**Integrale benadering in de langdurige zorg**

***Voorbij grenzen van doelgroepen***

Door: Loes Kater en André Leferink

met bijdrage van Ietje de Jong[[1]](#footnote-1)

**Samenvatting**
*Als gevolg van demografische ontwikkelingen en de transities in de zorg vervaagt het onderscheid tussen drie centrale doelgroepen in de langdurige zorg, namelijk: mensen met een beperking, ouderen en mensen met psychiatrische aandoening. In deze bijdrage gaan de auteurs nader in op deze ontwikkelingen. Daarbij gaan ze op zoek naar een integrale, holistische benadering voor de langdurige zorg dat ze illustreren met een praktijkcasus; de woonzorglocatie Schuilenburg in Raalte waarin deze doelgroepen al sinds 2013 samenwonen en samenleven. De auteurs zijn van mening dat het interacteren van deze verschillende (doel)groepen in relatie tot de vergrijzing van onze samenleving om een samenhangende visie vraagt. Het werken aan een integrale benadering betekent een bundeling van krachten en doelen binnen de langdurige zorg.*

 **Demografische ontwikkelingen**De vergrijzing van Nederland is in volle gang. Dit jaar (2018) is bijna veertig procent van de bevolking vijftig jaar of ouder[[2]](#footnote-2). En de gemiddelde levensverwachting neemt nog steeds toe: meisjes die vandaag geboren worden, hebben een levensverwachting van honderd jaar. Met de toename van het aantal ouderen stijgt ook de zorgvraag. Van de vijfenzestigplussers heeft zeventig procent een chronische ziekte. Deze vergrijzing heeft impact op de sectoren binnen de langdurige zorg.

*Ontwikkeling van de VG-populatie*Bijna één procent (0,84) van de Nederlandse bevolking heeft een IQ lager dan zeventig en behoort daarmee tot de doelgroep mensen met een verstandelijke beperking. Dit percentage neemt jaarlijks toe door de toenemende levensverwachting van deze doelgroep. Daarbij gaat het om ongeveer 195.000 cliënten, waarvan 75.000 intramuraal en 120.000 extramuraal[[3]](#footnote-3). Als gevolg van de algemeen toenemende levensverwachting in Nederland én het feit dat tijdens de zwangerschap met een test lichtere vormen van verstandelijke beperkingen kan worden vastgesteld[[4]](#footnote-4) - wat in een aantal situaties leidt tot beëindiging van de zwangerschap[[5]](#footnote-5) - neemt de zorgzwaarte over de volle breedte van de cliënten toe. Deze ontwikkelingen betekenen dat de vraag naar begeleiding en ondersteuning zal toenemen. Meer specifiek neemt de vraag toe doordat de zorgzwaarte per cliënt stijgt en door jongere mensen met VG die voor het eerst op zichzelf gaan wonen. Voor de VG-sector betekent het meer aandacht voor verpleegzorg, nieuwe methoden om vroegtijdig dementie op te sporen, aangepaste woonvormen en meer belevingsgerichte dagbesteding. Door de kwaliteit van zorg stijgt de gemiddelde levensverwachting. Door deze ontwikkelingen zijn de kosten de afgelopen jaren met gemiddeld 6% per jaar toegenomen.

*Ontwikkelingen van de VVT-populatie*Bijnavijftien procent (14,7) van de Nederlandse bevolking bestaat uit vijfenzestigplussers. Van deze 1,8 miljoen ouderen woont vijfentachtig procent thuis, zes procent (110.000 mensen) in een verpleeghuis en 70.000 cliënten/patiënten verblijft voor revalidatie en herstel in verpleeghuizen. Ook dit cijfer neemt toe: in 2025 gaat het om 141.000 cliënten in verpleeghuizen. Net als bij de VG-populatie neemt ook de zorgzwaarte van cliënten in verpleeghuizen toe. De verblijfsduur neemt af. De gemiddelde verblijfsduur was in 2016 korter dan één jaar[[6]](#footnote-6). Deze ontwikkelingen betekenen dat de komende jaren de VVT- doelgroep fors groeit waarbij de vraag naar extramurale zorg stijgt en de capaciteit van verpleeghuizen gericht wordt op zwaardere en meer specialistische zorg en behandeling. Belangrijk hierbij is dat de problematiek verschuift naar meer gedragsmatig dan sec medisch- verpleegkundig. Het zogenaamd ‘lezen’ van de cliënt in het omgaan met de gedragsverandering zal steeds meer deskundigheid vragen.

*Ontwikkelingen van de GGZ-populatie*Jaarlijks kampen bijna twee miljoen volwassenen met psychische aandoeningen. Bij de meerderheid zijn de klachten van relatief korte duur en is de impact op het dagelijks functioneren beperkt. Een scherpe grens tussen mensen met kortdurende en relatief lichte problemen en mensen met langer durende en ernstiger problemen is lastig te trekken. Geschat wordt dat er ongeveer 300.000 Nederlanders zijn met ernstige psychische aandoeningen. Daarbij gaat het om mensen die in de voorafgaande vijf jaar ten minste enkele jaren te maken hebben gehad met een psychische aandoening die gepaard is gegaan met ernstige beperkingen in het sociaal en/of maatschappelijk functioneren. Onderzoek laat zien dat mensen met ernstige psychische aandoeningen geen statische populatie vormen. Ook wanneer psychische kwetsbaarheden blijven, kunnen mensen in persoonlijke en maatschappelijke zin ‘herstellen’[[7]](#footnote-7). Ongeveer 45.000 mensen maken gebruik van intramurale geestelijke gezondheidszorg. Daarvan krijgt een kwart een combinatie van verblijf met behandeling, vaak op het terrein van een ggz-instelling. Ongeveer 35.000 mensen krijgen begeleiding en verblijven in een beschermende woonomgeving die meestal in een reguliere woonwijk staat. Naast deze intramurale groep zijn er circa 75.000 mensen met een psychische aandoening die ambulante individuele begeleiding krijgen en/of gebruikmaken van dagbestedingsactiviteiten. Uit recent onderzoek van onder anderen GGNet[[8]](#footnote-8) blijkt dat een derde van de diagnoses bij evaluatie niet blijkt aan te sluiten bij de behandeling.

In alle drie sectoren is extramuralisering een belangrijke ontwikkeling geweest in de afgelopen jaren. Dat betekent mensen zo lang mogelijk in de thuissituatie ondersteunen, begeleiden, behandelen en verzorgen. Er komen steeds meer signalen dat de grenzen hierbij zijn bereikt. Door vergrijzing, nieuwe technologische ontwikkelingen en welvaartsstijging zullen de zorgkosten tot 2040 verdubbelen tot 174 miljard (prijspeil 2015). Dit betekent dat de kosten per inwoner van € 5.100 naar € 9.600 stijgen[[9]](#footnote-9).

 **Kwaliteit van zorg**Er is geen enkelvoudig kwaliteitskader voor de langdurige zorg, ondanks verschillende pogingen hiertoe. Er zijn echter wel grote overeenkomsten tussen de kwaliteitskaders voor de drie verschillende doelgroepen. De grote gemene deler is dat het kwaliteitskader de visie van *meten = weten* combineert met een *narratieve insteek*. Daarbij gaat het steeds meer om een leer- en ontwikkelproces en steeds minder om regels en een afrekencultuur. Van belang zijn de context en de voorwaarden om het eigen lerend vermogen te versterken. De doelen van de kwaliteitskaders van de drie sectoren mogen dan redelijk eensluidend zijn, wel zijn er verschillen in meetmethodieken en instrumentaria.

*Kwaliteitskader VG-sector*Eind 2015 zijn 24 organisaties binnen de VG-sector uitgenodigd mee te werken aan de proeftuin voor het nieuwe kwaliteitskader, met als doel dat het kader: 1) cliënten helderheid geeft over wat ze mogen verwachten van de zorg (toegespitst op de Wlz), 2) medewerkers helpt om de zorg voortdurend te verbeteren, 3) richtinggevend is, zodat het leidinggevenden helpt te sturen op kwaliteit, en 4) helderheid schept hoe zorgaanbieders het zicht op kwaliteit kunnen gebruiken voor externe verantwoording. Als visie op kwaliteit kan worden uitgegaan van de *bedoeling[[10]](#footnote-10)* en de *presentietheorie[[11]](#footnote-11)*.

*Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg*Het huidige kwaliteitskader is begin dit jaar (2017) gepubliceerd en van kracht gegaan en werkt ten opzichte van het vorige kader meer vanuit de *bedoeling[[12]](#footnote-12)*. Het proces om tot het kwaliteitskader voor de verpleeghuiszorg te komen is veel meer top down geweest dan in de VG-sector. In de VG sector is bottom up tot een gezamenlijk kwaliteitskader gekomen. Dat lukte niet voor de verpleeghuiszorg. Partijen waren het onderling niet eens, waardoor het Zorginstituut Nederland op een gegeven moment heeft ingegrepen en een knoop heeft doorgehakt. Het kwaliteitskader is opgebouwd rond verschillende thema’s en randvoorwaarden voor goede zorg. Dat wil zeggen dat het kader zoveel mogelijk aansluit op het vocabulaire van zorgprofessionals en de handelingspraktijk van de ouderenzorg. Centraal staan het vermogen om te leren en te verbeteren. Het kwaliteitskader beschrijft wat goede en doelmatige verpleeghuiszorg betekent en hoe de zorg in verpleeghuizen verbeterd kan worden. Het doel is drieledig: 1) Het beschrijft wat cliënten en hun naasten mogen verwachten van (intramurale) verpleeghuiszorg, 2) Het geeft aanbevelingen voor zorgverleners en zorgorganisaties om de kwaliteit te verbeteren en het lerend vermogen te versterken, en 3) Het vormt een kader voor extern toezicht door de inspectie en voor zorginkoop.

*Kwaliteitskader GGZ*

De kerntaak van ggz-instellingen is het leveren van kwalitatief goede en veilige zorg aan patiënten. De kwaliteitsnormen in de GGZ zijn gekoppeld aan de uitkomst van de behandeling. De visie op kwaliteit is gelegen in het succes van de behandeling. Routine Outcome Measurement-vragenlijsten (ROM) biedt behandelaren en patiënten informatie over de effectiviteit van behandeling. Er is geen overkoepelende visie op de wijze van organiseren of cliënttevredenheid over het proces. Het narratieve is in de GGZ minder ontwikkeld dan in de beide andere sectoren van de langdurige zorg.

*Positie Zorginstituut*

Het Zorginstituut Nederland is verantwoordelijk voor de registratie van de kwaliteitskaders en normen. Daarin legt het ook de verbinding tussen de drie kwaliteitskaders van de betreffende sectoren. Vanuit het Zorginstituut[[13]](#footnote-13) zijn voor de langdurige zorg vijf kwaliteitsthema’s benoemd: 1) persoonsgerichte zorg, 2) deskundige professionals, 3) bruikbare kennis, 4) sterke leiders en 5) nuttige informatie. In deze vijf thema’s zitten ook aanknopingspunten om een gezamenlijke kwaliteitsagenda op te stellen. Daarbij is het voor het ontwikkelen van een samenhangende visie voor de cliënt aantrekkelijk om aan te sluiten bij de nieuwste definitie van gezondheid vanwege de brede kijk op gezondheid en welbevinden. Gezondheid wordt hierbij niet langer meer als een statische conditie beschouwd, maar als het dynamische vermogen van mensen om zich met veerkracht (resilience) aan te passen en zelf de regie te voeren over hun welbevinden.[[14]](#footnote-14) Dit vermogen wordt door cliënten heel relevant gevonden. De term ‘Positieve Gezondheid’ is afgeleid van het nieuwe gezondheidsconcept en kijkt op een constructieve manier naar ziekte en gezondheid[[15]](#footnote-15).

**De praktijk: woonzorglocatie Schuilenburg Raalte**Schuilenburg is een appartementencomplex in de wijk Raalte Noord. De woonlocatie is in 2012 gebouwd door woningbouwvereniging Salland Wonen in opdracht van Zorggroep Raalte (ZGR), de Parabool en Wooninitiatief Raalte (WiRa). Het complex bestaat uit vier woontorens met elk een eigen functie. In totaal zijn er drieënzeventig appartementen. Op de begane grond van de AB-toren is een aantal gemeenschappelijke voorzieningen waaronder wijkcentrum “De Noaber”. De populatie bestaat uit senioren, alleenstaand of echtparen, met een zorgvraag, bewoners met een verstandelijk handicap en een jongerengroep met een stoornis in het autistisch spectrum. Daarnaast is gebouwdeel D verhuurd aan zelfstandige ouderen die (nog) geen zorgvraag hebben. De wijk Raalte Noord is een jonge wijk met veel jonge gezinnen.Vanaf het startmoment van de bouw is het de intentie van ZGR en de Parabool geweest om samen met de andere partners Schuilenburg een geheel eigen profiel te geven waarbij de inclusieve samenleving inhoud krijgt. Vanuit de diversiteit van de populatie, zowel qua bewoning als medewerkers, is de insteek om gezamenlijk op te trekken en vanuit deze integratie vervolgens de verbinding te maken met de wijk Raalte Noord. Het creëren van een Schuilenburg-gevoel, het organiseren van gezamenlijke activiteiten, het ondersteunen van de teams vanuit één coachende leidinggevende en één gezamenlijke bewonerscommissie moet het streven naar deze inclusie faciliteren. Als wijkcentrum voor alle doelgroepen levert De Noaber hieraan ook een bijdrage met horeca, winkel en vergaderaccommodatie. Daarnaast zijn er eerstelijns praktijken (waaronder fysiotherapie, logopedie, podotherapie en een diëtiste), een kapper en het behandelcentrum en dagbesteding voor mensen met niet aangeboren hersenletsel (NAH) in het complex ondergebracht.Het concept staat nu vijf jaar en is onlangs geëvalueerd.Hieruit komen de volgendeleerervaringen naar voren:1) mensen hebben tijd nodig om aan elkaar te wennen; er is sprake van verschillende generaties en behoeften. Dit geldt zowel voor bewoners, medewerkers, vrijwilligers, familie als bezoekers, 2) gezamenlijkheid wordt vooral gecreëerd door samen activiteiten te organiseren, 3) het is belangrijk bewoners en familie ‘medeverantwoordelijk’ te maken voor doelstellingen. Zo vindt een oudere bewoner die nog heel zelfstandig is het heel fijn wanneer hij iets kan betekenen voor anderen. Zo haalt hij boodschappen en past hij regelmatig op in ontmoetingsruimten bij de ‘buren’, 4) wees gematigd ambitieus; te veel stappen ineens lukt niet. Uit de evaluatie blijkt dat zowel binnen Schuilenburg als binnen Raalte Noord te veel van de deelnemers is gevraagd, 5) continuïteit in begeleiding en coaching is belangrijk; mensen vinden het belangrijk vertrouwde gezichten te zien en 6) bestuurlijk commitment is belangrijk. Dat houdt in dat vastgehouden moet worden aan de ingezette koers, ondanks dat er soms sprake is van tegenslag, 7) het concept van De Noaber is onvoldoende scherp geprofileerd waardoor deze voorziening te weinig uitnodigend is gebleken, 8) echte meerwaarde is te halen wanneer teams de winst van elkaar direct ervaren. Wanneer ouder wordende bewoners met een verstandelijke verzorging bijvoorbeeld verpleegkundige zorg nodig hebben is het heel fijn wanneer deze expertise ‘in huis’ is of wanneer een persoonlijk begeleider even wil wandelen met een oudere met dementie en de collega van het andere team als achterwacht kan dienen, 9) vergroot de successen uit. Dit heeft een motiverend effect op alle betrokkenen.

**Inclusieve samenleving en gezamenlijke uitdagingen voor de toekomst**
Als we spreken over een inclusieve samenleving en de visie daarop, is het belangrijk om eerst vast te stellen wat dat inhoudt en op welke wijze wij daaraan in ons land inhoud willen geven. In het kader van de participatiesamenleving is dit vertaald als: iedereen doet ertoe en iedereen doet mee. Op weg naar een perspectief van waardigheid.[[16]](#footnote-16) Willen we binnen de sectoren van de langdurige zorg werk maken van de inclusieve samenleving zal het belangrijk zijn van elkaar te leren en veel meer gezamenlijk naar buiten moeten treden om de positie en bijdrage van de cliënten als volwaardig burger inhoud te geven. De jaarlijkse rapportage over de naleving van het VN-verdrag handicap in Nederland[[17]](#footnote-17) laat zien dat er nog veel te winnen is. Vanuit de erkenning van de eigenheid en waardevolle inbreng van de drie sectoren moet het mogelijk zijn bruggen te slaan, van elkaar te leren, synergie te behalen en ‘inclusieve’ zorg te leveren. Aanbieders van ondersteuning, begeleiding, behandeling en verpleging zijn slechts één schakel in de keten en daardoor in hun mogelijkheden beperkt[[18]](#footnote-18). Vandaar ons initiatief te komen tot intensieve samenwerking. Thema’s waarop dit inhoud zou kunnen krijgen zijn:

*Maatschappelijk positioneren van de cliënt*:

werk maken van de inclusieve samenleving. Niet vanuit bezuinigingsoptiek, maar vanuit de intrinsieke motivatie om iedereen een volwaardige plek te geven in de samenleving. Iedereen is waardevol en kan een zinvolle bijdrage leveren aan de gemeenschap.

*Imago van de langdurige zorg verbeteren*:

een aantrekkelijke sector voor nieuw talent, waar kwalitatief goede verzorging, begeleiding, ondersteuning en verpleging wordt gegeven. Niet incident- en regelgestuurd maar met eigen regie over transparante communicatie en open relatie met de omgeving.

*Innovatie in de langdurige zorg*:

gezamenlijk projecten definiëren en subsidie aanvragen. Immers het inrichten van een adequate infrastructuur (huisvesting, ICT, elektronisch cliëntendossier, domotica, robotica, voorzieningen, etc.) gaat de spankracht van afzonderlijke organisaties te boven. Het ontwikkelen van nieuwe therapieën, begeleiding strategieën, medicatie en behandelmethodieken.

*Aantrekkelijke arbeidsmarkt*:

er zal grote vervangingsvraag ontstaan door de uitstroom van gepensioneerden. Daarnaast zal de vraag naar professionele generalisten toenemen. Investeren in nieuwe opleidingsprogramma’s en instrumenten is cruciaal, net als in een kwaliteitskader voor langdurige zorg. Het vereist leren van elkaar over grenzen van eigen professionaliteit door het gebruiken van diagnose instrumenten en behandelstrategieën die in de verschillende sectoren zijn ontwikkelt en breder toepasbaar zijn. Bijvoorbeeld: Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR), methode Urlings, palliatieve zorg. Het vraagt ook om een gezamenlijke strategie om de nieuwkomers op de arbeidsmarkt vroegtijdig te interesseren voor de langdurige zorg.

*Huisvestingsconcepten en businessmodellen*:

nieuwe vormen van wonen en dagactiviteiten faciliteren. Door de verwachte stijgende zorgkosten zal de druk toenemen op de bedrijfsvoering. Meer doelmatigheid en efficiency door verminderen bureaucratie en regeldruk.

**Tot slot**

Onze overtuiging is dat samenwerken geen doel in zichzelf is. Het gaat om het perspectief voor de klant. Samenwerken slaagt vanuit een gemeenschappelijke visie - de inhoud moet leidend zijn - gedragen worden door de professional en support van de leiding. Daarnaast vraagt het volhardendheid en tijd – drie tot vijf jaar - zoals we bij Schuilenburg hebben ervaren. En ook de ontwikkelingen in de zorg vragen om nieuwe vormen van samenwerken, zoals (virtuele) netwerken, ketensamenwerking, coöperaties. Voorbij grenzen van bestaande doelgroepen en organisaties.

1. Loes Kater is bestuurder van ZGR, André Leferink is bestuurder van de Parabool en Ietje de Jong is coachend manager van Schuilenburg [↑](#footnote-ref-1)
2. Cijfers Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) 2017 [↑](#footnote-ref-2)
3. Cijfers VGN 2016 [↑](#footnote-ref-3)
4. Niet invasieve prenatale test (NIPT) [↑](#footnote-ref-4)
5. Uit recente studies van UMCG december 2017 en in Vlaanderen, De Standaard november 2018 blijkt prenatale screening beperkt effect te hebben op aantal geboorten van kinderen met verstandelijke beperking. [↑](#footnote-ref-5)
6. Cijfers Actiz 2016 [↑](#footnote-ref-6)
7. Landelijke Monitor Ambulantisering en Hervorming Langdurige GGZ 2016 Trimbos Instituut [↑](#footnote-ref-7)
8. Samenvatting Herdiagnostiek bevindingen 2017, gepubliceerd 16 augustus 2018 door GGNet [↑](#footnote-ref-8)
9. [Trendscenario Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2018](http://www.rivm.nl/Documenten_en_publicaties/Algemeen_Actueel/Nieuwsberichten/2017/Trendscenario_VTV_2018_identificeert_maatschappelijke_opgaven_voor_de_toekomst) van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) [↑](#footnote-ref-9)
10. Werken vanuit de bedoeling, daar waar het uiteindelijk om te doen is – zie: Verdraaide organisaties. Terug naar de bedoeling. W. Hart en M. Buiting (2012). [↑](#footnote-ref-10)
11. De presentietheorie van A. Baart; Een theorie van presentie (2001) [↑](#footnote-ref-11)
12. [↑](#footnote-ref-12)
13. Zorginstituut Nederland; samen de kwaliteit van langdurige zorg verbeteren, februari 2015 [↑](#footnote-ref-13)
14. Definitie volgens Machteld Huber [↑](#footnote-ref-14)
15. Hoe krijgt het concept “Positieve gezondheid” regionaal handen en voeten?, Louis Bolk Instituut, 2015 [↑](#footnote-ref-15)
16. Van burger-cliënt naar perspectief van waardigheid, Reerink, The, Roelofsen in NTZ n1 2017 [↑](#footnote-ref-16)
17. VN-verdrag handicap in Nederland 2017, College voor de rechten van de mens, december 2017 [↑](#footnote-ref-17)
18. Ezeltje strek je, een studie naar winst, macht en regulering in de Nederlandse gezondheidszorg, Amsterdam, 13 maart 2017, Gupta Strategists [↑](#footnote-ref-18)