



Van nu tot 2020 — wat gebeurt er in de verpleeghuizen de komende jaren? Door veel veranderingen in de zorg verandert daar in rap tempo de populatie. Zozeer dat het er al snel om terminale, hospiceachtige zorg gaat, stelt hoofdinspecteur verpleging en verzorging Anja Jonkers. Wat vraagt dit van deze instellingen — en van de mensen die er werken?

Kennis van buiten naar binnen halen **Steeds meer palliatieve zorg nodig in verpleeghuizen**

© Marieke Sjerps

De inspectie concludeert dit jaar al een paar keer dat in veel instellingen de patiëntveiligheid niet op orde is. Wat is er aan de hand?

Anja Jonkers: 'Tegenwoordig worden mensen in een veel latere fase in een verpleeghuis opgenomen dan we in de reguliere verpleeghuiszorg gewend waren. Gemiddeld overlijden ze al na vier, vijf maanden. Dit betekent dat instellingen met veel zwaardere vormen van zorg te maken krijgen, en daar zijn ze niet op voorbereid. Het gevolg is dat er verpleeghuizen zijn waar de medicatieprocessen niet op orde zijn, waar een zorgplan of -methode ontbreekt en waar geen accuraat inzicht is in de zorg die nodig is. Dit soort situaties treffen we aan.'

Was dit niet voorzien?

'Eerlijk gezegd is iedereen door het tempo van de ontwikkelingen overvallen. Ook ik had niet gedacht dat de effecten van de veranderingen in de zorg zo snel zichtbaar zouden zijn. Gelukkig signaleren verpleeghuizen zelf ook wat er gebeurt en dat de zorg veel ingewikkelder is dan voorheen. Daarmee is er niet meteen een oplossing. Het grootste struikelpunt is dat veel medewerkers nog onvoldoende kennen en kunnen om met nieuwe zorgvragen om te gaan.'

Kunt u voorbeelden geven?

'In veel gevallen weten ze niet genoeg over dementie en hoe je daarmee kunt omgaan. Ook multimorbiditeit is een vrij nieuw onderwerp in verpleeghuizen: de stapeling van zorg als een bewoner meerdere ziektebeelden heeft. Denk bijvoorbeeld aan dementie, artrose en slechtiendheid, en dat deze persoon dan ook nog veel medicijnen gebruikt. Voor verzorgenden die altijd in de vroegere bejaardenhuizen hebben gewerkt, is dit een hele opgave.'

Is het moeilijk voor verpleeghuizen om de palliatief terminale fase duidelijk te signaleren en aan te geven wanneer die begint?

'Die kennis krijgen ze snel. De verpleeghuizen wijzen er wel op dat ze vaak niet voor palliatieve zorg betaald worden volgens zzp-10. Hierdoor hebben ze het dubbel moeilijk. Het is dus hard nodig dat het ministerie, verzekeraars, zorgkantoren en CIZ hierover afspraken maken.'

Hoe gaan verpleeghuizen met deze nieuwe situatie om?

‘In het hele land zijn er momenteel vacatures voor goedopgeleide verpleegkundigen. Ondertussen proberen instellingen het personeel dat ze hebben bij te scholen en op te leiden. Dat kost tijd en die wordt ze eigenlijk niet gegund. Want behalve dat de zorg zwaarder en complexer is geworden, speelt er nog iets, en dat is dat er ook oudere mensen met psychiatrische problemen in deze verpleeghuizen terechtkomen. Vroeger werden zij in de langdurige zorg opgevangen, maar dit gebeurt niet meer. Verpleeghuizen kunnen dit niet in hun eentje oplossen. Op alle fronten moet erover worden nagedacht. Oplossingen moeten komen van de beroepsorganisaties, de zorginstellingen en het ministerie. Het VWS-programma *Waardigheid en trots* helpt zorginstellingen om de kwaliteit van zorg op te krikken. Maar het verbeteren van de arbeidsmarkt kost tijd. Effecten van bijvoorbeeld een extra opleiding van verpleegkundigen zijn er niet meteen. Bovendien is er een grens aan wat je kunt opleiden.’

Inmiddels hebben enkele duizenden mensen in verpleeghuizen palliatieve zorg nodig. Komt er een masterplan?

‘Daar gaat de inspectie niet over. Ik denk dat iedereen — de instellingen, de professionals, de verzekeraars — goed doorheeft hoe urgent het probleem is.’

Er is veel kritiek dat protocollen en administratie tijd opslurpen, die bestemd zou zijn voor aandacht en handen aan het bed. Onder anderen Hugo Borst, bekend van radio en tv, heeft het manifest ‘Scherp op ouderenzorg’ gepresenteerd. Heeft hij gelijk?

‘Ik vind het een goed signaal. De cliënt en zijn belangen moeten altijd voorgaan. Toch zijn er voorschriften nodig om de zorg goed te geven. Het kán helaas voorkomen dat een instelling op vrijdagmiddag nog een handtekening van de huisarts mist, waardoor er haperingen in een zorgtraject ontstaan. Maar als zoiets vaker gebeurt, moet de instelling daarover nadenken. Wanneer je werkwijzen niet aansluiten op de zorgzwaarte van je cliënten, moet je alternatieven bedenken. Graag duurzame, we willen geen eenmalige of kortetermijnoplossingen.

Dit betekent niet dat elke woonvorm die verpleegzorg biedt, een specialist ouderengeneeskunde nodig heeft. Wel moet het duidelijk zijn op wie de huisarts een beroep kan doen wanneer de zorgzwaarte toeneemt. Je kunt denken aan samenwerking met een specialist ouderengeneeskunde van een andere organisatie. Er moeten altijd goede afspraken zijn wie waarvoor verantwoordelijk is.’

Er komen steeds meer Patz-groepen, waarin verschillende zorgverleners de patiënten bespreken die nog een korte levensverwachting hebben. Is een dergelijk regulier palliatief overleg iets voor verpleeghuizen?

‘Dat zou goed kunnen. Het lijkt op hoe er vroeger in verzorgingshuizen werd gewerkt: wanneer de zorg complexer werd, kwam de thuiszorgverpleegkundige helpen. Afspraken waarbij je de kennis van buiten naar binnen haalt zijn zeer welkom, vooral omdat het op korte termijn niet lukt om overal voldoende verpleegkundigen en artsen te hebben.’

Welke wens voor palliatieve zorg in verpleeghuizen staat er bovenaan uw lijst?

‘Dat ze op tijd herkennen wat er aan palliatieve zorg nodig is. Die alertheid zou ik nog meer willen aanwakkeren.’

Anja Jonkers is project-
hoofdinspecteur
verpleging en verzorging
en nieuwe toetreders bij
de Inspectie voor de
Gezondheidszorg (IGZ),
de organisatie waarvoor
ze inmiddels acht jaar
werkt, onder andere als
waarnemend
hoofdinspecteur
maatschappelijke zorg en
programmadirecteur
ouderenzorg en zorg thuis.
Anja Jonkers is opgeleid
als verpleegkundige en
werkt sinds 1984 ‘in en
om’ de gezondheidszorg.