

De intramurale ouderenzorg:
nieuwe leiders, nieuwe kennis, nieuwe kansen

Prof. dr. J.P.H. Hamers

Achtergrondstudie geschreven op verzoek van
de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

Inhoudsopgave

1. Inleiding
2. Werkwijze
3. Intramurale ouderenzorg in Nederland
4. Kwaliteit van zorg in verpleeghuizen
5. Toekomstige verpleeghuiszorg
6. Opleidingen en beroepsuitoefening
7. Conclusies en aanbevelingen
8. Referenties

1. Inleiding

De druk op de intramurale ouderenzorg zal in de toekomst verder toenemen. Er wordt een toename verwacht in de zorgvraag waarbij het beschikbaar arbeidspotentieel niet evenredig zal toenemen. Ook zullen de eisen aan kwaliteit van zorg aangescherpt worden. Het opleidingsniveau van medewerkers in verpleeghuizen is over het algemeen echter laag, terwijl de complexiteit van de zorgvraag verder toeneemt. Ter illustratie, dementie is een ernstig ziektebeeld dat vaak leidt tot probleemgedrag en een adequate interpretatie en aanpak door deskundige medewerkers vereist. Verder komen zorgproblemen zoals pijn, decubitus, incontinentie, ondervoeding, valincidenten en fixatie veel voor in de intramurale zorg en hebben, indien niet deskundig aangepakt, een zeer negatieve invloed op de kwaliteit van leven van ouderen. Ten slotte is er een toename in complexiteit als gevolg van de toename van het aantal ouderen dat lijdt aan meerdere ouderdomsziekten (zoals hartfalen, diabetes en artrose) tegelijk.

De centrale vraag van de RVZ is wat de wetenschap kan bijdragen aan de (organisatie van de) zorg voor ouderen? Voor de intramurale ouderenzorg zijn daarbij drie specifieke vragen van belang, te weten:

1. Welke inzichten biedt de verplegingswetenschap om de kwaliteit van zorg voor ouderen te verbeteren en wat betekenen de inzichten voor de wenselijke zorg aan ouderen en de organisatie van zorg in verpleeghuizen?
2. Wat is er nodig om het verpleeghuis zo in te richten en te laten functioneren dat ouderen die plaats niet beschouwen als een afschrikwekkend perspectief, maar als een oord waar ouderen een goede laatste levensfase kunnen doorbrengen?
3. Wat betekenen de demografische veranderingen (meer ouderen) voor de opleidingen en beroepsuitoefening van verschillende disciplines?

Deze vragen zullen in dit essay worden beantwoord. Nadat een beknopt overzicht is gegeven van de intramurale ouderenzorg in Nederland, zullen deze vragen in drie afzonderlijke paragrafen worden besproken. Daarbij wordt nagegaan hoe vanuit wetenschappelijk onderzoek een antwoord kan worden geformuleerd. De studie wordt afgesloten met een paragraaf waarin de belangrijkste conclusies en aanbevelingen worden samengevat.

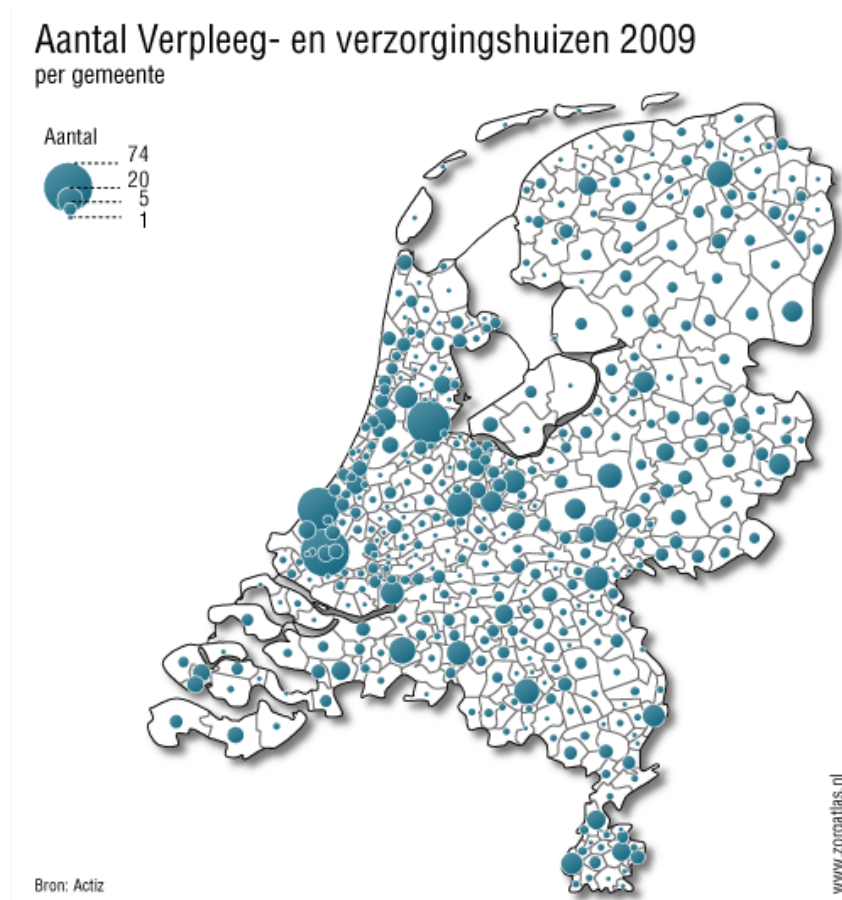
2. Werkwijze

Voor beantwoording van de afzonderlijke vragen heeft geen nieuw empirisch onderzoek heeft plaatsgevonden. Ook is geen systematisch literatuuronderzoek over specifieke onderwerpen uitgevoerd. Om de vragen te beantwoorden is geput uit de bestaande wetenschappelijke kennis en publicaties die onder andere beschikbaar zijn via het multidisciplinaire onderzoeksprogramma ‘innovaties in de zorg voor ouderen’ van de Universiteit Maastricht (www.maastrichtuniversity.nl/hsr; www.caphri.nl) waarvan de disciplines ouderenzorg, verplegingswetenschap, ouderengeneeskunde, sociale gerontologie, zorginnovatie en public health en zorgtechnologie deel uitmaken, en het raadplegen van verschillende stakeholders. Verder is geput uit de databases PubMed, Medline en PsycLit voor aanvullende wetenschappelijke literatuur. Via openbare databases is informatie verzameld over de staat van verpleeghuiszorg in Nederland. Voor gedetailleerde informatie over specifieke onderzoeken wordt verwezen naar aangehaalde bronnen.

3. Intramuraal ouderenzorg in Nederland

Het geven van een volledig overzicht van de beschikbare verpleeghuiszorg in Nederland is niet eenvoudig. Kijkend naar de variatie in aantallen verpleeghuizen van 330 tot bijna 500 die in openbare registraties worden genoemd doet vermoeden dat zij verschillende omschrijvingen van verpleeghuiszorg toepassen. Dat komt deels doordat het onderscheid tussen verzorgingshuiszorg en verpleeghuis zorg vervaagt (in veel verzorgingshuizen wordt ook verpleeghuiszorg aangeboden) waardoor niet altijd duidelijk is welke instellingen in de tellingen zijn meegenomen. Daarnaast is het aantal kleinschalige woonvormen voor ouderen met dementie, als verpleeghuiszorg, de laatste jaren in opkomst wat mogelijk bijdraagt in verschillen tussen registraties.

Volgens het RIVM telde Nederland in 2009, 479 verpleeghuizen, 1.131 verzorgingshuizen en 290 gecombineerde instellingen (Deuning 2009). Het aantal beschikbare plaatsen in verpleeghuizen in 2008 was 70.946 en het aantal beschikbare verzorgingsplaatsen 98.126 (Actiz, 2011).

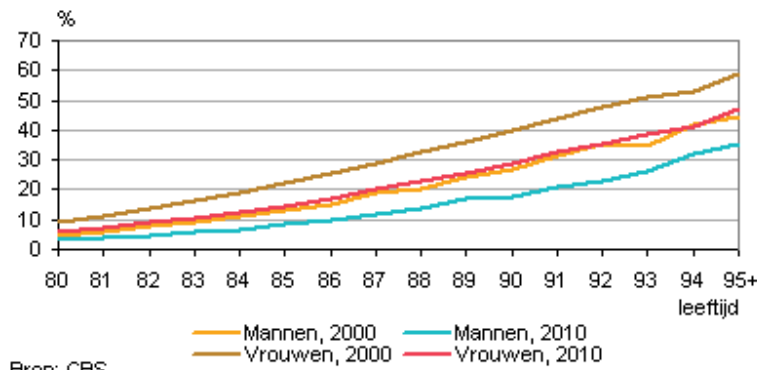


Via www.zorgatlas.nl maakt bovenstaande kaart per gemeente inzichtelijk hoeveel verpleeg- en verzorgingshuizen, en met welke capaciteit en diensten, er zijn afgezet tegen een aantal demografische gegevens per gemeente. Zoals uit de kaart is af te leiden is de concentratie van instellingen het grootst in de Randstad.

Als we kijken naar de kenmerken van bewoners van verpleeg- en verzorgingshuizen dan is het merendeel van de bewoners vrouw en is de grootste groep bewoners ouder dan 80 jaar (CBS statline; Den Draak 2010). In onderstaande Figuur is de verdeling van bewoners in verzorgings- en verpleeghuizen over de periode 2000-2010 weergegeven.

Het aantal 80-plussers nam tussen 2000 en 2010 toe van 500.000 naar 648.000 (Garssen & Harmsen, 2011). Opvallend is echter dat dit niet heeft geresulteerd in een toename van het aantal bewoners in verpleeg- en verzorgingshuizen. Integendeel, het

aantal 80-plussers dat is ingeschreven bij een verzorgings- of verpleeghuis daalde in dezelfde periode van 102.000 naar 90.000! Het aandeel 80-plussers dat deel uitmaakt van een institutioneel huishouden nam hierdoor sterk af, van 20 naar 14 procent (Garssen & Harmsen, 2011).



De conclusie is dat het aantal ouderen toe is genomen terwijl het aantal ouderen in een verpleeg- of verzorgingshuis is afgenomen. De afname heeft zich bij alle leeftijden voorgedaan. De gemiddelde leeftijd van mannen in verzorgingshuizen (bijna 82 jaar) is sinds de eeuwwisseling vrijwel constant. Bij vrouwen nam de gemiddelde leeftijd met 1 jaar toe tot ruim 86 jaar (Garssen & Harmsen, 2011).

Tegelijkertijd met een afname van het aantal bewoners in verpleeg- en verzorgingshuizen zien we (gebaseerd op gegevens van de periode van 2001-2007) een groei in het zorgvolume, die bestaat uit een combinatie van een toename van het gemiddelde aantal uren geleverde zorg per patiënt en een toename van de gemiddelde zorgzwaarte (CBS 2009). Een groter zorgzwaarte betekent dat cliënten steeds zwaardere zorg krijgen. Op basis van deze gegevens is de conclusie dat de complexiteit van de zorg in verpleeg- en verzorgingshuizen toeneemt.

In de verzorgingshuizen, verpleeghuizen en thuiszorg (VVT) werken in 2009, 427.000 medewerkers; daarbij gaat om bijna 247.000 Fte (AZW, 2011). Van de medewerkers heeft 77% een vaste aanstelling; anderen hebben een tijdelijke aanstelling of werken bijvoorbeeld als uitzendkaart (AZW, 2011). De VVT hebben de meeste medewerkers, meeste deeltijders in de zorgsector en de laagste gemiddelde lonen (CBS 2009). Dit laatste hangt ongetwijfeld samen met het grote aantal laag opgeleiden die in de VVT werken. In de verzorgings- en verpleeghuizen heeft het merendeel (84%) van de

medewerkers heeft een LBO of MBO opleiding genoten (Prismant, 2009). HBO opgeleide verpleegkundigen (niveau 5) werken hier nauwelijks (1%) en het aantal verpleegkundigen met niveau 4 is laag (13%) (Prismant, 2009).

4. Kwaliteit van zorg in verpleeghuizen

De kwaliteit van zorg in verpleeghuizen staat de laatste jaren uitgebreid in de belangstelling. Deze belangstelling is aan het begin van de eeuwwisseling ingeluid door incidenten zoals de pyamadagen in 2003, onderzoek door de Inspectie voor de Gezondheidszorg (o.a., IGZ, 2004, 2005) en wetenschappelijk onderzoek naar de prevalentie van zorgproblemen (o.a., Bours et al. 1998, Halfens et al. 2004). Deze belangstelling kan op twee manieren worden geïnterpreteerd. Ten eerste is dit een duidelijke indicatie dat de kwaliteit van zorg soms onder de maat is. Ten tweede is dit een signaal dat onze eisen aan verpleeghuiszorg zijn veranderd in de tijd. We zien een verschuiving van een verpleeghuis als medisch bedrijf, waarin ziekenhuis(verplaatste) zorg centraal staat, naar een verpleeghuis als omgeving waarin kwetsbare ouderen hun laatste dagen van hun leven menswaardig willen doorbrengen. De opkomst van kleinschalige woonvormen voor ouderen met dementie zijn daarvan een treffend voorbeeld. Deze tweede interpretatie is nauw verweven met de vraag hoe de toekomstige verpleeghuiszorg er uit zou moeten zien en wordt daarom verder in de volgende paragraaf besproken. De nadruk in deze paragraaf ligt op de eerste interpretatie: de kwaliteit is soms onder de maat.

Kwaliteit van zorg is een complex begrip en er is veel discussie over de manier waarop zorgkwaliteit adequaat kan worden geoperationaliseerd en gemeten. Aan kwaliteit zitten namelijk vele aspecten en verschillende perspectieven. Ter illustratie, cliënten kunnen heel andere opvattingen hebben over kwaliteit dan professionele zorgverleners. Er bestaan verschillende modellen om kwaliteit te beschrijven en vast te stellen (o.a., Berwick 2002; Donabedian 2003). Donabedian (2003) maakt onderscheid tussen drie domeinen waarbinnen kwaliteit van zorg kan worden gedefinieerd en geoperationaliseerd: structuur, proces en uitkomst. Structuur omvat de condities

waarbinnen kwaliteit kan worden geleverd. Daarbij gaat het bijvoorbeeld om de beschikbaarheid van deskundig personeel. Proces omvat condities waaronder de zorg wordt geleverd; het gaat om de uitvoering van de zorg. Een voorbeeld daarvan is het toepassen van bewezen kennis in de uitvoering van de zorg. Uitkomsten omvatten de resultaten van de zorgverlening. Een voorbeeld van een uitkomst is het aantal bewoners dat overlijdt of het aantal bewoners dat in een instelling wordt vastgebonden. Deze domeinen zijn aan elkaar gerelateerd. De verwachting is bijvoorbeeld dat deskundig personeel (HBO-verpleegkundige) op de hoogte is van nieuwe bewezen kennis (niet meer vastbinden maar cliëntgerichte alternatieve maatregelen toepassen) en deze adequaat weet toe te passen met een voor de cliënt optimale uitkomsten (niet vastgebonden, geen kalmerende medicatie, meer beweging) tot gevolg. In principe kan voor ieder afzonderlijk domein de kwaliteit worden gemeten en in kaart worden gebracht. Uit het voorbeeld kan echter worden afgeleid dat de structuur en procesindicatoren ook als determinanten kunnen worden gezien van de uitkomstindicatoren. Als je geen deskundige medewerkers hebt en/of wetenschappelijk onderbouwde richtlijnen niet opvolgt is de kans klein dat de gewenste uitkomsten worden gehaald.

In de Nederlandse verpleeghuiszorg is de afgelopen jaren vooral gekeken naar uitkomstindicatoren, gestart vanuit de Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen (o.a., Bours et al. 1998, Halfens et al., 2010) en later onder de vleugels van het kwaliteitskader Normen voor Verantwoorde Zorg (NVZ) waarbij jaarlijks metingen plaatsvinden (NVZ, 2005; Stuurgroep Kwaliteitskader Verantwoorde Zorg, 2008). Daarbij gaat het bijvoorbeeld om de prevalentie van decubitus, vallen en ondervoeding. Binnen het kwaliteitskader NVZ wordt ook tweejaarlijks de kwaliteit van zorg naar de mening van cliënten gemeten. Door de uitkomsten over bepaalde zorgproblemen in kaart te brengen krijgen instellingen een goed beeld van de kwaliteit van onderdelen in de geleverde zorg, waarbij die vergeleken kan worden met vergelijkbare instellingen. De idee is dat daardoor acties worden genomen die leiden tot beter uitkomsten. De nadruk op de uitkomstmetingen is ook terug te vinden in buitenlandse registraties waarin gekeken wordt naar kwaliteit van de verpleeghuiszorg, hoewel in een aantal landen (o.a., Duitsland, Engeland, USA) ook uitdrukkelijk wordt gekeken naar structuur- en procesindicatoren zoals de beschikbaarheid van deskundig personeel, het

opleidingsniveau en kwalificaties, de communicatie met bewoners en familie, betrokkenheid en keuzemogelijkheden voor bewoners (Du Moulin et al. 2010a). De jaarlijkse registratie van uitkomsten past in het beleid dat door de overheid is ingezet om te komen tot meer transparantie en het verbeteren van keuzemogelijkheden voor cliënten (bijvoorbeeld via www.kiesbeter.nl of www.zorgkaart.nl).

De vraag is echter of de kwaliteit van zorg door het jaarlijks meten van uitkomsten is verbeterd? Een eenduidig antwoord is hierop niet te geven. Het uitvoeren van de registratie van de uitkomsten heeft in ieder geval een positieve invloed gehad op de zorgkwaliteit. Door de registraties is zonder enige twijfel een bewustwording opgetreden in alle lagen van de zorgorganisaties, van verzorgende tot zorgbestuurder. Die bewustwording heeft in vele gevallen ook geresulteerd in acties die geleid hebben tot aantoonbare verbeteringen in uitkomsten (bijvoorbeeld, Bours et al. 2002). Een belangrijke vraag blijft echter waardoor de verbeterde resultaten zijn bereikt? Het antwoord op deze vraag kan namelijk belangrijke aanwijzingen leveren voor het opzetten van interventies om de zorgkwaliteit te verbeteren. Instellingen kunnen hierdoor van elkaar leren.

Hier doet zich echter ook een probleem voor. Op basis van gegevens uit de registraties zijn door diverse media lijstjes opgesteld waarbij verpleeghuizen zijn geclassificeerd als beste of slechtste (bijvoorbeeld, De Volkskrant, 2009, <http://verpleeghuizen.volkskrant.nl/>). Het maken van ranglijstjes past volledig in de huidige trend van massamedia (zoals twitter, facebook) en het op internet beschikbaar maken van reviews en rankings van producten, vakanties en nu ook de gezondheidszorg (bijv. www.zorgkaart.nl). Dit is een onomkeerbaar proces, waarin verpleeghuizen hun weg nog dienen te vinden; ontevreden klanten zullen hun weg immers snel weten te vinden via het web. Terugkomend op de registraties van uitkomsten moet echter worden vastgesteld dat de lijstjes van beste verpleeghuizen de betrouwbaarheid en validiteit van de jaarlijkse registraties in negatieve zin (kunnen) beïnvloeden. In de eerste plaats is er een groot gevaar van manipulatie van gegevens, veroorzaakt door uit voorzorg niet op de laatste plaats van een ranglijst te willen eindigen. In de tweede plaats is het zo dat de registratiegegevens zich eigenlijk niet lenen voor het maken van ranglijstjes. Uit onderzoek met de data van de NVZ komt bijvoorbeeld herhaaldelijk naar voren dat de

validiteit van metingen in sommige gevallen zeer discutabel is (Du Moulin et al. 2010b; Van Haastregt et al. 2008). De validiteitsdiscussie die gevoerd moet worden gaat zowel over de indicatoren die gemeten worden (zijn dit de juiste indicatoren?) als de manier waarop dat gebeurt (zijn de meetmethoden valide en betrouwbaar?). Verder blijkt dat gegevens binnen de database (bijvoorbeeld klinische uitkomsten en cliëntenoordelen) niet met elkaar zijn te verbinden omdat ze in andere perioden zijn gemeten of op verschillende cliënten betrekking hebben (Du Moulin et al. 2010b). Dat instellingen die in het ene jaar in de onderste regionen vertoeven in ranglijsten later in de top terug te vinden zijn geeft genoeg stof tot nadenken over de validiteit daarvan. Het valt te betwijfelen of de kwaliteit van zorg van verpleeghuizen met deze ranglijsten is gebaat.

Zoals vastgesteld is de kwaliteitsfocus in Nederland vooral gericht op het domein van uitkomsten (DuMoulin et al. 2010a). Er is vrijwel geen inzicht in de kwaliteitsdomeinen structuur en proces. Toch is het belangrijk hier goed zicht op te krijgen omdat, zoals eerder uitgelegd, deze domeinen de gewenste uitkomsten grotendeels bepalen. Als we kwaliteit van zorg willen borgen en optimaliseren ligt hier waarschijnlijk ook de sleutel.

Kijken we naar structuurdomein dan gaat het bijvoorbeeld om de beschikbaarheid van voldoende en deskundig personeel. Uit wetenschappelijk onderzoek (o.a., Bostick et al. 2006; Castle and Anderson 2011; Kim et al. 2009) komt naar voren dat er een verband bestaat tussen de beschikbaarheid over verpleegkundigen en uitkomsten zoals de prevalentie van decubitus, vastbinden en mortaliteit. Daaruit komt naar voren dat de beschikbaarheid over en inzet van hoger opgeleid verpleegkundig personeel leidt tot positievere uitkomsten. Bewoners ontwikkelen minder snel decubitus en leven langer. In tegenstelling tot andere landen (zoals de USA) werken in Nederlandse verpleeghuizen vrijwel geen enkele verpleegkundigen met een academische achtergrond in de directe uitvoering van zorg. Ook HBO opgeleide verpleegkundigen zijn vrijwel niet werkzaam in verzorgings- en verpleeghuizen (Prismant 2009).

Vanuit deze wetenschap verdient het, vanuit het perspectief van kwaliteitsverbetering, aanbeveling de discussie over medewerkers in de ouderenzorg niet slechts te bezien vanuit kwantitatief oogpunt maar vooral vanuit een kwalitatieve optiek. Met andere woorden, er moet geïnvesteerd worden in het verhogen van de kwaliteit van

medewerkers. Dat kan op verschillende manieren gebeuren: (1) door het bij- en nascholen van de zittende medewerkers en (2) door het verhogen van het percentage HBO opgeleide verpleegkundigen en verpleegkundigen met een academische achtergrond en (3) door het instellen van multidisciplinaire academische werkplaatsen waarin verpleegkundigen en verzorgenden participeren. In deze werkplaatsen wordt kennis ontwikkeld gericht op het oplossen van praktische problemen. De instelling van academische werkplaatsen is niet alleen van belang binnen het structuurdomein maar ook binnen het procesdomein van kwaliteit.

Binnen het procesdomein staat het proces om te komen tot adequate uitkomsten centraal. Daarbij gaat het onder andere om het ontwikkelen en toepassen van bewezen kennis rekening houdend met de voorkeuren van bewoners, ofwel om 'evidence based practice'. Een probleem in de intramurale ouderenzorg is dat de kennisontwikkeling achter blijft vergeleken bij die in de ander sectoren van de gezondheidszorg. De curatieve zorg en GGZ profiteren van verbindingen met de academie, waardoor problemen worden beschreven, determinanten worden onderzocht, oplossingen worden ontwikkeld in de vorm van interventies of verbeterprogramma's, die vervolgens worden getoetst op effectiviteit. Bij gebleken effectiviteit kan implementatie van kennis volgen, wat meestal overigens een langdurig en moeizaam proces is.

In de intramurale ouderenzorg stopt het proces grotendeels al bij de kennisontwikkeling. Er wordt helaas nog veel te weinig wetenschappelijk onderzoek verricht (o.a. Hamers, 2005, Maas et al. 2008). Vanuit deze optiek is het enigszins verbazingwekkend dat grote nationale programma's voor implementatie van kennis zijn gestart in de ouderenzorg; implementatie veronderstelt immers de beschikbaarheid van bewezen kennis.

De noodzaak en meerwaarde van wetenschappelijke kennisontwikkeling blijkt uit onderzoeken die wel zijn uitgevoerd. Onderzoeken naar de (vermindering van) vrijheidsbeperking in verpleeghuizen hebben laten zien dat menswaardigere en effectiever zorg mogelijk is (o.a. Evans et al, 1997; Gulpers et al., 2011; Hamers & Huizing, 2005; Testad et al. 2005). Daaruit is ook gebleken dat toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen niet samenhangt met de hoeveelheid beschikbaar personeel of ervaren werkdruk (Engberg et al. 2008; Huizing et al. 2007). Iets wat wel

heel snel wordt gedacht en uitgesproken. Wetenschappelijk onderzoek heeft ook laten zien hoe belangrijk bewegen, vooral ook voor ouderen in verpleeghuizen (Blankevoort et al, 2010; Scherder et al. 2010). Dit heeft geleid tot projecten waarin momenteel wordt nagegaan hoe meer bewegen kan worden ingepast zodat dit zowel praktisch haalbaar als effectief is. Ander onderzoek is gericht op het gebruik van technologie (Pot et al., in press; Spreeuwenberg et al. 2010) waardoor de zorg mogelijk veiliger kan worden. Ten slotte laat wetenschappelijk onderzoek ook zien hoe belangrijk het is interventies en maatregelen op effectiviteit te toetsen alvorens deze op grote schaal te implementeren. Een voorbeeld daarvan zijn onderzoeken naar de effectiviteit van kleinschalig wonen (Verbeek et al. 2009, 2010). Daarin wordt geconcludeerd dat kleinschalig wonen de positieve verwachtingen ten aanzien van bijvoorbeeld betere kwaliteit van leven bij bewoners en meer betrokkenheid van familie niet waarmaakt (Verbeek et al. 2010). Kleinschalig wonen past goed in een gevarieerd aanbod van diensten, maar er is vanuit wetenschappelijke optiek geen enkele aanleiding te streven naar zo veel mogelijk kleinschalige zorg. De conclusie is dat het beschikbare wetenschappelijk onderzoek nieuwe inzichten heeft gegeven in de zorg voor ouderen en de klinische praktijk en zorgbeleid constructief heeft beïnvloed.

Kortom, de kennisontwikkeling in de intramurale ouderenzorg moet verder worden gestimuleerd en mogelijk worden gemaakt. Niet alleen in grote nationale programma's, maar vooral door het instellen van lokale academische werkplaatsen voor verzorgenden, verpleegkundigen, paramedici en artsen. In deze werkplaatsen wordt kennis gegenereerd die beschikbaar wordt gesteld aan de hele sector en er wordt gewerkt aan het opleiden en bijscholen van medewerkers. Deze werkplaatsen zijn een samenwerking tussen verpleeghuizen, hogeschool en universiteit, waarin de oplossingen voor de problemen van de toekomst, in samenwerking met wetenschappers, worden bedacht, getoetst en geïmplementeerd door de professionals zelf. Over die toekomstige zorg gaat de volgende paragraaf.

5. Toekomstige verpleeghuiszorg

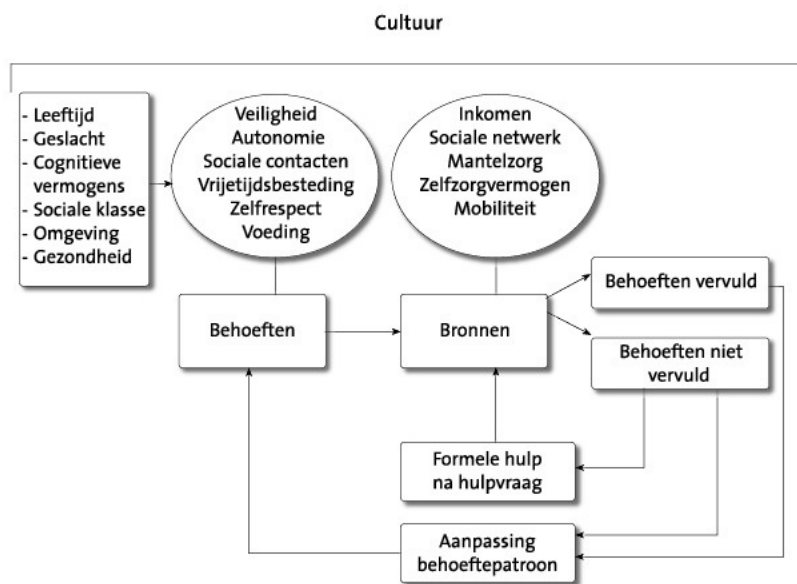
In de vorige paragraaf is aangegeven dat de aandacht voor kwaliteit van zorg niet alleen een indicatie is van de objectieve kwaliteit maar ook van de veranderende context waarin verpleeghuiszorg wordt aangeboden. Anders gezegd, de kwaliteit van de huidige zorg is waarschijnlijk niet slechter dan die in het verleden, maar onze eisen aan die zorg zijn wel veranderd. Dat de RVZ vraagt om een verpleeghuis dat door ouderen niet wordt beschouwd ‘als een afschrikwekkend perspectief’ is wellicht ook een illustratie van die veranderende context. Verpleeghuizen worden tegenwoordig door velen gepercipieerd als een soort tweederangs ziekenhuisomgeving waar je wordt opgenomen, nooit meer uitkomt, aan je lot wordt overgelaten en snel overlijdt. Inderdaad, je arriveert in de wachtkamer van de dood (The, 2005). Daar wil natuurlijk niemand worden opgenomen. Misschien is de term verpleeghuis ook wel aan vervanging toe.

Dit verklaart mede de verschuiving van de zorg in verpleeghuizen waarbij niet meer de medische zorg centraal staat maar het wonen en welzijn van bewoners. De medische zorg in het verpleeghuis moet bijdragen aan een hoger doel: een beter welzijn en hogere kwaliteit van leven van bewoners. De idee is dat ouderen in verpleeghuizen zo lang als mogelijk hun eigen leven moeten kunnen leven. Dit is bijvoorbeeld geoperationaliseerd in de visie van kleinschalig wonen voor ouderen met dementie. Daarin bepaalt de bewoner hoe laat hij opstaat, wanneer hij eet, naar het toilet gaat, of hij leest, TV kijkt, mee doet aan een sociale activiteit, bezoek ontvangt enzovoorts. Zo ver als zijn ziekte dementie dit toestaat. Bezoekers zetten zelf koffie als dat gewenst is of kunnen mee-eten. Net zoals de meeste mensen dat thuis ook doen. Dat is wat de meeste bewoners prefereren; het behoud van autonomie over het eigen leven, zo lang en zo veel als dat mogelijk is. En waar nodig met ondersteuning van professionele zorg.

Samenhangend hiermee kan ook de verschuiving van aanbod- naar vraagsturing worden gezien die het afgelopen decennium in de zorg voor ouderen is ingezet. Het uitgangspunt is daarbij dat de behoeften en zorgvragen van bewoners en cliënten centraal staan en het uitgangspunt vormen in het ontwikkelen van zorgaanbod. Ook dit past in de huidige maatschappelijke context. Kijkend naar resultaten van wetenschappelijk onderzoek (o.a. Van Bilsen et al, 2006, 2008) is het evident dat ouderen zo lang mogelijk

de eigen regie willen behouden over het eigen leven en het liefst in hun eigen omgeving willen wonen. Ze willen als volwaardig worden gezien, deel uitmaken van hun omgeving en verantwoordelijk zijn voor hun leven (Stuurgroep VV&T, 2011). Dat lijkt enigszins in tegenstelling tot de huidige zorgpraktijk waarin de regie (te) vaak wordt overgenomen door zorgprofessionals, meestal met goede bedoelingen en soms gedwongen door regelgeving, maar niet altijd naar de wens van iedere verpleeghuisbewoner. In verpleeghuizen bepalen zorgverleners veelal wat goed voor ouderen is en nemen zij veel taken over van bewoners in het regime van de dagstructuur die meestal is gericht op de organisatie van het werk en niet op het leven en welzijn van de bewoners.

Figuur. De relatie tussen, behoeften, bronnen en formele hulp (Hamers, 2005)



Met de nadruk op vraaggerichte zorg zal een verpleeghuisbewoner echter veel meer beschouwd moeten gaan worden als iemand die allerlei bronnen (zoals sociale netwerk, mantelzorg, vrijwilligers en mobiliteit) ter beschikking heeft om zijn of haar (basis)behoeften te vervullen (cf. Hamers 2005, Van Bilsen et al. 2006). Dit wordt schematisch weergegeven in bovenstaande figuur.

Een zorgvraag ontstaat mede door het gedeeltelijk wegvallen van die bronnen (zoals de mantelzorg). Vraaggerichte zorg impliceert dat die bronnen moeten worden ondersteund, hersteld of vervangen. Adequate zorg richt zich dan niet alleen op de individuele oudere maar in dit voorbeeld ook op zijn sociale netwerk. Ook dit vraagt een nieuwe kijk op verpleeghuiszorg en een brede en nieuwe expertise van (toekomstige) zorgprofessionals.

Bovenstaand model kan houvast bieden en richting geven aan het organiseren van vraaggerichte zorg in verpleeghuizen en daarbuiten. Een belangrijk uitgangspunt van het model is dat mensen met een zelfde ziektebeeld andere behoeften en zorgvragen hebben. Dat betekent dat zorg altijd afgestemd moet zijn op het individu. Een tweede uitgangspunt is dat de autonomie van mensen zo lang mogelijk behouden blijft door bronnen te ondersteunen of te vervangen. Daarop moet zorg gericht zijn. Ten slotte houdt dit model rekening met veranderingen in behoeftes. Behoeftes, ook die aan zorg, ontwikkelen in de loop der tijd. Verschillende generaties worden anders oud en hebben verschillende behoeften. Kortom, de eisen aan verpleeghuiszorg en kwaliteit zijn nu anders dan pak weg 20 jaar geleden. Over 20 jaar, of wellicht al eerder, zullen die eisen weer anders zijn. Dat betekent dat verpleeghuizen moeten blijven veranderen en innoveren.

Dit stelt hoge eisen aan bestuurders, beleidsmakers, zorgverleners, maar ook de aan de maatschappij. Burgers moeten beseffen dat de verantwoordelijkheid voor kwetsbare ouderen niet ophoudt bij de voordeur van het verpleeghuis. Veel verpleeghuizen draaien op de inspanningen van vrijwilligers, die in het bovenstaande model als belangrijke bronnen kunnen worden opgevat. Dat zal in de toekomst niet veranderen, in tegendeel. Ook de morele verantwoordelijkheid van familieleden stopt niet bij de deur van het verpleeghuis. Als bronnen van kwetsbare ouderen zullen zij een substantiële rol moeten blijven spelen in het leven van de verpleeghuisbewoner. Dat impliceert echter ook dat familieleden welkom moeten zijn als actieve deelnemers van het leven in verpleeghuizen en niet worden gezien als 'Fremdkörper' die het werk en structuur van de verpleeghuisorganisatie mogelijk verstoren.

Professionele zorgverleners moeten daarom geschoold en meegenomen worden in de veranderende inzichten, nieuwe uitgangspunten en invulling van de verpleeghuiszorg.

Zoals eerder aangegeven ligt hier mogelijk een probleem van het lage opleidingsniveau. Ter illustratie: veel verzorgenden werken na hun basisopleiding vaak al decennia zonder enige bij – of nascholing te hebben genoten (zie ook V&VN, 2010). Terwijl ‘nieuwe verpleeghuiszorg’ juist nieuwe kennis en andere competenties vraagt van medewerkers. Hierop zal in de volgende paragraaf nog verder worden terug gekomen.

Anderzijds zullen ook bestuurders doordrongen moeten zijn van de noodzakelijk nieuwe koers en de haalbaarheid daarvan. Ook dat vereist het ontwikkelen en eigen maken van nieuwe kennis. Daarnaast moeten bestuurders voldoende aandacht hebben voor de inhoud van de zorg. Zij moeten leiderschap tonen in het veranderen van organisaties op basis van bewezen effectiviteit. De positieve en belangrijke rol van bestuurders in een programma om vrijheidsbeperking in verpleeghuizen terug te dringen is daarvan een voorbeeld (Gulpers et al., 2011).

Voor beleidsmakers geldt dat zij moeten inzetten op kennisontwikkeling en innovatie en deze ruim moeten faciliteren. In dit verband is het ook belangrijk dat zij nieuwe initiatieven stimuleren en mogelijk maken die door jonge en nieuwe spelers op de markt worden geïntroduceerd. Philips, Samsung en Sony zorgen doorgaans niet voor de grote technologische innovaties maar wel voor de verspreiding daarvan. De vernieuwingen komen veelal via kleine ambitieuze bedrijven of instellingen. In de ouderenzorg hebben we recent vergelijkbare ontwikkelingen gezien met ‘buurtzorg’ en ‘kleinschalig wonen’. Belangrijk is echter wel dat de effectiviteit en doelmatigheid van nieuwe initiatieven wordt onderzocht alvorens ze op grote schaal in te voeren.

Het is duidelijk dat we er nog lang niet zijn wat de intramurale ouderenzorg betreft. Niemand wil naar het verpleeghuis en dat zal (voorlopig) ook niet veranderen. Zoals hiervoor is betoogd, moet de zorg echter anders worden ingericht en georganiseerd. Dat vereist andere competenties van deskundig personeel. Daarover gaat de laatste paragraaf.

6. Opleidingen en beroepsuitoefening

Nieuwe verpleeghuiszorg vraagt nieuwe competenties van medewerkers. Zowel voor de optimalisering van de kwaliteit van zorg (zie paragraaf 4) als voor het organiseren van nieuwe verpleeghuiszorg (zie paragraaf 5) zijn deskundig personeel en nieuwe leiders nodig. De vraag is wat de demografische veranderingen (meer ouderen) betekenen voor de opleidingen en beroepsuitoefening van verschillende disciplines in de intramurale ouderenzorg.

Evident is dat Nederland vergrijst; dat is reeds in de paragraaf 3 geïllustreerd. Hoewel het percentage ouderen nu ongeveer 15% bedraagt, verwacht EUROSTAT dat dit zal oplopen tot ruim 24% in 2040, waarna het weer geleidelijk zal dalen. Met het vergrijzen zien we ook een toename in ouderdomsziekten zoals, hartfalen, diabetes en dementie. Ter illustratie, het aantal mensen met dementie bedraagt nu ongeveer 235.000 en zal de komende jaren naar verwachting stijgen tot 500.000 (Alzheimer Nederland, 2011). Wat zeggen deze prognoses over vergrijzing en ouderdomsziekten precies over de toekomstige behoefte en vragen naar zorg? Betekent een stijging van ongeveer 10% ouderen automatisch dat we dan 10% meer verpleegkundigen, verzorgenden, paramedici en artsen nodig hebben? Het antwoord op deze vraag is 'nee'. Daarvoor zijn verschillende redenen (Hamers & Van Bilsen 2007, Hamers 2010); een aantal wordt hier kort beschreven.

Voorspellingen over demografie of ziektes zijn slechts beperkt bruikbaar omdat ze geen rekening houden met ontwikkelingen die de toekomstige zorgvraag direct beïnvloeden. Een belangrijkere tekortkoming is echter dat in de voorspellingen geen rekening wordt gehouden met het feit dat ouderen met een zelfde ziekte andere behoeften hebben en dat dezelfde ziekte bij de ene oudere leidt tot ernstig functieverlies en bij de andere niet. Terwijl functieverlies een van de belangrijkste redenen is voor vragen om hulp, ondersteuning en zorg. Kortom, een ziektebeeld als uitgangspunt van voorspellingen is in dit verband dus zeer discutabel. Bovendien kunnen ook cohorten veranderen. Toekomstige generaties ouderen veranderen bijvoorbeeld wat opleidingsniveau en beschikbaarheid van financiële middelen betreft.

De conclusie is dat de zorgvraag in de toekomst zal toenemen, maar dat onvoldoende duidelijk is hoe die vraag eruit ziet en welke vormen van verpleegkundige en medische zorg noodzakelijk zijn. Ziektes vormen in ieder geval geen adequate basis om het toekomstig aanbod van zorg te (her)ontwerpen, en daarom ook niet om (toekomstige) opleidingen te herinrichten. Het blijft dus zeer lastig te voorspellen hoe de toekomstige zorg er precies uitziet en wat dat vraagt aan de inzet van medewerkers. Gezien de hoge mate van onzekerheid zal flexibiliteit in oplossingen een sleutelwoord zijn. Binnen hoofdlijnen moeten opleidingen in staat zijn zich snel aan te passen aan en in te spelen op veranderende eisen.

Als we naar de huidige opleidingen kijken moeten we vaststellen dat er te weinig studenten kiezen voor een opleiding gerelateerd aan de gerontologie en geriatrie. Ouderenzorg is niet bepaald sexy en spreekt niet echt tot de verbeelding van jonge studenten. Er is echter ook een ander probleem. Het aantal experts dat beschikbaar is op het terrein van de ouderenzorg, en daarmee dus ook om onze toekomstige zorgverleners te kunnen opleiden, is ook klein.

Tegelijkertijd zien we tekorten optreden in verschillende beroepen in de ouderenzorg; veel verpleeghuizen hebben grote moeite de vacatures specialisten ouderengeneeskunde en verpleegkundigen (als daar al vacatures voor zijn) in te vullen. Steeds meer wordt gezocht naar de oplossing om verpleegkundig specialisten of nurse practitioners in te zetten als vervanger van de verpleeghuisarts. De (gespecialiseerde) verpleegkundige en verzorgende wordt echter te vaak gezien als een professional die technische taken van artsen kan overnemen (zoals medicatie voorschrijven), waarbij de eigenlijke expertise van verpleegkundigen en verzorgenden te veel wordt onderschat of genegeerd (Hamers, 2010). Die richt zich op het ondersteunen van menselijke basisbehoeften en op het detecteren en verlichten van zorgproblemen zoals incontinentie, pijn, decubitus en ondervoeding, psychisch lijden en sterven, en het omgaan en opvangen van functieverlies. Maar ook op het organiseren en managen van zorg voor ouderen in een kwetsbare positie, in de breedste zin van het woord. De verpleegkundige en verzorgende professionals zullen echter veel meer dan nu het geval is moeten (leren) inspelen op de 'restcapaciteit' die ouderen bezitten en minder op het overnemen van taken (zie ook Gezondheidsraad 2009; Hamers 2010). Ook zouden zij veel creatiever

moeten omgaan met het organiseren van zorg en het inspelen op vragen van bewoners en patiënten. Daarbij staat het stellen van prioriteiten centraal, waarbij de vraag van zorgvragers richtinggevend is.

Een groot probleem, zoals eerder geconstateerd, is echter dat steeds minder verpleegkundigen in de ouderenzorg werkzaam zijn. Dit hangt wellicht samen met het slechte imago van de ouderenzorg en het ontbreken van financiële middelen en concurrerende arbeidsvoorwaarden. Maar ook met het voeren van te wisselend beleid door de overheid; de suggestie die vanuit de financiering van de zorg (bijvoorbeeld, zorgzwaartepakketten) uitgaat of kan uitgaan dat bepaalde, aan zorg gerelateerde, werkzaamheden niet door verpleegkundigen mogen worden uitgevoerd is in dit verband dodelijk. Ten slotte stellen ook managers verkeerde prioriteiten, die het belang van hoger opgeleide medewerkers vaak onderschatten. Er lijkt soms sprake te zijn van een miskennis van het belang van hoog opgeleide professionals in de complexe zorg voor ouderen. Er zijn zelfs mensen die denken dat kleinschalige woonvormen ook gerund kunnen worden door huisvrouwen of -mannen met een cursus ‘omdat je om aardappels te schillen en wat huishoudelijk werk geen HBO opleiding in de verpleegkunde nodig hebt’. Een ernstiger bewijs van gebrek aan kennis en inzicht in de complexiteit van de intramurale ouderenzorg is niet te geven.

Resumerend moeten we vaststellen dat de meeste zorgberoepen in het zelfde schuitje zitten. Of het nu gaat om de verpleegkunde, geneeskunde of paramedische en aanpalende disciplines; er is weinig aantrekkingskracht voor ouderenzorg en uitgaande van de huidige constellatie, ontstaan er tekorten in medewerkers. Als we, gegeven de zorgbehoeften en toename van het aantal ouderen, de ontwikkelingen van de afgelopen decennia lineair extrapoleren naar de komende decennia zullen we het niet gaan redden. Ook omdat er in vrijwel alle Europese landen, en ook daarbuiten, vergelijkbare en nog sterkere ontwikkelingen zullen zijn (zie Eurostat), is het naïef te veronderstellen dat we professionals uit het buitenland kunnen halen. Daarom moeten we de zorg voor ouderen anders en slimmer gaan organiseren. Kwaliteit (in plaats van kwantiteit), flexibiliteit en vraaggerichtheid zijn daarbij sleutelwoorden (Hamers, 2010). We moeten investeren in het (anders) opleiden van nieuwe deskundige professionals: de nieuwe en inhoudelijke leiders van de toekomst.

De conclusie is helder. In de toekomst zal zorg anders georganiseerd moeten worden en zullen andere eisen worden gesteld aan zorg en daarmee ook aan het type zorgverlener. Zorgverleners met adequate kennis van ouderdomsziekten, maar vooral met kennis over de gevolgen daarvan op functieverlies van ouderen en de wijze waarop daarop geanticipeerd kan worden, onder andere door toepassing van technologie. Maar ook met de juiste attitude en vaardigheden! De verzorgende die het onlangs klaarspeelde om bij een groepje bewoners, vijf minuten voor de finish van de ‘Tour de France’ de TV uit te zetten omdat het etenstijd was (persoonlijke mededeling, juli 2011) moet snel worden bijgeschoold.

Zorgverleners moeten ook oog hebben voor het hele systeem rondom de oudere (o.a. sociale netwerk), restcapaciteiten van ouderen kunnen inschatten en ‘activeren’ en daarmee de regie laten waar die hoort, met als doel de kwaliteit van leven en welzijn van ouderen te optimaliseren. Dit impliceert dat vooral investeringen nodig zijn in het versterken, uitbreiden en herontwerpen van opleidingen die tot het terrein van de care-sector worden gerekend! Maar ook dat hier wetenschappelijke kennis verder ontwikkeld en vertaald moet worden in instrumenten en werkmethoden die praktisch toepasbaar zijn, en die in de opleidingen kunnen worden geïmplementeerd.

De HBO en universitaire opleidingen is sterk aan te bevelen grondig te onderzoeken hoe een structuur kan worden opgezet voor een deels gezamenlijke opleiding in de ouderenzorg, die bijvoorbeeld start met een gezamenlijk basisjaar waarin onder meer thema’s als preventie, vraaggerichte zorg, ouderdomsziekten, betekenis van functieverlies, zelfmanagement, kwaliteit van leven en welzijn uitgebreid worden geïntroduceerd (Hamers, 2010; Mezey et al. 2008). Daarna gaan studenten verder in een bepaalde specialisatie naar discipline zoals verpleegkunde, geneeskunde, voedingsleer, fysiotherapie maar ook (zorg)technologie. Ook na het basisjaar kunnen ten dele gezamenlijk modules kunnen worden gevolgd. Aldus kan ook de beschikbare expertise over ouderenzorg op het terrein van verpleegkunde, geneeskunde en (zorg)technologie optimaal worden benut. Ook kan zodoende nieuwe wetenschappelijke kennis (onder andere over werkmethodeken en interventies) efficiënter en effectiever worden geïmplementeerd in de beroepsopleidingen.

Naast de genoemde specialisaties verdient het aanbeveling een beperkt aantal professionals op te leiden die ook praktijkgericht wetenschappelijk onderzoek op het brede terrein de ouderenzorg kunnen verrichten en zich met nadruk primair richten op de gevolgen van functieverlies, functioneringsgerichte preventie en het ontwikkelen van praktische instrumenten en werkmethoden voor professionele en informele zorgverleners (Hamers, 2010).

Naast de specifieke opleidingen gericht op de ouderenzorg zouden modules over veroudering en ouderenzorg in alle basisopleidingen verpleegkunde, geneeskunde en paramedische disciplines zoals fysio- en ergotherapie, verplicht moeten worden gesteld. Oudere patiënten maken in steeds grotere getale gebruik van de brede gezondheidszorg, waardoor basale kennis op dit terrein voor iedere professional noodzakelijk is. Ten slotte verdient het aanbeveling om bij- en nascholingstrajecten op te zetten en te verplichten voor alle professionals in de ouderenzorg. Zoals eerder gezegd, verandert en ontwikkelt nieuwe kennis zich zeer snel en vindt implementatie van nieuwe kennis traag plaats. Hoewel dat in meer zorgvelden het geval is geldt dat in hoge mate voor de ouderenzorg, mede vanwege het overwegend lage opleidingsniveau. Dat moet eens te meer een uitdaging zijn om daarin verandering te gaan aanbrengen.

7. Conclusies en aanbevelingen

In dit essay is beschreven wat de (verplegings)wetenschap kan bijdragen aan de (organisatie van de) intramurale zorg voor ouderen. De belangrijkste conclusies en aanbevelingen worden in deze paragraaf samengevat.

In Nederland neemt het aantal ouderen toe, evenals het aantal ouderen dat aan meer dan één ouderdomsziekte lijdt, terwijl het aantal ouderen in verpleeghuizen de afgelopen jaren is afgenomen. Dit is een duidelijke illustratie dat er geen lineair verband bestaat tussen aantallen ouderen, ziektebeelden en zorgvragen. Tegelijk met de afname van het aantal ouderen met verpleeghuiszorg moet worden vastgesteld dat de complexiteit van die zorg wel steeds verder toeneemt, wat niet geldt voor de aanwezige expertise onder

medewerkers en hun opleidingsniveau. Ook is duidelijk dat de kwaliteit van die zorg onder druk staat door veranderde eisen en wederom gebrek aan kennis en expertise.

Bij ongewijzigd beleid zal deze kloof alleen maar groter worden! Daarom is de belangrijkste conclusie dat de verhoging van de expertise en opleidingsniveau in de intramurale ouderenzorg bittere noodzaak is. Alleen daardoor kunnen we (op termijn) de kwaliteit van zorg voor ouderen borgen en optimaliseren, uitdagingen van de toekomst (zoals capaciteitsproblemen, ontwikkeling en implementatie van technologie, veranderende zorgvragen) het hoofd bieden en de noodzakelijke innovaties in de zorg ontwikkelen en invoeren.

De kwaliteit van zorg in verpleeghuizen heeft de laatste jaren veel aandacht gehad. De uitkomsten van kwaliteit worden jaarlijks in kaart gebracht. Opvallend is echter dat er nauwelijks aandacht is voor structuur en procesindicatoren. Daardoor lijkt het erop dat wordt aangenomen dat veel meten uiteindelijk leidt tot betere kwaliteit. Uitkomsten zullen echter pas veranderen als structuur- of procesindicatoren worden gemanipuleerd. Anders gezegd klinische uitkomsten zullen niet veranderen als de expertise van medewerkers niet wordt verhoogd. Het is bijvoorbeeld ondenkbaar dat zorgverleners met een LBO opleiding, hoe bevlogen ze ook zijn, probleemgedrag bij dementie adequaat kunnen interpreteren en daar vervolgens naar handelen. Ongeacht hoe vaak we de prevalentie van probleemgedrag zullen meten.

Meer handen aan het bed is beslist noodzakelijk in de intramurale ouderenzorg, maar de nadruk zou moeten liggen op het verhogen van de kwaliteit van ons verzorgend en verpleegkundig personeel! Zij verlenen de dagelijkse zorg aan kwetsbare ouderen en beïnvloeden direct hun kwaliteit van leven en kwaliteit van zorg. Verpleegkundigen moeten de weg terug vinden naar het verpleeghuis. Niet om (technische) taken over te nemen van artsen of om manager te worden, maar om ouderen te ondersteunen in hun basisbehoeften en omgang met functieverlies en problemen als pijn, psychisch lijden en sterven. Het gaat om verpleegkundigen met een HBO opleiding en verpleegkundigen met een academische opleiding. Zij moeten een voorbeeldfunctie vervullen voor ander verzorgend en verplegend personeel. Geïnvesteed moet worden in het opleiden van verzorgenden en verpleegkundigen en in het (her)opleiden van verzorgenden en verpleegkundigen die al jaren gepassioneerd in de intramurale ouderenzorg werkzaam

zijn en hun een toekomstperspectief te bieden in deze uitdagende en zo belangrijke zorgsector.

Zorgkwaliteit is ook afhankelijk van de validiteit van de kennis die wordt toegepast. Vastgesteld is dat de kennisontwikkeling in de ouderenzorg te ver achterblijft bij die in andere sectoren. Daarvan worden kwetsbare ouderen letterlijk de dupe. Het feit dat oudere verpleeghuisbewoners jarenlang onterecht dagelijks (en in sommige instellingen nog steeds) zijn vastgebonden komt omdat verzorgenden, verpleegkundigen, artsen en andere zorgverleners dachten dat vastbinden goede zorg is. Dankzij wetenschappelijk onderzoek weten we inmiddels wel beter. Verdere kennisontwikkeling in de intramurale ouderenzorg is daarom zeer belangrijk.

De afgelopen jaren is er mede door media-aandacht voor diverse incidenten en misstanden op diverse manieren extra geld naar de ouderenzorg gegaan, bijvoorbeeld naar omvangrijke nationale implementatie- en verbeterprogramma's. Mede op basis van bovenstaande analyse is dat verbazend omdat implementatie de beschikbaarheid van valide kennis veronderstelt. Daarnaast is bekend dat implementatieprocessen zeer complex zijn en dat het gedrag en de werkwijze van mensen echt niet verandert met het instellen van een nationaal programma. De indruk ontstaat derhalve dat dit soort programma's te vaak worden gestart onder de politieke druk iets te moeten doen.

De (intramurale) ouderenzorg verdient echter een serieuze en structurele stimulans, waarbij uitgangspunt is dat kennisontwikkeling en innovatie onderdeel van het dagelijks werk van zorgprofessionals wordt. Dat kan door het instellen en stimuleren van lokale academische werkplaatsen. Daarop zou de overheid moeten inzetten en middelen moeten vrijspelen waarmee werkplaatsen structureel worden gestimuleerd voor een substantiële periode (bijvoorbeeld 10 jaar)! Werkplaatsen waar verzorgenden, verpleegkundigen, fysiotherapeuten, artsen en andere relevante zorgverleners afkomstig van verschillende verpleeghuisorganisaties in nauwe en structurele samenwerking met onderzoekers en wetenschappers werken aan de oplossingen van huidige en toekomstige problemen en deze bij bewezen effectiviteit ook implementeren. In zo'n omgeving trek je ook jongeren aan die broodnodig zijn de zorg in de toekomst te geven en verbeteren. Een omgeving waar nieuwe kennis wordt gegenereerd, nieuwe leiders worden gevormd en nieuwe kansen ontstaan voor de intramurale ouderenzorg!

8. Referenties

- Actiz (2011). Kerngegevens van de branche 2008. Utrecht: Actiz
- Alzheimer Nederland (2011). Cijfers en feiten over dementie. www.alzheimer-nederland.nl
- AZW (2011). Arbeid in zorg en welzijn 2010. Zoetermeer: Panteia.
- Berwick, D.M. (2002). A user's manual for the IOM's 'Quality Chasm' report. *Health Affairs* 21: 80-90.
- Blankevoort CG, van Heuvelen MJ, Boersma F, Luning H, de Jong J, Scherder EJ. (2010) Review of effects of physical activity on strength, balance, mobility and ADL performance in elderly subjects with dementia. *Dement Geriatr Cogn Disord* 30(5):392-402.
- Bostick, J.E., Rantz, M.J., Flesner, M.K., Riggs, C.J. (2006). Systematic review of studies of staffing and quality in nursing homes. *JAMDA* 7: 366-376.
- Bours GJJW, Halfens, RJG en de Winter A (1998). Landelijk Prevalentie Onderzoek Decubitus: Resultaten eerste jaarlijkse meting 1998 op instellingsniveau. Maastricht: Universiteit Maastricht
- Bours, G.J.J.W., Halfens, R.J.G., Wansink, S.W. (2002). Landelijk prevalentie onderzoek decubitus: resultaten vijfde jaarlijkse meting 2002. Maastricht: Universiteit Maastricht. CBS (2009). *Gezondheid en zorg in cijfers 2009*. Heerlen: CBS
- Castle, N. Anderson, R. (2011). Caregiver staffing in nursing homes and their influence on quality of care; using dynamic panel estimation methods. *Medical Care* 49(6): 545-552
- Den Draak (2010). *Oudere tehuusbewoners*. Den Haag: SCP
- Deuning C. (2009). *Verpleeg- en verzorgingshuizen per gemeente 2009*. Volksgezondheid Toekomst Verkenning. Nationale Atlas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM.
- Donabedian, A. (2003). *An introduction to quality Assurance in health care*. Oxford: Oxford University Press.
- Du Moulin, F.M.T., Van Haastregt, J.C.M., Hamers, J.P.H. (2010a). *Monitoring quality of care in nursing homes and making information available for the general public: state of*

the art. *Patient Education and Counseling* 78: 288-296.

- Du Moulin, F.M.T., Van Haastregt, J.C.M., Hamers, J.P.H. (2010b). Factoren die samenhangen met het oordeel van cliënten en hun vertegenwoordigers over de zorg in de VV&T sector. Maastricht: Universiteit Maastricht
- Engberg, J., Castle, N.G., McCaffrey, D. 2008. Physical restraint initiation in nursing homes and subsequent resident health. *The Gerontologist* 48, 442-452.
- Evans, L.K., Strumpf, N.E., Allen-Taylor, S.L., Capezuti, E., Maislin, G., Jacobsen, B. 1997. A clinical trial to reduce restraints in nursing homes. *Journal of the American Geriatrics Society* 45, 675-681.
- Garssen J., Harmsen C. (2011). Ouderen wonen steeds langer zelfstandig. Heerlen/Voorburg: CBS
- Gezondheidsraad (2007). Preventie bij ouderen: focus op zelfredzaamheid. Den Haag: Gezondheidsraad.
- Gulpers, M.J.M., Bleijlevens, M.H.C., Ambergen, T., Capezuti, E., Van Rossum, E, Hamers, J.P.H. (2011). Belt restraint reduction in nursing homes: Effects of a multi-component intervention program (EXBELT). *Journal of the Geriatric Society of America* 59, 2029-2036.
- Halfens R.J.G., Janssen M.A.P., Meijers, J.M.M., Wansink S.W. (2004). Landelijke Prevalentiemeting Decubitus en andere zorgproblemen: herziene resultaten zevende jaarlijkse meting 2004. Maastricht: Universiteit Maastricht
- Halfens, R.J.G., Meijers, J.M.M., DuMoulin, M.F.M.T., Van Nie, N.C., Neyens, J.C.L., Schols, J.M.G.A. (2010). Rapportage Resultaten: Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen 2010. Maastricht: Universiteit Maastricht
- Hamers, J.P.H. (2005). De ouderenzorg verdient beter ($p < 0.001$). Maastricht: Universiteit Maastricht (oratie)
- Hamers, J.P.H. (2010). Beslagen ten ijs: ander professionals voor nieuwe generatie ouderen. In: CBOG. Gedeelde verantwoordelijkheid, basis voor een paradigmashift in de opleidingen en de zorg voor ouderen.
- Hamers J.P.H., Huizing A.R. 2005. Why do we use physical restraints in the elderly? *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 38, 19-25.
- Hamers J.P.H., Van Bilsen, P.M.A. (2007). The care of the elderly in nursing settings -

are the cared getting what they need? In: A. Souza-Poza (ed.). Proceedings of the World Ageing and Generations Conference. St. Gallen, WDA.

- Hamers, J.P.H., Meyer, G., Köpke, S., Lindenmann R., Groven, R., Huizing, A.R. 2009. Attitudes of Dutch, German and Swiss nursing staff towards restraint use in nursing home residents. *International Journal of Nursing Studies* 46, 248-255.

- Huizing, A.R., Hamers, J.P.H., Candel, M., De Jonge, J., Berger, M.P.F. 2007. Organisational determinants of the use of physical restraints: a multilevel approach. *Social Science and Medicine* 65: 924-933.

- IGZ (2004). Verpleeghuizen garanderen minimale zorg niet. Den Haag: IGZ

- IGZ (2005). Update van de resultaten van het meldpunt verpleeghuiszorg. Den Haag: IGZ

- Kim, H., Kovner, C., Harrington, C., Greene, W., Mezey, M. (2009). A panel data analysis of the relationships of nursing home staffing levels and standards to regulatory deficiencies. *Journal of Gerontology: Social Sciences* 64B(2), 269-278

- Maas L, Specht J, Buckwalter K, Gittler J, Bechen K. Nursing home staffing and training recommendations for promoting older adults' quality of care and life. *Research in Gerontological Nursing* 2008; 1(2):134-152

- Mezey M, Mitty E, Burger SG, McCallion P (2008). Healthcare professional training: a comparison of geriatric competencies. *JAGS* 56: 1724-1729.

- NVZ (2005). Toetsingskader voor verantwoorde zorg. Utrecht: Arcares e.a.

- Pot, A., Willems B.M., Horjus, S. (2012). A pilot study on the use of tracking technology: Feasibility, acceptability, and benefits for people in early stages of dementia and their informal caregivers. *Aging Mental Health* 16, 127-134.

- Prismant (2009). Regiomarge 2009, de arbeidsmarkt van verpleegkundigen, verzorgenden en sociaalagogen. Utrecht: Prismant.

- Scherder, E., Bogen, Th., Eggermont, L., Hamers, JPH, Swaab, D. 2010. The more physical inactive, the more agitation in dementia. *International Psychogeriatrics* 22: 1203-1208.

- Spreuwenberg, M.D., Willems, C., Willems, C., Verheesen, H., Schols, J., de Witte L. (2010). Dynamic lighting as a tool to influence the day-night rhythm of clients with

psychogeriatric disorders: a pilot study in a Dutch nursing home. *Journal of the American Geriatric Society* 58(5):981-2

- Stuurgroep Kwaliteitskader Verantwoorde Zorg (2008). *De toon gezet: één taal voor kwaliteit*. Utrecht: IGZ e.a.

- Stuurgroep VV&T (2011). *Visiedocument stuurgroep VV&T*. Den Haag: Zichtbare Zorg.

- Testad, I., Aasland, A.M., Aarsland, D. 2005. The effect of staff training on the use of restraints in dementia: a single-blind randomized controlled trial. *International Journal of Geriatrics and Psychiatry* 20, 587-590.

- The, A. (2005). *In de wachtkamer van de dood. Leven en sterven met dementie in een verkleurde samenleving*. Amsterdam: Thoeis

- Van Bilsen, P.M.A., Hamers, J.P.H., Spreeuwenberg, C., Groot, W.J.N. (2006). Demand of elderly for residential care: an exploratory study. *BMC Health Services Research* 6:39.

- Van Bilsen, P.M.A., Hamers, J.P.H., Spreeuwenberg, C., Groot, W.J.N. (2008). The use of community-based social services by elderly people at risk for institutionalization. *Health Policy* 87, 285-295.

- Van Haastregt, J.C.M., Du Moulin, M.F.M.T., Hamers, J.P.H. (2008). *Ervaringen van verpleging, verzorging en thuiszorg in eerste meetjaar kwaliteitskader verantwoorde zorg*. Maastricht: Universiteit Maastricht

- Verbeek, H., Van Rossum, E., Zwakhalen, S.M.G., Kempen, G.I.J.M., Hamers, J.P.H. (2009). Small, homelike care environments for older people with dementia: a literature review. *International Psychogeriatrics* 21, 252-264.

- Verbeek, H, Zwakhalen, SMG, Rossum, E van, Ambergen, T, Kempen, GIJM, Hamers, JPH (2010). Dementia care redesigned: effects of small-scale living facilities on residents, their family caregivers, and staff. *JAMDA* 11, 662-670.

- Vogelsmeier A, Farrah S, Roam A, Ott L. Evaluation of a leadership development academy for RNs in long-term care. *Nurs Admin Q*, 2010; 34(2): 122-129

- V&VN (2010). *Meerjarig beleidsplan 2010-2013*. Utrecht: V&VN