord op hun noodkreten is niet de boodschap dat het beschikbare budget elk jaar groeit, hoewel de staatssecretaris die laatst ook nog afgaf. Dat is een dooddoener en daarmee is het probleem niet opgelost. Zo staan mensen in de kou. Het antwoord moet zijn: we gaan tot op de bodem uitzoeken hoe dit kan.

Daarmee zijn we aanbeland bij een van de twee zaken waaraan ik me zeer stoor. Allereerst doel ik op het weglekken van geld dat is bestemd voor directe zorgverlening, voor de zeer noodzakelijke scholing en vorming van zorgverleners. Het komt voor dat er advies wordt gevraagd aan de cliëntenraad over inkrimping van de nachtdiensten, terwijl er binnen dezelfde organisatie duurbetaalde interim-managers rondlopen. Er vloeit geld weg naar fusies, naar nieuwe logo's en folders, naar reorganisaties

en afvloeiingsregelingen, naar marketingafdelingen en zo kan ik nog wel even doorgaan. Wanneer wordt daaraan een eind gemaakt? Ten tweede stoor ik me aan het toezicht. We hebben dit neergelegd bij een ziekenhuisinspectie die tot taak heeft toezicht te houden op gezondheidsrisico's. In verpleeg- en verzorgingshuizen moet er echter niet alleen toezicht zijn op valincidenten, medicijnfouten, gewichtsverlies en doorligwonden. Het gaat om de kwaliteit van leven. Hoe lang moet je wachten voordat je naar het toilet kunt? Hoe snel staat er een zorgverlener aan je bed als je hebt gebeld? Hoe liefdevol word je bejegend? De IGZ laat zich daar tot nu toe weinig aan gelegen liggen. Ze doet helemaal niets met de uitkomst van tevredenheidsonderzoeken onder de cliënten en ze verkeert in de veronderstelling dat een actueel zorgleefplan garant staat voor goede zorg. Geef ons alstublieft een eigen inspectie, met een eigen taakstelling, die slecht presterende verpleeghuizen actief opspoor, van binnenuit doorlicht en vervolgens handelend optreedt. Een oud-collega van mij, Marinus van den Berg, verpleeghuispastor en publicist, stelde in 2008 in een ingezonden brief in Trouw: «Er zijn geen goede verpleeg- en verzorgingshuizen, maar er zijn wel veel verpleeg- en verzorgingshuizen waar veel goede dingen gebeuren. Die goede dingen moeten we zien, blijven zien en blijven benoemen, maar die mogen nooit een excuus zijn om fouten en tekortkomingen te bagatelliseren. Gezagsdragers doen dat maar al te veel. Wees u bewust dat we op dit moment met de ouderenzorg langs de rand lopen. In elk verpleeghuis in Nederland kan de zorg op elk moment door de bodem zakken, de verpleeghuizen in de Randstad voorop. Er valt nog heel veel te verbeteren.»

De **voorzitter**: Dank u wel. Ik geef het woord aan de heer Koenen.

De heer **Koenen**: Voorzitter. Ik ben Adriaan Koenen, van de Herbergier in Arnhem. Ik werk vanaf 1972 in de zorg en ik heb altijd geprobeerd te bedenken: wat zou ik willen als ik zelf zorg nodig heb? Op een gegeven moment kwam ik in de ouderenzorg terecht. Ik bedacht me: als ik dement word, betekent dit dat ik word opgesloten en niet meer in de kroeg kom op vrijdagmiddag. Dat is verboden en er is geen tijd voor. Als ik mazzel heb, is er een borrelavond en krijg ik een pilsje, maar als ik lastig ben, krijg ik helemaal geen pilsje. Ik dacht: dat moet anders. Toen kreeg ik de gelegenheid om samen met Hans van Putten de Herbergier op te zetten, met een andere manier van werken. Het uitgangspunt is niet kleinschaligheid of grootschaligheid, maar het leven van de mens. Hierbij komt dat de mens serieus wordt genomen. Op het moment dat men de diagnose dementie krijgt, wil dat niet zeggen dat men niets meer heeft in te brengen. Dat betekent dat we mensen soms voor een gedeelte nog heel serieus kunnen nemen. Voor het andere gedeelte is het niet zo dat zorgverleners zeggen: breng uw vader of moeder maar bij mij, want ik weet wat goed is voor hen. Nee, dat wordt gevraagd aan de familie. In mijn ervaring zeiden zorgverleners altijd: vader of moeder is veranderd, dus weten wij het beter; wij hebben er verstand van. Wij hebben dus bedacht om het begrip dienstbaarheid terug te brengen. Met dienstbaarheid bedoel ik niet ondergeschiktheid, maar dienstbaarheid wil zeggen dat men zijn deskundigheid ter beschikking stelt aan anderen, onze gasten of hun familie. We sluiten dus contracten af met familie en onze gasten. Zij hebben een pgb en mogen zeggen hoe ze hun leven willen indelen. Het geld dat zij te besteden hebben, vullen wij op die manier in. Binnen het maatschappelijk betamelijke – daar is de politiek voor – leveren wij alles. Dat betekent ook dat wij risico's niet uit de weg gaan. Mijn buurman had het over de Inspectie. De Inspectie is bij ons op bezoek geweest en ik ben het helemaal met hem eens: ze snappen er geen bal van. De inspecteurs komen bij ons binnen en een inspecteur zegt: als mijn moeder dement wordt, wil ik dat ze bij u woont. Vervolgens doen ze de inspectie en wordt alles afgekeurd. Er staat van alles in de

keukenkastjes, net als bij de mensen thuis. Dat mag echter niet, want dat is gevaarlijk voor demente mensen. Het balkon is te laag, mensen kunnen zelf de deuren opendoen, enzovoorts. Het leven wordt gewoon afgepakt. Ik doe daar niet meer aan mee. Als de politiek bedenkt dat er meer regels moeten komen, doe ik niet meer mee. Als er minder regels komen, doe ik mee. Ik vind het onbetamelijk hoe er met mensen in een verpleeghuis wordt omgegaan. Als de politiek bereid is om dat in stand te houden, zeg ik: gefeliciteerd, dan zit hier nu een «randgroepverlener». Ik doe er niet aan mee. Waarom niet? Mensen hebben gewoon recht op leven. Daarbij horen risico's. Die risico's kunnen worden ingeschat door anderen. De politiek kan het heel gemakkelijk maken. Ze zoekt heel veel geld. Als mensen de diagnose dementie krijgen, wordt gezegd dat het ongeneeslijk is en dat het alleen maar erger wordt. Schaf de behandelaars van die mensen af en ga over op het leven! Dat is vrij simpel. Waarom zijn behandelaars nodig als mensen ongeneeslijk ziek zijn? Ze zijn alleen nodig als mensen verder ook nog ziek zijn, maar ze zijn niet nodig voor het proces van dementie. Hetzelfde geldt voor de andere verpleeghuisbewoners. Als mensen die in het verpleeghuis wonen, zijn uitgevalideerd, draait het toch om het leven? Het draait toch niet om een behandeling? Dat is wat ik wil. De rest van mijn verhaal staat in mijn paper.

De **voorzitter**: De heer Lensen is er nog niet. Hebben we een bericht van verhindering ontvangen?

Mevrouw **Leijten** (SP): Er is wel een bericht van verhindering gestuurd. Zijn werkgever, met wie hij slechte ervaringen heeft, heeft hem een dwangsom opgelegd waardoor hij hier niet kan spreken.

De **voorzitter**: Dat was mij nog niet ter ore gekomen. Ik geef het woord aan mevrouw Merkies.

Mevrouw **Merkies**: Voorzitter. Hartelijk dank voor de uitnodiging. Ik ben Esther Merkies en ik werk bij SHDH in Haarlem. Ik ben directeur van locatie Overspaarne. Ik begrijp dat ik hier aanwezig ben om een positief voorbeeld te geven van de ouderenzorg. Het is erg leuk om op basis daarvan hier te zijn. Dat betekent ook dat ik hier zit namens de medewerkers en de bewoners van Overspaarne, die samen erg goed vorm en inhoud geven aan de zorg. Ik heb geprobeerd in mijn bijdrage vooral het plezier aan te geven waarmee wij werken. Ik ben een van degenen die hoofd is van een locatie in de Randstad. Ik hoorde net dat die locaties op het randje staan. Dat is ongetwijfeld gemeend en prikkelend bedoeld. Hoewel ik niet positief ben over alle zaken, ben ik wel positief over de manier waarop wij inhoud geven aan zorg. Ik wil vooral het plezier en het lef waarmee wij inhoud geven hier laten horen. Ik wil eigenlijk niet over problemen praten of over de ernst van de ziekte. Ik realiseer me dat de mensen die in Overspaarne wonen, zijn gediagnosticeerd met een vorm van dementie. Dat is niet iets om over te juichen, maar de mens is meer dan zijn ziekteproces. Het gaat ook niet over wij en zij, wij de verzorgers en zij de cliënten, maar het gaat over een groep mensen aan wie verzorgers ondersteuning bieden, altijd op basis van de wensen van bewoners en, in het geval van Overspaarne, ook familie. Dat kan soms op een andere manier zijn dan door medewerkers is bedacht. Het moet me wel even van het hart dat opleidingen voor verzorging nog altijd veel aandacht geven aan ziekten en problemen en niet zozeer aan mogelijkheden en leren luisteren naar wat mensen echt willen.

De vorige spreker zei dat het ook erom gaat hoe je het zelf zou willen. Mensen vragen zich vaak af of ze hun vader of moeder in een bepaalde instelling willen onderbrengen; ik denk inderdaad dat het nog dichterbij komt: zou je er zelf willen wonen? Dan voel je het echt. Dat moet je

uitgangspunt zijn. Als het heel dichtbij komt, kun je nog duidelijker zeggen wat je echt wilt. Ik denk dat het uiteindelijk erom gaat of de zorgverlener en de bewoner vertrouwen hebben in elkaar. Als er een basis is van openheid en vertrouwen, zijn we op de goede weg. Dat betekent niet dat medewerkers alles moeten doen wat de klant vraagt. Het gaat erom dat zij er met elkaar uitkomen, zodat zij allebei tevreden zijn. De bewoner moet een goede plek hebben om te wonen; de medewerker moet een goede plek hebben om te werken. Als we het samen eens zijn dat we op de goede weg zitten, gaan we vooruit. Het gaat dus niet om grote zaken; het gaat over afspraken die mensen met elkaar maken.

Ik denk dat het belangrijk is te bedenken in welke bewoordingen we praten. Praten we over patiënten, opnemen en afdelingen of praten we over bewoners, verhuizen en wonen? Als we gewone woorden gebruiken, komen er andere beelden bij ons naar boven. Ik denk dat de terminologie onbewust een grote invloed heeft op het handelen. De beelden die je voor je ziet, hebben invloed op hoe je handelt. Als je denkt aan afdelingen, denk je al snel aan witte wapperende jassen die zomaar in en uit lopen. Als je het hebt over patiënten, denk je al snel aan mensen met ziekten. Als je het hebt over opnemen, denk je al snel aan ongelijkwaardigheid. De een neemt de ander op. Wie wil er als patiënt opgenomen worden op een afdeling? Iedereen wil toch als mens verhuizen en daar gewoon wonen?

De voorzitter: Dank u wel. Ik geef het woord aan mevrouw De Mooij.

Mevrouw **De Mooij:** Voorzitter. Ik ben hier omdat ik samen met mijn dochter een boek heb geschreven en omdat ik al jarenlang werkzaam ben in de ouderenzorg, onder andere als verpleegkundige. Ik heb heel veel gezien en meegemaakt. Ik heb hierover een boek geschreven, om een positieve bijdrage te leveren aan de verpleeghuiszorg. Er staan veel voorstellen ter verbetering in. Ik heb samen met mijn dochter onze visie op zorg op papier gezet.

Voor mij begint goede zorg met het begrijpen van de zorgvragers vanuit hun perspectief. Het gaat erom signalen te herkennen en hun leven ondanks ziekte zo aangenaam mogelijk te maken. Zonder inzicht en inlevingsvermogen, geleid door kennis van zaken, is het verlenen van kwaliteitszorg onmogelijk. Zorgen voor mensen met dementie heeft een hoge moeilijkheidsgraad en vraagt om specifieke kennis en kunde. Ik ben van mening dat wij hiervan nog onvoldoende doordrongen zijn. Zowel bij geschoolde als ongeschoolde zorgverleners is het opleidingsniveau te laag. Hierdoor gaat in de praktijk nog te veel mis. Ik ben er een groot voorstander van meer te doen aan deskundigheidsbevordering van iedereen die met dementerende mensen werkt. Ik vind dit een voorwaarde om kwaliteit van zorg te leveren. Concreet is er meer kennis nodig over het omgaan met gedragsveranderingen en gedragsproblemen, medicatie, het ziekteproces zelf, andere onderliggende ziekten en het signaleren van pijn en ongemak. Wanneer je kijkt vanuit het perspectief van mensen met dementie, zul je zien dat de kwaliteit van leven niet zozeer wordt bepaald door een eenpersoonskamer of een dagelijkse douchebeurt of een uitgebreid keuzemenu. Voor mensen met dementie zijn de meest basale dingen eigenlijk het belangrijkste. Kun je dagelijks naar buiten? Word je verzorgd door zorgverleners die je begrijpen en op zo'n manier reageren dat jij hen ook begrijpt? Zien de zorgverleners wanneer je pijn hebt? Kunnen ze tijdig signaleren dat je ziek bent en hiernaar handelen? We zoeken zorgverleners die weten waar gedragsproblemen vandaan komen en daarvoor oplossingen zoeken. Ik denk dat men veel minder hoeft te fixeren of gebruik te maken van dwangmiddelen, als men deze mensen op de werkvloer hebt. Ik ben een grote voorstander van een verplichte cursus waarin deze zaken grondig worden besproken, die wordt beloofd met een certificaat «Zorgen voor mensen met dementie». Ik vind eigenlijk dat

iedereen die met deze ouderen werkt, zo'n certificaat moet halen, van niveau 1 tot en met 4.

Het instellen van zo'n verplichte cursus is heel erg belangrijk in het licht van een nieuwe trend die ik om mij heen waarneem, namelijk het uitbreiden van voormalige verzorgingshuizen met psychogeriatrische afdelingen. De zorgverleners worden, zonder enige vorm van bijscholing, ineens geacht te zorgen voor mensen met dementie. Ik vind dit onacceptabel, omdat het kennisniveau ontoereikend is. Het liefst zie ik dat er onafhankelijke regionale kwaliteitsteams komen, die zich primair bezighouden met het bewaken van de kwaliteit van de zorg in de verpleeghuizen. Zo'n team kan bestaan uit verpleegkundigen van niveau 4 of 5, bijvoorbeeld onder leiding van een geriater of een specialist ouderengeneeskunde. De leden van deze teams werken zelf voor langere tijd aan het bed en rouleren over verschillende afdelingen en instellingen. Zij signaleren verbeterpunten in de zorg, bijvoorbeeld in de bejegening of de communicatie met familie en vervullen een leidende rol in het nemen van de stappen die genomen moeten worden wanneer er dingen niet goed gaan. Dergelijke teams kunnen de zorg van binnenuit verbeteren en wantoestanden voorkomen. Zij kunnen een grote rol spelen in de deskundigheidsbevordering en de kennisoverdracht naar de vaste zorgverleners. De hbo'ers kunnen bijvoorbeeld de mbo'ers coachen. Ik vind het namelijk heel erg jammer dat in de verpleeghuizen veel te weinig verpleegkundigen worden ingezet. Ik denk dat dit wel heel snel moet gebeuren.

De macht die zorgverleners hebben, moeten we niet onderschatten. De verhouding tussen zorgvrager en zorgverlener is in beginsel ongelijk. Dit geldt zeker voor mensen met dementie, die door hun geheugenverlies ook kwetsbaar zijn voor mishandeling. Ik vind het een voorwaarde dat iedereen die in de zorg werkt een verklaring omtrent het gedrag kan tonen.

Ten slotte pleit ik ervoor dat er meer wordt gedaan aan het betrekken van de samenleving bij de ouderenzorg. Wij moeten ons meer bewust worden van gedeelde verantwoordelijkheid. Dit kunnen we bewerkstelligen door landelijke overheidscampagnes en initiatieven van zorginstellingen zelf en door op middelbare scholen meer aandacht aan vergrijzing te schenken. Studenten van medische opleidingen, mits goed voorbereid en begeleid, kunnen ook ingezet worden in de zorg, in het kader van stages, betaald of als vrijwilligerswerk. Op deze manier raken jongeren meer betrokken bij de ouderenzorg en combineren ze nuttig werk met een voor hen leerzame ervaring. In het kader van het slechte imago van verpleeghuizen is het een idee dat de media meer aandacht besteden aan het feit dat het werken met ouderen ontzettend leuk is. Ondanks het feit dat er veel misgaat, heeft het vak mijn hart gestolen. Wij hebben veel jongeren nodig in de toekomst en het is belangrijk daarvoor aandacht te vragen. Het is een leuk beroep.

De voorzitter: Dank u wel. Ik geef nu het woord aan mevrouw Tijmense.

Mevrouw Tijmense: Voorzitter. Ik dank de commissie voor haar uitnodiging. Mevrouw Leijten heeft mij hiernaartoe «gesleurd». In tegenstelling tot wat er op mijn uitnodiging stond, ben ik geen locatiemanager, maar meewerkend teamleider. Ik help elke morgen mee op de groep om iedereen uit bed te stimuleren. Ik zeg dit heel bewust. Ik werk in een verpleeghuis met mensen met het syndroom van Korsakov. Deze mensen vormen toch een andere doelgroep. Er komt bijvoorbeeld regelmatig agressie voor en het ziekte-inzicht ontbreekt bij deze groep totaal. Dat maakt het soms een stuk lastiger.

Daarnaast ben ik ervaringsdeskundige. Mijn moeder kreeg op haar vijftigste de ziekte van Alzheimer en werd al snel opgenomen in een verpleeghuis. Ze werd daar echt gek. Ze kon er niet tegen, maar er was

geen andere keuze. Ik trof in het verpleeghuis, twintig jaar geleden alweer, een heel jonge verpleegkundige in opleiding die mijn moeder bij haar voornaam noemde in plaats van «mevrouw», omdat zij haar eigen naam niet meer kende. De andere jonge meiden noemden haar tante, een term die mijn moeder ook nog kende. Op het moment dat mijn moeder in de hoek zat en niet wilde eten, zei de jonge verpleegkundige tegen haar: «Irma, ik ga met je picknicken, vind je dat goed?» Ze dekte de vloer met een kleedje en ging met haar picknicken. Toen dacht ik: dat soort mensen hebben we nodig. Dat soort mensen hebben we nog steeds nodig. Ik hoop dat we hen niet afschaffen met alle regeltjes die er zijn.

Op de Markenhof, het verpleeghuis waar ik werk, hebben we het geluk dat we in het bos leven. Er is enorm veel ruimte om ons heen. We leven niet in de Randstad. Er zijn overal paden en de deuren zijn open, hoewel de Markenhof een BOPZ-instelling is en we mensen in huis hebben met een rechterlijke machtiging. Bovendien hebben we mensen in huis die de weg niet meer weten als ze de deur uitgaan. Gelukkig hebben we een dwaaldetectiesysteem. Mensen die het echt willen, hebben een chip in hun schoen. Ze kunnen vrij naar buiten lopen en de zorgverleners weten altijd waar ze zijn en lopen even met hen mee. Er heerst dus een gevoel van vrijheid en dat is heel belangrijk. Mevrouw Leijten heeft een dag met ons meegewerkt en heeft alles gezien.

Alle zaken die eerder zijn genoemd, onderschrijven wij. Wij vinden het vooral heel belangrijk om zo dicht mogelijk bij onze bewoners te zijn. Dat betekent dat iedere medewerker zorgt voor zeven of acht bewoners. Ze zijn er de hele dag bij en verzorgen de zorg zoals de bewoners die graag willen. Er zit een maar aan: mensen met Korsakov hebben een verleden met veel drank en veel verdriet in de familie. Dat betekent dat er weinig familie komt, maar ook dat we in principe geen alcohol schenken.

Daarover kunnen we discussiëren, maar er is al heel veel kapotgemaakt. De meeste familieleden zouden zeer ongelukkig zijn als wij het wel doen. Op het moment dat het niet meer te houden is, zijn er heus mensen die wat drinken, maar onze bewoners weten het van tevoren en accepteren het op een normale manier. Sommigen weten niet eens dat ze ooit hebben gedronken. Dat is ook weer een voordeel.

We hebben een groot dagbestedingscentrum. Dat maakt het gemakkelijker. De leeftijd van de bewoners varieert op dit moment van 38 tot 78. De bewoner van 78 woont al 25 jaar bij ons. Wij spreken dus van «wonen». De meeste medewerkers werken ook al tussen de 10 en de 40 jaar bij ons. Dat betekent dat we de zorg zo kunnen verlenen, dat we bijna familie van elkaar worden. Het dagbestedingscentrum is op het terrein zelf. Ongeveer 95 mensen van de 138 mensen gaan dagelijks aan het werk in het dagbestedingscentrum. Dat is mogelijk omdat we nog een goed zorgzwaartepakket hebben. Als dit vermindert, hebben we geen geld meer om op deze manier een dagbesteding aan te bieden. Het is echt hun werk. Mensen gaan 's ochtends met hun lunchpakketje, met een bus of lopend, al naar gelang hun conditie, naar het dagbestedingscentrum en zijn daar de hele dag aan het werk. Rond een uur of halfvier komen ze weer terug en voelen zich dan vaak tevreden.

Daarnaast hebben we ontdekt dat sporten voor deze mensen enorm van belang is. We hebben in de fysiozaal een soort fitnessruimte ingericht. Dat betekent dat er letterlijk wordt gefitnest. We zijn hiermee ongeveer vier of vijf maanden bezig en de conditie van de mensen gaat zienderogen vooruit. Daardoor gaan ze zich beter voelen. Het voordeel van het werken met een wat jongere doelgroep is dat die gelegenheid er is.

Een van mijn voorgangers zei dat de bewoners in mooie woningen zitten. Er kwam eens iemand bij mij binnen die vroeg of een bepaalde meneer hier zat. Ik antwoordde toen: die meneer woont hier wel, maar zitten doen we in de gevangenis. In deze buurt wonen we. Deze meneer kwam later terug met een heksenbezem, om aan te geven dat ik een heks ben. Laten we de termen gewoon houden, zoals een van mijn voorgangers ook zei,

en niet spreken over opnemen en patiënten. We moeten echter niet vergeten dat het ook patiënten zijn. Zo moeten we soms ook voor hen zorgen, maar dan bedoel ik ook echt «voor hen zorgen», zodat het leven nog een beetje leuk wordt. Daar staan wij elke dag voor.

De **voorzitter**: Dank u wel. Ik geef het woord aan de heer Van Woerden.

De heer **Van Woerden**: Voorzitter. Ik ben Ivo van Woerden. Ik ben journalist bij HP/DeTijd en verpleegkundige. Ik heb undercover gewerkt in een aantal huizen in Rotterdam. Als het goed is, heeft men de artikelen daarover gelezen. In tegenstelling tot de soms mooie verhalen die ik net heb gehoord bij mijn collega's, was het bij mij echt verschrikkelijk. Het was zo erg dat ik mijn ouders daar niet wil achterlaten en ik wil er zelf niet achterblijven. Ik zal niet alles opnoemen wat ik allemaal heb gezien. Dat heeft men kunnen lezen. Sommigen hebben er zelfs Kamervragen over gesteld en de staatssecretaris heeft daarop geantwoord.

Nu is de vraag: hoe verder? Hoe zorgen we dat bewoners in een instelling, waarin zorg gerust schrijnend of mensonwaardig genoemd kan worden, toch nog op een menswaardige manier kunnen leven en worden verzorgd? We kunnen dan inderdaad praten over de terminologie, maar voordat allerlei commissies weken daaraan besteden, lijkt het me belangrijker dat we bedenken hoe we een goede situatie, zoals hier eerder is beschreven, kunnen overhevelen naar een slechte plek. Ik vraag me af of er een taak ligt voor de politiek om dit misschien verplicht te stellen. Er zijn huizen waarin de zorg menswaardig is, waarin mensen wel met plezier hun oude dag tegemoet gaan. Dementie is natuurlijk een erge ziekte. Het is erg te moeten aanzien dat jouw familielid langzaam wegwijnt en zichzelf en jou niet meer herkent. Hoe krijgen we het zover, dat huizen waarin mensen dan ook nog slecht worden verzorgd, dichtgaan of zover worden opgepimpt dat de zorg weer menswaardig wordt? Ik heb helaas niet het antwoord, maar ik hoop dat we dat vandaag samen kunnen vinden. Ik ben heel blij dat ik hier mag zitten en mag meepraten.

Gelukkig zijn er ook plekken waar het goed gaat. Er zijn veel negatieve verhalen in de media, waarna een directeur weer mag zeggen dat het slechts een incident was en dat het heus niet zo vreselijk is. Zelfs als het gaat om een incident, moet je het nog noemen, omdat het heel direct onze ouders en straks onszelf aangaat. Eigenlijk zitten we hier uit eigenbelang: hoe regelen we het zo dat we straks, als we oud zijn, zelf niet hoeven weg te kwijnen in onze eigen ontlasting en onze familie moeten missen, omdat deze het misschien niet meer aankan om ons zo te zien? Hoe maken we het weer goed?

De **voorzitter**: Dan komen we nu bij de vragen van de Kamer. De Kamerleden stellen elk een vraag, die aan meerdere gasten gericht kan zijn. De commissie stelt het zeer op prijs als de gasten onderling op elkaar reageren. Ik begin bij mevrouw Agema van de PVV.

Mevrouw **Agema** (PVV): Voorzitter. De belangrijkste vraag voor mij is de hoe-vraag. Hier denkt de Kamer natuurlijk vaak over na. Een aantal van de sprekers heeft deze ook zeer pregnant naar voren gebracht. Die hoe-vraag houdt mij altijd bezig. Ik denk vaak dat de problemen te maken hebben met managers. Sommige managers hebben een andere visie dan andere. Ik heb een vraag voor de heer Hoogerheide, de heer Koenen en de heer Van Woerden. Wat gebeurt er als wij de 70 prestatie-indicatoren van vandaag op morgen afschaffen en alleen nog maar op kwaliteit beoordelen? Hoe kunnen we dat vormgeven?

De heer **Hoogerheide**: Hoe kun je erachter komen of de zorg in een verpleeghuis goed is? Dat is eigenlijk de vraag. We hebben in ieder geval

een landelijk instrument voor tevredenheidsonderzoek bij cliënten, met behulp van de zogenaamde CQ-index. Dat staat allemaal keurig op de website van kiesBeter. Dat is in ieder geval een instrument waarmee we huizen onderling kunnen vergelijken. Het gaat erom hoe de zorg werkelijk wordt verleend en hoe bewoners zelf de zorg ervaren en niet of de zorgboekhouding klopt. Dat is een heel belangrijk instrument en ik pleit er al een tijdje voor de tevredenheidsonderzoeken jaarlijks verplicht te stellen. Dat gebeurt ook door een externe instantie en niet door de verpleeghuizen zelf. We kunnen veel meer met dit instrument doen dan nu gebeurt. Ik grasduin regelmatig op de website van kiesBeter en kom dan tevredenheidsonderzoeken tegen uit 2008. Soms val ik van mijn stoel van ellende. Het onderzoek werkt met sterren. Als ik soms zie hoeveel sterretjes eruit komen, denk ik dat het rampzalig moet zijn in zo'n huis. Waar is de Inspectie dan? De Inspectie zegt dat zij er is voor de gezondheidsrisico's en dat zij niet kijkt naar de tevredenheidsonderzoeken. Het is namelijk een ziekenhuisinspectie. Dit instrument geeft in ieder geval aan hoe de zorg door bewoners wordt beleefd. Dat is uiteindelijk toch de graadmeter. We moeten van alles doen aan de voorwaarden. Er moet deskundig personeel zijn; er moet geen geld worden vermorst aan fusies en dergelijke. Uiteindelijk gaat het erom wat er werkelijk op de mat wordt gelegd. Als ondersteuner van cliëntenraden zie ik bijna elke dag wat er aan het eind van de rit uitkomt en dat is soms om te huilen.

De heer **Koenen**: Ik vind de term prestatie-indicator al fantastisch. Ik denk dat de kwaliteit wordt bepaald door onze gasten en hun familie en hoe zij hun leven ervaren. Dat wordt onderzocht door een onafhankelijk iemand. Er zit nog een verhaal voor. Onze gasten hebben een pgb dat wordt beheerd door een wettelijk vertegenwoordiger, al dan niet aangesteld. Dat betekent dat mijn vrouw en ik als herbergiers, als zorgondernemers, een contract afsluiten. Het grote voordeel van dit contract is dat mensen, als wij niet leveren, ineens de macht in handen hebben om niet te betalen. Dat is heel zwart-wit gesteld, maar het is een fantastisch systeem om kwaliteit en afgesproken zaken te regelen. Daarnaast zijn we nu bezig met ARGO, dat gelieerd is aan de Rijksuniversiteit Groningen en een onafhankelijk onderzoek instelt. De Inspectie onderzoekt alleen of onze protocollen er zijn en probeert dwingende afspraken te maken. De apotheek moet bijvoorbeeld de medicijnen klaarzetten. Dat deden wij voor die tijd zelf, maar nu hebben wij, met dank aan de Inspectie, meer fouten dan voor die tijd. Waar gaat dat over? Ik wil dat de Inspectie langskomt en kijkt of het eten lekker is, of onze gasten elke dag naar buiten gaan, of ze naar het toilet worden gebracht als ze naar het toilet moeten, of ze niet naar bed worden gebracht terwijl ze nog niet willen enzovoorts. Deze zaken moeten volgens mij worden geregeld en worden gewoon met de familie afgesproken. Als organisaties het geld niet automatisch krijgen, maar het geld erbuiten beheerd wordt en er betaald wordt op afspraak, wordt de kwaliteit bevorderd. Voor ons bij de Herbergier werkt het in ieder geval zo.

De heer **Van Woerden**: Wij hebben volgens mij heel veel instrumenten om de kwaliteit te toetsen, waaronder de CQ-index. Ieder huis moet een keurmerk hebben om te kunnen onderhandelen met een zorgverzekeraar. De vraag is echter wat die instrumenten voorstellen. Als een keurmerkorganisatie een commissie langs stuurt voor een audit, worden de beste mensen afgevaardigd om de commissie te woord te staan. Als het keurmerk wordt verleend, komt dat op de website te staan. Dan ziet iedereen dat er kwaliteit wordt geleverd. Voor de huizen waar ik heb gewerkt, was ook keurig een keurmerk behaald. Toch werd er geen kwaliteit geleverd, kan ik vertellen. Dat geldt ook voor de CQ-index. Het is prachtig om van patiënten te horen hoe het is geregeld. De huizen waarvoor ik heb gewerkt, hebben op de website drie, soms wel vier

sterren, een keurig gemiddelde. Daaraan kan je niet zien dat het zo erg was als ik heb gezien.

We kunnen misschien een nieuw instrument bedenken, die dit allemaal weer overtreft, maar we kunnen het ook heel simpel houden. We kunnen kijken hoe het geld en de noodzakelijke zorg kunnen worden samengebracht. Op dit moment bepaalt het CIZ welke zorg nodig is en een zorgkantoor bepaalt hoeveel geld men ervoor over heeft. Waar is de persoon over wie het gaat in dit geheel? Die is afhankelijk van het CIZ en van het zorgkantoor. Als hij niet tevreden is, is het niet duidelijk tot wie hij zich kan wenden en moet hij opnieuw de hele maalstroom in. Als de macht bij de patiënt ligt, is het veel duidelijker dat hij niet tevreden is. Dan stapt hij namelijk op en gaat hij naar een andere plek. Zorginstellingen hebben inderdaad een probleem als iedereen massaal opstapt, maar misschien is dat wel goed. Laat ze maar dichtgaan als ze slecht zijn en mensen niet tevreden zijn.

Mevrouw **Leijten** (SP): Voorzitter. Het wordt nu al een financieringsdiscussie. De reden dat ik heb voorgesteld om het in bredere zin over de ouderenzorg te hebben en wat er nodig is, is dat mijn fractie vaak het verwijt krijgt dat zij het enkel over incidenten heeft. Daarom vind ik het belangrijk om eens te kijken naar de voorwaarde om het goed te laten gaan. Bovendien is het belangrijk te kijken wat er precies gebeurt als het misgaat. Er is hier vandaag iemand die vooral heeft gezien hoe het misgaat. Het is spijtig dat de heer Lensen er niet is, omdat hij direct heeft ervaren hoe iemand kan vastlopen in een organisatie als hij opkomt voor kwaliteit.

Ik heb een vraag voor de heer Van Woerden, mevrouw Merkies en mevrouw Drost. Welke voorwaarden zijn er nodig in een instelling om, los van de financieringsdiscussie, een cultuur en een moraal hoog te houden, waarin de dingen die net zijn genoemd centraal staan? Ik doel op de mooie woorden dat het gaat om bewoners en het leven en dat het niet alleen gaat om de veiligheid. Daar ben ik benieuwd naar. Er wordt altijd tegen mij gezegd dat het ook goed gaat in de zorg. Gelukkig gaat het ook goed, maar het gaat op veel te veel plekken verkeerd. Wat maakt het verschil? Wat is de boodschap aan de politiek? Ik wil het echter even niet hebben over het geld.

De **voorzitter**: De euro's mogen dus niet worden genoemd. Ik geef het woord aan mevrouw Drost.

Mevrouw **Drost**: Eigenlijk is het bij ons heel simpel. Toen ik een jaar of tien, twaalf geleden in de sector kwam en de voorzieningen zag, vroeg ik me precies af wat hier net werd gezegd, namelijk: wil ik hier oud worden? Ik vond het echt heel erg. We willen toch geen grote instituten, ver weg van de bewoonde wereld? Zeker niet in Zeeland, waar iedereen tot zijn dood in zijn dorp blijft wonen. Wij, de directie, hebben toen bedacht dat het anders moest, vanuit de vraag wat we zelf willen als we oud worden. Wat is belangrijk? Denk aan een veilige omgeving, een eigen woning, gewoon kunnen doorleven, maar liever niet in een verpleeghuis. We vonden dat we het dus volstrekt verkeerd deden en dat we het op een andere manier moesten doen. We hebben het systeem verder uitgewerkt met locatiemanagers. Hoe doen we dat? Wat is belangrijk voor de klant? Welke activiteiten moeten we aanbieden? Wat is belangrijk voor de medewerkers? Hoe moeten we die faciliteren? Dat is een heel proces, waarbij we heel veel weerstand ontmoetten, op allerlei manieren. Medewerkers zijn het bijvoorbeeld niet gewend. «Hoezo moeten de witte schorten uit?» Die staan toch voor een bepaalde positie. «Wij zijn opgeleid voor de zorg en nu moeten we ineens wassen en koken.» Er zijn heel veel mensen bij ons weggegaan in die periode. Dat was ook eng. Nu komen de mensen terug, omdat ze voor het concept kiezen. Heel veel mensen in de

zorg willen graag goed zorgen en niet belast worden met allerlei afschuwelijke dingen waarmee ze niets hebben. Ik denk dat een inspirerend werkveld ontzettend belangrijk is.

Gemeenten en de provincie accepteerden dit concept ook. Het stond zelfs in het programma van de Provinciale Staten. Men koos voor spreiding en een andere opzet. Het was dus ook politiek beleid en dat is volgens mij ontzettend belangrijk. We hebben de politiek nodig. We kwamen heel veel ellende tegen. Het klopte allemaal niet met de systemen die er zijn.

Mevrouw **Merkies**: Eigenlijk is het heel simpel, maar dat maakt het juist zo moeilijk. De organisatie moet open zijn; er moet een cultuur heersen waarin men tegen elkaar kan zeggen dat men iets moeilijk vindt of dat men wil dat iemand komt meekijken. Het allerbelangrijkste is dat de bewoner en de medewerker naast elkaar staan en open met elkaar durven te bespreken wat op dat moment belangrijk is. Die cultuur moet heersen van hoog tot laag. Als een bewoner wat aan mij vraagt, moet de medewerker niet het gevoel hebben dat ik achter de rug wat regel met de cliënt. De cliënt moet niet het gevoel hebben dat hij moet uitkijken met iets aan mij te vragen omdat ik de directeur ben en hij daarmee misschien de medewerker overslaat. Dat doet er namelijk allemaal niet toe. We zijn er allemaal voor hetzelfde, namelijk dat de bewoners of de mensen die zorg of een behandeling van ons krijgen, krijgen wat ze graag willen en wat wij kunnen leveren.

Het moet een cultuur zijn van samenwerken, van elkaar kennen en aanspreken. We moeten ook andere organisaties in onze keuken durven te laten kijken. Als andere organisaties vragen hoe wij iets doen, nodig ik ze uit om bij ons te komen kijken. Uiteraard moeten de bewoners toestemming geven als vreemden van buiten de woningen komen kijken. Ik denk dat dit de beste manier is. We zijn open, laten zien wat er goed gaat, maar durven ook te laten zien wat minder goed gaat. Heus, ik weet dat er bij ons ook dingen niet goed gaan. Het is namelijk net als de maatschappij: er gaan dingen goed en er gaan dingen niet zo goed. Dat moeten we samen bespreken en oplossen.

We nodigen bewoners en, in het geval van Overspaarne, ook familie vaak uit bij koersbijeenkomsten. Wij zijn bezig een nieuwe koers op te stellen voor de stichting voor de komende jaren. Dat doen we samen met familie en medewerkers, iedereen die betrokken is en er iets over wil zeggen. Het gaat er niet om dat wij bepalen wat er gebeurt, maar dat we samen bespreken wat de volgende stappen zijn. Wat we nu met elkaar bespreken, is niet per se het beste over tien jaar, maar dat zien we dan wel weer. We moeten ook met een bepaalde mate van onzekerheid durven omgaan. We kijken wat nu goed is en we lossen het de komende keren ook wel op, als we maar de openheid bewaren.

De heer **Van Woerden**: Ik ben het ermee eens dat openheid heel belangrijk is en dat zegt iemand die undercover ergens werkte ... De openheid is dus soms nog ver te zoeken. Ik heb echt geprobeerd bij een aantal instellingen om op een normale manier mee te kijken. Dan werd ik snel afgewimpeld of het mocht alleen onder bepaalde voorwaarden, bijvoorbeeld dat ik alleen mocht meekijken bij één persoon die van tevoren was uitgezocht. Dat is dus soms de cultuur. We zien het nu bij de heer Lensen, die niet mag komen omdat hij een spreekverbod heeft en een enorm bedrag moet betalen als hij dat verbod verbreekt. Ik vind dat echt absurd. Het is zo belangrijk dat men ook open is als het slecht gaat en de redenen hiervoor kan noemen en dat men laat zien dat men het wil verbeteren. Men kan ook om hulp vragen. Misschien kan mevrouw Drost dan langskomen, omdat haar instelling het goed doet en men van haar kan leren. Het is zorgwekkend dat die cultuur er niet is.

Nadat ik het stuk in HP/DeTijd had gepubliceerd, kreeg ik een brief van de Inspectie waarin stond dat ik mij niet aan de beroepscode van verpleeg-

kundigen heb gehouden. Eigenlijk zei ze: hoe durf je uit de school te klappen? Dat is een signaal naar mensen die in de zorg werken en wel hun mond opendoen, dat dit onder geheimhouding valt, terwijl het volgens mij heel belangrijk is dat het bespreekbaar wordt gemaakt. Dat kan alleen maar door open te zijn met elkaar op de werkvloer en door de ruimte te krijgen om te zien wie je voor je hebt om te verzorgen. In mijn geval was daarvoor weinig tijd. Ik kon de zorgdossiers niet lezen of kreeg alleen de instructie: pas op, die mevrouw knijpt; succes ermee. Dan kun je niet goed zorgen, terwijl je dat wel wilt. De mensen die wel goed kunnen zorgen en de ruimte krijgen om hun vak uit te voeren, gaan gelukkig werken op plekken waar dat ook kan. Bij meneer Koenen is zelfs een wachtlijst van mensen die er willen werken. Dat maakt dat mensen het leuk vinden om hun vak uit te oefenen. Dan hoeven we het hopelijk niet meer over alle schrijnende situaties te hebben.

Mevrouw **Merkies**: Ik wil alleen toevoegen dat het opstellen van regels niet maakt dat een organisatie beter werkt. Die neiging hebben we soms. Medewerkers vragen mij soms ergens een regel of afspraak voor te maken. Dan zeg ik altijd dat ik die regel niet maak, maar dat ze het met elkaar moeten afspreken. Ik wil hen wel helpen, als ze er in gesprekken niet uitkomen, maar ze moeten het samen doen en samen uitzoeken. Daar kan geen afsprakenlijstje met tien punten tegenop.

De heer **Koenen**: Ik ben het eens met mevrouw Merkies. Laten we alstublieft zo veel mogelijk regels afschaffen. Ik geef een klein voorbeeld. Ik werkte in een verzorgingshuis, waar geen winkeltje was. Als we patat wilden, moesten we het zelf bakken. Het gevolg was dat er een enorm boekwerk kwam met HACCP-regels en er was jaarlijks een cursus. Schaf alstublieft die overbodige regels af, dan zijn we al een stuk verder.

Mevrouw **Tijmense**: Onze afdeling werkt mee aan het KKC, het Korsakov Kenniscentrum. Dat betekent dat wij samenwerken met vijf instanties en op die manier bij elkaar in de keuken kijken. Deze instanties zitten door het hele land. Deze samenwerking kost niks, alleen wat energie. We kunnen echt bij elkaar in de keuken kijken om ervan te leren. Ik heb Madeleine Timmermans wel eens gesproken en zij vond het ook een goed idee voor instellingen die werken met demente mensen.

Mevrouw **De Mooij**: Ik wil nog even terugkomen op openheid en samenwerking. In de praktijk als zorgverlener heb ik ervaren dat het je echt de kop kan kosten als je mondig en kritisch bent en opkomt voor de mensen die je verzorgt. Hoe slechter de zorg in een organisatie is, hoe meer hiërarchische lagen er vaak zijn. Ik denk dat je heel veel kunt oplossen als het contact tussen werkvloer, management en alles wat daarboven zit, ook open is. Ik heb gezien dat dit nog steeds niet het geval is.

Samenwerken moet men in alle lagen. Als we die meer naar elkaar toe kunnen trekken, winnen we heel veel. Op de werkvloer zijn heel veel creatieve ideeën, maar ze worden vaak niet gehoord. Meer openheid van zaken lijkt me dus een heel goede oplossing. Het moet je niet de kop kosten als je opkomt voor de mensen die je verzorgt. Dat is namelijk best ernstig in Nederland; dat moeten we niet onderschatten.

Mevrouw **Drost**: Openheid is inderdaad cruciaal. Ik heb het niet genoemd omdat het bij ons vanzelfsprekend is. De scholing is ook heel belangrijk. We moeten medewerkers meenemen in het idee «zorg als thuis». Dat is super simpel en we hoeven daarover niet uitgebreid te praten. Het is wel belangrijk om je constant te realiseren dat je het moet doen als thuis. Scholing is echt heel belangrijk. Mevrouw De Mooij zei het net ook: mensen moeten weten wat dementie betekent. Agressie staat heel vaak

voor angst. Als je er verkeerd op ingaat, wordt het alleen maar erger. Als je weet hoe je ermee om moet gaan, is dat zoveel aangenamer en rustiger. Wij vinden overigens kritische medewerkers buitengewoon prettig. Dan kunnen wij dingen veranderen. Wij willen dat mensen dit in een groep, met elkaar, bespreken en elkaar erop aanspreken. Ze leven namelijk hun leven samen met de bewoners.

De heer **Hoogerheide**: Mevrouw Leijten vroeg hoe het zit met de voorwaarden. Mijn ervaring in ruim 30 jaar is dat er eigenlijk maar één wezenlijke voorwaarde is voor kwaliteit van zorg en dat is de kwaliteit van de medewerkers. Dan denkt men vaak aan termen als deskundigheid en dat is zeker belangrijk. Er wordt echter weinig gesproken over persoonlijke vorming. Daar moet veel meer aan worden gedaan. Als je niet in staat bent om goed voor jezelf te zorgen, kun je ook niet goed voor andere mensen zorgen. Wat je jezelf niet kunt geven, kun je anderen niet geven. De zorg is net zo goed als de verzorgende die voor je neus staat.

De **voorzitter**: Ik geef het woord aan mevrouw Uitslag van de fractie van het CDA.

Mevrouw **Uitslag** (CDA): Voorzitter. Een cultuur wordt ook bepaald door de termen die men gebruikt. Ik hoor termen variërende van cliënten, patiënten en klanten tot bewoners en gasten. Die laatste vond ik heel mooi. Ik hoor spreken over een visie op leven en een visie op zorg. Die lopen volgens mij een beetje door elkaar heen en bepalen deels de cultuur. De heer Koenen zei dat de cliënt niet gebaat is bij een afreken-systeem op institutieniveau, maar dat het beter is om op cliëntniveau af te rekenen. Overigens zijn er schriftelijke vragen gesteld over de HACCP-normen, dus kan ik hem een beetje geruststellen. De heer Van Woerden zei dat er geen tekort is aan mensen, maar dat er een tekort is aan instellingen waar mensen willen werken.

Mijn vraag is waarom het de een wel lukt en de ander niet. Iedereen werkt binnen dezelfde Haagse kaders. De een gaat er florissant mee om en kan ruimte geven aan de bewoners, de ander werkt er heel bekrompen mee. Ik denk bijvoorbeeld aan het verhaal van de heer Van Woerden over de zorginstellingen waarin hij undercover heeft gewerkt. Ik heb een vraag voor mevrouw Drost, de heer Koenen, mevrouw Tijmense en de heer Van Woerden. Wat gebeurt er binnen de kaders die wij hier vaststellen bij instituten die het wel goed doen en instituten die het niet goed doen op het niveau van de professional op de werkvloer, de manager en de bestuurder? Wat wordt er gedaan aan de cultuur? Hoe krijgt de professional zeggenschap? Zitten er verpleegkundigen in de managementlaag of alleen maar economen? Heeft het bestuur in de ouderenzorg het niveau dat nodig is?

Mevrouw **Drost**: Dat is niet gering. De medewerker moet goed geschoold zijn en weten waar hij mee bezig is. Hij moet hart voor de zaak hebben en de ruimte krijgen. Medewerkers groeien enorm op het moment dat ze ruimte krijgen en verantwoordelijkheid hebben. Ze kunnen zelf problemen oplossen en hoeven niet naar het niveau erboven. Ze moeten worden uitgerust om dit goed te doen. We moeten met zijn allen vaststellen wat er moet gebeuren voor de bewoners. Voor specifieke zaken kan men een keer een arts bellen. Die doet niet specifiek een rondje. Alles is gericht op de professional. De kleine kern is dominant, niet de directie of het bestuur of de artsen.

Het niveau erboven wordt bij ons gevormd door de teamleiders. De omslag is dat deze teamleiders niet bepalend zijn, maar coachend werken. Zij proberen het probleemoplossend vermogen van de medewerkers te vergroten, zodat zij hun werk goed kunnen doen. Daarnaast hebben we ook nog ondersteunende diensten nodig, allemaal op afroep en naar

behoefte. ICT is heel belangrijk, om zo gemakkelijk en efficiënt mogelijk te kunnen werken. Alle informatie is op een intranet beschikbaar. Niemand hoeft ooit iets in te voegen. In ieder huis staat één computer. We hebben in principe geen werkruimte, omdat mensen daar gaan zitten en dat willen we niet. In deze computer kunnen mensen hun cliëntendossier invullen. Dat is prima. De artsen kunnen hier bijvoorbeeld ook bij.

In onze situatie hebben we ook nog een locatiemanager. Het belangrijke is dat deze richting geeft maar ook dezelfde mentaliteit heeft. Wij moeten zorgen voor blije bewoners en blije medewerkers, niet alleen tevreden maar blij. Ze moeten het fijn vinden bij ons.

Er zijn volgens mij niet veel bestuurders nodig. Wij hebben er twee, maar op termijn is er misschien nog maar één, niet door ontslag maar door een vanzelfsprekend proces. De bestuurder moet zorgen dat het gedachtegoed er is en wordt verspreid. Bovendien moet de bestuurder concreet weten waarover het gaat. Hij moet niet op afstand staan, maar betrokken zijn bij de organisatie en als het nodig is ook activiteiten ondernemen.

De heer **Koenen**: Hier zitten een medewerker, een manager en een bestuurder, in één persoon verenigd. Daarnaast doe ik ook nog personeelszaken en salarisadministratie. Overigens doe ik dit allemaal samen met mijn vrouw. Dat scheelt al een stuk.

Ik wil iets zeggen over de scholing van onze medewerkers. Een aantal jaren geleden is de attitudebeoordeling uit de opleidingen geknikkerd. Het gevolg is dat iedereen die kan leren verzorgende of verpleegkundige kan worden. Ik ben verpleegkundige en ik ben erg trots op mijn beroep. Niet iedereen die kan leren, kan verpleegkundige of verzorgende worden. Wij nemen ook mensen aan die geen opleiding hebben, maar die wij wel geschikt vinden omdat zij naar ons gevoel de juiste houding hebben. Wij nemen hen mee in onze scholing ter plekke. Ik huiver ook als ik alle landelijke scholing bekijk. Studenten moeten bijvoorbeeld de fasen van dementie uit hun hoofd leren. Na vier jaar als herbergier heb ik gemerkt dat de fasen van dementie door elkaar heen lopen. Er gebeuren heel aparte dingen, omdat we op een andere manier met onze gasten omgaan. We noemen hen overigens gasten omdat we herbergier zijn.

De kwaliteit heeft te maken met de mensen die er werken. Toen wij begonnen, gingen mensen solliciteren. Wij hebben niet echt een kantoor, alleen een kantoor in onze privéruimte waar geen medewerker kan komen. Onze medewerkers hebben geen inspraak, want wij sluiten een contract af met de wettelijke vertegenwoordigers, de familie en de gasten, en de medewerkers moeten dit uitvoeren. Het is wel andersom. Tijdens de uitvoering merken we dingen en dan komt er deskundigheid bij kijken. We signaleren en we geven het door. Vervolgens gaan we in gesprek met de familie, de wettelijke vertegenwoordiger, en zij bepaalt wat er gebeurt. Mocht er op medisch gebied iets nodig zijn, dan geven wij dat door aan de huisarts. Mocht de familie het niet eens zijn met de huisarts, dan stappen wij ertussenuit. Het probleem ligt dan bij de huisarts, de wettelijke vertegenwoordiger en de gast. Wij hoeven dat probleem niet op te lossen.

Ik werk sinds 1972 in de zorg en ben nu vier jaar herbergier. Ik doe nu dingen die ik vroeger niet heb gedaan en ik heb daar last van. Ik vraag me af waarom ik dat niet heb gedaan. Waarom heb ik geaccepteerd wat er allemaal werd voorgesteld? We spreken de laatste tijd veel mensen, van de Inspectie en VWS en ik hoor steeds: iedereen is zo gehoorzaam. De regels zijn niet zo bedoeld zoals ze zijn opgesteld; men mag er wel eens wat overheen gaan. Dat doet me goed. Wij maken daar ook dankbaar gebruik van. We zien alleen onze wachtlijsten, zowel voor medewerkers als voor gasten, stormenderhand toenemen.

Mevrouw **Tijmense**: Waarom gaat het in de ene instelling heel goed en in de andere veel minder goed? De reden waarom ik hier zit, is omdat wij

ooit bezoek hebben gehad van Vilans. Vilans is een organisatie die kijkt naar allerlei zaken in de zorg. Bij ons heeft ze gekeken naar de dialoog in de zorg. Ik weet dat dit een enorm beladen term is. Zonder dat zij vooraf allerlei informatie en allerlei instructies kreeg, heeft Vilans veel medewerkers, van huishouding tot verpleegkundigen, van teamleiders tot locatiemanagers, van locatiemanagers tot directie, dezelfde vragen gesteld. Vragen als: kun je openheid van zaken geven? Durf je dat aan? Heb je tijd om met een bewoner in gesprek te gaan? Het meest opvallende uit dit onderzoekje was wel dat iedereen, zonder instructie, hetzelfde zei. Dit betekent dat we op elk tijdstip van de dag bij de directie kunnen binnenlopen en dat de directie op elk tijdstip van de dag bij ons binnenloopt. We zijn dus altijd met elkaar in gesprek. Als je altijd met elkaar in gesprek bent, kun je ook alles zeggen. Ik denk dat dit een van de redenen is waarom het bij ons goed gaat. Nelleke, onze directeur, weet wie onze bewoners zijn, niet alleen op onze locatie, maar ook op de andere locaties. Iedereen, vanaf de huishoudelijke medewerker, weet ook wie onze locatiemanager is en wie Nelleke Vogel is. Ik denk dat dit heel erg helpt. Alles wat we aan de bewoners willen geven, kunnen we met elkaar delen. Zo komen we samen de dag door.

De heer **Van Woerden**: Ik denk dat de vraag van mevrouw Uitslag aansluit bij de vraag van mevrouw Leijten. Als het ergens goed gaat, is volgens mij de cultuur er ook goed en open. Dan is er genoeg ruimte om verbeteringen met elkaar te bespreken en te bespreken waarom deze nodig zijn. Daarvoor is een leidinggevende nodig, die dit aanjaagt. Deze geeft aan wat er in de instelling moet gebeuren, maar geeft ook de ruimte aan mensen om zichzelf daarin te vinden en om met verbeteringen te komen.

Op de plek waar ik heb gewerkt, was ook een leidinggevende, die ik uiteindelijk heb geïnterviewd. Deze vergeleek zichzelf eigenlijk met de barmhartige Samaritaan. Ik wil het niet over het salaris hebben – we hebben het ten slotte niet over euro's – maar ik vond het een goedbetaalde Samaritaan. Hij had ook allerlei visies, maar het lukte hem niet die over te brengen in de twee managementlagen die er nog tussen lagen tot de werkvloer. Ik had geen idee wat die man in zijn hoofd had en hoe hij voor zich zag hoe de zorg er eigenlijk uit moet zien. Wij op de werkvloer draaiden gewoon productie en roeiden met de riemen die we hadden. Eigenlijk is er dus een bevlogen leidinggevende nodig, die het wel kan overbrengen. In de tussenlagen bij de organisatie waar ik werkte, zaten locatiemanagers, teamleiders en zorgcoördinatoren. Ik vond hen stuk voor stuk heel aardig, maar ze vergaderden heel veel en waren heel veel tijd kwijt aan allerlei vragen, bijvoorbeeld met betrekking tot nieuwe regeltjes. «Hoe gaan we deze vormgeven? Wie heeft waar hoeveel minuten over?» Ik ben bang dat zij snel verzanden in het voldoen aan allerlei regels, maar niet voldoen aan wat ze de mensen willen geven. Volgens mij is een leidinggevende daarin cruciaal. Die moet de doorslag kunnen geven. Als het hem niet lukt, moet hij zelf de consequentie trekken dat hij er misschien niet goed in is.

De heer **Hoogerheide**: Dat is zo. We zoeken een verklaring voor de verschillen tussen de bestaande verpleeg- en verzorgingshuizen. De bestuurders zijn nog niet zo nadrukkelijk genoemd. Ik praat altijd over de drie o's: ontoereikend, onverschillig en ondeskundig. Bestuurders kunnen een verschil van dag en nacht maken. Als een bestuurder geen ambitie heeft, de lat niet hoog legt en iedereen maar aanneemt die voor de deur staat, wordt het nooit wat. Als een bestuurder het wel ziet, maar niet weet hoe hij het moet veranderen, wordt het ook niets. Als een bestuurder het wel ziet, maar andere dingen zoals bouwen, kastelen en boten veel interessanter vindt, wordt het ook niets. Natuurlijk moet er goed personeel zijn en moet er openheid heersen, maar de top kan het verschil

maken en breken. Dat gebeurt ook in de praktijk. Er zijn instellingen die onder verscherpt toezicht worden gesteld. Dat is uiteindelijk direct terug te voeren op de bestuurder. Het verheugt mij zeker dat de Kamer heeft gezegd dat bestuurders bij wanbestuur persoonlijk moeten worden aangesproken. Dat is terecht, want daar is veel te winnen.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Voorzitter. Het mooie is dat we al verschillende suggesties voor verbeteringen hebben gehoord die niet veel geld hoeven te kosten. We hebben natuurlijk vanaf volgend jaar een grote pot met geld beschikbaar, namelijk 870 mln., met dank aan dit kabinet. Ik vind het een interessante vraag hoe dit geld het best besteed kan worden. We kunnen het besteden aan meer salaris, aan meer mensen in de zorg, aan beter opgeleide mensen. Kunnen de genodigden hier ons advies geven hoe we dat geld het best kunnen besteden? Als sommigen hier zich geroepen voelen hierover advies te geven, hoor ik dat heel graag.

De heer **Koenen**: Als ik mag houden wat ik nu heb, hoef ik niets extra. Dat is eigenlijk heel simpel. We hebben nu het pgb, zonder behandeling, omdat wij een particulier huis zijn. Het is goed als wij het huidige zzp (zorgzwaartepakket) mogen behouden, met de 3% korting die er nu af is, maar wel met alle andere zaken en tijdelijk verblijf. Wij gebruiken tijdelijk verblijf namelijk voor het 24-uurstoezicht. Als dat bedrag blijft bestaan, hoef ik geen cent extra. Dan red ik me fantastisch.

Mevrouw **Merkies**: Mensen geven aan dat zij zo lang mogelijk thuis willen blijven wonen. Ik wil dat mensen die dit aangeven, thuis de ondersteuning krijgen die zij willen. Ik werk zelf in een verpleeghuis, maar eigenlijk zou ik willen dat iedereen gewoon thuis woont en daar alle zorg krijgt die men wil. Soms is het echter beter voor de mensen om bij elkaar te wonen. Dan vormen we kleinschalige woningen, die echter door alle regels van de grootschalige instituten moeten voldoen aan allerlei regels. Daar gaat een deel van het geld al naar toe. Eigenlijk wil ik het liefst dat het geld gaat naar zorg aan huis, zodat mensen thuis kunnen blijven wonen.

Mevrouw **Tijmense**: Ik vind het ook belangrijk dat mensen zo lang mogelijk thuis kunnen blijven wonen. Er zijn grote verschillen in de huidige verdeling van de zorgzwaartepakketten. Het CIZ heeft de macht – ik zeg dit met opzet – om demente mensen een indicatie voor zzp 5 te geven. Dit zorgzwaartepakket geeft echt minimale zorg, waarbij het bijna onmogelijk is om nog welzijn te leveren. De Korsakov-patiënten hebben bijna allemaal een zzp 7. Dat gaat heel erg goed. Als mensen dus niet meer thuis kunnen wonen, moet er geld vrijkomen om hun welzijn te leveren.

Mevrouw **Drost**: In sommige gevallen, als mensen echt dement zijn, is het onmogelijk om thuis te blijven wonen. Zij hebben structuur nodig. In het kader van de marktwerking proberen thuiszorgorganisaties mensen zo lang mogelijk thuis te laten wonen. Dat heeft te maken met het budget. Als mensen dan eenmaal in een groepswoning komen met een dagstructuur, knappen ze echt op. Dat is in ieder geval onze ervaring. Wij kunnen het op zich doen met het budget dat we nu hebben. Ik ben het wel helemaal met mevrouw Tijmense eens. Als je werkt in een huis met zes bewoners, kun je niet even gaan wandelen met twee bewoners. Het budget voor welzijn is dus buitengewoon schraal. We kunnen het regelen; we kunnen een aangenaam klimaat scheppen, maar het is heel beperkt. Ik vind het ook belangrijk om geld aan scholing te geven. In Zeeland waren er recent 175 aanmeldingen van leerlingen. Het begeleiden van die leerlingen in onze organisatie kost heel veel geld. Wij regelen het wel

vanuit ons budget, maar dat kunnen we maar een paar keer doen. Scholing is dus cruciaal. Dan bedoel ik niet leren wat de fasen van dementie zijn. In onze organisatie hebben tien medewerkers, psychologen, een soort ABC-cursus gevolgd. Zij zijn opgeleid als docent en gaan met hele teams aan de slag, in een periode van vier tot zes dagen. Dat is zo belangrijk. Men kijkt naar de betekenis van bepaald gedrag en hoe men daarop moet reageren en wat de gevolgen daarvan zijn. Het gaat niet om een theoretisch verhaal, maar het is heel praktisch, zodat een heel team is geëquipeerd om goed met de klanten om te gaan. Die scholing bedoel ik, niet zomaar wat theorie.

De heer **Van Woerden**: Ik vind het fantastisch dat er zoveel extra geld is vrijgemaakt voor dit onderwerp. Er komt niet alleen 870 mld., maar er komen ook 12 000 extra mensen om de zorg uit te voeren. Daarnaast komt er een Beginselenwet zorginstellingen. Ik ben er wel bang voor dat het geld opgaat aan een aantal zaken dat in deze Beginselenwet wordt genoemd. Ik geloof overigens dat de staatssecretaris het weer een beetje heeft afgezwakt in haar eerste Houtskoolschets, maar ik doel op de rechten die men straks heeft, zoals de dagelijkse douchebeurt en het dagelijks naar buiten gaan. Ik denk dat er heel veel extra medewerkers nodig zijn om dat voor elkaar te krijgen, hoe fantastisch het ook is. We moeten goed opletten waarvoor die 12 000 extra mensen – stel dat we die ergens vandaan kunnen halen – worden ingezet. Is het niet veel beter om hen eerst in te zetten voor alle schrijnende zaken die er nu zijn? Laten we dat eerst oplossen, voordat we kijken naar verdere verbeteringen. Toen ik die Houtskoolschets las, dacht ik aan de instelling waarin ik heb gewerkt en hoe de zorg daar nu is georganiseerd. Misschien komt er daar dan een buitendouche: mensen worden 's ochtends uit bed getakeld en gaan buiten door de wasstraat. Dan hebben we twee in één, én frisse lucht én een douche. Ik zeg het een beetje sarcastisch, maar ik bedoel het heel serieus. Het creëert namelijk bijna een nieuw probleem, dat weer opgelost moet worden in de dagelijkse maalstroom van de zorg, het duwen, tillen en sjoeren en zorgen dat iedereen weer klaarzit en naar bed gaat. Ik wil dat het wordt ingezet op de plekken waar het echt nodig is.

Mevrouw **De Mooij**: Als er meer geld beschikbaar komt, ben ik er een voorstander van meer te doen aan deskundigheidsbevordering van de zorgverleners. Ik denk dat het inzetten van een regionaal kwaliteitsteam, waarbij verpleegkundigen van niveau 4 of 5 in verschillende instellingen circuleren, meewerken aan het bed en van binnenuit een goede kwaliteit van zorg introduceren, een heleboel wantoestanden kan voorkomen. Tegenwoordig is de opleiding Casemanagement bij dementie erg in opmars. Ik vind het goed om daarin te investeren, omdat deze er een bijdrage aan levert dat mensen veel langer thuis kunnen blijven wonen, wat sowieso het beste is.

De **voorzitter**: Dank u wel. Ik geef het woord aan mevrouw Wolbert.

Mevrouw **Wolbert** (PvdA): Voorzitter. Ik wil dieper ingaan op het onderwerp opleidingsniveau. Bijna iedereen zegt dat het extra geld in ieder geval besteed moet worden aan deskundigheid en opleiding. Toch is er iets raars aan de hand. De heer Koenen zegt dat hij zelfs ongekwalificeerd personeel aanstelt, als het maar de juiste attitude heeft. Sommigen zeggen dat ze veel meer verpleegkundigen in huis moeten hebben. Wat is er aan de hand met het opleidingsniveau? Ik ben benieuwd of iemand kan zeggen waarom het opleidingsniveau wel een onderwerp is, maar eigenlijk ook geen.

De heer **Koenen**: Toen ik begon met de Herbergier, had ik een aantal dogma's: alles mag zo worden zoals het is, maar niet zoals het in het

verpleeghuis gaat. Medicijnen delen is ongelooflijk belangrijk in het verpleeghuis. Iedereen die is opgeleid in de zorg weet dat men een fout moet melden. Daarvoor zijn formulieren. Het feit dat iemand wekenlang niet buitenkomt of één keer per week wordt gedoucht, vindt men niet erg. We hebben een hond, Kees, en ik bedacht me dat ik die hond nog kon leren om medicijnen te delen. Iemand het gevoel geven dat hij iemand is, valt echter niet te leren. Dat zit in je of niet. Volgens mij is dat de essentie van ons vak.

Ik ben toevallig ook nog docent geweest. Wij leren mensen op de werkplek een aantal zaken dat belangrijk is, maar we selecteren mensen op dat gevoel. Ik ben nog uit de tijd van professor Mieke Grypdonck. Ik heb haar ook bezocht. Het ging over deskundigheidsniveau's. Men zei dat de mensen uit de IC's het hoogste deskundigheidsniveau hebben. Mieke Grypdonck zei toen: nee, het zodanig verzorgen van een demente dame dat zij in de spiegel kijkt en het gevoel krijgt dat ze iemand is, vergt het hoogste deskundigheidsniveau dat er bestaat. Nogmaals, een aantal dingen is te leren, maar het gevoel zit in je. Daar gaat het ons om. Voor het eerst na vier jaar gaan onze medewerkers een scholing krijgen, in communicatie. Hoe communiceer je onderling? Hoe maak je afspraken? Dat doen we nu pas, na vier jaar, omdat we constant bezig zijn geweest met de basis, met dat gevoel. Dat leren we ter plekke, op de werkvloer.

De heer **Hoogerheide**: Ik denk dat het een combinatie is van persoonlijke kwaliteiten en deskundigheid. Om te beginnen moet er aandacht worden besteed aan de vraag of mensen als mens goed in elkaar zitten. Zijn ze bereid om voor anderen te zorgen? Vinden ze dat fijn? Kunnen ze dat? Vervolgens moet daar wel deskundigheid aan toegevoegd worden. Stel je voor dat je dement bent en een verzorger om je heen hebt waar je heel angstig en onrustig van wordt, dan is het veel fijner als het iemand is die weet hoe hij je gerust moet stellen. Dat is een kwestie van attitude, maar het is ook een kwestie van deskundigheid. Je kunt veel al werkende leren, maar een deel moet je misschien ook op school leren. Ik denk dat de combinatie er uiteindelijk voor zorgt dat je kwaliteit kunt leveren. Daar is heel veel aandacht voor nodig. Er komen nu leerlingen binnen van 18 of 19 jaar, zeker in de grote steden, die in hun leven al meer hebben meegemaakt dan sommige zorgverleners van 50 of 55 jaar die in de instellingen rondlopen. Op school moet je al kijken of die mensen uiteindelijk als persoon in staat zijn om zo voor zichzelf te zorgen dat ze ook voor anderen kunnen zorgen. Daar wordt geen aandacht aan besteed. Er zijn instellingen die de deur openzetten en iedereen binnenlaten met het idee dat er toch een proeftijd is en er aan het eind wordt bekeken hoe het gaat. Als een instelling die personen vervolgens toch binnenhoudt, omdat er anders weer iemand wordt gemist, ontstaat er na drie of vier jaar een puinhoop. Die instellingen zijn aan te wijzen. Daar zit het hem in.

Mevrouw **Tijmense**: De namen van Madeleine Timmermans en Anne Goossensen zijn al gevallen. Madeleine Timmermans heeft een promotie-onderzoek gedaan naar presentie. Presentie betekent in dit geval niet: hier present zijn. Het gaat om heel dicht bij de bewoners zijn en vanuit je eigen gevoel durven kijken wat je voor iemand kunt betekenen. Je stelt ook de vraag: mag ik iets voor die persoon betekenen? De stichting Presentie is heel druk bezig binnen te komen in de wereld van dementie en dat gaat volgens mij redelijk lukken. Presentie is heel eenvoudig: kijk naar wie je voor je hebt; kijk naar wat je voor die persoon kunt betekenen. Als we die attitude kunnen binnenbrengen bij de medewerkers in de zorg, zijn we een heel eind, ongeacht hun niveau. Ik heb overigens een bloedhekel aan het woord niveau, omdat wij medewerkers in dienst hebben die in de huishouding werken en een betere houding hebben dan sommige verpleegkundigen, die heel goed weten hoe ze moeten spuiten, maar niet

weten hoe ze hun houding moeten bepalen ten opzichte van mensen met Korsakov of dementie.

Mevrouw **Merkies**: De vraag van mevrouw Wolbert geeft precies aan waarmee wij zelf ook worstelen. Het zorgkantoor geeft aan dat wij moeten voldoen aan een aantal eisen, bijvoorbeeld dat er binnen tien minuten een verpleegkundige ter plekke moet kunnen zijn of dat er 's nachts minimaal drie mensen met niveau 3 aanwezig moeten zijn. Dat is een heel technische benadering, waarbij we het weer hebben over de patiënt met zijn ziekte. Als we het hebben over niveau 4, hebben we het al gauw over verpleegtechnische handelingen. Het betekent dat er binnen tien minuten iemand moet zijn die een spuit kan zetten, om het maar even gechargeerd te zeggen. Het gaat er vooral om dat de medewerker de bewoner kent. Als moeder weet ik heel goed wanneer ik de huisarts moet bellen als er iets aan de hand is, omdat ik mijn kinderen ken. Bij goede zorg kennen we de mensen voor wie we zorgen. Bovendien kunnen we ook nog altijd de familie raadplegen. Ik denk niet dat het papiertje waarop staat dat je goed bent in het uitvoeren van verpleegtechnische handelingen, maakt dat je beter voor de bewoner zorgt. Dat betekent wel dat je die mensen moet kunnen roepen als het nodig is. Zorg er dan wel voor dat je contact hebt met verpleegkundigen die dezelfde benaderingswijze hebben en in een organisatie werken waarin wordt tegemoetgekomen aan de wensen van de bewoner, die de prik of een andere technische handeling misschien niet wil.

Mevrouw **Drost**: Toen wij begonnen met onze transformatie, hebben wij met name mensen aangetrokken met een SPW-diploma, dus met een welzijnsachtergrond. Per saldo is het ook erg belangrijk – tenminste, zo ervaren wij het – dat er ook heel veel mensen zijn met een zorgachtergrond, zodat ze bepaalde zaken kunnen plaatsen. Ik vind dat cruciaal. Een bepaalde kwaliteit – we noemen dat niveau – vind ik ook belangrijk om mensen snel dingen te kunnen laten ervaren. Daarover denkt kennelijk niet iedereen hetzelfde.

De heer **Van Woerden**: Ik herinner me uit mijn eigen opleiding dat er wel werd stilgestaan bij dementie. De eerste stage was eigenlijk altijd in een verpleeghuis, waarbij het de bedoeling was dat we de basiszorg leerden die nodig is, zoals wassen en aankleden. Daarna wordt er vooral ingezoomd op heel moeilijke ziekten en het ziekenhuis. Hierbij ontstaat het gevoel dat dementie voor een lager niveau is en wij, op de verpleegkundigenopleiding, worden opgeleid voor de moeilijke dingen. Als je vervolgens in een verpleeghuis of een verzorgingshuis komt en te maken krijgt met mensen die dement zijn, weet je eigenlijk niet goed hoe ontzettend ingewikkeld het is daarmee op een normale manier om te gaan. Ik denk dat er niemand is die het perfect kan, omdat het iedere dag anders en heel ingewikkeld is. Voor mijn gevoel moeten opleidingen er wel veel meer bij stilstaan. Men moet veel meer benadrukken dat dementie heel erg is en dat we dementie in de toekomst misschien steeds meer tegenkomen. Men moet de benodigde handvatten geven om daarmee om te kunnen gaan.

Ik ben 24 uur bij de heer Koenen in huis geweest. Ik heb me erover verwonderd dat niet iedereen een zorgopleiding heeft. De sfeer was heel open en ik had ook het gevoel dat men elkaar corrigeerde. Er was bijvoorbeeld een rechtenstudent of een bibliothecaresse of een yogalerares, die net zo goed met de dementerenden omging als degene die de medicijnen mocht delen. Dat wil overigens niet zeggen dat niemand meer een opleiding nodig heeft; dat is juist heel belangrijk. Ik kan me wel goed voorstellen dat iemand die open is en interesse heeft voor andere mensen, ook in staat is in te schatten wat de ander nodig heeft. Daar gaat zorg heel vaak over.

Mevrouw **Venrooy-van Ark** (VVD): Voorzitter. Ik wil voortborduren op wat er eerder is gezegd over instellingen waarin het wel goed gaat en instellingen waarin het niet goed gaat, terwijl ze werken onder hetzelfde systeem. Ik zie gelukkig heel veel voorbeelden in de praktijk van organisaties die ruimte geven aan hun professionals, zodat ze goed kunnen aansluiten bij de wensen van mensen. Men moet zich bepaalde vrijheden veroorloven, die misschien volgens de protocollen niet moeten kunnen. Hoe erg is het dat mensen met de ziekte van Alzheimer weglopen en even kwijt zijn, als het alternatief betekent dat mensen altijd worden opgesloten? Dat soort voorbeelden hoor ik zowel in de naturazorg als in de pgb-zorg en ik vind dat heel positief.

Ik worstel nog wel met de vraag wat er in deze geprotocolleerde samenleving gebeurt als het niet goed gaat. Dan komt de hele machine op gang van inspecties, verantwoording, krantenartikelen, Kamervragen en spoeddebatten. Hoe kijken onze gasten daartegenaan? Wat willen zij dat er gebeurt als het niet goed gaat?

Mevrouw **Merkies**: Dat vind ik een heel lastige vraag, want het betekent dat het al is geëscaleerd. Men moet proberen in nauw contact te staan met familie. Het gaat natuurlijk wel eens mis. Op een locatie waar de Wet BOPZ geldt, moeten de voordeuren dicht; de mensen mogen niet naar buiten. Er gaan toch wel eens mensen naar buiten, soms omdat we dat hebben afgesproken, maar er gaan ook wel eens mensen naar buiten met wie is afgesproken dat ze eigenlijk binnen de deuren blijven. Dat betekent dat we met familie moeten overleggen en zeggen dat we het niet goed hebben gedaan. Eigenlijk escaleert het nooit. We vinden het heel erg als zoiets gebeurt, omdat we de zorg en de verantwoordelijkheid hebben voor iemand. Als we echter goed laten zien dat we het uitzoeken en er alles aan doen om te zorgen dat het niet meer gebeurt, zijn we er meestal al. Als het escaleert en in de krant komt, zijn we daar natuurlijk niet blij mee. Het enige wat we altijd moeten doen, is uitzoeken wat er is gebeurd en aangeven wat we doen om het niet meer te laten gebeuren. Uiteindelijk is het verhaal heel simpel: we moeten openheid van zaken geven; we moeten aangeven wat we goed doen, maar zeker ook aangeven wat we niet goed doen. Dat gebeurt natuurlijk op alle plekken. Uiteindelijk moeten we terug naar de bewoner en de familie en hopen dat we het met hen goed hebben opgelost. Dat is uiteindelijk wat we willen.

De heer **Koenen**: Ik vind het een zeer interessante vraag. Er gaat een heleboel niet goed en er gebeurt niets. Toen de eerste gast met zpp 5 alleen de stad inging, sloop ik er de eerste zes weken achteraan. Ik voelde mij heel erg verantwoordelijk. Op een gegeven moment zei die mevrouw tegen mij dat ze last van me had, omdat ik achter haar aan sloop. Toen dacht ik: ik ben hartstikke gek; dit is een volwassen vrouw die het al lastig genoeg heeft en ik loop achter haar aan. Ik voelde me hetzelfde als toen mijn dochter voor het eerst alleen met de fiets naar school ging. Ik zat samen met mijn vrouw voor de ramen en om beurten wilden wij achter haar aan gaan.

Iemand die bij ons weggaat zonder afspraken daarover met de familie, hoeft maar tien minuten te lopen naar Park Sonsbeek, een weg over te steken en is vervolgens op de Veluwe. Daar fantaseer ik wel eens over. Als iemand daar aan het dwalen gaat, kan hij een paar dagen later overleden zijn. Dat kan. We kunnen de deur ook op slot doen, zodat men niet meer buiten komt. De keuze is voor mij heel helder en ik zal mij verantwoorden. Punt.

De heer **Van Woerden**: Er zijn Kamervragen gesteld naar aanleiding van mijn onderzoek. De staatssecretaris heeft in haar reactie gezegd dat een instelling zelf verantwoordelijk is voor de invulling van de zorg en dat de Inspectie er toezicht op houdt, als het niet goed gaat. Daarmee is de kous

af. Ik vind het overigens fantastisch dat er in de Kamer weer even bij wordt stilgestaan. Men realiseert zich dat het ergens niet goed gaat en dat men er iets mee moet. De vraag is wat er dan moet gebeuren. De Inspectie gaat weer iets doen, maar is volgens mij best onderbemand. Zij moet zo veel doen, dus vraag ik me af of er genoeg mensen zitten om dit vol te houden.

De directeur van de instelling waar ik werkte, is zelf naar de Inspectie gegaan en verteld dat er een journalist was die dingen heeft geconstateerd en dat de instelling een verbeterplan heeft gemaakt. De directeur zegt dat hij inmiddels een aantal dingen heeft afgeschaft, zoals het medicijnen delen aan de hand van labeltjes in de kraag waarin de naam van de bewoner staat. De vraag is wat er dan moet gebeuren? Nog steeds wonen er mensen in die zorginstellingen en nog steeds gaat iedere ochtend om zeven uur het alarm en begint de maalstroom weer. Het is een heel moeilijke vraag, maar volgens mij komt het weer terug op de vragen: is er een open cultuur? Gaan mensen met elkaar in conclaaf? Het is inderdaad vervelend als het in de kranten terecht komt, maar ik vind dat goed. Als iets misgaat en als de samenleving mensen iets belooft wat zij hun niet kan bieden, moeten we erover praten. Het moet worden aangekaart. Mensen moeten zich erover buigen, zoals we hier nu doen. Wat mij betreft kan eigenlijk niet vaak genoeg in de krant staan waar het niet goed gaat en waarom het niet goed gaat, zodat er een verbetering kan komen. Het is wel ontzettend moeilijk om te bepalen waar die verbetering in zit.

Mevrouw **De Mooij**: Mijn voorstel is om een afdeling waar het niet goed gaat te sluiten en de bewoners over te brengen naar een huis waar het wel goed gaat. We moeten de bewoners niet ergens laten wonen waar de zorg heel slecht is. Ik denk dat men vooraf ook goed moet bekijken hoe men de zomerperiode moet opvullen. In deze periode keldert de zorg, als deze al minimaal is, zo naar beneden dat mensen heel slechte zorg krijgen. Men moet er vooraf veel meer rekening mee houden en bekijken hoe men dit gaat oplossen. Er kan bijvoorbeeld voor de zomer een opnamestop ingesteld worden. Men neemt dan vanaf maart geen nieuwe bewoners meer aan, zodat er in de zomer minder bewoners zijn.

Mevrouw **Dijkstra** (D66): Voorzitter. Net werd de Beginselenwet al even genoemd. Ik constateer dat we hier te maken hebben met organisaties die het goed doen. Zelf zeggen ze dat dit komt omdat ze anders omgaan met de regels. Moeten we eigenlijk wel weer een nieuwe wet met allerlei nieuwe regels optuigen? Die regels zijn eigenlijk gericht op organisaties waarmee het niet zo goed gaat. Misschien moeten we juist minder regels hebben en mikken op een cultuurverandering in die verschillende organisaties.

De heer **Hoogerheide**: Ik denk dat het veel verstandiger is ervoor te zorgen dat de instellingen in staat zijn om die dingen te doen die in de Beginselenwet staan. Als we willen dat mensen regelmatig naar buiten gaan, moeten we ervoor zorgen dat instellingen de middelen hebben om dit te realiseren. Als er een bestuurder daartoe niet in staat is, moeten we hem vervangen of onder curatele stellen. We moeten op een gegeven moment ingrijpen.

Mevrouw **Tijmense**: Ik ga toch een knuppel in het hoenderhok gooien. Dat doe ik wel eens vaker en niet iedereen is daar even blij mee. Wij zijn in Nederland ook gewend dat wij altijd zorg moeten verlenen. Toen ik mijn moeder en later mijn vader naar het verpleeghuis bracht, kreeg ik bij voorbaat al te horen dat dit niet betekende dat ik niet meer voor hem of haar hoefde te zorgen of dat ik niet meer met hem of haar naar buiten hoefde. Wij geven zorg aan mensen die geen familie meer hebben, dus

hebben wij vrij veel vrijwilligers rondlopen, die de basale dingen doen. Laten we alstublieft niet vergeten dat mantelzorgers ook nog een verantwoordelijkheid hebben als hun vader, moeder, broer of zus in een verpleeghuis zit. Ik weet dat dit zwaar is; ik weet dat van ons wordt verwacht dat we werken, kinderen krijgen en ook nog voor onze ouders zorgen. Het is niet gemakkelijk, maar er komt ook een moment waarop het niet meer betaalbaar is. Er wordt van iedereen het een en ander gevraagd. Dat is hier waarschijnlijk vloeken in de kerk, maar ik wilde het wel noemen.

De **voorzitter**: Nee, we staan voor alles open; daarom hebben we u uitgenodigd.

De heer **Van Woerden**: Het is geweldig dat er aandacht voor is, maar ik heb mijn bedenkingen bij het wetsvoorstel, omdat het schandalig is wat er in staat. Het zou normaal moeten zijn dat mensen dagelijks naar buiten gaan, als ze zin hebben. Het zou normaal moeten zijn dat mensen onder de douche kunnen gaan, op het moment dat ze dat willen. Ik kan me ook het vervolg niet voorstellen. Stel dat men niet dagelijks onder de douche gaat, maar het wel wil, moet men dan met deze wet in de hand naar de rechter stappen? Zegt de rechter dan: morgen gaat u onder de douche? Is er dan ineens genoeg personeel om dit uit te voeren? Heerst er dan ineens een open cultuur? Ik snap dat er een behoefte is om een signaal af te geven en te laten zien dat het zo niet meer kan, dat het beter moet en dat dit is wat wij minimaal nodig vinden. Ik vraag me af of een wet daarin echt verandering brengt. We nemen de oorzaken van de problemen er niet mee weg, maar we zeggen alleen maar hoe het zou moeten zijn. Ik denk dat dit bijna zonde van de tijd is. Maak een wet waarin instellingen genoeg handvatten vinden om het voor zichzelf beter te maken, zodat alle dingen in een keer zijn geregeld.

Mevrouw **Merkies**: Het lastige is dat alle controlemechanismen altijd achteraf werken. Een CQ-index wordt tweejaarlijks gedaan. Sommige bewoners zijn er dan niet eens meer. Het is allemaal achteraf. Het zijn regels op macroniveau terwijl het gaat om het microniveau. Het gaat erom of de cliënt blij is met de zorg die hij krijgt. Dat kunnen we mijns inziens niet regelen met regels op macroniveau.

De heer **Van der Staaij** (SGP): Voorzitter. Mijn vraag gaat over het punt dat mevrouw Tijmense aansneet, namelijk: wat verwachten we van de vrijwilligers, de mantelzorgers en de familie? Wat kunnen we er in de praktijk van verwachten? Hoe speelt de organisatie in op de rol van familieleden en mantelzorgers?

Ik heb ook een vraag voor de heer Hoogerheide, die sprak over de drie o's voor bestuurders in veel zorginstellingen. In hoeverre komen de bestuurders in de praktijk op de werkvloer om te horen hoe mensen de zorg ervaren?

De heer **Hoogerheide**: Goede bestuurders komen op de werkvloer en zijn voortdurend in gesprek met bewoners en medewerkers. Er zijn rapporten waarin precies staat hoe ze dat moeten doen. In die rapporten wordt ook geconstateerd dat sommige bestuurders het wel doen en andere bestuurders niet. Het zou wel moeten.

Ik wil ook iets zeggen over de betrokkenheid van de familie. Ik ken zelf een kleinschalige woonvorm, die helemaal is ingericht op participatie van de familie. Mensen zeggen in eerste instantie dat ze het doen, maar een halfjaar later blijkt toch dat er allerlei redenen zijn waarom ze er niet aan toekomen. Het is heel lastig af te dwingen. Als mensen door omstandigheden niet in staat zijn een dagdeel in de week mee te draaien om te koken of voor welzijn te zorgen, is het misschien een suggestie om een

bedrag per maand te betalen waardoor de instelling adequate vervanging kan inhuren. We kunnen mensen moeilijk de gevangenis in sturen als ze de toezegging niet waar kunnen maken. We moeten er wel wat mee, anders komen we voortdurend mensen tekort.

Mevrouw **Drost**: Het zou de praktijk moeten zijn dat mensen op dezelfde manier met hun familieleden omgaan als thuis, ook als ze in een huis wonen met andere bewoners. Dat kan ook heel gemakkelijk. Ik sprak laatst een familielid die bij ons stond te koken. Zij zei dat ze dat vroeger een keer per week bij haar schoonmoeder thuis deed en nu hier. Het maakte haar niet uit. Bij zes bewoners had ze, zei ze, meer rendement van haar inspanning. Dat is de boodschap: doe alles zo normaal mogelijk, net als vroeger thuis. Zo eenvoudig mogelijk moet het concept ook worden.

Mevrouw **Tijmense**: We leven in een gewone maatschappij, waarin iedereen blijkbaar een beetje aanzien wil. Bij onze zoektocht naar vrijwilligers merken we dat men vrijwilligerswerk bij mensen met Korsakov, «die oude zuiplappen», veel minder interessant vindt. Men krijgt aanzien als men vrijwilligerswerk doet in een hospice, waarin mensen overlijden. Vrijwilligers willen graag aanzien, dus moeten we ervoor zorgen dat de zorg leuker is en vrijwilligers aanzien hebben. Men vindt het helemaal geweldig als mensen in een hospice werken, maar men vindt het een stuk minder om te werken met mensen met Korsakov, hoewel deze ook zelden door hun eigen schuld zijn geworden wie ze zijn. Het is aan ons om het op de een of andere manier leuker te maken.

De heer **Koenen**: Ik hoop niet dat de politiek ons dwingt een therapeutische gemeenschap te worden en familie die niet wil, op te vangen. Mensen die gast zijn bij de Herbergier moeten een wettelijke vertegenwoordiger hebben. Vaak is dat familie. Zij moet dus al wat extra's doen. Het valt me op dat het bezoek niet anders is dan in de verpleeg- en verzorgingshuizen waar ik voordien heb gewerkt. Mensen zijn van harte welkom en ze mogen van alles doen, maar het is op geen enkele manier af te dwingen. Ik zou het erg spijtig vinden als de AOW'ers zonder aanvullend pensioen, die bij ons wonen, extra moeten betalen omdat hun familie niet komt.

De heer **Hoogerheide**: Ik bedoelde dat de familie moet betalen.

De heer **Koenen**: Ik heb ook gewerkt in een verpleeghuis waar wel veel familie kwam, vooral onder etenstijd, en dan het eten van moeder opat.

Mevrouw **De Mooij**: Ik denk dat een zorginstelling daarin zelf een grote verantwoordelijkheid heeft en zelf iets moet organiseren om familie binnen te halen. Het is soms voor mensen heel moeilijk om te komen, omdat er ook sprake kan zijn van een rouwproces. Sommigen weten niet zo goed hoe ze moeten omgaan met degene bij wie ze op bezoek komen. De instellingen zelf moeten zich buigen over de vraag hoe ze familieleden op een leuke manier kunnen binnenhalen en ondersteuning kunnen bieden. Er is natuurlijk ook heel veel leed bij familie.

De **voorzitter**: Ik rond af, gezien de tijd. Ik geef nog kort het woord aan mevrouw Merkies.

Mevrouw **Merkies**: Ik denk dat een nieuwe bewoner automatisch zijn familie meeneemt. Ik hoef helemaal niets te doen om hen binnen te halen; ze komen al binnen. De een doet meer dan de ander. Dat hangt ook af van de relatie met het familielid. In de organisatie waarin ik werk, zie ik ook het interessante fenomeen dat familieleden onderling relaties met elkaar aangaan en dingen samen afspreken. Ze horen er gewoon bij omdat de

bewoner hen meeneemt en ze hiervoor al een leven samen hebben geleid. Hopelijk zetten ze dat ook voort in de omgeving waar ze op dat moment wonen.

De **voorzitter**: Wij zijn aan het einde gekomen van het eerste blok. Ik dank u allen hartelijk, ook namens de commissie. U bent allen heel open geweest en hebt ons veel informatie gegeven. Ik dank u voor die openheid en voor de moeite die u hebt genomen om naar Den Haag af te reizen. Dat waarderen wij zeer. Ik ga ervan uit dat u ons volgt en scherp houdt.

Schorsing van 12.36 uur tot 13.00 uur

Blok 2

Gesprek met koepelorganisaties en bestuurders:

- **Hans Klein Breteler, oud-voorzitter Raad van Bestuur Ouderenzorg;**
- **Hannie van Leeuwen, oud-Eerste en Tweede Kamerlid en jarenlang onder andere woordvoester ouderenzorg;**
- **Guus van Montfort, directeur Kiwa Prismant (Kennis- en expertisecentrum voor de zorg);**
- **Aad Koster, directeur Actiz;**
- **Tiertsje Kuipers, V&VN ambassadeur van de zorg;**
- **Anneke van der Vlist, Ouderenorganisaties.**

De **voorzitter**: Welkom bij het tweede gedeelte van het rondetafelgesprek. Ik heet onze gasten van harte welkom. De heer Klein Breteler komt wat later en schuift vanzelf in het programma aan. Ik vraag onze gasten in een minuut of drie een korte statement te geven. Vervolgens stellen de Kamerleden vragen. Mevrouw Dijkstra en mevrouw Agema gaan eerder weg in verband met verplichtingen elders. Dat is geen teken van desinteresse, maar soms is er sprake van conflicteren agenda's. Mevrouw Uitslag schuift iets later aan.

Ik geef het woord aan mevrouw Van Leeuwen.

Mevrouw **Van Leeuwen**: Voorzitter. Allereerst dank voor de uitnodiging. Ik vind het reuze plezierig om, na zoveel jaren te zijn weggeweest, oud-collega's te zien die bezig zijn met dezelfde portefeuille waarmee ik mijn hele leven bezig ben geweest. Mijn korte introductie breng ik ook namens Hans Klein Breteler. Wij zijn hiervoor bij elkaar gaan zitten, net zoals we in het kader van ons verkiezingsprogramma ook vaak bij elkaar hebben gezeten.

Ik behoor zelf tot de doelgroep. Ik ben comorbide patiënt. Ik ben oud-kankerpatiënt, ik heb diabetes, hartfalen en COPD. Dat is denk ik wel genoeg om te weten hoe je als oudere in de zorg wordt bejegend. Daar wil ik ook mee beginnen. Een van de zaken waarin men tekortschiet, is een goede bejegening van oude mensen. Dat is niet de schuld van de medewerkers, want die hebben er geen tijd voor. Het komt door de veel te ver doorgevoerde bureaucratie. Bovendien is er te weinig begrip voor het feit dat de professionals wel weten wat er met de ouderen aan de hand is en in goed overleg met hen best ergens komen. Ik vind dat er voor alles rust moet komen in het veld. We moeten ophouden met alle wijzigingen die over elkaar heen buitelen. Er komt natuurlijk iedere keer een nieuw kabinet, dat iedere keer opnieuw begint met het wiel uit te vinden. Er is geen tijd om plannen goed te implementeren. Dit is een van de dingen waaraan het in Nederland schort. Er is geen goede implementatie van wijzigingen waarover we het eens zijn en waarvoor draagvlak is in de samenleving. Dat is wel ontzettend belangrijk.

Ik vind ook dat er veel meer aandacht moet komen voor de ouderen zelf. In het NPO (Nationaal Programma Ouderenzorg) spelen ze gelukkig volop mee en wordt er geluisterd naar hun behoeften. Hun behoeften liggen niet bij allerlei ingewikkelde medische hoogstandjes. Het gaat erom dat ze de juiste hulp krijgen op het juiste moment. Dat is ontstellend belangrijk. Daarvoor moet de indicatiestelling sterk worden vereenvoudigd en gemakkelijk toegankelijk zijn. Er moet één loket komen. Dat begint gelukkig in het kader van de Wmo ook al hier en daar te komen. Er moet een aaneengesloten keten van voorzieningen komen. Dat riep ik al in 1980, toen ik voorzitter was van de Nationale Kruisvereniging en de sectie Verpleeghuizen. Alles is nog precies hetzelfde. Er is nauwelijks enige essentiële verbetering in gekomen. Dat is eigenlijk begonnen met het registreren. Toen ik zelf voorzitter was van de Nationale Kruisvereniging, bedachten we dat er een registratiesysteem moest komen. De wijkverpleegkundige moest registreren. Daarmee zijn we volstrekt de fout in gegaan en dat is ook de dood geworden van de wijkverpleegkundige. We moeten de wijkverpleegkundige weer terughalen en het heft in handen geven, met een goede opleiding en scholing erbij.

De heer **Koster**: Voorzitter. Dank voor de uitnodiging. Ik heb al een veel te lang stuk naar de Kamer toegestuurd en zal dus mijn verhaal dus wat korter maken. Ik ga liever zo de dialoog aan. Ons streven is om mensen zo lang mogelijk thuis te laten wonen. Dat hebben we de afgelopen twintig jaar ook bereikt. Nu zijn er ten opzichte van twintig jaar geleden twee keer zoveel 80-plussers in Nederland. Dat is de potentiële doelgroep. Het aantal plaatsen in verpleeg- en verzorgingshuizen is echter min of meer hetzelfde gebleven, rond de 170 000. Dat betekent dat heel veel mensen de afgelopen twintig jaar thuis zijn blijven wonen en kunnen blijven wonen. Dat moet ook in de toekomst heel goed geborgd zijn. Ook in de toekomst, de komende vijftien jaar, zal het aantal 80-plussers nog verdubbelen, terwijl het aantal intramurale plaatsen gelijk blijft. Dat betekent tegelijkertijd dat mensen die uiteindelijk toch in een verpleeg- of verzorgingshuis komen, meestal ook een zwaardere zorgvraag hebben, waar men goed op in moet spelen. Dat heeft de afgelopen periode flink onder druk gestaan. Als wij kijken naar de cijfers die wij de afgelopen jaren met alle partijen naar boven hebben gehaald, zien wij dat er op het medische vlak, bijvoorbeeld het aantal valincidenten of medicatiefouten, behoorlijke slagen zijn gemaakt, die een forse verbetering hebben opgeleverd. Er zijn steeds minder mensen die wonen op meerbedskamers en steeds meer mensen die een eigen kamer hebben. De kwaliteit van wonen is verbeterd. Toch horen wij nog vaak dat dingen niet goed gaan. Dat klopt: er gaan ook nog heel veel dingen niet goed of ze kunnen nog beter. Daarnaast zijn wij op zoek. Door verantwoorde zorg te meten en met elkaar af te spreken dat de cijfers in alle openheid naar buiten worden gebracht, probeert Actiz met haar leden iedereen ertoe aan te zetten om daar waar het nodig is, dingen te verbeteren. 80% van de cliëntenraden gebruikt de rapportages al vrij snel nadat er is gemeten, dus niet pas na twee jaar. Deze rapportages komen echter pas na twee jaar op kiesBeter.nl, tot onze grote frustratie. 80% van de cliëntenraden gaat met de bestuurders van een organisatie in gesprek over de gegevens die de organisaties zelf krijgen. Wat kan er worden verbeterd? Hoe gaan zij het aanpakken? Er moet inderdaad een open klimaat zijn om dingen te bespreken, juist om dingen te verbeteren en daarvoor de gelegenheid te krijgen. In de toekomst gaan we hiermee door. We kunnen steeds beter zien waarom het op sommige plekken beter gaat dan op andere. Elementen hiervan zijn vanochtend in de discussie naar voren genomen en die onderschrijf ik voor het grootste gedeelte. Het gaat erom hoe we dit verder kunnen stimuleren en hoe we ervoor zorgen dat de organisaties die het goed doen ook een goed voorbeeld kunnen zijn voor de organisaties die nog dingen kunnen verbeteren, zonder er een stapel wetboeken

en regels aan toe te voegen. Volgens mij hebben we aan regels geen gebrek. We moeten het meer zoeken in de ruimte die de professional samen met de cliënt krijgt om de zorg op een goede manier te leveren.

Mevrouw Kuipers: Voorzitter. Ik ben Tiertsje Kuipers, sinds vier jaar ambassadeur van de ouderenzorg voor V&VN. V&VN heeft een campagne gehad om mensen in de zorg trotser te maken op hun beroep. Toen ben ik een van de ambassadeurs geworden. Sinds vier jaar houd ik in dat kader een eigen weblog bij en schrijf ik praktijkverhaaltjes. Ik heb op dit moment ongeveer 500 vaste lezers uit de verzorgende hoek. Zij vinden het heel leuk te lezen dat er ook heel veel goede dingen gebeuren in de zorg. Ik denk dat er nog altijd meer goede dingen gebeuren dan verkeerde dingen. Op dit moment werk ik niet meer in een verzorgingshuis, maar ben ik werkzaam als casemanager dementie. Ik vind dit een vervelende benaming, omdat het klinkt alsof ik achter een bureau zit, maar ik ben daadwerkelijk betrokken bij de directe patiëntenzorg. Ik begeleid dementerende ouderen in de thuissituatie. Met name in het traject van vroegsignalering, wanneer een patiënt zelf nog niet weet wat er aan de hand is, maar voelt dat er iets niet klopt, is het noodzakelijk dat er op dat moment zorg wordt ingezet. Het is belangrijk dat dit signaal wordt opgevangen door een huisarts, de familie, een huishoudelijke hulp enzovoorts. Dan kan ik als verpleegkundige worden ingeschakeld. Ik werk vanuit een vertrouwensrelatie. Ik ga naast de cliënt staan om te kijken of er zorg nodig is. Misschien is er geen zorg nodig, maar is het voldoende dat ik naast de cliënt sta en bekijk of hij naar de huisarts of de geriater moet om een diagnose te laten stellen. Het is heel belangrijk dat ik samen met de cliënt bekijk wat er allemaal is in zorgland. Mensen kunnen erin verdwalen. Het is ontzettend moeilijk, niet alleen op het gebied van de zorg, maar ook op het gebied van openbaar vervoer of het regelen van een telefoonaansluiting. Als casemanager sta ik naast de cliënt om zaken samen te regelen en te proberen de bestaande netwerken te versterken. Dat is ook heel belangrijk. Er zijn heel veel netwerken, maar de cliënt weet heel vaak niet hoe hij die netwerken kan bereiken. Casemanagers dementie geven ook scholing aan verzorgingshuizen en dagbehandelingen, omdat zij zijn gespecialiseerd in dementie.

Ik vind dat de ouderenzorg aantrekkelijker moet worden voor jonge mensen. De gemiddelde leeftijd van zorgverleners in de ouderenzorg stijgt. In de instelling waar ik heb gewerkt, was de gemiddelde leeftijd 47 jaar. Dat is behoorlijk hoog. Jonge mensen hebben nieuwe inzichten en kijken anders naar zaken. Wij hebben hen nodig. Ik denk dat het belangrijk is dat mensen van de werkvloer op scholen lesgeven, gepassioneerde mensen vanuit het veld die laten zien wat de zorg daadwerkelijk inhoudt. De maatschappelijke stage vind ik ook heel belangrijk. Jongeren die een maatschappelijke stage volgen, moeten worden gewezen op de ouderenzorg. Heel vaak denkt men dat de ouderenzorg saai is, maar dat is helemaal niet waar. Deze mensen hebben al zo'n lang leven achter zich. Vroeger werden oude mensen wijze mensen genoemd; tegenwoordig zijn oude mensen vaak uitgerangeerd. Ik denk dat dit beeld moet veranderen. Oude mensen zijn wijze mensen, van wie we veel kunnen leren. Ik denk dat een instelling haar best moet doen om goede werknemers te behouden. Dat kan door mensen scholing aan te bieden en mensen meer ruimte te geven om zich te ontplooien. Ik heb zelf vroeger een inserviceopleiding gedaan. Ik weet dat we daarnaar niet terug kunnen, maar ik pleit wel voor een leermeester-gezel-constructie. Ik denk dat dit heel belangrijk is.

De heer Van Montfort: Voorzitter. Ik ben Guus van Montfort, directeur van Kiwa Prismant, een kennis- en expertise-instituut in de gezondheidszorg. Daarnaast ben ik hoogleraar aan de Universiteit Twente in het vakgebied bedrijfseconomie, zorg en medische zorgtechnologie.

Ik wil het hebben over twee invalshoeken, namelijk: hoe stellen wij de patiënt echt centraal? Hoe lossen we de arbeidsmarktproblematiek op? Deze twee zaken hangen volgens mij met elkaar samen. Laatst zei iemand: we zetten de patiënt centraal om er links en rechts omheen te kunnen lopen. Soms lijkt het daar wel een beetje op. Ik denk dat een van de mogelijkheden is om het geld en de patiënt met elkaar te verbinden. We moeten de zorgvrager ook de koopkracht geven. Als we dat doen, krijgen we een koopkrachtige vraag, waardoor de zorgvrager echt interessant wordt voor hulpverleners, zorgverleners, instellingen, thuiszorg enzovoorts. Er zijn allerlei varianten denkbaar in persoonsvolgende budgetten, maar het principe is dat de zorgvrager en het geld aan elkaar worden verbonden. Dat biedt ook de mogelijkheid om veel meer echte zorg op maat te leveren. Nogmaals, als men de patiënt als zorgvrager niet binnenhaalt, verdient men 0,0 euro. Nu hebben we allerlei systemen met nacalculaties en voorcalculaties, vergunningen en erkenningen, waardoor de verbinding er nog niet is en waardoor de echte oriëntatie op de klant er nog niet is. Ik denk dat we dit veel meer bij elkaar halen door de persoonsvolgende budgetten. Nogmaals, er zijn vele varianten denkbaar. Dit leidt in mijn ogen tot veel meer mogelijkheden voor de patiënt om zelf te sturen. Zelfmanagement is uitermate belangrijk. Ik denk dat mevrouw Kuipers net een mooi verhaal heeft gehouden over de vraag hoe dit in de praktijk kan werken. Ik denk dat we daarmee de relatie tussen de zorgvrager en de zorgprofessional herstellen. Deze laatste krijgt er namelijk ook belang bij om een directe relatie te hebben met de klant, anders gaat de klant weg.

Hieraan enigszins gekoppeld zit het probleem van de arbeidsmarkt. In de recente brief van de minister en de staatssecretaris over de arbeidsmarkt staan veel zaken genoemd. Eén ding kan iets meer belichting krijgen, omdat dit niet wordt genoemd in de brief. Als de schaarste op de arbeidsmarkt toeneemt, ontstaat er, naast alle andere effecten die worden genoemd in de brief, zonder meer een opwaartse loondruk. Schaarste is sterker dan structuur. We betalen gewoon voor de schaarste. We moeten het arbeidsmarktprobleem oplossen, niet alleen omdat er voldoende handen bij de patiënt moeten zijn, maar ook om een opwaartse loondruk te voorkomen. Als we dat probleem niet oplossen, betalen wij 1% à 1,5% extra aan loonsommen, bovenop de normale beloningen. Dat werkt straks structureel door. In het verleden hebben we ook een paar keer schaarste gehad op de arbeidsmarkt. Daaruit leid ik af dat dit ongeveer 1% à 1,5% extra loondruk geeft. Als dit structureel is, jaar op jaar op jaar, moeten we oppassen dat we niet betalen uit de financiële ruimte die er nu is. We spenderen dan ongeveer een derde aan de extra loondruk. Dat is ook een reden om heel goed te kijken naar zelfmanagement. Ik denk hierbij aan veel meer buurtzorg en thuiszorgtechnologieën, om daarmee het arbeidsmarktprobleem, dat invloed heeft op de kwaliteit van de zorg en een opwaartse loondruk kan veroorzaken, te voorkomen.

Mevrouw **Van der Vlist**: Voorzitter. Ik dank u voor de uitnodiging. Hoewel ik lang geleden zelf in de ouderenzorg heb gewerkt, heb ik toch als voorwerk wat recente informatie gevraagd. Ik heb onze lidorganisaties geraadpleegd, waaronder de Unie KBO, die recent een onderzoek heeft gedaan, maar ook NOOM (Netwerk van Organisaties van Oudere Migranten), dat de organisaties van oudere migranten vertegenwoordigt. Dit komt ook terug in mijn bijdrage.

Instellingen houden tot nu toe onvoldoende rekening met de diversiteit onder ouderen. Sommige ouderen wonen bijvoorbeeld nog samen met een partner. Vervolgens wordt één partner opgenomen, terwijl de andere thuis blijft wonen. Dat voldoet natuurlijk niet aan de behoeften van mensen. Het zit hem ook in de leefstijl van mensen, die moeilijk kan worden voortgezet als ze in een grote instelling komen. Het doet zich ook

heel specifiek voor bij mensen met een andere culturele achtergrond. Wij signaleren een grote behoefte aan meer cultuurspecifieke zorg. Er zijn ook enorme verschillen in de kwaliteit van zorg. Ik was onder de indruk van de bevoegenheid die ik hier vanochtend hoorde. Er zijn instellingen die het fantastisch doen, maar er zijn ook nog heel veel misstanden. Een heel concreet voorbeeld is de Zweedse band die in een aantal instellingen nog volop wordt gebruikt, terwijl heel veel instellingen het gelukkig inmiddels zonder deze band af kunnen. Het blijkt dat er ook niet meer medicatie wordt gebruikt en dat er niet meer mensen vallen. Dit wordt door goede begeleiding voorkomen. Wij vinden dat dit overal werkelijkheid moet worden.

Hetzelfde geldt voor de rol van mantelzorgers in instellingen. Een belangrijke voorwaarde voor een goede rol van mantelzorgers is natuurlijk dat er goede communicatie is met de familie. Als er nog steeds huizen zijn waarin familieleden nauwelijks worden aangesproken of zelfs niet gedag worden gezegd, maar er wel wordt gezegd welke taken zij moeten doen, werkt het niet. Er zijn ook instellingen waarin men samen rond de tafel gaat zitten en men familie goed informeert. Vaak houdt men ook via e-mail contact. Dan zijn familieleden ook veel meer en beter in staat om een bijdrage te leveren.

In een recent onderzoek in de Cliëntenmonitor zag ik dat ouderen lang niet altijd terechtkomen in de instelling van hun keuze. Soms komt dit omdat er op een crisismoment een opname moet plaatsvinden, bijvoorbeeld omdat iemand in het ziekenhuis is na een val en ergens naartoe moet. Vaak zijn ouderen ook niet goed op de hoogte van de keuzemogelijkheden. Zij hebben zich niet voldoende kunnen oriënteren. Daar is een slag te slaan. Mensen moeten meer keuze-informatie krijgen. Ik denk dat via kiesBeter ook niet iedereen wordt bereikt. Ouderenadviseurs kunnen er een heel goede rol in vervullen.

De heer Van Montfort sprak net over het verbinden van het geld met de cliënt. Dat is het centrale thema van het plan dat de gezamenlijke cliënten- en ouderenorganisaties steeds naar voren schuiven. Laten we de cliënt meer de middelen en de positie geven om goede onderhandelingen te kunnen voeren. Het eigenregiemodel dat wij steeds naar buiten hebben gebracht, wil ik hier weer nadrukkelijk onder de aandacht brengen. Een ander punt daarbij is natuurlijk dat het juist in zorginstellingen gaat om heel kwetsbare ouderen. Dat veronderstelt tegelijkertijd een goede kwaliteit van de cliëntondersteuning. Deze hoeft niet altijd betaald te zijn, maar kan ook worden gedaan door vrijwillige ouderenadviseurs. Wij vinden dat het scheiden van wonen en zorg absoluut moet doorgaan. Het staat gelukkig ook in het regeerakkoord. Dat is een belangrijke voorwaarde om ervoor te zorgen dat het wonen meer centraal komt te staan en mensen in hun eigen omgeving kunnen blijven.

De voorzitter: Ik dank u allen voor de inleidingen. We gaan nu naar de vragen van de Kamer. Ik geef het woord aan mevrouw Agema.

Mevrouw **Agema** (PVV): Voorzitter. Wat mij de afgelopen jaren zo heeft geïntrigeerd, is de beweging om mensen zo lang mogelijk thuis te laten wonen en mantelzorgers voor van alles en nog wat in te zetten. De praktijk ligt echter wat anders. Heel veel mensen die uiteindelijk worden opgenomen, hebben niemand meer, of bijvoorbeeld een kind ergens in Groningen, terwijl ze zelf in Zeeland wonen. Zoals mevrouw Van der Vlist al aangaf, is het ook moeilijk om een keuze te maken voor een instelling. Dat is er eigenlijk niet bij. Ik raak dan eigenlijk een beetje bezorgd door de economische benadering van de heer Van Montfort. Op het moment dat we spreken over budgetten à la pgb, hebben we het over budgetten van mensen die zelf initiatief nemen, maar dat geldt voor heel mensen, die in de laatste levensfase in een verpleeghuis komen, niet meer. Bevinden we ons niet op glad ijs en een hellend vlak als we ervan uitgaan dat de

intramurale plaatsen in de toekomst niet worden uitgebreid en de mantelzorger dit wel zal opvangen?

De heer **Van Montfort**: Natuurlijk is het zo dat niet elke patiënt van 93-plus in staat is de hele regie over zichzelf te voeren. Dat is ook zo. Laten we aan de andere kant niet vergeten dat er een heleboel mensen zijn die dat wel kunnen. Er zijn ook een heleboel mensen die het nooit hebben mogen doen. Met andere woorden, geef de mensen ook de kans om het wel zelf te regelen. In dat kader is het pvb niet dé oplossing, absoluut niet, maar het is wel een belangrijke factor om tot die lijnen te komen. Natuurlijk kan de mantelzorger ondersteunen als er patiënten zijn die het niet echt zelf kunnen. We kunnen ook denken aan bepaalde ondersteuningsorganisaties die dit op verzoek van de klant doen, betaald en wel. Ik ken daar voorbeelden van, ook uitwassen, maar ook goede voorbeelden.

Mevrouw **Van der Vlist**: In het plan van de gezamenlijke cliëntenorganisaties noemen we daarom ook verschillende varianten. Het gaat niet alleen om het pgb waarbij men ook een heleboel administratieve handelingen moet verrichten, maar ook om een persoonsvolgend budget, waarbij een instantie het administratieve gedeelte blijft doen, maar waarbij men ook de positie heeft om zorg te kunnen inkopen bij de aanbieder van zijn keuze. Eigenlijk sluiten de twee vragen over de rol van mantelzorg en de eigen regie bij elkaar aan. Een mantelzorger die in Groningen woont, kan misschien wel ondersteuning bieden bij regeltaken, terwijl hij niet dagelijks of wekelijks kan komen wandelen. Er zijn heel veel dingen die voor iemand die in een instelling woont van betekenis kunnen zijn. Ik denk dat er op maat moet worden gekeken wat de omgeving kan bieden en dat men daarover in gesprek moet gaan. Men moet geen lijstjes voor de mantelzorger maken met «koelkast schoonmaken» enzovoorts en dat is het. Ik denk dat het gesprek daarmee een beetje doodslaait, maar men moet gewoon open het gesprek aangaan.

Mevrouw **Kuipers**: Dat is dus wat ik als casemanager dementie doe. Ik sta naast de cliënt en bekijk samen met de cliënt wat er aan mantelzorg is. Kunnen we die mantelzorg versterken en hoe kunnen we die mantelzorg optimaal inzetten, naast de professionele zorg? Ik laat de cliënt zelf de regie bepalen, maar ik kijk mee. Ik denk ook dat we die kant meer op moeten.

Mevrouw **Van Leeuwen**: Ik heb in mijn korte inleiding weinig over de mantelzorg gezegd omdat het ook in mijn stuk staat, maar ik ben het er helemaal mee eens dat een van de grote problemen is hoe we voldoende mantelzorgers houden. We moeten het aantrekkelijk maken. Daarom ben ik er zo voor dat ouderen samen met de professionals bepalen wat in hun situatie nodig is. Ik sluit me wat dat betreft aan bij mevrouw Kuipers. Daar begint het namelijk. De keuze voor de instelling is een ontzettend moeilijk probleem. Ik heb bewust de hele reorganisatie die noodzakelijk is voor de AWBZ niet vooropgezet. Na 60 jaar meelopen in de politiek, zie ik dat we overal plannetjes beginnen en niets afmaken. Laten we een keer prioriteiten stellen. Als alle politieke partijen wonen en zorg willen scheiden, hebben we onze handen daaraan meer dan vol voor de komende jaren, als we het goed willen doen. Dan moeten we andere dingen een lagere prioriteit geven. Als ik zelf alle prioriteiten weer had genoemd, had men mij hetzelfde kunnen verwijten. Ik heb heel nadrukkelijk keuzes willen maken. Laten we chronologisch het goede doen. Ik ben voor het persoonsvolgend budget, maar laten we dat eerst goed doen in de eerste lijn. Dan komt de tweede lijn vanzelf. Scheiden van wonen en zorg is belangrijker, want daarmee kunnen we een heleboel problemen oplossen.

De heer **Koster**: Ik heb net iets gezegd over het aantal 80-plussers. Op dit moment is de verhouding tussen 65-plussers en mensen uit de beroepsbevolking ongeveer 1 op 6. Over een jaar of vijftien zal de verhouding ongeveer 1 op 2 à 3 zijn. Dat betekent dat we er niet onbeperkt op mogen rekenen dat veel schoolverlaters tegen die tijd in onze sector gaan werken, hoe graag we dat misschien ook willen. Dat verplicht ons na te denken over de toekomst. Ik geloof dat dit ook een onderwerp is vandaag. We moeten investeren in een andere manier van organiseren, maar ook in het erbij betrekken van de omgeving van mensen. Er zijn goede voorbeelden, bijvoorbeeld van krimpregio's waarin de gemeente of een gemeenschap bekijkt hoe men met elkaar dingen kan oppakken, in plaats van direct naar de professionele betaalde zorg te verwijzen. Dat moeten we veel meer stimuleren. Daarnaast moeten we ook de mantelzorgers ondersteunen. Het is bekend dat mantelzorgers heel vaak overbelast zijn. We kunnen kijken hoe we mensen een aantal dagen vrijaf kunnen geven door een aantal alternatieven te bieden. Ik ben zelf verbonden aan een vrijwilligersorganisatie die vrijwilligers werft die een weekend, een lang weekend of een week bij mensen thuis zitten, zodat de mantelzorger er even tussenuit kan. Deze zaken kunnen allemaal helpen om mensen langer mantelzorger te laten zijn. We moeten dus niet aan één knop draaien, maar een heleboel verschillende dingen doen.

Mevrouw **Leijten** (SP): Voorzitter. De aanleiding voor deze hoorzitting waren de vele debatten die wij hier hebben gevoerd over zorginstellingen waarin het ontzettend slecht gaat, de zorg door de hoeven is gezakt, het bestuur, autistisch, niet heeft geluisterd naar de vloer en waarin mensen niet terechtkonden bij de inspectie. Signalen worden niet gehoord en niet erkend, maar opeens, als het ware uit het niets, komen locaties dan onder verscherpt toezicht te staan en is er sprake van extreem gevaarlijke zorg. Wij hebben vanochtend gehoord dat de inspectie toetst op de verkeerde dingen en welzijn niet meeneemt.

Het is interessant te horen hoe het moet met het geld en het persoonsvolgend budget en hoe we mantelzorgers moeten ondersteunen. Ik stel vast dat je gewoon mantelzorger bent, als er iemand in je familie is die zorg nodig heeft. Het lijkt me belangrijk dat de mantelzorger wordt gehoord. Ik heb een vraag voor de heer Koster, vertegenwoordiger van de bestuurders in de zorg en mevrouw Van de Vlist, van de ouderenorganisaties. Hoe kunnen we ervoor zorgen dat de misstanden niet meer voorkomen? Ik noem voorbeelden als de Haagse Wijk- en Woonzorg, Osira en Cordaan. Dit is geen beperkt lijstje, want we hebben het ook gezien in de gehandicaptenzorg en we weten dat er andere instellingen zijn, zoals de instellingen waarin de heer Van Woerden undercover heeft gewerkt. Wat is er nodig volgens de ouderenorganisaties, maar ook volgens de werkgevers, om te zorgen dat de open cultuur, waarover vanochtend werd gesproken, daadwerkelijk overal werkelijkheid wordt?

De heer **Koster**: Actiz heeft met haar leden afgesproken dat ze open zijn over de kwaliteit van zorg die ze leveren. Ik zie dat u nee schudt, maar alle cijfers waarover u heel vaak praat, zijn onder andere tot stand gekomen dankzij Actiz, die met andere partijen afspraken heeft gemaakt dat ze meten, bijvoorbeeld met CQ-metingen. Er worden verbeteringen afgesproken met cliëntenraden. Dit zijn allemaal zaken waaraan de afgelopen jaren hard is gewerkt en waarmee verbeteringen zijn bereikt. Kunnen we alles voorkomen? Nee, we kunnen niet alles voorkomen. Actiz kan niet als politieagent dagelijks door het land rijden, op zoek naar organisaties waarin dingen misgaan. Wij spreken onze organisaties er ook op aan, als het niet gaat. Ik heb zelf destijds een van onze leden aangesproken op de signalen die er waren. Een maand later kreeg ik een opzeggingsbrief binnen, omdat men geen lid meer wilde blijven van Actiz. Vervolgens kon die organisatie nog wel een tijdje contracteren met het

zorgkantoor. Ook dat komt voor. Er moeten dus wel consequenties aan worden verbonden. Nogmaals, Actiz kan hoogstens leden wijzen op de lidmaatschapsvereisten en dat betekent dat men moet werken aan verbeteringen en er transparant in moet zijn. We hebben niet voor niets dit jaar leveringsvoorwaarden afgesproken met cliëntenorganisaties en de Consumentenbond. Op basis daarvan hebben cliënten houvast. Eigenlijk hebben we de Beginselenwet dan niet meer nodig, want dat hebben wij al geregeld met de Consumentenbond en cliëntenorganisaties. Daarbij kan men zijn beklag doen en men kan eventueel naar de geschillencommissie. Dat is allemaal niet fijn natuurlijk, want we willen dit soort zaken eigenlijk voorkomen. Daarmee moeten organisaties vooral zelf aan de slag. We leveren hiervoor de instrumenten aan. Wij laten ze zien hoe andere organisaties het doen, de zogenaamde best practices. Een groot aantal van onze leden werkt mee aan allerlei verbeterprogramma's zoals Infozorg en Zorg voor Beter. We voorkomen echter niet dat er af en toe een organisatie door de hoeven zakt. Daarop moet actie worden ondernomen. Wat mij betreft is het prima als IGZ deze organisaties onder verscherpt toezicht plaatst. Dat is nu eenmaal haar rol. IGZ maakt daarbij ook gebruik van onze gegevens, waarover wij met partijen hebben afgesproken dat ze naar buiten mogen worden gebracht. Dat is wat wij tot nu toe kunnen doen.

Mevrouw **Van der Vlist**: Het is een lastig probleem, die misstanden die steeds weer voorkomen. We zien deze toch als een uitwas van heel grootschalige organisaties die soms niet meer weten waarvoor ze eigenlijk op aarde zijn. Met het scheiden van wonen en zorg kunnen we dit deels opvangen, want dan heeft de cliënt de mogelijkheid elders zorg in te kopen. Op dit moment is en blijft de cliënt gebonden aan de instelling. Ik denk dat de goede voorbeelden van met name kleinschalige voorzieningen veel forser gestimuleerd mogen worden. Daarin is het wel persoonlijk en is er geen afstand aanwezig.

Mevrouw **Van Leeuwen**: Een rotte appel in de mand maakt al het gawe fruit te schand. Wij zullen dus, ter wille van de goede organisaties in de zorg, er een veel krachtiger beleid op los moeten laten. Het is naar mijn overtuiging onvoldoende dat een koepelorganisatie zegt dat men transparant moet zijn en het beter moet doen. Ik vind dat we er sancties op los moeten laten, als het echt aantoonbaar slecht gaat. Daarvoor hebben we IGZ nodig. Ik vind ook dat IGZ veel krachtiger moet optreden. Juist door de slechte organisaties is het zo moeilijk voor alle mensen die keihard werken en wel goede zorg leveren. Dan kunnen wij toch niet tolereren dat die slechte organisaties de hand boven het hoofd wordt gehouden? Toen de zaak van Meavita en Philadelphia speelde, heb ik er ook wat over geschreven in een blad. Ik doe dit dus zonder onderscheid des persoons. Laten we dit gewoon doen. De Tweede Kamer moet aangeven dat IGZ maatregelen treft als organisaties aantoonbaar slecht zijn door verwijtbare schuld. Ik heb in mijn lijstje een heleboel punten genoemd die daarop slaan. Daaraan moeten we in combinatie aandacht geven.

Mevrouw **Leijten** (SP): Ik heb een vervolgvraag voor u, mijnheer Koster. Vanochtend hadden we hier een lege stoel; u hebt gehoord waarom dat was. Als uw leden dwangsommen opleggen aan hun personeel, omdat men niet mag spreken over slechte zorg, kan Actiz daartegen iets doen? Het lijkt mij goed om daar allemaal stelling tegen te nemen. Het is toch juist heel goed als het personeel aangeeft dat het niet goed gaat of dat een journalist erover schrijft? Dat mag toch gehoord worden?

De heer **Koster**: Ik vind dat je dat inderdaad voluit moet kunnen zeggen. Vanochtend is gezegd dat een open cultuur helpt dingen te verbeteren.

Als er geen open cultuur is, is dat het allergrootste probleem. Dan komt er geen enkele verbetering tot stand. Alle geld dat gaat naar een organisatie waarin dit niet is geborgd, waarin niemand iets durft te zeggen, is weggegooid geld. Ik ontraad ook dat te doen. Ik vind wel dat eerst de discussie binnen de organisatie zelf moet worden gevoerd, als er iets mis is. Men moet niet meteen, bij het eerste het beste wat er fout gaat, de pers bellen. Er moet een klimaat heersen binnen de organisatie dat men met elkaar dingen aanpakt. Er zullen altijd dingen verkeerd blijven gaan, want het is en blijft mensenwerk. Er kunnen gewoon dingen niet goed gaan. Het gaat erom dat men bereid is zich te verbeteren. Mevrouw Van Leeuwen zei dat we organisaties er dan uiteindelijk maar uit moeten gooien. Als er dingen misgaan – dat kan gebeuren – vind ik dat men moet kunnen aantonen dat men er vervolgens aan werkt. Als er aantoonbaar niets mee gebeurt en het blijft zo, heeft zo'n organisatie een probleem. Dat vind ik niet meer dan terecht. Ik weet overigens niet van welke organisatie deze meneer is. Dat zou best een organisatie kunnen zijn die enige tijd geleden bij ons haar lidmaatschap heeft opgezegd.

Mevrouw **Uitslag** (CDA): Voorzitter. Ik had eigenlijk een wat bredere vraag geformuleerd, maar tijdens het rondje van zojuist kwam er een veel concretere vraag bij mij op. Ik heb een vraag over de zzp's. In het vorige kabinet zijn de zorgzwaartepakketten geïnstalleerd, met het idee dat ze patiëntvolgend zijn. In een stuk van mevrouw Bussemaker werd aangegeven dat het in de zzp's mogelijk moet zijn dat de cliënt kiest welk deel hij uit een organisatie haalt en welk deel hij ergens anders haalt. De praktijk leert dat het niet zo gaat. Wat gebeurt er in dat systeem waardoor dit niet lukt? Ik sluit aan bij de introductie van de heer Van Montfort, die juist het patiëntvolgende systeem naar voren schoof als succesfactor voor een veranderende ouderenzorg.

De heer **Koster**: Het verhaal van de heer Van Montfort en mevrouw Van der Vlist onderschrijven wij volkomen. Wij zijn een grote voorstander van cliëntvolgendheid van het budget. Cliënten moeten zelf een aanbieder kunnen kiezen. Daarom wilden wij in Friesland een voucherproject doen. Ik weet dat ik dit woord hier niet mag uitspreken, maar ik zeg het toch maar even. Dit biedt de mogelijkheid aan de cliënt om, met het budget dat hij krijgt, zelf zorg in te kopen bij de organisatie waar hij dat wil of misschien wel bij meer dan een organisatie. Dat staan wij voor. Waarom gebeurt dit niet? Ik denk omdat er allerlei andere belangen mee gemoeid zijn. Het dreigt nu in Friesland alsnog de verkeerde kant op te gaan. Het kost dus heel veel moeite in een heel ingewikkelde jarenlang opgebouwde structuur dingen te veranderen. Dat betekent ook wat voor zorgorganisaties; dat ontken ik niet. Ze moeten misschien een aantal dingen loslaten. Aan de andere kant worden ze ook beloond als ze kwaliteit leveren en innoveren, met cliënten die voor hen kiezen. Als cliënten voor je kiezen, betekent dat ook dat je zorg kunt leveren en dat je daarvoor ook budget krijgt.

De heer **Van Montfort**: Zoals de zzp's nu lopen, even los van de administratieve component, is er nog geen sprake van een persoonsvolgend geldsysteem. We gebruiken de zzp's nu om de bestaande budgetsystemen binnen te laten lopen op de bankrekening van de instelling, niets meer en niets minder. De cliënt speelt daarin nog geen enkele rol. Het gaat mij erom dat de cliënt daarin een zodanige rol krijgt dat de professionals zich wel moeten bekennen tot die patiënt, anders komt het geld gewoon niet binnen. Dan gaat men echt lopen; daarvan ben ik overtuigd.

Mevrouw **Van der Vlist**: De cliënt heeft nu inderdaad niet de positie om dit soort onderhandelingen te voeren. Ik sluit me wat dat betreft volledig aan bij de andere sprekers. Het systeem van het persoonsvolgend budget hoeft niet eens zo ingewikkeld te zijn. Dan heeft de cliënt wel de middelen en de positie. Oudere mensen kunnen bijvoorbeeld niet bij MEE terecht; zij hebben geen cliëntondersteuning. Dat is tijdelijk wel zo geweest met de maatregelen omtrent begeleiding. De ouderenadviseurs zijn er soms wel, maar soms ook niet. Dat is per gemeente verschillend, maar ze zouden hierbij een mooie rol kunnen spelen. Ze kunnen onafhankelijk mensen adviseren en ondersteunen.

Mevrouw **Van Leeuwen**: Ik denk hier toch niet te gemakkelijk over. Ik behoor zelf tot de groep van kwetsbare ouderen. Op mijn spreekbeurten zie ik dat veel kwetsbare ouderen dit niet kunnen en er ook niet naar verlangen. We moeten de zorg zo hervormen dat er een casemanager in de eerste lijn beschikbaar is, met wie de oudere kan overleggen zodat hij langs die weg keuzes kan maken. Sommige sprekers gaan een stap te ver; het gaat echt niet vanzelf. Vanuit het NPO hebben we een aantal transitietrajecten waarmee we dit boven water proberen te halen. Hoe krijgen we de meest ideale opzet?

De heer **Van Montfort**: Mevrouw Van Leeuwen heeft bijna altijd gelijk, behalve nu. Bij een persoonsvolgend budgetstelsel – nogmaals, welke variant we ook kiezen, dat maakt niet uit – kan de patiënt ook voor het oude systeem kiezen. Dat is geen enkel probleem. Men moet niet per se alles zelf regelen en organiseren. Echter, nu kan de patiënt er niet voor kiezen, dat is het grote verschil. Niet elke patiënt kan en wil het, dat ben ik met mevrouw Van Leeuwen eens, maar laten we wel die keuzevrijheid geven. Als men keuzevrijheid heeft, biedt dan ook een ondersteuningsmogelijkheid.

Mevrouw **Kuipers**: Ik wil nog even reageren op mevrouw Van Leeuwen. Het is inderdaad heel belangrijk dat men van tevoren trajectbegeleiding krijgt. Dan komt men in de juiste instelling en loopt men ook niet de kans dat men binnen een instelling nog weer een ander zorgzwaartepakket moet aanvragen. Dat zorgt namelijk voor heel veel onrust, ook binnen de instellingen.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Voorzitter. Mevrouw Uitslag heeft mij het gras voor de voeten weggemaaid, maar dat maakt niet uit. Ik wil een klein aspect belichten, namelijk diversiteit onder ouderen. Ik lees in een brief van CSO (Centrale Samenwerkende Ouderenorganisaties) dat instellingen onvoldoende rekening houden met diversiteit onder ouderen. Men heeft het dan bijvoorbeeld over getrouwde mensen en mensen uit andere culturen. In de toekomst vergrijzen we niet alleen, maar we verkleuren natuurlijk ook, dus wordt dat aspect steeds belangrijker. Wat kan de politiek doen om daar meer op in te spelen?

Mevrouw **Van der Vlist**: Ik vind het moeilijk om dat direct aan de politiek te adresseren. Het is iets wat ook in de instellingen zelf moet gebeuren. NOOM zegt bijvoorbeeld heel duidelijk dat er geen cultuurspecifiek beleid gevoerd hoeft te worden. Er moet leefstijlgerichte zorg zijn. Dat geldt net zo goed voor alle autochtone Nederlanders met hun gebruiken en achtergronden. Zij verschillen ook erg van elkaar. Men moet een werkwijze en een cultuur hebben waarin men goed in gesprek gaat met de cliënt. Men moet zich verdiepen in de achtergrond en proberen de zorg en met name het welzijn daarop af te stemmen. In opleidingen is zeker heel veel aandacht nodig voor cultuursensitiviteit. Ouderen zullen toch een belangrijke groep in de toekomst zijn.

Mevrouw **Kuipers**: Ik kom weer terug op mijn eigen vakgebied. De casemanager heeft zicht op de sociale kaart en weet dus wat er speelt op zijn of haar gebied.

De heer **Koster**: Wij hebben de afgelopen jaren samen met onder andere NOOM en andere ouderenorganisaties gekeken naar de aspecten waaraan een zorgorganisatie allemaal moet denken, als zij ook aan die groep ouderen de goede zorg wil leveren. We hebben het dan over voeding, andere eetgewoonten, rouwprocessen, ervaring met religie en noem maar op. Daar zijn behoorlijke slagen mee gemaakt. De zorgorganisatie moet daar zelf goed op inspelen. Het handigste is om het medewerkersbestand zodanig in te kleuren, letterlijk en figuurlijk, dat men ook specialisten in huis haalt, mensen die oog hebben voor culturele verschillen. Als deze mensen in een organisatie werken, helpt dat natuurlijk heel erg. Als een organisatie bekend maakt dat men er oog voor heeft, iets wat bijvoorbeeld wordt bevestigd door NOOM, moet een cliënt die dit belangrijk vindt ook kunnen kiezen voor een dergelijke zorgorganisatie die zich daarin heeft bekwaamd. Dat pleit er ook weer voor dat cliënten zelf hun zorgaanbieder moeten kunnen kiezen.

Mevrouw **Van Leeuwen**: Ik wil me graag aansluiten bij de aandacht voor leefstijl. De groepen zijn heel verscheiden. Dat heb ik ook weer gezien op de Vrouwendag in Vlaardingen. Ik heb het toen specifiek aan de orde gesteld en men zei toen ook weer dat de politiek het niet moet zoeken in allerlei bijzondere maatregelen. Men moet de casemanager gebruiken om te bekijken wat vanuit de leefstijl van degene voor wie zij bemiddelt het beste aansluit.

De heer **Van Montfort**: Ik denk dat de zorgverzekeraar of in dit geval het zorgkantoor een rol kan spelen in de ondersteuning van de cliënt bij de keuzes en de zorginkoop. Ook daarin kan men veel meer differentiatie toepassen, als men het financieringssysteem meer individugericht maakt en veel minder instellingsgeoriënteerd. Wij betalen nu niet voor zorg, maar voor instellingen. Als we dat omdraaien en voor zorg gaan betalen, kan het zorgkantoor, of straks eventueel de zorgverzekeraar, een veel meer gerichte rol vervullen in de zorginkoop voor zijn specifieke groep patiënten en tot veel meer differentiatie komen.

Mevrouw **Wolbert** (PvdA): Voorzitter. We zaten nog even na te praten over de laatste opmerking van de heer Van Montfort, dat zorgkantoren straks alleen de verplichting hebben goede zorg in te kopen voor hun eigen klanten. Dat zouden zorgkantoren nu namelijk ook moeten doen. Mijn vraag gaat over iets heel anders. Ik wil weer terug naar de kwaliteit van de verpleeghuiszorg. Voordat we het weten, zitten we anders in stelseldebates en discussies over inkoopende cliënten. Volgens mij moeten we dat even niet doen. Ik wil daar in ieder geval niet het accent op leggen. Tijdens het vorige gesprek zaten sommige gasten op de publieke tribune. In dat gesprek is er veel gesproken over verschillen tussen instellingen. Het ging – dat is in ieder geval mijn conclusie – over bevlogen leiderschap. In de instellingen met bevlogen leiderschap en visie gaat het beter en wordt er met hetzelfde geld een andere, kwalitatief betere en meer dienstbare zorg geleverd dan in instellingen waarin een ander soort managementcultuur heerst. Hoe kijken onze gasten hier tegenaan? Hoe komt het dat wij in Nederland telkens opnieuw bestuurders in instellingen krijgen – zij worden gekozen en door de raad van toezicht aangesteld – die niet die bevlogen en gedreven instelling hebben en meer op andere vaardigheden worden aangenomen? Ik ben heel benieuwd.

Mevrouw **Kuipers**: Ik kom uit Friesland en werk daar binnen een vrij kleine instelling. Ik denk dat het heel belangrijk is dat de directie bekend is met de werkvloer. Mijn direct leidinggevende, de directeur, heeft zelf op de werkvloer gewerkt.

Mevrouw **Wolbert** (PvdA): Bij uw instelling gaat het blijkbaar fantastisch, maar ik bedoel eigenlijk: hoe komt het nou dat we in Nederland bij meer dan de helft van de instellingen – in de benchmark van Actiz is dit zo – mensen hebben zitten die niet in de categorie «bevlogen leiderschap» vallen en een andere cultuur voorstaan? Hoe komen die mensen op die plekken?

Mevrouw **Van Leeuwen**: Het is heel simpel. Ik heb dit ook in mijn verhaal gezet. Ik heb het over een niet altijd competent toezicht of een te grote afstand van het toezicht op het primaire proces in de instelling. Het begint bij de raden van toezicht, want zij stellen de bestuurders aan. In die raden zitten over het algemeen mensen die kiezen op belangrijke namen en niet op kennis van de materie; dat is de fout van de instellingen zelf. Als men lid is van een raad van toezicht van een zorginstelling of een verpleeghuis, moet men in het vak hebben gezeten en de materie echt beheersen om een goede, idealistische, gedreven bestuurder aan te stellen. Daar begint het mee.

Mevrouw **Van der Vlist**: Ik heb ook de indruk dat de afgelopen tientallen jaren de nadruk is komen te liggen op een bedrijfskundige of economische achtergrond en het cijfermatige in de zorg. Daardoor is een vervreemding van de werkvloer ontstaan. Ik zag dit weekend een advertentie voor een hoofd servicepunt en het bleek te gaan om een zorginstelling. Het ging over de instroom, de doorstroom en de uitstroom van klanten en de administratieve afhandeling hiervan. Het ging over de juiste toeleiding van klanten naar de verschillende bedrijfsonderdelen. Als men zo daarover kan schrijven, ontbreekt blijkbaar die visie in die instelling. Ik denk dus dat kennis van de zorg, ook in de wat hogere lagen, zeer welkom is.

De heer **Koster**: Ik ben zelf econoom. Ik ken niet alle 425 leden van haver tot gort, maar er zitten heel veel verschillen tussen. Men hoeft niet per se verpleegkundige te zijn geweest, maar het kan ook iemand zijn die econoom is van huis uit. Het gaat erom dat men een visie heeft die men deelt met de mensen in de organisatie. Het moet niet alleen een verhaal op papier zijn; men moet er ook naar handelen en de mensen binnen de organisatie de gelegenheid geven om dat uit te voeren. Men moet ook de familie erbij betrekken.

Ik kwam laatst een van onze leden tegen die eigenlijk de vrijwilligers en de familieleden een beetje moest afremmen omdat ze zoveel wilden doen binnen de organisatie. Er heerste zo'n goede sfeer en mensen werden er zo volop bij betrokken, dat ze elkaar uiteindelijk voor de voeten liepen. Daar moesten ze mee oppassen. Dat heeft dus heel erg met de sfeer te maken. Het heeft te maken met de persoon die dat doet. Bij het aannamebeleid van raden van toezicht moet dat thema misschien veel meer op de agenda staan. Dat is een van de redenen waarom wij dergelijke benchmarkgegevens aan onze leden en anderen toezenden. Overigens wil ik niet zeggen dat het voor de helft slecht is en voor de helft goed. Ik wil trouwens ook graag het verhaal uit de wereld helpen dat een grote organisatie het per definitie niet kan en een kleine organisatie het altijd wel goed doet. Ik ken genoeg voorbeelden, overigens ook uit de privé-sfeer, waarbij het andersom kan zijn. Het heeft echt te maken met de persoon en de sfeer binnen een organisatie. Is er een open cultuur? Worden zaken die fout gaan, verbeterd? Worden deze zaken besproken met de cliëntenraad? Worden medewerkers in de gelegenheid gesteld om

dat te doen? Het is heel erg lastig om bij wijze van spreken van bovenaf te verordonneren dat men bij de volgende sollicitatieprocedures alleen maar iemand uit die hoek wil. Men zou er wel veel meer reclame voor kunnen maken en veel meer laten zien aan anderen wat het oplevert. Daar zijn wij volop mee bezig.

De heer **Van Montfort**: Het is helemaal geen schande over geld te praten, maar het gaat erom hoe je erover praat. Als erover wordt gepraat in de termen die mevrouw Van der Vlist net noemde, zit er blijkbaar iemand die de passie voor de zorg in feite niet heeft, hoewel het daar wel over gaat. Het gaat er niet om of je econoom bent. Er zijn goede economen en er zijn slechte economen. Er zijn goede politici en slechte politici. Er zijn goede verpleegkundigen en slechte verpleegkundigen. Het komt overal voor, ook in deze situatie. Ik denk dat een raad van toezicht zich ervan bewust moet zijn – ik mag zelf ook wel eens zo'n rol vervullen als lid van een raad van toezicht – waarvoor de instelling staat. Wat doet deze instelling? Men moet vragen stellen die echt betrekking hebben op de zorg. Men moet af en toe op de werkvloer komen. Dat is uitermate belangrijk. Dan kan men beter over geld praten dan wanneer men dat niet doet.

Mevrouw **Venrooy-van Ark** (VVD): Voorzitter. In het regeerakkoord staat een paragraaf over regelluwe experimenten. Ik sprak laatst een vertegenwoordiging van een verzorgingshuis, dat zich daarvoor had aangemeld, maar te ver wilde gaan. Blijkbaar zijn er ook regels voor de vraag hoe om te gaan met regelluwe experimenten. Zo doen we het in dit land. Welke regel willen onze gasten het liefst afschaffen om te komen tot een kwaliteitsverbetering?

De **voorzitter**: U bedoelt een regel die wij hebben ingesteld, vanuit Den Haag?

Mevrouw **Venrooy-van Ark** (VVD): Heel vaak hebben wij een debat waaruit iets rolt, heel common sense, wat vervolgens een regel wordt waarvan iedereen zich afvraagt hoe die er ooit is gekomen. Ik wil heel graag weten welke regels de mensen uit de praktijk willen afschaffen.

Mevrouw **Kuipers**: Wij hebben te maken met normen voor verantwoorde zorg. Ik kom bij mensen thuis en maak in de praktijk mee dat mensen vier zorgleefplannen moeten tekenen. Ik denk dat er dan een grens wordt overschreden.

Mevrouw **Van Leeuwen**: We moeten zorgen dat er maar één zorgplan komt.

De heer **Koster**: Volgens mij kunnen we een heel lijstje opnoemen. Ik vond de discussie van vanochtend heel opvallend. Ik vind het lastig om één regel te noemen. De heer Koenen zei dat zijn medewerkers bij de Herbergier niet altijd een opleiding in de zorg hoeven te hebben. Het gaat om hun attitude en of ze zich goed kunnen indenken wat de cliënt eigenlijk nodig heeft. Als ik dit combineer met de inhoud van de motie die vorige week in de Kamer is aangenomen, waarin staat dat de bestuurders persoonlijk aansprakelijk worden gesteld als ze onbekwaam personeel naar cliënten toesturen, neem ik aan dat de heer Koenen nog post kan verwachten. Hij doet dat namelijk wel. Ik denk ook dat het in dit geval helemaal zo gek nog niet is.

Er moet natuurlijk wel een goede mix zijn van medewerkers, met mensen die verstand hebben van ziektebeelden en weten hoe ze moeten handelen, mensen die overzicht hebben en integraal naar dingen kunnen kijken en mensen die zich kunnen inleven in de cliënten, voor wie ze het in feite

allemaal doen. Daarvoor hebben we natuurlijk heel veel regeltjes opgesteld, bijvoorbeeld dat de thuiszorg met twee mensen bij een cliënt moet komen om medicijnen toe te dienen, van wie de een de medicijnen moet toedienen en de ander moet controleren of het goed is. Daar sta je dan als medewerker 's avonds om 23.00 uur als iemand medicijnen nodig heeft, terwijl er verder niemand in de buurt is. Wie ga je dan bellen? Ze moeten immers met zijn tweeën zijn. Alles is dus heel erg dichtgetimmerd, om allerlei risico's te vermijden.

Ik zag laatst ergens een halve meter dik pakket over brandveiligheid. Er was een brand geweest en dan moet men vier verschillende plannen rondom brandveiligheid opstellen. We hebben steeds de illusie dat we alle risico's tot nul kunnen terugbrengen. We moeten veel meer kijken naar de vraag wat we eigenlijk willen bereiken. Natuurlijk moet er een cultuur heersen in de organisatie waarin risico's worden opgespoord en zo veel mogelijk worden vermeden. Ik kon me echter helemaal vinden in het verhaal van de heer Koenen vanochtend, die zei dat bewoners ook gewoon naar buiten willen. Dan lopen we misschien wel een keer het risico dat iemand in een bos terechtkomt en niet meer terugkomt uit dat bos. Mijn ervaring met een aantal leden dat dit heeft meegemaakt, is dat vervolgens de kranten vol staan, spoeddebatten hier aan de orde van de dag zijn en er weer allerlei nieuwe regels komen. Misschien moet de politiek zelf eens nadenken en wat minder regels op ons afvuren en bekijken hoe we op een andere manier toch tot een goede kwaliteit kunnen komen.

Mevrouw Kuipers: Ik vind kennis wel heel erg belangrijk en een vereiste. Mevrouw Van Leeuwen noemde net al comorbiditeit. Dat zien we heel veel bij ouderen. Natuurlijk kunnen we ook met mensen werken die iets minder kennis hebben, maar ik denk dat heel veel kennis toch heel belangrijk is bij het werken met de oudere patiënt.

Mevrouw Van der Vlist: Ik wil eigenlijk één regel toevoegen, hoewel dat niet de vraag was. Wij willen graag een verbod op de Zweedse band, want het lukt nog steeds niet om deze, zonder een verbod, landelijk uit te bannen. Het kan instellingen en medewerkers helpen om dit in een instelling te realiseren. Ik vind ook dat allerlei beperkende regels, die medewerkers in de weg staan om hun werk goed te doen, moeten verdwijnen.

Ik wil ook nog wijzen op de regelgeving rondom wonen. Het gaat hier over het leven van mensen in instellingen. Wij zeggen bijna allemaal dat we de richting op moeten van het scheiden van wonen en zorg, maar dan moeten we heel goed de regelgeving rondom wonen in de gaten houden. Het lukt van geen kanten om voldoende goede woningen voor ouderen te bouwen zodat ze ook goed thuis kunnen blijven wonen. De zorginstellingen hebben moeite om nieuwe wooncomplexen gefinancierd te krijgen via corporaties. Ik denk dat het belangrijk is dat dit goed wordt afgestemd.

Mevrouw Van Leeuwen: Ik wil nog iets zeggen over het scheiden van wonen en zorg. Toen ik net Eerste Kamerlid was in 1995, hebben we de bejaardenoorden ingevaren in de AWBZ. Toen was het scheiden van wonen en zorg al aan de orde. We leven inmiddels in 2011 en we beginnen er nooit aan, omdat we in het hele systeem denken. Daarom heb ik in mijn stuk geschreven: begin met pilots op het gebied van het scheiden van wonen en zorg waar het relatief eenvoudig kan, en bouw dat uit. Probeer er een tijdslimiet aan te stellen, zodat het in zoveel jaar voor elkaar is gefietst. Houd dan goed in acht wat er op het terrein van het wonen gebeurt, net zoals mevrouw Van der Vlist al zei. Wij hebben in het NPO van meet af aan gezegd dat we niet alleen vanuit zorg moeten denken, maar vanuit het bredere welzijnsveld. Alleen dan doen we de kwetsbare ouderen recht.

Mevrouw **Dijkstra** (D66): Voorzitter. Ik dank onze gasten voor hun aanwezigheid. Het is goed verder te kunnen doorpraten over een aantal zaken, na de bijeenkomst van vanochtend. Het is fantastisch dat mevrouw Van Leeuwen erbij is, omdat zij dit onderwerp van alle kanten kan benaderen.

We spraken net over minder regels en meer kwaliteit. Het blijft echter bij woorden. Ik zoek naar een manier om deze in de praktijk te brengen. Er is gezegd dat er een cultuurverandering nodig is. We hebben vanmorgen voorbeelden gehoord van instellingen waar het heel goed gaat. Een cultuuromslag is echter ongeveer het moeilijkste wat er is. Mevrouw Van Leeuwen schetst een somber beeld van hoe lang zaken duren. Wij willen allemaal een scheiding van wonen en zorg en dat moet nu ook snel gebeuren. Hoe gaat het verder met die cultuuromslag? Als we de leidinggevend en de bestuurders niet anders selecteren, blijven we toestanden en misstanden houden zoals we die nu kennen.

De heer **Van Montfort**: Cultuur en systeem zijn aan elkaar verbonden. Elk systeem krijgt de cultuur die het verdient. Als we bezien wat er de afgelopen tien, twintig, dertig, veertig jaren is gebeurd op het gebied van veranderingen in het systeem of juist geen veranderingen in het systeem, is het logisch dat er een cultuur is ontstaan die past bij dat systeem. Iedere organisatie gaat in het systeem zodanig functioneren dat zij haar eigen doelstelling kan optimaliseren. Dat geldt ook voor de zorgprofessional. Natuurlijk werkt het niet echt een-op-een, maar het type systeem heeft heel veel consequenties voor de cultuur. Als we overstappen naar een pvb-achtig systeem, nogmaals, met alle mitsen en maren, ben ik ervan overtuigd dat we binnen tien à vijftien jaar een totaal andere cultuur hebben in de zorg.

De heer **Koster**: Beloon degenen die het goed doen. Ik bedoel met belonen overigens misschien niet wat mevrouw Leijten denkt. In het huidige systeem moeten zorgaanbieders contracten afsluiten met het zorgkantoor. Ik ben het ermee eens dat het veel meer persoonsvolgend moet worden. Voor zover dat nog niet het geval is, lijkt het mij een goed idee als zorgkantoren een aantal meerjarencontracten afsluiten met zorgaanbieders die duidelijk en aantoonbaar laten zien dat ze het goed doen. Zorgaanbieders krijgen daardoor meer zekerheid dat ze er ook mee verder kunnen gaan en erin kunnen investeren. Zorgkantoren kunnen misschien ook meerjarencontracten afsluiten met organisaties die het slechter doen, waarin heel harde afspraken staan over de verwachte verbetering in de prestaties van de organisatie. De organisaties moeten het ook merken als het niet lukt.

Mevrouw **Van Leeuwen**: Er loopt op dit moment heel veel. Ik denk daarbij aan het NPO, dat is ingesteld door mevrouw Bussemaker. Er is 80 mln. beschikbaar gesteld voor vier jaar en er lopen 61 experimenten. Ik heb zelf het voorrecht om als ervaringsdeskundige in het geriatrisch netwerk van het NPO te zitten. Ik zie in de praktijk – daar begint de cultuuromslag – met hoeveel enthousiasme de beroepsbeoefenaars vanuit de verschillende lijnen samenwerken om die experimenten vorm en inhoud te geven. Dat alles gebeurt met directe aandacht voor de ouderen zelf. Er loopt bijvoorbeeld een ouderenexperiment «Krachtig Cliëntperspectief», dat draagvlak moet creëren. De ouderen worden overal bij betrokken. De uitkomsten van alle experimenten moeten worden geëvalueerd. Daarop moet een vervolg komen, want we moeten de beste ervan implementeren. Dan zijn de ouderen er gelijk bij betrokken. Dan hebben we een cultuuromslag en alles wat we willen. Ik stel voor om het NPO een keer uit te nodigen om te vertellen over alles waarmee het bezig is.

De **voorzitter**: Ondertussen is de heer Klein Breteler binnengekomen. Ik heet hem van harte welkom. Ik geef het woord aan de heer Van der Staaij.

De heer **Van der Staaij** (SGP): Voorzitter. Ik zal maar niet aan de heer Klein Breteler vragen wat hij tot nu toe heeft gemist in de discussie, maar wellicht kan hij of iemand anders wel ingaan op het aspect van de vereenvoudiging van de indicatiestelling. Wordt daarover ook niet al heel lang gesproken? Wat is er nodig om de vereenvoudiging in de praktijk handen en voeten te geven?

Mevrouw **Kuipers**: Wij liggen bijna dagelijks in de clinch met het CIZ. Ik ben als casemanager professional genoeg om in te kunnen schatten wat iemand aan zorg nodig heeft. Dan moet ik aan talloze regeltjes voldoen en als ik iets niet goed heb aangevraagd of opgesteld, kan ik weer overnieuw beginnen en moet ik weer zes weken wachten. Ik denk dat dit heel veel verspilde tijd en energie is.

Mevrouw **Van der Vlist**: Toch heeft de indicatiestelling zoals die nu is een belangrijke meerwaarde, omdat deze onafhankelijk is. De ouderenorganisaties vinden dit wel een belangrijke basis. Het is ook de basis die we moeten hebben in een stelsel met bijvoorbeeld persoonsvolgende bekostiging. Iemand moet toch bepalen om welke hoeveelheid middelen het gaat. Ik pleit er dus voor om niet alleen maar negatieve gedachten te hebben over de onafhankelijke indicatiestelling, aangezien deze ook een belangrijke verworvenheid is. We moeten zeker kijken hoe we het zo min mogelijk belastend kunnen maken voor de cliënt en hoe het zo snel en efficiënt mogelijk kan, maar laat de onafhankelijke indicatiestelling wel overeind blijven.

De **voorzitter**: Ik geef het woord aan de heer Klein Breteler.

De heer **Klein Breteler**: Voorzitter. Ik denk dat niet in het algemeen gezegd kan worden dat een indicatiestelling goed of fout is. Ik heb 37 jaar gewerkt in de verpleeghuiszorg. Ik heb nog nooit meegemaakt dat iemand bij de receptie kwam en zei dat hij zijn privacy wilde inleveren en in een verpleeghuis wilde zitten. We moeten er dus echt van uitgaan dat iedereen die zich aanmeldt voor verpleeghuiszorg, voor 100% is geïndiceerd. Ik stel voor hierin het apk-model te volgen, waarbij we uitgaan van vertrouwen, maar wel af en toe controleren, zoals dat bij een apk-keuring van een auto ook gebeurt. Er zijn andere onderdelen in de ouderenzorg, met name op het gebied van individuele verstrekkingen, waarbij een indicatiestelling wel zin heeft, om de beheersbaarheid ervan te kunnen waarborgen. Het ligt dus wat genuanceerd. Bij de onderdelen waarbij de indicatiestelling sterk is verbureaucratiseerd, kunnen we een ander model invoeren, waarbij we uitgaan van vertrouwen, maar wel controleren, met andere woorden: «high trust, high penalty».

Mevrouw **Kuipers**: Ik wil nog even reageren op mevrouw Van der Vlist. Ik ben niet tegen het CIZ; ik denk dat er inderdaad wel geïndiceerd moet worden. Echter, als casemanager ben ik al onafhankelijk. Men moet mij dus wel zien als een zorgprofessional en dat accepteren.

De heer **Koster**: Wij zijn ook voor continuering van de onafhankelijke indicatiestelling, hoewel men zich bij de huidige indicatiestelling wel eens kan afvragen of budgettaire overwegingen ook meespelen. Ik hoor van sommige leden hoe moeizaam het soms is iemand die al wat langer in een verpleeghuis zit, geïndiceerd te krijgen in een zvp 4 of een zvp 5. Dan vraag ik me wel eens af hoe onafhankelijk de indicatiestelling is. Laten we er maar even van uitgaan dat het om een uitzondering gaat.

Wij zijn ook voor een apk-systeem. Aan de uitwerking ervan wordt op dit moment volop gewerkt, samen met CIZ. We moeten vertrouwen hebben in de organisaties en de medewerkers dat ze conform een bepaald format kunnen werken, maar dat ze ook kunnen zien welke cliënt ze voor zich hebben. Er moet steekproefsgewijs worden gecontroleerd. Mocht blijken dat een organisatie de regels met voeten treedt, dan mag er ook stevig worden ingegrepen. We moeten ons wel realiseren dat de mensen die de komende jaren uiteindelijk in een verpleeghuis terechtkomen, een zwaardere zorgvraag zullen hebben. Dat wil ik alvast maar hebben gezegd. Als dit gaat samenlopen met het systeem dat organisaties of medewerkers binnen een organisatie zelf mogen indiceren – ik denk dat dit aan het einde van dit jaar wel kan ingaan – moeten we niet zeggen dat er steeds meer zware zorgzwaartepakketten voorkomen omdat er zelf wordt geïndiceerd. We weten gewoon dat het steeds langer duurt voordat mensen uiteindelijk in een verpleeghuis terechtkomen. We weten dus ook al dat in de toekomst het aantal mensen met een zwaar zcp oververtegenwoordigd zal zijn in een verpleeghuis.

De **voorzitter**: Dank u wel. We hebben de eerste vragenronde gehad en ik zie dat er nog behoefte is aan een kort rondje.

Mevrouw **Leijten** (SP): Toen ik de heer Koster net hoorde praten over belonen, moest ik inderdaad lachen, omdat de gigantische salarissen, bonussen en handdrukken voor bestuurders iedereen een doorn in het oog zijn. Ik vind dat zijn werkgeversorganisatie daar te weinig aan doet. Vanochtend zeiden sommige sprekers dat het eigenlijk gaat om de intrinsieke motivatie van medewerkers. Zij moeten de openheid hebben om met elkaar te kunnen praten over het zorgproces, als er dingen niet goed gaan. Zij moeten eerlijk en open kunnen zijn naar familie toe. Die intrinsieke motivatie moet worden gestimuleerd en dat kan ook wel eens iemand zijn van buiten de zorg. Volgens mij zei de heer Koenen dat. We stellen vast dat er bestuurders zijn die deze intrinsieke motivatie missen en te veel bezig zijn op het bedrijfseconomische vlak. Zij besturen de zorg als een bedrijf met productieafspraken en productieprocessen. Ik heb een vraag voor de heer Klein Breteler. Hij is net toegetreden tot de raad van toezicht van een grote zorginstelling in Amsterdam. Er zijn grote problemen. Deze zorginstelling heeft zorgroutes ingesteld, waarmee zij het proces en de productie wil meten en de personeelsinzet wil scoren, wat tot heel veel opstand heeft geleid in de zorginstelling. Zou de heer Klein Breteler, op het moment dat het bestuur dat voorstel deed, voldoende in de gaten hebben gehad dat dit voorstel slecht zou landen in de praktijk? Of zegt hij heel eerlijk dat de raad van toezicht er wellicht iets te ver vanaf staat?

De heer **Klein Breteler**: Daar moet ik een eerlijk antwoord op geven. Ik moet wel iets corrigeren: ik zit niet in de raad van toezicht van Osira Amstelring, maar ik ben wel door de raad van toezicht gevraagd om als hun gedelegeerde toezicht te houden op de huidige ontwikkelingen bij Osira Amstelring.

Ik kan wel zeggen dat de raad van toezicht zich de afgelopen maanden wel degelijk achter de oren heeft gekrabbd en zich heeft afgevraagd of alles goed ging. Men moet echter afgaan op de rapportage die wordt aange-reikt via de raad van bestuur. Dat brengt het governance-model met zich mee. Dat heeft men ook gedaan. Ik laat de beoordeling of dat voldoende is geweest, aan hen over. Ik weet dat de raad van toezicht binnenkort zijn eigen rol zal evalueren. Daarmee moeten we het voorlopig doen.

Ik ben het wel met u eens dat de bedrijfseconomische toetsing heden ten dage soms meer de overhand heeft dan de zorginhoudelijke aspecten. Men moet door schade en schande wijzer worden. Ik denk dat men, door

wat er is gebeurd in het land met een aantal grote organisaties, misschien ziet dat de schaalgrootte die nog valt te overzien, eindig is. Het toezicht brengt met zich mee dat er gemiddeld genomen meer deskundigheid moet zijn ten aanzien van de primaire processen rond de verpleging en verzorging. Dat wil niet zeggen dat die deskundigheid er niet is, maar deze zal toch op een andere manier moeten worden vormgegeven.

Mevrouw **Uitslag** (CDA): Ik hoor in dit blok dat de ouderen van nu niet de ouderen van de toekomst zijn. Mevrouw Van Leeuwen gaf al aan dat we chronologisch een aantal stappen moeten zetten. Zij gaf een duidelijke voorkeur aan voor de stappen die eerst moeten worden genomen. Ik hoor ook graag van de anderen welke volgorde wij moeten hanteren. Misschien vinden sommigen wel dat we geen volgorde moeten aanhouden, maar dat we alles in een klap moeten opzetten.

Mevrouw **Van der Vlist**: Ik heb niet de jarenlange politieke ervaring van mevrouw Van Leeuwen, maar ik zie aankomen dat de uitvoering van de AWBZ naar de zorgverzekeraars gaat. Zij zullen dus daarin een belangrijke rol krijgen. Voor ons is het heel urgent dat er wordt gekeken naar de rol van de cliënt en naar het meer persoonsvolgend maken van de budgetten. Ik wil dit onderwerp er dus op korte termijn bij schuiven, maar het scheiden van wonen en zorg vind ik ook heel belangrijk.

De heer **Van Montfort**: Ik ben het eens met mevrouw Van der Vlist: daar moeten we mee beginnen. Dit geeft namelijk ook ordening in de rol van zorgverzekeraars en zorgkantoren. Het geeft ook ordening in de indicatiestelling, de bureaucratie c.q. de antibureaucratie. Dit moeten we niet in een klap doen, maar faseren. Het eindpunt is helder, maar we moeten stappen zetten. Volgens mij is dat de goede volgorde.

Mevrouw **Kuipers**: Het scheiden van wonen en zorg en een goede begeleiding in het gehele traject zijn belangrijk.

De heer **Koster**: Ik denk dat het heel fijn is als we met zo min mogelijk verschillende stelsels te maken hebben. Nu hebben sommige organisaties en cliënten te maken met én de Zorgverzekeringswet én de AWBZ én Wmo. Binnenkort moeten ze ook zelf wonen betalen. Dat is een heel ingewikkeld geheel. Als zaken over verschillende stelsels lopen, komt er geen goede zorg tot stand. Ik kan een goed voorbeeld geven. Een man en een vrouw wonen thuis. De vrouw is dementerend en de man wil zijn vrouw graag zelf verzorgen en daarnaast huishoudelijke hulp krijgen voor het huishouden. Hij wordt vervolgens wel geïndiceerd voor de AWBZ en krijgt dus datgene wat hij niet wil, maar hij wordt niet geïndiceerd vanuit de gemeente voor zijn beroep op huishoudelijke hulp. Waar gaat het eigenlijk om? Het gaat toch om de vraag hoe we die mensen zo lang mogelijk zelfredzaam kunnen houden. Cliëntgerichtheid moet dus veel meer een rol spelen. Er moeten zo min mogelijk stelsels zijn. Dan zou het allemaal een stuk eenvoudiger worden.

Mevrouw **Van Leeuwen**: Natuurlijk staat de cliënt centraal, maar ik pleit voor zo min mogelijk stelselwijzigingen. We moeten de AWBZ voor de langdurige zorg wel handhaven. Daarnaast moeten we met beleidsregels mogelijk maken – zoals nu in het NPO gebeurt – dat er experimenten komen en we over de schotten heen kunnen kijken. Als we alles samen nemen, de Zvw, de AWBZ en dergelijke, komen we nergens in de komende jaren.

Ik hoor steeds verwijzingen naar de ochtendzitting, waarbij ik helaas niet aanwezig kon zijn. Ik vind ook dat we medewerkers moeten hebben die het intrinsiek beleven. Vergeet echter niet dat we dit moeten koppelen aan

kennis. Daarom leg ik, net als het NPO en Zorg voor Beter, zo de nadruk op experimenten, want we moeten toereikende opleidingen hebben. Kennis is ook noodzakelijk. Bij mij is het helemaal misgegaan omdat de verschillende specialisten de medicamenten niet goed op elkaar hadden afgestemd. Daarvoor is kennis nodig bij de eerstelijnsdeskundige die de cliënt daarbij helpt.

De **voorzitter**: Ik geef het woord aan mevrouw Voortman.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Ik heb geen vraag meer, maar misschien kunt u als er nog tijd over is, onze gasten vragen of zij ons nog iets willen meegeven.

De **voorzitter**: Dat gaan we zeker doen, als er tijd over is.

Mevrouw **Wolbert** (PvdA): Ik heb een vraag voor de warme voorstanders van zelfsturing door cliënten, dus de voorstanders van het pgb of de vouchers. Ik denk dat het ongetwijfeld in het ontwerp op de tekentafel zo is, dat iemand met een pgb gaat naar de instelling waar hij naar toe wil. Iedere van ons, die iemand in een instelling moest zien te krijgen vanuit het ziekenhuis, weet echter dat hij niet één verpleeghuis af moet, maar wel vijf of zes. De vrije wil van de cliënt veronderstelt dat er geen schaarste is. Dan kan iedereen namelijk naar de instelling van zijn keuze. Mensen die nu verpleeghuiszorg nodig hebben, wonen er misschien nog maar anderhalf jaar. Als ze dan anderhalf jaar op de wachtlijst moeten staan, nemen ze genoeg, pgb of niet, met wat er beschikbaar is. Hoe lossen we dat dilemma op?

Mevrouw **Kuipers**: Ik spreek over het deel dementie, waarmee een op de vijf mensen te maken krijgt. Daarom is die vroegsignalering zo belangrijk. Mensen moeten vroegtijdig in beeld komen, zodat we al voordat problemen zich voordoen, een traject kunnen inzetten.

Mevrouw **Wolbert** (PvdA): Dan zet u hen eerder op de wachtlijst?

Mevrouw **Kuipers**: Nee, we begeleiden het traject en zetten op het juiste moment de juiste zorg in. Als er een zzp moet worden aangevraagd, zetten we hen inderdaad op een wachtlijst. Als professional staan we naast de cliënt en kijken we mee hoe het traject loopt en bedenken we wat er nodig is aan zorg.

De heer **Van Montfort**: Het is natuurlijk zo: als er schaarste is en weinig te kiezen valt, ontstaat er in welk systeem dan ook een probleem. We moeten stap voor stap, met experimenten en gefaseerd, aan de slag. Wat dat betreft ben ik het helemaal eens met mevrouw Van Leeuwen. Het eindpunt moet wel helder zijn. Dan zal zich een heel andere vorm van preferenties van patiënten aandienen. Ze zullen andere keuzes maken. Ik denk dat er een grote kentering komt in de schaarste die we nu kennen, die ontstaat omdat patiënten op een bepaalde manier worden gestuurd. Het schaarstemodel zal op een heel andere manier worden ingevuld dan nu het geval is als wachtlijst voor het klassieke verpleeghuis.

De heer **Koster**: Ik kan daarvan een voorbeeld noemen. Vanochtend was er iemand van de Herbergier. Deze organisaties zijn ontstaan omdat mensen een pgb hebben en de zorg daar inkopen. Op verschillende plekken komen er nu nieuwe vestigingen. Kennelijk ontstaat er meer verschillend aanbod als er sprake is van vraagsturing. Er is blijkbaar vraag naar. We kunnen er van alles van vinden; mijn leden vinden er soms ook van alles van. Ik denk wel dat we ontwikkelingen moeten stimuleren en mogelijkheden creëren. Dat roept ook weer dingen op bij bestaande

organisaties. Zij gaan erover nadenken en willen dit concept misschien ook wel aanbieden. Daardoor ontstaat er wat meer dynamiek. Ik denk dat deze ontwikkeling misschien niet vandaag maar voor de toekomst heel goed kan werken.

Mevrouw **Van der Vlist**: De heer Koster was mij net voor. Ik moest ook aan de Herbergier-formule denken. Daar zou men met een persoonsvolgend budget ook terecht kunnen, als men niet in staat is een pgb te beheren. Dat is een mogelijkheid.

Mevrouw **Van Leeuwen**: Als wij alles in de goede tijdsvolgorde doen en beginnen met de vroegsignalering, kunnen we ook veel meer in de eerste lijn vasthouden. Dat willen de ouderen het liefste. De ouderen willen het liefste in de thuissituatie blijven. Niemand gaat voor zijn lol naar een instelling toe, ook al is het de mooiste instelling. We moeten aandacht geven aan de vroegsignalering, de casemanager en de ouderen zelf. Ik heb nog iets gemist in het gesprek wat ik nadrukkelijk wil noemen. Ik ben nu jarenlang voorzitter van de Taakgroep Handicap en Lokale Samenleving. Deze Taakgroep doet ontzettend veel aan de empowerment van de gehandicapten zelf. Er moet ook heel veel gebeuren aan de empowerment van de ouderen, zodat zij ook in de thuissituatie willen blijven en keuzes willen maken. Dat is ook een kwestie van culturomslag. Dan kan er veel meer in de eerste lijn gebeuren. Ik ga ervan uit dat er geen verdere uitbreiding nodig is van de tweedelijnszorg. Hoewel ik voorzitter ben geweest van de sectie Verpleeghuizen, zeg ik toch dat dit de allerlaatste optie is.

Mevrouw **Venrooy-van Ark** (VVD): Ik heb een vraag over het verschil tussen behandeling en begeleiding. Dit kwam vanochtend even kort aan de orde en ik heb dit ook wel eens gehoord bij mijn werkbezoeken. Ik vind het wel intrigerend. Wij blijven vaak mensen maar behandelen, naarmate ze ouder worden. Bij werkbezoeken hoor ik wel eens zeggen: laten we stoppen met al dat behandelen en laten we mensen begeleiden in hun laatste levensfase. Dat lijkt me het ultieme dilemma voor de professional.

Mevrouw **Kuipers**: Ik denk inderdaad dat er veel meer aandacht voor moet zijn. Er worden nu ingrepen gedaan waarbij ik mijn twijfels heb, maar de cliënt wordt zelf onvoldoende ingelicht. Een cliënt denkt dat hij behandeld moet worden voor kanker, omdat hij anders dood gaat, terwijl een goed gesprek met de specialist over de voors en tegens meer duidelijkheid kan scheppen. Ik maak heel vaak mee dat mensen na een operatie acuut verward raken en in een delier terechtkomen, waardoor ze opgenomen moeten worden in een verpleeghuis. Dat is iets wat de cliënt en de familie van tevoren absoluut niet hadden verwacht. Als de cliënt dit had geweten, had hij misschien de operatie niet ondergaan. Ik denk dus dat er veel meer aandacht voor moet zijn.

Mevrouw **Van der Vlist**: Professor Olde Rikkert uit Nijmegen heeft pas nog gezegd dat er enorme besparingen op de medische ouderenzorg mogelijk zijn door af en toe niets te doen. Ouderen worden er inderdaad soms eerder slechter van dan beter. Mevrouw Venrooy heeft een punt. Ik denk dat dit binnen het NPO een belangrijk thema is, waaraan we in de komende tijd zeker nog heel veel aandacht moeten geven. Door de multimorbiditeit bij ouderen kan een behandeling die het normaal in een keten goed doet, bij hen juist verkeerd uitpakken.

Mevrouw **Van Leeuwen**: Dit is een moeilijk vraagstuk. Ik vind dat we niet oneindig moeten doorgaan met behandelen. Voor de meeste ouderen is begeleiding veel belangrijker, op weg naar het levenseinde. U weet allen uit welke kring ik kom. Ik zei vroeger altijd: het is mij een vreugde om

ontbonden te zijn en naar boven te mogen. Ik denk dat we dit nu te veel vergeten. We zijn ons er te weinig van bewust dat het leven eindig is en dat we niet eindeloos moeten doorgaan met allerlei behandelingen. Ik heb zelf kanker gehad; als ik het nog een keer krijg, hoeven ze mij niet meer te behandelen. Ik ben 85 jaar en heb een prachtig leven gehad. Ik vind dat we dit ook eerlijk moeten communiceren. Zo denken de meeste ouderen erover.

Mevrouw **Leijten** (SP): Ik werd een beetje getriggerd door iets wat mevrouw Van der Vlist zei. Zij was vrij resoluut in haar statement dat er een onafhankelijke indicatiestelling moet zijn. Dat is nodig om je recht op zorg te claimen. Zij zegt ook dat de heer Olde Rikkert heeft uitgevonden dat er miljoenen te besparen zijn en dat men soms niet moet behandelen. Wie bepaalt dat dan? Mevrouw Van Leeuwen is 85 jaar en zegt dat het mooi is geweest, maar wellicht wil iemand anders van 85 jaar wel die behandeling. Wie bepaalt dat? Er zijn ook discussies waarin wordt gesteld dat er boven een bepaalde leeftijd niet meer wordt behandeld boven een bepaalde financiële grens.

Mevrouw **Van der Vlist**: Volgens mij hebben we het over twee verschillende zaken, de onafhankelijke indicatiestelling binnen de AWBZ, die aangeeft welke zorg men krijgt, en medische behandeling. Ik zou graag zien dat daarvoor ook een soort onafhankelijke indicatiestelling is, maar die is er niet. Daar is geen mogelijkheid voor omdat daarvoor zoveel medische kennis nodig is. Als medici zelf zeggen dat zij nu soms behandelingen doen die de oudere eigenlijk eerder slechter maken in plaats van beter, denk ik dat daarmee anders moet worden omgegaan. Uiteindelijk bepaalt de oudere het natuurlijk zelf. Wij vinden dat er absoluut geen leeftijdsgrens gesteld moeten worden. Men moet kijken naar de medische conditie en de wens van de oudere zelf.

De heer **Van der Staaij** (SGP): De heer Koster schreef in zijn paper over «samenredzaamheid». Hij gaf aan dat er in de toekomst meer gevraagd zal worden van mantelzorgers en vrijwilligers. Aan het begin van deze ronde werd een voorbeeld gegeven waarbij de kinderen in Groningen wonen en moeder in Zeeland. Dan is het wel lastig. Wat is er in de praktijk nodig om de bijdrage van mantelzorgers en vrijwilligers nog meer tot zijn recht te laten komen? Ik hoorde iemand anders zeggen dat instellingen er zelf wervend en goed mee om moeten gaan en dat het dan wel vanzelf loopt. De heer Koster geeft aan dat er nog meer moet gebeuren en dat het onderwerp meer op de maatschappelijke agenda moet komen. Wat kunnen we concreet doen om er handen en voeten aan te geven?

De heer **Koster**: Allereerst kunnen we mantelzorgers ondersteunen. Ik denk dat we er allemaal belang en baat bij hebben als mensen zo lang mogelijk kunnen functioneren als mantelzorger. Mantelzorgers hebben er niet voor gekozen, maar ze worden mantelzorger omdat ze voor hun naaste willen zorgen. Vaak willen mensen dat ook graag en het liefste zo lang mogelijk. Hoe ondersteunen we mensen daarin, vooral als het soms te zwaar wordt? Ik denk daarbij aan respijtzorg en andere mogelijkheden. Ik denk dat we ook veel meer moeten kijken naar de omgeving van de cliënt. Ik woon ook niet vlak bij mijn moeder, maar er zijn wel mensen in de buurt die mijn moeder helpen. Dat moeten we ook organiseren. Vorig jaar is er een rapport uitgekomen van NPCF (Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie) en STOOM (Stichting Onderzoek en Ontwikkeling Maatschappelijke gezondheidszorg). Voor gevallen waarin ouders en kinderen ver uit elkaar wonen, heeft men helemaal out of the box een systeem van «caremiles» bedacht. Als ik de ouderen in mijn eigen omgeving wat meer help, kan ik misschien caremiles geven aan mijn ouders die in hun omgeving misschien die mensen niet om zich heen

hebben en daarmee dan iets kunnen doen. Ik denk dat we veel creatiever moeten zijn in het organiseren van dit soort zaken. Gelukkig zijn er voorbeelden, zoals Overloon en een aantal andere dorpen in krimpgebieden, die een soort community hebben gecreëerd, met een gemeenschapsregisseur. Ik hoorde dat er in het afgelopen jaar 120 aanvragen waren binnengekomen voor ondersteuning, waarvan 100 door burens en inwoners van de gemeente waren opgelost. Aanvragen die voorheen naar betaalde zorg gingen, worden nu vaak door mensen uit de buurt opgepakt. Dergelijke initiatieven moeten we meer ondersteunen. Dat is heel goed. Het is heel prettig als je zelf andere mensen kunt helpen. Het hoeft niet dagelijks te zijn. Laatst sprak ik iemand die bezig is in buurten en in wijken mensen te laten «daten» via social media, maar dan in de zin van elkaar helpen. Dat wordt ook al in een aantal gemeenten gedaan. We moeten dus ook naar modernere vormen kijken. Ik denk dat er nog heel veel mogelijkheden zijn die niet worden gebruikt, maar we moeten er wel in investeren, want we hebben deze hard nodig.

De **voorzitter**: Wij zijn aan het einde gekomen van dit blok. Zijn er nog zaken die onze gasten naar voren willen brengen? Ik constateer van niet. We hebben ook veel met elkaar besproken. Ik dank onze gasten hartelijk voor hun inbreng en hun komst hier naartoe. Wij waarderen het zeer. Wij gaan aan de slag met hetgeen we vandaag hebben gehoord. Als het goed is, hoort men weer van ons.

Blok 3

Gesprek met deskundigen en wetenschappers:

- **F. J. Roos, directeur Verenso;**
- **Gooke Lagaay, internist, geriater Spaarne Ziekenhuis;**
- **Raymond Koopmans, hoogleraar ouderengeneeskunde Radboudziekenhuis Nijmegen;**
- **Jan Hamers, hoogleraar ouderenzorg Universiteit Maastricht;**
- **Julie Meerveld, Alzheimer Nederland.**

De **voorzitter**: Wij zijn toe aan het derde blok. Ik heet onze gasten van harte welkom. Een aantal zat al op de publieke tribune, zag ik. De heer Scherder, professor aan de VU en de Universiteit Groningen, heeft afgezegd wegens privéomstandigheden. We horen graag in een paar minuten een korte introductie. We hebben het een en ander op schrift gekregen, maar we appreciëren het toch als zij dit kort toelichten. Daarna zullen de Kamerleden vragen stellen.

Ik geef als eerste het woord aan de heer Hamers.

De heer **Hamers**: Voorzitter. Dank voor de uitnodiging. Mijn naam is Jan Hamers. Ik ben hoogleraar ouderenzorg aan de Universiteit Maastricht. Mijn paper bestaat uit twee delen, een beknopte analyse van de huidige situatie en een korte vooruitblik hoe de toekomst van de intramurale ouderenzorg er moet uitzien.

De zorgkwaliteit staat onder druk, maar ik wil benadrukken dat er wat mij betreft een overschatting is van de slechte kwaliteit. Dat baseer ik op allerlei onderzoeken die wij in onze onderzoeksgroep doen, maar vooral ook op het idee dat positieve berichten de media vaak niet halen. Ik kan uit eigen ervaring vertellen dat er op sommige plekken heel mooie dingen gebeuren. Er zijn heel innovatieve projecten gestart, die positief bijdragen aan de ouderenzorg.

De kwaliteitsdiscussies kunnen voor een deel worden verklaard vanuit een bepaalde context. Ik bedoel daarmee dat de zorg voor ouderen, de kwaliteit en de kwaliteitseisen die wij stellen, 25 jaar geleden heel anders waren dan nu. Het is echt niet zo dat de zorg opeens veel slechter is

geworden, de eisen worden alleen anders. Eerder is al gezegd: de ouderen van nu zijn niet de ouderen van de toekomst. Dat betekent dat de eisen in de toekomst ook weer heel anders zijn. Daarom moeten we heel flexibel en met een goede visie daarop reageren.

Er is wat mij betreft te veel focus op kwantiteit in de zorg, de handen aan het bed, en te weinig nadruk op kwaliteit van zorg. Ik weet uit heel veel onderzoeken dat veel problemen in de intramurale ouderenzorg niet ontstaan door een gebrek aan personeel of een te hoge werkdruk. Zij komen voort uit een gebrek aan kennis, het ontbreken van vaardigheden en een gebrek aan visie en leiderschap. We moeten voorzichtig zijn met toekomstvoorspellingen. Er zijn heel veel prognoses van hoe de zorg er in de toekomst uit ziet, hoeveel mensen met dementie er zullen zijn, hoeveel handen we tekortkomen enzovoorts. We moeten daarmee voorzichtig omgaan. Heel vaak lijken die prognoses een op een: 10% meer mensen met dementie betekent 10% meer zorgvragen. Zo simpel zit het dus echt niet in elkaar. Het gaat niet zozeer om de ziekte, maar om het functieverlies. We weten dat mensen met dezelfde ziektebeelden heel anders kunnen reageren. Ze kunnen heel andere beperkingen hebben en daardoor een andere zorgvraag hebben.

Ik zie in onderzoeken dat de relatie tussen opleidingsniveau en het inzetten van personeel en de zorgkwaliteit echt evident is. Er zijn wetenschappelijke onderzoeken waaruit blijkt dat hoger gekwalificeerd personeel, bijvoorbeeld verpleegkundigen in plaats van verzorgenden, leidt tot een toename van de kwaliteit van zorg. Er komen minder symptomen voor zoals decubitus of vallen. Er zijn zelfs studies die laten zien dat de mortaliteit afneemt.

Ten slotte constateer ik dat het opleidingsniveau van verzorgenden en verpleegkundig personeel in de Nederlandse intramurale ouderenzorg te laag is en in disbalans met de complexiteit van de zorgvraag. Overigens kunnen we hetzelfde stellen over de leidinggevenden en de bestuurders. Ik geef een illustratie. Dementie is een heel ernstig ziektebeeld, dat kan leiden tot allerlei vormen van probleemgedrag. De hulpverlener moet dit adequaat kunnen interpreteren. Hij moet snappen waarom iemand agressief wordt. Als hij deze persoon benadert als een normaal persoon, is hij helemaal verkeerd bezig. Ik ben wat dat betreft heel erg voorzichtig met de suggesties in eerdere sessies om niet-opgeleide mensen ernstig zieke mensen met dementie te laten begeleiden.

Hoe ziet de toekomst eruit? Een langetermijnvisie is noodzakelijk voor het opzetten van een toekomstbeleid voor de intramurale ouderenzorg. Dat betekent dat er kaders moeten komen waarbinnen men flexibel kan opereren. Men moet daarbij nadrukkelijk rekening houden met factoren die de zorgvraag voorspellen. Ik denk aan de beschikbaarheid van bronnen rond ouderen, zoals inkomen, mobiliteit en mantelzorg. Men moet ook de restcapaciteiten beter benutten.

De kwaliteit van ouderenzorg kan vooral worden verbeterd door het structureel ondersteunen van lokale academische werkplaatsen. We hebben daarmee heel goede ervaringen. Dit zijn werkplaatsen waarin de professionals, verzorgenden, verpleegkundigen en artsen, samen met wetenschappers oplossingen bedenken voor de problemen waar ze tegenaan lopen en de problemen voor de toekomst. Dat is volgens mij veel effectiever en veel goedkoper dan allerlei landelijke mooie programma's, waarin men kennis wil implementeren die er vaak helemaal niet is.

Het is beslist noodzakelijk dat er meer handen aan het bed komen, maar volgens mij moet de nadruk echt liggen op het verhogen van de kwaliteit van ons verzorgende en verpleegkundige personeel. Zij verlenen de dagelijkse zorg aan de kwetsbare oudere en hebben zo directe invloed op de kwaliteit van zorg. Verpleegkundigen moeten terug naar het verpleeghuis. Het gaat om het goed opleiden van mensen, maar ook om het heropleiden van de mensen die vaak al heel lang werken en ooit de

opleiding hebben gedaan. De nieuwe kennis moet namelijk wel haar weg vinden naar de praktijk.

De heer **Koopmans**: Voorzitter. Dank voor de uitnodiging. Mijn naam is Raymond Koopmans en ik ben specialist ouderengeneeskunde sinds 1985. Ik had hier vanochtend misschien op de stoel van collega Lensen moeten gaan zitten. Dat heb ik niet gedaan, maar ik heb er wel even over nagedacht. Ik ben hoogleraar ouderengeneeskunde en als zodanig verbonden aan het UMC St Radboud in Nijmegen. De heer Hamers heeft een beetje het gras voor mijn voeten weggemaaid, maar het is zonder meer goed te zien dat wij een beetje een vergelijkbare visie hebben. De titel van mijn position paper is: «Geef krachtige stimulans aan de ontwikkeling van specialistische zorg en behandelcentra door het instellen van een extramuraal werkplaatsprogramma». Dat is een hele mondvol, maar ik zal heel kort schetsen waarom ik denk dat dit belangrijk is. Ik ben inmiddels ruim 25 jaar werkzaam in de ouderenzorg en zie dus heel duidelijk de ontwikkeling. Allereerst is er de ontwikkeling van de vermaatschappelijking van de zorg. De grote instituten worden afgebroken en de zorg gaat naar de mensen toe. Iedereen wil kleinschalige zorg. Dat is vandaag ook vaak gezegd. Mensen willen zo lang mogelijk thuisblijven. Dat moeten ze ook vooral doen. De keerzijde ervan is dat wij in de intramurale ouderenzorg steeds meer mensen zullen zien met complexere en zwaardere zorgvragen. Ik heb sterk het gevoel dat we allemaal die complexiteit niet goed onder ogen zien. We hebben er te weinig oog voor. We zien ook dat de deskundigheid van de medewerkers in de instellingen geen gelijke tred houdt met de complexiteit van zorg. Dat zie ik in de praktijk en ik maak me er af en toe echt zorgen over. Ik ben blij dat het deskundigheidselement vandaag vaak is genoemd. Mijn onliner is onder andere: wat je niet kent, zul je ook niet zien. Dat weet ik zelf als arts ook. Ik denk dat het heel erg van belang is dat we nu de kans krijgen aandacht te besteden aan de complexiteit in de intramurale ouderenzorg. Mevrouw Van Leeuwen heeft het Nationaal Programma Ouderenzorg vandaag vaak genoemd. Ik participeer zelf volop daarin. De eerlijkheid gebiedt mij wel te zeggen dat een groot deel van het NPO zich vooral afspeelt in het transmurale veld, dus buiten de intramurale ouderenzorg en een beetje in het ziekenhuis en zeer in de thuissituatie. Dat is ook goed, want daar bevinden de meeste ouderen zich, ook ouderen met complexe problematiek. Wij hebben echter nog weinig aandacht besteed aan de intramurale ouderenzorg, ook niet in het NPO. Daarom denk ik dat er een krachtige stimulans in de vorm van een werkplaatsprogramma nodig is in de intramurale ouderenzorg. Ik stel voor om dit in te stellen. Andere vakgebieden, zoals de revalidatiegeneeskunde en de sociale geneeskunde, hebben een stimulans gekregen om tot verdere professionalisering en specialisatie te komen. Dit geldt ook een beetje voor de artsen voor verstandelijk gehandicapten. We moeten hiervoor kiezen. Wat mij betreft kiezen wij voor een structuur die lijkt op die van het NPO. Er zijn bestaande academische netwerken rondom afdelingen ouderenzorg die we daarvoor kunnen gebruiken, zoals in Maastricht en Nijmegen. Zij hebben al een infrastructuur met zorginstellingen die zich verder willen toeleggen op de specialistische zorg. Dat werkplaatsprogramma moet een aantal doelstellingen hebben. Er moet modelmatige zorg worden ontwikkeld voor heel specifieke, vaak ingewikkelde doelgroepen. Modelmatige zorg betekent voor mij ook evidence based zorg. We kunnen dit ook gebruiken om tot de ontwikkeling van een lokale structuur te komen, want een specialistisch zorgcentrum bevindt zich in een lokale structuur met gewone zorgcentra, kleinschalige woonzorgvoorzieningen, thuiszorg en een ziekenhuis. Dat is één continuüm aan ouderenzorg. Natuurlijk moet in die werkplaats kennisontwikkeling plaatsvinden voor de heel complexe doelgroepen. Wij doen daar al een beetje aan. Dan heb ik het over mensen met Korsakov of

Huntington of mensen in een vegetatieve toestand of mensen met dementie en heel veel probleemgedrag. In de literatuur vinden we bijvoorbeeld maar één publicatie waarin ooit is gekeken naar geïnstitutionaliseerde mensen met Huntington. Wat doen wij? Wij leveren natuurlijk de best mogelijke zorg, maar deze is practice based. Dat doen wij goed, maar het is bijna niet gebaseerd op beschikbare kennis. Ik wil ervoor pleiten dat wij nieuwe kennis ontwikkelen over deze ingewikkelde doelgroep, zodat wij er vervolgens goede zorg op kunnen afstemmen.

Mevrouw **Lagaay**: Voorzitter. Ik vind het een hele eer om hier te mogen zijn. Ik ben internist en geriater en ik werk in het ziekenhuis. Ik heb mij een beetje gefocust op het raakvlak tussen het ziekenhuis en het verpleeghuis of verzorgingshuis. In mijn stukje heb ik geschreven dat ik iedere dag voor een groot deel bezig met mensen die poliklinisch worden behandeld, bijvoorbeeld kwetsbare ouderen bij wie bijvoorbeeld de diagnose dementie moet worden gesteld. Een groot deel van mijn werk gaat ook op aan de patiënten die worden opgenomen. Dat zijn heel vaak, helaas, kwetsbare ouderen die vastlopen in de thuissituatie. Zij worden heel vaak niet gepland opgenomen, maar komen via de eerste hulp. Dat zijn vaak heel zielige gevallen. Een huisarts belt bijvoorbeeld voor een patiënt die hij normaal nooit ziet, maar nu moet worden opgenomen vanwege een longontsteking. Als ik dan doorvraag of de persoon verder nog iets heeft, of hij vergeetachtig is, of hij zelfstandig woont, zegt de huisarts dat hij zelfstandig woont en hem nooit ziet. De huisarts vindt dat een goed teken. Ik vind dat een heel slecht teken, want ik ben heel bang dat er al van alles misloopt. In de praktijk blijkt dat ook het geval te zijn. Mensen worden bijvoorbeeld opgenomen met een longontsteking, die wij gemakkelijk kunnen behandelen, maar vervolgens blijkt dat die persoon niet meer naar huis kan. De thuissituatie was namelijk al langer uit de hand aan het lopen.

Ik heb het dus een beetje moeilijk met het beleid dat wij allemaal uitdragen dat mensen zo lang mogelijk thuis moeten blijven wonen. Het is natuurlijk prima en iedereen wil het graag, maar het zit hem volgens mij in het woordje «mogelijk». Daar let niemand op. Als niemand van de familie aan de bel trekt en de persoon zelf vergeetachtig is, ontdekt niemand dat de boel thuis vervuult en dat iemand niet meer goed eet en afvalt. Deze situatie willen wij eigenlijk niet, maar komt aan het licht als mensen worden opgenomen. Het zou niet zo heel erg zijn als er een goede doorstroombmogelijkheid was. Wij hebben allemaal vanuit het ziekenhuis goede relaties gelegd met onze verpleeghuizen. In de buurt van het Spaarneziekenhuis in Hoofddorp is het in ieder geval niet zo dat er overal te kust en te keur plekken zijn. Het gevolg is dat de mensen, veel langer dan goed voor hen is, in het ziekenhuis liggen. Vroeger heette dat «verkeerdebedpatiënten», nu heet dat een «ziekenhuisvervallenindicatiepersoon», een zogenaamde ZVI. Wij hebben dan een lijstje met patiënten, met achter hun naam de afkorting ZVI. Daar hoeven wij verder niets mee, want zij wachten. Dat is natuurlijk heel slecht voor die mensen en slecht voor het ziekenhuis. Het ziekenhuis is voor oude mensen een gevaarlijke plek; dat mag je eigenlijk wel zo zeggen.

In onze regio hebben wij nagedacht over de vraag wat we eraan kunnen doen. Ik heb een heel leuke samenwerking met verpleeghuizen en huisartsen in de regio en we hebben gekeken wat er gebeurt als huisartsen screenen. Welke mensen zijn kwetsbaar? We hebben namelijk het gevoel dat we het moeten kunnen voorspellen. We zien aankomen dat het misloopt. We hebben dit project gedaan en dat blijkt te werken. Ik krijg van die huisartsenpraktijken eigenlijk zelden meer mensen op het laatste nippertje ingestuurd. Ik krijg hen wel ingestuurd, maar dan is er al een vervolgtraject geregeld voor het geval dat nodig is. Dat vind ik een heel elegant systeem. Binnen het NPO zijn er projecten die toetsen of dit

inderdaad klopt. Wij hebben dat niet gedaan, maar we hebben het gewoon in de praktijk gebracht.

Eigenlijk komt het er wat mij betreft op neer dat we moeten nadenken over het zo lang mogelijk thuis blijven wonen, met de nadruk op «mogelijk». Er moeten vervolgens ook mogelijkheden zijn om mensen een goede plek te geven, of in een verpleeghuis als iemand al heel ver is achteruitgegaan, of in een verzorgingshuis of in een beschermde woonvorm. Ik wil ervoor pleiten dat huisartsen zich anders opstellen. Dan hebben we het eigenlijk weer over de expertise. Heel veel huisartsen zijn opgeleid met de notie dat zij niks mogen doen als de patiënt geen zorgvraag heeft. Dat is voor deze kwetsbare ouderengroep eigenlijk niet meer geschikt. We moeten er anders over nadenken. Dat is een kwestie van het opbouwen van expertise.

Mevrouw **Meerveld**: Voorzitter. Ik ben Julie Meerveld, van Alzheimer Nederland. Ik dank u dat ik hier mag zijn. Vanuit Alzheimer Nederland ben ik blij met het voorzetje dat mevrouw Lagaay net gaf. Alzheimer Nederland is een belangenorganisatie voor mensen met dementie en hun familie. Wij doen dit al jaren en we pleiten al jaren voor meer zorg thuis. Mensen willen dit zelf, maar ons geld, onze energie en onze inspanningen worden voor het merendeel gericht op wat er intramuraal gebeurt. 70% van de mensen woont thuis, maar het meeste van onze tijd, energie en geld geven we uit aan 30% van de mensen die intramuraal zijn opgenomen. Dat moet anders en dat roepen wij al jaren, gelukkig niet zonder resultaat. Wij denken echter dat er nog een heleboel moet gebeuren. Wij hebben de afgelopen tijd een aantal mooie projecten naar voren geschoven, zoals «Casemanagement bij dementie». Ik ga daarover verder niets vertellen, want ik heb net gehoord dat een casemanager hier een prachtig verhaal heeft gehouden over wat een casemanager bij dementie kan betekenen en waarom dit zo belangrijk is.

Naar aanleiding van het verhaal van mevrouw Lagaay wil ik benadrukken dat mensen met dementie het liefst thuis willen blijven. Ze willen dat zo graag, dat we er binnen het Landelijk Dementieprogramma van 2004 tot 2008 zelfs een thema van hebben gemaakt, genaamd «Weerstand tegen opname». We hebben met allerlei aanbieders nagedacht over de vraag wat we kunnen doen voor mensen die echt niet willen. Mensen willen nu eenmaal het liefste thuis blijven. Dat doen ze ook, eigenlijk door maar niet naar de huisarts te gaan met hun klachten. De helft van alle mensen met dementie heeft niet de diagnose. Dan hebben we het niet over vroege diagnostiek, maar over mensen die ziek zijn en niet naar de huisarts gaan, omdat ze denken dat het niks uitmaakt en ze er toch niks aan hebben. Het kan ook zijn dat de huisarts denkt: ik doe maar niks, want wat heb ik te bieden? Dat is eigenlijk allemaal onzin, want er is wel degelijk wat te doen. Dan kunnen we vervolgens de discussie over behandelen aangaan. Met behandelen bedoel ik niet genezen, maar behandelen in de zin van palliatieve zorg, het verminderen van symptomen, het beantwoorden van vragen, het systeem actief maken en zorgen dat mensen het langer en beter thuis kunnen volhouden.

We proberen dit nu voor het eerst in de Zorgstandaard dementie te beschrijven, zodat helderder en pakbaar is wat er thuis allemaal moet zijn. Dat is dus een belangrijk punt. Mensen moeten zo lang mogelijk thuis blijven, omdat zij dat zelf willen en het eigenlijk ook doen, maar niet op de meest verstandige manier. Ze gaan te lang door zonder hulp en komen vervolgens bij de huisarts of het verpleeghuis als ze een burn-out hebben of ziek zijn van het zorgen voor hun naasten en dan is het eigenlijk te laat. We moeten er eerder bij zijn, ook al zeggen mensen dat ze het wel kunnen en dat het allemaal niet hoeft. We moeten toch ernaartoe.

Er valt veel te zeggen over de zaken die belangrijk zijn voor de kwaliteit van intramurale zorg, maar de intramurale zorg moet daar ook veel meer op inspelen en veel meer varianten en mogelijkheden hebben om mensen

thuis te ondersteunen, door tijdelijke opnames als respijt, maar ook door mensen tijdelijk te observeren in een verpleeghuis, een diagnose te stellen en weer naar huis te laten gaan, met goede handreikingen. De complexiteit is ook thuis vaak heel groot. Er zouden veel meer tijdelijke opnames moeten zijn, als het ingewikkeld wordt thuis.

De eerste spreker zei dat er goede normen zijn voor de kwaliteit van intramurale zorg. Voor onze groep zijn die normen onduidelijk. De sector doet zelf regelmatig onderzoek naar de kwaliteit van zorg. We zien dat er in 2010 een dalende trend is, ook bij de belangrijke thema's voor mensen met dementie. We maken ons zorgen. We moeten ons vervolgens afvragen: zijn we gedaald van een 9 naar een 8, van een 5 naar een 4 of van een 3 naar een 2? Het antwoord is dat we het niet weten. Volgens mij weet niemand dat. In 2003 hebben we voor het laatst tien «alarmbellen» opgesteld waarin we aangeven wat de bodem is voor de kwaliteit in een verpleeghuis. Sinds die tijd zijn alle normen relatief. Daarom willen we meer duidelijkheid over de vraag wat goede kwaliteit is, waarop men kan rekenen in de intramurale zorg.

De heer **Roos**: Voorzitter. Ik ben blij dat ik hier vandaag het specialisme ouderengeneeskunde naar voren mag brengen. Ik heb het niet alleen over de dokters, maar over het hele team dat bij een behandeling is betrokken, de dokter, de doktersassistente, de verpleegkundige enzovoorts. Wij hebben een paar maanden geleden een breed opgezette enquête gehouden onder onze leden. 90% van de specialisten ouderengeneeskunde is absoluut niet van plan het vak te verlaten, ondanks alle negatieve publiciteit. Ze zeggen wel dat ze een heleboel dingen missen. Een niet onbelangrijk deel van de artsen is het niet geheel eens met de visie van de instellingen of vindt dat de visie niet op een goede manier in de praktijk wordt gebracht. Bijna alle artsen geven aan dat er onvoldoende kwaliteit is in de verpleging en de verzorging. De kennis van verpleegkundigen en gespecialiseerde verpleegkundigen ontbreekt op dit moment om echt de kwaliteit te leveren die wordt gevraagd. Dat betekent dat de artsen in allerlei gaten moeten springen om dit op te vullen. Daardoor komen ze niet toe aan hun eigenlijke werkzaamheden en komen ze er ook niet aan toe hun activiteiten bijvoorbeeld buiten het verpleeghuis in te zetten, in het verzorgingshuis of in de eerste lijn. Dat betekent ook dat verpleeghuizen niet altijd even toegankelijk zijn om de zorg in de eerste lijn te bieden, omdat ze het al zo druk hebben en de mensen al overbelast zijn binnen de verpleeghuizen. Ze vragen zich af waarom ze nog extra werk zouden aantrekken om dat elders te doen. Bovendien stammen de mogelijkheden hiervoor eigenlijk uit het verleden. Er kunnen consulten worden aangeboden in de eerste lijn, maar het is natuurlijk nooit de bedoeling geweest van een dergelijke regeling om op de huidige basis breed in te zetten op preventie en consultatie aan de huisartsen. We kunnen ook constateren dat het binnen de eerste lijn ontbreekt aan deskundige verpleegkundigen. Daar zien we hetzelfde probleem als binnen de intramurale zorg. De wijkverpleging is weg; het contact met de buurt is vaak weg. Als we dat terugkrijgen en kunnen werken met gespecialiseerde verzorgenden en verpleegkundigen, kunnen we op een goede manier aan vroegsignalering doen en adviezen geven aan bijvoorbeeld de huisarts en de verzorgingshuizen. Wij zien dat er steeds meer specialisten ouderengeneeskunde nodig zijn buiten de muren, maar wij zien niet zozeer dat er meer dokters bij moeten komen in zijn totaliteit. Als de dokters zich kunnen bezighouden met het werk waarvoor ze zijn opgeleid en als team kunnen functioneren met een doktersassistente en verpleegkundige, kan de kwaliteit van de ouderenzorg best omhoog. Er kan dan ook meer gedaan worden dan nu het geval is. De dokters kunnen substantieel meer patiënten onder hun hoede nemen, als ze op een goede manier worden ondersteund.

Voor de flexibiliteit is het veel praktischer, in de contacten met de huisarts, de medisch specialist en het ziekenhuis, als de dokters kunnen werken in het kader van de Zorgverzekeringswet. Dan kunnen ze zorg op maat geven. Nu is de AWBZ één grote trommel waaruit iedereen kan mee-eten, afhankelijk van de vraag hoe dit organisatorisch wordt vormgegeven. De patiënt zelf kan zeggen dat hij een dokter nodig heeft die zich richt op bepaalde componenten. De dokter kan zeggen – dat is de kracht van de specialist ouderengeneeskunde – dat hij veel meer vanuit eigen initiatief werkt dan de huisarts die wacht tot hem een klacht wordt voorgeschied. Hij kan in ieder geval op maat worden ingezet en in overleg met de patiënt bekijken wat er allemaal moet worden gedaan. Dan moeten we zeker niet denken aan langdurige contacten met artsen, maar wel aan het in gang zetten van een goede behandeling of goede begeleiding op wat voor manier dan ook.

We kunnen ook bekijken of we niet veel meer differentiatie kunnen aanbrengen in de vormen van zorg die worden gevraagd. Dat kan meer specialistische zorg zijn. Nu is het een grote grijze massa die verpleeghuis heet. We moeten onderscheid maken in de diverse doelgroepen voor wie die verpleeghuizen zijn opgezet. Dat kan super specialistische zorg zijn of juist meer generalistische zorg. Voor demente patiënten kan het langdurende zorg zijn, maar het kan ook gaan om kortdurende interventies bij revalidatie. De meeste mensen weten niet dat een heleboel mensen weer naar huis gaan, na een geslaagde revalidatie, en ongeveer drie à zes maanden in een verpleeghuis verblijven. Als we die vormen van differentiatie duidelijker kunnen maken, maken we het misschien ook aantrekkelijker voor heel veel mensen om in de zorg te werken. We maken ook duidelijk voor welke categorie patiënten we bepaalde voorzieningen creëren. We kunnen beter maatwerk leveren. Naar onze mening halen we zo, door met duidelijke profielen te werken en niet te praten over ouderenzorg, maar over revalidatie of herstelgerichte zorg, een bepaald aureool van de instellingen af, waardoor het aantrekkelijker kan worden daar te verblijven en te werken.

De **voorzitter**: Dit waren de inleidingen van onze gasten. We gaan nu over naar de vragen van de kant van de Kamer. Ik geef het woord aan mevrouw Agema.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Is het niet beleefd een keertje bij mijnheer Van der Staaij te beginnen?

De **voorzitter**: Ja, maar ik heb mevrouw Agema al het woord gegeven. Ik stel voor dat we hierover spreken in de procedurevergadering. Ik heb er wel ideeën over, maar laten we dat dan bespreken. Ik geef nu het woord aan mevrouw Agema.

Mevrouw **Agema** (PVV): Voorzitter. Een hoorzitting zoals deze zorgt vaak voor bevestiging van de ideeën die je al had of zorgt voor nieuwe inzichten. Ik heb vandaag wat twijfel gekregen, eigenlijk vooral met betrekking tot het opleiden. Het gedoogakkoord maakt 860 mln. netto extra vrij voor de verpleeg- en verzorgingshuizen, voor meer personeel en ook voor opleiding, om mensen naar een hoger niveau te krijgen. We hebben van de staatssecretaris de toezegging gekregen dat dementieverpleegkunde een specialisatie wordt in het hbo. Vanmorgen hoorde we iemand voorstellen dat er een verplichte cursus komt voor iedereen die met dementerenden werkt.

Ik bemerk een disbalans in het geluid dat we nu horen bij de hoogst opgeleiden, de hoogleraren, en het geluid dat we vanochtend hoorden. Dat andere geluid is dat er soms medewerkers zijn die helemaal geen opleiding hebben, maar wel de zwaarste gevallen het beste begrijpen en

hun de meest liefhebbende zorg geven. In hoeverre is het mogelijk in de opleidingen een liefdevolle houding aan te leren?

De heer **Koopmans**: Ik deel zeker de visie die vanochtend is beleden dat er heel veel mensen een natuurtalent zijn. Deze mensen moeten we ook koesteren. Laat ik dat vooropstellen. Ik trek even een parallel naar de medici. Wij leiden in Nijmegen artsen op en sinds een jaar of tien à vijftien is professioneel gedrag en attitude een heel belangrijk onderdeel van de geneeskundeopleiding. Misschien hebben we het wel over dit aspect. Het gaat over houding en het gaat vaak over professioneel gedrag. Een liefdevolle houding kunnen we daaronder scharen. Er zijn natuurtalenten, maar ik ben ervan overtuigd dat die aspecten wel degelijk aan een opleiding kunnen worden verbonden. Het is belangrijk dat er vervolgens een goed verpleegkundig leiderschap «on the job» is. Het gaat om iemand die voorleeft, voor doet en op dat moment kan aangeven dat een benadering op een andere manier moet.

Kennis is toch iets anders. Houding of professioneel gedrag en kennis zijn wat mij betreft toch twee aparte aspecten. Ik denk dat ze beide van belang zijn.

Mevrouw **Meerveld**: Alzheimer Nederland vindt het belangrijk dat mensen leren zichzelf in te leven in de ander. Dat gaat nu eenmaal gemakkelijker als men weet waarom die ander doet wat hij doet. Mooie voorbeelden daarvan zien we altijd als we met patiënten en familieleden op pad gaan en in de opleidingen zitten. We zijn een heel mooie game aan het maken, waarbij dezelfde situatie vanuit de ogen van de professional, het familielid en degene met dementie wordt bekeken. Dan hoeven we verder niet zoveel meer te vertellen, want dan snappen mensen wel wat ze misdoen of hoe het anders zou kunnen. Het is soms simpeler dan we denken, maar het zit hem ook in het kunnen inleven in de ander. Dat moeten we meer stimuleren.

De heer **Hamers**: Ik ben het eens met de voorgaande opmerkingen. Ik wil ervoor waken dat we zaken verwarren. We hebben het over een liefdevolle houding en mensen zonder opleiding. Als het ergens goed werkt, betekent dat niet dat het overal goed werkt. Volgens mij is dat idee namelijk heel gevaarlijk. Dat heeft ook te maken met het idee dat toch een bepaalde professionaliteit en kennis noodzakelijk zijn. Kennis wordt ontwikkeld. Er zijn heel veel ontwikkelingen gaande die de praktijk niet bereiken. Die zullen ook de praktijk niet bereiken als we alleen maar liefdevol zijn. De combinatie is zeker noodzakelijk. Soms hebben we heel innovatieve projecten die ergens heel goed werken. Ons gevoel zegt dan dat we dit allemaal moeten doen, maar als we goed en systematisch bekijken wat er echt uitkomt, kan de uitkomst wel eens anders zijn. Het kan heel vertegenwoordigend werken. Ik noem een voorbeeld. Zes jaar geleden hebben we een symposium gehouden over het thema kleinschalig wonen. Iedereen zei dat we toe moeten naar kleinschalig wonen en dat het toch klip en klaar is dat de bewoners hier baat bij hebben. Als we dit heel precies bekijken, krijgen we een veel genuanceerder beeld. Het valt eigenlijk heel erg mee, of tegen, afhankelijk van hoe men ertegenaan kijkt. Iets wat door heel veel mensen bevlogen wordt gebracht, hoeft niet per definitie overal toepasbaar of waar te zijn. Daar moeten we goed naar kijken.

De **voorzitter**: Dan geef ik nu het woord aan de heer Van der Staaij.

De heer **Van der Staaij** (SGP): Voorzitter. Ik ben helemaal onder de indruk van uw innovatieve optreden.

De **voorzitter**: Op voordracht van mevrouw Voortman.

De heer **Van der Staaij** (SGP): Waarvoor mijn dank. Ik heb een vraag aan de heer Hamers, die het belang van flexibiliteit beklemtoonde, ook binnen de intramurale zorg. De gebouwen die wij neerzetten, zijn investeringen voor jaren, terwijl de zorgconcepten en ontwikkelingen soms heel snel gaan. Dat kan een voorbeeld zijn van de spanning tussen de flexibiliteit die nodig is en de praktijk van de gebouwen die zijn neergezet. Kan de heer Hamers meer voorbeelden noemen waarbij er sprake is van een gebrek aan flexibiliteit om in te spelen op actuele ontwikkelingen?

De heer **Hamers**: Ik bedoel met flexibiliteit dat mensen in de zorg, bestuurders en directieleden werken in een omgeving die heel onrustig en veranderlijk is. Er is geen stabiele situatie: de wetgeving verandert voortdurend; we lopen van het ene van incident naar het andere. Daarop wordt continu gereageerd. Ik vind eigenlijk dat we meer toe moeten naar een langetermijnvisie, die heel gefundeerd is en waarbij we moeten gebruikmaken van onderzoek. Dat bedoel ik, voor een deel, met flexibiliteit. Het gaat niet vaak om handelen, maar ook in het beleid kan men rekening houden met onderzoek. Dan heb ik het bijvoorbeeld over een model dat aangeeft hoe we vraaggestuurde zorg moeten leveren. De «patiënt centraal» is een hot item. Er zijn allerlei ideeën over. We moeten behoeften van mensen in kaart brengen. Als we dat weten, kunnen we vraaggerichte zorg bieden. Die behoeften fluctueren vervolgens heel erg, niet alleen nu, maar ook in de toekomst. Dat is weer te veel flexibiliteit. We moeten kijken naar structuren die ons kunnen helpen wellicht meer vraaggestuurde zorg te leveren. Uit onderzoek blijkt dat we misschien veel meer moeten focussen op bronnen van mensen, bijvoorbeeld hun inkomen, hun mobiliteit of het wel of niet aanwezig zijn van mantelzorg. Deze kunnen aan verandering onderhevig zijn. Als er met die bronnen iets fout gaat, ontstaat er een zorgvraag, waarbij bijvoorbeeld intramurale opname noodzakelijk is.

Om dit te voorkomen, moeten aanbieders zich veel meer richten op het ondersteunen of het opvangen van die bronnen. In hun aanbod moeten ze veel meer kijken naar de bronnen van mensen in plaats van naar allerlei behoeften. Dat idee geeft, binnen het concept flexibiliteit, wel een bepaald kader. De behoeften van mensen veranderen. De behoeften van mijn ouders zijn anders dan die van mij of de toekomstige behoefte van mijn dochter. Dat zal altijd zo zijn. Aanbieders en zorgverleners moeten flexibel zijn om daarop te kunnen inspelen. Als ze zich meer richten op bijvoorbeeld de ondersteuning van mantelzorg, vergt dit ook weer andere kennis en vaardigheden van de zorgverleners, die daarmee moeten omgaan.

De heer **Koopmans**: Ik word getriggerd door het woord behoefte. Wij doen onderzoek naar de behoeften van jonge mensen met dementie. Wij hebben met VWS gesproken over de vraag waarmee we moeten beginnen in het wetenschappelijk onderzoek naar dementie. Ik denk dat men heel snel naar oplossingen en interventies wil, althans, dat zei men bij VWS vijf jaar geleden. Echter, als we nog niet eens weten wat de primaire behoeften zijn van jonge mensen met dementie en hun mantelzorgers, hoe kunnen we daar dan zorg op zetten? Ik wil ervoor pleiten diepgaand en kwalitatief naar behoeften te kijken van jonge mensen met dementie, hun kinderen en mantelzorgers. Daardoor komt naar boven waardoor het systeem met het zorgaanbod dat we nu creëren, misgaat. Dit is dus weer een pleidooi voor onderzoek, om soms ook de zorg vervolgens beter in te richten en te zien waar nu de lacunes zitten.

De heer **Hamers**: Ik ben het eens met de heer Koopmans, op een uitzondering na. Er zit namelijk een zeker gevaar in. Als we mensen nu vragen naar hun behoeften, redeneren ze vanuit een bepaald perspectief en dat is vaak het perspectief van het huidige aanbod. Daarmee moeten we rekening houden.

Mevrouw **Leijten** (SP): Voorzitter. We hebben het vandaag over misstanden in de intramurale zorg, maar ook over plekken waar het goed gaat. Hoe kunnen we voorkomen dat het misgaat? Hoe kunnen we vooral stimuleren dat het beter gaat op de plekken waar het niet goed gaat? Ik denk dat een organisatie als Verenso daarin een heel belangrijke rol heeft. De leden van Verenso zien nogal wat. Ik heb een vraag voor de heer Roos. Verenso heeft een onderzoek gedaan onder haar leden. Uit dat onderzoek blijkt dat men aanloopt tegen de visie van de instelling over de aansturing van de uitvoering van die visie. Men loopt ook aan tegen de kwaliteit van het uitvoerend personeel. Kan hij aangeven of zijn achterban met die zorgen terecht kan in die instellingen? Lukt dat of lukt dat niet? Ik vind het prachtig om onderzoek te doen. Dat is heel goed en we moeten dat stimuleren. In de praktijk loopt het soms anders. Vanochtend was er bijvoorbeeld iemand afwezig, die er wel had willen zijn. Wat kan Verenso dan doen? Hoort zij dat meer? Wat is de visie? Wat gebeurt er bij een dergelijke instelling? Wat moet er gebeuren opdat iemand die de vinger op de zere plek legt, wel gehoord kan worden?

De heer **Roos**: Dat is lastig. We lopen het risico dat we in vergelijkbare verhalen terecht komen over de diversiteit in de kwaliteit van instellingen en hoe mensen daarmee omgaan. De mate waarin men tot redelijke oplossingen kan komen, is heel afhankelijk van de betrokkenheid van de bestuurders bij het dagelijks werk. Er kunnen redelijke oplossingen worden gevonden. Een aantal instellingen functioneert wel goed en naar behoren. Andere moeten dat natuurlijk ook kunnen. Waarom zouden er uitzonderingen zijn?

We zien dat onze leden en over het algemeen alle personeel op de werkvloer eindeloos bezig zijn de touwtjes aan elkaar te knopen en het niet zo snel hogerop zoeken, bij de leiding. Dat is vaak heel lastig. Het hangt ook af van de omvang van de organisatie. Grote organisaties hebben veel hiërarchische lagen. Dat maakt het voor de mensen allemaal veel ingewikkelder om toegang te krijgen. Over het algemeen is er toegang, maar er zijn uitzonderingen, zoals die waarover we vanochtend hoorden. Er zijn ook uitzonderingen waarbij het artsen of personeel bijvoorbeeld wordt verboden toegang te zoeken tot de raad van toezicht. Als er excessen zijn – zo noem ik ze nog steeds – zien we vaak dat deze worden gevormd door een laatste druppel. Vaak is dat een heel onbenullige druppel. Er is al opgekropte woede en onmacht. Vervolgens gebeurt er iets en is er een uitbarsting. Dan heb je een probleem in huis en is het vaak voor een heel lange tijd slecht. Ik kan eigenlijk alleen maar herhalen wat vanochtend ook is gezegd: een goede communicatie en openheid over en weer helpen natuurlijk een instelling een behoorlijke instelling te worden. Het kan in ieder geval. De meerderheid van de instellingen kan dus op een redelijk niveau functioneren, met alle kritiek die we erop kunnen hebben. We moeten niet verstopperij spelen: we moeten toegeven dat de kwaliteit beter kan en zeggen waaraan het ontbreekt. Dan kunnen we er tenminste samen aan werken. Bij excessen moeten we ook toegeven dat er slecht wordt gefunctioneerd, want waarom gaat het op sommige plekken in Amsterdam wel goed en op andere plekken niet?

De heer **Koopmans**: Met het risico dat ik uit de school klap, wil ik toch zeggen dat ik uit eigen ervaring weet hoe moeilijk het is en hoeveel lef het management moet hebben om in te grijpen bij disfunctionerende mensen, ook al weet iedereen dat deze mensen, vaak in het kader, niet functioneren. Ik zie dat wij of collega's wel waarschuwen, signaleren en noem maar op. Toch is mijn ervaring dat er af en toe niets gebeurt. Kijk bijvoorbeeld naar de crisis bij het hartcentrum van ons UMC, waarvan iedereen hier inmiddels weet. Iedereen zei toen: dat wisten we al lang. Dat is dus heel lastig. Iedereen wist het, iedereen weet het, maar niemand

doet er iets mee. Helaas herken ik dit ook. Ik weet niet hoe ik dit moet doorbreken, maar het speelt wel.

Mevrouw **Venrooy-van Ark** (VVD): Voorzitter. Bij het verhaal van mevrouw Lagaay kreeg ik het gevoel dat de volkswijsheid dat mensen die eenmaal in het ziekenhuis zijn beland, er meestal ook blijven liggen, ook wetenschappelijk te onderbouwen is. Daar moet ik nog even over nadenken. Daarom gaan mensen ook niet naar het ziekenhuis, omdat ze zeggen: ik kom er zeker uit dan dat ik er inga.

Nu we hier allemaal wetenschappers hebben, wil ik iets neerleggen, in de context van de thema's begeleiding en behandeling. Dat heeft misschien te maken met het artsenbezoek en de vraag of artsen behandelen of begeleiden. Ik ben hier bijna tien maanden mee bezig en het valt me op dat er ontzettend veel speelt op het gebied van de ouderenzorg. Alle stelsels komen daar bij elkaar, de Zorgverzekeringswet, de AWBZ en Wmo. Alleen Jeugdzorg blijft erbuiten. Wie ik ook spreek, iedereen zegt: bij mij moet je niet zijn om te bezuinigen of om dingen anders in te richten, doe dat maar ergens anders, want daar klotst het geld tegen de plinten of daar zit heel veel regeldruk enzovoorts. We hoeven gelukkig niet te bezuinigen, maar we kunnen zelfs investeren. Het is echter wel zaak te kijken hoe we dingen slimmer kunnen organiseren. Ik heb een vraag voor met name onze professoren: als zij het opnieuw mochten doen, hoe zouden zij het dan inrichten?

Mevrouw **Lagaay**: Ik ga niet zeggen hoe we het moeten inrichten, maar ik wil wel even iets rechtzetten. Ik heb niet gezegd dat mensen die naar de dokter gaan het ziekenhuis niet meer uitkomen. Ik pleit er juist voor op tijd naar de dokter te gaan, zodat men niet in een vastgelopen situatie in het ziekenhuis blijft liggen. De meeste mensen die naar de huisarts of de polikliniek gaan, gaan gewoon weer naar huis. De bedoeling is juist een systeem te organiseren waarbij mensen langer thuis kunnen blijven.

De heer **Koopmans**: Mevrouw Venrooy stelt een lastige vraag. Laat ik vooropstellen dat wij het in Nederland zo slecht nog niet doen in de intramurale ouderenzorg. Dat lijkt vandaag misschien niet zo. Nergens in de wereld hebben ze specialisten ouderengeneeskunde, behalve bij ons. Waar ik in de wereld ook spreek over de medische zorg in verpleeghuizen, men kijkt naar ons systeem. In veel andere landen komt de dokter een keer kijken en vervolgens gaat hij weer weg. Hij trekt zich niets van de patiënt aan. Ik chargeer uiteraard.

We hebben net de discussie gehad over behandeling of begeleiding. Wij hebben heel duidelijke wetenschappelijke cijfers die aantonen dat onze intramurale verpleeghuiszorg gewoon goedkoop is. Recent nog heeft er een onderzoek gestaan in een zeer toonaangevend tijdschrift, waaruit blijkt dat wij heel weinig ziekenhuisopnames hebben en dat mensen met dementie bijna niet sterven in ziekenhuizen. In Engeland en België bijvoorbeeld gaat 45% van de mensen met dementie dood in een ziekenhuis. Op de vraag of ik het anders wil inrichten, zeg ik dus: nee, op dat punt moeten we het helemaal niet anders inrichten, want de rest van de wereld kijkt juist naar ons. We behandelen mensen met dementie helemaal niet eindeloos door. Dat is helemaal niet aan de orde. Daar wil ik dus ook heel weinig aan veranderen. Wij moeten wel zorgen dat de deskundigheid gelijke tred houdt. We hebben het uit elkaar laten lopen, complexere zorg en afnemende deskundigheid. Dat moeten we echt overdoen, we moeten het bijstellen en erkennen dat het complexer is. Als ik het voor het zeggen heb, zoek ik het daar.

De heer **Hamers**: Het is een heel moeilijke vraag. Als we de ouderenzorg in Nederland vergelijken met de zorg elders, horen we inderdaad heel vaak positieve geluiden uit het buitenland. Mensen uit het buitenland

komen hier kijken en nemen de zorg in Nederland als uitgangspunt voor de zorg daar.

De verpleeghuiszorg die 25 jaar of langer geleden is ingesteld, had toen een ander doel dan nu. De nadruk ligt nu veel meer op thema's als welzijn, zorg en wonen en veel minder op het thema behandeling. Vroeger was het heel anders. Wat mij betreft moeten we daar ook goed naar kijken. Heel vaak is het zo dat mensen zijn uitbehandeld. Laten we daarover heel duidelijk zijn. Soms hebben mensen een speciale behandeling nodig. Daarvoor hebben we in Nederland de specialisten ouderengeneeskunde. Ik denk dat het thema kleinschalig wonen heel veel goeds heeft gebracht. Een aantal projecten is goed uit de verf gekomen en ik denk dat mensen daar toch een heel andere kijk hebben op het thema zorg en begeleiding. Een hoogleraar uit New York was bij ons op bezoek. Wij gingen met haar naar een verpleeghuis met kleinschalig wonen en een verpleeghuis met grote afdelingen, zeg maar het traditionele verpleeghuis. Wij begonnen met het traditionele verpleeghuis en gingen vervolgens naar het verpleeghuis met kleinschalig wonen. Aan het einde zei zij: «I can't see the difference.» Een groter compliment kon het traditionele verpleeghuis niet krijgen. De traditionele afdeling was namelijk veel meer gaan werken vanuit de concepten van het kleinschalig wonen. Daarmee kom ik ook even terug op de vraag van de heer Van der Staaij over gebouwen. Ik denk dat we in Nederland te veel naar dat soort zaken kijken. Het gebouw moet mooi zijn. Dat zien we ook heel vaak bij kleinschalig wonen. Het zijn allemaal prachtige huisjes, maar het gaat eigenlijk om de zorg die daar wordt geboden. Als we kleine mooie huisjes bouwen met flatscreentelevisies en weet ik wat allemaal, maar verder precies hetzelfde doen als wat we vroeger in de traditionele verpleeghuiszorg deden, zijn we geen enkele stap opgeschoten. Ook in de traditionele, grote afdelingen slaagt men er nu in op sommige plekken kleinschalig te verzorgen. Dat is misschien een punt bij de vraag hoe we zorg moeten herinrichten. Het antwoord op de vraag hoe het anders moet, is ook weer afhankelijk van de tijd en de context waarin wij leven. De eisen die we nu stellen, zullen anders zijn dan die over twintig jaar. Dan zitten we over twintig jaar weer hier en worden weer dezelfde vragen gesteld. Enige nuance is dus op zijn plaats. Er wordt ook veel gepraat over de eerste lijn en over de indicatiestelling. Ook daar wil ik een lans breken voor de zorgprofessional. De verpleegkundigen zijn volgens mij heel goed in staat om vanuit een dagelijkse zorg te indiceren wat er precies aan de hand is, in plaats van een instantie die dit op afstand moet doen.

De heer **Koopmans**: Ik wil toch nog even reageren op het thema behandeling. We hebben het natuurlijk over ziekten die niet te behandelen zijn, hoewel dit relatief is. Een behandeling begint voor mij met goede diagnostiek. Wij hebben behandelaars nodig die dit goed doen. Daar ontbreekt het aan als wij helemaal overhellen naar het welzijnsmodel. Wij weten dat grote problemen zoals pijn en depressie worden ondergediagnosticeerd. Laten we eerlijk zijn: dat moet door gekwalificeerd personeel, vaak behandelaars zoals artsen of psychologen, heel goed worden bekeken.

Mevrouw **Lagaay**: Als het goed is, wordt er in het verpleeghuis geprobeerd een goede diagnose te stellen. Er moeten goede expertise en nascholing zijn, waardoor er aandacht is voor moeilijke zaken zoals een depressie. Een depressie is natuurlijk notoir moeilijk vast te stellen. Ik denk dat er in de huisartsenpraktijk nog veel meer winst is te behalen. Het is niet zo ingewikkeld, maar men moet er aandacht voor hebben. Als men weet dat het veel voorkomt en erop gaat letten – voor mijn part doet men een testje – komt men al veel zaken op het spoor. Het is natuurlijk complex en het gaat over heel veel gebieden. De diagnostiek bij oudere mensen is ingewikkeld. Het is niet zoals bij jonge mensen die moe zijn en dus

bloedarmoede hebben. Nee, hij is moe, dus kan hij depressief zijn, dement zijn, kanker hebben of misschien slecht hebben gegeten. Dat kan allemaal, dus is die diagnostiek ingewikkeld.

Mevrouw **Uitslag** (CDA): Voorzitter. We hebben vanochtend gesproken over het medisch model versus het welzijnsmodel. Ik zit in mijn maag met de twee modellen of ik zit er in ieder geval mee te puzzelen. De heer Hamers gaf net aan dat we misschien te ver doorschieten in het welzijnsmodel. Het gaat niet alleen om wonen en de flatscreen, maar ook om zorg. Vorige week sprak ik iemand die zei dat het juist om het wonen gaat, want het wonen is iets wat mensen doen vanaf het begin. Waarom moeten mensen verhuizen om ergens anders aanbod te vinden? Deze persoon vond dat we het wonen wel centraal moeten zetten en de zorg naar de woning moeten halen. Er zijn verschillende visies op te geven. Het valt me op dat we heel veel spreken over dementie en Alzheimer. Het gaat over intramuraal ouderenzorg en volgens mij is daar ook nog een stuk somatiek. Het lijkt wel alsof we dat een beetje vergeten. We willen uitgaan van «lekker leven», of iemand nu dement is of somatische klachten heeft. We willen niet dat alles wordt gemedicaliseerd. We moeten wel oppassen dat we niet uit de pas lopen als het gaat om complexe zorg versus deskundigheid. Welke insteek moet de politiek nu in de eerste plaats kiezen? Moeten we meer patiëntvolgend zijn en uitgaan van het wonen, waarbij we vervolgens kijken of er hulp nodig is, waar de persoon in kwestie moet wonen en welke zorg hij moet krijgen of moeten we meer inzetten op de instellingen om de deskundigheid te bevorderen? Ik puzzel daarmee.

Mevrouw **Lagaay**: Ik kan het helemaal eens zijn met het concept «lekker leven». Ik denk dat heel veel mensen geen medisch model nodig hebben om lekker te leven. De kunst voor ons is die mensen eruit te pikken en op te sporen die wel iets medisch hebben, zelfs als ze het zelf niet door hebben. Als we hier iets aan doen, kunnen zij een lekkerder leven hebben. We kunnen dit doen door te screenen in de huisartsenpraktijk en voorlichting te geven over de zaken die mogelijk zijn en veel voorkomen bij ouderen. Ik denk meer in die richting. Het overgrote deel van de mensen heeft niets medisch en kan zich zijn hele leven thuis prima redden, met misschien een klein beetje hulp. Een klein deel van de mensen loopt tegen de zorgbehoefte aan. Het zijn inderdaad niet alleen maar demente mensen die zorg nodig hebben. Het gaat ook om mensen die immobiel of blind zijn, of niemand om zich heen hebben die een klein klusje voor hen kan doen.

Mevrouw **Uitslag** (CDA): Het gaat mij om het opsporen en screenen. Ik ben het helemaal met u eens dat de huisarts daarin een belangrijke rol speelt. Moeten we echter niet oppassen dat we juist medicaliseren, omdat we op zoek gaan? Is dat niet een hellend vlak?

Mevrouw **Lagaay**: Ik denk niet dat dit nodig is, als we er een keurig protocol voor maken. De mensen die niets hebben en als volledig normaal uit de screening komen, hoeven toch nergens bang voor te zijn? Ik denk dat het een beetje overdreven is om daarvoor zo angstig te zijn. Ik weet namelijk ook niet zo goed een andere manier om die mensen op tijd te vinden, voordat ze verpieteren. Dat gebeurt namelijk.

De heer **Koopmans**: Het thema was pregnant aanwezig in het Nationaal Programma Ouderenzorg. De ouderen hebben zelf als transitiepad – prachtige terminologie – geformuleerd: wonen gaat voor welzijn, welzijn gaat voor zorg. Dat was dus de volgorde, die wij ook hebben benoemd in ons eigen geriatrische netwerk. We hebben veel gesproken met de ouderen over welzijn en zorg. De aanname is toch dat meer investeren in

welzijn ervoor zorgt dat de zorg kan worden teruggedrongen. Dat betekent dat wij heel veel projecten zijn gestart waarin welzijn aandacht heeft gekregen. Wij horen ook van huisartsen dat ze er te weinig aandacht voor hebben of dat de verbinding met welzijn er te weinig is. Ik vind het zelf lastig keuzes te maken. Ik denk dat we naar een integraal model moeten, waarin het ene niet belangrijker is dan het andere. Soms is het ene belangrijker, soms het andere. Men heeft verpleeghuisartsen heel vaak verweten dat ze te veel het medisch model aanhangen, maar ik herken me daar niet in. Wij hebben altijd het biopsychosociaal model aangehangen. Als iemand is opgeleid om integraal te kijken, dan waren wij dat wel. We moeten niet alleen als orgaanspecialisten kijken, maar ook kijken naar de sociale, maatschappelijke en psychische kanten. Dit soort gedachten over een medisch model heb ik dus altijd ver van mij afgehouden.

De heer **Hamers**: Ik begin met het onderwerp screening. Wij screenen ook als preventie, om te voorkomen dat mensen misschien straks van intramurale zorg moeten gebruikmaken. Binnen het NPO lopen inderdaad een aantal programma's op dat terrein. Wij hebben vanuit onze universiteit enkele projecten gedaan met betrekking tot het thema Centra voor Gezond Leven, een soort consultatiebureaus voor ouderen. Wij zagen twee dingen. In de eerste plaats kregen we niet de ouderen die we eigenlijk wilden hebben. Meestal zijn het de gezonde mensen die komen voor een health check-up of iets dergelijks. In de tweede plaats zagen we dat professionals vaak terugvielen op het meten van de bloeddruk en een aantal andere basale diagnostische zaken die we ook verwachten op een consultatiebureau. Wat miste was het screenen op die factoren waarvan we weten dat die kunnen voorspellen of iemand straks naar een verpleeghuis moet. Ik kom hiermee weer terug op het bronnenmodel. Dan gaat het over thema's als sociaal netwerk, mantelzorg, mobiliteit en inkomen. Dat waren juist vaak punten die in de Centra voor Gezond Leven eigenlijk niet uit de verf kwamen. Er is dus nog wel een weg te gaan. Daarmee zeg ik niet dat we dit niet moeten doen, maar er zitten haken en ogen aan.

Verder sluit ik aan bij wat er vandaag al vaak is gezegd, namelijk dat men zo lang mogelijk thuis moet wonen, als dat kan. Daarop moeten we inzetten. Als het op een gegeven moment niet meer kan, moeten sommige mensen worden opgenomen in verpleeghuizen. Dan is de omgeving, het gebouw zelf, belangrijk, maar de zorg die er wordt gegeven, is nog veel belangrijker. Zo moet men mijn opmerkingen interpreteren.

Mevrouw **Lagaay**: Ik denk dat ik me niet duidelijk heb uitgedrukt. De screening is natuurlijk helemaal niet bedoeld voor het cholesterol en de bloeddruk. Dat is heel medisch. Het gaat juist erom of mensen eenzaam zijn, of ze hun nagels nog wel kunnen knippen, of ze met hun medicijnen kunnen omgaan of dat het te ingewikkeld is om een pilletje te breken. Dat zijn heel simpele dingen, waarvoor testen voorhanden zijn. Dokters die zich verdiepen in de geriatrie en in kwetsbare ouderen, hoeven helemaal niet altijd medische oplossingen te vinden. Het gaat er juist om dat de hele mens wordt bekeken en dat ze kijken naar de wensen van die persoon. Het gaat om gesprekken waarin zaken aan bod komen als: wil je wel weten dat je kanker hebt als je afvalt? Moeten we al die diagnostiek nog wel doen? Het gaat juist om deze mooie gesprekken over die beslissingen. Het hoeft dus niet zo medisch te zijn, maar het gaat om lekker leven. Dat is eigenlijk wel een mooie uitdrukking. De screening is er dus wel, niet op cholesterol en dat soort zaken, maar juist op functie.

De heer **Roos**: Als je vraagt wat mensen belangrijk vinden in het leven, scoort gezondheid altijd heel hoog. We moeten het echter niet als

tegenstellingen presenteren. Als je op een revalidatieafdeling ligt, is het belangrijkste zo snel mogelijk weer naar huis te kunnen en te werken aan de beweging. In een dergelijke omgeving speelt het medisch model veel meer een rol dan wanneer men voor een vakantieopname of een sociale opname een week of een maand naar een verpleeghuis gaat of wanneer men als dementerende voor langere tijd in een verpleeghuis zit. Dat heeft ook weer te maken met de visie van de instelling. Welke rol geeft men de dokters? Thuis loopt niet ongevraagd iedere dag een of andere dokter over de vloer en dat hoeft in het verpleeghuis in principe ook niet altijd zo te zijn. Men houdt er natuurlijk wel rekening mee dat mensen met rede zijn opgenomen, of omdat ze functionele beperkingen hebben of omdat ze gewoon ziek zijn. We kunnen het dus wel op een goede manier organiseren. Dan praten we niet over een medisch model, maar over het organiseren van de omgeving en de meer of minder dominante rol die behandelaars spelen, afhankelijk van de situatie waarin de mensen verkeren.

Vanochtend is er gesproken over het scheiden van wonen, zorg en welzijn. Men kiest voor een huis en gaat ergens wonen. Als men iets nodig heeft voor zijn welzijn en zijn gezondheid, komen daarvoor mensen op bezoek. Het is niet andersom.

Mevrouw **Wolbert** (PvdA): Voorzitter. Ik wil eigenlijk iedereen vragen hoe ze het straks zelf gaan regelen als oudere, maar dat gaat veel te veel tijd kosten. Ik wil terug naar de verpleeghuizen, want daar was het ons om begonnen. De heer Koopmans maakte een opmerking over de kwaliteit van instellingen en dat deze niet altijd even goed is. Mensen zien dit om zich heen gebeuren, maar op de een of andere manier is er dan toch geen moreel kompas om te zeggen: tot hier en niet verder. Dat is een intrigerende opmerking. We weten allemaal dat het niet goed is, maar toch doet niemand er iets aan. Ik wil dat de anderen hierop reageren. Wat is er nodig om dat moreel kompas te laten werken, zodat er binnen die organisaties wel iets gebeurt?

De heer **Roos**: Verenso wordt wel eens gevraagd het naar buiten te brengen, omdat dit veiliger is voor een individuele dokter dan zelf de vuile was buiten te hangen. Wij vragen daarom onze achterban ons in een zo vroeg mogelijk stadium in te schakelen. Het hoeft niet meteen een ramp te zijn als men ons vraagt of het bij andere instellingen ook op die manier gaat. Dan kunnen wij contact opnemen met instellingen, met een raad van bestuur of directie, om daarover te praten. Wij moeten dus van buitenaf naar die instellingen toe die zich wat gesloten opstellen, om het open te breken. Dat moet niet ten koste gaan van het personeel, dus proberen we het op een hoger niveau te tillen en te spiegelen. Daar komt het eigenlijk op neer.

Mevrouw **Meerveld**: Mevrouw Wolbert vroeg naar het moreel kompas. We merken dat patiënten en hun familie in het verpleeghuis enorm flexibel zijn en begrip hebben: «Die meiden moeten al zo hard lopen en hebben het al zo druk.» Voor Alzheimer Nederland is in ieder geval belangrijk dat er meer duidelijkheid is over de bodemnorm. Waar mogen we op rekenen? Mensen hebben al snel het gevoel dat ze een zeur zijn of te veel vragen. Ze hebben het gevoel dat ze er maar aan moeten wennen. Gelukkig is de oudere ontzettend flexibel en went aan de meest vreselijke dingen. Ik moet er niet aan denken dat ik een halve dag lang op dezelfde manier in een stoel blijf zitten, maar ja, dan moet het opeens. We willen dus heldere normen en meer duidelijkheid over de vraag wat we in Nederland noodzakelijk vinden voor de kwaliteit in een verpleeghuis. Daarvoor pleiten we. Nu hebben we de normen voor verantwoorde zorg, maar dat zijn relatieve normen. Er wordt gekeken naar het gemiddelde op een aantal punten. Als een verpleeghuis erboven zit, is het blijkbaar goed,

als het verpleeghuis eronder zit, is het blijkbaar slecht. Volgend jaar kan het gemiddelde natuurlijk ook een stuk lager liggen. Dan hebben de ouderen daarmee weer te leven. Alzheimer Nederland vraagt dus om duidelijke normen, zoals de alarmbellen uit 2003 van de NVVA.

De heer **Koopmans**: Ik heb volgens mij wel iets gevaarlijks gezegd. Ik kijk steeds hoe iets werkt in de praktijk, gewoon heel dichtbij. We kennen duidelijke voorbeelden van complete artsenteams die opstappen. Dat is bekend, dus hoeven we het daarover niet te hebben. Soms slaat het door en ziet men het echt niet meer zitten.

Op een subtieler niveau vult men gewoon de lacunes in. Ik zie het mezelf ook doen. Dat gebeurt. Ik geef een concreet voorbeeld. Vocht en voeding zijn mediagevoelige onderwerpen. Dan staat er in de krant dat er weer iemand is uitgedroogd. Als iemand slecht eet en drinkt, spreken wij af een vochtlijst bij te houden. Dat is een goede afspraak. Vervolgens moeten we kijken of het ook echt gebeurt. Soms zien we dat mensen alles hebben opgedronken wat ze aangeboden hebben gekregen, maar dat ze maar een liter hebben gekregen. Hoe kan dat? Men moet toch weten dat mensen minstens 1,5 liter per dag moeten drinken? Dan kom ik uit bij het deskundigheidspunt. Blijkbaar werk ik dan als dokter met mensen die dit zelf niet kunnen bedenken. Ik kan vervolgens natuurlijk naar het management stappen en zeggen dat ze beter geschoold moeten worden, maar soms moeten we het doen met mensen die het niet zien en niet weten. Ik maakte deze week nog mee dat ik werd gebeld met de vraag hoeveel insuline men moest bij spuiten bij iemand die een te lage bloedsuiker had. Dan schrik ik me kapot. Dat is juist het verkeerde om te doen. Zolang dokters dat soort dingen meemaken, worden ze onrustig. We hebben het gewoon over kennis. Als men die kennis niet heeft, weet men het niet en maakt men brokken.

Vervolgens kunnen we het weer over scholing hebben en zeggen dat managers beter op hun mensen moeten letten. Dan gaat het niet alleen over suiker, vocht of voeding, maar ook over doorliggen en de hele riedel. Ik overdrijf misschien, maar waar moeten we beginnen?

De heer **Hamers**: Bij het onderwerp kennis wil ik ook voor een deel de bestuurders erbij betrekken. Wij zien heel bevlogen bestuurders, die een positief effect kunnen hebben op de zorgorganisatie, maar we zien ook bestuurders die vooral letten op het sturen op kosten en niet op andere dingen, die nu vaak in het nieuws zijn, zoals de kwaliteit van zorg en medewerkers.

We hebben allerlei dingen georganiseerd om de kwaliteit te meten, maar die functioneren blijkbaar niet zoals ze zijn bedoeld. Een instelling kan op alle punten positief scoren, maar als we in een instelling kijken, gaat het toch niet goed. De dingen die wij hebben bedacht, zorgen er niet voor dat het beter gaat. Hier moet goed naar gekeken worden.

Als laatste wil ik ervoor pleiten om zaken soms eerst goed te bekijken voordat we iets op grote schaal invoeren. Wij willen natuurlijk snel effecten bereiken. Laat ik vooropstellen dat we niet alles hoeven te onderzoeken, maar soms is het bij grote veranderingen goed om te kijken wat de effecten daarvan zijn en of de verandering echt het effect heeft waarop we hopen.

Mevrouw **Leijten** (SP): Kunt u daarvan een voorbeeld geven? U zegt dat we niet alles moeten oplossen met regels. Ik constateer dat de sector vaak zelf zaken oplost met regels, niet zozeer omdat de politiek dit vraagt, maar als zelfregulering. Misschien doet de sector dit vanuit het idee dat er anders wetten komen. U zegt dat we grote wijzigingen rustig moeten aanpakken en moeten evalueren. Kunt u een voorbeeld geven van een verandering die te snel is gegaan en die te snel effect moest hebben?

De heer **Hamers**: Er komen allerlei programma's op nationaal niveau die zijn bedoeld om kennis te implementeren. Op zich ben ik er een voorstander van dat kennis wordt geïmplementeerd. Dit wordt heel enthousiast aangepakt, maar we hebben de kennis vaak niet. Laten we zorgen dat we die kennis op onderdelen ook echt krijgen. Bovendien weten we dat zulke megaprojecten vaak niet het effect hebben dat we verwachten. Ik wil voorkomen dat mensen denken dat het zin heeft heel veel miljoenen apart te zetten om landelijk iets te implementeren. Vaak zet dat geen zoden aan de dijk. De kwaliteit van de zorg verbetert er niet mee. Vaak wordt er een fase gemist, de fase waarin men goed heeft onderzocht of het ook echt zoden aan de dijk zet.

Het thema vrijheidsbeperking is vandaag al meerdere keren genoemd. Dat is een voorbeeld van een thema dat niet door een universiteit is bedacht, maar uit de zorgverleners zelf naar voren is gekomen, een jaar of tien geleden. Toen zijn we begonnen met een onderzoek, met de vraag: binden wij de mensen wel goed vast? Men kan het zich misschien niet voorstellen, maar dat was de vraag. Toen wij begonnen met het onderzoek, zagen wij hoe vaak het voorkwam: 20% à 25% van de bewoners werd vastgebonden op een stoel. We hebben een experiment gedaan waarbij een aantal medewerkers, vrijwillig, 24 uur lang werd vastgebonden. Zij merkten dat dit een onvoorstelbare impact heeft. Dat is de basis geweest voor grote onderzoeken, samen met de professionals, om te kijken of het mogelijk is de banden uit de zorg te weren. Daarvoor kunnen we mooie, grote programma's bedenken, maar in feite gebeurde het hier op kleine schaal. Het werd ontwikkeld en getest op effectiviteit. Nu hebben we een interventie beschikbaar, de Ex-belt-methode, waarmee we de banden weg krijgen uit de verpleeghuiszorg. Een volgende fase is dit goed te implementeren, zodat het geëffectueerd kan worden.

Mevrouw **Wolbert** (PvdA): Ik vind het wel mooi dat we toch nog positief kunnen afsluiten. Het leek even alsof we moesten berusten in machteloosheid, omdat we niet weten waar we moeten beginnen. Ik stel het even heel zwart-wit, wat natuurlijk lastig is met wetenschappers. Als we klein beginnen, zodat mensen het kunnen behappen en overzien en bovendien worden ondersteund met methodieken en onderzoek, kan er kennelijk wel wat. Heb ik het dan erg vereenvoudigd of ziet de heer Hamers het ook zo?

De **voorzitter**: Ik ga eerst even naar mevrouw Venrooy en vervolgens naar onze gasten.

Mevrouw **Venrooy-van Ark** (VVD): Ik moet de vraag stellen, want hij zit al een halfuur in mijn hoofd. Ik wil terugkomen op het thema behandeling. We kunnen proactief naar mensen toe gaan die in het beginstadium van Alzheimer zitten, omdat we weten dat we met investeringen in het netwerk voor hun welzijn kunnen zorgen en ook kunnen voorkomen dat ze sneller een beroep doen op zwaardere zorg. Dat is echter wat anders dan bijvoorbeeld bij iedere Nederlander een scan te maken. Dan zal er bij heel veel mensen iets worden gevonden, maar heel veel mensen kunnen vervolgens eigenlijk gewoon doorlopen. Ziet mevrouw Lagaay ook die nuance?

De **voorzitter**: Dan stel ik voor dat we aan iedereen nog even de kans geven op een reactie. Dat is meteen een mooie afronding van het laatste blok van ons rondetafelgesprek.

De heer **Hamers**: Mevrouw Wolbert had het over berusten in machteloosheid. Ik hoop niet dat het zo is overgekomen, want ik heb dat gevoel helemaal niet. Ik ben heel enthousiast over de zorg voor ouderen. Ik meen dat oprecht. Ik zie wel dat er allerlei dingen niet goed gaan en beter kunnen en ik zie allerlei concrete voorbeelden dat men laat zien, gecombi-

neerd met onderzoek, dat men eraan kan werken. Ik ben er dus niet heel negatief over, integendeel.

Dan kom ik bij het thema behandeling. Ik ben het ermee eens dat vroegsignalering bij mensen met dementie zinvol is. Als we bepaalde symptomen kunnen uitstellen, moeten we dat zeker doen. Daarover is geen discussie. Bij de bewoners in de intramurale ouderenzorg valt er echter niet veel meer uit te stellen. Er is geen enkele discussie over behandelen, als het gaat om het voorkomen van doorligwonden en pijn. Daar gaat de deskundigheid juist over. Ik noem dit alleen niet behandelen. Voor mij zijn dit onderdelen die ervoor zorgen dat mensen nog een zo gewoon mogelijk leven kunnen leiden.

Mevrouw **Lagaay**: Ik vind, net als mevrouw Venrooy, dat we niet iedere Nederlander door de scan moeten halen, bijvoorbeeld omdat we dan allerlei dingen vinden die we beter niet kunnen weten. Als we zoiets willen doen, moeten we eerst een keurig onderzoek doen om te kijken of dit überhaupt zin heeft. Er heeft net een waarschuwend stukje gestaan in het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde met de boodschap eerst goed na te denken voordat men een scan maakt. Wij hebben het nu over het medische gedeelte, het welzijn of het lekker leven. We moeten zorgen dat mensen niet verpieteren, omdat niemand in hun omgeving iets opmerkt. Soms zien mensen zelf niet dat het misgaat. Het is heel naar als we pas in een heel laat stadium ontdekken dat mensen al dementeren of dat hun functioneren langzamerhand afneemt en ze bijvoorbeeld niet meer goed lopen. De kunst is om screening of case-finding te doen. Het gaat dus niet om medische zaken, maar om het voorloperstadium van functieachteruitgang en het bekijken van de mogelijkheid om zelfstandig te blijven.

De **voorzitter**: Wij hebben over veel zaken gesproken vandaag. Ik wil u allen namens onze leden hartelijk bedanken voor uw inbreng en de tijd die u voor ons hebt vrijgemaakt. Wij waarderen dit zeer. Wij hebben weer genoeg stof tot nadenken gekregen en ik dank u daarvoor.

Sluiting 16.25 uur