

Beleid van belang

Den Haag e.o.

Redactie: Ger Tielen

Directie Ouderenbeleid

Het management van de Directie Ouderenbeleid bij het ministerie van WVC is per 1 september gewijzigd wegens het vertrek van directeur drs. P.H.B. Pennekamp. De nieuwe directeur is drs. H. Bakkerode; plaatsvervangend directeur is drs. M.J. Boereboom, die tevens hoofd is van de afdeling Ontwikkeling en Afstemming. Van deze laatstgenoemde afdeling is mr. drs. J.P. Dopheide plaatsvervangend hoofd. Drs. J.C. Visser is hoofd van de hoofdafdeling zorgvoorzieningen. De taakgroep Verpleeghuizen van deze hoofdafdeling wordt geleid door mw. mr. I.N.L.A. Lauxterman en de taakgroep Bejaardenoorden door mr. G.H. van Dijk. Hoofd van het Bureau Financieel Economische aangelegenheden is drs. H.M.N. van Lieshout. De taakgroep Financieel Economisch Beleid staat onder leiding van M.L. van Hartevelde en de taakgroep Bekostiging onder A.G.M. Heerkens.

Verzorgingshuizen onder de AWBZ

Hoe kunnen de functies van de bejaardenoorden versneld onder de werking worden gebracht van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ)? Deze vraag heeft de minister van WVC in juli neergelegd in een officiële adviesaanvraag bij de Ziekenfondsraad en het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg. Op aandringen van de Eerste Kamer (tijdens de behandeling van de wijziging van de Wet op de Bejaardenoorden in april) onderzoekt de minister de mogelijkheden om dit onderdeel van de modernisering van het zorgverzekeringsstelsel per 1 januari 1993 te realiseren, dus twee jaar eerder dan gepland.

De functies van verzorgingshuizen worden nu betaald uit subsidie-inkomsten, waarvan de provincies de hoogte bepalen (in totaal 2,9 miljard) en bewonersbijdragen (van te zamen nu 1,8 miljard).

Tengevolge van de historisch gegroeide financieringsstructuur bestaan er in de praktijk ongeveer 1.500 verschillende tarieven. In de toekomst zal de financiering moeten gebeuren op basis van de AWBZ, nader bepaald: het cluster verpleging en verzorging van de AWBZ. De verstrekkingen uit de AWBZ zullen derhalve de functies van verzorgingshuizen gaan omvatten, zoals verzorging en verblijf, kortdurende opname, dagverzorging, nachtop-

vang en de 'reikwijdte' zorg. Functiegerichte omschrijvingen zullen deel uitmaken van het cluster verpleging en verzorging. De tariefstelling zal niet meer plaatsvinden bij de verschillende overheden, maar krijgt een nieuwe basis. De minister stelt voor om één eigen-bijdrageregeling te ontwerpen voor intramurale verstrekkingen in de AWBZ en daarin ook de vermogenstoets te betrekken.

Het gaat om een operatie met ingrijpende consequenties voor de ruim 1.500 bestaande bejaardenoorden en de 132.000 ouderen die daar wonen, reden waarom de minister enkele randvoorwaarden suggereert. Daaronder het recht van bewoners om per 1 januari 1993 in hun bejaardenoord te blijven wonen en automatisch aanspraak te blijven maken op verleende zorg. Het instrument 'erkenning' zal voorlopig worden gehandhaafd. Tariefwijzigingen zouden moeten worden beperkt tot maximaal tien procent in 1993. De Wet op de Bejaardenoorden komt te vervallen.

Bijzondere vraagpunten gelden bijvoorbeeld: het vervallen van de leeftijdsgrens van 65 jaar die in de WBO wordt gehan-

teerd, het mede in een verzorgingshuis opnemen van een partner die zelf geen zorgvraag heeft en de instantie die de indicatiestelling moet gaan verzorgen (de verzekeraar of een onafhankelijk orgaan, waarin de verzekeraar al of niet is vertegenwoordigd).

Terzake van het democratisch functioneren van zorginstellingen treden er geen beleidswijzigingen op. Zoals in een vorige uitgave van Senior gemeld, zullen medezeggenschap en klachtrecht in twee wetten geregeld worden en algemene werking krijgen.

Voor de belangenorganisaties van ouderen Cosbo en LOBB, die sterk voorstander zijn van het onderbrengen van de zorg (eerst onder de AWBZ en later onder het nieuwe stelsel) zal van belang zijn of woonfunctie en zorgfunctie als geïntegreerde verstrekkingen gezien blijven worden. Zoals bekend bepleiten zij loskoppeling van deze functies, opdat er meer ruimte komt voor een volwaardige woonfunctie en om 'rechtsongelijkheid' te voorkomen tussen ouderen die thuis verzorgingshuiszorg ontvangen en intramuraal verzorgde ouderen. Op het punt van de eigen bijdrage betwisten zij het voornemen om het vermogen van verzekeren te betrekken in de financiering van een volksverzekering.

Gelezen en te lezen

Gelezen

Redactie: Theo Royers

Dementie

Een praktische handreiking voor de omgang met Alzheimer patiënten
H. Buijssen en T. Razenberg,
Boom, Meppel/Amsterdam, 1991 (derde herziene druk), 280 p., f 32,50, ISBN 90 609 981 8

Dementie heeft als belangrijkste kenmerken verlies van het geheugen, maar af en toe last hebben van vergeetachtigheid wil niet zeggen dat er sprake is van dementie. De meest voorkomende vorm van dementie is de (ongeneeslijke) ziekte van Alzheimer. Deze ziekte kent een typisch verloop gedurende gemiddeld zes jaar. In andere gevallen is behandeling mogelijk. Over de oorzaak van dementie is nog weinig bekend. Naar schatting lijden 300.000 mensen van 65 jaar en ouder (vooral hoogbejaarden) aan lichte tot ernstige vormen van dementie. Vaak wordt gedacht dat de meeste mensen met dementie in

een instelling worden verzorgd. Dat blijkt bezijden de werkelijkheid: driekwart woont thuis en het zijn vooral vrouwen die daar de begeleiding, verzorging of verpleging op zich nemen. Veel vrouwen besteden aan die zorg een groot deel van hun tijd.

De beleving van dementie door de dementerende zelf wordt in dit boek per stadium toegelicht. Eerste reacties variëren van ongelooft en ontkenning en van angst en onzekerheid tot snel wisselende stemmingen en inkrimping van de vertrouwde omgeving. In de begeleidingsfase wordt in twee werelden geleefd. In de verzorgingsfase verdwijnt de scheiding tussen heden en verleden: het eigen ik is het middelpunt van de wereld, weten wordt vervangen door intuïtief aanvoelen. In de verplegingsbehoevende fase is het gevoelsleven een raadsel. Veel tijd wordt slapend of doezelend doorgebracht en bij (bijna) alle dagelijkse levensverrichtingen is hulp nodig: men verliest de taal en daarmee het contact.

De familie zit vaak met een proces van rouwverwerking: met kwaadheid, interne ruzies en angst, onmacht en schuldgevoelens. Vooral het wegvallen van communi-

catie-mogelijkheden is moeilijk te verwerken. De zorg voor dementerenden vergt voortdurend veel aanpassing, wat vereenzaming met zich mee kan brengen. Wat houdt de verzorging van demente mensen in en wat maakt dat dan zo'n zware taak? Dit spreekt sterk uit hoofdstuk 5, 6 en 7, gewijd aan de omgang met stemmingsproblemen, aan problemen in het dagelijks leven en aan problemen met de zelfzorg. Ter verlichting van de verzorgingstaken is ten eerste nodig dat de fysieke en psychische belasting van die verzorgers en hun motivatie om te zorgen helderder worden (hoofdstuk 8, 28 p.). Hoofdstuk 9 (39 p.) biedt handreikingen voor stresshantering. Hierin staat ook aangegeven, hoe professionele hulpverleners de familie van dementiepatiënten beter kunnen ondersteunen en begeleiden. Tot slot behandelvormen en dementie vanuit meerdere wetenschappelijke invalshoeken bekeken.

Ondanks de uitbreiding met 130 pagina's ten opzichte van de vorige druk is dit boek handzaam gebleven. Nieuw zijn een hoofdstuk over communicatie en de aandacht voor andere slachtoffers van dementie, namelijk de familie.

Nieuw is ook de aandacht voor 'validation', 'warme zorg' en (wat een vreselijk woord) 'realiteitsoriëntatietraining' (ROT). Jammer is toch dat de samenhang er en der te wensen overlaat. Mantelzorgers en centrale verzorg(st)ers die niet van lezen houden dan wel weinig tijd voor zichzelf hebben, kunnen moeite hebben om zoveel pagina's door te worstelen. Wetenschappelijke termen als 'coping style' zijn voor doorsnee lezers ook niet zo uitnodigend. Een uitklapbaar verklarend lijstje met moeilijke woorden zou niet hebben misstaan. Desondanks een prima boek, al was het alleen maar doordat er nu ook een ruime aandacht blijkt voor andere slachtoffers van dementie. (Mat Knapen)

Loopbaanbeleid in verpleeghuizen

Verkenkend onderzoek en aanzet tot interventie

M. Nusselder en J. Pool,
NZI, Utrecht, 1991 (nr. 91.727), 69 p.,
f 15, ISBN 91 5376 022 9

Het loopbaanbeleid voor (zieken)verzorgenden in tien vooral 'gemengde' verpleeghuizen staat in dit onderzoek centraal. Verwacht wordt dat het vergroten van loopbaanmogelijkheden kan bijdragen aan een terugdringing van het personeelstekort onder ziekenverzorgenden. De uitstroom uit de opleidingen alsmede de keuze voor het beroep van (zieken)verzorging in een verpleeghuis daalt, terwijl de behoefte stijgt. Vergroting van werfkracht, verlaging van werkdruk en een be-

tere arbeidsvoorziening moeten deze discrepantie verkleinen. Hiertoe is ontwikkeling van een sociaal en personeelsbeleid van instellingen nodig, waaronder loopbaanbeleid gericht op vergroting van ontwikkelings- en doorstroommogelijkheden.

Een en ander is gebaseerd op interviews met drie beleidsfunctionarissen per instelling (totaal 27), een 'invitationale conferentie loopbaanbeleid' en bestaand cijfermateriaal over het verloop. In de focus staan: aspecten van loopbaanbeleid (beloning en ontwikkeling), mogelijkheden en belemmeringen.

In de onderzochte instellingen staat weinig op papier: in vrijwel geen enkel verpleeghuis werd een systematisch loopbaanbeleid aangetroffen. Ook uit ander onderzoek blijkt een lage beleidsprioriteit voor dit onderdeel. De ontwikkeling van loopbaaninitiatieven varieert sterk (of was er tot voor kort weinig belangstelling voor en is er dus weinig aan gedaan?). Arbeidsverzuimcijfers alsmede verloopcijfers lopen sterk uiteen: er is een licht negatief verband tussen beide. Aspecten van loopbaanbeleid hangen niet samen met verzuim, maar wel zwak met verloop. Functioneringsgesprekken worden overal gevoerd, maar dat ligt maar bij de helft vast in beleid. De verpleeghuizen zijn vooral op individueel initiatief bezig om aan geuite wensen tegemoet te komen. (Wensen verzorgenden dan functioneringsgesprekken?). De verticale loopbaanmogelijkheden voor ziekenverzorgenden zijn beperkt. In de helft van de instellingen kunnen ze afdelingshoofd worden en in zes 'teamoudste'. Verder is overal de mogelijkheid om waarnemend hoofd, praktijkbegeleider en werk/leerlingbegeleider te worden. Op het terrein van horizontale loopbaanperspectieven (functieverrijking, -innovatie of -rotatie) zijn de meeste beleidsmatige mogelijkheden. Maar een voorwaarde daarvoor is wel dat de wensen van ziekenverzorgenden zelf worden geïnventariseerd. Een aanpak voor een 'geïntegreerd' loopbaanbeleid in verpleeghuizen wordt gepresenteerd (structurele randvoorwaarden, procedures inzake loopbaanbeleid, attitude van verplegenden en verzorgenden) met een wijze van implementatie (in vijf fases) alsmede een aanzet voor vervolgonderzoek in de vorm van experimentele implementaties.

Al met al heeft het geheel toch iets weg van bouwen op onbekende grond: wat verzorgenden zelf wensen en noodzakelijk vinden is in dit rapport niet terug te vinden. Zou het misschien zo kunnen zijn dat personeelsbeleid als een zaak van het management en personeelstekort als een kenmerk van de categorie ziekenverzorgenden wordt gezien? (MK)

Groepsverzorging in verzorgingshuizen

Een inventariserend onderzoek naar het functioneren van groepsverzorging in verzorgingstehuizen in Noord-Brabant

P. Daal en J. Smets

Provinciaal Opbouworgaan Noord-Brabant, Tilburg, 1991,

2 delen (53 pag. + 62 pag., f 25,

ISBN 90 5049 056 5

Er bestaan meerdere benaderingen en omschrijvingen van groepsverzorging. Vandaar de noodzaak om te onderzoeken hoe groepsverzorging in de praktijk functioneert bij de opvang van bewoners met psychogeriatrische problematiek om hoofdkenmerken en eventuele knelpunten te identificeren. In overleg met de Inspectie Bejaardenoorden zijn acht verzorgingshuizen met een vorm van groepsverzorging en twee zonder groepsverzorging bij dit Noordbrabantse onderzoek betrokken. Op basis van gesprekken met directies, hoofden verzorging/verpleging en eventuele hoofden groepsverzorging zijn projectbeschrijvingen opgesteld. Daarnaast zijn ook gesprekken gevoerd met vertegenwoordigers van verpleeghuizen en RIAGG's. De gegevens uit de projectbeschrijvingen (vier centraal georganiseerde vormen van groepsverzorging op een afdeling en vier decentraal georganiseerde) zijn vervolgens geanalyseerd.

Bij de indicatiestelling wordt de BOP of BPS-schaal gehanteerd. Vaak worden externe deskundigen erbij betrokken. Toch zijn er nauwelijks uitsluitingscriteria en is de indicatiestelling verschillend. De groepen, doorgaans van een vaste samenstelling, variëren in omvang van 7 tot 30 personen. Het vaststaande activiteitenprogramma in de groepsverzorging richt zich op het aanbrenge van dagstructurering door het aanbieden van sociale contacten (overal), oefenen van cognitieve functies (wisselend) en algemene en bijzondere dagelijkse levensverrichtingen (ADL- en BDL-oefeningen). Bij centraal georganiseerde groepsverzorging is dit minimaal op drie dagdelen (dus ook 's avonds) het geval gedurende ten minste vijf dagen per week. Bij de andere is dat minder en waar men geen groepsverzorging heeft, is dit het minst (alleen 's morgens voor drie of vijf dagen per week). Alle huizen kennen een of andere vorm van gestructureerde rapportage, voor de substitutieprojecten (van de Ziekenfondsraad) zijn begeleidingsplannen verplicht. De inhoud en de wijze van omgaan ermee verschilt echter zelfs binnen de substitutieprojecten. Per bewoner op een afdeling groepsverzorging is er 0,4 tot 0,7 bruto formatieplaats aanwezig. Doorgaans wordt gewerkt met één gemeenschappelijke (soms te klein geachte) ruimte voor groepsverzorging, waarin een aanrecht en kleine inventaris