



# Wordt de cliënt op tijd uit bed gehaald? Tja, wiens tijd?

LESI Rapporten 2010 / 01



Een verkenning  
naar aanvullende  
kwaliteitsindicatoren  
voor de ouderenzorg

Karin Runia, MSc  
Dr. Marieke Renou





# Wordt de cliënt op tijd uit bed gehaald? Tja, wiens tijd?

Een verkenning naar aanvullende kwaliteitsindicatoren voor de ouderenzorg

Karin Runia, MSc en Dr. Marieke Renou

Landelijk Expertisecentrum Sociale Interventie

**Auteurs**

Karin Runia, MSc  
Dr. Marieke Renou

**In opdracht van:**

Stichting Humanitas Rotterdam

**Uitgave**

Landelijk Expertisecentrum Sociale Interventie (LESI)  
p/a Universiteit Utrecht  
Postbus 80140  
3508 TC Utrecht  
Tel.: 030-2534920  
info@lesi.nl

**Vormgeving**

Lenshape creative products  
Den Haag



juni 2010 Lesi, Utrecht.

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar gemaakt, in enige vorm, of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen, of op enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het Landelijk Expertisecentrum Sociale Interventie.

# Inhoud

	Voorwoord	3
1	Zorginstellingen voor ouderen in verandering	7
2	Visies en waarden in innovatieve zorginstellingen voor ouderen	11
3	Innovatieve zorginstellingen; de eigen cultuur	17
	3.1 Waarin wordt de visie op ouderenzorg zichtbaar in de zorginstellingen?	18
	3.2 Hoe wordt de zorgvisie onderhouden en overgedragen?	22
4	Kwaliteitsindicatoren van en voor innovatieve zorg	29
5	Conclusies en aanbevelingen	39
	5.1 Over indicatoren	39
	5.2 Aanbevelingen	41
	Respondenten	47
	Bronnen	48



# Voorwoord

De kwaliteit van onze zorg is een veelbesproken onderwerp. De ouderenzorg vormt daar geen uitzondering op. Er zijn zorgen over de inhoud van de zorg, over de als maar groeiende vraag, over de betaalbaarheid, over het gebrek aan personeel, over de wirwar aan regels en protocollen, over onmacht en degradatie van professionele werkers.

Steeds weer zijn er organisaties die innovaties bedenken gericht op structurele verbetering. De stichting Humanitas Akropolis, met Hans Becker als leidinggevend inspirator, is daar een voorloper in. Zij is er in geslaagd een eigenzinnige en voor vele oudere bewoners en cliënten aantrekkelijke visie op goede zorg uit te werken in een dagelijkse praktijk van professionele werkers, in nieuwe voorzieningen en in een ondersteunde cultuur in alle geledingen van de organisatie.

Daar blijft het niet bij. Er zijn ook andere organisaties die met hun voortrekkers concreet inhoud hebben gegeven aan innovaties gericht op goede zorg. Skewiel Trynwâlden met Foeke de Jong en Hogewey met Wim Teunissen zijn daar voorbeelden van. Het blijkt mogelijk om binnen de soms knellende wettelijke en financiële kaders initiatieven te nemen en vernieuwing in de zorg door te voeren.

Gemakkelijk is dat niet. Het bepalen van de kwaliteit van de zorg maakt ook onderdeel uit van het huidige systeem van de ouderenzorg. Er worden in dat systeem indicatoren voor goede zorg gehanteerd die belangrijke facetten van de zorg van de vernieuwers missen. De indicatoren houden bijvoorbeeld nog te weinig rekening met het welzijn van ouderen en benadrukken de meer medische facetten van de zorg.

In het onderhavige rapport worden de contouren geschetst van een integraler en evenwichtiger kwaliteitbeoordelingssysteem voor ouderenzorg. Daarmee wordt inhoud gegeven aan een instrumentarium dat, naar wij hopen, recht doet aan de initiatiefnemers en vernieuwers van goede ouderenzorg, met behoud van belangrijke al bestaande indicatoren. Een integraler kwaliteitbeoordelingssysteem kan tevens inspelen op stelselwijzigingen in de AWBZ en de WMO en lokale beleidsprioriteiten rond de samenhang tussen wonen, zorg en welzijn.

Wij danken onze gesprekspartners: Humanitas, Skewiel Trynwâlden, Hogewey en de Inspectie voor de Gezondheidszorg voor hun openhartigheid. We willen als Landelijk Expertisecentrum Sociale Interventie (LESI) verder met het uitwerken van een goed kwaliteitbeoordelingssysteem, waarin door ouderen als goed ervaren zorg en het effectief omgaan met schaarse middelen niet tegenover elkaar staan. Samen met enkele belangrijke actoren hopen wij daar nu aan te gaan werken.

**Prof. Dr. Roelof Hortulanus, directeur LESI**

Landelijk Expertisecentrum Sociale Interventie, juni 2010



# I Zorginstellingen voor ouderen in verandering



“Mijn moeder zei altijd; nooit alleen maar een bed met een nachtkastje als ik oud ben”.

## Inleiding

De ouderenzorg. Daar is veel over te zeggen en dat wordt ook gedaan. Er komen meer ouderen en het wordt te duur. Ouderenzorg haalt de pers: een rangorde met de beste en slechtste verpleeghuizen in de krant, verrijking van bestuurders en de schrijnende verhalen van de werkenden in de zorg. De zorgverleners die afhaken omdat het beroep niet meer lijkt op wat ze eens hadden gekozen. De uitgeschreven hoeveelheid tijd die aan een patiënt per activiteit mag worden besteed, de eindeloze lijsten met papieren verantwoording die aan het eind van de dag moeten worden ingevuld: het raakt hun hart niet meer. Gelukkig zijn er ook andere beelden: een museum van voorwerpen die mensen zelf meebrachten in de kelder van een woonzorginstelling, een nieuwe aanpak van wijk- en buurtzorg voor hulpbehoevende ouderen die gewoon thuis kunnen blijven wonen.

Er is een vraag voor ouderenzorg en er is een aanbod van ouderenzorg.

Cliënten in de ouderenzorg en hun familie en vrienden, maar ook de toekomstige cliënten hebben concrete vragen: Is de zorg in de instellingen van een goede en gegarandeerde kwaliteit? Gaat het er wel goed met de kwetsbare mensen die de zorg ontvangen? De zogenaamde passende zorg is niet alleen van medische aard. De sociale zorg is eveneens van levensbelang. De vragen die zorgbehoevende ouderen en hun familie hebben zijn in vier groepen vragen uiteen te leggen:

- Is de medische en paramedische zorg op peil? Wordt de conditie van cliënten goed in de gaten gehouden? Hoe dan? Worden cliënten tijdig verschoond? Wordt het fysiek functioneren bevorderd? Zijn er voldoende vakkundige artsen en verpleegkundigen?
- Is er een trouw verzorgend team? Is er aandacht en tijd bij het verzorgen, eten, wassen en aankleden? Wordt de eigen zelfstandigheid bevorderd en niet afgebroken? Bestaat er een werkcultuur waarin de visie van de instelling doorklinkt?
- Wat wordt er geïnvesteerd in het welzijn van de cliënten? Welke activiteiten biedt een zorginstelling? Zijn er mogelijkheden voor onderling contact en vriendschappen? Hoe verlopen deze? Bieden de medewerkers persoonlijke aandacht? Hoe ‘open’ staat het huis voor de lokale omgeving?



- Is het mogelijk om thuis blijven wonen? Is er ook dan voldoende zorg te verkrijgen? En wat nu als de gezondheid verder achteruitgaat? Hoe ziet het wonen in een instelling eruit? Hoe kom je binnen? Is het een vrolijk gebouw, ruikt het er goed? Is de sfeer goed?

Het aanbod in de ouderenzorg is gevarieerd en zo hoort het ook; intramuraal en extramuraal, van het oude verpleeghuis tot de zorgboerderij, van lichte hulp in huis tot volledige verpleging thuis. Zorg is overal te verkrijgen, pardon: in te kopen. Zorginstellingen voor ouderen staan overal in Nederland; zorginstellingen met een specifiek andere aanpak zijn vaak alleen regionaal te vinden. De kwaliteit van de ouderenzorg wordt gecontroleerd: De Inspectie voor de Gezondheidszorg en de zorgverzekeraars zijn de daartoe bevoegde instanties. Hun activiteiten worden geacht een goede kwaliteit van de ouderenzorg te garanderen.

De keuze voor een zorginstelling is digitaal te maken via een overzicht van de zorginstellingen op [www.kiesbeter.nl](http://www.kiesbeter.nl). Maar wat zegt dat nu eigenlijk? De objectieve gegevens geven wel antwoord op de kwaliteit van de medische zorg, maar geen antwoord op belangrijke vragen die de ouderen en hun familie hebben: de sfeer, de omgang, de ruimte en inrichting. Het meten van de kwaliteit van de zorg via vragenlijsten is een Nederlands gezelschapsspel geworden. De krant meet, maar ook de zorgverzekeraar en natuurlijk de Inspectie voor de Gezondheidszorg, maar ook de instellingen zelf prijzen op hun websites hun speciale kwaliteiten aan.

Belangrijk feit is dat de instellingen voor ouderenzorg niet alleen klagen over de kostbare tijd die het invullen van allerlei lijsten van hen vergt, maar dat ze er eigenlijk geen vertrouwen in hebben dat de uitkomsten de realiteit weergeven. Uiteraard zijn er uitkomsten die een goede aanleiding geven verbetertrajecten in te zetten, maar een specifieke visie en bijbehorende werkwijze op ouderenzorg, zoals innovatieve instellingen in Nederland die hanteren, zijn niet uit de lijsten te halen. Daarenboven blijkt een aantal instellingen voor ouderenzorg zelf een auditsysteem te hebben opgezet waarmee men de eigen belangrijke onderwerpen meet en verbetert. Er klopt dus iets niet.

### De spelers in het veld

Het veld van gezondheidszorg voor zorgbehoevende ouderen is groot en op zijn Nederlands georganiseerd. De voornaamste spelers zijn: het Ministerie van VWS, de zorgverzekeraars, de gemeenten, de woningcorporaties, de Inspectie voor de Gezondheidszorg en de zichtbare partners in het veld: de indicatiecommissie van het zorgkantoor, de zorginstellingen, thuiszorg en een groeiend aantal particuliere zorgvormen voor ouderen.

De financiering wordt geregeld vanuit verschillende instanties: de AWBZ, de WMO, de zorgverzekeraars en de individuele particuliere bijdragen van cliënten. Er is een continue discussie over (bezuinigingen in) de financiering. De recente wijzigingen in het stelsel waarbij de gemeenten (met de WMO) verantwoordelijk zijn geworden voor de huishoudelijke hulp thuis en 'het welzijn' en de sociale activiteiten voor de oudere cliënten geven op dit moment veel onrust. Er is sprake van een nieuwe rolverdeling en alle partijen zoeken naar de invulling van die rol. Dat geldt ook voor de financiering: de budgetten voor 'welzijn' lopen via andere instanties en de verantwoording is anders geregeld. De zorginstellingen kunnen minder gemakkelijk hun gelden integraal inzetten voor medische/sociale zorg, welzijn en wonen, omdat elke instantie een eigen verantwoording vraagt.

### **Innovatieve zorginstellingen voor ouderen**

De wijze waarop zorg aan ouderen wordt gegeven verandert, voor een deel veroorzaakt door de kritische aandacht vanuit onze samenleving, maar veelal vanuit de eigen overtuiging van de zorginstellingen zelf. Vanuit gedeelde opvattingen over centrale waarden in de zorg, zoals keuzevrijheid, goede kwaliteit, welbevinden van de cliënt en ketenzorg, is innovatie een belangrijke uitdaging geworden in de zorgsector<sup>1</sup>. Juist daarom is het interessant om het oor nog eens te luister te leggen bij een aantal voorlopers: directeuren en managers van zorginstellingen die al in de jaren negentig van de vorige eeuw hun aanpak drastisch hebben veranderd op basis van een duidelijke visie. Wat is er daar te zien en te ervaren?

### **Doelstelling van deze verkenning**

Deze verkenning wil de visie en werkwijze van deze 'innovatieve zorginstellingen' analyseren in relatie tot de wijze waarop de door hen geleverde kwaliteit al dan niet gemeten wordt in de vigerende verantwoording- en beoordelingssystemen.

Drie instellingen voor ouderenzorg zijn daartoe bezocht: Humanitas-Akropolis in Rotterdam, Hogewey in Weesp en Skewiel in Oentsjerk. Er is gesproken met de leiding en managers daar. Daarnaast is gesproken met de Inspectie Gezondheidszorg over de huidige discussies over de aanpassingen in de kwaliteitssystemen en met enkele deskundigen op het terrein van ouderenzorg. Ook zijn verschillende symposia bezocht ten einde de actuele ontwikkelingen te kunnen plaatsen.

---

<sup>1</sup> Met kwaliteitsprogramma's van bijvoorbeeld het Zorginnovatie platform (ZIP), Het Kenniscentrum Ouderen (KCO), Zorg voor Beter, het Nederlands Platform Ouderen en Europa NPOE, het Transitieprogramma in de Langdurende Zorg (Tplz), etc.



We stelden de volgende onderwerpen aan de orde:

Zijn de indicatoren in het Kwaliteitskader Verantwoorde Zorg van toepassing op de innovatieve huizen? Wat maakt de benadering en werkwijze van de drie instellingen uniek? Waarin is hun definitie van goede zorg anders? Wat betekent dat voor de cliënt en de uitvoeringspraktijk? Hoe gaat men om met de in- en externe verantwoording?

Vervolgens hebben we getracht indicatoren te formuleren die de visie en werkwijze van de innovatieve huizen recht doen. Indicatoren die bruikbaar kunnen zijn in verantwoording en toetsing.

Daarnaast hebben we geprobeerd een kader te schetsen waarin verantwoording en beoordeling gezien wordt vanuit zowel de perspectieven van de cliënt en de familie als die van de zorginstelling en de zorggevers.

### **Opbouw**

Dit essay geeft allereerst een beeld van de visie, de waarden en de cultuur van de drie bezochte zorginstellingen (hoofdstuk 2).

Vervolgens wordt de vraag gesteld waar de visie op ouderenzorg zichtbaar wordt in de aanpak en werkwijze van de instellingen. Het gaat over de waarneembare effecten van de visie én over de wijze waarop de visie overgedragen wordt aan de medewerkers (hoofdstuk 3).

Daarna wordt verkend hoe de kwaliteit van de zorg wordt getoetst (hoofdstuk 4). Wat gebeurt er met de verzamelde kennis en wat is de waarde van keurmerken en rangordes? De vraag dringt zich daarbij op in hoeverre de innovatieve zorgverlening in de huidige kwaliteitsmetingen zichtbaar wordt. Kan het anders of beter?

Ten slotte (hoofdstuk 5) zullen enkele conclusies worden getrokken. De contouren van een kwaliteitskader, dat meer recht doet aan innovatieve vormen van ouderenzorg, worden schematisch weergegeven. Daarmee kan mogelijk een impuls gegeven worden aan de discussie over de verantwoording en toetsing van de kwaliteit van de zorg. Gezocht is naar een kader dat op evenwichtige wijze aandacht biedt aan de verschillende perspectieven op goede zorg voor ouderen.

Ook worden enkele aanbevelingen gedaan.

## 2 Visies en waarden in innovatieve zorginstellingen voor ouderen



“Het moment van koffie drinken met de bewoners heeft alles met visie te maken”.

ZORGMANAGER

Zorginstellingen voor ouderen hebben een filosofie, een visie. Altijd staat de goede medische zorg voorop, maar er is natuurlijk meer. Het gaat om de zorg voor oudere kwetsbare mensen in hun laatste levensfase: zij kunnen niet meer zelfstandig leven en hebben naast zorg ook aandacht, relaties en een woonplek nodig. Centraal staat de vraag: wat hebben mensen dan precies nodig en hoe geef je ze dat?

Zorginstellingen voor ouderen vullen de medische zorg in, maar ook de sociale zorg en ze verschaffen een woonplek aan cliënten. Alle zorginstellingen doen dat op een eigen wijze met een eigen visie. De visies die worden gehanteerd verschaffen coherentie, vormen de basis voor overtuiging, stralen een cultuur van het huis uit. De visies bevatten verschillende waarden. Dat kunnen waarden zijn die expliciet zijn omschreven, maar ook waarden die impliciet aanwezig zijn zonder dat daar een glossy document aan ten grondslag ligt: godsdienstige waarden, humanistische visies of een – niet in abstracte termen omschreven – bewezen succesvolle aanpak.

Sommige zorginstellingen voor ouderen hebben ‘een naam’ in Nederland. Omdat ze het anders aanpakten en zich hebben ingespannen hun ideeën en werkwijzen actief naar buiten te brengen. We hebben drie zorginstellingen van dat type bezocht: Humanitas-Akropolis in Rotterdam, Hogewey in Weesp en Skewiel-Trynwâlden in Oentsjerk. Het zijn innovatieve zorginstellingen voor ouderen van het eerste uur, met al in de jaren tachtig en negentig van de vorige eeuw een fris geluid. Het is het werk van pioniers, van mensen die geloven in een andere aanpak die beter is voor de cliënt.

De drie zorginstellingen hebben bekende voorlieden: Hans Becker in Humanitas (sinds 1972), J.Teunissen in Hogewey (tot 2003) en Foeke de Jong in Skewiel (1993-2009). Zij waren de voorlopers van de nieuwe gedachten in de verpleeghuiszorg.

De geschiedenis van de instellingen is verschillend, hun visie is verschillend, maar de intentie is steeds dezelfde: ouderen die hulp nodig hebben verdienen een omgeving en een verzorging die bij hen past, waar ze gelukkig kunnen zijn, mèt de beperkingen die hun leeftijd en ziekte met zich meebrengen. Altijd staat de eigen regie van de cliënt voorop; zelfstandigheid en zelfredzaamheid.



De hier beschreven zorginstellingen hebben een sterke en coherente eigen visie. Bij Skewiel is dat het blijven wonen in het eigen huis, bij Hogewey is dat kleinschalig en normaal wonen in een leefstijl en bij Humanitas-Akropolis is het de zelfstandigheid van de cliënt. De visies bestaan vervolgens uit een conglomeraat van waarden die de aanpak en de organisatie van de zorgverlening en het wonen bepalen. Je zou dat cultuur kunnen noemen. De integrale visie, het totaalpakket aan waarden en de daaruit voortvloeiende merkbare en voelbare cultuur van hun zorginstelling staat er buitengewoon centraal. Opvallend is dat zij het bewaken, doorvoeren en continu verbeteren van deze eigen cultuur als voornaamste en tegelijkertijd moeilijkste opdracht beschouwen.

*“Cliënten moeten zich er ook van bewust zijn dat een ‘ja-cultuur’ voor ons allemaal een sturingsmechanisme is. Met een ‘ja-cultuur’ proberen we creativiteit op gang te houden, want door ‘nee’ te zeggen hoef je er niet meer over na te denken. Als je ‘nee’ zegt, dan is het over en uit”.*

DIRECTEUR

Gelukkig staat de wereld niet stil. Er gebeurt van alles in de zorg voor ouderen. Er zijn inmiddels vele navolgers van de door deze drie voorlopers ontwikkelde ideeën en de bijbehorende aanpak. De ideeën worden verbeterd, aangevuld en opnieuw benoemd. Zalen met acht bedden zijn een zeldzaamheid geworden, de vrijheid van bewoners is sterk verbeterd en ook de betrokkenheid van de familie en het wonen in eigen kleine wooneenheden is gangbaar in Nederland. Toch zijn dat in merendeel geen ver doorgevoerde totaalvisies. Wij doelen dan op totaalvisies met een bijbehorend pakket aan waarden en een daaruit voortvloeiende cultuur. Een cultuur die integraal wordt toegepast en zichtbaar is in de organisatie, in het gebouw, in de verzorging en het welzijn van de cliënten. Het realiseren daarvan vereist inventiviteit, financieel economische handigheid, tijd, een gelijkdenkend kader, doorzettingsvermogen en een niet aflatende aandacht.

Alle drie bezochte instellingen zijn nog ‘up en running’; de één heeft wat meer tegenslagen dan de ander, de directies zijn soms veranderd, maar ze functioneren goed en worden hoog gewaardeerd door de bewoners en hun familieleden. Hieronder volgt een korte beschrijving van hun ‘pakket’ van specifieke waarden. Deze waarden zijn onderverdeeld in 3 categorieën: (1) het eigen leven en sociale contacten, (2) het wonen en (3) de organisatie.

In hoofdstuk 3 gaan we nader in op de cultuur als uitwerking van deze waarden. Beschreven wordt hoe de cultuur van de drie zorginstellingen voor ouderen zichtbaar is in de dagelijkse praktijk.

## Visies en waarden in drie zorginstellingen voor ouderen



SKEWIEL-TRYNWÂLDEN

→ [www.skewiel-trynwalden.nl](http://www.skewiel-trynwalden.nl)

### ► EIGEN LEVEN EN SOCIALE CONTACTEN

Ieder mens zijn eigen 'dagpad', levenspatroon

Cliënten behouden hun eigen sociale netwerk

Volledig vraaggestuurde zorg. De cliënt en familie bepalen met de 'Omtinkers' het pakket van zorg & welzijn

### ► WONEN

Wonen zoals je gewend was, dat wil zeggen thuis en niet 'meeverhuizen met de zorg'

Wonen is ingebed in de dorps gemeenschap

### ► ORGANISATIE

Wijkteam met verschillende specialisaties gericht op integrale benadering cliënt: *Omtinkers*  
Wijkteams georganiseerd vanuit een multifunctioneel dienstencentrum met restaurant en keuken

Platte organisatie, zelfredzame teams

De inzet van veel (natuurlijke) vrijwilligers uit de dorpsgemeenschappen is goed voor individuen en voor versterking van de gemeenschapszin

Goede toegankelijkheid van de zorg: eigen vervoerssysteem, elektronische infrastructuur

Geen onderscheid in de soort geleverde zorg: Integrale inzet budgetten vanuit verschillende bronnen

Overdracht en onderhoud visie door eigen opleiding (i.s.m. het ROC)



► EIGEN LEVEN EN SOCIALE CONTACTEN

Leefstijl: De bewoner woont samen met anderen die dezelfde ideeën, normen en waarden hebben over het samenleven

Zorgverlening gericht op zo normaal mogelijke voortgang in het dagelijks leven van de cliënt (*een levensboek wordt nadrukkelijk gevraagd*)

Stimuleren van sociaal verkeer: naast de huiskamer bestaan er de verenigingen

► WONEN

Kleinschalig wonen: Wonen in een kleine wooneenheid (6 bewoners) binnen een woonwijk. Er zijn meerdere buurtjes met verschillende sferen, gekoppeld aan leefstijlen. Daarbuiten zijn gemeenschappelijke ruimten

Open samenleving, confrontatie met andere mensen: Het restaurant en voorzieningen zijn ook voor anderen dan bewoners familie en bezoekers maar ook mensen uit de wijk of de stad toegankelijk

Open samenleving ook op individueel niveau: aandacht voor vrijwilligers. Het restaurant en voorzieningen zijn ook voor anderen dan bewoners (familie en bezoekers, maar ook mensen uit de wijk of stad)

► ORGANISATIE

Bewaking van de visie door een andere verdeling van menskracht (lage overhead)

Bewaking en doorvoering van de visie via een eigen interne opleiding

Servicepakketten voor cliënten op basis van privé bijdragen van familie. Ook benut voor de inrichting huiskamer, uitstapjes en feesten



► EIGEN LEVEN EN SOCIALE CONTACTEN

Ieder mens heeft recht heeft op zijn eigen gedefinieerde kwaliteit van leven. Zorg, wonen en welzijn staan in dat kader. De negatieve bijeffecten: witte jassen en de dictatuur van de diëtist worden voorkomen of geneutraliseerd en anders: "moet men de welzijnsdodende care maar laten zitten"

► WONEN

Wonen in kleine eenheden met een trouwe groep begeleiders en verzorgers. De afdelingen zijn van de cliënten en hun familie; *the extended family*. Dat moet merkbaar en voelbaar zijn

Streven is een vloeiende overgang in activiteiten voor de cliënt binnen hetzelfde gebouw en met dezelfde omgeving. Als je lichamelijke of geestelijke mogelijkheden wijzigen beweegt de zorg op natuurlijke wijze mee

Restaurant en culturele activiteiten toegankelijk iedereen: wijkbewoners, bewoners van de levensloopbestendige woningen en verpleeghuisbewoners en familie en bekenden

Het is belangrijk dat mensen de dingen uit hun tijd kunnen zien, voelen en met elkaar die tijd kunnen herbeleven (museum)

► ORGANISATIE

Beschikking over eigen leven: Als de cliënt iets wil, dan wordt daar aan voldaan (*Ja-cultuur*)  
Pas in tweede instantie wordt de uitvoering van de wens gezien en besproken

Inzicht in wat er leeft op de werkvloer en in de organisatie: Leidinggevend maken veel contact in de organisatie

Door een grote organisatie, met verpleeghuizen en levensloopbestendige woningen- al dan niet met zorg en dienstverlening in Rotterdam- krijgt de financieel-economische aanpak ruimte en armslag



### 3 Innovatieve zorginstellingen; de eigen cultuur

#### Cultuur in beweging

De cultuur van een zorgorganisatie is een systeem van gedeelde betekenissen over zorg. Het systeem onderhoudt het besef van medewerkers en cliënten dat men deel uitmaakt van een groter geheel. Cultuur is in deze opvatting geen statisch onafhankelijk gegeven, maar van en door mensen gemaakt, bewegelijk en omgevingsgevoelig. De cultuur drukt uit hoe men aankijkt tegen ouderen en gedrag; hoe men diagnosticeert (door het bepalen van een leefstijl, bv.), hoe zorg georganiseerd wordt (door het scheppen van een beschermende omgeving, bv.) en hoe dienstverlening en zorg geboden worden (door het werven van medewerkers met specifieke competenties, bv.)

Een krachtige visie, zoals de visie op zorg van de instellingen die wij bezochten, legt een stevig fundament onder de organisatiecultuur. Laten we dit de *gestolde cultuur* noemen. Deze geeft de organisatie haar kleur en vorm en is vrijwel meteen zichtbaar in bijvoorbeeld de indeling van het gebouw (c.q de buurt of de wijk). Een laagje dieper ademt de ingerichte ruimte een bepaalde sfeer. Kijk je nog verder dan blijken er speciale activiteiten in het zorgproces te zijn geregeld. In het onderhoud (doen we nog wat we van plan waren?) en in de overdracht van de visie (kan iedereen er mee uit de voeten?) wordt de cultuur voor een deel *vloeibaar*: medewerkers, managers en bestuurders werken en bewerken de waarden. En daardoor wordt ook weer nieuwe kennis verworven over de zorgverlening in de organisatie.

In dit hoofdstuk kijken we naar beide elementen; de gestolde en de vloeibare cultuur in de bezochte zorginstellingen. We bezien de verschillende visies die samen de cultuur van de instellingen vormen. We doen dat aan de hand van de volgende 2 vragen:

Waarin wordt de visie op ouderenzorg zichtbaar in de praktijken van de instellingen? (3.1)

En hoe wordt de zorgvisie onderhouden en overgedragen? (3.2)



### 3.1 Waarin wordt de visie op ouderenzorg zichtbaar in de zorginstellingen?

In onderstaand overzicht staat een aantal van de meest zichtbare factoren van de visie van de instellingen. Deze zijn te onderscheiden naar factoren in relatie tot de zorgverlening (zorg en welzijn); het personeel; de organisatie van de zorg en het wonen.

ZICHTBARE FACTOREN VAN DE VISIE			
ZORGVERLENING	PERSENEEL	ORGANISATIE	WONEN
Dagproces wordt bepaald door individuele cliënt	Werving: ervaring en betrokkenheid tellen meer dan diploma	Geen kantoorruimte voor personeel op afdelingen	Eigen huur of koopwoning bij dienstencentrum
Leefeenheden zo klein mogelijk	Vast team met flexibele inzet door medewerker poule (min/max contracten)	Kleinschalig, plat	Groot aantal multifunctionele ruimten, beperkte kantoorruimten
Dienstencentrum voor hele gemeenschap van waaruit zorg aan huis wordt geboden (niet verhuizen)	<i>Omtinkers</i> investeren in het leren kennen van cliënt (' <i>deipaad</i> ')	Zorgindicaties worden losjes geïnterpreteerd: zorgminuten worden verdeeld	Wijkstructuur waarvan de randen afgesloten zijn met hofjes en straten
Activiteiten ook s' avonds en in weekend.	Visie wordt actief ingeoeft. Dagelijks en reflectief	Flexibele werktijden managers	Een zotel
Lidmaatschap van vereniging (muziek, handwerk). Verenigingen hebben leden vanuit elke leefstijlgroep	Cultuurdragers verdeeld over de organisatie	Specialistenteam intern voor intake en verpleging	Persoonlijke spullen om cliënt heen en in aankleding afdeling (privéplekken)
Geen fixatie	Wijkmanager; Managers op de vloer	Integrale wijkteams	Wonen in gevarieerde samenstelling van bewoners of juist met geestverwanten per groep (leefstijlen)
Medewerker die cliënten in namiddag ophaalt naar huis	Medewerkers verzorgen workshops over werkwijze	Op voorhand geen externe advies en scholingsbureaus	Een plein waar het druk is
Intern ontwikkelde zorgmap Een levensboek	Teams zonder leiding, maar met paramedische ondersteuning	Eigen meetsysteem (observaties bij maaltijd, sfeer, omgang, klimaat, e.d.)	Museum en spullen in de gangen voor herinneringen en verhalen
Rapportages in bijzijn cliënt		Zichtbare sturende directeur/bestuurder	Openbare faciliteiten als: grand café, restaurant, theater
Ervaringsverhalen van familie: samen invullen van het zorgaanbod		Vrijgestelde projectmanager c.q. 'duwer'	Buurtbewoners over de vloer: kapper, vereniging, kinderopvang, fysiotherapie, etc. Burenhulp
Zorg voor mantelzorgers door aanbod activiteiten		Vermarkten van ervaringskennis (lezingen, studiedagen, rondleidingen)	Geen klassiek verzorgingshuis door werken met licht, spec. bouwmaterialen, laagbouw
Busjes en auto's rijden doorlopend uit om mensen van/naar trefpunt te brengen		Grote rol voor vrijwilligers	
		Een gemeenschapsraad met maatschappelijk middenveld (ondernemers, woningbouw, gemeente)	

### Wat valt op?

In algemene zin valt op dat er fors wordt geïnvesteerd in ‘eigenheid’. Men onderscheidt zich ten opzichte van andere instellingen door specifieke (nieuw) bouw van binnen- en buitenruimte, door nadrukkelijke ideeën en activiteiten over het betrekken van de buurt (wijkconcept en samenlevingsopbouw), door de wijze waarop teams van medewerkers zijn georganiseerd en hoe kennis er wordt gedeeld en vastgehouden (met een eigen intern scholingsprogramma en met de bewuste inzet van cultuurdragers bijvoorbeeld). De kracht daarvan lijkt steeds de mengeling te zijn van welzijn, zorg en wonen. We lichten enkele kenmerkende factoren toe:

- **Het dienstencentrum.** Skewiel is geen verzorgingshuis en er zijn geen inwonende cliënten. Alle zorg is extramuraal; er is een multifunctioneel servicecentrum met functies voor de hele plattelandsgemeenschap (een regio met 10.000 bewoners). Zorg, wonen en welzijn worden de ouderen aan huis geboden dankzij een samenwerkingsmodel met veel dienstverleners (incl. de woningcorporaties). Van het voormalige verzorgingshuis is de keuken met restaurant gebleven, evenals enkele 2-persoonskamers voor terminale zorg en respijtzorg. Kerndoelstelling is dat de oudere “zo lang mogelijk” thuis kan blijven wonen.
- **Omtinkers.** Omtinkers zijn een soort ouderenadviseurs (makelaars) van Skewiel. Hun taak is om duidelijk te krijgen wat de precieze vraag/behoefte van de oudere cliënt is, los van het bestaande aanbod. Dat zoeken naar wat voor iemand belangrijk is (het ‘deipaad’) wordt opgevat als een proces. De omtinkers hebben kennis en inzicht in ouderenzorg (medicatie, sociale netwerken, zorgketen) en zijn geselecteerd op wijsheid in het aangaan en onderhouden van relaties. Zij bereiden de indicatiestelling voor en regelen dat de gewenste hulp op alle terreinen van wonen, welzijn, zorg en dienstverlening er echt komt. De (4) medewerkers zijn in dienst van Skewiel Trynwalden maar hebben een onafhankelijke positie. Er is sprake van een overlap met het gemeentelijke WMO-loket. In een recent onderzoeksadvies wordt gepleit voor een strikte scheiding van cliëntondersteuning, indicatie en levering van zorg <sup>2</sup>.

---

<sup>2</sup> Het advies om de activiteiten van de omtinkers in 3 delen te knippen (en uit te laten voeren door verschillende professionals) lijkt ons onverstandig. Verantwoordelijkheden varen het beste bij intermediairs met een brede blik die het gehele traject kunnen volgen en bij stagnaties kunnen ingrijpen. Zo heeft men indertijd deze functie ook vormgegeven. Bovendien blijkt uit de ervaringen van de omtinkers dat de behoefte/vraag van een oudere in de loop van de tijd kan veranderen. Omdat men bij de oudere in de buurt blijft kan daar flexibel mee omgegaan worden. Er is ook een zorgethisch argument: Voor hulpbehoevende ouderen is het vertrouwen in een zorgverlener van grote waarde. Opgeknippte zorg betekent verschillende professionals op de stoep van de oudere. Dit zal ten koste gaan van de zorgrelatie. Aan zo’n relatie moet je o.i. niet onnodig morrelen. Het lijkt een uitdaging voor het innovatieve Skewiel om deze nieuwe schotten vooral niet te plaatsen! Erg belangrijk in deze is de invulling die de gemeente Tietjerksteradiel in het kader van de WMO gaat geven.  
Zie voor het advies > <http://www.frieslab.nl/wp-content/uploads/2009/06/rapport-omtinker-meitinker-en-ouderenadviseur-versie-21-september1.pdf>



- **Het ‘gewone huis’.** Dementerenden wonen in Hogewey bij elkaar in een speciaal voor hen ontworpen wijk, in gewone woningen. Het wonen staat voorop en iedere woning van 6 bewoners voert zijn eigen huishouden. Er is een eigen team van verzorgenden. Een instellings sfeer wordt vermeden; er wordt gewerkt, gekookt en gewassen in de woning (geur!). Ieder heeft een eigen slaapkamer. Men bepaalt zelf hoe het dagprogramma verloopt en waar men aan meedoet. Als je de voordeur van je woning uitgaat en de wijk instapt, ben je ook echt buiten en er loopt niemand oppassend met je mee. Huisdieren zijn toegestaan. Privacy is er een belangrijke waarde. De huizen zijn gebouwd aan de randen van de wijk, daarbinnen zijn straten, pleinen en hofjes, een restaurant, café, kapsalon, supermarkt, een arts en fysio-post, een theater en verenigingsruimte. De buitenrand van de wijk is afgesloten met een poort waar iemand zit die oplet. <http://www.dehogeweyk.nl/>
  
- **Leefstijlen.** Leefstijlen zijn sferen waarbinnen mensen elkaar herkennen, met elkaar communiceren en elkaar opzoeken. In Hogewey is dit wonen met (6) gelijkgestemden bedoeld om, in dit geval, aan demente ouderen veiligheid en onderling begrip te bieden. De zeven leefstijlen vormen met elkaar een breed spectrum van de Nederlandse bevolking. Elke woning heeft een eigen leefstijl: Stads, Ambachtelijk, Indisch, Huiselijk, Gooisch, Cultureel en Christelijk. Dit wordt zichtbaar in de inrichting, wat er gegeten wordt, welke activiteiten men met de bewoners onderneemt. De cliënt bepaalt samen met de familie en met professioneel advies in welke leefstijl men gaat wonen. Naast de indeling in leefstijlen heeft men in Hogewey ook *verenigingen* waar bewoners uit verschillende leefstijlgroepen lid van kunnen worden: handenarbeid en muziek bijvoorbeeld.  
Bij Humanitas wordt ook uitgegaan van de leefstijl van mensen: daar wordt een kansrijke omgeving ingericht waarin iemand zich prettig voelt. De zorg is bedoeld om iemands welbevinden te faciliteren en dat is voor iedereen verschillend (en veranderlijk).
  
- **Herinneringsmuseum.** Bij Humanitas Akropolis is in de kelders een museum ingericht. Het is een plaats waar ouderen zich kunnen onderdompelen in ruimten met aanraakbare voorwerpen van vroeger. *Reminiscentie*, het achterliggende idee, betekent letterlijk ‘een verschijnsel dat herinneringen oproept aan iets overeenkomstigs uit het verleden’. Voorwerpen van vroeger stimuleren heldere en dementerende ouderen tot het herinneringen delen met leeftijdgenoten, familieleden en museumvrijwilligers. Cliënten lopen of rijden er rond en wijzen anderen op voorwerpen uit de jaren ’40 en ’50 toen zij een jong gezin hadden en het huishouden voerden: een petroleumstel, een kolenschop, een koffiemolen. Dit tastbare verleden is het heden van de bewoners.

- **Registratie van persoonlijke gegevens.** In de drie zorginstellingen wordt de registratie van persoonlijke gegevens en de geleverde zorg op speciale wijze vastgelegd, anders dan het standaard zorgplan. Bij Humanitas noemt men dit document het *woonleefplan* (“het belangrijkste boek in onze organisatie”). De 4 domeinen (wonen, verpleging, welzijn, behandeling) worden in samenhang gevolgd. Maar het blijft papier; de kernkwaliteit is het inlevingsvermogen van medewerkers.

In Hogewey wordt gewerkt met *een levensboek*. De familie wordt gevraagd om – in samenwerking met de cliënt – dit boek samen te stellen. In het boek zijn belangrijke gebeurtenissen en gegevens, verhalen en foto’s uit het leven van de oudere vermeld. Het kan gebruikt worden om herinneringen op te halen en in gesprek te raken. Het helpt ouderen om hun identiteit zo lang mogelijk vast te houden. Het helpt zorggevers om de cliënt te leren kennen, om goed te weten hoe het leven is verlopen, om goed in gesprek te komen en passende zorg te bieden.

- **Vakspecialisaties.** In Hogewey is er een team van verpleegkundigen en een team van sociaal agogen. De verpleegkundigen richten zich op de verpleegkundige handelingen en adviseren gevraagd en ongevraagd. De sociaal agogen werken op dezelfde wijze en richten zich op het welzijn, zowel van het individu als de groep. De inzet van deze ambulante ‘wijkzusters’ is ondersteunend voor de vaste teams van verzorgenden. De teams hoeven niet permanent specialisatiekennis te hebben. In Skewiel wordt gewerkt met *wijkteams* waarin alle relevante disciplines zijn vertegenwoordigd: huishoudelijke hulp, verzorgende, helpende, verpleegkundige, arts, fysiotherapeut, ergotherapeut, geestelijke verzorger, maatschappelijk werker en vrijwilliger.

- **Eigen meetsystemen (alle 3 instellingen).** De zorginstellingen zijn niet wars van kwaliteitsmetingen. Integendeel: men wil de eigen kwaliteit graag toetsen! Maar waar zij het unaniem over eens zijn is dat in de bestaande meetsystemen de omgeving- en procesfactoren onvoldoende voorkomen of ontbreken. Men is verbaasd over de wijze waarop uitkomsten ogenschijnlijk klakkeloos worden geaccepteerd. Zelfs als dit leidt tot slechtere zorg. Allen meten, naast de verplichte toetsing, daarom eigenstandig de kwaliteit van de zorgverlening. In Hogewey doet men dit bijvoorbeeld door medewerkers vrij te roosteren om de zorg te observeren; de geur, de smaak, de temperatuur, de sfeer, de dienstverlening, enz. Vervolgens worden die waarnemingen gedeeld en geïnterpreteerd en wordt met de uitkomsten gewerkt.

In Skewiel werkt men enerzijds met de jaarcijfers van de Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen (LPZ) over decubitus, incontinentie, ondervoeding, smetten en vallen, en daarnaast bv. met een intern ontwikkeld programma



valpreventie voor medewerkers. Er is flink geïnvesteerd in de reflectieve vaardigheden van de zelfsturende teams. Kwaliteitsvragen komen direct voort uit het primaire proces. Om de effectiviteit en doelmatigheid van de omtinkers te onderzoeken huurt men externe deskundigheid in.

Bij Humanitas zijn over alle afdelingen leergroepen geïnstalleerd. In een leergroep zitten vertegenwoordigers van alle medewerkers. Men bespreekt de toepassing van de visie; de omgang met de cliënten, de samenwerking en programmeert de eigen scholing. Of: in plaats van de vergaderingen organiseert de directie samen met de cliëntenraad familieavonden op alle etages van het verpleeghuis. Op deze avonden wordt uitgebreid gesproken met de familie van bewoners en worden ervaringen uitgewisseld.

- **Bijzondere aandacht voor familieleden, vrienden en vrijwilligers.** Uit voorgaande blijkt wel dat een actief bij de zorg betrokken familie belangrijker dan ooit is voor het realiseren van welzijn. De bezochte instellingen zijn zuinig (en trots) op hun vrijwilligers. De familieleden zijn ook belangrijk voor het toetsen van de kwaliteit vanuit cliëntperspectief. Men onderhoudt zorgvuldig de relatie met familie en mantelzorgers. In gesprekken met zorggevers horen wij dat die betrokkenheid niet kan worden gegarandeerd en zelfs enigszins lijkt af te nemen.

### 3.2 Hoe wordt de zorgvisie onderhouden en overgedragen?



*“Dit is eigenlijk onze grootste zorg. Cliënten komen wel binnen, de bouw loopt wel, maar hoe krijg je al die nieuwe medewerkers zo op de rit dat ze het ook gaan doen zoals we hier al een hele tijd doen? Medewerkers op goed niveau, met een goede -attitude, met een juiste nuance?”*

TEAMLEIDER

#### **Vloeibare cultuur**

Professionals in zorg en welzijn denken er, volgens critici, meestal wel over na hoe zij hun plannen moeten uitvoeren, maar houden er weinig rekening mee welke waarden hierbij in het geding zijn. Dit komt doordat de doelen (verwoord als ‘de problemen’) vooraf vast staan. Het is ‘instrumentele rationaliteit’: redeneringen die gericht zijn op het vervullen van vooropgestelde doelen. Hier tegenover staat ‘praktische rationaliteit’ waarbij redeneringen gericht zijn op morele reflectie en communicatie in de dagelijkse praktijk.

In organisaties vindt er vaak wel reflectie plaats over het proces, maar wordt het einddoel zélf voor waar (goed, juist) aangenomen. Zo'n 'instrumentele aanvliegroute' leidt er toe dat veel aandacht uitgaat naar de zogenaamde 'performance gap' (het geconstateerde verschil tussen het theoretische weten en het praktische doen). Als theorie en praktijk niet goed op elkaar aansluiten ligt dit bijvoorbeeld aan het gebrek aan kennis; de weerstand van de zorgverlener; onvoldoende afstemming en samenwerking tussen de mensen op de werkvloer; een organisatie die niet meewerkt; et cetera. Een belangrijk doel van verschillende verbetermethoden is het verkleinen of, zo mogelijk, het dichten van die kloof met behulp van gedragsveranderingmodellen. Dit doel draagt dan hopelijk bij aan de gewenste kwaliteit van de dienst- en zorgverlening.

In de drie zorginstellingen valt op dat men er de kwaliteit van de zorg niet zozeer beschrijft vanuit een methodisch-instrumenteel model, maar in termen van waarden (zoals: veiligheid, ontmoeting, aangesloten-zijn bij de maatschappij, diversiteit, flexibiliteit, etc.) en in daaraan gekoppelde toepassingsvormen (de fysieke inrichting in pleinen, restaurant en museum, kleinschalig, individuele programma's, buurtgericht, etc.). Humanitas is een goed voorbeeld van zo'n organisatie van waarden die ver worden doorgevoerd. Als aanvulling op basiskwaliteiten voor zorg (het is medisch en lichamelijk goed, verzorgd, hygiënisch, voedzaam, correct, etc.) worden waardeoriëntaties geformuleerd. Zo is het bijvoorbeeld de bedoeling van de 'ja-cultuur' om 'geluk dat er al' is te ontsluiten. Dat is geen eenvoudige opgave. *'Voortschrijdend inzicht moet daarom de ruimte krijgen'* (Becker, 2007). In dit hoofdstuk bekijken we hoe dat onderhoud en hoe die overdracht verlopen.

De teamleider van het citaat aan het begin van dit hoofdstuk geeft duidelijk aan wat voor dilemma er kan ontstaan m.b.t. cultuuroverdracht. Immers; datgene wat men waardevol vindt in de zorg zal zowel binnenshuis (medewerkers, vrijwilligers, cliënten en familieleden) als in de institutionele context geïnstalleerd en onderhouden moeten worden. Als dat niet gebeurt dan raken de waarden verstart en raakt de visie uitgehold. Je kunt geen cultuur installeren, maar je kunt er wel sturing aan geven in processen van sociale interactie. Visieonderhoud en -overdracht is een inhoudelijk reflexief proces.

Tegelijkertijd is het een proces waarin de waarden meekleuren met de mensen die het betreffen. Dát wat men ervaart en beleeft maakt van de zorgvisie ook een 'cultuur in uitvoering'. Het is 'vloeibare' cultuur en juist dat gegeven maakt het ook zo sterk: keer op keer wordt de visie aangescherpt. Onze indruk is dat vooral de persoonlijk normatieve component in de kwaliteitskeuringen onvoldoende wordt herkend en bovendien te smal wordt opgevat.



Een zorgmanager zegt het zo:

*“Ja, een gemiddelde professional heeft daar moeite mee; wat is nou welzijn?  
Ik zeg van: het is geen knippen en plakken en een boterham klaarmaken,  
maar het is de manier waarop je het doet”.*

ZORGMANAGER

Annelies van Heijst (2006) noemt dit een *uitdrukkingshandeling*. Zorg geven is volgens haar allereerst een betrekking tussen mensen, waarbinnen je handelingen verricht. Maar we vergissen ons steeds meer en denken dat die handelingen, die klussen zelf, het zorgen zijn. Daardoor verliest de zorggever (maar ook de manager/ bestuurder/ financier) het unieke van iemand uit het oog. Wie goede zorg wil geven moet kunnen aansluiten bij wat voor een ander, een oudere in dit geval, belangrijk is.

Om de visie duurzaam te implementeren in de uitvoeringspraktijk kan niet worden volstaan met een leerinstrument dat medewerkers traint om het ‘anders’ te doen. Het overdragen van een visie op cultuur is een doorlopend proces: of het zó echt werkt, zal keer op keer en in overleg tussen de zorggevers van het primaire zorgproces, van management en bestuur aan de orde moeten komen.

Hoe verloopt dat proces in de drie bezochte zorginstellingen? Men maakt inderdaad veel werk van de interne input (ervaringen ophalen van cliënten, familieleden en zorggevers). Een voorbeeld: In één van de verpleeghuizen, waar mensen veel vrijheid hebben om te gaan en staan waar zij willen ook als zij dement zijn, vormen de buitenmuren van de woningen een beschermende ring. Een ander gedeelte van de bescherming is de gedeelde verantwoordelijkheid van zorggevers om bewoners te helpen. Aan die cultuur, gevat in een gedragscode, moet doorlopend worden gewerkt:

*“Je moet elkaar constant aanspreken op dingen waarvan je vindt dat het niet goed gaat. Als ik door de wijk loop en ik zie dat een medewerker straal langs een bewoner loopt die eigenlijk iets wil vragen (..), dan spreek ik die medewerker aan en andersom moet zij dat ook doen. Je moet je samen verantwoordelijk voelen”.*

DIRECTEUR

Wat deze directeur vertelt is dat er onderhoud van de visie plaatsvindt omdat en terwijl zij elkaar aan het werk zien: Omdat- heeft te maken met de fysieke wijkstructuur van de instelling: de bouw zorgt ervoor dat de wijkbewoners vrij rondlopen en gezien worden. Datzelfde gaat op voor de medewerkers. Terwijl- heeft te maken met zorggevers die al doende zaken waarnemen, interpreteren en reflecteren. De combinatie van omgeving, attitude en vaardigheden zijn de basisingrediënten voor een gedeelde verantwoordelijkheid voor de zorg en het welzijn van de bewoners. Maar het zijn ingrediënten die keer op keer beproefd moeten worden op hun werkzaamheid.

Je zou het op het eerste gezicht niet verwachten, maar die toets is vooral belangrijk in kleinschalige settings. De reden is dat zorgverleners daar vaak alleen werken. De kleine bezetting en de werkdruk verhinderen hen om goed de tijd te nemen voor cliënten en voor elkaar; het belemmert de collegiale reflectie.

Het 'onderhoudsproces' kun je toetsen aan de hand van bepaalde criteria. In dit geval is dat criterium bijvoorbeeld: 'Onze medewerkers zien elkaar aan het werk' Of: 'Collega's kunnen feedback geven en ontvangen:' Of: 'Het werkproces biedt de mogelijkheid voor medewerkers om responsief te zijn'. De uitkomsten van een dergelijke toets leveren informatie op over de kwaliteit van de organisatie. Dit zijn organisatie-eigen meetresultaten waar het zorgproces baat bij heeft en waarmee men zich kan verantwoorden naar 'buiten'. Het beeld dat wij krijgen is dat er in de drie innovatieve zorginstellingen veel werk wordt gemaakt van deze 'zelfcertificering' en dat daardoor de werking van de (onderscheidende) visie wordt getoetst en aangescherpt. De indicatoren die men hanteert (pg. 34 e.v.), zijn niets meer of minder dan hulpmiddelen daarvoor.

Overigens verklaart dit misschien waarom de zorginstellingen weinig inhoudelijke waarde hechten aan benchmarking. Het eigen onderhoudsproces voltrekt zich immers doorlopend en levert veel rijkere 'kost'.



We keren terug naar de teamleider van het begincitaat. Waarden kun je natuurlijk formuleren en uitdragen, maar het zijn de medewerkers (zorggevers, facilitair personeel en management) die er uitvoering aan moeten geven. Hoe doe je dat? Het schema hieronder is een (door ons bewerkt) voorbeeld van de wijze waarop waarden in de praktijk van een zorginstelling door kunnen werken, in dit geval in het personeelsbeleid (voor werving of deskundigheidsbevordering).

Ogenschijnlijk bestaat het lijstje uit 'hoe-vragen' (competenties), maar er kunnen geen eenduidige antwoorden op volgen. De vragen doen namelijk een appél op medewerkers om de persoonlijke waarden en normen te onderzoeken en met elkaar te delen:

<span style="font-size: 1.2em; color: white;">↩</span> WAARDENGELADEN PRESTATIE-INDICATOREN	
▶ ZORGVERLENERS	▶ STAFLEDEN
Kun je in een ongestructureerde omgeving werken?	Onderschrijf je de kernwaarden?
Kun je omgaan met diversiteit?	Kun je nieuwe inzichten herkennen en overdragen?
Kun je een menselijke sfeer inrichten/bevorderen?	Kun je de juiste omstandigheden creëren voor menselijk geluk?
Kun je iemand laten tobben?	Heb je lef om regels los te laten als dat voor cliënten nodig lijkt?
Ken je de grens tussen laten en doen in de zorg voor cliënten?	Kun je creatief omgaan met problemen zonder externe hulp in te schakelen?
Zoek je de dialoog met bewoners en hun familieleden?	Kun je om vigerende kwaliteitssystemen heen werken?
Ben je bereid om de status van deskundige los te laten?	Ben je in staat om je eigen werkwijze (ook extern) te verantwoorden?
Kun je eenvoudig (genoeg) formuleren?	Ga je losjes om met je werktijd als dat nodig is?
Kun je reflecteren en feedback ontvangen van collega's?	
Ga je losjes om met je werktijd als dat nodig is?	

Bij Humanitas Akropolis-verpleeghuiszorg heeft men uitgesproken ideeën over de waarden die belangrijk zijn voor de uitvoering van het werk. Als men deze waarden, het culturele repertoire, omzet naar prestatie-indicatoren ontstaat bovenstaand vragenlijstje.

### De context: hoe wordt de eigen cultuur verantwoord?

De organisatiecultuur beweegt onder invloed van de betrokkenen in de instelling, maar staat ook onder invloed van de institutionele context. Externe partijen (overheid, inspectie, cliëntorganisaties) stellen voorwaarden en vragen om verantwoording van de geboden zorg. Het actuele kwaliteitskader (Normen verantwoorde zorg) is de opvolger van een systeem (HKZ) dat vooral de procedures en processen toetste, maar niet keek of de zorg daadwerkelijk goed was. De huidige indicatoren moeten meer zicht bieden op dat zorginhoudelijke resultaat. Met de CQ-index is geprobeerd om zachte (belevings) factoren mee laten wegen bij kwaliteitstoetsing van de zorg. Maar verpleeghuizen en zorgorganisaties ervaren dat de dagelijkse werkelijkheid, dus hoe de zorg daadwerkelijk wordt gegeven en ontvangen, er onvoldoende in wordt uitgedrukt.

*“Kwaliteit hangt hier aan kwantiteit. Benchmarking vindt plaats op basis van ‘cijfers zonder verhaal’. De ‘sterrenlijstjes’ tonen onvoldoende onze praktijk”.*

ZORGMANAGER

In gesprek met medewerkers van zorginstellingen rollen de voorbeelden over tafel als het gaat over de discrepantie tussen de toetsing en het dagelijks werk. Zo wordt door een geïnterviewde medewerker de relatie genoemd die er is tussen zorgvuldig (dat is preventief) registreren van een rode huid en een verhoogde score op ‘decubitus’ op de kwaliteitskaart van de instelling. Een ander voorbeeld gaat over het opzetten van een voedingssysteem voor een (nu nog) mobiele cliënt, met als resultaat een negatieve score in ‘het hokje’ over de voedingstoestand. Nog een voorbeeld betreft de verpleeghuiszorg aan huis: de ‘eigen regie’ heeft een cliënt met een rolstoel doen besluiten om thuis te blijven wonen met ondersteuning, maar dat betekent wel dat hij in zijn huis niet meer boven kan komen. De CQ-index scoort echter (in het kader van ‘eigen regie’) op ‘toegankelijkheid’, zodat de bewoner van het verpleeghuis ineens een stuk beter af lijkt te zijn dan de thuiswonende oudere.

Alle zorginstellingen kennen het euvel, maar het lijkt erop dat de vertekening van cijfers bij innovatieve huizen groter is. Het kan natuurlijk ook zijn dat de cijfers sterker als vertekening worden ervaren. Dit zal nader onderzocht kunnen worden.

Een complicerende factor is dat het accent in de normering ligt bij ‘zorg’ en niet bij ‘wonen en welzijn’. Het betekent dat voorzieningen die veel investeren in dat wonen en welzijn hun brede visie er onvoldoende in ‘kwijt kunnen’. (Opvallend gegeven is dat VWS het kleinschalig wonen in Nederland promoot. Kleinschaligheid werkt direct door op alle 3 terreinen van wonen, welzijn, zorg). Intussen kunnen de zorginstellingen zich geen ‘verkeerde’ publieke scores veroorloven. Nu kan je zeggen dat een tegenvallende score altijd inte-



ressant is. Als bepaalde zorg blijkbaar onder de maat is, of niet goed zichtbaar kan worden gemaakt, of als een indicator in je instelling er helemaal niet toe doet dan kun je daar immers je voordeel mee doen. Zo organiseert men de eigen kwaliteit. Maar de indruk bestaat dat keurmerken en openbare lijstjes een bewegelijk intern reflectie- en leerproces tegengaan. Er wordt niet van geleerd, maar er wordt gecorrigeerd. Bovendien baseert de Inspectie gezondheidszorg (IGZ) haar toezicht op die zelfde zorginhoudelijke indicatoren: risico's worden afgeleid uit de kwaliteitsopbrengsten van het Kwaliteitskader (overigens is men zich in kringen van inspectie en toetsingsorganen wel degelijk van bewust dat het verband tussen de huidige meetmethoden van meten en de werkelijke kwaliteit van zorg wetenschappelijk nauwelijks is onderbouwd).

Het gevolg is dat meetopbrengsten in veel zorginstellingen in ons land worden ingezet als managementtool. Onbedoeld ontstaat er mogelijk zo een tegengesteld effect op de waarborging van de kwaliteit. Keurmerken verleiden instellingen om de eigen denkracht, het 'gezonde verstand', de creativiteit en het onderling overleg uit te schakelen. In de instellingen die wij in het kader van deze verkenning bezochten zijn nu juist dát belangrijke elementen die bijdragen aan het (onderhouden van) een innovatieve zorgcultuur. Hun visie op zorg wordt gekenmerkt door de vraag: past onze zorgverlening (nog) bij deze bewoner/cliënt? Dat is iets wezenlijk anders dan je af te vragen of het klopt volgens de afspraken. Het is een professionele en bestuurlijke leervraag.

In de bezochte zorginstellingen blijken er geheel eigen indicatoren voor *goede zorg* te bestaan. Deze indicatoren 'regelen' de kernwaarden van de zorgvisie. Tegelijkertijd vormen zij 'het kritische werkmateriaal' van de instellingen.

In het volgende hoofdstuk zullen wij een aantal van deze indicatoren tonen.

## 4 Kwaliteitsindicatoren van en voor innovatieve zorg



*'De nadruk op wetenschappelijk bewijsmateriaal kan leiden tot verminderde waar-  
dering voor vormen van zorg waar zulk bewijs moeilijk te realiseren valt, en tot ver-  
waarlozing van elementen als aandacht, vertrouwen en 'presentie'.*

*De ethische vraag wat goede (en te vergoeden) zorg is dreigt versmald te worden  
tot de vraag wat bewezen effectieve zorg is'.*

CENTRUM VOOR ETHIEK EN GEZONDHEID, 2007

### Inleiding

Een oud spreekwoord zegt: meten is weten. Dat is een waarheid als een koe. Ook in de wereld van de zorg voor ouderen is het belangrijk te weten hoe de verzorging wordt verricht en of er tevredenheid heerst bij diegenen die verzorgd worden. Dat is het doel van kwaliteitssystemen.

Voorheen, zo was de algemene indruk, 'gebeurde er maar wat' en het gebeurde goed of niet goed. Men was afhankelijk van de inzet van mensen in particuliere of door de overheid gefinancierde tehuizen en organisaties als kruis zorg in de verzuilde kleuren: wit-geel, en oranje-groen. De verzorgenden en de verzorging- en verpleeghuizen deden hun best en de cliënten en hun familie waren al dan niet tevreden. De Inspectie Gezondheidszorg verrichtte steekproeven en controleerde de huizen, vooral op excessen. Daarmee was goede zorg gegarandeerd. Er was geen algemeen inzicht over de kwaliteit. Zorginstellingen onderling waren niet te vergelijken op harde gegevens en gelijke informatie.

De recente behoefte aan het meten in de zorg is nog niet zo oud. De eerste discussies over kwaliteitssystemen zijn van deze eeuw, maximaal negen jaar derhalve. Het meten van kwaliteit is niet meer weg te denken in allerlei andere maatschappelijke velden: de woningbouw, het bankwezen, het onderwijs en dus ook in de zorg.

De organisatie van de zorg is de laatste jaren zeer grootschalig geworden, fusies van kleine instellingen tot grote tot zeer grote eenheden met een nieuwe naam. De financiering is totaal veranderd. Het tehuis in de stad heet niet meer Theodotion maar Amaris, is verbouwd en vergroot en gefuseerd. De behoefte aan inzicht in en overzicht van wat er in de zorginstellingen gebeurt, is groter geworden. Overheid en politiek willen zien waar het geld aan uitgegeven wordt. De methoden en technieken die in de Sociale Wetenschappen zijn ontwikkeld geven de mogelijkheid 'exact te weten waar het over gaat'.



Onderling vergelijk van de zorginstellingen lijkt mogelijk en daarmee kunnen de extremen zowel in positieve als in negatieve zin in beeld komen en kunnen de uitgaven voor de zorg voor ouderen in verpleeg- verzorgingstehuizen en thuiszorg (14 miljard per jaar) verantwoord worden.

### Het meten van zorg

Zorg voor ouderen concentreerde zich tot voor kort op medische zorg. Inmiddels is de sociale zorg – aandacht, sociaal contact maar ook sociale activiteiten – erg belangrijk geworden. Het wonen van de zorgbehovende oudere is een derde onderwerp: thuisblijven kan nog op hoge leeftijd met voldoende mantelzorg en/of professionele zorg.

Het meten van medische zorg lijkt gemakkelijk. Of iedereen in het huis een grieprik heeft gekregen, hoeveel verbandmiddelen er worden gebruikt is meetbaar en daarmee vergelijkbaar geworden met andere zorginstellingen. Gaat het over valincidenten, dan wordt het al ingewikkelder: een huis waar het vrij rondlopen van cliënten in de filosofie en de aanpak zit, kent meer valincidenten. Logisch. Maar daarmee is het probleem gelijk gekenschetst: wat zegt een dergelijke telling dan nog? Het maken van een onderlinge vergelijking van huizen die een verschillende kijk hebben op de door hen te leveren zorg, is daarmee nietszeggend geworden. Bovendien laat een dergelijke meting nooit een ontwikkeling, een verbetering, of de inzet van nieuwe plannen en aanpakken zien.

Het meten van ‘sociale zorg’ is nog ingewikkelder. Wie is tevreden waarover? Beantwoordt de cliënt de vragen of de familie? Is een veelvoud aan activiteiten in een tehuis een graadmeter voor een rijk sociaal leven van de cliënt? Wordt de daadwerkelijke aandacht van een verzorgende voor de cliënt in een meting uitgedrukt? Hoe bepaal je de sfeer in het restaurant? Wordt het gezamenlijk eten wel gewaardeerd door de cliënt? Hoe staat het met de broodnodige vrijwilligers?

Het wonen wordt vrijwel niet gemeten. Een cliënt die particulier woont en verzorgd wordt onttrekt zich aan het oog van de inspectie en de geboden zorg krijgt geen keurmerk van de zorgverzekeraar. De mix van verpleging en verzorging die op maat geleverd wordt bij mensen die thuis wonen, mantelzorg, thuiszorg en verpleeghuiszorg wordt niet beoordeeld en gemeten via de vigerende kwaliteitssystemen. Merkw aardig eigenlijk, als bedacht wordt dat in 2005 7.5% van de mensen van 65 jaar en ouder in verpleeg- en verzorgingshuizen verbleven en daarmee 92.5% gewoon thuis (ActiZ branchecijfers 2006). De waardering voor de inspanningen die in diverse zorginstellingen geleverd wordt om juist het wonen aandacht te geven –het creëren van pleintjes, het inrichten van de huiskamers met de eigen spullen van mensen, of het samen verkeren van mensen met dezelfde leefstijl – ook dat is niet terug te vinden in de Normen verantwoorde zorg.

### **Wat gebeurt er met de verzamelde kennis?**

Een korte rondgang in de wereld van de kwaliteitssystemen, keurmerken en rangordes levert geen vrolijk beeld. Er zijn er teveel, de overlap is gigantisch en zij leveren te weinig bruikbare gegevens op, afgemeten aan de tijd die erin wordt gestopt. Het invullen en verwerken van vraag- en invullijsten, het voeren en verslaan van de zorgplan gesprekken, de discussie over de uitkomsten, het bedenken van de indicatoren, het verwerken van al die gegevens: iedereen, van hoog tot laag, klaagt over de hoeveelheid tijd die dat allemaal kost. Tijd die niet besteed kan worden aan zorg.

Zo discussiëren in een polderachtige sfeer de zorgverzekeraars, de inspectie, de vertegenwoordigers van cliëntenraden en de zorginstellingen over de aanpassing en verbetering van het kwaliteitssysteem. Zo hebben de zorginstellingen interne eigen audits over specifiek voor hen belangrijke onderwerpen die niet in de eerdergenoemde lijsten voorkomen. Zo reiken de zorgverzekeraars keurmerken uit aan die zorginstellingen die voldoen aan door hen omschreven criteria. Zo kan de potentiële cliënt op [kiesbeter.nl](http://kiesbeter.nl) een keuze maken op basis van objectieve criteria. Zo levert de rangorde van de Volkskrant een top honderd van de beste zorginstellingen in Nederland. Zo beziet de Inspectie Gezondheidszorg de uitkomsten van de CQ- en PQ-index en bepaalt aan de hand daarvan haar activiteiten.

Al deze activiteiten gaan uit van de vooronderstelling dat er verantwoord gewerkt wordt, dat de tevredenheid van de cliënten inzichtelijk is en dat potentiële cliënten en hun familie overwogen keuzes kunnen maken. Al deze verzamelde kennis wordt door deskundigen geordend, gerangschikt en beoordeeld en uiteindelijk geabstraheerd in grafieken en schalen. En dan denken we dat we weten wat de kwaliteit van een zorginstelling is.

### **Onzekerheid**

Zowel in de zorginstellingen als bij de inspectie vraagt men zich af of datgene wat gemeten wordt wel datgene is wat men eigenlijk wil weten en controleren. De discussies zijn van een ongekende omvang en zingen nogal stuurloos in polderend Nederland rond. Er komen meer indicatoren bij dan eraf gaan. Een zorginstelling die goed scoort op de medische aspecten maar slecht op de klantvriendelijkheid, geeft de inspectie een probleem. De inspectie mag sociale indicatoren formeel niet eens als risico bestempelen.

De vraag is, zo vinden de innovatieve huizen en de inspectie, of we met het bedenken en invoeren van de kwaliteitsindicatoren wel op deze wijze en in deze omvang verder moeten. Moet er geen andere koers worden ingezet? Zij worden daarin gesteund door een recent rapport van de Algemene Rekenkamer (2009) die concludeert dat het niet zeker is dat de kwaliteit van de zorg in Nederland verbetert, omdat de gegevens die aangeleverd worden onvoldoende betrouw-



baar zijn en het toezicht tekort schiet. Bovendien is er geen zicht op de hantering van de interne regels die de kwaliteitseisen moeten garanderen.

Maar welke kwaliteit? De innovatieve zorginstellingen geven aan dat zaken als ‘de sfeer die in het huis hangt’, de ‘extra tijd en aandacht’ voor cliënten, ‘de honorering van individuele wensen’ – een glaasje wijn – en de ‘door de cliënt ervaren veiligheid’ niet op al die lijsten zijn te vinden. In zorginstellingen wordt wel gedacht dat meetsystemen zijn gebaseerd op wantrouwen en toezicht, in plaats van op vertrouwen. En was vertrouwen niet de basis van de relatie tussen de zorginstelling en de cliënt en diens familie?

Niet verrassend stokt de tevredenheid met de kwaliteitssystemen ook in andere sectoren. Onlangs (CHEPS 2005) werd de conclusie getrokken dat zelfs de kwaliteit van wetenschappelijk onderzoek maar zeer gedeeltelijk in objectieve termen uit te drukken valt.

### **Kwaliteit**

Wat is het doel van kwaliteitsmeting? Zeker niet het beoordelen van kwaliteit volgens (semi) objectieve maatstaven. Kwaliteit van zorg is beoordeelbaar, maar niet meetbaar, in de zin dat de beoordeling straffeloos objectief zou kunnen worden gemaakt. Wel is het waarderen van een verrichte inspanning mogelijk, maar dan specifiek gericht op een goede definitie. De gegeven griepinjecties zijn te tellen, het aantal valincidenten en de verstrekte hoeveelheden kalmerende middelen ook, maar alleen kennis over de omstandigheden waarin dat alles plaats vindt maakt een interpretatie mogelijk.

Heeft de zorginstelling een visie op het zoveel mogelijk laten lopen van patiënten of is de visie gebaseerd op het voorkomen dat er iemand uit de stoel valt? Besteedt men persoonlijke aandacht aan de cliënt voor het slapen gaan zodat deze zich rustig en veilig voelt? Beide voorbeelden maken de interpretatie van het item ‘aantal valincidenten per jaar’ en ‘liters toegediende slaapmiddelen per jaar’ anders. Ook de scores op het onderwerp ‘hygiëne’ zeggen weinig als de zorginstelling het hebben van een huisdier faciliteert.

De waarde van de zorg is een functie van de kwaliteit van de zorg en het belang dat aan de zorg toegekend wordt door betrokkenen.  $W = K \times B$  (De Groot, 1985). Bij ‘gemeten kwaliteit’ werd hierboven al een vraagteken gezet. Maar nu zetten we het licht op de betrokkenen en hun belang. Welke betrokkenen? Er zijn veel betrokkenen en belanghebbenden: de cliënt, de familie, de verzorgende en voedingsassistente, de huizen, de artsen, de overheid, de zorgverzekeraars. Elk heeft zijn eigen definitie van goede zorg. Welke kwaliteit is in wiens

belang? Daarmee is de complexiteit van het begrip kwaliteit, de waarde ervan en de interpretatie van de meetgegevens aangegeven.

Dit alles overziende is het logisch dat de nieuwe visies en wijzen van werken in de ouderenzorg – vooral op het terrein van de sociale zorg en het wonen – niet zichtbaar, laat staan helder, zijn. Ze zijn niet helder voor de (toekomstige) cliënten en hun familie, niet helder voor de zorgverzekeraars, niet helder voor de inspectie.

De sfeer in een zorginstelling, de aanpak, de interne overdracht van de visie op het personeel, de wijze waarop vrijwilligers zijn ingeschakeld, hoe er extra geld gegenereerd wordt om meer aandacht te kunnen besteden aan de sociale aspecten en aan het wonen; het zijn allemaal onderwerpen die hoog in de visie van de drie bezochte innovatieve zorginstellingen staan en die niet, nauwelijks, of gebrekkig, voorkomen in de kwaliteitsmetingen. Het zijn indicatoren met een meerwaarde: niet alleen nuttig voor de externe verantwoording van de zorg, maar onmisbaar voor het dagelijks onderhoud van de interne kwaliteit die gebaseerd is op het eigen totaalpakket aan waarden. Of, zoals een leidinggevende het formuleert:

*“Er gaat geen dag voorbij dat we het niet over de visie hebben”.*

De indicatoren hebben daarom een dubbelfunctie: zij dragen bij aan de externe verantwoording van de zorg én zij vormen het kritisch afzetpunt voor de dagelijkse ervaringen van medewerkers.

### **Indicatoren van innovatieve instellingen**

*“Wordt de cliënt op tijd uit bed gehaald? Tja, wiens tijd?”*

MANAGER WELZIJN EN ZORG

In de gesprekken over de zorgvisie noemen vertegenwoordigers van de drie zorginstellingen meerdere factoren die bepalend zijn voor een goede zorgkwaliteit in de ouderenzorg. We noemen dat de indicatoren. Vaak gaat het daarbij over procesindicatoren, bijvoorbeeld het aantal keren dat de familie meepraat. Medewerkers benoemen ook structuurindicatoren, omstandigheden die bijdragen aan de gewenste zorgverlening, zoals de geur op de afdeling, de aanwezigheid van een levensboek, een verbod op de witte jas. En ten slotte wordt de kwaliteit afgemeten aan indicatoren die het uiteindelijk resultaat weergeven: bijvoorbeeld: ‘de cliënt ziet er gelukkig uit’.



We kunnen uit het verzamelde materiaal de volgende indicatoren voor goede zorg afleiden, onderscheiden naar: cliënten en hun familieleden, medewerkers, managers en de organisatie van de zorg:



#### INDICATOREN M.B.T. CLIËNTEN EN FAMILIELEDEN

De mate waarin het eigen leven van de cliënt zichtbaar is in het huis  
 ADL (zoals helpen bij eten, wc-gang, dagbesteding) vinden plaats op de tijden die de cliënt past)  
 Het aantal keren dat een cliënt wordt betrokken door medewerkers bij het dagelijks gebeuren  
 De mate waarin medewerkers het geserveerde eten in het huis smakelijk vinden  
 Het percentage cliënten dat wordt gefixeerd. De wijze waarop de reden in het teamberaad wordt besproken  
 Het aantal en de soort activiteiten die tussen noodzakelijkheden plaatsvinden (zoals muziek, naar buiten als de zon schijnt, er is zonder reden tijd voor iemand)  
 De mate van zorg die geboden wordt aan mantelzorgers  
 Het aantal bijeenkomsten met familieleden t.o.v. andere vormen van overleg in het huis  
 De mate waarin familie opkomt voor de kwaliteit van de verzorging van hun familielid (de 'dankbaarheidfactor' voorbij)



#### INDICATOREN M.B.T. MEDEWERKERS

Het aantal medewerkers dat ervaring heeft in de zorg voor ouderen  
 De mate waarin de medewerker de (dementerende) cliënt kent (er is een vast en trouw team)  
 De mate waarin de medewerker zichzelf kent  
 De wijze waarop de medewerker over de cliënten praat (er is geen wij-zij cultuur)  
 Medewerkers rapporteren in het bijzijn van de cliënt en bespreken dit met hem/haar  
 De mate waarin de medewerker een 'open mind' heeft ten opzichte van de familie  
 Het aantal keren dat er in het team leervragen en knelpunten worden besproken  
 Functiedifferentiatie passend bij kwaliteiten van mensen ('sommigen zijn goed in linnengoed anderen voor mensen')  
 Medewerkers doen registratiewerk tussen cliënten i.p.v. in een kantoorruimte (gericht op ontmoeting)  
 De mate waarin personeel flexibel inzetbaar is



#### INDICATOREN M.B.T. MANAGEMENT

De leidinggevende maakt veel contacten in de organisatie, met medewerkers en met cliënten  
 De mate waarin kwantitatieve metingen (bv. hoogte medicijnverbruik) bij interne begeleidingsgesprekken een (controle) hulpmiddel en intern referentiepunt zijn om over door te praten  
 De mate waarin het belang van de cliënt leidend is voor het hanteren van regels door het management  
 De mate waarin de manager creatief kan omgaan met indicaties en productie-uren  
 De mate waarin de leidinggevendenden de medewerkers faciliteren om vraaggericht te kunnen werken



#### INDICATOREN M.B.T. DE ORGANISATIE VAN DE ZORG

Er is geen wachttijd voor persoonlijke verzorging en er is zorg voor mensen als de indicatie tekortschiet  
 Het aantal uren dat er contact is met cliënten en hoe zich dat verhoudt tot het Zorgzwaartepakket  
 De mate van gezelligheid na kantoor tijd (het verpleeghuis leeft ook op vrijdagmiddag en in de avond)  
 De sturingsfactor is niet het budget maar de ervaring (hoe het met de cliënt is, hoe het met de medewerker is)  
 Er wordt bij voorkeur niet gewerkt met externe advies- of scholingsbureaus

De indicatoren op pagina 34 komen direct of indirect ook voor in de (10) thema's van het Kwaliteitskader Verantwoorde Zorg, maar ze zijn gedetailleerder en sterk gericht op het proces van de zorgverlening: zij geven er een andere en nadere invulling aan. De criteria van het Kwaliteitskader gaan (1) over de fysieke aspecten van de zorg (zoals het eten, de temperatuur, veiligheid), (2) over de woonomstandigheden (zoals de natte cel, het licht) en (3) over houding en bejegening (respectvol) en de medezeggenschap (cliëntenraad).

De innovatieve zorginstellingen noemen de 3 criteriagroepen ook, maar doen er een flinke scheut 'mensenwerk' bij: zij stellen voorwaarden aan de persoonlijke kant van het werk, de ontmoeting met de ouderen, de gesprekken met familieleden, het kennen van individuele mensen en de waarde van ervaringen. Zij beschrijven de zorg nadrukkelijk vanuit wederkerigheid: dat wat er plaatsvindt in de interactie tussen cliënt (familie) en medewerker.

Bovendien hebben de zorginstellingen een brede opvatting over kwaliteit: de organisatieregels, de scholing en deskundigheidsbevordering, de benadering van de vrijwilligers en de eigen kwaliteitsmetingen komen uit dezelfde kernwaarden voort.



#### VOORBEELD UIT KWALITEITSKADER 2007

Een voorbeeld uit de CQ-index Verpleging Verzorging & Thuiszorg, thema 5 (woon en leefomstandigheden). Daar staat de indicator: 'De mate waarin cliënten of vertegenwoordigers goede sfeer ervaren'. De 4 bijbehorende vragen aan bewoners (die langer dan een maand in de zorginstelling verblijven) zijn:

- 1 Zijn de algemene ruimten zoals huiskamer, gang en hal, aangenaam om in te verblijven? (comfortabel, schoon, prettige geur)
- 2 Gaan de bewoners prettig met elkaar om?
- 3 Biedt het huis voldoende mogelijkheden voor contact met anderen? (medebewoners, buurtgenoten, enz.)
- 4 Is de sfeer tijdens de maaltijden goed?

Aan de vertegenwoordigers van bewoners (familieleden) wordt hetzelfde gevraagd, met uitzondering van de vraag over de sfeer tijdens de maaltijden.

Wat kunnen we hieruit afleiden? Het Kwaliteitskader begint bij indicatoren die moeten uitmonden in goede zorgverlening. De meeste instellingen beginnen bij de praktijk van het zorg verlenen, om vervolgens datgene wat goed is te vertalen in indicatoren. We noemden dat eerder (in hoofdstuk 3.2) het verschil tussen instrumentele rationaliteit versus praktische rationaliteit. Het einddoel wordt geformuleerd en tot norm verheven en is bepalend voor de werkwijze. De innovatieve instellingen daarentegen, leiden hun werkwijze af uit de praktijkervaring. Op basis van goed kijken en doen wordt 'al werkendeweg' een einddoel (intentie) geformuleerd: de normering volgt daaruit. Het einddoel van de innovatieve instellingen is daarmee per definitie veranderlijk. Logisch als het uitgangspunt een gelukkige cliënt is. Wat is meer veranderlijk?



De lijst met indicatoren en de beschouwing over de wijze waarop deze tot stand komen en onderhouden worden, leiden linea recta naar de conclusie dat alleen de zorginstelling zelf de eigen kwaliteit kan bepalen en meten. Prezo, een kwaliteitsmanagement-instrument dat recent werd ontwikkeld op basis van de Normen voor Verantwoorde zorg, doet een stapje in deze richting: ze focust op de zorgprestatie voor de cliënt met de vraag: wat is er dan voor nodig om die prestaties te leveren? Men claimt dat het interne kwaliteitssysteem leidend is, maar neemt daarbij de al omschreven prestaties als de norm. Hierdoor wordt opnieuw onvoldoende ruimte gemaakt voor praktijkkennis en voortschrijdend inzicht. Alle aandacht zal gaan zitten in het regelen van de juiste route.

Ons bezwaar gaat nog een stap verder. Niet elke handeling laat zich vangen in cijfers. Bepaalde aspecten van de zorgverlening zijn niet goed om te zetten in meetbare indicatoren. Dit zijn kwalitatieve elementen zoals bejegening, aandacht, tijd en betrokkenheid, ook wel high-touch genoemd (tegenover high-tech).

Neem de volgende kwalitatieve uitspraak die we tegenkwamen in de zorgvisie van één van de bezochte oudereninstellingen:

*‘De medewerker is dagelijks te gast bij de cliënt’.*

Deze uitspraak kan verschillende zaken betekenen. Het is weliswaar zó niet uitgewerkt in de visiebeschrijving, maar het is wel de moeite waard om de mogelijke betekenissen wat nauwkeuriger te bekijken. Met de uitspraak ‘De medewerker is dagelijks te gast bij de cliënt’ bedoelt men bijvoorbeeld:

- de medewerker is elke dag feitelijk (fysiek) in de nabijheid van de cliënt
- de medewerker kent de normen van gastvrijheid (weet zich als gast te gedragen)
- de medewerker weet wat voor de cliënt van waarde is (kent déze cliënt)
- de medewerker weet bij zijn verzorging een positie in te nemen rekening houdend met de waarden van de cliënt (weet zich bij deze specifieke mens als gast te gedragen)

Nog een stapje verder:

- de medewerker verblijft graag bij de cliënt; hij/zij laat zich opnemen in diens leefwereld

En het veronderstelt ook:

- de cliënt ervaart in onze instelling voldoende vrijheid om de medewerker wel of niet te ontvangen
- de gastvrijheid die de cliënt aan de medewerker verleent komt voort uit zijn/haar persoonlijke behoefte/vraag

Waarom zijn deze nuancerings van belang voor het bepalen van de kwaliteit van de organisatie? Omdat je gedragen ‘als gast bij de cliënt’ een intentionele uitspraak is. In feite zegt men: de zorg is goed als dit de richting is waarin wij onze zorg verlenen. Of het eindresultaat inderdaad een cliënt is die zich gastheer of gastvrouw voelt zal afgewacht moeten worden en kan naderhand in gesprek met de cliënt getoetst worden. Daarbij moeten we overigens niet uit het oog verliezen dat verpleeghuiscliënten ziek zijn en afhankelijk van de zorg die zij ontvangen. Toetsing bij de oudere of de zorg als goede zorg ervaren wordt, vereist specifieke bekwaamheden.

Het zal meestal ‘achteraf’ pas mogelijk zijn dat een medewerker, c.q. de organisatie kan uitleggen wat men ondernomen heeft om die intentie te verwezenlijken. Wat men daaruit kan afleiden – door gesprek, door reflectie, door nadenken – is kennis die op de praktijk is geënt. Het inzicht wordt verrijkt als men ook kan tonen hoe de kennis doorwerkt(e) in de praktijk van het verpleeghuis.

De intentie (*ik ben mij er dagelijks van bewust te gast te zijn bij de cliënt*); de professionele vertaling ervan; de toetsing van de beleving van de cliënt; de persoonlijke reflectie van de medewerker; en de verworven en expliciet gemaakte praktijkkennis vormen samen een belangrijke en meetbare opbrengst. Die opbrengst is van belang voor het interne kwaliteitsonderhoud en voor de externe legitimering van de zorg.

Onze indruk is dat een uitwerking en concretisering van een visiestatement: ‘Te gast zijn bij de cliënt’ een stap voorwaarts zou zijn in het ‘te pakken krijgen’ van andersoortige indicatoren. We gaven al 28 indicatoren die in de innovatieve instellingen in de dagelijkse zorgverlening worden gebruikt. Op weg dus naar de ontwikkeling van een aanvullende andersoortige set van indicatoren in de ouderenzorg.



## 5 Conclusies en aanbevelingen



*'Kwaliteit is geen methode, discipline of vaardigheid. Kwaliteit is een menselijke verworvenheid, iets dat wordt geconstrueerd door mensen in hun dagelijkse acties en interacties met en voor elkaar'.*

PAUL BATE, STRATEGIES FOR CULTURAL CHANGE

Het betoog is klaar. We hebben inzicht gegeven in de visie en praktijk van innovatieve zorginstellingen voor ouderen en gereflecteerd over het inzichtelijk maken, bepalen en meten van door hen geleverde kwaliteit. We hebben de huidige systemen van kwaliteitsmeting gezien en bekritiseerd. Welke conclusies kunnen we nu trekken? Daarvoor passeren nog eenmaal de huidige kwaliteitsnormen en de kwaliteitsindicatoren van de innovatieve zorginstellingen. Indicatoren zien we in samenhang met de context waarbinnen de nieuwe ontwikkelingen in de ouderenzorg zich afspelen. We formuleren enkele aanbevelingen en ronden af met het schetsen van de contouren van een alternatief kwaliteitskader.

### 5.1 Over indicatoren

#### **De indicatoren van innovatieve instellingen passen niet goed in het Kwaliteitskader**

De indicatoren van het Kwaliteitskader Verantwoorde Zorg zijn ontwikkeld vanuit de aanname (en daarmee de norm) van wat goede zorg is. In de vragenlijsten wordt deze vervolgens vertaald naar de praktijk van de zorgverlening. Hier is duidelijk sprake van twee misvattingen: (1) Er wordt geredeneerd vanuit het aanbod. Het is blijkbaar bekend wat goede zorg voor ouderen is en (2) deze norm wordt vervolgens getransponeerd naar de kenmerken en werkwijze van de instelling: 'Zijn de algemene ruimten prettig om te verblijven?' 'Is de sfeer tijdens de maaltijden goed?'

Met deze algemene vraagstelling en de veronderstelde 'goede' uitkomsten, wordt aan de cultuur en de praktijken van de drie instellingen geen recht gedaan. Het gaat in deze instellingen juist om een proces waarin de individuele cliënt centraal staat en waarbij de organisatie en alle medewerkers dagelijks (kritisch) betrokken zijn. De uitkomst van een vraag uit het Kwaliteitskader of 'het huis voldoende mogelijkheden voor contact met anderen biedt' is in hun ogen nietszeggend. De vragen zouden moeten luiden: 'Wat is hier de visie op de sociale contacten van de cliënten?' 'Hoe wordt daar vorm aan gegeven?' En: 'Hoe wordt gewaarborgd dat de visie in de praktijk van alledag zichtbaar en navolgbaar is en door de individuele cliënt als goede zorg ervaren wordt?'



### **Eigen indicatoren van innovatieve instellingen: mensenwerk**

Met een andere bril op is het heel goed mogelijk uit de wat ‘zachtere’ elementen van de visie indicatoren te herleiden. We hebben geprobeerd de wijze waarop deze instellingen omgaan met de sociale (en medische) zorg, het welzijn en het wonen van zorgbehoevende ouderen te vatten in een viertal categorieën van indicatoren. Deze onderscheiden zich van de indicatoren in de gangbare kwaliteitsmetingen. Het zijn indicatoren voor cliënten en hun familie, maar ook voor de medewerkers van de instelling, voor het management en de organisatie. Daarmee wordt de menselijke benadering die deze instellingen voorstaan centraal gesteld. En wordt het mogelijk om met heldere vragen ‘de sfeer’ te meten en tastbaar te maken.

### **Indicatoren in innovatieve instellingen zijn vloeiend en niet statisch**

Visies en werkwijzen zijn geen statische entiteiten. De visies worden in de interne organisatie verhelderd, bediscussieerd, geëvalueerd en bijgesteld. Men stuurt de dagelijkse zorgpraktijk door elkaar de juiste vragen te stellen, door verhalen te beluisteren. Dat betekent dat we te maken hebben met een proces van continu afstemmen, bijstellen en verankeren. De bezochte instellingen passen deze procesbenadering expliciet toe in hun organisaties en trekken daar tijd en geld voor uit. De consequentie van het hanteren van eigen indicatoren in een procesvorm betekent dat de ‘vloeiende’ indicatoren ingeweven zijn in de wijze van werken en in het begeleiden van de zorggevers.

### **Wonen, zorg en welzijn, nieuwe vormen**

Innovatieve zorginstellingen leven niet op een eiland. De samenleving verandert, de zorgfinanciering verandert. In dit essay zijn we slechts beperkt ingegaan op de nieuwe vormen van ouderenzorg die met het wonen te maken hebben. Het mag duidelijk zijn dat ouderen die zorg behoeven zeer verschillende individuele woonwensen hebben. De een wil thuis blijven wonen, ook al is de benodigde verzorging zeer intensief, de ander wil – of kan niet anders – dan in een zorginstelling wonen. Al deze vormen van wonen zijn nu aanwezig in Nederland. De kwaliteitsmeting van de geleverde zorg strekt zich echter alleen uit over de geregistreerde zorginstellingen en niet over de zorgboerderijen en de gespecialiseerde zorg die privaat wordt geleverd. Een reden te meer om de kwaliteitsmeting ook te introduceren bij die woonvormen waar sprake is van omvangrijke medische- en sociale zorg. Zowel de bestaande kwaliteitsmetingen als de geïntroduceerde nieuwe indicatoren zijn daarbij behulpzaam.

In de visie van de innovatieve huizen is ‘wonen’ een essentieel onderdeel. Het nadenken over de gebouwen en de inrichting ervan behoort bij het concretiseren van de visie. Het verpleeghuis wordt òf afgebroken (Skewiel), òf uitgebreid en samengevoegd met een bejaardenhuis (Humanitas), of de leefunits gaan op in een grotere dorpsachtige benadering waar cliënten onbelemmerd kunnen

rondlopen (Hogewey). In deze drie visies zijn de woonomgeving, de wijk- en buurtgedachte en de inbedding van de instelling in de buitenwereld nadrukkelijk betrokken. Het restaurant en de activiteiten (concerten, toneel) zijn duidelijk bedoeld voor iedereen. De relatie met de buitenwereld, met de wijk, met de burens en met de familie is van belang voor de cliënt en voor de zorggever. Niet alleen het gebouw of de toegankelijkheid is belangrijk, maar het feit dat het ‘wonen’ onlosmakelijk verbonden is met het ‘welzijn’ en de ‘zorg’ in de visie van de drie instellingen. De gehele werkwijze is erop gebaseerd.

## 5.2 Aanbevelingen

### 5.2.1 Vernieuwing in het stelsel; de WMO

De vereenvoudiging van de AWBZ leidt tot verscherpt onderscheid tussen medische zorg enerzijds en welzijn en wonen anderzijds. Ondersteunende begeleiding, bijvoorbeeld sociale preventie, staat onder financiële druk. Alle geïndiceerde zorgminuten moeten binnenkort echt besteed worden aan verzorging. Het onderscheid tussen zorg, welzijn en wonen is in de dagelijkse praktijk niet gemakkelijk te maken en verre van vanzelfsprekend (denk aan ouderen met een depressie).

De worsteling van innovatieve instellingen die hun gedachtegoed bedreigd zien worden verdient op korte termijn aandacht. Een flexibele benutting van de financieringsstromen zou innovatieve instellingen die een integrale benadering hanteren de mogelijkheid geven om hun werkwijzen te blijven bezigen.

De wijze waarop de instellingen voor ouderenzorg en de gemeenten – nu verantwoordelijk voor ‘het welzijn’ via de wet Maatschappelijke ondersteuning (WMO) – met elkaar verkeren, verdient nadere aandacht. De wijze waarop gemeenten de WMO-gelden inzetten, de relatie tot de taken die nu tussen de AWBZ en de WMO dreigen weg te vallen (preventie bijvoorbeeld), evenals de ontwikkeling van ‘tips and tricks’ daarbij, zouden goed in kaart gebracht moeten worden.

### 5.2.2 Kwaliteit breed toetsen; naar een ander kwaliteitskader

In deze uitgevoerde verkenning stuiten we op verschillen in de logica van de overheid en die van de innovatieve zorginstellingen. De logica van de overheid en haar beleid is ondermeer gericht op het beter zichtbaar en meetbaar maken van de geboden zorg. De logica van de innovatieve zorginstellingen en hun uitvoeringsbeleid is gericht op het brede welzijn van de cliënten en de tevredenheid van familie en vrienden en de logica van diegenen die werken in de ouderenzorg.

Deze verschillende vormen van logica leiden tot verschillende definities van ‘goede zorg’. Er zijn vier invalshoeken te onderscheiden van waaruit naar de kwaliteit van de ouderenzorg kan worden gekeken:

- 1 *de ouderenzorg, als het model waarbinnen de zorg voor ouderen is geregeld.* Dit model is gebaseerd op een paradigma waaraan zorg in onze samenleving anno 2010 zou moeten voldoen.
- 2 *de specifieke vormen van ouderenzorg, te zien in de “innovatieve instellingen”.* Zoals het verzorgen van eigen interne opleidingstrajecten, het structureel betrekken van mensen van buiten de instelling of het levensloopbestendig wonen.
- 3 *de ontvangers van zorg; de oudere cliënt en zijn/haar familieleden met hun behoeftes en verwachtingen.*
- 4 *de uitvoerders van de ouderenzorg; de verzorgenden, de teamleiders, de (para) medici, zorgmanagers en bestuurders, kortom de professionele uitvoeringspraktijk.*

Deze vier invalshoeken maken gebruik van verschillende soorten kennis. De kennis die aan de orde is bij 1. en 2. kent vooral een ‘buitenperspectief’. Het is persoonsonafhankelijke kennis. Deze kennis is geëxpliciteerd in wettelijke regels en gemakkelijk beheersbaar in protocollen en overdraagbaar door scholing. De kennis die gebruikt wordt bij 3. en 4. komt vooral voort vanuit een ‘binnenperspectief’. Het is persoonsafhankelijke kennis gebaseerd op eigen-gemaakte en geaccumuleerde ervaringen en minder goed beheersbaar en overdraagbaar. De verschillende invalshoeken leiden tot verschillende wijzen van het beoordelen van de zorg en het daarin besloten handelen. Er vindt naar onze stellige indruk onvoldoende inhoudelijke uitwisseling plaats tussen deze vier invalshoeken en hun verschillende definities van ‘goede zorg voor ouderen’.

Omdat de invulling van de definitie van ‘goede zorg’ niet *werkelijk* wordt gedeeld, schiet ook het systeem dat de kwaliteit moet toetsen tekort. De afzonderlijke invalshoeken leiden tot verschillende wijzen van beoordelen van de geboden zorg en het daarin besloten handelen. We zagen dat de huidige kwaliteits-toetsen vrijwel direct het gemis aan inhoudelijke uitwisseling en confrontatie blootleggen.

Maar het effect is nog groter. Er wordt door de opsplitsing onvoldoende zorgvuldig omgegaan met de beschikbare kennis, menskracht en financiën. Naar onze mening is de ouderenzorg, waarbij het gaat om zorg, wonen en welzijn ineen, gebaat bij een systeem met een procesbenadering. Dat wil zeggen dat in de manier van werken, in het omgaan met de vraag van de cliënten, in het begeleiden van medewerkers en in het gebruik van middelen het bewaken van kwaliteit is ingeweven.

In onderstaand schema is een voorzet gegeven voor een ander kwaliteitskader in de ouderenzorg. Een kader dat een brug slaat tussen het externe perspectief, met een voornamelijk regelgeleide oriëntatie op ouderenzorg, en het interne perspectief, dat zich in belangrijke mate oriënteert op de beleving van cliënten, familieleden en medewerkers.

Dit schema kan ons behulpzaam zijn bij het begrijpen en plaatsen van de ontwikkelde indicatoren uit hoofdstuk 4.

SCHEMA VAN EEN INTEGRAAL KWALITEITSKADER VOOR DE OUDERENZORG				
	EXTERN PERSPECTIEF		INTERN PERSPECTIEF	
<b>FACETTEN</b>	De oriëntatie is op wettelijke normen en regels		De oriëntatie is op ervaring en reflectie	
kwaliteitssysteem richt zich op	1 ouderenzorg	2 specifieke zorgvorm	3 cliënten en familie	4 zorguitvoeringspraktijk
kwaliteit wordt bepaald door	medisch technische zorg- en leefomstandigheden	context gerelateerde technische zorg	ervaren baat	normatief reflectieve professionaliteit
kwaliteit wordt gemeten via	normen verantwoorde zorg en keurmerken	organisatiespecifieke instrumenten	narratieve metingen CQ-index familieberaden	toegepaste visie gedocumenteerde praktijkkennis
hoe komt kwaliteit aan de orde	steekproefgewijs	incidenteel	regelmatige ontmoetingen	reflection-in-action permanente kwaliteitszorg
verantwoordelijken voor kwaliteit	toezichhouder en zorginstellingen	IGZ	zorginstellingen met cliënt (raden)	zorginstellingen
◀ PROCESINDICATOREN ▶				

■ = aanwezig

■ = verder te ontwikkelen

### Toelichting

In het schema staan de vier invalshoeken op zorg niet tegenover of boven elkaar, maar naast elkaar (de horizontale kolom). Daarmee wordt uitdrukking gegeven aan het feit dat we in de zoektocht naar indicatoren te maken hebben met een continuüm van vormen van zorg, gedachten, zichtbare praktijken. De verticale kolom geeft de verschillende wijzen van toetsen en verantwoorden aan. In een groene en rode kleur is aangegeven in hoeverre het verantwoorden en toetsen vanuit de verschillende invalshoeken al werkelijkheid is (groen) en wat er nog ontwikkeld zou moeten worden (rood). We lichten enkele begrippen uit het schema – van links naar rechts lezend – nader toe:



- **Ervaren baat.** Goede zorg is responsieve zorg, die pas goed is als de oudere zelf en de familie die als goed ervaren (Sater 2005). Zorginstellingen, en vooral innovatieve zorginstellingen houden zich nadrukkelijk met deze vraag bezig en hebben antwoorden beschikbaar die o.i. onvoldoende gehoord worden. De middelen om 'ervaren baat' te toetsen staan nog in de kinderschoenen.
- **Normatief reflectieve professionaliteit.** (Kunneman, Baart, van Heijst). Een professional is als persoon een substantieel en waardebepalend onderdeel van het zorgaanbod (in tegenstelling tot een formeel handelende professional die protocollen en financieringssystematieken als uitgangspunt neemt voor het handelen in relatie tot de cliënt). De visie van de zorginstelling komt tot leven in de handen van de uitvoerende professionals. Eerder spraken we in dit verband over de waarde van een *vloeiende cultuur* in de zorginstelling. De investering in de wijze waarop ook persoonlijke normen kunnen worden verantwoord vraagt ruimte en faciliteiten voor de uitvoeringspraktijk. Het inzichtelijk maken van deze professionaliteit is een uitdaging voor het kwaliteitssysteem.
- **Organisatiespecifieke instrumenten.** De innovatieve zorginstellingen zien in de huidige wijze van toetsing onvoldoende maatwerk terug. In hoofdstuk 4 beschreven we enkele voorbeelden. Eén van de zorginstellingen die wij in het kader van deze verkenning bezochten spreekt bijvoorbeeld consequent over *sociale preventie* als het gaat om welzijnsactiviteiten. Sociale preventie wordt niet (h)erkend in de huidige systematiek van kwaliteitsmeting. Toch zou deze instelling preventie graag willen laten meewegen.

Op dit moment komt de IGZ in actie als organisaties buiten het vigerende kwaliteitssysteem geraken. Incidenten (lees: missers) zijn dan de aanleiding voor een gesprek. Welke instrumenten kunnen worden ontwikkeld die aan de andere kant beginnen, d.w.z. die andersoortige inzet en die andere woonvormen toetsen op de waarde voor de zorg? Wij denken dat zorginstellingen een belangrijke bijdrage kunnen en willen geven aan het ontwikkelen van dergelijke meetinstrumenten en komen daar in 5.2.3 op terug.

- **Reflection-in-action.** Reflectie moet leiden tot 'knowing in action' (Schön, 1983): het (onbewust) weten hoe te handelen. Denken tijdens het doen, bijsturen, de praktijk blijven spiegelen aan de theorie tijdens het handelen. *Praktische wijsheid* (Vosman en Baart, 2008) wil zeggen dat je niet alleen het noodzakelijke vakmatige goed doet, maar je ook laat leiden door dát wat van betekenis lijkt te zijn voor iemand; een oudere, maar ook een collega. In hoofdstuk 3.2 beschreven we de 'praktische rationaliteit' waarbij redenties gericht zijn op morele reflectie en communicatie in de dagelijkse praktijk. Reflecteren is zodoende een voortdurend proces, een dialoog van de zorggever met zijn omgeving. De ouderen en de ouderenzorg zijn gebaat bij oriëntatie op dit professionele reflectie- en onderhoudsproces.

- **Procesindicatoren.** De indicatoren in het schema zijn procesindicatoren. Ze geven uitdrukking aan het verloop van het totale kwaliteitsproces. Het gaat bijvoorbeeld om de mate waarin uitkomsten van metingen terugvloeien naar de zorginstellingen, of hoe een instelling met de uitkomsten werkt op haar afdelingen of resultaten opnieuw betreft op haar visie. Vice versa wordt in de procesindicatoren de mate uitgedrukt waarin praktijkkennis wordt opgepakt en betrokken bij verantwoording en inspectie. Het systeem regelt zodoende niet alleen dat kwaliteit wordt bewaakt, beheerst (en zodoende verbetert), maar ook dat er door toetsing nieuwe waardevolle kennis wordt gegenereerd, toegepast en onderhouden.

Het op pagina 43 geschetste kwaliteitskader meet én bewaakt de zorgverlening. Het geeft een goed inzicht in de medische zorg in relatie tot de sociale zorg, tot het wonen en tot de organisatie van de zorg in haar verschillende uitwerkingen. Wij denken dat een dergelijk kwaliteitskader de visie en werkwijze van zorginstellingen inzichtelijk en toetsbaar maakt. Ook biedt het erkenning aan al die mensen die met liefde en hard werken de noodzakelijke zorg verlenen aan onze ouderen.

### 5.2.3 Een proefproject, de vereenvoudiging van het kwaliteitskader en zelfcertificering

Het schema op pagina 43, waarin de verschillende perspectieven op ouderenzorg en de kwaliteitsmeting uiteengegrafd worden, kan een praktisch vervolg krijgen.

- 1 De in hoofdstuk 4 genoemde indicatoren – afgeleid uit de visies en praktijk van innovatieve instellingen – zijn o.i. stevig genoeg verankerd en onderling onderscheidend om als opmaat te dienen voor een nieuwe wijze van de beoordeling van kwaliteit. Een beoordeling waar allerlei instanties (het Ministerie van VWS, de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), de zorgverzekeraars, beroepsverenigingen en cliëntenraden) elk met hun eigen invalshoek al mee bezig zijn. De groene en rode kleuren in het schema geven de aanwezige en te ontwikkelen aandachtsvelden aan. Een kortdurend proefproject bij een aantal innovatieve instellingen voor ouderenzorg in Nederland (bijvoorbeeld vijf stuks) zou de door ons ontwikkelde lijst van ‘innovatieve indicatoren’ nader kunnen aanvullen, bewerken en verhelderen. Die uitkomsten kunnen dan later gebruikt worden in meetinstrumenten voor een ander type kwaliteitskader. Een kwaliteitskader dat tevens goed inzicht geeft in de medische zorg in relatie tot de sociale zorg, tot het wonen en tot de organisatie van de zorg in haar verschillende gedaanten. Een kwaliteitskader dat bovendien de visie en werkwijze van instellingen inzichtelijk en toetsbaar maakt.
- 2 Het huidige vigerende kwaliteitskader kan sterk worden vereenvoudigd. De inspanning van IGZ en zorgverzekeraars zou zich kunnen richten op het formu-



- leren van algemene minimum criteria op het terrein van medische zorg en leefomstandigheden (hygiëne, ruimte, e.d.). Dit *basis kwaliteitskader* wordt dan per instelling aangevuld met eigen *specifieke* criteria op basis van de eigen specifieke visie. Op de algemene criteria kan getoetst worden door IGZ en zorgverzekeraar, op de specifieke criteria kan de betreffende instelling haar eigen toetsing verrichten en daarvan verslag doen. Dit betekent differentiatie per instelling, maar dat is logisch nu de verschillen in visies op ouderenzorg breed geaccepteerd zijn in ons land.
- 3 Innovatieve instellingen van het type dat wij hebben beschreven zijn zeker in staat tot zelfcertificering. De instelling moet zelf aangeven waarom het een goede instelling is waar goede zorg wordt geleverd: de omgekeerde bewijslast. Men geeft aan hoe de eigen visie en cultuur strookt met de wensen en tevredenheid van de cliënten en hun familie. Met behulp van de voorbeelden die de indicatoren uit hoofdstuk 4 bieden is het mogelijk dat per instelling een set ontwikkeld wordt. De door ons bezochte instellingen (maar ook vele andere) zijn al langere tijd bezig met eigen audits en cliëntwaarderingsonderzoeken.

### Tot slot

Het kwaliteitskader in het schema op pagina 43 geeft aan in welke richting de gedachten over de verantwoording van de hedendaagse ouderenzorg gaan. De in hoofdstuk 5.2 geformuleerde punten van aandacht geven onze denkrichting weer:

- De gemeenten en de WMO;
- Het ontwikkelen van 'andere' indicatoren;
- Het vereenvoudigen van het kwaliteitskader
- Zelfcertificering

Onze verkenning geeft inzicht in de verwevenheid van medische- en sociale zorg met het wonen. Ook de wijze waarop eigen visies van instellingen doorwerken in de organisatie en aanpak van de ouderenzorg was een belangrijk thema. We hopen daarmee een stimulans te geven aan de discussie over het zichtbaar en toetsbaar maken van de integrale visies en praktijken van innovatieve instellingen.

## Respondenten en meelezers

<b>Prof. Dr. H. Becker</b>	Voorzitter Raad van Bestuur	Stichting Humanitas, Rotterdam
<b>Mevrouw drs. T. Ros</b>	Beleidsmedewerker	Stichting Humanitas, Rotterdam
<b>De heer C. van Oort</b>	Directeur	Humanitas-Akropolis, Rotterdam
<b>De heer G. Mangali</b>	Afdelingshoofd	Humanitas-Akropolis, Rotterdam
<b>Mevr. J. Westra</b>	Hoofd	SkewielTrynwâlden, Oentsjerk
<b>Mevr. J. Spiering</b>	Directeur	Hogewey, Vivium Zorggroep, Weesp
<b>Mevr. Y. van Amerongen</b>	Staffunctionaris kwaliteit en innovatie	Hogewey, Vivium Zorggroep, Weesp
<b>Mevr. Drs. A. Jonkers</b>	Programmaleider Ouderenzorg	Inspectie voor de Gezondheidszorg, Utrecht
<b>Drs. G. Verduijn</b>	Directeur vastgoed	Woonzorg Nederland, Amstelveen
<b>Mevr. L. Maas</b>	Directeur	Huize het Oosten, Bilthoven



## Bronnen

- ActiZ. 2006: *Branchecijfers*
- Baart. A.J. 2001: '*Een theorie van de presentie*' pag 819-844 en 860-862
- Becker H.M. 2007: '*De ja-cultuur als instrument voor humanisering van de zorg*'
- Bouman-Duivendoorn S. 2009: '*Meitinker, omtinker en ouderadviseur, op weg naar een werkbaar model*'. Voor Frieslab i.o.v. Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport
- Brancheorganisaties, LOC, beroepsorganisaties i.s.m. IGZ,VWS en ZN. 2005: '*Op weg naar normen voor verantwoorde zorg*'.
- Coole De en Verlaan (red). 2009: '*Ouderenzorg met toekomst*', De Hogeweyk. 2009, Weesp
- Groot de A.D. 1985: '*Methodologie*'
- Heringa H. 2009: '*Vaak houd meetbaarheid je weg bij wat er wel toe doet*' in Slow management, thema Zorg, zomer 2009
- Heijst. A. van. 2006: '*Menslievende zorg. Een ethische kijk op professionaliteit*'
- Hortulanus, R.P. 2003: '*Implementatiebeleid en interventiestrategie*'
- Kunneman. H.P. 1998: '*Postmoderne moraliteit*' pag. 241-260, 315-325
- Meta Evaluatie Commissie Kwaliteitszorg Wetenschappelijk Onderzoek. 2009: '*e.va. lu.e.ren, het beoordelen van wetenschappelijk onderzoek in de praktijk*', Amsterdam
- Raad voor de Volksgezondheid & Zorg. 2007: '*Passend bewijs. Ethische vragen bij het gebruik van evidence in het zorgbeleid*' in RIVM. 2009; Nationaal Kompas Volksgezondheid, Bilthoven
- Sater (Self Administered Treatment Evaluation Rating), 2005. Ontwikkeld door het Verwey-Jonker instituut i.s.m. Melief
- Schön D. 1983: '*Educating the Reflective Practitioner*'
- Signalering ethiek en gezondheid 2007/4. Den Haag: Centrum voor ethiek en gezondheid
- Skewiel Trynwalden, Oentsjerk. 2009
- Smits, C. . 2009: '*De zorg voor en door ouderen: innovatie in zorgculturen*'. Lectorale rede, Chr. Hogeschool Windesheim Zwolle
- Stichting Perspekt, PREZO. Keurmerk in de zorg.: 2010, Utrecht
- Stuurgroep Verantwoorde zorg. 2007: '*Kwaliteitskader Verantwoorde zorg*'
- TPLZ. 2008: '*Transitieprogramma in de Langerdurende Zorg van AWBZconvenant*'. [www.tplz.nl](http://www.tplz.nl)
- Vivium Zorggroep, '*wonen in leefstijl*'. 2008 Weesp
- Vosman J.H., Baart. A.J. 2008: '*Aannemelijke zorg, over het uitzieden en verdringen van praktische wijsheid in de gezondheidszorg*'.
- VWS , 2008; '*Zeker van zorg, nu en straks*'. Brief 13-6 2008 staatssecretaris Bussemaker aan de Tweede kamer. Den Haag



Het Landelijk Expertisecentrum Sociale Interventie zorgt voor wetenschappelijke reflectie op sociale interventiepraktijken, maakt de resultaten daarvan toegankelijk voor de praktijk en stimuleert de samenwerking tussen theorievorming en praktijk. LESI is eind 2004 voortgekomen uit een samenwerkingsverband van hoogleraren, universitaire docenten, lectoren, docenten van hogescholen en vertegenwoordigers van brancheorganisaties in de sociale sector.



## Wordt de cliënt op tijd uit bed gehaald? Tja, wiens tijd?

We zagen en hoorden onlust in de zorg voor ouderen. Zowel van familie en cliënten als van werkenden in de zorg. Teveel medisch-technisch, te weinig sociaal.

We zagen en hoorden van instellingen die proberen andere manieren van omgang met cliënten te bewerkstelligen. We werden nieuwsgierig en gingen op pad naar drie instellingen voor ouderenzorg waar men 'innovatief' werkt. Een verslag van deze zoektocht vindt u in dit rapport.

We zijn onder de indruk, maar beseffen dat hun werkwijze niet geheel past in de manieren waarop de kwaliteit van instellingen wordt gemeten.

We proberen nu een denkkader te ontwikkelen waarin de eigen waarden en de persoonlijke vragen van de cliënt centraal staan maar ook de behoefte die zorgverleners hebben, behoefte aan meer gerichte aandacht en tijd voor cliënten. In dit rapport is een –nog nader uit te denken– kwaliteitskader geschetst waar deze vragen en behoeften wèl uit de verf kunnen komen.

### Auteurs

#### Karin Runia



**Karin Runia**, MSc is werkzaam als Senior onderzoeker bij het Landelijke Expertisecentrum Sociale Interventie. Haar expertise: professionele kwaliteit, verantwoording en verantwoordelijkheid. Zij was ondermeer hoofd van het staf-bureau Psychosociale begeleiding van het Universitair Medisch Centrum Groningen.

#### Marieke Renoù



**Dr. Marieke Renoù**, heeft sociaal wetenschappelijk onderzoek verricht op vele terreinen: bouwen en wonen, bestuur en organisatie, welzijn en wetenschap. Zij was gemeentesecretaris en inspecteur volkshuisvesting in Noord Nederland en heeft nu een eigen adviesbureau.