

INDEX:

Rapport: Zorg Voor Verandering, 'de werkvloer spreekt'

- Blz. 3 Voorwoord
- Blz. 7 Wie zijn wij en wat is de relatie met dit rapport
- Blz. 8 Inleiding

Hoofdstuk 1: De huidige omstandigheden in de zorg (de status quo)

- Blz. 10 (H-)erkenning van problemen/misstanden in de ouderenzorg.
- Blz. 11 De oorzaken en gevolgen. De werkvloer spreekt.
- Blz. 13 Tijd als kwaliteitsfactor in relatie met menselijke mogelijkheden
- Blz. 14 Over marktwerking en haar effecten/ de status quo in de ouderenzorg.
- Blz. 20 (Te) weinig tijd en geld oorzaak voor alle misstanden en knelpunten in de zorg
- Blz. 22 Over wenselijkheid en onmacht in de ouderenzorg.
- Blz. 24 Over wenselijkheid en het zoeken naar oplossingen of alternatieven.
- Blz. 25 Genoeg zorgwerkers in de toekomst als knelpunten in de zorg opgelost worden.
- Blz. 28 Bestuurders, managers en politici hebben tot nu toe het tij niet weten te keren.
- Blz. 33 Knelpunten in de zorg anders opgelost
- Blz. 34 Wat er verder nog toe doet en het vermelden waard is
- Blz. 37 Actievoeren: een soms zware ondankbare taak
- Blz. 39 Barricades en blokkades in het werkveld
- Blz. 42 Algemene notities
- Blz. 45 (Genoeg) goed gekwalificeerd personeel is nodig voor betere zorg en dan nog...
- Blz. 52 Samenvattend

Hoofdstuk 2: Hoe zou het anders kunnen in de zorg

- Blz. 54 Opsomming van verzamelde ontwikkelde gedachten / ideeën
- Blz. 60 We moeten af van het bungalowparkeffect
- Blz. 61 Een combi: buurtzorg in 'instellingen': terrein verleggen
- Blz. 63 Verandering kost weerstand en angst daarom.....
- Blz. 63 De ouderenzorg, het moet en kan anders: eenvoudiger.
- Blz. 64 Zorgvereenvoudiging:....Hoe
- Blz. 67 Ouderenwoningen nieuwe stijl 2025
- Blz. 67 Ideeën over voorwaarden: hoe zorg is te veranderen
- Blz. 68 Samenvattend

Hoofdstuk 3: Conclusies

- Blz. 70 Conclusies knelpunten in de zorg en samenvatting
- Blz. 72 Conclusies knelpunten in de zorg in relatie met samenleving en
- Blz. 72 Samenvatting

Hoofdstuk 4: Aanbevelingen/ een andere visie op zorg/wat moet er gebeuren

- Blz.75 Samenvatting
- Blz.76 Het kan anders

Voorwoord.

Voor u ligt een rapport (behorend bij manifest) dat is opgemaakt door ons, drie burgers die gezamenlijk al honderd jaar werkzaam zijn in met name de langdurige zorg en die de actiegroep Nubasta hebben opgericht en van waaruit dit initiatief tot stand gekomen is. Op haar website –nubasta.nl – heeft Nubasta o.a. informatie verzameld van collega's middels nubasta@live.nl, zorgbeterregelendoor@live.nl en ik verlietdezorgomdat@live.nl dat in dit rapport verwerkt is. Verder kwam er nogal wat informatie boven drijven tijdens de gesprekken met 50 plussers op ouderenbeurzen(tijdens het verzamelen van de handtekeningen ten behoeve van de petitie) en tijdens gesprekken met collega's.

Dit is een rapport/ verslag dat geen enkele aanspraak kan maken op academische en /of wetenschappelijke waarde maar dat desalniettemin van betekenis zou moeten kunnen zijn en kan zijn voor hen die beleid maken of politieke/bestuurlijke verantwoordelijkheid dragen inzake de zorg.

Op hoop van zegen want hier ligt de grote moeilijkheid van verandering, hoe bereik je die – laat staan overtuig je die – zonder op tenen te trappen of omzeil je de bestaande hiërarchieën en machtsverhoudingen want met dit schrijven tart je de hiërarchische verhoudingen; wij komen immers van de werkvloer en zouden ons bezig moeten houden met uitvoering. Echter aan de andere kant weten wij ons gesterkt door de beroepscode verplegende beroepen en de eed van verzorgenden / en verpleegkundigen (waar overigens ook helpenden vermeld zouden moeten worden dus beter? zorgwerkers) Daarnaast: In een democratie moet het mogelijk zijn om invloed te kunnen uitoefenen als werkende burgers maar het blijft daarom nietenmin iets waarvoor wij iets in onszelf moeten overwinnen. Dit is daarom een rapport waarvoor wij de ondersteuning nodig hebben van medeburgers omdat 'hoe de zorg in Nederland geregeld is' zaak is van de hele samenleving en alle individuele burgers met elkaar. Het blijft moeilijk om op te staan voor de goede zaak wij kregen vele tegenwerpingen om niet te zeggen tegenwerking .Tegelijkertijd zijn wij ervan doordrongen dat indien de samenleving beseft dat wij als burgers met elkaar de zorg kunnen (her-) vormen en hoe we dit eventueel zouden kunnen realiseren, wij ook met elkaar middels de bestaande kanalen invloed zullen kunnen uitoefenen en kunnen bijdragen tot aanpassing/verandering c.q. bijsturing van de zorg. We begrijpen inmiddels dat het uitgangspunt/ ijkpunt niet altijd de waarheid is of wat wenselijk is en dat heel veel samenhangt met belangen en (met name te noemen financiële) mogelijkheden- dan wel onmogelijkheden (zoals ons van alle kanten gezegd wordt). Als het menselijk hart uitgaat naar een menselijke samenleving waar zorg een onderdeel van uitmaakt en kan denken zonder al die financiële- en regelkaders die op voorhand beperkend werken kunnen we m.b.t. de zorg tot conclusies komen die het belang van de samenleving ten goede komen. Deze kunnen in strijd zijn met financiële belangen /voorwaarden maar ook botsen met belangen van individuele aard of organisatiebelangen (banen/posities). Ook daar is ons door velen op gewezen. Wij zien dat heel goed in en we vinden het belangrijk dat lezers begrijpen dat hetgeen waar hier, in ons rapport, notitie van gemaakt is niet persoonlijk bedoeld is. We spreken in dit verband over een witboek omdat een zwartboek misstanden aan het licht brengt en een negatieve inslag heeft terwijl het onze intentie is om dingen aan en door te geven ter verbetering (positieve inzet) Daar waar de lezer misstanden herkent, erkennen en onderkennen *wij* dat die misstanden vaak te wijten zijn aan factoren die buiten de individuele macht vallen soms zelfs buiten organisatiemacht kunnen vallen. Zo erkennen we ook dat organisaties onderdeel uitmaken van een groter geheel en daarom moeilijk los gezien kunnen worden.

Naast deskundigheidsaspecten van een zorgwerknemer is er een menselijke aspect. In dit rapport doelen we o.a. op het besef dat individuele zorgwerkers op allerlei functies in de zorg zichzelf als mens in de functie meenemen met eigenschappen, achtergronden, socialisatie, noem maar op die meebepalend zijn voor hun functioneren, hun gevoelens en emoties.

Zoals ook de hulpvrager deze meeneemt met zijn hulpvraag. Deze zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden. Het teniet doen of ijskoud wegcijferen van dit menselijke aspect leidt tot een schijnwerkelijkheid waarin het lijkt dat mensen contact hebben en kwalitatief goed zorgen maar het is verworden tot een mechanisch gebeuren dat, getraind door gesprekstechnieken, op kwaliteitszorg moet *lijken* maar het hart is eruit gehaald en is ingebed in allerlei theorieën over hoe goed het is om afstand te houden en professioneel te werk te gaan met als enig doel: nog meer doelmatigheid en efficiëntie, anders gezegd: nog meer tijds- (lees: geld-) besparing. Als je maar snel genoeg erg aardig doet/moet doen (probeer het eens in de spiegel) dan verwordt het tot ijskoud toneelspel en (ongewild) tot aardig en correct doen zonder betrokkenheid. In de zorg zo te moeten werken is funest. Iedereen zou moeten kunnen concluderen dat als men ontwikkelingen in de zorg aanschouwt dat het er soms op lijkt dat we met elkaar in een rijdende trein zijn gestapt die een eigen weg is gereden (en nog rijdt) en waar niemand aan de noodrem dorst te trekken omdat niemand zich verantwoordelijk voelt voor het resultaat of het geheel. Kortom: kennis en deskundigheid zijn niet *alleen bepalend* voor kwaliteitszorg, de tijd die je kunt nemen voor de ander doet dit ook.

Dit rapport wordt geschreven om een weg te openen naar Zorg die de samenleving tot dienst is op een manier zoals wij met elkaar, als maatschappij, dit wenselijk vinden. Dit bekeken vanuit zorgvragers, zorg-/hulpverleners en gezonde burgers die immers vroeg of laat ook te maken krijgen met zorg. Samenvattend: zorg kan gewaardeerd worden op vaktechnisch gebied en op menselijke waardigheid en vlak. Nubasta vindt dat tijd, voor aandacht en betrokkenheid, voor de mens achter het zorgprobleem, bij de zorg-uitvoering en beroepen hoort. Ieder mens die wij in discussie hierover hebben ontmoet is het daarmee eens of beter gezegd begrijpt dat het zo zou moeten zijn. De overheid hamert met de zorginstellingen op kwaliteitszorg en dit uit zich de laatste jaren tot anno nu in de paradoxale status quo dat er kwaliteitszorg geleverd moet worden terwijl dit tegelijkertijd geen tijd mag kosten. Naast de onmacht die hiermee werknemers op de werkvloer ten deel valt heeft dit op de werkvloer geresulteerd in een 'kwaliteits'-zorg die aan de ene kant overdreven kwaliteit biedt (die zich uit in de vorm van perfectionering van technische handelingen, overcontrole van taken en beheersing van cijfers en kapitaal. Dit ging gepaard met de bijbehorende tijdverslindende administratie. Waar weer formatieplaatsen voor gecreëerd moesten worden (o.a. voor managers) en waardoor veel tijd wegvloede van de werkvloer naar de kantoren en administratieve handelingen kortom naar de bureaucratie. Aan de andere kant heeft het geresulteerd in een verzakelijkte zorgsetting waarin de mens meer en meer als zorgprobleem en consument behandeld en benaderd wordt. Slechts dat blijkt nog uitgangspunt van de relatie tussen zorgbehoevende mens en verzorgende/verplegende. De menselijke factor schiet er meer en meer bij in. Moet nog genoemd dat leerlingen –zorg/verpleging wel degelijk het belang van die menselijk factor

(rustige bejegening/tijd voor aandacht) meekrijgen in hun scholing tot volwaardig verzorgende of verplegende. Dit is o.i ook het pijnlijke en onterechte voor verzorgenden en verplegenden op alle niveaus en waar veel gevoelens van onmacht door veroorzaakt worden. Daar waar zij tegemoet willen komen aan de mens achter het zorgprobleem zelf ontbreekt het hun meer en meer aan tijd waardoor het beroep wordt uitgehold en onaantrekkelijk gemaakt en ontmenselijkt alsof het gaat om fabriekswerk (Zie daartoe de documentaire: 'de zorgfabriek' van Kim Brand/zie op Uitzendinggenmist.nl/of middels Google). Nubasta

hamert erop dat het belangrijk is dat het beroep aan de verwachtingen/kwaliteiten moet voldoen van de verzorgenden en verplegenden zelf en zoals hun ook geleerd is. Dit om jongeren die in de zorg (gaan) werken te behouden voor de zorg (het Centraal Plan Bureau verwacht dat er in 2025 470 000 werkers in de zorg zullen moeten werken). **Nubasta zegt: geef de zorg terug aan waar het hoort: aan de werkvloer.**

Nu zijn er bestaande kanalen (zoals de vakbonden en beroepsverenigingen) waar misstanden aangekaart kunnen worden en waar belangen voor betrokken beroepsgroepen behartigd kunnen worden en waar we ook lid van zijn.

Voor ons lag de vraag in 2009 onmiskenbaar op tafel waarom deze ook zo machteloos lijken. Het is een bange en moeilijke weg om op het waarom een vinger te durven leggen en we kunnen niet anders dan het slechts constateren.

Dit rapport is een uitdaging en vormt voor ons een zorg op zich. Doel is om een ingang tot verandering te vinden maar hoe hier gestalte aan te geven zonder op tenen te trappen. We geven er de voorkeur aan om feiten niet te verzwijgen en om waarheden niet te verbloemen. We kunnen iedereen tevreden houden maar dit zal alleen kunnen als de waarheid, onze waarheid, geweld wordt aangedaan.

U zult begrijpen dat wij niet afgescheiden kunnen worden van dit rapport (en bijbehorend manifest). Natuurlijk kan de vraag gesteld worden waarom wij* dit doen en *waarom* juist wij. Natuurlijk vinden we in onze eigen persoonlijke geschiedenis aanleidingen voor al ons doen en laten en natuurlijk vinden we in het verleden op de werkvloer ervaringen terug die gevoed hebben dat we er op deze manier mee aan de slag wilden gaan. Kort gezegd komt het er op neer dat we wat de zorg aangaat al jaren in een rijdende trein zitten die maar op dood spoor blijft zitten en moeilijk veranderbaar is gebleken al springt de werkvloer hoog en laag. Het kan niet anders of we trappen op tenen maar we kunnen niet anders. Iedere lezer zou alvorens dit te lezen zich eens moeten beseffen hoe moeilijk het is om tegen de stroom in te roeien en te zeggen wat we te zeggen hebben. Mensen bellen ons niet terug of men blaft ons zelfs af of men verschijnt niet op onze uitnodiging (12 mei b.v.- tijdens de zorgmanifestatie in Den Haag kwamen de door ons uitgenodigde kamerleden niet (op SP en Groen links na) het lijkt alsof men de vingers niet wil branden? Maar belangrijker is het besef hoe moeilijk de status quo in de zorg te veranderen is. Vele pogingen die wij hebben gewaagd stuiten op weerstand en tegenwerking. Dit de democratie ten spijt want als iets voelbaar is, en terwijl het gezegd zou moeten mogen worden, is voor ons toch duidelijk merkbaar dat het eigenlijk niet getolereerd wordt en soms zelfs woede opwekt. Onze inspanningen worden gedoogd en dan lijkt het op te houden. Daar waar minister Klink op de voorpagina van de Telegraaf verschijnt met een verhaal dat volgens ons niet klopt mogen wij ons lam bellen voor een klein stukje in de krant om info terug te ontvangen dat men het niet geschikt acht voor publicatie en let wel: wij doen dit op eigen kosten. Dit is geen probleem want we kiezen ervoor maar vinden dat we daarmee we op z'n minst verdienen dat hetgeen we op tafel leggen serieus genomen wordt. Hierbij de vraag aan de lezer, en met name als deze een leidinggevende of beleidsfunctie heeft in de zorg, of ze zich willen beseffen dat wat we zeggen niet persoonlijk bedoeld is en met ons mee willen denken alvorens weg te werpen wat wij zeggen. Wij zien heel goed in dat het mogelijk is dat er uiteindelijk oplossingen gekozen worden die een heel andere weg inslaan dan waar wij op aan sturen maar hopen dat ongeacht wat wij en anderen zeggen uiteindelijk de beste oplossing moge zegevieren al zou dit betekenen dat wat wij zeggen overboord geworpen wordt maar dan op zijn minst op basis van tegenargumenten. Ervan uitgaand dat onze argumenten en onze bevindingen serieus overwogen kunnen worden ongeacht of het uiteindelijk al dan niet meegenomen wordt in beleid. Wij hebben aan alles proberen te denken maar kunnen ook zaken over het hoofd zien. En al zou iedereen zich

achter onze ideeën scharen en zou blijken dat het beter anders kan dan zijn onze oplossingen de juiste niet ook al ligt het in de lijn van een democratie (als de meerderheid er voor zou kiezen omdat ‘de meeste stemmen gelden’); wij zouden het dan niet meer willen. Zorg moet o.i. niet alleen menselijker maar ook ten goede van de *samenleving* komen – en toch ook redelijk (uitvoerbaar) zijn.

*In hoofdzaak ben ik (Simmy de Vries) verantwoordelijk voor wat hier geschreven staat maar het is getoetst aan wat mijn twee andere collega’s vonden.

De overige drie actiegroepen zijn op de hoogte gehouden over waarmee we bezig waren en er is informatie van hun in het rapport aangereikt c.q. verwerkt.

Janna en Yoyce en ik, we kennen elkaar al jaren, hebben ook samengewerkt op de werkvloer en over alles wat er in de zorg plaatsvindt veel gesproken en overlegd vandaar dat ik ‘we’ schrijf. Voordat mensen gaan lezen wat wij schrijven zouden zij zich eerst bewust moeten zijn hoe moeilijk deze rijdende trein gestopt kan worden laat staan dat ie terug moet rijden, en zeker een trein die al jaren doordendert en de reizigers niet van plan lijken over te willen stappen. De mensen die ons gelijk gaven en zien dat het anders moet, zuchten daarbij op een manier alsof we de aarde andersom willen laten draaien(...’u heeft nog een erg lange weg te gaan mw. De Vries’ ...). Het verschil is dat wij als mensen de systemen hebben gemaakt en verantwoordelijk zijn hoe het geregeld is en daar grip op zouden moeten kunnen hebben anders zouden we er slaaf van zijn. Hoe intelligent de mens ook is, het zou toch erg dom zijn om het systeem niet bij te sturen of op z’n minst niet een poging te wagen als het niet (meer) werkt. Men mag ons uitlachen en hoofdschuddend benaderen maar wie en wat vertegenwoordigen zij die niks doen en gelaten afwachten, overlaten en denken: ‘ik ben niet verantwoordelijk’. Tot slot: Nu u beter weet bent u ook verantwoordelijk. U kunt ons helpen en steunen want alleen samen staan we sterk. Zie nubasta.nl Ook u wordt oud (dat wensen we u in ieder geval toe *en* dat ter zijner tijd eventuele nodige zorg aan u dan *gewaarborgd* is).

Wie zijn wij en wat is de relatie met dit rapport:

Wij hebben gezamenlijk meer dan 100 jaar ervaring in zorginstellingen, verpleeghuizen, revalidatiecentra, ziekenhuizen en thuiszorginstellingen. De ervaringsdeskundigheid is niet alleen opgedaan als werknemer(s) van de werkvloer maar tevens als burger toen we zelf zorgafhankelijk werden of als een familielid van ons zorgafhankelijk werd. Zeker niet onbelangrijk is ook onze gezamenlijke opgetelde ervaring die we hebben opgedaan als OR lid, kaderlid, consulent van de vakbond, afd. bestuurslid van de vakbond/afd.zorgsector, als werkgroeps lid en (IBC-)commissielid. We hebben ons daarnaast op het werk d.m.v. diverse actiegroepen bezig gehouden met werkdrukvermindering, sociale veiligheid en functiewaardering (systeem:3.0) Er werden daartoe reglementen en rapporten opgesteld en acties gevoerd- in samenwerking met de vakbonden.

Artikelen werden geschreven ('goede zorg moet nu eenmaal wat kosten' en 'De pijn van het zijn'.) Een van ons heeft met een handtekeningactie een verzorgingshuis behoed tegen sloop. Onvoorstelbaar dat een dergelijke actie toen nodig was terwijl er lange wachtlijsten bestonden (ouderenzorg) Ieder van ons heeft aan democratisering/inspraak op de werkvloer actief meegedaan waarbij de beroepscode niet zelden uitgangspunt vormde.

Onze opleidingen in de zorg zijn mbo niveau 3 verzorgende IG/ziekenverzorgende en ik, als woordvoerder, heb hbo maatschappelijk werk met differentiatie management gedaan. **Dit rapport slaat in ieder geval terug op een bewogen werkperiode in de zorg, dat niet alleen gaat over werkuitvoering maar dat tevens gaat over beleid en veel met het scheppen van voorwaarden voor het werken in de zorg (op zich) te maken heeft.** Alle drie waren we de laatste jaren werkzaam in verzorgingshuizen. Ik, die schrijft, als nachtzuster.

Toen de zorgzwaartepakketten in 2009 ingevoerd werden hoorden wij van collega's uit andere instellingen dezelfde geluiden/klachten die wij in de eigen instelling hoorden ('weer een verkapte bezuiniging') wat (opnieuw) leidde tot een hogere werkdruk en conflicten tussen de diverse diensten over het verdelen van de taken. Wij zeiden: 'en nu is het genoeg (nu basta)'. Daartoe verscheen ons artikel in de Leeuwarder Courant: 'Zorgwerkers maak vuist' (zie nubasta.nl) en was Nubasta als actiegroep een feit en schreven: 'Wij stellen ons ten doel om een pad te vinden om de menselijke factor in de zorg terug te krijgen'. Hiertoe is een petitie opgericht en is samenwerking gezocht met drie andere actiegroepen in het land ('want alleen samen staan we sterk') die zich manifesteerde in een gezamenlijke actiedag/zorgmanifestatie die georganiseerd werd door Actiegroep Zorgcrisis op het Plein in Den Haag (d.d.12 mei 2010- op de dag van de verpleging). Er werden meer dan 20 000 handtekeningen (in twee petitieën) van twee actiegroepen overhandigd aan de 2^e Kamer der Staten Generaal (waar toen geen inhoudelijke reactie op is gekomen alleen een ontvangstbevestiging) De petitie is nog steeds ondertekenbaar (Vandaag de dag, 20-10-2011, stromen de handtekeningen opnieuw binnen) Tevens werd tijdens de zorgmanifestatie 2010 dit rapport symbolisch overhandigd aan Willem de Zwijger, als aankondiging dat het er aan kwam. Die dag, zeiden wij: 'Op de verjaardag van Florence Nightingale, en de dag van de verpleging, geven wij gehoor en zeggen: *Sta op voor zorg* en kaarten wij aan dat menselijkheid en warmte bij de zorg horen' (zie site Nubasta.nl). Met het rapport willen we niet slechts ons beklag doen maar door de krachten en informatie te bundelen als actiegroep (in samenwerking en met hulp van andere actiegroepen) een weg naar structurele verandering (innovatie) in de zorg openen.

Inleiding:

Opzet en verwerking is erop gericht om voor iedere burger (al dan niet werkzaam in de zorg) een leesbaar en begrijpelijk rapport te schrijven.

U wandelt met het lezen van dit rapport (dat een relatie heeft met het zorgmanifest) vanaf de problemen en omstandigheden terug naar de oorzaken en effecten die volgens ons daaraan ten grondslag liggen. Daarna belandt u in een hoofdstuk over onze zoektocht hoe het anders zou kunnen waarna de conclusies volgen met de aanbevelingen die volgens ons wenselijk zijn. In de Bijlagen vindt u o.a. een interview met Anneke Gaastra, destijds zorgmanager van het zorgcentrum dat een 1^e prijs gewonnen heeft. Tevens het stuk: 'Het kan anders'. Nadat wij in onze fantasie een ideaalbeeld hadden geschetst over hoe de ideale ouderenzorg er uit zou kunnen zien kwamen we tot onze verbazing in contact met een 'instelling' die al zo werkte. Wij hebben een afspraak gemaakt en in 'Het kan anders' kort verslag gedaan van de ontmoeting. De ontstaansgeschiedenis van de zorg (en de beroepen in de zorg) tot aan hoe de zorg heden ten dage geregeld is (een kenschets) vindt u ook in de bijlagen. We proberen uiteindelijk om duidelijk te maken waar voorwaarden van zorg aan moeten voldoen om goede zorg te waarborgen waardoor het kwaliteitszorg kan heten en om als goede zorg gekwalificeerd te kunnen worden. Dit op basis van wat burgers met beroepen in de zorg van hoog tot laag ons aan informatie aangereikt hebben m.b.t. de onwenselijke huidige status quo in de zorg. Dit vanuit *zorgverleners* en *zorgontvangers bekeken*. Verder benoemen wij: De voor- en nadelen van de huidige zorg. Het mooie van de zorgberoepen en het karakter ervan. De mogelijkheden en onmogelijkheden om aan goede zorg vorm te kunnen geven. Dat zorg niet los is te zien van de samenleving en hoe we met zijn allen die zorg economische bekeken daarin ingebed hebben en dat dit dus ook samenhangt met het financiële/monetaire systeem en wellicht met de politieke differentiatie/verschillende belangen/ideologieën en de bijbehorende partijen. Hier willen we ons liever niet mee bezig houden maar het haakt allemaal aan elkaar vast. Tevens komt aan de orde wat bestaande organisatiestructuren en het poldermodel aan de zorg toevoegen en of daar afbreuk aan doen. Wat bepaalt hoe de samenleving eruit ziet of vormgegeven wordt in de toekomst en wat voor rol speelt geld daarin. Is geld een middel om tot iets te komen of speelt er wat anders en regeert het geld ons of regeren wij het geld. Zijn politieke partijen in staat om aan die zorg die de samenleving wenselijk vindt vorm te geven en wat heeft de economische visie zoals het marktmechanisme voor invloed op de politieke denkkaders van volksvertegenwoordigers. Dit klinkt allemaal naar ingewikkeld-doenerij maar in feite *is* het allemaal zeer ingewikkeld. Dat hebben wij *niet* gedaan.

Wij proberen oplossingen te vinden waardoor de knelpunten aangepakt kunnen worden om uiteindelijk te bereiken wat voor alle partijen in de zorg wenselijk is (dit toekomst gericht en vanuit de samenleving en werkvloer bekeken) en waar volgens ons de kansen, beperkingen, mogelijkheden dan wel on- mogelijkheden liggen.

Onze doelstelling is dat hetgeen wij op tafel leggen meegenomen kan worden en aldus om zorgbeleid van laag tot hoog mee vorm te geven via iedereen die dit rapport leest; wij vinden dat dit moet kunnen op grond van ons democratisch recht en ons burgerschap als werknemers *en* ervaringsdeskundigen in de langdurige ouderenzorg.

Objectief bekeken is het van belang om geen visie vooraf te hebben omdat daardoor te snel naar een conclusie gekoerst wordt die op voorhand zich al had uitgekristalliseerd. Bij deze

willen we erkennen dat ten tijde van het verzamelen van informatie en in overleg met elkaar we al snel tot conclusies kwamen voordat in het rapport zelf maar een eerste zin was genoteerd. We kunnen dit ontkennen maar zodra je informatie in je hoofd stopt komt je computer op gang; we willen dit niet ontkennen. Wat ook gebeurt is dat ten tijde van het schrijven visie al werd bijgesteld omdat er steeds nieuwe info bijkomt die weer meebepalend is maar is dit niet inherent aan alle ontwikkeling. Alle info is voor ons ook welkom als het maar feitelijk klopt en als het maar in dienst staat van de zorg en van de samenleving in zijn geheel om te komen tot iets waardoor het gevoel van onmacht omslaat in hoop op verandering of kentering; meer dan nu het geval is. Niemand zal toch nog kunnen ontkennen dat niemand maar dan ook niemand *voor* ons met de vuist op tafel heeft geslagen. **Niemand zal toch kunnen ontkennen dat het zo ver is gekomen dat er zorgkwaliteit van werkers op de werkvloer geëist werd terwijl dit geen tijd mocht kosten. Ook niet dat daarmee de menselijke factor: het hebben en nemen van tijd voor de menselijke relatie tijdens de verzorging daarin ijskoud weggecijferd is. Niemand was er om te zeggen: en nu is het genoeg: Nu Basta!** Het hele werkveld ademde voorafgaand aan het rapport een gevoel van onmacht uit alsof bij voorbaat vast stond: we zijn in impasse ('er is immers geen geld voor') en dat blijft een impasse. Aan het eind van onze 'rit' blijkt het tegengestelde waar en is die impasse weg wat het rapport duidelijk zal maken. Aan het eind van de wandeling door het rapport is er geen impasse meer maar hoop want het kan allemaal anders in de zorg. Tot veler tevredenheid.

Dit rapport is een menselijke benadering over zorg en daarmee bedoelen we dat we onderzoekend en beschouwend schrijven en reflecteren we hetgeen wij aan informatie van anderen, vanuit eigen ervaringen en op basis van ons eigen gezonde verstand in dit rapport schrijven.

Hier en daar zal sprake zijn van een overlap aan informatie. Aan perfectie/vorm/stijl zal het zeker schorten en onderhevig worden aan commentaar- het is dan ook geen afstudeerproject en we hoeven er geen bonus voor. Er kwam tot aan het eind toe ook steeds weer informatie bij die ingevoegd moest worden. Vandaar: een 1^e versie . Het is geschreven voor iedereen die deel uitmaakt van de samenleving en die interesse heeft in de zorgsector of wil meedenken over hoe de zorg beter geregeld kan worden. Immers wij zijn een democratische samenleving en daar maken we allemaal deel van uit. **Ons standpunt: Wij kiezen met elkaar de zorg die we willen hebben maar houden ook de zorg in stand die we niet wenselijk vinden door geen standpunten /stelling (in) te nemen.** Kiezen betekent soms ook de politieke partij van je keuze beïnvloeden over wat je als mens belangrijk vindt – niet alleen voor jezelf maar ook voor de ander en die je lief zijn. Vroeg of laat krijgt iedereen te maken met zorg en is die grens kleiner dan we zelf soms beseffen en tegelijkertijd tikt de tijd sneller door dan we denken (zuster toen ik jong was.....ach waar is toch de tijd gebleven...). **We zijn ieder van ons als mens op gegeven moment sterk maar zo ook zijn we zwak op zeker moment – onherroepelijk- al naar gelang de situatie en omstandigheden waarin we (komen te) verkeren Hoe, wat, waar, wanneer en hoelang dat is de vraag. Maar dat we het op dat zeker moment zelf moeilijk of nauwelijks of wellicht helemaal niet kunnen regelen is een weet.**

We kunnen onszelf beschermen door zorg beter te regelen. Het kan!

Hoofdstuk 1: de omstandigheden in de zorg

(H-)erkenning van problemen/misstanden

praktijkvoorbeelden uit de ouderenzorg

Eenzijds zijn er de praktijkvoorbeelden; anderzijds zijn er de oorzaken en de *effecten* van die oorzaken die ten grondslag liggen aan al die zaken die niet goed gaan bij de verzorging van oude afhankelijke mensen, dingen die beter kunnen in de zorg. Het komt allemaal aan bod en het loopt door elkaar heen...’ maar als het maar benoemd wordt’. Het verleden beschouwend zijn we gericht op de ouderenzorg in de toekomst en zien we in dat Zorg en Samenleving niet te scheiden zijn.

De voorbeelden lopen mee in de diverse hoofdstukken maar we willen graag bij voorbaat iets toevoegen . Zij –onder ons- die het gelezen hebben herkennen zich volledig in de boeken van Anne Mei The ‘ In de wachtkamer van de dood’ en het –op de valreep nog snel gelezen - boek van Ivo v Woerden: ‘Undercover als bejaardenbroeder’

De diverse praktijkverhalen in de media (de 24 uursluiers) zijn herkenbaar voor ons en onderstrepen onze verhalen en ervaringen en het waren de misstanden op basis van ervaringsverhalen die de grond vormden voor de zorgmanifestatie 12 mei 2010. De knelpunten in de zorg vormden aanleiding voor de woordvoerders van de betrokken actiegroepen om een actiegroep op te zetten en actie te voeren. Zie bijlage : Aan het woord: Woordvoersters van de samenwerkende actiegroepen.(de andere drie landelijke van de vier samenwerkende elkaar ondersteunende actiegroepen). Zonder hun hadden we het niet kunnen doen. Maak kennis met onze collega’s in de strijd:

- Irene Hadjidakis van Actiegroep Zorgcrisis

- Tobi Baddart van Zorgtekorten hyves

- Petra van Ham van Zorg in actie

We weten allemaal wat er speelt in de ouderenzorg, de hele maatschappij weet dat. We konden het allemaal lezen in de kranten, horen op TV- voorvallen die zelfs uitvoerig door de media belicht zijn.

Op het moment dat zorgafhankelijke mensen zich redelijk zelf kunnen redden valt het mee men kan zelf naar buiten wandelen b.v. maar naarmate men meer afhankelijk wordt van zorg worden de problemen groter. Er is sprake van:

- * Oude mensen die te lang in de pyama zitten bij gebrek aan personeel,
- * die in de nachtelijke uren gewassen worden om de te krap bemande dagdienst te ontlasten,
- * bewoners waar nauwelijks nog contact mee gemaakt wordt uit tijdsgebrek,
- * die vroeg op bed gebracht worden omdat de avonddienst het werk anders niet afkrijgt,
- * bewoners die niet met eten geholpen worden en waarbij de familie het eten nog onaangeroerd vindt op tafel,
- * die vieze wc’s aantreffen en/of
- * bewoners die te lang op de wc moeten wachten
- * of vergeten worden omdat andere werkzaamheden de hoofden van werknemers bezetten
- * of dat bewoners te lang in een inco (luier) moeten blijven zitten,
- * mensen die nooit meer buiten komen.
- * medicijnen die bij dementerenden op tafel staan –die iedereen kan pakken

Wij vinden het ergste als we van collega's horen dat mensen die ze verzorgen er zelf niet meer toe lijken/mogen te doen en daardoor vergeten worden of als ding beschouwd worden bij wie slechts iets afgehandeld moet worden binnen een x-tal minuten en die maar zitten te wachten, te wachten en te wachten op de dood.

Zorgwerkers willen hier wat aan doen maar hebben nu nog te weinig tijd /te weinig handen aan het bed (of teveel onnodige taken af te handelen).

De oorzaken en gevolgen. De werkvloer spreekt:

Hoe komt dit zo? Wie is er verantwoordelijk voor?

Spontaan konden collega's en burgers reageren middels de website (Nubasta.nl) hiermee werd waardevolle informatie verzameld die een inzicht biedt hoe de zorg beleefd wordt door de ogen van werkers in de zorg.

Het is teveel om alle informatie te verwerken in een kort tijdsbestek van een aantal maanden. Het was te kort dag en de intentie om dit rapport aan te bieden op 12 mei tijdens de zorgmanifestatie: 'sta op voor zorg' ging de mist in en werd toen symbolisch gedaan). Dit rapport behelst zoveel mogelijk de informatie die er uitsprong en die regelmatig terugkeert. Het bevat hoofdzakelijk informatie uit de ouderenzorg (verzorgingshuizen en verpleegcentra) en de (meer- en enkelvoudige) gehandicaptenzorg en in mindere mate de thuiszorg en ziekenhuiszorg) We voeren vanaf 1 juli 2009 actie en voor het schrijven van dit rapport is daar een verzamelperiode van informatie aan vooraf gegaan die de nodige tijd nam. Hoewel nimmer compleet geven de verzamelde reacties ons inziens een duidelijk beeld van wat er aan de hand is op de werkvloer.

Er is veel herkenning uit het werkveld m.b.t. hetgeen wij stellen over de werkdruk. 'Tijd voor aandacht en betrokkenheid voor de mens achter het zorgprobleem is weggecijferd'

Tegelijkertijd schaart ieder zich achter het idee dat daar ook tijd voor moet zijn - op een enkele docent na omdat deze stelt dat verzorgenden en verplegenden omdat ze de familie/liefde proberen te vervangen wel teleurgesteld moeten worden en dat daar onnodig (werk-)stress door ontstaat. Wij stelden dat het niet gaat om het vervangen van familie of liefde maar tijd voor persoonlijke aandacht voor de mens zelf achter de bewoner/cliënt afgezien van zijn haar zorgprobleem. Deze docent stelde ook dat we verzekerd zijn voor alleen die praktische en technische zorg en dat alleen die kosten gedekt zijn. Waar of niet waar, vraag is of die gang van zaken wenselijk is. Als familie ver af woont, relaties verbroken zijn of indien men geen kinderen heeft of zelfs de kinderen overleefd heeft dan ontberen zorgafhankelijken voortdurend menselijke aandacht terwijl ze er hun leven veelal moeten slijten . Een zogenaamde fabrieksmatige zorg (zie documentaire: De zorgfabriek van Kim Brand.) doet niet alleen geen recht aan de afhankelijke hulpbehoevende mens maar ook geen recht aan de werkers in de zorg zelf.

Als oorzaak wordt o.a genoemd: de tijd die weglekt aan al het registreren, aftekenen en controleren, en aan alle regeltjes : kortom de bureaucratie. En aan al die managers in de zorg die naast de werkvloer staan en zeggen hoe het moet en zelf geen handen uit de mouwen steken. Dat het om het geld, geld, gaat. Je kunt dit overduidelijk zien aan het gegeven dat er steeds meer managers lijken te komen die uit het bedrijfsleven afkomstig zijn en niet opgeleid zijn in de zorg.

Er is ook grote irritatie over bureauwerk dat niet als werk ervaren en gezien wordt en zelfs als nietsdoen ervaren wordt 'wat doen ze op kantoor- wat praten ? wat schrijven?')

Poetsen, het verschonen dat zijn werkzaamheden die met werken te maken hebben en inderdaad ook de taken zijn waarvan collega's ze over moeten nemen als ze niet gedaan zijn). Ook het lezen van rapportages(b.v. voorafgaand aan een dienst) zijn taken die niet overgedragen hoeven te worden en worden door helpenden die te zwaar belast worden en de wc's moeten poetsen ook niet ervaren als zijnde werk. Sommige verantwoordelijke werknemers zien dat ook zo en doen eerst de werkzaamheden die met het 'met de handenwerken' te maken hebben en lezen de rapportage op een ander tijdstip. Ook al vormt de rapportage de basis voor de zorgtaken; de tijdkrapte en gevoel voor collegialiteit noopt hun daartoe. Daarbij komt de teamsfeer onder spanning te staan bij hoge werkdruk. Bureautaken worden dan nog meer als 'niet terzake doende' werkzaamheden ervaren. (Zie ook het boek: 'in de wachtkamer van de dood' van Anne Mei Thé)

Informatie geeft aan dat hoe krap het personeelsbestand ook is, dat teams bij ziekte 's ochtends b.v. toch hun eigen personeel moesten zien te vervangen. Dat teamleiders de weekends vrij hebben (en met de vrijdag of maandag hun weekend verlengen) terwijl er een zeer flexibele instelling van de werkvloer verwacht wordt, en dat bij calamiteiten het team zelfredzaam moet operen en het in de regel niet de bedoeling is dat er op teamleiders en managers in de weekends en in de avonduren terug gevallen wordt. Als zorgwerkers zaken aangeven over personeelstekort (en dit is vaak aangedragen voor verandering inzake het belang van kwaliteitszorg/en meer handen aan het bed zou erkend en gehonoreerd moeten kunnen worden). Dat dit uiteindelijk niet is gebeurd heeft mogelijk een aantal redenen: Men kan communicatief niet tegen het management op; het management is hbo geschoold en de gemiddelde zorgwerker op de werkvloer laag tot middelbaar geschoold. Ten 2^o is het type mens van de zorgwerkers er niet naar om met de vuist op tafel te slaan- het heeft mogelijk deels ook te maken met het gegeven dat de gemiddelde zorgwerker een vrouw is, vaak een dienstbaar ingesteld mens is (daarom *kiest* deze voor de zorg) en lijkt eerder conflicten uit de weg te willen gaan (conflicten worden o.i. meer onderhuids opgevreten, of wreekt zich helaas op elkaar) Ten 3^o staat de hiërarchie verandering in de weg. Zorgwerkers, zij die het werk moeten klaren (het werk waar het eigenlijk om gaat!) staan onderaan de hiërarchische ladder . De hiërarchische structuur maakt invloed vrijwel onmogelijk omdat de beslissingbevoegdheid bij het management ligt. En democratisch meedenken kan als een bedreiging worden ervaren; in ieder geval ligt de macht niet op de werkvloer. Wij sluiten niet uit dat managers ongewild wel macht 'moeten' gebruiken en onvrede moeten ombuigen in een richting die zij willen omdat zij zelf ook machteloos zijn om zaken te veranderen/ zij hebben geen(genoege) financiële armslag (wat in bijna alle organisaties voor de zorg het geval is want dit wordt de laatste twee jaren nu steeds vaker onverbloemd gezegd) .

Al die lagen in de zorg moeten wel allemaal mee- eten uit de financiële pot maar zo als in de loop der jaren geconstateerd moet kunnen worden komt dit de werkvloer niet ten goede. Het lijkt op het commando 'en nu zwemmen' terwijl er nauwelijks water meer is. (Parodie op probleem: Vraag van management aan de werkvloer: 'Er zijn klachten binnen gekomen dat er niet naar behoren gezwommen kan worden. Ja , ik weet dat jullie je best doen maar heeft iemand ook een suggestie hoe er toch beter gezwommen zou kunnen worden?' Iemand piept: 'misschien toch wat meer zwemwater erbij'? Antwoord manager: Dat is flauw, je weet dat *dat* niet kan' En iedereen lacht zuur en denkt nog net niet 'wat een domme collega' om dat te zeggen want dat weten we toch inderdaad al lang.) Een collega vertelde onlangs (februari 2011): Op een vergadering stelde de zorgmanager van een zorginstelling aan het team de volgende vraag (dit is overigens steeds vaker een economisch geschoolde persoon- en niet opgeleid in de zorg)

'Er komen klachten binnen van bewoners dat jullie zo weinig tijd hebben en ik weet dat jullie allemaal jullie best doen maar het kan zo nietheeft iemand ook een idee hoe dit anders zou

kunnen'. Iemand antwoordde: 'als ik met iemand spreek probeer ik toch even op de rand van de stoel of het bed te gaan zitten *alsof* ik tijd heb en probeer ik even de bel te negeren die er gaat en even niet aan de dingen te denken die ik allemaal nog doen moet'. Op de vraag van mij (ondergetekende), aan die collega - in reactie op dit voorval: 'of er ook iemand offerde dat er meer personeel bij moest komen' moesten we beide onbedaarlijk lachen want we wisten dat niemand dat ooit meer durft te zeggen want ze krijgen onmiddellijk de volle laag alsof zij knettergek zijn, het klinkt n.l. bijna belachelijk als je *die* vraag –waar het omgaat – stelt. En dan te weten: Er is wel geld – als water!- alleen moet het anders worden verdeeld in de samenleving. En dit is iets wat eigenlijk iedereen om ons heen vindt. Iets waar wat aan gedaan zou moeten kunnen worden.

Tijd als kwaliteitsfactor in relatie met menselijke mogelijkheden

Zie ook manifest Stelling 1 en toelichting)

Zorghandelingen vergen de benodigde tijd. Er zal een gemiddelde te berekenen zijn hoe lang een bepaalde zorghandeling duurt aan de andere kant zal de ene zorgwerker meer tijd nodig hebben dan de andere. Snel kunnen werken is erg belangrijk.

Er worden contracten niet verlengd en werknemers niet aangenomen, c.q. die de zorg uit zich zelf verlaten (jong en/of oud) omdat die qua tempo, de snelheid van werken niet kunnen bijhouden (want dat is het logisch gevolg/ is ook onze ervaring) Daardoor vallen mensen buiten de boot die wellicht andere toegevoegde waarden hebben in de zorg die niet erkend dan wel tot ontplooiing (hadden) kunnen komen. Daarnaast is het voor ons begrijpelijk dat als er krap handen aan het bed zijn dat sommige zorgwerkers (naar wij vernamen, tegen hun zin in bij sollicitatieprocedures en na proefperiodes) zelf ook selecteren op snelwerkende collega's. Dit omdat het werk voor hun dan ook beter te doen is. Maar dit staat haaks op het erkennen van menselijke eigenschappen en mogelijkheden waarmee we allemaal ongelijk in ieder geval verschillend bedeed zijn. Ervan uitgaand dat efficiënter en adequater werken aangeleerd kan worden. Het tempo is voor iedereen anders terwijl ieder mens recht heeft om als mens die eigenschappen te bezitten die men gewoon van nature heeft. Het uitselcteren van eigenschappen bij zorgwerkers staat haaks op b.v leerstof die aan zorgwerkers voorgeschoteld wordt inzake de holistische emanciperende mensvisie waarin bij zorgwerkers begrip wordt aangeleerd en aangekweekt waarin gesteld wordt dat we als zorgwerkers de zorgafhankelijke mens dienen te respecteren zoals hij is – dat ieder uniek is ,in zijn geheel, een sociaal wezen, met eigen karakter-eigenschappen, socialisaties, achtergronden en (on) mogelijkheden. Is het niet treurig dat zorgwerkers wordt geleerd hoe zij een zorgvrager goed moeten bejegenen, dat ze er vervolgens niet de tijd voor krijgen en dat de bejegening aan hun zelf te wensen overlaat; ze worden niet ondersteund en faliekant in de steek gelaten Vanuit menselijk oogpunt bekeken vinden wij dat iedere zorgwerker zijn /haar werk in zijn/ haar tempo moet kunnen doen.

Vanuit het idee dat zorgvragers langzamer zullen zijn dan de generatie die hun verzorgd is het ook logischer dat het tempo niet snel is- in ieder geval aangepast aan de snelheid van de zorgvrager. Zie stelling 2 en toelichting van manifest.

De samenleving stelt eisen aan de kwaliteit van zorg en aan de andere kant moet het betaalbaar zijn; marktwerking zou zorg goedkoper moeten kunnen maken maar voor ons is dat de vraag.

Over marktwerking en haar effecten / de status quo in de ouderenzorg

Zie ook stelling 3 in het manifest.

Burgers zijn vrij bij het kiezen /kopen van een auto, er is daarbij aanbod genoeg. Zo ook m.b.t kleding bijvoorbeeld. Dit stimuleert de concurrentie en haalt de prijzen omlaag. In de zorgsector ligt dit anders: Het barst b v. niet bepaald van de ziekenhuizen. (daar waar wel meerder ziekenhuizen staan is de bevolking ook erg geconcentreerd) en als een ziekenhuis het druk heeft of overvol is moet men bij klachten toch gewoon geholpen worden dus valt er niet meer zoveel te kiezen en moet men daarom naar een ander ziekenhuis. En dan: Zelfs als het zo zou zijn dat de ene zorgaanbieder goedkoper is dan een andere en zelfs als dat bekend is bij de burger dan maakt een kwetsbare positie en/of woonafstand tussen zorgaanbieder en zorgvrager dat logischer wijze verondersteld kan worden dat de laatste zal kiezen voor de weg van de minste weerstand. Noodzaak bepaalt op zich al zonder medezeggenschap van de zorgvrager waar de zorg geleverd zal en kan worden/afgezien van het feit of deze al dan niet in staat is om een keuze te kunnen/willen maken. Ziekenhuis-/zorgaanbieders 'weten' dat burgers afhankelijk zijn van deze zorg hoe de prijs ook is en zorgvragers zijn niet zelden zelfs gebonden aan een bepaald gebied waar de zorg geleverd kan worden (qua afstand van eigen woonomgeving in relatie met de eigen familie /vrienden-kennissenkring). Het is logischer om dan dicht bij huis te blijven. Een zorgaanbieder zoals een ziekenhuis weet zich kortom verzekerd van zorgvraag. Het idee dat concurrentie de prijs van zorg omlaag zal brengen is daarom voor velen naar wij beluisteren de vraag en in ieder geval niet logisch.

Daarbij genomen dat burgers niet eens weten aan welke arts, welk tarief (deels) betaald wordt en of deze in dienstverband of vrij gevestigd is (waarvan de inkomsten /tarieven verschillen waardoor de kosten voor de zorgverzekeraar ten nadele beïnvloed worden en waarmee de premies voor burgers weer omhoog gaan) Op deze zaken kunnen burgers momenteel geen invloed op uitoefenen en meenemen in hun keuze. Op het moment dat ze ziek of zorgafhankelijk worden gaat dit logischer wijze allemaal aan hun voorbij /daar staat hun hoofd niet naar. Op een vraag daarover aan een zorgverzekeraar had een medewerker gezegd: 'ú bent ten allen tijde vrij om dat met de betreffende specialist te overleggen' - Wij vonden dat dit bijna onmogelijk een serieuze optie kan zijn. Zou een patiënt aan een arts waar hij/zij misschien van afhankelijk wordt een dergelijk gesprek aangaan? Ook hier geldt: er moeten eerst specialisten bij bosjes in een rij staan en dan moeten er nog tussen zitten die in loondienst *zijn* wat dan ook nog eens duidelijk moet zijn voor de zorgvrager.

Daarnaast het gegeven dat burgers *verplicht* worden tot het nemen van een zorgverzekering terwijl de premies steeds hoger worden. (Het Amerikaanse volk weigert een verplichte zorgverzekering maar hadden ze dat gedaan als deze betaalbaar was geweest?) In Venezuela is een olieconcern generationaliseerd, iedereen daar geniet daardoor gratis zorg, gratis onderwijs en in zekere mate voor een deel gratis openbaar vervoer. Zou het Amerikaanse volk tegen een verplichte zorgverzekering geweest zijn als zorg op die manier geregeld was?

Feit is dat burgers steeds minder te besteden hebben en nu al verwacht men dat zorgverzekeringen steeds duurder worden.

Volgens het idee van marktwerking zouden de premies lager moeten worden, de berichten in de media en door de politiek wekken het idee dat als men maar overstapt naar een andere zorgverzekeraar dat dit de concurrentie bevordert en de consument uiteindelijk goedkoper uit is. Als de ziekte-/zorgkosten blijven stijgen zullen die toch opgehoest moeten worden door de zorgverzekeraars die weer in de vorm van premies verhaald moeten worden op de burgers dus gaat die vlieger toch alleen maar op als er iets aan de basis (van de kosten) van het zorgsysteem/zorgstelsel gedaan wordt.

Hoe de zorg geregeld is op de werkvloer, de taken die gedaan moeten worden en door wie bepaald ook de kosten. Het kan en moet anders (maar niet door steeds minder en lager opgeleide mensen steeds meer te laten doen en ondertussen kwaliteit te blijven eisen)

Als burger ben je verplicht om je tegen zorgkosten te verzekeren en verzekeraars kunnen de premies omhoog brengen waardoor een ongelijke situatie ontstaat. De burger is afhankelijk. Welke keuzevrijheid is er dan nog? Door premieverschillen tussen de zorgverzekeraars kan het even lukken om de prijzen te verlagen maar de premiekosten zullen stijgen. Het CPB voorspelde immers dat de ziektekosten zullen stijgen i.v.m. de vergrijzing dus blijft het aannemelijk dat burgers in de toekomst door de premies van zorgverzekeraars op nog hogere kosten worden gejaagd. Al zal de burger zich de moeite getroosten van een switching het is de vraag of de zorgkosten zullen verlagen hoewel dat de bedoeling is van het marktmechanisme, tenzij de zorg anders geregeld wordt.

Marktwerking werkt anders bij het echte ondernemerschap (waar het wel werkt o.i) omdat er een koppeling is van het eigen inkomen met de gemaakte onkosten. Als een zorgprofessional gewoon kan declareren zonder op de kosten te hoeven letten en toch verzekerd blijft van zijn inkomen wie zal/moet dan 'stop' zeggen. Marktwerking werkt o.i. niet in de zorg. Als je met ondernemers spreekt valt op dat zij *juist* omdat vaak het *eigen* vermogen/geld erbij betrokken is, dat zij voeling houden met de onkosten die zij maken. Doordat zij de onkosten laag houden of daar goed zicht op houden verzekeren zij zich van een bepaald inkomen. Die relatie is er in de zorg niet hoewel het om grote bedragen gaat die de samenleving uiteindelijk moet dragen.

Iemand opperde op een ouderen-(SVR) beurs dat het beter zou zijn als burgers een specialist/ arts konden kiezen (in die gevallen waar burgers niet zo ziek zijn en wel in staat zijn om een keuze te maken) – ervan uitgaand dat artsen en deskundigen en professionals in de zorg allemaal een soortgelijke opleiding behaald hebben en dezelfde basisdeskundigheid hebben. Middels internet zouden burgers medezeggenschap/invloed zou moeten kunnen krijgen over welke arts men kan kiezen (b.v. vrijgevestigd of in loondienstverband waarbij het laatste goedkoper is) Hierdoor kan de burger meewerken om de kosten laag te houden maar daarvoor moet er eerst keuzemogelijk zijn.

Als de verantwoordelijkheid van de zorguitvoering bij de werkvloer ligt is het logischer dat zij die op de werkvloer het werk uitvoeren in ieder geval zeggenschap moeten mogen hebben over de uitvoering en de werkorganisatie waarin zij dan gesteund moeten kunnen worden door hun managers en hun besturen.

Besturen, directies, managers, teamleiders in zorginstellingen/organisaties zouden ('t zij intra- en extramuraal) zuiver ondersteunend ten behoeve van zorgvragers en zorgwerkers moeten kunnen opereren inzake de belangen van zorgvragers, van de zorgwerkers en daarmee in het belang van zorgkwaliteit en de samenleving. Zij moeten ook kunnen ingrijpen als de kwaliteit in het geding is en daarmee ook rechtstreeks veranderingen op de werkvloer kunnen bewerkstelligen (b.v. meer personeel/ minder bureaucratie)

Zij heten bestuurders/ directeuren /managers te zijn maar bekleden zij niet in feite schijnfuncties? Al doen zij ook nog zo hun best, zij dansen ook naar de pijpen van een soort Dagobert Duck zonder gezicht, een soort onzichtbaar geldmonsterspook waardoor de regels worden aangestuurd wat niemand in de macht schijn te hebben ook onze regering niet waarbij niemand verantwoordelijk is. Er wordt gedanst met goede bedoelingen binnen een prachtig mooi geplaveid kader dat zelfs goudomrand is met de gevleugelde en mooie woorden 'kwaliteitszorg'. Men maakt reclame en men strooit rijkelijk met kwaliteitskeurmerken alsof

er niets loos is maar in wezen is dat kader al lang verstikt door financiële onmacht waarbinnen het voor iedereen die het echt aangaat (de zorgvrager en zorgwerker) inmiddels steeds moeilijker ademen is. Een kader waaruit het steeds moeilijker ontsnappen lijkt.

Een groot deel van de collega's ondersteund de roep om een parlementaire enquête naar de marktwerking in de zorg.. De vraag blijft overeind of privatisering en deregulering in de zorg een goed idee is geweest. Wij denken van niet.

Of nu de marktwerking de oorzaak is of niet: de problemen van de werkvloer liggen op tafel En zijn al deels erkend. Zie daarvoor de uitkomsten van de enquête onder verpleegkundigen (Menzis 2010): 'werken in de zorg moet weer leuk worden' en waarmee ook duidelijk naar voren komt dat de bureaucratische rompslomp veel tijd wegzuigt van de werkvloer en werkdruk veroorzaakt. De spagaat waarin de werkvloer zich bevindt en het belang van de zorgwerkers wordt ingezien maar er veranderd nog niet veel. Hoe draait men de huidige status-quo om?, Het belang van toename v zorgwerkers (en zeker wegloop moet gekeerd worden- dit i.v.m.vergrijzing en ontgroening van de bevolking) .**Er kwam op tafel wat voor toegevoegde waarde het management en al die lagen in de zorg hebben voor de werkvloer zo ook de beroepsverenigingen en lobbyclubs. Er van uitgaand dat zij hun best gedaan hebben moet toch geconstateerd worden dat zij b.v. de bureaucratische tendens de laatste jaren niet hebben weten te keren en dat zorgwerkers steeds meer onder hogere werkdruk hun werk moesten verrichten en dat zij zelfs opgezadeld konden worden met paradoxale boodschappen. (ten overvloede: kwaliteitszorg leveren en er geen tijd voor mogen hebben- waarmee kwaliteit zelfs weglekte) Hoe dan ook, omdat niemand anders het doet, wordt het tijd dat de overheid ingrijpt.**

Een economisch (zorg-) systeem moet ruimte bieden aan creatieve geesten die vernieuwende ideeën hebben. Nu is dit vrijwel onmogelijk. Gevolg van marktwerking of niet. Het slachtoffer in ieder geval nu iedere partij die er in vast zit. De huidige status-quo laat b.v. een individuele directeur (met de manager) ook niet vrij om binnen dat systeem verandering aan te brengen en zit klaarblijkelijk als een spin in het systeem vast met allemaal draden van afspraken en regelingen tussen andere personen, organisaties en instanties binnen en buiten de instelling(en) met inbegrip van de politiek. Waar of nietwaar? Het verandert immers niet! Maar iedereen kan constateren en beaamt wat wij hier stellen, dat de langdurige zorg ontmenselijkt en dat de geldfocus en/of het gebrek daaraan in de hand heeft gewerkt dat er (paradoxaal !)zorgkwaliteit geëist werd van de werkvloer, terwijl het steeds minder tijd (geld) mocht en mag kosten met alle gevolgen van dien zoals wegloop van werkers uit de zorg . **De arbeidskosten van de zorg zullen nooit zo omlaag kunnen gaan zoals in de industrie maar de zorg probeert men wel op die manier te robotiseren zoals er in de auto-industrie gerobotiseerd is** (zie documentaire de zorgfabriek/Kim Brand). Hierdoor konden productiekosten (arbeidskosten) omlaag gaan waardoor producten betaalbaarder werden (in dit verband merken we op: waarom blijven pacemakers zo duur terwijl mobiletelefoontjes en laptops en flatscreens nog maar een fluitje van een cent kosten vergeleken met 10 jaar terug- (m.a.w. :wie verdient hier aan ten koste van de samenleving?) Bij de productie van b.v. een auto is menselijke interactie tijdens het maakproces tussen het opgeleverde en degene die het oplevert nauwelijks tot no issue terwijl dit in de zorg juist een belangrijk onderdeel is tijdens het 'proces' .We moeten toch ook zondermeer met elkaar kunnen begrijpen dat mensen die zorgafhankelijk zijn, meer kwetsbaar zijn en daarmee gevoeliger kunnen zijn voor de manier van benadering en bejegening. Het paradoxale is dat, hetgeen we hier schrijven, al zolang de

verpleegzorg bestaat, dit in het zorgonderwijs (te beginnen bij Florence Nightingale) onderstreept en verkondigd wordt en dat in die zin **een menselijke bejegening cruciaal is** ; maar ook dat de mens als geheel centraal staat, dat er geen scheiding gemaakt kan worden tussen het geestelijke en het lichamelijke van de mens en dat socialisatie van ieder mens, met zijn eigen karakter eigenschappen, achtergronden en behoeften uniek is.

Er is reeds een jarenlange voor de werkvloer frustrerende tendens aan de gang dat die kennis die tijdens de opleiding opgedaan is in de praktijk steeds minder uitgevoerd kan en mag worden (gevoelens tonen is lange tijd als niet professioneel beschouwd terwijl in de langdurige zorg het niet anders kan dan dat je een band krijgt met elkaar of dit nu als wenselijk wordt beschouwd of niet. En product zoals een auto of een flatscreen is niet afhankelijk van de productiemedewerker en hoeft zich niet te weren en kun je wegwerpen als het niet meer aan de eisen voldoet: Het is een groot verschil qua kosten als er een product geleverd moet worden of een dienst; bij een dienst neemt *de interactie dus ook tijd (geld)*. Zeker als het diensten betreft waarvan de kosten opgebracht moeten worden door een gemeenschap die maar een betrekkelijke hoeveelheid geld te besteden heeft wordt dit een issue . De arbeidskosten blijven hoog ook al wordt deze nog zoveel gerobotiseerd en zorgt men nog voor zo veel mogelijk hulpmiddelen. Het menselijke noodzakelijke interactieaspect en de tijd die dit neemt maakt, zeker bij de langdurige zorg , dat de menselijke factor voor een groot deel de kwaliteit blijft bepalen. Al wordt dit weggecijferd en niet erkent bij omschrijvingen over kwaliteitszorg en zelfs nimmer genoemd als kwaliteitsfactor. Het is zelfs zo dat in de afgelopen 25 jaar geleerd werd dat afstand houden van de patiënt/cliënt zorgvrager gepast was . Betutteling was uit den boze werd de samenleving voorgekauwd maar het stimuleren van zelfredzaamheid en hoe goed dit zou zijn voor de mens zelf die hulp nodig had /heeft werd en wordt niet erkend als betutteling maar de hulpvrager zette de hakken in de grond want deze vond: dat hij er recht op had want hij betaalde toch voor hulp. Deze verandering in de zorg ging overigens ook over de rug van de zorgwerkers. Gevoelsmatig staat hulp willen bieden haaks op het stimuleren van zelfredzaamheid en de zorgvrager liet dit weten: ‘u wilt mij niet helpen’. Hoewel zorgwerkers zelfredzaamheid wenselijk vinden merkten wij ook zelf hoe moeilijk dit in de praktijk was en nog is - soms kon of wou een bewoner het zelf een keer niet doen (wat dan te doen? Helpen ? of niet? Soms hielpen we toch en deed de bewoner bij een andere collega een beroep op hulp b.v. bij het aantrekken van de kleren – en zei ‘die andere zuster, die helpt me toch ook’. Het was zaak om bewoners die voordat ze zorg nodig hadden goed voorgelicht werden maar zeker 25 jaar terug kwamen vele ouderen in de instelling met het idee dat ze bij alles geholpen zouden worden, bipsen werden geveegd en schoenen werden aan- en uitgetrokken terwijl zij het zelf wel konden. Aan de andere kant was het toen al doorzichtig voor de werkvloer dat ‘zelfredzaamheid’ ten dienste stond van het instellings- en overheidsbeleid om de kosten te reduceren. Over de tijd die de interactie nam werd niet eens gesproken om niet te zeggen: dit onderwerp werd genegeerd. Er kwamen in ieder geval steeds minder handen aan het bed. Een aantal jaren geleden uitte dit zich in een werkgroep: ‘meer handen aan het bed’ samengesteld door een aantal werknemers onder wie ondergetekende. We stelden ons als opdracht om de werkorganisatie te veranderen, dit om meer tijd over te houden voor de bewoner zelf. En dit lukte. (de badzuster verdween, er werd gedoucht op de eigen kamer, en met hetzelfde aantal werknemers hielden we wat meer tijd over) In 2009 keken we terug naar wat er nog resteerde van onze plannen. Er werd nog steeds gewerkt volgens onze aanbevelingen maar de extra tijd en ruimte die onze inspanningen hadden opgebracht was wegbezuinigd, door weer 1 werknemer minder in te zetten in de ochtenduren. Collega’s zeiden onder elkaar dat wij met onze werkgroep de verandering beter niet hadden kunnen invoeren op de werkvloer want dan

was de extra badzuster er nog geweest. Kortom we kregen de schuld van het feit dat het management weer extra personeel onttrokken had van de werkvloer. Niemand kwam op het idee om het management aan te vechten.

Hiërarchie op de werkvloer staat verandering in de weg. Hoe werkuitvoering en de planning geregeld moet worden wordt steeds van bovenaf geregeld en opgelegd. Hoewel enerzijds een beroep gedaan wordt op de eigen verantwoordelijkheid van medewerkers betreft dat alleen de werkuitvoering in relatie met de zorgvrager en handelingen/taken die gedaan moeten worden.

Anderzijds, als er wel een beroep wordt gedaan op de medewerkers in werkgroepen *kunnen* teamleiders en managers dit ook niet honoreren omdat het geld ontbreekt- al zouden zij dit zelf ook wenselijk vinden.

(Verandering kost meestal /vaak geld)

Hoewel volgens ons de zorg beter vereenvoudigd zou kunnen worden, in het belang van zorgvragers en zorgwerkers wordt het alleen maar ingewikkelder. Iedereen op de werkvloer wordt nu weer gebonden om middels computer gegevens te verwerken en de tendens blijft bestaan dat de bureaucratie nog meer toeneemt en dat zorgwerkers steeds weer geconfronteerd worden met andere methodes en regels en opdrachten.

Verandering kan alleen gestalte krijgen als de werkvloer van bovenaf, door politiek en overheden ondersteund wordt bij die zorgvereenvoudiging onderaf. Het moet en wij voelen aan ons water dat het kan!.

Vereenvoudiging lijkt tegengegaan te worden door belangen (wat zo velen ons zeggen) Doordat teveel lagen in de zorg moeten 'mee-eten uit de financiële pot' en omdat de functionarissen die daaraan verbonden zijn begrijpelijkerwijs ook hun banen en werk willen behouden (hun *inkomen* willen houden) en dat sluit aan op de conclusies van sommige collega's: 'dat de ene verandering op de werkvloer de andere volgt alsof de managers zichzelf in stand houden'.

Misschien is dit ten dele zo maar vanuit menselijk oogpunt moet vermeld worden dat we willen vermijden om te gaan zwartepieten en we ons niet tegen managers wil opstellen; zij hebben ook gezinnen en hypotheek en zijn in het systeem gerold zoals het zich ontwikkeld heeft. Er was *vraag* naar hun en ze hebben er opleidingen voor gevolgd en gesolliciteerd naar die functie. We raken hiermee tevens een kern van het probleem: **Niemand is uiteindelijk verantwoordelijk voor de onwenselijke status quo op de werkvloer: iedereen is slechts een klein radertje, stukje, en vertolkt met zijn/haar eigen taak een onschuldige rol binnen het gehele systeem. Managers lijken hier dus zelf ook het slachtoffer van te zijn.** Regels (die te maken hebben met geld en controle etc.) komen ook van bovenaf anders zouden de managementberoepen niet ontstaan zijn. Daarnaast blijft een feit en moet gezegd: Steeds meer managers in de zorg hebben geen zorggerelateerde opleiding meer maar hebben een economische opleiding gevolgd waaruit voor iedereen duidelijk direct af te leiden is dat geld hetgeen is waar alles om draait terwijl o.i. de zorg op zich het uitgangspunt zou moeten zijn. Nogmaals: Wij zijn er tegenstander van om directeuren en managers te slachtofferen maar om mee te denken aan verandering moet de vinger wel eerst op de zere plek gelegd worden en de rol van managers meegenomen worden.

Omdat er in de toekomst in verhouding te weinig jongeren een in verhouding steeds groter wordende groep zorgafhankelijke ouderen moet verzorgen (=demografische factor) worden de zorgkosten te hoog en zal de zorg anders vorm gegeven moeten worden – waar wij voor pleiten- Wij zijn voor een vereenvoudiging van de zorg waardoor tijd en geld echt besteed wordt aan datgene waar het in de zorg om gaat; niemand van de werkvloer in de

zorg zal bang hoeven te zijn dat er geen werk meer is in de zorg/ het is juist andersom te verwachten. Alleen de hogere lagen in de zorg, zouden verdwijnen als de zorg vereenvoudigd wordt. Alle handen (en het beschikbare geld) aan het bed zijn immers meer dan nodig. Mensen met een meer hogere economische opleiding zouden naar wij hopen wellicht ook in het bedrijfsleven goed weer aansluiting kunnen vinden. Hoewel managers nodig zijn om de zorg eenvoudiger te maken en te veranderen zal dit een enorme inzet vergen van hun kant omdat zij meemoeten denken aan een systeem waardoor ze zelf overbodig worden. Hier zit een enorme uitdaging. Managers verdienen wat ons betreft dan daarvoor een hoge maatschappelijke waardering en zouden hulp moeten krijgen bij het vinden van een andere werksetting binnen het bedrijfsleven, dan wel dat deze mensen gegund wordt dat zij een goede regeling genieten omdat zij in het belang van de zorg en de samenleving meedenken en meewerken juist aan het wegcijferen van hun eigen functie. Binnen instellingen heb je diverse managers die ieder een eigen deeltaak hebben.

Het is logisch dat een manager dit hele overkoepelende systeem niet kan veranderen; zij zullen eerst op een lijn moeten komen en samenwerken; daarnaast zijn er andere organisaties ook weer met eigen managers en directeuren – als we moeten wachten op afstemming en overeenstemming tussen managers en organisaties zal er nimmer verandering optreden juist ook omdat er hogere functionarissen uit eigen belang hun functie niet zullen willen kunnen wegcijferen- wat logisch, begrijpelijk en niet meer dan menselijk is. Het kan niet anders dan weerstand oproepen hetgeen wij hier schrijven omdat sowieso altijd al moeilijk geaccepteerd wordt dat de werkvloer meedenkt met het management (= normaliter niet de bedoeling) laat staan dat we *voor* het management gaan denken. Vanuit de hiërarchie bekeken zal naar verwachting wat wij beogen moeilijk vallen maar wij wijzen in dit verband op info van vele zorgwerkers en ook managers (die ander werk zochten) (laag- en hoogopgeleiden) uit het hele land waaruit blijkt dat wij niet alleen staan. **In ieder geval blijkt daaruit dat de werkvloer zich eraan ergert zo weinig invloed te hebben op de eigen planning en werkuitvoering en de kosten die al die hogere lagen nemen (waarbij iedere burger notitie heeft kunnen nemen van de diverse uitwassen waarvan de kranten gewag maakten) en dit in het licht dat er tegelijkertijd steeds meer op de werkvloer bezuinigd wordt, de werkdruk opgevoerd wordt en er wel op kwaliteit gehamerd wordt.**

Marktwerking in de zorg, met al zijn managers en kantoren, houdt in ieder geval niet per definitie in dat het te leveren ‘product’(lees dienst) die kwaliteit in de zorg opbrengt die voor de samenleving wenselijk is en maakt ook niet dat zorg goedkoper wordt; in tegendeel. Marktwerking in de zorg levert volgens ons (en de overige actiegroepen die ons ondersteunen) alleen het gewenste resultaat op als zorgafhankelijke burgers vrije keuze hebben en invloed kunnen uitoefenen. Het feit dat burgers verplicht worden tot het betalen van hoge ziektekostenverzekeringpremies strookt ook niet met dat idee van vrij zijn mede ook omdat ze geen invloed kunnen uitoefenen op de kosten van de zorg.

Vraag voor ons is of de ouderenzorg zo te regelen is; (ongeacht we voor of tegen marktwerking/marktmechanisme zijn en de hele discussie over marktwerking te omzeilen is)dat de zorg hoe dan ook eenvoudiger en goedkoper wordt met minder bureaucratie en minder kosten, minder management en hiërarchie. Zorg waarover zorgvragers en zorgwerkers en samenleving dan alle tevreden kunnen zijn zodat er in de toekomst genoeg werknemers in de zorg zullen zijn om de steeds groter wordende groep zorgafhankelijke ouderen te kunnen verzorgen. Geld is het voornaamste struikelblok maar is het niet zo te regelen dat de kosten naar beneden gaan?

(Te) Weinig tijd en geld oorzaak voor alle misstanden en knelpunten in de zorg

Zie stelling 4 van manifest: Goede zorg moeten leveren en er geen genoeg tijd voor krijgen is een paradoxale opdracht. Tijd is zoals gezegd een kwaliteitsfactor/ een voorwaarde voor zorgkwaliteit. Hoe hebben we het met z'n allen toch zo ver kunnen laten komen.

De zorg staat onder hoge druk : we hebben het zelf ervaren op de werkvloer (met zijn drieën als Nubasta hebben we zoals gezegd meer dan 100 jaar werkervaring in verzorgingshuizen, ziekenhuizen en verpleeghuizen en revalidatiecentra) en op basis van informatie van collega's uit het hele land die binnen kwam kunnen we er niet meer omheen. De websites van de actiegroepen werd druk bezocht en bij Nubasta kwam info binnen via nubasta@live.nl, zorgbeterregelendoor@live.nl en ikverlietdezorgomdat@live.nl en indirect middels en via contacten met andere organisaties/actiegroepen (Beroepseer, Zorgtekortenhyves, ActiegroepZorgcrisis en Zorg in Actie, Zorg geen markt). Daarnaast kregen we veel informatie binnen van vakbondsleden en haalden we info uit de berichtgeving van de media alsmede uit de discussies in de politiek (o.a over de 24 uursluiers). Werken in de zorg wordt er niet aantrekkelijker op gemaakt, alle positieve campagnes die synchroon lopen aan de feitelijk situatie ten spijt. Werkdruk is en blijft een groot struikelblok.

Oorzaken zijn bekend: bureaucratie (controle/beheersing : waar gaat tijd en geld naar toe) Personeelskrapte/met minder mensen steeds meer moeten doen. Dit brengt onvrede en stress met zich mee. De onvrede die er is op de werkvloer uit zich niet alleen in wegloop uit zorgberoepen of hoger ziekteverzuim (en meer tijdelijke invallers,) Vanwege de werkdruk maar ook omdat werknemers moeilijk een vast contract krijgen is het niet aantrekkelijk om in de zorg te werken (Velen kregen 2009 maar slechts een 0-uren-/ of parttime contract of werden middels uitzendbureau's ingezet) Op 0-urencontracten kunnen oproepkrachten geen toekomst bouwen (de banken geven geen hypotheek op een dergelijke basis(= geen basis) Er zijn collega's die oproepkracht zijn bij meerdere instellingen. De flexibele inzetbaarheid die gevraagd wordt gaat totaal voorbij aan de wensen van de werknemers. Terwijl zij opgeleid zijn tot zelfstandig werkende mensen wordt er van bovenaf aan de touwtjes getrokken en bepaald en beperkt hoe zij hun werk moeten doen en hoe dit geregeld moet worden.

Vraaggestuurd werken met te weinig personeel maakt soms dat men van hot naar her moet lopen om aan zorgvragen te kunnen voldoen en loopt spaak als er tegelijkertijd meerdere mensen b.v. dezelfde tijd uit bed willen. Hoewel leidinggevenden zeggen dat niet alle werk perse voor 10 uur 's ochtends geklaard hoeft/moet zijn; gaan vele collega's om 10 uur weer weg en terwijl er gezegd wordt dat mensen ook later van bed mogen als ze dit zelf aangeven, geeft de praktijk aan dat vrijwel iedereen ruim voor 10 uur wel graag uit bed wil.

Omdat we aan diverse werkgroepen hebben deelgenomen willen we zeggen dat meedenken soms uiteindelijk *tegen* de werkvloer uitwerkt. De uitkomst van onze werkgroep 'meer handen aan het bed' bewerkstelligde op basis van ons interne onderzoek en knelpunten een andere werkvolgorde. Dit met instemming van het voltallige personeel. Zoals eerder genoemd viel met ons plan de vaste badzuster uit en werd ingezet op de afdelingen zodat ieder een eigen helft van een afdeling kreeg toegewezen /iedereen douchte vanaf dat moment de eigen bewoners i.p.v. dat ze in bad kwamen – er werd zodoende minder heen en weer gelopen.

Resultaat was dat er meer tijd vrij kwam voor de zorgvrager zelf. Na een paar jaar keken we als werkgroep terug en moesten constateren dat(hoewel de werkdruk was toegenomen en de zorg complexer was geworden) er weer meer eisen waren gesteld aan de werkvloer, dat de extra tijd voor de bewoners was weggecijferd en dat er zelfs een formatieplaats was afgehaald- dus in de ochtenduren een werknemer minder was ingezet. Het treurige ervan was

dat collega's die in de werkgroep hadden gezeten waaronder ikzelf van het team te horen kregen: 'we hadden beter de badzuster maar kunnen houden' wat de werkgroep interpreteerde als 'door jullie idee moeten we het werk met nog minder personeel doen. De 'roep' om de vaste badzuster was 'weer terug' terwijl dit het eigenlijke probleem niet was, dit werd immers veroorzaakt doordat er een personeelslid minder werd ingezet. Zo kunnen we dan stellen: wordt de wil om efficiënter te werken om te komen tot meer menselijke zorg afgestraft en de badzuster? Tja die bleef voorgoed verleden tijd.

Werknemers in de zorg zijn niet weerbaar; onze ervaring is dat weerbaarheid haaks lijkt te staan op dienstbaarheid. Werknemers in de zorg zijn een bepaald soort/slag mensen. Tijdens gesprekken met leerlingen van een zorgopleiding en in gesprek met de docenten (zorg) ervan betreft het niet zelden een groep leerlingen die gevoeliger in het leven staat; ze hebben vaak al het nodige meegemaakt en hebben vaak een serieuze en dienstbare inslag van nature. Het is die aanleg wat maakt dat familieleden en vrienden zeggen dat ze w.s. geschikt zijn voor de zorg. Het is juist zo vernietigend voor een dergelijke groep mensen dat terwijl zij zich dienstbaar willen opstellen zij in de mangel worden genomen door factoren waardoor zij die eigenschappen en kwaliteiten niet of nauwelijks kunnen gebruiken in hun werk. Terwijl *dat* het is waardoor het beroep waarschijnlijk zo aantrekkelijk voor hun is. Het menselijke aspect van de zorg en het dienstbare ervan is ook wat onszelf altijd heeft aangetrokken in het beroep.

Het kan een valkuil zijn want er kan ook gesteld worden dat het niet wenselijk is om de zorg in te gaan om eigen behoeften te bevredigen- naast het gegeven dat zij wat te geven hebben. Docenten zijn echter heel goed in staat om die valkuilen en kwaliteiten te leren onderscheiden en inzichtelijk te maken bij leerlingen- zorg. Dit blijkt uit onze informatie en ook onze ervaring. **Andere vraag die gesteld kan worden is of het niet logisch is in het menselijk verkeer dat gevoelens een rol spelen; juist in relaties en situaties die langdurig zijn zoals in de ouderenzorg (en heel de long staycare/langdurige zorg) o.i. immers het geval is. Als er geen gevoelens meer mogen spelen dan verworden zorgwerkers tot zombies en levende robotten en maakt dit de beste verpleegkundige handeling tot een kille bedoening, waardoor de kwaliteit in de zorg helemaal onderuit wordt gehaald. Onze stelling is (zie 1^e stelling) dat tijd voor aandacht en betrokkenheid een kwaliteitsfactor is. Het is ons vermoeden dat onverschilligheid onder werkers in de zorg aangewakkerd wordt (mogelijk proces: de zuster heeft te weinig tijd, ma verkommerd en haar familie geeft tegengas vanwege te weinig aandacht en de zuster wil wel maar kan niet anders en denkt 'het is toch nooit goed' en/of 'k doe gewoon m'n taak en that's it ' of denkt op de lange duur; 'vergeet het maar ik zoek wel wat anders' (we hebben nog -tig variaties op bovenstaande reacties gehoord)**

Daarnaast komt ook nog eens het gegeven dat het management het aan werknemers verbiedt om dergelijke onmachtzaken (weinig tijd hebben) tegen patiënten/ cliënten uit te spreken (en zeker niet 'sorry mevrouw maar ik moet nog zoveel doen of dit of dat nog doen') waarmee ze volledig tegen de muur gezet worden en geen kant meer op kunnen. Dit wordt als een zeer onrechtvaardige zaak ervaren. Lezers zouden zich moeten bedenken wat het betekent dat als de werkdruk al hoog is wat er gebeurt als er een patiënt valt of plotseling overlijdt wat extra tijd vergt.

Over wenselijkheid en onmacht in de ouderenzorg.

Zie ook stelling 5 van manifest. Wat wenselijk is op de werkvloer en de belangen ervan worden bevochten tussen vakbonden en werkgevers, tussen de sociale partners. Met name de *arbeidsvoorwaarden* komen dan aan bod. De term sociale partners begrijpen we niet tussen vakbonden en werkgeversorganisaties want zij zijn toch geen partners maar tegenstanders met tegenstrijdige belangen (zoals Viviane Forrester dit zo duidelijk heeft benoemd) We hoopten de afgelopen jaren steeds maar weer dat bij overlegsituaties uitkomsten er zaken tot stand zouden komen die daadwerkelijk tot situatieverandering in de zorg zouden leiden maar arbeidsomstandigheden schijnt iets anders te zijn als arbeidsvoorwaarden want tijdens onderhandelingen en de uitkomsten ervan horen we er nooit wat van. Hoe arbeidsomstandigheden zijn is toch wel degelijk een voorwaarde waar over onderhandeld zou moeten kunnen worden. En dan nog; hoe worden zaken aangekaart en opgelost, middels het poldermodel?

Als door het Nederlandse geroemde *poldermodel* met de consensus en het compromis de afzonderlijke standpunten (hetgeen dat door de afzonderlijke betrokken partijen/groepen als wenselijk is onderstreept) naar de achtergrond verdwijnen dan is dit erg jammer. Worden de uiteenlopende standpunten in de eindconclusies en aanbevelingen waar beleidskoersen op worden gebaseerd en expliciet benoemd wel steeds opnieuw meegenomen. Blijven die wel zichtbaar zodat afzonderlijke organisaties ook kunnen blijven staan voor hun standpunten zodat daarmee ook duidelijk blijft /wordt dat men als afzonderlijke partij water bij de wijn heeft moeten. Dit zodat bij een latere evaluatie eventueel gekeken kan worden of de eerdere standpunten/wensen alsnog meegenomen kunnen worden. Wij vragen ons dit af omdat de zorgsector steeds weer opnieuw aan de bel moet trekken en de oplossingen achterwege blijven.

Ter illustratie dit kleine maar duidelijke voorbeeld: Er is begin 1994 door de Actiegroep Functiewaardering Bejaardenoorden en voor meer Veiligheid (waar ondergetekende ook deel van uitmaakte) samengewerkt in een Provinciale werkgroep Ouderenzorg, genaamd 'Open deur' ten behoeve van het opstellen van een handboek Sociale Veiligheid. Daar namen diverse organisaties aan deel zoals de Welzijnsraad Fryslân , de Vereniging Nederlandse Bejaardenoorden (toen nog VNB genoemde/nu Actiz), een gedeputeerde ouderenbeleid en volksgezondheid, een politie/preventiefunctaris en nog een aantal anderen in vertegenwoordigd waren. Het doel was om een handboek te presenteren waarmee verzorgingshuizen aan beveiligingsbeleid gestalte konden geven. Hoewel vanaf het begin door allerlei deskundigen en instanties – voorafgaand aan dit commissiewerk – al werd gehamerd op het feit dat er qua oplossingen ingezet moest worden op technische middelen(i.v.m. de te hoge kosten en dit na onze roep om meer formatieplaatsen in te zetten). Iedereen was het erover eens dat de 'gatenkazen' die Bejaardenoorden toen in de media werden genoemd als het om Sociale veiligheid ging –dat er wat gebeuren moest om de veiligheid te bevorderen. De actiegroep stelde dat met het inzetten van meer avond- nachtwerkers de (subjectieve en objectieve) veiligheid beter kon worden gewaarborgd (de stelling van de AFB was : als zorgwerkers verstoken raken van hulp dan raken hulpvragers verstoken van hulp) De gangbare opmerkingen waren vanwege de kosten van extra formatieplaatsen dus gelijkduidend: Er moest op voorhand ingezet worden op de meer technische oplossingen/mogelijkheden zoals het plaatsen van camera's, dievenklauwen (op ramen en deuren) alsmede veiligheidsregels (beleid)en het opzetten van protocollen m.b.t. goed sleutelbeheer en het doen van controlerondes) De actiegroep bleef in het begin in de commissie hameren op het benoemen en notitie maken van al hetgeen wenselijk was m.b.t. oplossingen inzake de onveiligheid **dus ook meer formatieplaatsen**. Het op voorhand

weglaten van de roep om meer handen aan en rond het bed omdat het toch niet financieel haalbaar was vond de actiegroep onbespreekbaar en feitelijk onjuist. De commissie ‘Open deur’ heeft de wenselijkheid van meer formatieplaatsen meegenomen en uiteindelijk gezocht naar alternatieve mogelijkheden voor formatieplaatsen en vond deze. Zo kwamen er uiteindelijk gesubsidieerde portierfuncties bij (banenplan/baan met behoud van uitkering) waardoor de kosten beperkt bleven maar die de sociale veiligheid in de instellingen verhoogden. In de jaren erna kwam er b.v. een slaapwacht en weer later een helpende als assisterende in de nachtdienst bij; dat dit kon kwam omdat die wenselijk onderstreept is gebleven. Willen we nog erbij vermelden dat regelgeving inzake brandpreventie toen al *twee functionarissen* voorschreef- 1 gaat bij brandmelding op onderzoek uit(brandhaard) en 1 blijft bij brandmeldpaneel. Bij éénderde van alle instellingen bleek dat er slechts 1 werknemer aanwezig was in de instelling gedurende de nacht. Zo bleek uit onderzoek 1991-van de AFB.(Rapport: Zorg voor veiligheid/ Veiligheid voor zorg)

Punt van orde is wel dat het nu beter zou kunnen om terug te vallen naar 1 functionaris. Dit omdat er door de huidige technische ontwikkelingen (Camera’s/door snelle communicatie, door mogelijkheden met name te noemen de mobiele telefoons) en de meer ontstane objectieve veiligheid (betere sloten en raamafsluiting, beter verlichting etc) en omdat er door beleid(controlerondes) een gat gedicht is. Nog blijft het zo dat als een werknemer verstoken raakt van hulp dat de bewoners/cliënten verstoken raken van hulp maar tegenwoordig hebben we (in tegenstelling tot eind jaren 80 en begin jaren 90) nu handige hulpmiddelen en alarmsystemen ter beschikking en met protocollen en regels kun je onveiligheid beter ondervangen. Moet hierbij wel aangegeven worden dat het s’ nachts *alleen* werken niet voor iedereen weggelegd is want al is een situatie objectief gezien veilig, subjectief gezien kan het als onveilig aanvoelen omdat men b.v. *alleen* is, omdat het donkerder is buiten etc., daarom: nachtdiensten: alleen indien zorgwerkers dat willen of aankunnen. Iedereen zal begrijpen dat met een angstige nachtwerker de kwaliteit van de zorg kan inboeten wat ook aangetoond werd. Anders gezegd: kunnen zogenaamde geïntegreerde diensten (waarbij werknemers zowel dag- als avond- en nachtdiensten ‘moeten’ draaien) de kwaliteit van zorg aantasten tenzij er keuzevrijheid is voor het willen doen van nachtdiensten- nb niet alle zorgwerkers *kunnen* overigens overdag slapen met alle gevolgen zoals ziek worden van dien. Begin jaren 90 kwamen gedwongen nachtdiensten te veel voor. Omdat nachtdiensten de verantwoordelijkheid van de functie beïnvloedt werden diensten volgens het functiewaarderingssysteem hoger ingeschaald en betaald – hoewel daar alweer aan geknabbeld is en nog wordt. Als dan het financiële aspect als uitgangspunt genomen wordt bij het invullen en regelen van diensten is het gunstiger voor werkgevers om op basis van geïntegreerde diensten de toke te laten draaien- omdat die over het algemeen lager ingeschaald zijn. Maar ook hier geldt dat kwaliteit in het geding kan raken- en dat bleek daarmee ook uit het rapport ‘Zorg voor veiligheid/Veiligheid voor Zorg. Als werknemers zich onveilig voelen dan is dit onherroepelijk van invloed op de werkuitvoering en daarmee van invloed op de zorgkwaliteit -waar het rapport door middel van de praktijkvoorbeelden de feiten daarvan destijds ook aangedragen heeft. **Het is steeds van belang om zorgkwaliteit zuiver te benaderen vanuit wenselijkheid, afgezien van het al dan niet hebben van geld/financiële ruimte . Dat dit binnen het huidige zorgsysteem en deze zorgstructuur – hoe het nu geregeld is- steeds onmogelijker wordt moet iedereen wel duidelijk zijn.**

Over wenselijkheid en het zoeken naar oplossingen of alternatieven.

Zie ook stelling 6 van manifest.

Tot aan anno nu bleek dat onmogelijk omdat problemen m.b.t. werkdruk gewoon ontkend en genegeerd werden.

Aan de ene kant werd en is tijd voor aandacht en betrokkenheid verdrongen, aan de andere kant – met name vanuit de opleidingen werd en wordt steeds het belang van een goede bejegening benadrukt en bleef en blijft een goed invoelend vermogen erkend maar dit maakte de tegenstrijdige situatie op de werkvloer nog onmogelijker. Oplossingen n.a.v. gezocht van bewoners en verzorgers op het eigenlijke probleem kwamen er niet want er kwamen geen handen aan het bed bij (geen tijd bij) maar ondertussen werden er wel allerlei cursussen opgestart m.b.t. bejegening, cliëntgericht werken etc. En alle programma's en projecten en idealen van de werkgevers werden op het bordje bij de werknemers gelegd over hoe het management hun kwaliteitszorg wilden realiseren en waarmee ze hun afzonderlijke instellingen wilden promoten (met al de behorende poespas van zilveren en gouden keurmerken daarbij) maar wat de zorgwerkers wel even moesten doen. Er moest steeds efficiënter gewerkt worden ook toen de rek er al lang uit was. Kortom: Het probleem van de werkvloer is jarenlang gewoon genegeerd alsof er geen probleem was (velen van ons hebben gedacht: 'zijn wij nu gek of, hoe zit dat nu eigenlijk'?)

Op basis van eigen ervaringen als patiënt weten we dat het niet logisch is dat patiënten of cliënten zich bij de instelling zelf gemakkelijk uiten over wenselijkheid laat staan dat zij zich gaan beklagen over de zorg. De afhankelijkheid maakt volgens ons dat klagen niet gemakkelijk is. Een bewoner stelde: Je kunt als mens veel zaken binnen de zorg waarderen en goedkeuren en als er dan iets niet goed gaat hoe zal ik dat dan kunnen zeggen. Als er te weinig tijd voor me uitgetrokken is ben ik teleurgesteld terwijl ik weet dat 'de zuster' er niets aan kan doen, hoe zal ik me dan beklagen dan als ik ook wel zie dat de zuster zelf ook de dupe is- Dan is ze net op de kamer en dan gaat er weer een andere bel en dan heet het zo dat ze binnen 3 keer dat ie over gaat gereageerd moet hebben op de bewoner die *dan* belt -zo wordt het wel moeilijk praten tussen ons'. Familie doet dit klagen gemakkelijker maar die bevinden zich ook *niet* in een afhankelijk positie en de patiënt zelf die sust het dan later weer naar het personeel toe maar het werkt *wel* als familie klaagt.

Teamleiders gaan onmiddellijk in reactie op de klacht aan de slag, het personeel krijgt instructies en probeert aan de eisen te voldoen maar voelt zich tegelijkertijd nog meer onder druk gezet en geslachtofferd als er al zoveel te doen is. Aan het eigenlijke probleem, de werkdruk, het hebben van te weinig tijd, daar wordt niets aan gedaan maar dan ook helemaal niets mee gedaan.

We denken dat omdat wel duidelijk is in de zorg wat wenselijk is (vanuit zorgvragers, zorgwerkers en samenleving bekeken) dat de knelpunten dus blijkbaar niet *opgelost kunnen* worden en dat er alternatieve oplossingen gezocht moeten worden; buiten de kaders van hoe het nu geregeld is. **Hoofddoel:** is meer handen aan het bed, beter gezegd **meer tijd bij het bed/tijd voor de zorg** want dit includeert zowel de tijd voor de zorghandeling als de tijd voor de zorgvrager. Het spreekt vanzelf dat dit behelst dat er genoeg zorgwerkers moeten zijn om het werk naar behoren te kunnen doen.

Genoeg zorgwerkers in toekomst als de knelpunten in de zorg opgelost worden.

Zie stelling 7 van het manifest, voor een opsomming van de knelpunten, in bijbehorende toelichting.

Een van de knelpunten is **lage beloning van zorgwerkers**. Om er voor te zorgen dat er genoeg zorgwerkers aangetrokken zullen worden in de zorg zal de beloning goed (genoeg) moeten zijn. Beloning is een verhaal apart. Beloning kan een stimulans zijn om in de zorg te willen/ blijven werken maar voor velen van ons lijkt het niet wenselijk dat beloning de voornaamste prikkel zou zijn om in de zorg te willen werken. We moeten er niet aan denken dat geld alleen de reden zou zijn om in de zorg werkzaam te willen zijn.

Te weinig/ tot geen medezeggenschap en inspraak op de werkvloer : de roep om meer personeel resulteert (door financiële onmacht? v managers) er in ieder geval in dat zij protesten de kop indrukken en problemen negeren waarmee medezeggenschap niets meer voorstelt. Conflicten die er tussen groepen personeelsleden van diverse diensten ontstaan (door doorschuiven v werkzaamheden- zoals het 's nachts wassen van de meer kwetsbare en minder weerbare mensen laat men dan gebeuren. Het management blijft hierbij niet zelden uit de wind(verdeel- en heersprincipe).

Daarbij wordt 'sterk', weerbaar personeel niet gewaardeerd/d.w.z. hun kritische inbreng niet. Uit gegevens blijkt steeds weer dat 'lastig' personeel en democratisch gevoelig personeel dat op rechten wijst of op onwenselijkheid wijzen (op basis van wat hun geleerd is inzake zorgkwaliteit en die protesteren over hoe zaken voor de werkvloer beslist worden) daar negatieve gevolgen van ondervinden. Zij krijgen b.v. geen promotie dit in tegenstelling tot personeel dat ('t zij onder onderling gemor) meegaat met de leiding en geen tegengas geeft en niet voor het beroep en de bewoners durven op te komen. In dit verband is het saillant om te wijzen op de beroepscode van de beroepsgroep en wat deze aangeeft (zie voor beroepscode en zo ook de eed: Google). Aardig is misschien te vermelden dat Florence Nightingale in haar tijd een *strijdbare* vrouw was. Zij ging naar de koningin en kwam verhaal halen. Zij bestreed het bericht dat er heldendaden verricht waren. Florence bracht ertegen in dat de tienduizenden gewonde soldaten volgens haar eerder duiden op misdaden.

Een assertieve werkneemster en bestuurslid van Nubasta heeft 3 dochters die allen meerdere keren gesolliciteerd hebben naar een vakantiewerk-baantje in het zorgcentrum waar zij werkte. (Zij deed ondermeer een handtekeningactie om een bejaardenhuis te behoeden tegen sloop in een tijd dat de wachtlijsten te lang waren) Er kwamen vele dochters aan het werk, jaar in jaar uit maar haar dochters niet. (Een leidinggevende die zich destijds faliekant tegen haar handtekeningactie opstelde werd later –toen het huis bewaard bleef voor de ouderenzorg en eenmaal verbouwd was- de nieuwe manager) Hoe wonderlijk kan het in het leven gaan.

De knelpunten hebben op een of andere manier allemaal te maken met het ontbreken van financiële voorwaarden/mogelijkheden. Wij bedachten al snel (op basis van de gegevens) dat er een oplossing moest komen die ervoor zou zorgen dat er minder financiële obstakels zouden zijn en dan moest *de zorg zelf* anders geregeld worden. We vrezen dat zolang de knelpunten en de oorzaken ervan niet eerst door de overheid en de politiek erkend worden ze niet aangepakt zullen worden en dat de situatie in de zorg zich blijft doorzetten/verergeren. Vooralsnog lijkt niemand deze rijdende trein op de werkvloer te zullen of kunnen stoppen.

Na de erkenning/onderkenning is het eerst belangrijk om de langdurige zorg te willen innoveren en open te staan voor creatieve ideeën buiten het zorgstelsel. Dit omdat die zich *binnen* het systeem klaarblijkelijk moeilijk kunnen (c.q. zeker niet spontaan) laten ontstaan. Zeker als dit tegen belangen ingaat van mensen die in het systeem werkzaam zijn of deel uit maken van het systeem. Naast toename van de kosten – werkt het huidige systeem in de hand dat er steeds meer lagen (al zijn) ontstaan in de zorg waar zaken geregeld moeten worden en daarnaast dat de zorguitvoering steeds complexer en onoverzichtelijker wordt waarbij iedere laag een eigen deeltaak heeft en minder verantwoordelijk is voor het geheel. Daarbij kan niet vaak genoeg gewezen worden op de toename van de bureaucratische rompslomp. **Het moeten doen van taken die nauwelijks meer wat van doen hebben met het eigenlijke zorg werk.** In ieder geval kunnen we met elkaar constateren dat die trein maar doordenderde en nog voortdendert en dat dit tot anno nu zich doorzet ondanks de signalen van de werkvloer. Ondanks dat erkend wordt dat de bureaucratie veel tijd in beslag neemt zijn er d.d. 17 nov.2010 meldingen binnen gekomen dat binnen instellingen zorgpersoneel massaal computercursussen aan het volgen is om daarin de gegevens van iedere bewoner in op te kunnen slaan. Nachtdienstmedewerkers moeten nu in een (niet nader te noemen) instelling van alle bewoners de recentelijke gegevens uitprinten en op karren leggen, waarna het dagpersoneel de nieuwe info in de zorgmappen van de individuele bewoners op kamer moet toevoegen. Het teveel aan rapportage moet verwijderd worden en weer opgeruimd worden in een andere zorgmap die zich bevindt in een andere vleugel van de instelling. Na contacten met diverse betrokken werknemers blijkt dat velen die wij spraken hiervan balen maar het grootste deel laat zich lijdzaam naar de slachtbank leiden. **Het merendeel heeft totaal geen voeling met computerwerkzaamheden en willen werkzaamheden aan en rond het bed verrichten. Handelingen die dichter liggen bij het uiteindelijke doel van hun functie en opleiding: het verzorgen/verplegen van de mensen en er zijn voor de bewoners. Hoe is een dergelijke trein te stoppen. Is deze wel te stoppen vragen we ons af. Vanuit bestaande situatie is verandering moeilijk in te passen denken wij maar niet onmogelijk maar het moet in ieder geval maatschappij breed en organisaties –breed gebeuren.**

Het is gemakkelijker om de vinger ergens op te leggen en te zeggen dat er meer handen/tijd aan het bed moeten komen of dat het anders moet dan om het op te lossen. Dit wordt ook regelmatig aan ons adres geuit door instanties . **Binnen het ministerie VWS – in contact met Directeur langdurige zorg Iris v Bennekom en met Jet Bussemaker /staatsecretaris 2009/2010) werden we gesteund in de gedachte dat het er toe zou doen als de werkvloer gegevens ter verandering zou aandragen. Ook een zorgverzekeraar verzekerde ons dat dit het geval was en dit is de reden waarom we dit daarom hoofdzakelijk ook doen. Dit signaal was zeer welkom want democratische beginselen zijn steeds verder te zoeken op de werkvloer. We hebben zodoende ideeën ontwikkeld over hoe het anders zou kunnen en deze wordt uitgewerkt in : Een andere visie op zorg/ aanbevelingen.**

De democratische beginselen zijn slachtoffer van hoe de zorg momenteel geregeld is. Bv: (Een werknemer illustreerde dit als volgt): Zij solliciteerde (intern) naar de functie van teamleider in de gehandicaptenzorg. Tijdens het sollicitatiegesprek werd haar de vraag gesteld dat als zij van de manager te horen zou krijgen om een impopulaire regel in te voeren op de werkvloer hoe zij deze boodschap dan aan het personeel zou overbrengen. Haar antwoord was dat zij met het team(waar zij goed mee overweg kon als teamlid) om de tafel zou gaan zitten (menselijk aspect!) en zou zeggen ‘jongens hoe lossen we dit met elkaar op. Zij gaf het ‘foute’ antwoord en werd niet geschikt bevonden als teamleider. Een ander teamlid waarover zij zei dat ie helemaal niet goed aanvoelde wat de pupillen wensten, werd *wel* aangenomen. Zij vroeg hem later of hem tijdens zijn sollicitatiegesprek die specifieke vraag ook was gesteld waarop hij dit beaamde. Zijn antwoord was geweest: dat hij de impopulaire maatregel

gewoon ingevoerd zou hebben en het team voor voldongen feiten zou hebben gesteld. Deze werkneemster is ziek geweest vanwege de onrechtvaardige situaties op de werkvloer. Haar grootste pijn was dat terwijl zij goed aanvoelde wat pupillen wensten en zij hierin door henzelf en haar collega's bevestigd werd, dat leidinggevenden daar zo anders over leken te denken en in ieder geval navenant beslisten. (Dit terwijl zij tegelijkertijd de mond vol hadden over kwaliteitszorg). We waken ervoor om niet te zeggen 'daar zo anders over dachten' **omdat wij gemerkt hebben uit verhalen van enkele managers en bestuurders dat lagen boven en buiten hun organisatie de beslissingen vaak doorvoeren en dat zichzelf op hun beurt ook niet vrij zijn om echt te kiezen wat ze wenselijk en beter vinden. Waardoor we durven te stellen dat het systeem, zoals het nu geregeld is, hetgeen wat wenselijk is in de zorg bemoeilijkt en tegenwerkt; waar het hart voor het werk moet liggen wordt dit onmogelijk gemaakt door (voornamelijk financiële) beperkingen terwijl er geen inspraak getolereerd wordt van de werkvloer zelf die het eigenlijke werk moet doen (dit tengevolge van organisatiestructuren en hiërarchieën) en niemand meer invloed op de werkomstandigheden kan uitoefenen. Stuk voor stuk lijkt iedereen op zich een te kleine spil of speler te zijn in het geheel. Niemand is verantwoordelijk meer voor het geheel.**

Er spelen onlogische zaken in de maatschappij m.b.t. inspraak. Er zijn in 2009 en 2010 acties op touw gezet tegen de werkdruk en tegen de ontmenselijking van de zorg. D.d. 18 nov. 2010 meldde de Leeuwarder Courant d.d. 20/11 2010 : dat zorgwerkers uit verpleeg- en verzorgingshuizen, thuiszorg en kraamzorg en de gehandicaptenzorg en verzorgingshuizen 3.1 % salarisverhoging kregen. De tekst meldde dat er diverse acties geweest waren maar *niet* waar dit feitelijk om ging. Het is natuurlijk heel goed van de bonden dat ze deze salarisverhoging er door hebben weten te krijgen. Wij en de betrokken actiegroepen die dit manifest en rapport steunen is het nimmer te doen geweest om salarisverhoging; we **probeerden de knelpunten /misstanden en de scheefgegroeide verhoudingen in de zorg aan te kaarten en daar werd – hoe bestaat het- niets over in de media gezegd.**

Een slechte ontwikkeling, vinden velen onder ons, het niet geven van vaste contracten. Voor kwaliteitszorg zijn vaste en langere dienstverbanden (meer uren) een pre omdat zorgwerkers die op basis van kleine o- urencontracten c.q. oproepcontracten werkzaam zijn moeilijker het overzicht over het geheel binnen een instelling kunnen behouden omdat zij als het ware steeds 'opnieuw' ingewerkt moeten worden voor een paar uren terwijl het om 24 uurszorg gaat m.b.t. een relatieve grote groep bewoners. Dit in tegenstelling tot werkers met vaste –meer uren-contracten- die meer continue en langer op de dag werken en meer diensten draaien. Het is begrijpelijker dat die werknemers beter overzicht hebben en kunnen houden over wat er bij bewoners speelt. Iedereen die wij spreken begrijpt het belang dat bewoners niet steeds andere werknemers over de vloer moeten krijgen. Het regelmatig omwisselen en uitzetten van werknemers over diverse afdelingen bevordert de flexibiliteit en inzetbaarheid van werknemers- waar werkgevers belang bij hebben- maar is minder wenselijk naar de bewoners toe en is minder bevorderlijk voor de zorgkwaliteit. Bewoners zien steeds weer nieuwe gezichten en moeten o.a.steeds weer dezelfde dingen uitleggen en werknemers moeten steeds weer inwerken. Wij vinden het strevenswaardig als zoveel mogelijk dezelfde verzorgers bij een bewoner komen.

Omdat naar verwachting de vergrijzing van de bevolking toeneemt (er steeds meer ouderen die zorgafhankelijk worden komen) en daarnaast de samenleving ontgroent zal een steeds kleinere groep jongeren de zorg en de kosten van een in verhouding steeds groter wordende groep ouderen moeten dragen. **Zorg moet gewaarborgd worden voor volgende generaties en naast kwalitatief goed, goedkoper geregeld moeten kunnen worden. Daarnaast**

moeten we als samenleving er voor zorgen dat er genoeg zorgwerkers in de toekomst zijn en in de ouderenzorg willen blijven.

Dat er voor deze groep ouderen zorgwerkers nodig die er volgens het CPB niet genoeg zullen zijn, al zouden zij massaal voor het beroep kiezen (minder aanwas) is het in het belang van de samenleving dat de overheid open staat voor andere ideeën en deze stimuleert en het streven naar innovatie draagt. Als zorg eenvoudiger geregeld wordt komen er vanzelf meer handen vrij (tijd vrij) voor aan het bed. Omdat ze er daadwerkelijk zijn en omdat ze de tijd effectiever kunnen besteden aan taken waar het in de zorg echt omdraait. **Wat weer maakt dat het beroep aantrekkelijker wordt en jong en oud vaker voor het beroep zullen kiezen.** Ten overvloede: Jonge mensen kiezen of hebben gekozen voor een beroep als zorgwerker omdat ze het verzorgen en verplegen op zichzelf juist leuk vinden terwijl daar nu juist minder tijd voor is.

Bestuurders, managers en politici hebben tot nu toe het tij niet weten te keren

Zie stelling 8 van het manifest + toelichting.

Hoewel de status quo doorzet zijn er instellingen zoals de Skule (zie Bijlage interview en verslag met Anneke Gaastra- van winnend verpleeghuis) waar het (nog) goed gaat. Anneke wees op de veranderingen die daar ook op de loer lagen die zij persoonlijk lang heeft weten te keren maar het huis doet het onverlet goed. D.w.z. er is weinig ziekteverzuim en zoveel mogelijk personeel om de klus op de werkvloer te klaren en dit tegen tevredenheid. De opzet en organisatie van het werk kan veel uitmaken maar het karakter en de houding (zo merkten wij) en inbreng van een manager zelf ook. Als een manager echt naast het personeel staat, goed bereikbaar is en de vinger legt op afweergedrag op de werkvloer bij werkdruk etc. en de oorzaak weet te voorkomen kan de sfeer goed blijven en worden mensen mogelijk minder snel ziek. Het ziekteverzuim was daar ook laag. (De onkosten minder hoog). Volgens ons *voelden* bewoners daar ook dat personeel daar goed in hun vel zat en minder gestrest was; het kwam ook natuurlijk en ontspannen over. In de Skule was de sfeer opmerkelijk prettig.

De uitzonderingen daar gelaten; er kwamen helaas teveel berichten uit het land waaruit blijkt wat iedereen al wist: dat het niet goed gaat op de werkvloer en dat de negatieve ontwikkeling m.b.t. werkdruk en bureaucratie zich gewoon doorzetten.

Het management heeft de knelpunten voor de werkvloer in de zorg niet weten op te lossen. Juist omdat binnen de huidige systemen en organisaties geen kentering/verandering plaatsvindt van de huidige situatie op de werkvloer (gezien o.a. de bureaucratie en de werkdruk die maar blijft toenemen) zouden creatieve initiatieven en ideeën die tot verandering leiden actief gestimuleerd/gesteund moeten kunnen worden.. **Tot anno nu is het in de praktijk in ieder geval onmogelijk gebleken voor de werkvloer/uitvoerenden om aan veranderingen binnen organisaties vorm te kunnen geven of deze te kunnen bewerkstelligen.** Het is moeilijk om de juiste toon en wegen te vinden voor het aanreiken van hetgeen in de zorg wenselijk is laat staan dat de zorgwerkers zelf de veranderingen zouden kunnen realiseren: hiërarchische organisatiestructuren – binnen en buiten de instellingen vormen daarbij een belemmering. Zoals eerder genoemd, dit de democratie en spijt. Dit is wat alle meer assertieve collega's ons vertelden en wat alle vier woordvoersters van de actiegroepen ook onderstrepen en beamen - uit eigen ervaring.

Democratie heeft alleen zin als de werkvloer (maar ook de burgermaatschappij - zorgafhankelijk of nog/niet) gehoord mag worden en alleen als betrokkenen van onderaf invloed kunnen uitoefenen op aanpassing en verandering van hoe de zorg nu geregeld is in de samenleving..

Maar hoe reikt men buiten organisaties veranderingen aan. De juiste toon voor de werkvloer wordt ook buiten de organisaties moeilijk gevonden.

De juiste wegen lijken nauwelijks begaanbaar; het wordt wel door zorgwerkers aangereikt (aan o.a. de vakorganisaties en politieke partijen) maar het lijkt alsof zij allen onmachtig zijn want er verandert in ieder geval al jaren niets. De genoemde knelpunten blijven in relatie tot innovatie van de zorg, moeilijk bespreekbaar tijdens ontmoetingen: Als het de zoveelste keer op tafel komt kan iedereen niets anders meer doen dan met elkaar verzuchtend de schouders ophalen en de onwenselijke situatie blijft gehandhaafd. De werkvloer heeft geen beslissingsbevoegdheid over het eigen inhoudelijke werk m.b.t. de uitvoering en kan alleen maar slaafs reageren en afwachten **zeker als men van werk afhankelijk is** immers (– en naar wij alle dagen steeds weer horen van collega's-) men krijgt als gediplomeerde in de zorg niet gemakkelijk meer een volledige baan en als men die wil hebben of anders gezegd, men heeft er een die men niet wil verliezen dan noopt dat tot voorzichtigheid. Instellingen verlangen enerzijds flexibele inzetbaarheid (dat niet verder reikt dan een nulurencontract van zo'n 3 uurtjes op een dag met name in de spitsuren van 7-10 uur (omdat concreet gesteld: bewoners uit bed gehaald, gewassen/gedoucht en aangekleed moeten worden) en tegelijkertijd maakt men zich zorgen dat er te weinig instroom is/blijft in de toekomst. Instellingen werken *zelf* in de hand dat werkers uit de zorg vluchten.

(Minister Klink stelde in juni 2010 voor om praktijkopleidingen op te zetten (werken en leren) om de zorg in de toekomst van voldoende werkers te voorzien. Het is geen zuiver uitgangspunt als het zou gaan om slechts goedkope (jonge lerende) werknemers aan de zorg te binden en de zorg betaalbaar te houden (leerlingen zijn immers goedkoper) om daarmee instellingen van werknemers te voorzien. **Het is zaak om te zorgen dat ze na de opleidingstijd niet uit de zorg vluchten of daar uitgeflikkerd worden omdat ze na opleidingstijd te duur zijn geworden. Willen we zo langer met mensen omgaan; zorgwerknemers zijn geen slaven van de samenleving maar maken onderdeel uit van de samenleving waarin zij een waardevolle taak (kunnen) hebben. Die taak maakt dat zij beschermd moeten worden tegen het slechts gebruikt worden als waren zij slechts zielloze robotten. Wij onderstrepen hierbij nogmaals dat zorgwerkers inhoudelijk capaciteiten hebben die ze willen inbrengen en die de zorgkwaliteit bevordert (waar te weinig een beroep op gedaan mag worden).**

We gaan van analyses van wat er aan de hand is naar de oorzaken naar hoe het anders zou moeten kunnen. Van de status quo op de werkvloer, naar het zorgsysteem, naar de maatschappij en naar haar economische systeem. Het een is niet los te zien van het ander. Ik ben me dat bewust maar het ontbreekt me de tijd om alles steeds uit te schiften op onderwerp en te ordenen terwijl het tegelijkertijd wel wenselijk is dat alles benoemd wordt. Er linken zich steeds weer nieuwe gedachten aan het onderwerp zoals ook nu weer over 'werk' waar ik –na overleg met collega's om dit wel te noteren - toch op in wil gaan:

Werk is meer dan werk alleen; vast werk maakt dat jonge mensen een toekomst kunnen opbouwen; immers geen bank verstrekt op basis van een nul-urencontract een hypotheek. Omgekeerd betekent *geen* werk : *geen* toekomst, *geen* zekerheid, *geen* macht en kan tot een manier leiden (als je Viviane Forrester leest/ De terreur van de nieuwe economie) om hele bevolkingsgroepen er onder te kunnen houden. Slaven werden in vroegere tijden rechteloos afhankelijk gemaakt van hen die het over hun te zeggen hebben; als zorgwerkers (eigenlijk alle werknemers) geen bescherming genieten tegen de willekeur en almacht van bestuurders die alleen nog maar (kunnen) kijken naar het financiële plaatje waarbij arbeid als bijkomende kostenpost wordt gezien dan is er geen menselijke waardigheid meer, dan boet de vrijheid van werknemers daar op in. Kunnen we dan nog spreken van democratie of is er op de werkvloer

slechts nog sprake van een schijndemocratie want naar inspraak wordt nauwelijks of niet geluisterd. Niemand met wie we spreken vindt de huidige werkomstandigheden en de knelpunten in de zorg een goede zaak(....'maar er is geen geld') verzucht men dan al snel ...en dat is er al jaren niet.

Kent u het beeld nog- ergens begin jaren 2000- op Prinsjesdag ,van de toenmalige minister van financiën Gerrit Zalm met z'n koffertje ('miljoenen') in de hand en de tekst in de kranten: 'het gaat goed met Nederland !' ?. Wij stelden en schreven toen al in de krant de vraag, dat als het dan toch zo goed ging met Nederland waarom er steeds bezuinigd moest worden in de zorg want: 'Goede Zorg moet nu eenmaal wat kosten' . We hopen dat democratisch gekozen overheden de taal kunnen spreken van burgers die hun gekozen hebben en dat zij het geld-winstspook wat de baas lijkt in de wereld in de samenleving proberen te verslaan.

Het mag toch niet waar zijn (zoals Viviane Forrester stelt) dat, vrij vertaald, de wereld geregeerd wordt door een onzichtbaar spook, dat geen gezicht heeft en waar zogenaamde graaiers wel aan mee *moeten* doen en zichzelf daar niet eens meer aan kunnen onttrekken. Een systeem, een spook dat tot leven is geroepen en gericht is op winst en uitbuiting van de samenleving door een relatief kleine groep mensen en een economisch systeem wat steeds minder met democratische waarden (laat staan democratische sturing) lijkt op te hebben. Dit willen *wij* niet geloven want: behelst een samenleving nu dan niet meer dan financiële- en handelsbelangen? Als het antwoord ontkennend is dan mag en moet de samenleving uit naam van Willem van Oranje en de bijbehorende democratische beginselen zich weren in naam van de toekomst en om deze veilig te stellen. Het is niet best voor elke levende ziel die er op de wereld rondloopt als het economisch(geld-)systeem alleen slechts zichzelf gaat dienen. Dat hebben we toch allemaal gelezen over en/of geleerd van de (krediet-en financiële crisis waardoor de economische crisis werd veroorzaakt. En dit Adam Smith's theorie over de onzichtbare hand die vanuit zichzelf vanuit het concurrerende marktmechanisme (marktwerking) een soort evenwicht had moeten zullen vinden ten spijt. Een evenwicht dat ten goede moest komen van de samenleving. Dat evenwicht is immers steeds verder te zoeken. Zien we niet dat de balans steeds verder door slaat? Het is verbazingwekkend maar als we goed kijken dan menen wij de behandeling van de werkvloer in steeds groter wordende bestuursverbanden/lagen tot in wereldpolitiek terug zijn te zien. De werkvloer heeft blijkbaar niets meer te zeggen en burgers zeggen tegen ons over de politiek: 'ze gaan toch gewoon hun eigen gang'. En er wordt om ons heen steeds openlijker voor uitgekomen dat *geld* de lijnen voor de samenleving uitzet en *hoe* zaken geregeld worden. Het jagen op geld en winst lijkt(reeds)een onbeheersbaar monster (= gebleken) die hele samenlevingen onderuit kan schoffelen en daarmee de menswaardigheid. Wij als actieve groepen, die de zorg willen veranderen, willen blijven geloven in democratie.

Als we ervan uitgaan dat niemand schuldig is (en niemand onschuldig) maar een systeem, hoe vormen we een samenleving dan zo om dat wij die samenleving en sturing krijgen die voor onze samenleving wenselijk is? Systemen kunnen omgegooid worden. Kijk naar Egypte, naar Tunesië maar systemen moeten ook geleidelijk aangepast kunnen worden waar wij liever naar streven. Als we naar de zorgsector kijken dan vragen wij ons af : is het niet belangrijk dat eigenbelang en groepsbelang (lobbyclubs inclus) overstegen wordt – ook door ons zelf. Hoe zouden we de zorg geregeld willen zien als we er zelf gebruik van moeten maken/ hoe moet het geregeld zijn als we zelf zorg nodig hebben. Of hoe willen we het geregeld zien als we er zelf niet meer zijn m.a.w. voor onze nazaten die ons lief zijn. Natuurlijk is het logisch dat mensen als het hun baan kost dat zij tegensputteren daarom pleitten wij voor een plan op langere termijn waarbij geen ontslagen vallen en dat er door natuurlijke uitval(van personeel) geleidelijk aan verandering plaatsvindt. Een andere manier is misschien om bij omvorming van de zorg 'overbodige'

werknemers werkgarantie in andere sectoren te bieden (in het bedrijfsleven). Wij hopen dat vermeden kan worden dat er zondebokken aangewezen worden. We ontvingen veel commentaar op het management. Er is echter zoveel gedoe en geregeld dat managers nu wel nodig zijn; als je de opzet eenvoudiger maakt zijn managers naar verwachting minder nodig (wat niet wil zeggen dat zij niet nodig waren- dingen zijn gegroeid zoals ze gegroeid zijn)

De zorg moet niet alleen minder administratieve rompslomp met zich meebrengen maar zou veel eenvoudiger van opzet kunnen moeten worden. Wij gingen op zoektocht en hebben daar ideeën over gekregen en zijn in contact getreden, hebben overleg gevoerd met diverse organisaties.

(zie bij: een andere visie op zorg//aanbevelingen)

Als er klachten geuit worden over de zorgverlening (van laag naar hoog binnen de instellingen) en/of naar buiten toe komen dan lijkt er een onzichtbare tegenwerking te bestaan om deze op te lossen; dit de democratische beginselen ten spijt. Iedereen lijkt zich neergelegd te hebben bij de onmogelijke situatie in de zorg waarbij het geld (dat er niet genoeg is) met zijn bijkomende regels die van buitenaf opgelegd worden, als een dicterende sturende ongrijpbare God een vrijbrief heeft om te mogen heersen. Een macht die zijn eigen dictaten onbewust in de hoofden van bestuurders heeft genesteld wat zich uit in machteloosheid op de werkvloer. Vele bestuurders lijken zich niet verantwoordelijk te kunnen voelen omdat ze zich alleen slechts lijken te kunnen laten meetrokken met de draden van dat web waar ze in hangen en waarin niemand uiteindelijk meer verantwoordelijk is of invloed kan uitoefenen. Alsof zij slechts een marionet zijn binnen dat web- het lijkt soms zelfs alsof iedereen alleen beslissingsbevoegd is binnen zijn eigen kleine kadertje. Er is niemand die het geheel meer overziet in dat steeds groter wordende web waar allerlei instanties en organisaties in lijken te hangen. Inspraak en meedenken over de maatschappij en hoe deze ingericht is/vorm krijgt heeft alleen zin als er gehoord wordt en gereageerd wordt maar erkenning van de onwenselijke onhoudbare status quo in de ouderenzorg (waar niet alleen de zorg in zit) in onze samenleving is eerst nodig om alternatieve oplossingen te kunnen zoeken. Wij zoeken een andere heersende sturende macht die uitgaat van de menselijke beginselen in een samenleving die de democratische waarden van burgers honoreert waarbij inspraak een meedenken invloed mogen kunnen hebben terwijl dat nu wel lijkt te kunnen maar wat te weinig effect heeft en waarmee het tot schijn verwordt. Signalen van de werkvloer zwemmen als kleine visjes tegen een modderstroom in die besloten heeft te volharden. Een hiërarchische piramide toont aan dat boven in de organisatievorm de macht zit die macht delegeert naar beneden toe waarbij de laagste groepen in de piramide het minste macht hebben. Er is een andere dan de bestaande piramide ons visueel duidelijk geworden: Dit is een piramide op zijn kop. Onderin de punt, de eenzame werknemer(s) met weinig macht (de klokkenluiders) daarboven steeds breder wordende lagen leidinggevenden en daarboven leidinggevenden/managers, directeuren, bestuurders (van binnenin de instellingen en organisaties naar buiten organisaties, overkoepelende organen, etc. die ongewild een net sluiten tegen verandering van de status quo. Zo lijkt het. Al zijn er individuele bestuurders die het in hun hart eens zijn met de onderkant van die op z'n kop staande piramide. Ze hebben allemaal de macht moeten overgeven aan het systeem en zijn er dan ook nog eens financieel van afhankelijk. Niemand is wat ons betreft schuldig maar dit kan een moment zijn om te erkennen dat bestuurders de ruimte en vrije armslag zouden moeten hebben om datgene te doen wat kwalitatief nodig is naar zorgvragers, zorgwerkers en de hele samenleving toe. De samenleving heeft er b.v. baat bij dat een verpleeghuiskamer ruimte heeft voor een extra bed voor logees terwijl we hebben kunnen lezen dat 2-persoonskamers verbouwd worden in twee 1-persoonskamers omdat het verpleeghuis anders niet meer rendabel is. Men gaat uit van het

huidige kostenplaatje en past er iets op aan waardoor het kostenplaatje naar beneden gaat maar wil het idee handhaven dat men kwaliteit biedt. Er wordt te weinig alternatief gedacht. Eerst moet volgens ons centraal staan wat wenselijk is en dan pas hoe het met de kosten moet. Niet eerst de kosten moeten bepalen hoeveel zorg door hoeveel zorgwerkers geklaard moet worden. Uitgangspunt moet zijn wat de zorgvrager wenselijk vindt. Punt 2 is hoe geven we dat vorm.

Iets anders is dat burgers niet toekomen aan de discussie hoe zij zorg geregeld willen zien; de tegenstrijdige berichten in de media maakt soms dat zij niet hoeven in te zien dat er een probleem is. Buiten instellingen moet een signaal via tussenkanalen naar beleidsgroepen naar overlegorganen langzaam naar boven worden gevoerd en samenkomen. Tegelijkertijd – als signalen afdoen aan het imago van de zorg verschijnen er angstvallige tegenberichten in de media van belangenorganisaties (zoals bij de actie over het verbeteren van veiligheid binnen instellingen destijds het geval was) die de klachten onderdrukten of teniet doen (dit ook om de zorgafhankelijke klanten begrijpelijkerwijs vooral niet te verontrusten). Anno nu, 2011, worden we als burgers geconfronteerd in de media met enerzijds beelden en informatie hoe het absoluut niet in de zorg moet en anderzijds hoe geweldig het gaat in de zorg - het ene uiterste naast het andere uiterste. Is het (anti-)propaganda of niet ter wille van het beeld wat de betrokken belanghebbenden op het netvlies van de burgers willen projecteren/willen stimuleren? Wat is waar of nietwaar? Wat ertoe doet is om met dit manifest en rapport aansluiting te houden bij alle objectieve / bewijsbare gegevens (v/h Sociaal Planbureau / het onderzoek Menzis etc.) om dit manifest en rapport van toepassing te laten zijn omdat het alleen al uitgaat van hetgeen de overheid becijferd en voorgeschoteld heeft. Kijken we naar de bestaande onderzoeken en de gegevens dan staat als een paal boven water dat: de kosten in de zorg teveel oplopen en dat het daarom alleen al logisch is dat alle betrokken instanties en de politiek (de overheid inclusief) vanuit onkostenbeheersingsdrift alleen al bereid moeten zijn tot veranderingen zeker als die aan hun plannen meehelpen.

De waarheid is dat op de zorgmanifestatie d.d. 12 mei te Den Haag – georganiseerd door vier actiegroepen en ondersteund door diverse andere actiegroepen en vakbonden voor politiek Den Haag geen reden vormde om contact met diverse actiegroepen te leggen (op Groen links en de SP en de PvdA) na. Op de die dag 2 ingediende petitie is inhoudelijk niet inhoudelijk gereageerd. Ter illustratie nog het volgende: Ons werd aldaar verteld dat de V&VN (vereniging verplegende en verzorgende beroepen Nederland) de door de actiegroepen uitgenodigde kamerleden van de manifestatie had weggetrokken en dat zij door hun uitgenodigd waren bij *hun* voor een lunch. Het kan zijn dat die afspraak er al eerder lag maar waarom dan niet even langs komen? maar het blijft jammer hoe de V&VN zich soms opstelt en dat de politiek niet meer geïnteresseerd lijkt. De meeste Kamerleden hebben zich niet laten zien. De V&VN had een onderzoek gedaan en de media gemeld dat het SP programma/beleid (dit was in de aanloop naar de verkiezingen van 2010) het minste voor de zorg zou opleveren. Deze conclusie is zo onterecht en naar onze ervaring zo overduidelijk onwaar: Feitelijk is het zo dat het juist de SP is geweest die ons een podium heeft gegeven om te uiten wat er in vele harten van zorgwerkers leeft. Meninge kunnen verschillen maar dergelijke gebeurtenissen voedt het idee dat de V&VN niet onafhankelijk is. Van de kant van V&VN (op een van hun ambassadrices na- die spontaan contact heeft gezocht en het 'goed' vond wat we voorstonden) hebben wij als actiegroepen van hun geen ondersteuning – laat staan erkenning- ervaren.

Veel organisaties incl. beroepsverenigingen, die ten dienste van de zorg werkzaam zijn (van hoog tot laag), inclusief werkgevers- en werknemersorganisaties hebben ondanks al hun (mogelijke) initiatieven en pogingen ten spijt tot nu toe geen effectieve kentering weten te forceren. Ieder lijkt binnen zijn eigen verantwoordelijkheid/ rol en functie/ te blijven denken,

binnen eigen kaders in ieder geval- en blijft zich in ieder geval machteloos gedragen. Vraag kan gesteld worden : **waarom treedt er geen kentering op. Waar zitten de ketens?** Feit is dat vele mensen waaronder ook docenten , directeuren maar ook burgers en collega's die het wel met ons eens zijn bij voorbaat zeggen 'je verandert de situatie in de zorg niet, het gaat toch gewoon door' maar systemen en handelingen zouden ten dienst moeten staan van wat wij als burgers met elkaar wensen zoals in feite de bedoeling is van democratie.

Zijn systemen dan de baas over ons of zijn wij baas over de door ons zelf op gang gebrachte systemen. We zullen met elkaar zelf verandering moeten inzetten omdat er niets anders, niets overstijgends is die dit voor de samenleving zal doen. Als we in democratie geloven moeten we systemen, hoe zaken geregeld zijn of spontaan ontwikkeld zijn toch onder de loep durven nemen. Het lijkt er in de zorgsector soms op alsof we een robot hebben geprogrammeerd die niet alleen op hol is geslagen maar die zijn eigen gang gaat zoals het monster Frankenstein waarbij ook hier de schepper(s) het nakijken hebben.

Knelpunten in de ouderenzorg anders opgelost:

Zie stelling en toelichting 9

Er zouden (ten behoeve van de samenleving oplossingen gezocht moeten worden buiten de geijkte financiële kaders en structuren; dit wordt naar onze mening helaas ook te weinig gedaan door Roger v Boxtel en Willem Vermeend (– zie hun boek: Uitdagingen voor een gezonde zorg)

De meest gangbare oplossingsfeer gaat over arbeidskostenbeheersing (nog efficiënter/slimmer werken met behulp van computertechnologie) of het duurder maken (eigen risico omhoog brengen) van de ziektekostenverzekering van de burgerbevolking . Terwijl wij *buiten* de geijkte kaders oplossingen zien die we wenselijk vinden en die o.i. niet onmogelijk zijn.

M.b.t. efficiënter/slimmer werken een kanttekening. Men doelt dan vaak op meer gebruik maken van computertechnologie en dit zou werktijd (kunnen) besparen. Teveel wordt er voorbij gegaan aan dat de mensen die kiezen voor zorg minder tot geen voeling hebben met administratieve werkzaamheden die daar een logisch gevolg daarvan zijn (werkdruk en te weinig handen en tijd aan het bed voor betrokkenheid- voor de intermenselijke relatie nog niet eens meegenomen). Dit is in strijd met de gangbare algemeen gedragen conclusie dat het beroep, het imago aantrekkelijk gehouden en gemaakt moet worden. (het CPB berekende dat er te weinig zorgwerkers in de toekomst zullen zijn in de zorg die de klus zullen moeten klaren) Als men het beroep aantrekkelijk wil maken om jongeren te laten kiezen voor een beroep in de zorg dan is 1^e vereiste dat taakhoudelijk het beroep aansluit bij het type mens dat voor zorgwerk kiest. Wij merken hierbij op dat het beroep inhoudelijk ook op een ander niveau inboet aan aantrekkelijkheid: aan de onderkant worden er huishoudelijke beroepen van de werkvloer wegbezuinigd en moet er door gediplomeerd verzorgend en verplegend personeel van niveau 3 tot 5 huishoudelijk werk uitgevoerd worden (het meenemen van lichte huishoudelijk werkzaamheden is het punt hier niet maar als werkers in de zorg de hele linnenkamer moeten doen of alle wc's in een instelling moeten poetsen dan moet ingezien kunnen worden dat men werkers uit de zorg wegjaagt in plaats van werft: dit de beste reclamecampagnes om de zorg aantrekkelijk te maken voor schoolverlaters ten spijt. De anti-(mond-op mond-) reclame van werkers in de zorg die thuis hun hart luchten of op familie- en vriendenfeestjes moet niet onderschat worden- iedereen in de familie heeft wel iemand die werkzaam is in de zorg die de waarheid daar aan het voetlicht brengt. D.d. 27 april 2011 sprak een moeder van een jonge verpleegkundige zich tegen ondergetekende over de werkdruk als

volgt uit met de woorden:”mijn dochter zei: ‘eerlijk waar als het zo moet mem dan ga ik weg uit de zorg’ en ik kan dat goed begrijpen als ik al die verhalen van haar hoor, het kan zo toch niet doorgaan”. Vele collega’s zullen onze bevindingen en verhalen uit de zorg kunnen beamen en dit het van oorsprong menselijke en mooie vak te spijt.

Wat er verder nog toe doet en het vermelden waard is:

Niet vanwege de kosten kaarten we het hieronder benoemde aan maar vanwege de soms erg moeilijke kanten van de zorg:

Als burgers ernstig ziek zijn hebben zij de neiging om iedere laatste strohalm te grijpen. Om ons heen zagen wij in de praktijk dat mensen doorbehandeld werden terwijl de familie er omheen al lang inzag en er over sprak dat het niet lang meer duurde. Het is onze indruk na jarenlange ervaring in de zorg dat doodzieke mensen heel begrijpelijk moeilijk nee kunnen zeggen tegen een behandeling. Wellicht komt dit volgens ons doordat als zij ‘nee’ zeggen voelen alsof zij geen poging voor verlenging van hun leven doen. Het is onvoorstelbaar hoe mensen vastgrijpen aan het leven zelfs als zij in een eerder gezonder levensstadium/ ziektestadium hebben geuit dat zij zich niet tegen beter weten in zullen laten doorbehandelen zoals zij met eigen ogen in hun omgeving vaak hebben zien gebeuren. Toch gebeurt het dan vaak wel. Wij hebben dit zelf regelmatig aanschouwd en als onnodig pijnlijk en onnodig levensverlengend ervaren. Dit hebben wij niet alleen professioneel maar ook in de eigen omgeving in de privésfeer zelfs ervaren. Zo zullen we w.s. zelf ook reageren als wij in die situatie komen te verkeren. De gezonde samenleving zou de discussie moeten durven aangaan met specialisten en hun bevindingen (op basis van onderzoeken/kansberekening) in die gevallen waar doorbehandelen echt geen zin heeft. Zeker als behandeling een grote aantasting op de kwaliteit van leven is en de zorgvrager vanuit zijn kwetsbare positie eigenlijk niet anders kan en wil dan vastgrijpen aan het leven. Nogmaals wat wijzelf als wij in die situatie komen te verkeren hoogstwaarschijnlijk ook zullen doen. Het is voor ons het belangrijkste aspect dat deze worsteling op een sterfbed (waarbij omstanders al lang beter weten en de een na de andere behandeling wordt doorgezet) onmenselijk is om aan te zien en zo ook de worsteling van de familie. Eigenlijk schreeuwt de patiënt onhoorbaar en onbewust? : ik wil niet dood en wie zijn dan de familieleden om dan te zeggen: stoppen nu. Ook lijkt het ons voor artsen onmenselijk om een dergelijke beslissing te moeten nemen. Daarom pleiten wij in ieder geval voor een discussie en voorzichtig beleid dat gedragen wordt door de nog gezonde samenleving. Dat overgrote deel van de samenleving waarvan het denken nog niet getroubleerd is door magere Hein. Die al wel op de nek van de doodzieke zit en die voor de laatste adem het nog warme lijf heeft verlaten eerst de angst nog even door de arme ziel blaast – waardoor de stervende, hoe begrijpelijk, tot het laatst toe zal pogen om het vege lijf te redden van het onontkoombare levenseinde. Dit is geen gemakkelijk punt om op te schrijven maar we willen het kunnen benoemen.

Er is al veel geschreven en gezegd over de maakbaarheid in het leven: We willen als mensen alles naar onze hand zetten. Ziek worden, ouder worden en doodgaan horen niet in het beeld, passen niet in het plaatje. Onmacht valt ons ten deel in de strijd tegen de onherroepelijke eindigheid van het leven. Tijdens jarenlange observaties van onze kant *over reacties/bevindingen* van de buitenwacht **over de zorg** en vastgelegd door de media m.a.w. hoe de zorg soms beoordeeld en waar ook niet te ontkennen terecht misstanden aangeroerd worden voelen wij dat die onmacht ons inziens soms ook geprojecteerd op hen dus ook onszelf die zorg verlenen. Om een voorbeeld te geven: Een zieke oude man zittend op een

stoel die wat stilletjes in zijn eentje naar buiten zit te staren, ziet er verlaten en alleen gelaten uit alsof hij tegen zijn zin zorg moet ontbernen. Dat kan met die conclusie de waarheid zijn. Het beeld is ook treurig; 'Is dat nu nog leven', in onze ogen vaak niet – als we ons verplaatsen. Dat doelloze zitten en wachten maakt treurig en brengt ons misschien terug naar onze eigen kwetsbare grondvesten n.l. hoe betrekkelijk het leven is maar ook hoe onaantrekkelijk ons voorland dat we nog niet kennen (lees in dit verband 'In de wachtkamer van de dood' van Anne Mei The). De situatie kan anders zijn en die moet mogen worden gezegd want hier spreekt toch de ervaring:

De man in de stoel is wellicht 'regelmatig gevraagd' meneer zal ik u even naar de conversatiezaal brengen voor een gezellig kopje koffie' en 101 keer bleef ie 'nee'-zeggen. Vanuit het respect naar de bewoner toe wordt geleerd dat de mens zelf kiest en beslist- terecht- maar kijk mee en concludeer: daar zit hij- alleen, vrouw dood, slechte ogen, slecht gehoor, moe en versleten, kinderen wonen niet in de buurt en hebben het druk met hun eigen leven en banen en met het oppassen op de kleinkinderen van hun werkende kinderen(vul maar in en dan hebben we het nog niet eens gehad over het schuldgevoel dat deze 'kinderen' misschien zelfs onbewust hebben omdat zij hun ouders niet kunnen/willen bijstaan in hun laatste levensjaren want we 'hebben het allemaal erg druk druk druk' ...) en daar zit hij en... hij *wil* niet meer. Kunnen we dit aan met z'n allen, zijn we bereid om dit gegeven te aanvaarden? Wij denken dat dit heel moeilijk is voor de samenleving. Gesteld dat er 4 uur lang continue iemand bij de man zou zitten en hem zou koesteren dan nog blijven er zo'n 10/12 uur over die uitgezeten moeten worden door hem. En dit soms alle specialistische bemoeienis ten spijt. Dit lieve mensen is niemands schuld. Dus ook de schuld van de zorgwerkers niet. Dit – deze vermeende schuld- vormt o.i. mede een frustrerende factor voor werkers in de langdurige zorg en een reden om de zorgsector te verlaten: omdat het beroep verkeerd beoordeeld en negatief gewaardeerd wordt - tel daar bij op: de werkdruk en het tijdsgebrek voor persoonlijke aandacht naar de zorgvrager toe (wat werkers naar wij merken wel willen geven maar niet kunnen geven) **Daarom is het wenselijk dat er juist tijdens iedere kleine zorghandeling maar ook tijdens het doen van ondersteunende taken zoals ook huishoudelijke werkzaamheden dat er tijd genomen wordt voor het contact en voor aandacht voor de persoon zelf al zou dit slechts in stille rustige aanwezigheid zijn (zie boek: Andries Baart; de theorie van de presentie) Hiermee proberen we aan te tonen dat 1: (genoeg) tijd een voorwaarde is en 2: dat het hebben van genoeg tijd daarom onmiskenbaar tegelijkertijd onderdeel uitmaakt van kwaliteit. Snelheid van werken suggereert o.i. slechts het *doen* of *afwerken* van de handeling. Een rustige benadering waarbij het contact en de menselijke waardigheid voorop staat is hetgeen waar het a priori omgaat . Op de 2^e plaats de handeling zelf die zeker geen bijkomstigheid is - in tegendeel - het is soms zelfs de reden van de hulpvraag maar het gebrek aan tijd voor die rustige menselijke benadering drukt o.i. enorm negatief op de kwaliteit van zorg en daarmee op de kwaliteit van leven . Als je rondloopt in de hallen van de scholingsgebouwen (zoals ondergetekende deed i.v.m. /snuffelstage) en in gesprek raakt met de leerlingen die voor zorg kiezen, het type mens dat voor de mensgerichte beroepen kiest, dan weet je en voel je (wat iedereen kan weten en voelen) dat dit ook de benadering (naar zorgvragers toe is) waar leerlingen voor kiezen en wat hun docenten tijdens de lessen ook meegeven en dus waar hun hart naar uit gaat. Het zijn aardige en dienstbare mensen die veel te bieden hebben.**

Een aandachtspunt wat teveel ondergesneeuwd blijft is het gegeven dat in de ouderenzorg -die de grootste kostenpost van de toekomst zou worden- ; de jongsten onder ons soms de oudsten van de samenleving verzorgen. Zie hier deze discrepantie: Ouderen hebben een heel leven achter de rug terwijl de jongere generatie dit nog niet heeft al kunnen die ook al veel meegemaakt hebben; we doelen hiermee op het verschil in levenservaring en kennis die in het

leven opgedaan is en die bij voorbaat een kloof kan veroorzaken. Iedereen weet dat jongere werknemers goedkoper zijn en dat instellingen kosten willen besparen op de arbeidskosten en de vraag is bij ons opgerezen of je van jonge mensen kunt verwachten dat zij ouderen in een andere levensfase altijd kunnen invoelen. Kennis over levenservaring overbrugt deze kloof immers niet helemaal. **Wij vinden filmische kennisoverdracht een goed idee van waaruit de leerlingen als het ware de verhalen niet alleen aanhoren en meevoelen /maar zien en meebeleven zodat zij als het ware het zelf zo goed mogelijk kunnen 'beleven' en kunnen invoelen.** Film is een geschikt medium dat de diverse fases in het leven kan laten invoelen maar ook de onmacht en de reden waardoor soms een mens in onze ogen 'ónbegrijpelijk' gedrag vertoont. Het idee is dat vanuit begrip het contact anders zal zijn en makkelijker contact met de mens achter het zorgprobleem gemaakt kan worden. Zo ook kunnen foto's en verhalen van familieleden over een met name te noemen dementerende mens die zorg behoeft van invloed zijn op de zorg.

Ook filmische beelden en voorvallen blijven een benadering maar hoe dichterbij de eigen ervaring en het gevoel hoe beter. Daarnaast vragen we ons af hoe de maatschappij beter geïnformeerd kan worden- anders gezegd: de onmacht in het leven mag wel meer aandacht krijgen waardoor de meer trieste en minder welkome kanten van het leven beter geïntegreerd kunnen worden en we vanuit het begrip voor elkaar, elkaar misschien beter kunnen ondersteunen en/of oplossingen zullen zoeken. Het is niet alleen een geldkwestie.

Belangrijkste doel is o.i. om vanuit de acceptatie van die hulpbehoevende man (of vrouw die wij later zelf kunnen zijn) te beredeneren hoe we de situatie om hem heen zo wenselijk mogelijk krijgen door koestering van zijn waarden. (NB een beetje vanuit respect proberen een dementerende positief te stimuleren kan geen kwaad) Het betekent echter vaak niet meer en niet minder dan slechts: Zijn eigen omgeving aanpassen aan zijn situatie met zijn meubels, zijn uitzicht, met zijn foto's en zijn gewoontes te ondersteunen en dus is de beste plaats zijn eigen plek: thuis of als *was* hij thuis. De ernst van de zaak waarin de hulpvrager verkeerd kunnen wij niet wegnemen: ook daar zal hij wellicht 'ook stilletjes voor zich uit zitten te staren'.

Wij pleiten met onze acties voor tijd voor aandacht en betrokkenheid voor de mens achter de ziekte/ het zorgprobleem en die betrokkenheid heeft een rustige kalme – niet haastige benadering nodig. De aandacht om aan te voelen waar iemand (ieder is immers anders en uniek) behoefte aan heeft is -vanuit die rustige benadering- een pre. Op die manier kan de hulpvrager tijdens de hulp die de man in kwestie nodig heeft er voor hem zijn.

Vanuit de gedachte dat oud niet zou bestaan zonder jong en jong niet zonder oud, vanuit de gedachte dat ziek niet zou bestaan zonder gezond mag die beleving beter geïntegreerd worden in het besef van alle burgers, jong of oud. Dat ieder van ons hoe dan (vroeg of laat) ook in het zelfde schuitje zit; het is alleen maar een kwestie van tijd. De ouderenzorg kan niet los gezien worden van de zorg in het algemeen. Dezelfde waarden gelden voor iedereen. De hele discussie over de demografische factor en dat jongeren massaal op zullen draaien voor de ouderenzorg is daarom onterecht, kwetsend, irrelevant en onjuist. Waar zouden de jongeren zijn geweest als de ouderen er niet waren. Ons inziens moet de ouderen- en ook gehandicaptenzorg in een breder kader worden gegoten; meer gericht op kwaliteit van leven dan op zorg- waar al steeds vaker over gesproken worden. Zoals eerder gezegd: Kwaliteit van zorg drukt op de kwaliteit van leven.

We zijn het na alle verzamelde informatie eens met het gegeven dat langdurige zorg en wonen gescheiden moet worden. Niet alleen uit oogpunt van kostenbeheersing maar vooral vanuit het idee bekeken dat een mens geen ziekte of kwaal is maar altijd op de 1^e plaats mens.

Alleen al de term verpleeg- of verzorgingshuis legt al de nadruk teveel op de zorg i.p.v. op wonen terwijl vele mensen toch langdurig en zeer intensief verblijven of wonen in die instellingen en meer intensief verblijven dan menig ander burger in een gewoon woonhuis (minder buiten de instelling vertoeven en minder deelnemen aan activiteiten buiten de deur). Ouderdomskwalen zijn lastig en zoals wij zo vaak met eigen ogen zagen soms heel erg pijnlijk, kwetsend en niet gemakkelijk om niet te zeggen soms vreselijk om aan te zien. Laat staan dat je zelf in die situatie komt maar vraag is: heeft het altijd met ziek zijn iets te maken? Ziekte: suggereert dat ook niet teveel dat er een kans of hoop is op genezing met alle gevolgen van dien als het niet te genezen is. Sommige van ons worden met kwalen geboren en hebben daar hun hele leven last van maar zijn ze dan ziek?

Waar het ons omgaat is: al heeft de mens een ziekte of kwaal die zijn/haar leven beheerst dan zou het accent op de mens zelf moeten blijven liggen. In het taalgebruik horen we vaak “ ik ben (b.v.) hart.-patiënt” alsof men zich vereenzelvigd heeft met de ziekte. Men zou ook kunnen zeggen: ik *heb een hartkwaal*. Het gaat ook om het besef dat we in de communicatie tot elkaar niet van kwaallose met een kwaalbehepte spreken want goed beschouwd kun je zeggen dat iedereen wel een kwaal heeft of dat hij deze vroeg of laat wel krijgt maar op het menselijke vlak staan wij ieder met onze eigen kwalen veel dichterbij elkaar dan we denken. Op gegeven moment worden we, d.w.z. de meesten van ons (als het ons gegeven wordt), toch *allemaal* oud en daar horen de ouderdomskwalen bij. Dus wij pleiten voor: het hebben van zorg voor *de mens* achter zijn zorgprobleem dus niet voor de hulpvrager/ want dat richt zich veel teveel op het probleem. (Het riekt nu teveel naar: Ik *ben* niet maar mijn zorgprobleem *is*)

Actievoeren: een soms zware ondankbare taak

Het blijft moeilijk van de toren blazen voor ons als onafhankelijk opererende actiegroepen: Naast de bekende hiërarchische piramide zoals eerder gesteld bestaat er zoiets als een piramide op zijn kop die het voor werkers in de zorg onderaan die piramide erg moeilijk maakt om in verweer te komen. Als ideeën ingaan tegen beleidsvoornemens, plannen en regels (intern – en extern) organisaties en tegen een onzichtbare koers dan zijn er allerlei lagen boven de individuele werknemer die hem daarvan weerhouden. !Alle woordvoerders/sters van betrokken actiegroepen herkennen dit als frustrerende eigen ervaring op de werkvloer.

Om het in het kort te duiden, al de lagen erboven, horizontaal en vertikaal sluiten zich (in onmacht?) tegen die eenlingen/ ze worden soms gewoonweg genegeerd. De media ondersteunen de onderlaag van die piramide te weinig met het slechts plaatsen van kleine(re) berichtjes. De grotere instanties en organisaties en machtsbolwerken- hoger in die breder wordende piramide –en die al veel meer macht hebben- worden daarentegen altijd serieus genomen en krijgen grotere redactionele aandacht en mediaruimte ongeacht *hoe* ze het doen. Daarbij heeft de onderlaag minder geld tot hun beschikking en moet het met minder tijd doen voor actievoeren –zij moeten het veelal naast hun werk doen in tegenstelling tot de organisaties in de bovenlagen die al hun inspanningen en verweer doorbetaald krijgen c.q. in/als werktijd kunnen doen.

Het is heel moeilijk medestanders te mobiliseren op de werkvloer. De leiding vindt alleen een *persoonlijk* geuite opmerking/klacht van een werknemer in een gesprek onder vier ogen behapbaar; zodra er een groep zich sterk maakt tegen beleid in een vergadering al doet men dit uitsluitend op inhoudelijke feiten, dan wordt er op gereageerd alsof er gemuit wordt en alsof men tegen de teamleider is (er zijn dan ook direct een paar werknemers die afhaken omdat het ‘sneeu is’ voor de teamleider of afdelingsmanager want ‘die kan ook niets aan de

bezuinigingen doen' etc.) Steeds hoger is er, merkten wij, weer een barricade want de managers daarboven denken ook vanuit niet door hun vastgestelde beperkte (met name financiële-) kaders. Zo ook de Directeuren, de Raden van besturen, de organisaties eromheen van de provinciale en landelijke bestuursorganen en noem maar op.

Daartussen de belangenorganisaties die hun best doen maar binnen dezelfde kaders ook geen armslag lijken te hebben en waarbij het soms lijkt alsof zij de onrust proberen te kanaliseren en de bijbehorende informatie matigen want 'die mag vooral niet te negatief zijn'.

Onderin de piramide worden inspanningen van eenlingen door hiërarchie en kennis in de kiem gesmoord. Het mondige personeel is lastig, krijgt geen promotie, het wordt genegeerd, wordt doodgezwegen, wordt er uitgewerkt of vertrekt na teveel stress uit de zorg (naast die van onszelf hebben we de voorbeelden binnen gekregen) Er zijn managers die blijven volhouden dat ze naar werknemers luisteren en hun wel degelijk 'horen' – in die zin dat ze hun gal laten spuien en bedanken dat ze het hebben willen delen om vervolgens geen oplossing aan te bieden en /of er nooit weer op terug te komen- Als personeel meldt dat ze zich als lastig voelen ervaren en dat melden dan kan een reactie zelfs zijn: 'dat voel jij zo maar dat is helemaal niet zo' etc. want: 'je zit hier nu toch?' maar ondertussen ervaart het personeel dat als : 'we laten ze maar praten'

Het schuldgevoel lijkt op die manier ook steeds teruggeworpen te worden naar de werkvloer waardoor de onmacht toeneemt en daarmee mogelijk bij sommigen werkers: de onverschilligheid. Deze opmerking over onverschilligheid beluisterden we ook regelmatig tijdens de SVR beurzen (van veelal 50 +-ers) die hun stokoude ouders in de instellingen bezochten). Zorgwerkers zeggen hier zelf over: 'het is immers toch nooit goed, de bewoner is teleurgesteld, de familie zit op mijn nek, geen tijd genoeg, al die aftekenarij' Men is vaak zelf niet voldaan over de afgeleverde dienst/taak en om de kroon te spannen komt de manager in de vergadering dan nog melden dat bewoners op bepaalde punten niet tevreden zijn – 'de zusters hebben het te druk/ hebben geen tijd'- en om te duiden dat het anders moet- en of er ook verzorgenden zijn die ideeën hebben. Niemand op de werkvloer durft de laatste jaren meer te zeggen: 'ja meer personeel erbij' want dit wordt afgedaan als een zeer stomme en afgezaagde opmerking (of men krijgt zelfs de lachers op zijn hand) want dat moet iedereen nu wel eens snappen- maar het trieste is dat ondertussen het probleem wel bij de werkvloer wordt neergelegd.

Als je als werkende burger weerbaar wilt zijn moet je sterk zijn en een ware meester; je moet in staat zijn om een muur om je heen te bouwen anders redt je het persoonlijk niet. Een werkneemster die uit de zorg is gegaan beeldde haar onmacht over de zorg symbolisch uit in haar kunstwerken waarbij zij o.a. een zorgwerker- die alleen staat- als een marionet neerzet met daarboven meerdere heren in pak met keurige stropdas om die aan de touwtjes trekken en zo 'legt' zij als kunstenares kwetsbare naakte oude mensen neer op de lopende band waarmee pijnlijk **zichtbaar wordt hetgeen dat juist zo belangrijk is in de zorg en steeds schromelijker ontbreekt: de menselijkheid en de menselijke waardigheid.** Daarnaast symboliseren de touwtjes het ontbreken van inspraak en zelfsturing. De posities van de heren erboven en de zorgwerker er onder symboliseert daarmee precies de macht t.o.v. de onmacht terwijl de heren in de meerderheid zijn (elkaar kunnen steunen) De pakken t.o.v. werkkleding werken extra versterkend. Het kunstwerk met de lopende band (van Johanna de Groot) symboliseert perfect het fabrieksdenken en het willen automatiseren van arbeidskosten . Het beeld is zo schokkend dat iedereen snapt dat dit niet kan en daarmee wordt wellicht de onmacht vertaald van de gevestigde orde want wat men in de auto-industrie kon, kan niet in de zorg (en overige mensgerichte beroepen) Tegelijkertijd groeit het besef steeds meer dat de **zorgkosten hoe dan te hoog worden ondanks alle bezuinigingenrondes maar er zit een grens aan het steeds maar weer efficiënter willen laten werken van steeds minder**

personeel (hetgeen Baumol perfect heeft geduid) Als meer gebruik maken van ict de bureaucratie handhaafd of stimuleert moet het tegengegaan worden. En waarom al die aftekenarij. We tekenen thuis b.v. ook geen paracetamolletje af laat staan dat we dat als fout registreren. We vragen ons daarom af of we niet terug kunnen naar *af d.w.z.* dat er wel afgetekend wordt maar dan alleen voor belangrijke medicijnen die we in de thuissituatie ook aftekenen b.v. zoals bij kuren ,sintromgebruik, insuline en medicijnen die vallen onder de opiumwet.

Daarbij: **het intermenselijke aspect en de daarbij behorende tijd wordt finaal over het hoofd gezien.** Zelfs bij formuleringen over wat kwaliteit is c.q. de definitie van (zorg) kwaliteit. **Er is kortom een nieuwe aangepaste definitie van zorgkwaliteit noodzakelijk en een visie op zorgverlenen in relatie met de samenleving.**

Eentje waarbij de zorgvrager met zijn zorgvraag centraal staat en die eenvoudiger opgezet is.

Omdat de status quo niet verandert m.b.t. bureaucratische handelingen– al jaren niet- en dat zelfs nadat Menzis in haar onderzoek ook duidelijk onderstreept dat de bureaucratie veel tijd wegsleept van de werkvloer en wij daar aan toevoegen dat werknemers van de werkvloer weinig tot geen voeling hebben met de bureaucratische rompslomp kan het niet anders dan dat de overheid dit draaiende wiel dat maar doordraait een halt moet gaan toeroepen.

Men kan het hoofd schudden over onze acties en wat wij schrijven maar het blijft een feit dat er in verhouding minder jongeren zullen zijn in de toekomst om de ouderen te verzorgen al zouden zij massaal voor het beroep kiezen, (wat juist niet te verwachten is met zoveel bureaucratische rompslomp en werkdruk) dus dan *nog* is het niet opgelost. En dan hebben we het nog niet gehad over de zorgkosten die zullen toenemen in de toekomst etc.. Het moet anders.

Barricades en blokkades in het werkveld:

Zoals gezegd hebben verschillende actiegroepen/ verenigingen zich verenigd omdat zij het gevoel **hadden niet gehoord** te worden en andere wegen moesten zoeken daartoe werden diverse vergaderingen belegd in Emma's te Utrecht. Gezamenlijk hebben zij hun stem laten horen op de zorgmanifestatie d.d. 12 mei 2010 'sta op voor zorg' Naast Nubasta waren Zorgcrisis, Beroep in actie, Zorgtekorten hyves en Zorg geen markt vertegenwoordigd (die allen overigens weer ondersteund werden door andere actiegroepen zoals GGZ in actie en Beroepseer die weer pro Deo ondersteund werden door filosofen en andere deskundigen). Een gesprek onder de woordvoerders -en actieve medestanders later- met elkaar, leverde op dat we soortgelijke ervaringen hadden. **Allen hadden een werkverleden met een weerbare opstelling gehad op de werkvloer en het had veel weerstand en tegenwerking van de kant van de Directie en het management opgeleverd.** Ook al heette het dat een instelling democratisch was en het beleid met prachtige termen begeleid werd zoals emancipatorische holistische mensvisie en kwaliteitgericht of klantgerichtwerken. Frustratie viel ieder van de betrokkenen regelmatig ten deel. Waarheid *was niet* uitgangspunt en onmacht viel ons allen regelmatig ten deel. Een korte opsomming van voorgevallen situaties: Kwaliteitszorg werd begeleid met steeds weer krappere personeelsbezetting. Bezwaren over kwaliteitsafname die daarmee onherroepelijk gepaard ging/gaat -omdat goede zorg nu eenmaal tijd moet kosten-, werd afgedaan met zwijgen en/of de reactie /het gegeven 'dat het nu eenmaal niet anders kon'. Ronduit schokkend zijn de cursussen die er op volgden waarin deskundigen aan de werkvloer gingen vertellen dat ze ten allen tijde rustig moesten blijven en dat werkdruk tussen de oren zat'- als je rustig zou blijven zou je veel meer kunnen doen. Veelal waren dit docenten die op dat moment niet meer op de werkvloer werkten. Op zich klopt het idee wel dat je beter rustig kunt blijven in plaats van te gaan vliegen en draven maar er werd voorbij

gegaan aan het feit dat alle ruimte allang weggecijferd was. Er ontstond vaak ook een sfeertje onder het personeel van het 'toch nooit goed te kunnen doen'.

De planning werd centraal geregeld terwijl de werkvloer zelf veel beter zicht heeft op hoe er het beste gepland kan worden. Er kan dan ook beter afstemming plaatsvinden tussen personeel i.v.m. sportdagen op studiedagen etc. Als het management iets invoert – zoals het centraal regelen van de planning heeft het personeel qua mening daarover gewoon het nafluiten. Er is de laatste jaren een ontwikkeling ontstaan van weinig overleg naar helemaal geen overleg. Nieuwe in te voeren zaken worden uitgelegd, ingevoerd met het plan om na verloop te evalueren waarmee de suggestie geopperd wordt dat het dan wellicht veranderd kan worden of aangepast. Niets is minder waar. De laatste 10 jaren is alles wat ingevoerd is niet weer terug gedraaid. Dit terwijl de werkvloer het werk moet doen en het werk ook nog eens complexer wordt.

Van 2 kanten vielen de klappen: de bezuinigingen – vanaf 1984 - i.v.m. de aankomende vergrijzing (meer kosten); later kwam de economische crisis daar nog overheen. Tussentijds haalde minister Zalm nog eens de voorpagina met z'n 'koffertje' want 'het ging toch zo goed met Nederland'- We spreken: begin jaren 2000 waarop wij een artikel schreven: Goede zorg moet nu eenmaal wat kosten en het gaat toch zo goed met Nederland maar niets mocht baten, de bezuinigingen die zetten door en de kwaliteit holde steeds verder achteruit.

Omdat oplossingen te berde worden gebracht zoals 'de bureaucratie afschaffen' of 'de managers uit de zorg te halen' en 'meer tijd aan de werkvloer teruggeven, terug te laten vloeien' worden wij gedwongen om hier zorgvuldig over na te denken.

-Omdat wijzelf die tendens en de toename (van bureaucratie/ meer managers etc.) ook hebben meegemaakt en nog meemaken en er komen er nog steeds meer aftekenlijstjes en formulieren bij (2009)- je wordt er echt niet goed van, vinden we dat collega's er gelijk in hebben dat er teveel tijd en geld wegvloeit naar die taken en we zoeken daar ook voorzichtig mogelijkheden. Ook begrijpen we de reacties van de werkvloer op managers maar willen daar wel een kanttekening bij plaatsen door een vraag te stellen: Zou de kritiek op managers er ook geweest zijn indien er meer personeel/formatieplaatsen ingezet waren en er geen of minder sprake zou zijn geweest van werkdruk. Wij schatten in dat men er dan niet of minder over gevallen was. Als er op de werkvloer veel te schrijven e.d. is dan is dat op alle niveaus door de instellingen het geval (ondergetekenden meldden m.b.t. de nachtdienst; in die 20 jaar is het ettelijke keren voorgekomen dat zodra de dagdienst te maken kreeg met werkdruk de minder ingevulde nachtdienstfuncties/ taakomschrijvingen weer ter discussie gesteld werden hetgeen tot aan de dag van vandaag er zelfs nog in resulteert dat taken van de dagdienst vervroegen en naar de nachtdienst verplaatsen (zoals het uit zetten van medicijnen en ronddelen ervan tegen de ochtend of het om vijf uur wekken en wassen van bewoners (discussies over zorgkwaliteit en bezwarende bevindingen van Arbo Unie inzake nachtdienstfuncties ten spijt) Ook hier geldt dat indien er geen werkdruk plaatsvindt dergelijke discussies niet plaatsvinden. Hoewel er wel werknemers zijn die de vinger op de zere plek weten te leggen zijn zij niet in staat om die bal bij het management en/of de directie te leggen. Helaas heeft een dergelijke onmachtige werkdruksituatie (te) vaak geleid tot conflicten tussen de diverse diensten. Wij zijn bekend met een instelling waar dit momenteel zeer actueel speelt. Het is gemeld bij de bestuurder/Directie, deze heeft het management verwittigd en de teamleiding, het wordt vervolgens besproken in de teamvergadering en hoewel sommigen stellig onderstrepen dat er te vroeg mensen gewekt worden om de dagdienst te ontlasten ontkent een deel van het personeel het gewoon. De teamleider volstaat ermee te zeggen dat ze verwacht dat het personeel professioneel te werk zal gaan, laat het er verder bij en in de OR-vergadering zweert de zorgmanager met haar hand op het hart dat er niet 's nachts zo vroeg gewassen wordt. De conflicten tussen de diensten gaan door en aan de werkdruk wordt niets aan gedaan

waarbij de vraag boven komt drijven of al dan niet met opzet een verdeel -en heersmethode gehanteerd wordt of dat er van wanbeleid sprake is. Het belang bevestigd dan het vermoeden; immers zolang de diensten onderling strijden komen ze niet bij het management waar de problemen veroorzaakt c.q. niet opgelost behoeven te worden. Hoe het ook zij: Het is aan de andere kant o.i. te gemakkelijk om te zeggen dat het management de zwarte piet verdient heeft omdat deze er te weinig personeel opgezet heeft. Maar het is zeer waarschijnlijk dat indien er meer personeel ingezet wordt dat minder gewenste zaken als boven benoemd niet of minder snel aan de orde zouden zijn gekomen. Er van uitgaand dat mensen kiezen voor de zorg – we kunnen ons niet anders voorstellen - hoe subjectief ook - is de vraag relevant om gesteld te worden *waarom directies/besturen, managers en zo ook teamleiders handelen zoals zij handelen: **Nalaten om meer personeel in te zetten*** daar waar (geklaagd wordt over werkdruk)om gevraagd wordt. Omdat al jaren het vogeltje het zelfde liedje zingt durven wij de vraag te beantwoorden en in te vullen waarom zorgmanagers dan geen *meer* personeel inzetten. Dit antwoord hebben erg veel collega's beaamt en zal ook iedereen die ons niet gemaïld heeft daarover iedereen op de werkvloer beamen: De bezuinigingen of kostenbeheersing en de bijbehorende regeltjes drijft hun daartoe.

Een gedreven werknemer vertelde dat ze solliciteerde naar een baan als groepsleider in de gehandicaptenzorg. Er werd haar een vraag gesteld tijdens dit sollicitatiegesprek. Er zou opnieuw bezuinigd moeten worden en zij zou deze impopulaire mededeling aan het team moeten overbrengen men zou met minder werknemers gedurende de ochtenduren het werk moeten klaren “en hoe zou jij dat aanpakken” .Haar antwoord was: ‘ik zou samen met het team proberen te overleggen hoe we dit met elkaar zullen oplossen /wat voor suggesties zij hadden etc. ‘Fout’ , helemaal fout. Ze werd niet aangenomen. Degene die aangenomen werd had een antwoord gegeven waaruit bleek dat het team door hem voor een voldongen feit zou worden gezet : ‘zo en zo gaan we dat doen; basta. De werknemer die werd afgewezen werd door het team op handen gedragen en was in staat om een prettige werksfeer te creëren maar hier werd geen prioriteit aan gesteld. **Met een meer zakelijke , afstandelijke houding wordt je als leidinggevende beloond.** De vraag kan ook gesteld worden of er binnen de huidige te krappe financiële kaders wel ruimte is om te overleggen- afgezien van de tijd; met ruimte creëer je medezeggenschap en komt er ook ruimte voor verzet. Iets voorleggen en dan geen ruimte voor discussie laten is misschien de enigste weg nog die nog echt open is omdat er geen (financiële)ruimte meer is en dit moet voor het management en bestuur ook een onhoudbare situatie zijn. Stel je voor dat ze hun gevoelens zouden delen met de werkvloer dan geven ze toe dat dit in strijd is met kwaliteit. Op alle mogelijke fronten schiet naast kwaliteit het werkplezier er bij in. Vandaag (d.d. 14 februari 2011) mail ik een groepje cliniclowns uit het westen van het land terug . Ze willen een protestmars houden omdat ze achter hun maskers de misstanden waarnemen o.a. dat dementerende bejaarden gewoon lange tijd alleen gelaten worden en de risico's die er gelopen worden ook met medicijnen. We hopen hun zaterdag op de bijeenkomst van ‘Zorg geen Markt’ in Arnhem te ontmoeten en verder te kunnen praten.

Het is ook hier heel realistisch om de vraag te stellen of indien er wel genoeg financiële ruimte zou zijn managers personeelskrapte dan niet ook nog zouden toestaan? Deze opmerkingen zijn wij tegen gekomen want ‘er zijn ook managers van commerciële bedrijven die werknemers zoveel mogelijk uitpersen alleen maar om meer winst te genereren voor de baas’. Maar wij denken of hopen toch dat managers die voor zorg kiezen , hart voor de zorg

en hun werknemers hebben, alhoewelmeer en **meer zien we dat managers niet meer uit de verpleging komen maar een economische achtergrond hebben.**

De werkende mens telt steeds minder als mens en meer als arbeider/werknemer en daar wordt ie voor (af-)betaald. Wie kent niet een dergelijk verhaal uit z'n eigen omgeving van iemand die al vijftientig of dertig jaar in trouwe dienst is geweest en dan niet meer 'wordt gezien' door de chef en ook gewoon ontslagen wordt net als de rest. En dan de chef, die krijgt ook maar opdracht en volgt misschien eenzelfde lot. Daarbij vergaat hem net als de boer met z'n koeien. Vroeger wist ie precies wie Clara en Johanna waren, het was kleinschalig en er was een band mee krijgen. Tegenwoordig zijn de koeien nummers en tellen alleen in hoeveel melk ze produceren of opleveren in kilo's vlees kortom wat ze waard zijn. De zieke mens maar ook de gezonde werknemer lijkt gedegradeerd tot kostenpost en zeker zij die oud, langdurig ziek en meer- of enkelvoudig gehandicapt zijn. Een aai over de snuit wordt als niet professioneel gedrag bestempeld wat een prima vrijbrief vormt en biedt om helemaal geen aandacht meer te geven en kan 'ziet' of erkent. Hoe kan dit nu kwaliteit heten kunnen we ons afvragen: kwaliteit is iets wat men meet maar wat men niet wil (of mag) weten dat meet men blijkbaar niet.

Kunnen we als burgers, als samenleving de waarheid aan dat we tegen grenzen aanlopen ?

Een psychologe meldde ons dat een zieke werknemer van een verzorgingshuis haar consulteerde i.v.m. stress. Deze werknemer gaf aan dat ze hoewel ze het vreselijk druk hadden bij ziekte onder het personeel zelf net zo lang moesten bellen totdat er vervanging was. Dit terwijl de bewoners wachtten op hulp. We vroegen de psychologe wat ze geadviseerd had/gezegd had tegen de werknemer. Haar antwoord was: 'heb je er wel eens aan gedacht om de teamleider te bellen en te zeggen dat zij het over moet nemen omdat de bewoners je hulp nodig hebben' Letterlijk zei ze tegen *ons*: 'want dat is haar *taak* toch niet. Ze verbaasde zich over zo weinig weerbaarheid. Wij vertelden de psychologe dat dit ook in de onszelf bekende instellingen gebruikelijk is en w.s. gemeengoed is bij teamleiders en managementteams. Naast het feit dat vanwege het te vroege tijdstip (zij beginnen 's ochtends later) zijzelf niet aanwezig en beschikbaar zijn om voor vervanging te zorgen (of het moet van huis uit gebeuren) zou een andere mogelijke reden achter dit beleid kunnen zijn dat als werknemers weten dat wanneer zij zich ziekmelden dat hun eigen collega's opgezadeld worden met de taak om vervanging te zoeken men misschien hoopt dat dit demotiverend zal werken om zich ziek te melden. Praktijk is dat niet gemakkelijk vervanging gevonden kan worden 's ochtends. Teamleiders zien het regelen van vervanging niet (meer) als hun taak terwijl het uitvoerend personeel al heel krap in hun tijd zit. Overleg hierover heeft geen nut De werkvloer wordt voor voldongen feiten gesteld en ziet zich gesteld voor een 'niet te nemen' barricade.

Algemene notities:

Het is niet gemakkelijk om hier over te schrijven en wat wij schrijven zal misschien niet goed ontvangen worden: De tendens is te bespeuren dat er weinig mensen in staat zijn om zichzelf in hebberigheid een halt toe te roepen. Budgetten worden teveel overschreden en het lijkt ons soms dat er te weinig een binding en verantwoordelijkheidsgevoel bestaat voor de samenleving in zijn geheel en de gevolgen daarvoor. Dat wil niet zeggen dat velen het niet inzien (uit gesprekken merken we zelfs het tegenovergestelde) maar we wijzen allemaal gemakkelijk naar anderen en als een persoon het zou willen veranderen ontstaat er onmiddellijk het bevooroordeelde besef en de vooronderstelling dat het toch maar een druppel

op de gloeiende plaat zal zijn en geen effect zal hebben. Een ding is toch vast te stellen en dat is dat het draaiende rad op deze manier in ieder geval verkeerd blijft rollen.

Om het beroep weer die inhoud te geven waar zorgwerkers voeling mee hebben moest er bij deze hoe dan ook eerst op tafel komen wat er leeft onder zorgwerkers en de samenleving voordat verandering in gang gezet kan worden.

Het is ook logisch dat instellingen niet zelf initiatief zullen nemen om dit proces een halt toe te roepen. Iedere instelling wil mee gaan in de tijd d.w.z. dat als andere instellingen gegevens verwerken op de computer dat een individuele instelling niet achter zal willen blijven omdat de indruk dan zal ontstaan dat een instelling achter blijft qua ontwikkeling. Anno nu (we schrijven december 2010) zijn instellingen massaal overgegaan tot het overzetten van gegevens in de computer waaruit nu al blijkt dat werknemers in de nachtdienst – met oponthoud van diverse storings- alle rapportages van iedere afzonderlijke cliënt (zoals eerder vermeld) 's nachts moeten uitdraaien, op karren sorteren waarna dagdiensten deze info weer ronddelen en toevoegen in de zorgmappen op kamers. Wat een gesleep en wat een papierverslinderij. Alles wat in de teampost in het computersysteem komt moet weer naar de kamers gebracht worden. Opgemerkt: Deze ontwikkeling is doorgedaan ondanks de erkenning dat er teveel tijd is gaan zitten in de bureaucratische handelingen(2010). ITC is oké maar dan aangepast aan de wensen van de zorguitvoering, zodat het werken eenvoudiger wordt.

Het is belangrijk om met elkaar ideeën te verzamelen over hoe het anders kan en wij proberen dat hierbij te doen. Zie ook stelling 14 van het manifest- Hoe ongemakkelijk en verontrustend soms ook om verzamelde ideeën te noteren (je hoort over de schouders als het ware mensen hoger in de beroepenhierarchie steigeren/ dezelfde stukjes werden daartoe soms 3 keer overgeschreven) O.i. komt dit gevoel vanuit onze kant waarschijnlijk voornamelijk opborrelen doordat de bestaande hiërarchieën op de werkvloer zo in ons verweven zitten dat al zijn de vertegenwoordigers van die beroepen niet aanwezig zijn terwijl dit besproken en geschreven wordt. We zijn al zodanig geconditioneerd dat we dit niet zomaar naast ons neer kunnen leggen. In Tros Radar kwam d.d. 21-3 2011 naar voren dat het duidelijk 'not done' was zelfs onder specialisten, om elkaar op de vingers te tikken als het om grote fouten gaat en dat er onder specialisten *zelf* zelfs nog een hiërarchische rangorde lijkt te bestaan. Het is voor ons eens te meer duidelijk: **Hiërarchie staat democratische principes in de weg.**

Om de kosten in de zorg beter te kunnen beheersen hoorden wij b.v. de opmerking dat het zou kunnen uitmaken als bij burgers kosten van aanbieders niet alleen inzichtelijker worden gemaakt maar ook prijs-vergelijkbaar zouden zijn zodat burgers kunnen zien hoeveel geld waar naartoe gaat en waar het minder kost zodat burgers door hun keuze invloed kunnen uitoefenen op de kosten die gedeclareerd worden bij de zorgverzekeraar. En toen dachten wij : waar gaan we ons mee bemoeien maar het blijft wel een feit dat mensen ons dit zeggen en dus noteren wij dat want het is wel zo dat alle kosten met elkaar de zorg *duur* maken. Daarom: Als een specialist in loondienst goedkoper is en een zorgvrager zou daarvoor kunnen kiezen dan zou deze daarmee kunnen helpen om de zorgkosten te verlagen. Artsen zeggen allemaal dezelfde studie te hebben genoten en zijn allemaal in staat om hun vak goed te verstaan anders haalden ze geen bul. Iemand vertelde dat hij een zorgverzekeraar had gebeld over de declaratieverschillen tussen twee verschillende tandartsen die dezelfde verrichtingen had uitgevoerd. Bij een echtpaar waarbij ieder een eigen tandarts had waren beide tandartsen even lang bezig geweest met het verwijderen van tandsteen terwijl de kosten nogal verschilden en op de vraag hoe dit nu kon zei de medewerker van de ziektekostenverzekeraar aan de andere kant van de lijn: 'maar daar hoeft u zich niet druk over te maken hoor want dat wordt toch gewoon voor u vergoed'. Omdat in de media excessief hoge bedragen voor sommige

specialisten werden gemeld (en waartegen Minister Klink in 2010 in verweer kwam- omdat de budgetten schromelijk zouden zijn overschreden) begrijpen we de reacties om ons heen van burgers die zich afvragen of het gewoon niet veel beter is om alle specialisten in loondienst te houden. De kranten meldden dat de specialistensalarissen in Nederland hoger lagen dan in de ons omringende landen. Waarom is dat zo? Zuur en saillant detail: Terwijl specialisten actie voerden tegen het voornemen van de minister, stonden daar omstreeks dezelfde periode diverse zorg- actiegroepen niet voor hun salaris te vechten maar slechts voor meer handen en tijd rond het bed. Vele artsen beamen ook dat er meer handen nodig zijn aan het bed. Er kwamen ook reacties binnen of we wel wisten hoe hoog de salarissen waren van ziekenhuisdirecteuren maar die zouden zo absurd hoog zijn dat we dat gewoon niet konden geloven. We weten ook niet goed hoe te reageren als mensen ons zeggen dat er teveel mensen in de zorg werkzaam zijn die ten koste van de samenleving geld verdienen maar we kunnen er bijna niet omheen door wat we allemaal aan info verzameld c.q. gehoord hebben en **we kunnen er in ieder geval toch niet met z'n allen meer omheen dat de waarheid is dat hoe het er op de werkvloer momenteel aan toe gaat dit voor de zorg en samenleving zelf niet wenselijk is temeer als men zich bedenkt dat vele burgers die ziek en zorgafhankelijk zijn geen keuze hebben maar afhankelijk zijn van hulp en zorg, van specialistische hulp**

De kosten rijzen ook op een andere manier de pan uit:

Om twee voorbeelden te noemen: als wij informatie binnen krijgen van een man die zegt dat zijn pacemaker maar liefst 100 000 euro kostte (dat vertelde de specialist hem bij wie hij in behandeling was) dan vragen wij ons af of dit wel nodig is, Hoeveel burgers moeten hier voor werken. De man in kwestie was naast dankbaar tevens zelf ook verbaasd en vroeg zichzelf ook af waarom het zo duur moest zijn. Dit terwijl de meest geavanceerde apparatuur met de meest geavanceerde technische snufjes (neem de mobiele telefoons) tegenwoordig nog maar een fluit van een cent kosten. Waar gaat dat geld naar toe- naar de fabrieken medische techniek? Zullen dergelijke fabrieken de kostprijzen reduceren als er (nood-)vraag naar is en specialisten – die dit niet zelf **niet uit eigen beurs hoeven te betalen** alleen maar hoeven te bestellen- en de zorgverzekeraar dat gewoon vergoed? Hier moet de overheid de samenleving in beschermen want de burgers kunnen de lasten (premies) van de zorgverzekeraar bijna niet meer betalen en naarmate deze kosten van de samenleving toenemen boet dit steeds meer in aan hun koopkracht.

Ook kwam er ons een krantenartikel onder de neus dat de behandeling tegen borstkanker 10 000 euro in de maand zou kosten dan komt bij ons de soortgelijke vraag bovendrijven of dit om kosten gaat of dat het om verdiensten gaat. Anders gezegd: het zou niet om winst mogen gaan die uiteindelijk door de massa/ door de samenleving opgehoest moeten worden, kosten die steeds maar blijven oplopen. **Is het b.v. terecht dat burgers voor die winst (van enkelen) en of die hogere kosten moeten opdraaien.** Anders gezegd als het zo is dat individuele bedrijven of personen massaal aan hulpverlening verdienen dan mag de vraag gesteld worden of de samenleving voor deze kosten moet opdraaien en of we dat met elkaar wenselijk vinden en of het niet anders kan. Iedereen om ons heen is het hier hartgrondig over eens maar wij willen hierbij aanroeren dat eerst maar op tafel moet komen hoe die prijzen tot stand zijn gekomen anders is het wel gemakkelijk oordelen. Het is niet meer dan billijk dat zorgverzekeraars de inkoopkosten en betalingen die zij doen (is hun verantwoordelijkheid) naar de burgers verantwoorden zeker nu burgers *verplicht* worden tot het afsluiten van een steeds duurder wordende verzekering. Sommigen vonden, zoals eerder gezegd- dat burgers moeten kunnen kiezen voor specialisten die in loondienst zijn (goedkoper) zoals zij ook bij huisartsen kunnen aangeven dat ze alleen medicijnen willen hebben zonder merk die voor

100% vergoed worden. En met welke tandartsen de zorgverzekeraars prijsafspraken hebben kunnen maken (dit laatste is niet gecheckt - maar we hebben het diverse keren gehoord dat de prijzen verschillen)

Dus als iemand tegen ons zegt 'als ik weet dat een specialist in loondienst is en de helft minder kost dan een specialist die niet in loondienst werkt waardoor de zorgkosten voor ons allemaal lager worden dan wil ik wel naar die arts in loondienst' dan noteren wij hierbij dat hier wellicht een mogelijkheid ligt voor de zorgverzekeraars om kosten beter inzichtelijk te maken waardoor burgers mee kunnen helpen om de zorgkosten goedkope/lager te maken . Ondergetekende heeft als hulpverlener zelf ervaren dat toen zij een andere baan zocht iemand opperde: je moet iets met pgb's doen want daar is goed geld mee te verdienen waarmee bij ons (te vaak) het idee ontstaat dat mensen geen voeling (meer) hebben bij het besef dat al die kosten te samen de ziektekostenverzekering van de individuele burger opdrijft. **Geld is sexy en prettig en iedereen koopt er voor een groot deel zijn haar levensgeluk mee. Misschien moeten wij als burgers met elkaar tegen onszelf beschermd worden want het eigen meer is nooit vol** en het is gemakkelijk dat als de vijver van de ander bijna droog ligt om te concluderen dat dit de verantwoordelijkheid is van het systeem en dus is niets te maken heeft met onze verantwoordelijkheid. Niemand, niemand voelt zich verantwoordelijk voor systemen in zijn geheel hoewel we wel mopperen als het ons niet naar de zin gaat. We zijn allemaal een klein radertje in het systeem om het te kunnen veranderen maar daar is wel bundeling en sturing van krachten voor nodig al horen wij steeds om ons heen en tegen onze actiebereidheid: 'hou maar op want je verandert het toch niet'

(Genoeg) goedgekwalificeerd personeel is nodig voor betere zorg en dan nog....

Zie stelling 11 van manifest) In het Friesch dagblad d.d. 27/11 2009 stond een bericht van de Raad van Volksgezondheid en Zorg. De kop vermeldde:: 'Verpleegkundige moet op haar strepen staan'. Letterlijk stond er o.a.: *'Het kan bijvoorbeeld voorkomen dat verpleegkundigen of verzorgenden met lede ogen moeten toezien hoe personeel wordt ingezet met onvoldoende opleiding om mensen fatsoenlijk te kunnen verzorgen'*(op 1 na laatste alinea)

Er kan bedoeld worden dat er door niet (goed –qua niveau) opgeleid personeel taken uitgevoerd worden die hoger opgeleiden zouden moeten uitvoeren. De vraag komt op : Gesteld dat er niet afdoende personeel te vinden is wat moet een werkgever dan doen? (Misschien de salariering omhoog? Het werk leuker maken, minder werkdruk , minder bureaucratie) Afgezien van deze duiding willen wij hier aantonen dat er op verschillende manieren ingeboet wordt aan deskundigheid op de werkvloer.

Wat is deskundigheid of professionaliteit nu precies. Volgens ons, in eigen bewoordingen is dat niet meer en niet minder dan precies datgene proberen te doen of leveren(of te laten leveren) wat aansluit op de vraag van de zorg-hulpvrager (de ja-cultuur van Hans Becker) (Deze moet zich veilig weten en met een gerust hart er op kunnen vertrouwen en zo ook de familie en vriendengroep er omheen) dat het welzijn , de kwaliteit van zorg en leven van deze unieke mens hun aan het hart gaat.

Op een beurs waar veel ouderen kwamen (SVR/recreatiebeurs)kwamen we in gesprek met mensen waarvan er tot ons ongemak enkele mensen naar ons toe die zeiden dat sommige werknemers in de zorg erg onverschillig overkwamen , die doen het zeker alleen voor het geld (en –voegen wij daar aan toe :*deze kunnen wel degelijk de juiste diploma's hebben gehaald*) En daar sta je dan als actievoerder met je mond vol tanden, in het spier voor de ouderenzorg en voor collega's en dan voelt zo'n opmerking bijna aan als een persoonlijke aanval. En toch

is het goed dat het gezegd wordt want wij hebben het, moesten we later eerlijk bekennen, zelf ook bij enkele collega's gezien. Wij denken dat deze onverschilligheid te maken kan hebben met een soort onmachtsgedoele. **Wat wij regelmatig beluisterden (ook tussen de regels door)'we moeten steeds meer doen met minder mensen en ja hoor weer een nieuwe methode met allemaal nieuwe voorschriften en bepalingen' en (voegen wij toe:) die gepaard gaan bijbehorende cursussen die allemaal tot doel hebben om de kwaliteit te bevorderen terwijl er geen tijd voor die zorghandelingen en taken bijkomen en zelfs steeds meer handen aan het bed van het bed weggetrokken worden, er steeds meer controlesystemen komen en de werkvloer er op wijst hoe ze hun eigen fouten moeten registeren en daarmee vooral benadrukt wordt dat fouten maken absoluut niet kan vanuit kwaliteitsoogpunt en veiligheid bekeken.** Neem ook het gegeven dat bij uitval van ziekte van collega's men daar min of meer met elkaar verantwoordelijk voor wordt gesteld want je moet zelf vervanging zien te regelen (wat daar achter kan zitten is misschien het idee dat als je in een team je ziek gaat melden dat je dat wellicht vanuit verantwoordelijkheid minder zal doen omdat ieder individueel teamlid weet dat je, je collega's in een moeilijke positie brengt?)- wat extra pijnlijk is voor diegene die ziek wordt en ook nog eens met schuldgevoelens worden opgezadeld. Een psychologe meldde ons (in Noord west Friesland) dat ze een verzorgende in behandeling had die had verteld dat het zo vreselijk druk was en dan ook nog vervangend personeel moest zoeken bij ziekte en dat ze toch de bewoners die aandacht wilde geven waar ze om vroegen maar dat ze niet iemand uit bed kon halen die daar om belde en tegelijkertijd moest telefoneren naar een vervanger)

De psychologe had gezegd:'komt het dan ook in je op om de leiding te bellen en te zeggen van, 'nee jij moet voor vervangen bellen want ik moet naar de bellen toe' maar ze durfde dit niet want niemand deed dat. De psychologe maakte contact met een van ons omdat zij wilde toetsen of dit lag aan het wel of niet weerbaar zijn van haar cliënt want deze gang van zaken kon zij zich bijna niet voorstellen. Tevens volgde er een gesprek over democratie op de werkvloer . Zij had haar cliënte geadviseerd of in een teamvergadering dit besproken kon worden. Waarop haar cliënte had aangegeven : alleen als agenda punt. De psychologe zei ons dat overleg pas democratisch was als personeel eerst zonder teamleider zouden kunnen overleggen waarna ze hun standpunten in een vergadering aan de teamleider hadden kunnen voorstellen. Wij konden de psychologe vanuit alle actiegroepen melden dat de handelwijze, dat personeel voor eigen vervanging moet zoeken bij een dergelijke ziekmelding- op uitzonderingen misschien daargelaten- gebruikelijk is maar ook de vorm van teamoverleg. Als je dan de kritische reacties van familieleden er nog bij neemt, die voelen dat er steeds minder tijd te besteden is aan degene die zorg behoeft, dan moet het iedereen duidelijk zijn dat de werkvloer op alle mogelijke manieren de klappen moeten opvangen(en gemangeld worden door alle partijen)

Wij denken dat voor een groot deel daarmee mogelijk de onverschillige houding is te verklaren van 't zal mij worst wezen' (want ze doen er toch niets aan)' we staan toch alleen'. Is het een wonder dat er personeelsleden tussen zitten die uitstralen: "ja hoor es ik bemoei me nergens meer mee 't zal mijn tijd wel duren ? Vrij vertaald en omschreven is dit zo ongeveer wat we zelf hebben ervaren en wat collega's ons in verschillende varianten vertellen.

Wij hebben al genoemd dat er functies aan de onderkant verdwijnen waarvan de taken (poetsen/schoonmaken) opgepakt moeten worden door gediplomeerde zorgwerkers waardoor steeds meer tijd maar dus ook **deskundigheid wegvloeit naar andere taken dan de zorgtaken** . Daarnaast vloeit er kwaliteit weg doordat levenservaring en werkervaring niet meer als toegevoegde kwaliteit erkend en betaald wordt. Gediplomeerde ouderen beginnen in dezelfde salarisschaal als jongeren voor eenzelfde functie. **Omdat het geen uitzondering meer is dat werkgevers weer de beginperiode pakken van een salarisschaal als ouderen aangenomen worden,(waarmee voorbij gegaan wordt aan het feit dat werk- en**

levenservaring doorwerkt in de functie-uitoefening) denken wij dat ouderen minder snel in de zorg zullen blijven als ze b.v. noodgedwongen van baan moeten veranderen of dat ze te weinig gestimuleerd zullen worden om in de zorg terug te keren (als b.v. die opgeleiden -waarvan de kinderen zich zelf redden of de deur uit zijn- hun oude beroep weer op kunnen pakken .

Levenservaring kan een meerwaarde hebben voor een mensgericht beroep.

Een zorgwerker b.v. die zelf een kind heeft gebaard zal anders in het gesprek zitten met de cliënt over diens vroegere bevalling dan een zorgwerker die deze levenservaring nog niet heeft gehad. **Dit is naast een conclusie een pleidooi om meer oudere werknemers in de zorg te werven en te houden en dit: 1 om die meer toegevoegde kwaliteit in de zorg te brengen /houden en 2 om voldoende zorgwerkers in de toekomst beter te kunnen waarborgen. Er zullen immers te weinig jongeren zijn om al die ouderen te verzorgen.(CPB)**

Deskundigheid wordt van de werkvloer weggevaagd.

Eerst moet vermeld worden dat we ervoor willen waken dat groepen hardwerkende zorgwerkers zich aangevallen voelen door onderstaande notitie want wij zien in dat dit wegvagen van deskundigheid niet komt door de ploegen werknemers onderling maar dat dit rechtstreeks het gevolg is van het managementbeleid dat toelaat dat groepen elkaar op de werkvloer in de haren vliegen of anders gezegd doordat het management verzaakt om in te grijpen door meer en afdoende personeel in b.v. de ochtenduren in te zetten.

Een voorbeeld uit een zorginstelling: In die tijd toen de zorgzwaartepakketten ingevoerd werden en een andere manier van werken 's ochtends ingevoerd werd (waardoor het werk ,dat kan iedereen snappen, meer tijd vergde van de werkvloer) besloot men om deze nieuwe manier van werken met 1 werknemer minder te doen (4 i.p.v. 5) en hoewel het invoeren van de zorgzwaartepakketten geen bezuiniging mocht heten werkte het op deze werkvloer wel zo uit. Bij reorganisatie zou je toch eerder denken dat er tijdelijk iemand extra ingezet wordt omdat een nieuwe manier van werken ook extra tijd vergt- maar nee. Het problematische hierin is dat velen op de werkvloer zich niet weren tegen het management (ook *daar* niet) maar dat dit op *elkaar* gebeurt. Op een gegeven moment raakt de stemming zo verziekt dat als de vraag al gesteld wordt van 'als er nu genoeg personeel is overdag hadden jullie dan geklaagd over b.v. de nachtdienst en dat die minder te doen heeft? dat dit helemaal averechts werkt. Het management is een onlogisch werkende laag in de organisatie. Ze presenteren het ene na het andere plan ten behoeve van de zorgkwaliteit en aan de andere kant doen ze van alles om de kwaliteit van de werkvloer weg te halen door minder personeel in te zetten. Sommigen vinden dat het management zichzelf in stand wil houden. Ook hier is, zoals eerder vermeld, een kanttekening op zijn plaats: zij zijn w.s. ook niet vrij en worden zelfs betaald om financieel het plaatje rond te krijgen- aan de ene kant- en aan de andere kant komen er regels van bovenaf die bepalen hoe zij de zorg moeten regelen maar ze lijken een pijs van het systeem /niet bij machte om op eigen koers een halt toe te roepen aan wat er in feite op de werkvloeren gebeurt: men eist kwaliteit en ontrekt het tegelijkertijd aan de werkvloer.

Terug naar het voorbeeld (waarmee we duidelijk proberen te maken hoe kwaliteit er bij inschiet op de werkvloer): door werkdruk laat het management gebeuren dat personeel tegen elkaar uitgespeeld worden met alle gevolgen van dien voor de zorgkwaliteit.

Binnen de instelling die genoemd wordt in het voorbeeld was het zo dat een assistent helpende- niveau 1- 's nachts eerst aangestuurd werd door een verpleegkundige of verzorgende IG (niveau 3/4) Aangaande de zorg was de nachtdienstverantwoordelijke

aansturend voor de zorg en gaf aan wanneer assistentie van de helpende nodig was dit werd in beide taak/functieomschrijvingen duidelijk gemaakt en daartoe waren zij ook aangenomen . Ten tijde van onrust door *werkdruk overdag* ontstond op zeker moment wrijving over het gegeven feit dat de nachtdienst minder te doen had in tegenstelling tot de dagdienst. Dit was in feite **waar** maar de gediplomeerde nachtdiensten vonden dat je mensen in de nachtelijke uren nu eenmaal niet kon wassen, aankleden en eten geven etc.en wezen op het probleem van te weinig werknemers *overdag* en dat daardoor bij werkdruk steeds opnieuw conflicten ontstonden tussen de groepen werknemers. Deze conflicten kwamen overigens in de loop der jaren steeds weer terug. Daar werd nimmer iets mee gedaan. Daarbij komt dat de groep helpenden slecht weerbaar was naar het management toe; het linnenkamer personeel werd voor een groot deel wegbezuinigd. Naar de helpenden toe werden 's nachts steeds meer linnenkamerwerkzaamheden toegeschoven en de gediplomeerden sprongen als zij tijd over hadden bij het was opvouwen ook bij. Omdat de huishoudelijke dienst ook ten dele was wegbezuinigd moesten alle openbare wc's 's nachts door de hele instelling worden schoongemaakt. Dit was overigens wel aan de helpenden gemeld toen ze de functie aannamen. 1 helpende maakte zich zo kwaad over het vele poetswerk, wat zij overigens heel perfect wilde doen terwijl de andere helpenden zich niet beklagden, en veel eerder klaar waren dan haar. Zij presteerde het om in de vorige instelling over de zelfde kwestie stennis te maken waardoor de verantwoordelijke nachtdiensten zelfs ziek werden want de gediplomeerden zouden 'altijd zitten te slapen en bureauwerk was geen werk' maar poetswerk dat was pas werken- Dit gemor wreekte zich opnieuw in deze instelling tegen de gediplomeerde nachtdiensten die daar werkten. Zij vond dat rapport lezen en schrijven geen werken was.

Hoewel andere (collega's) haar verhalen niet herkenden, ook de andere helpenden niet, was het besluit van de nieuwe teamleider dat in vervolg de gediplomeerden mee moesten helpen om alle wc's te poetsen en de linnenkamer te doen en dat is wat er tot op de dag van vandaag nog steeds gebeurd. Een vakbondsbestuurder en CAO onderhandelaar zei hierover hoofdschuddend tegen ons: 'maar *dat* is de bedoeling niet' Dat de helpenden vele taken niet konden en mochten doen en dus omgedraaid minder de verantwoordelijke nachtdiensten konden ondersteunen werd gewoon genegeerd. De helpenden waren ook overdag ingezet en besloten uit zichzelf mensen soms om 5 uur al te wekken en te wassen om de dagdienst te ontlasten. Terwijl de nachtdiensten dit vanuit zorgkwaliteit bekeken niet vonden kunnen. Dit alles werd onderbouwd doordat het management eerst vastgesteld had dat de gediplomeerde nachtdienst niet leidinggevend was. De helpenden stonden zogenaamd **onder leiding** van de teamleider overdag. Het zou zo zijn dat beide gezamenlijk (gediplomeerde en helpende) beide verantwoordelijk waren voor de zorg gedurende de nacht. De helpenden begonnen zich te mengen in de inhoudelijke taken van de verantwoordelijke verzorgenden en verpleegkundigen om niet te zeggen werden met behulp van de teamleider monddood gemaakt. Deze opperde zelfs: 'niemand is hier meer dan een ander' en het kan hedentendage nog gebeuren dat in die instelling zelfs een helpende tegen een gediplomeerde zegt : 'als jij mij niet helpt met wc's poetsen dan ga ik niet naar een bel' Iedereen die een helder verstand heeft begrijpt dat hier zaken helemaal scheef lopen en als helpenden uit zichzelf mogen besluiten om mensen vroeg te wassen en niet teruggevloten kunnen worden dat dit inboet aan kwaliteit. **Door het hebben van te weinig personeel wordt het tegen elkaar uitgespeeld. Zorgkwaliteit staat niet voorop maar het afkrijgen en afhandelen van de taken.** Als we nu horen dat sommige inval-gediplomeerden de focus leggen op het doen van poetswerkzaamheden en daar nu de wachtoverdracht maar niet meer schrijven terwijl die afspraak er ligt en dat er door enkelen zelfs gewoon controlerondes overgeslagen worden en er een personeelslid 's nachts huishoudt die een bewoner gewoon de ondersteek schijnt te kunnen weigeren zonder dat er ingegrepen wordt dan begrijpt iedereen dat de kwaliteit op de werkvloer daar erbij in schiet. Het

personeel zal nu onderhand begrijpen dat nadat zij de bal legden bij de nachtdienst- want 'als die maar meer zouden doen 's nachts dan zouden zij het minder druk hebben'- dat dit de oorzaak niet was. Integendeel, ze hebben het drukker dan ooit en als ze nu zelf de nachtdienst in moeten, wat al een zware dienst is vanwege het werken tegen het biologische ritme in, worden ze daar nu ook volledig uitgemolken. Nogmaals: Iedereen die dit leest zal begrijpen dat de zorgkwaliteit er zo bij inboet. Daarnaast worden de gediplomeerden die de zorgkwaliteit in hoog vaandel dragen en zich zorgen maken over de bewoners en de zorgkwaliteit en de werkdruk de zorg uitgejaagd. Een van hun heeft al gezegd dat zij ander werk zoekt en de ander wil geen nachtdiensten meer draaien 'want daarvoor heb ik toch m'n diploma niet gehaald om de hele nacht wc's te poetsen en de was op te vouwen' (notitie dec.2009). Tijdens discussies met de teamleider werden overigens de taakomschrijvingen letterlijk van tafel geveegd. Naar verluidt begrijpen de zorgmanager en de bestuurder niet waar het probleem ligt en bleef gehandhaafd dat alle werkzaamheden gedurende de nacht door de verpleegkundige en de helpende gezamenlijk worden gedaan terwijl de helpenden bij bepaalde taken niet kunnen helpen en kunnen assisteren omdat hun bevoegdheden niet zover reiken. De zorgmanager schijnt zelfs gezegd te hebben 'ja maar het moet niet zo zijn dat de helpenden steeds aan het werk zijn en jullie niets doen' waaruit blijkt dat zij de informatie van die ene helpende gewoon als waar aangenomen heeft. Arme collega's. Notities: de nachtdienstfunctionaris (verpleegkundige of ziekenverzorgende IG) is verantwoordelijk (zouden dit moeten zijn) voor de zorg. Zij sturen aan en dus geven ze leiding. In deze moet vermeld worden dat de nachtdienst de enige verantwoordelijke en aan te spreken persoon is binnen die instelling -dit niet alleen m.b.t. de zorgtaken maar ook i.v.m. de veiligheid en werking van systemen en is naast bedrijfshulpverlener officieel ploegleider bij calamiteiten. Moet nog bij vermeld worden dat in verhouding gedurende de nacht in relatie tot voorschriften m.b.t. de brandveiligheid in de meeste instellingen te weinig personeel aanwezig is.

Door het ontcrachten van de leidinggevende positie of door het opwaarderen van de positie van de helpenden zijn sommige van deze in de nachtdienst nauwelijks meer aan te sturen en zijn zij zelfsturend en worden in deze instelling daarin gesteund terwijl de gediplomeerde IGverzorgende/verpleegkundige wel de uiteindelijke verantwoordelijkheid draagt.

Op de vraag waarom het door de teamleiding geaccepteerd wordt dat helpenden kunnen zeggen 'als jij mij niet helpt met wc poetsen dan ga ik niet naar de bellen' kunnen we alleen maar naar gissen. Wat er in feite gebeurd is dat de teamleider in ieder geval de hele groep op deze manier onder de duim houdt en deze kan aansturen zoals zij dit wil, zodat er zoveel mogelijk werk verricht wordt. **Dat daarbij de groepen tegen elkaar worden uitgespeeld (laat men gebeuren) en men blijft zelf buiten schot.** De financiële krapte maakt dat er te weinig personeel ingezet kan worden overdag waardoor de teamleider waarschijnlijk gedwongen is/zich gedwongen voelt om dergelijke maatregelen te nemen. In ieder geval zal ieder die dit leest snappen dat als er overdag meer personeel ingezet had kunnen worden, als er genoeg schoonmaak- en linnenkamerpersoneel aangesteld had kunnen worden dat geen van deze conflicten op de werkvloer hadden kunnen voorvallen. Ook geloven wij dat de teamleider nimmer dan dergelijke stappen genomen had die ze nu wel genomen heeft. En doordenkend zouden helpenden zich dan niet uitgebuit gevoeld hebben door het doen van veel huishoudelijk werk (want er zou genoeg schoonmaak- cq linnenkamerpersoneel zijn geweest) en de dagdienst had zich niet in de steek gelaten gevoeld door de nachtdienst etc. De dagdienst in deze instelling moet **onder veel te hoge werkdruk het werk klaren zoals zovele werknemers in vele instellingen en hoe houden ze het allemaal vol- Zoals al die overige zorgwerkers in het land die blijkens hun verhalen onder veel te hoge werkdruk hun werk moeten doen. Daar voer(d)en we graag actie voor. Ze hadden wat weerbaarder mogen zijn, wat meer voor zichzelf mogen opkomen maar dat zit er niet in**

bij onze collega's, in heel het land niet – men vertrekt liever geruisloos uit de zorg of wordt ongewild ziek. Nog het melden waard is dat verscheidene vrouwen op oudere leeftijd aanvankelijk nog wilden inspringen in de zorg maar een collega zei daarover: 'ja maar het is nu zo'n gekkenboel geworden met die computerwerkzaamheden ik blijf liever thuis'

M.b.t. het 's nachts wassen van bewoners: De verantwoordelijke zorgmanager heeft steeds ontkenning dat er in de ochtenduren gewassen werd maar toen een verantwoordelijke nachtfunctaris bij de teamleider stelde dat als dit zo doorging dat ze wilde dat de familie ingelicht werd en dat ze de OR in actie wilde stellen kwam er een andere discussie op gang en werden er andere besluiten genomen d.w.z.: De rondes beginnen om 5.15 uur i.p.v. soms om half 5 om mensen te kunnen wassen. (bericht 2011/okt: 'mensen worden om 4 uur soms gewassen' - door een zekere persoon en de teamleider zou dit ontkenning hebben- na melding)

Het moet wel gezegd worden dat als mensen perse vroeg gewassen of gedoucht willen worden dat dit moet kunnen, dan is er geen bezwaar hoewel een kanttekening op zijn plaats is. Wij vinden dat er voorwaarden gesteld moeten worden.

- 1) Is de persoon in kwestie niet in de war/ zich wel bewust van hoe laat het is (dementerenden of psycho-geriatrische bewoners zijn zich niet altijd bewust van tijd (plaats en persoon). Dit om te voorkomen dat dag- en nachtritme verstoord raakt.
- 2) Is deze persoon weerbaar genoeg; is het verstandig/goed t.o.v. zijn/haar lich. conditie
- 3) Komt de vraag van de bewoner zelf? Op een vraag van de zorg is het misschien moeilijk nee zeggen van een bewoner.
- 4) Komt het de zorg goed uit i.v.m. hoge werkdruk overdag om de was-douchebeurten te verplaatsen naar nachtelijke tijdstippen (m.a.w. : zou er ook 's nachts gewassen worden als de werkdruk niet te hoog was overdag)
- 5) Hoe reageert de bewoner op het vroege wassen / is het verantwoord (wordt b.v. niet gestimuleerd dat het dag-/nachtritme omgekeerd wordt
- 6) Is bij minder weerbare bewoners de familie op de hoogte/ heeft deze ingestemd?

Wij keuren het wassen 's nachts af als de meer kwetsbare mensen (zijn minder weerbaar) daarvoor worden uitgekozen. (Helaas bereiken ons berichten dat dit in meerdere instellingen gebeurd).

PS) De afkeur van de nachtdienst-gediplomeerden over de gang van zaken werd in een bepaalde instelling vertaald in *niet collegiaal* willen zijn om niet te zeggen *luiheid*; zelfs over het door onderzoek ondersteunde gegeven dat het goed is om even 10 minuten te slapen in de eigen pauze zodat je weer goed bij de pinken kon zijn werd negatief verwerkt en vertaald in 'overdag kunnen we ook niet slapen' etc. Nogmaals: conflicten die er niet zouden zijn als er genoeg personeel is.

Er zijn bevindingen op basis van onderzoek (en erkend) dat nachtdienstwerk fysiek zwaar en ongezond is. Dat het langdurig doen het leven met levensjaren bekort . Omdat het bloedsuiker daalt zou men niet zo helder kunnen denken als overdag. Borstkanker zou vaker voorkomen bij mensen die langdurig nachtdiensten draaien etc. Allemaal bijwerkingen die veroorzaakt worden doordat werken 's nachts (alle beroepen) tegen het biologische ritme ingaat. In die zin is het een *zware* dienst.

Tot op de dag van vandaag (notitie:16/3 2011), we zijn dik anderhalf jaar verder dan toen dit geconstateerd werd, worden bewoners nog steeds vroeg uit bed gehaald, heeft nog een vaste verantwoordelijke medewerker aangekaart om uit de nachtdienst te willen (omdat zij

gedurende de nacht de hele linnenkamer/de was moeten doen, de wc's van de hele instelling moeten poetsen ')-linnenkamerpersoneel en schoonmaakpersoneel nog steeds is wegbezuinigd- de helpenden zoverre gesteund werden in hun zelfstandige positie en gedrag dat zij gedurende de nacht zelfs zelfsturend werden en de macht hebben om uit zichzelf te beslissen- tegen de gediplomeerde nachtdiensten te zeggen- 'als jij geen wc's voor mij schoonmaakt ga ik niet voor jou naar de bel. En dit terwijl er functieomschrijvingen naast lopen die stellen dat de helpende een assisterende dienst heeft m.b.t. de zorg. Ten overvloedde: Iedereen zal begrijpen dat indien er genoeg geld was geweest, functies niet wegbezuinigd waren, als er genoeg personeel was geweest in de dagdienst dat personeel niet zo tegen elkaar uitgespeeld had kunnen worden. Het bijzonder trieste is dat vele collega's hier nimmer de vinger op zullen leggen en dat dit het management prima uitkomt (verdeel en heers)want men blijft, hoe je het ook went of keert, zelf buiten schot. Al moeten ze op hun beurt misschien ook wel. In de vele jaren dat ik werkzaam was in de zorg gebeurde het meerdere keren dat ten tijde van hoge werkdruk het personeel zich richtte tegen diverse afdelingshoofden/ de teamleiders- Deze fungeerde dan als bliksemafleider. **Het management bleef steeds buiten schot** . De conflicten en de verwijten gingen zelden inhoudelijk over de zaken die ten grondslag lagen aan de spanningen op de werkvloer. Onderzoek? Bewijzen? Hebben we niet maar als zulke patronen zich regelmatig herhalen als de werkdruk weer een grens bereikt en je vanuit kennis (hbo maatschappelijk werk en management) het ook vanuit een overstijgend perspectief kunt aanschouwen dan kun je op gegeven moment niet meer om de feiten heen. Als je dan zelf burned out krijgt en de directeur vliegt eruit en als je daarom tijdens je eigen ziekte probeert om de directeur zelfs te verdedigen omdat de vakbond het op een akkoord heeft gegooid met de interimmanager (nb .die daar tonnen heeft verdiend terwijl tegelijkertijd de instelling noodlijdend is) ga je over je eigen grenzen heen. Het was n.l. niet terecht dat het management mocht blijven zitten . Van zulke zaken kunnen werknemers goed ziek worden.

En als personeelsleden je dan zelfs bellen om hulp tijdens je ziekte en de bedrijfsarts je adviseert om je vooral niet verantwoordelijk te voelen besluit je, eenmaal weer beter geworden , om je niet meer weerbaar op te stellen. Ook niet toen ze de verantwoordelijkheid van de nachtdienst niet meer wensten te waarderen en teruggeschaald werden. Ook al kregen we landelijk erkenning dat werken gedurende de nacht verantwoordelijker werk was. Dit temeer omdat we als enigste aanwezige verantwoordelijke in de instelling waren. Niet alleen m.b.t. de zorg maar ook m.b.t. veiligheid en werking apparatuur van de instelling Onze functies werden niet gehonoreerd/ het werd gewoon opnieuw van tafel geveegd vanwege te hoge kosten. Het opnieuw aanvechten – daar was de puf niet meer voor. Steeds opnieuw laaide de werkdruk weer op dus steeds ontstond er weer stress en strijd op de werkvloer. **Het patroon:** Een aantal bewoners begint steeds meer te kwakkelen, en de zorgbehoefte (zorgtijd) vliegt daarvan omhoog en het personeelbestand wordt er niet op aangepast en de spanning loopt op omdat hetzelfde aantal personeelsleden meer moet doen in hetzelfde al korte tijdsbestek. Het management grijpt dan niet in (zet geen meer personeel in) en dan ontstaan er conflicten tussen de diensten (verplaatsing/projectie). Nachtdiensten moesten 's ochtends aan het einde van hun dienst dan ineens alle medicijnen ronddelen voor de hele dag, of mensen alvast uit bedhalen en wassen of ze nu sliepen of niet (als het eenmalig is alah). Heden ten dage is dat wassen/douchen in meer instellingen al in gevoerd. Er kwamen bij ons meerdere berichten binnen dat mensen gedurende de nacht gewassen werden (en dat noemen ze nog vraaggestuurd werken ook!/daar wordt zelfs mee geschermd) op gegeven moment bedachten we om al die collega's in het land te vragen om ons te melden of het in hun instelling ook zo was maar we vreesden het ergste en dan haalden we misschien zoveel ellende en misstanden boven water dat ons doel, om te focussen op dingen die voor iedereen zouden verbeteren, dan misschien niet gehaald zou worden. We zien juist in dat we met elkaar

de dupe zijn van het zorgsysteem wat op het 'al dan niet' hebben van geld gebaseerd is. Anders gezegd: Collega's springen elkaar heus niet op de nek als er genoeg (geld en dus) personeel is om het werk te doen; het is in principe een groep mensen die menslievend en sociaal ingesteld is maar de onmacht zoekt een uitlaatklep. Weerstand van de betreffende diensten waar extra werkzaamheden naartoe geschoven werden (die in verweer kwamen tegen het te lage personeelsbestand en ageerden bij het management) liep altijd uit op conflicten tussen de diensten, hoe je ook probeerde om de goede sfeer te bewaren. Eenmaal toen er weer hoge werkdruk was en daardoor ook weer een conflict op de werkvloer ontstond werd er een zwartboek gemaakt door een assertieve collega-werknemer die zich onterecht behandeld voelde, waarin zo duidelijk zichtbaar werd dat enkele collega's bereid waren om dingen over die collega te beweren waarvan ik en nog een andere collega concludeerden en wisten dat het niet waar was!-. (brieven waren in kopie toegevoegd) en juist die collega's die bereid waren om onwaarheden te verkondigen klommen op in de ladder tot een hogere functie. Later kwam ik die weerbare collega eens tegen in een supermarkt en hadden we het over *die* tijd. Ze had ander werk en zei: 'als ik *een* ding geleerd heb, *wat* er ook gebeurd aan misstanden, noem maar op, ik houd me nu voortaan stil, ik doe m'n werk en verder van mij nooit een kik weer. Soms gebeurd er iets en dan denk ik, *nee niet mee bemoeien, ik heb m'n lesje wel geleerd*'

Conclusie bovenstaand relaas: Iedereen die dit leest zal begrijpen dat de kwaliteit door werkdruk op de werkvloer inboet en ook als lager opgeleid personeel zelfsturend wordt aangaande situaties waar meer deskundigheid vereist is. Iedereen zal ook begrijpen dat deze groep helpenden gemakkelijker aan te sturen is door het management omdat die groep minder gemakkelijk die zaken zullen aanvechten waarbij de kwaliteit van de zorg in het geding is omdat deze groep minder weerbaar is (daar waar meer deskundig en ervaren personeel beter bij machte is vanuit beroepsethiek en vakkundigheid /kennis actief mee kan denken en kwesties wel aan kan en zal kaarten)

Begrijpelijk is ook dat, ervan uitgaand dat managers ook in een moeilijk pakket zitten en zelf ook dwingend kwesties voorgelegd krijgen, dat zij minder tot geen belang hebben bij meedenkers over de kwaliteit van zorg en over taakverdeling en dit zeker als het niet strookt met kostenbeheersing/ bezuiniging. Niet *alleen* vanwege financiële onmogelijkheden maar omdat dit de controle over de werkvloer bemoeilijkt. Lezers kunnen nu zeggen 'In hoeverre is dit te voorkomen' waarop we het volgende antwoord willen geven.

Niet tenzij de zorg anders geregeld wordt.

Samenvattend:

Iedereen zal nu begrijpen , dat als de ouderenzorg te wensen overlaat (zoals wij allemaal in de media hebben kunnen vernemen) en als knelpunten/ problemen en obstakels op de werkvloer in ogenschouw genomen worden zoals onder andere wij die aangeven, dat dit allemaal ('t zij soms indirect) veroorzaakt wordt doordat er geen genoeg geld en dus tijd besteed wordt/kan worden aan zorgwerkers om het werk goed te kunnen doen en dat daar alles uit voort komt. Dat niet alleen daardoor degene die zorg nodig heeft maar zowel degene die de zorg moet geven er bij in schiet: Iedereen is het slachtoffer van hoe nu de ouderenzorg geregeld is. Je kunt als zorgwerker hoe dan ook niet twee dingen tegelijk doen. Door 'vooral altijd rustig (te) blijven' en nog efficiënter te werken kun je iets aan tijd misschien oversparen voor onverwachte calamiteiten die optreden en die daardoor misschien enigszins opvangen maar de *rek is er al lang uit*. Zodoende worden de omstandigheden er naar dat zorgafhankelijke oude mensen te lang in hun inco zitten, te lang op bed liggen, nooit buiten komen, de verkeerde pillen krijgen en vereenzamen

waardoor hun niets anders overblijft dan de laatste rit naar de dood slechts uit te zitten en kunnen zorgwerkers hun werk niet meer naar behoren doen – hoe graag zij ook zouden willen. En zodoende zeggen zorgwerkers over hun werk: ‘het is echt niet leuk meer zo’ en zeggen wij : het moet anders !

Hoofdstuk 2: Hoe zou het anders kunnen in de zorg.

Opsomming van verzamelde ontwikkelde gedachten/ ideeën

Met symptoombestrijding (extra personeel inzetten) komen we er op de lange duur niet, we kunnen regels opstellen over hoe het zou moeten, met nieuwe mooie visies op de proppen komen, als we de oorzaken niet eerst oppakken dan zullen de wonden blijven stinken.

- De hiërarchische situatie op de werkvloer belemmert werkers in de zorg om zelf het heft in handen te nemen en de situatie te veranderen. Daarom zou de hiërarchische situatie op de werkvloer in de langdurige (ouderen-) zorg, om tot verandering te komen, omzeild moeten kunnen worden of weggenomen moeten worden. Er zijn platte organisaties, te noemen de buurtzorg, die wellicht ook intramuraal in staat zijn om zorg goed op te zetten en dit met minder overhead (onkosten) waardoor er meer geld en tijd overblijft voor de zorg zelf: Buurtzorg krijgt ons vertrouwen omdat zorgwerkers bij buurtzorg zelf verantwoordelijk en zelfsturend zijn, de bureaucratie voor een groot deel een halt toegeroepen kan worden en de kosten bij buurtzorg omlaag konden gaan. Terwijl zorgvragers en zorgwerkers beide tevreden zijn. Zorgwerkers hebben het gevoel dat ze hun beroep weer kunnen uitvoeren zoals het oorspronkelijk bedoeld is. Niveau 4 en 5 zijn werkzaam op de werkvloer. Het kan blijkbaar anders.

Wonen en zorg zou in de langdurige -met name te noemen de ouderenzorg zorg helemaal gescheiden moeten kunnen worden. Er zijn prima voorbeelden in Nederland die zo werken en zonder al die managementlagen. Woonstichtingen met huismeesters/beheerders en alarmsystemen. De huisarts en andere professionals komen bij bewoners over de vloer zoals dit nu in de thuissituatie gebeurt. Er is een gezamenlijke ruimte waar men als bewoner gebruik van kan maken, die men ook kan afhuren. Koffie tegen kostprijs en een winkeltje dat zichzelf bedruipt. Er zijn altijd individuele burgers met (b.v. psychogeriatrisch/dementerende) klachten die niet zelfstandig meer kunnen wonen en in groepsverband beter verzorgd kunnen worden. Hier zijn ook al goede voorbeelden van te vinden in de zorg. Te noemen de zorgboerderijen en de dependances bij zorgcentra. Wij zijn er voorstander van dat dergelijke dependances juist los functioneren van zorginstellingen (nu is het zo dat deze dependances de kosten van de hoofdinstantie verminderen en kan een reden vormen om niets te hoeven veranderen aan de huidige opzet en opstelling van instellingen zelf die veel eenvoudiger opgezet moeten kunnen worden waarbij veiligheid wel een extra aandachtspunt is.

De werkvloer schreeuwt volgens ons om: Eenvoud, eenvoud, eenvoud.

Hoe eenvoudiger langdurige zorg georganiseerd wordt, hoe gemakkelijker mensen uit de samenleving ook zullen kunnen inspringen. In de toekomst kan zorg niet alleen door deskundig opgeleid personeel gedaan worden.

Deze zullen een meer sturende en coördinerende en voorbeeldgevende/instruerende en begeleidende taak moeten kunnen krijgen. Dit zonder leidinggevenden, zonder lagen boven zich en dus overheadkosten die geldstromen weg-eten van de werkvloer waar het eigenlijke werk gedaan moet worden.

Eenvoudig wil in dit verband zeggen: Zorginstellingen zouden moeten transformeren. Wonen en zorg zouden volledig gescheiden moeten zijn zoals in de thuiszorg al het geval is. Vraag is: Is buurtzorg – met weinig lagen boven de werkers in de zorg- te projecteren/toe te passen op

instellingszorg. Alle diensten zoals maatschappelijk werk , psychologische begeleiding, en geriatrie zou ambulant ingeschakeld moeten kunnen worden. Geen personeelszaken meer, geen facilitaire diensten met bijbehorende managers meer. Geen directeuren /geen raden van bestuur meer. En groep zorgafhankelijke mensen die wel in een wijk wonen hebben ook geen bestuur nodig.

Een voorstel van ons is om zorg dus drastisch te vereenvoudigen. Niet alleen is dit nodig om zorg betaalbaarder te houden maar ook om het zorgwerk aantrekkelijker te maken. Een van die ideeën is om de verpleegkundige en verzorgende zelf de regie weer op zich te laten nemen. zoals – eerder gezegd- o.a. bij buurtzorg al gebeurd. Niveau 4 en 5 zijn werkzaam op de werkvloer in de uitvoering. Dit tot tevredenheid van zorgwerkers en zorgvragers.

Er zouden misschien pilots kunnen worden opgezet te beginnen in verzorgingshuizen. Een kleine afdeling/ of vleugel leent zich hier w.s. het beste toe. De thuis-zorgsituatie zou daar intramuraal nagebootst kunnen worden met hulp van *buiten* de instelling zoals Buurtzorg nu werkt waarbij de nadruk in verzorgingshuizen komt te liggen op wonen waar VWS al op ingezet heeft .Wij zijn het daar mee eens ook voor verpleeghuizen. Belangrijk is (zoals bij buurtzorg het geval is) dat zorgwerkers zelfsturend zijn en de verantwoordelijkheid dragen en zelf alles regelen zonder managementlagen en directies en besturen daarboven. De huisarts zou een belangrijke spil kunnen zijn zoals in de thuissituatie het geval is.

Het spreekt vanzelf dat dit tegen de borst zal stuiten van al die andersoortige gespecialiseerde professionals en ondersteunende functionarissen die met het eigenlijke verplegen waar het in wezen in hoofdzaak om gaat niets van doen hebben. Ons standpunt is er *niet een die gericht is tegen* die functionarissen maar richt zich op verandering en innovatie/ om die zorg te kunnen bieden die nodig is; het is strevenwaardig om een oplossing te kunnen aandragen die geen weerstand zal oproepen maar die is er volgens ons niet. We denken dat innovatie in de zorg niet al teveel koppen hoeft te kosten want er zullen in de toekomst ook specialisaties nodig zijn en de zorgbehoefte neemt toe alleen verplaatst zich dit meer van intramuraal naar het ambulante vlak. Naar verwachting hoeft niemand bang te zijn zonder werk te komen zitten zeker niet als het niet te drastisch ingevoerd zou worden; er is namelijk altijd sprake van een natuurlijke afvloeiing onder het personeelsbestand. De verpleeghuizen/ verzorgingshuizen zouden gewoon kleine wooncomplexen in woonbuurten moeten kunnen zijn waarvoor men een normale huur betaald en waar men tegen meerkosten gebruik kan maken van faciliteiten en diensten (zoals de buurtzorg). Al zouden specialisten en andere professionals ruimte benutten binnen een dergelijk gebouw dan mogen die kosten niet op de huur drukken/ maar deze eerder juist moeten verlagen.

Zorg is heel goed thuis te geven. Dit geniet onze voorkeur. Woonhuizen moeten zonder drempels en op voorhand meer op zorg berekend zijn. Voorlichting naar de samenleving is belangrijk. Informatie dat thuiszorg/buurtzorg heel goed tot het einde toe zorg kan bieden en familie kan helpen.

De overheid en de kostenverzekeraars moeten ervoor waken dat de tarieven van specialisten betaalbaar blijven (want daardoor worden de kostem beter beheersbaar en de premies beter betaalbaar) In de grondwet staat dat de overheid er o.a. voor moet zorgen dat de zorg betaalbaar blijft.

De kostprijs voor een nieuwe opzet zal niet naar beneden gaan als b.v. al de managementlagen binnen een instelling eerst gehandhaafd blijven zoals het nu geregeld is en de bureaucratie niet aangepakt wordt.

Hiermee raken we aan de voornaamste moeilijkheid van een pilot binnen een bestaande organisatie. Een pilot moet volgens ons echt vanaf begin draaien zoals de bedoeling is en bij bestaande systemen wordt een nieuwe opzet erg ingewikkeld.

Aan de andere kant : Nieuw op te zetten ‘ wooncentra’ maakt dat er kapitaalvernietiging plaats vindt (van de bestaande gebouwen) en dat is niet wenselijk- vandaar de enigste optie om een vleugel helemaal los van de gehele organisatie te koppelen dus ook m.b.t. de kosten en baten. Er moet een open verbinding zijn naar buiten toe en de ruimte relatief onderhoudsvrij zijn zoals in gewone woonwijken het geval is. Het zou prachtig zijn als men gebruik kon maken van faciliteiten en diensten als ware men in een hotel. Dit idee is niet nieuw. Er zijn ontwikkelingen dat instellingen grand cafés en zelfs zwembaden binnen de zorgcentra (willen) realiseren en dat klinkt luxe en aantrekkelijk maar de vraag is: wordt de zorg daar goedkoper van. Zo nee dan is dat niet wenselijk. Wel wenselijk als deze meerwaarde niet op de kosten in de zorg drukt of in de zorgprijs doorberekend wordt. De zorgvrager zou van een faciliteit gebruik moeten kunnen maken zoals dat in buurten georganiseerd kan- en zo ook van zorg gebruik moeten kunnen maken.

Instellingen doen ook steeds meer aan wijkzorg en hebben daartoe zelf werknemers in dienst maar werken nog vanuit dezelfde hiërarchische structuur. Het kan anders waarbij de werkvloer in de thuiszorg de regie zelf in handen houdt. Omdat de overheid zoals b.v. buurtzorg (de wijkzuster)werkt erkent als *goedkoper* en waardevol voor de maatschappij en wij zorgvereenvoudiging voorstaan zou de overheid de werkvloer moeten ondersteunen bij die verandering omwille van de zorgkwaliteit. Vanuit de huidige hiërarchie bekeken is het wenselijk dat de overheid zich er in mengt.

Een organisatie die er uit echt uitsprong was ook de **Buurtzorg** – van alle kanten kregen wij goede berichten van zowel familie van hulpbehoevenden als zorgwerkers- Hoe buurtzorg b.v. opgezet is toont ons aan dat het anders kan. Buurtzorg is een organisatie die zich onderscheid van gangbare organisaties. Niet alleen in zijn eenvoud van opzet, maar ook in het basisidee dat de zorgvrager centraal staat. Daarnaast begrijpt buurtzorg dat de werkvloer vanwege de verantwoordelijkheid ook de regie op de werkvloer in handen moeten hebben. I.p.v. controle, leiding en aansturing krijgen zij ondersteuning. Zij weten zich erkend en letterlijk gesteund in hun streven om de hulpbehoevende mens en zijn/haar familie bij te staan.

Buurtzorg neemt de meeste administratieve rompslomp weg bij de werkvloer terwijl het wel aan de eisen voldoet die er aan een zorgorganisatie gesteld worden.

Het werk strookt daadwerkelijk met de verwachting over wat de beroepen in de zorg inhoudelijk beogen. Buurtzorg richt zich (blijktens de bij ons gemelde reactie) op de *samenleving* terwijl de markt zich (=doel) op de 1^e plaats op winst richt. De onkosten/overhead is bij buurtzorg in verhouding laag omdat hiërarchie met bijbehorende functies, posities, en kantoren etc. niet aan de orde zijn. Het is een platte organisatie .Er is inspraak en zelfsturing mogelijk op de werkvloer en vooral ook eigen initiatief. De houding naar de klant, klantvriendelijk waarbij de kwaal niet centraal staat maar de mens en zijn-haar omgeving zelf. De buurtzorgmedewerkers komen uit de buurt waar het werk gedaan moet worden terwijl het centrale kantoor de administratie verwerkt. Buurtzorg gebruikt ICT waar het de zorg kan ondersteunen. Overal kan een zorgwerker middels een code inloggen op het worldwideweb en in een eenvoudig maar voor iedereen duidelijk werkbaar programma zorgnotities rapporteren zodat de continuïteit van de zorg gewaarborgd is en waarin iedereen kan werken.

Vanuit het kantoor kunnen zaken toegevoegd en aangevuld worden.

Zorgvragers en zorgwerkers zijn beide tevreden. Het ziekteverzuim bij buurtzorg is lager dan bij reguliere instellingen.

Tevens waren er een paar organisaties waarmee wij via via bij toeval contact mee kregen. Er zijn organisaties die al zodanig innoveren en aansluiten bij onze verzamelde ideeën (over hoe het anders kan)aansluiten- waar wij een verslag over zullen geven/zie bijlagen- die met enige aanpassing prima aansluiten op onze innovatieve- visie op zorg. **Veel organisaties slaan de positie/omstandigheden van de werknemers bij innovatie-ideeën over en dat nemen wij mee.**

NB) Vanuit de recreatiesector kwam n.a.v. onderzoek d.d. 15 maart 2011 ons ter ore dat gehandicapten of mensen die zorg behoeven willen vakantie vieren in een *zo normaal* mogelijke omgeving die niet relateert aan ziekte of instellingssferen. Daarom bedachten wij ons dat het logisch is dat dit voor wonen ook zal gelden. Op de betreffende vergadering hoorden wij van een recreatieondernemer die zowel gehandicapten als aan gezonde mensen vakanties aanbiedt dat aan de andere kant gezonde mensen liever niet geconfronteerd worden met zieken of zorgafhankelijken- dan blijven ze weg/ het bijt elkaar. Wij menen dat het voor iedereen wenselijk is dat de opzet van zorgverblijven zodanig moet zijn dat een instellings sfeer zoveel mogelijk vermeden moet worden. Een goede ontwikkeling is in verzorgingshuizen de verschillende gekleurde kleding en uniformen i.p.v. de witte. (In hotels draagt men ook uniformen en die worden ook niet aan ziekte gekoppeld) Omdat de *herkenbaarheid* van personeel ook bijdraagt aan zekerheid en veiligheid is het begrijpelijk dat er wel iets gedaan moet worden aan uniformiteit in de vorm van die herkenbaarheid. Aan de andere kant kunnen hulpmiddelen meer ontmedisch-eren. Een prettige ontwikkeling van b.v. de ontmedisch -ering is de outfit van AED- defibrillators die er als zij grijs en metaalachtig hadden uitgezien zij een veel zakelijkere en meer medische uitrusting hadden gekregen waarmee de associatie van ziekte ook eerder gemaakt kan worden. Zo ook hebben de rolstoelen en rollators eenzelfde ontwikkeling laten zien(van kil, technisch, metaalachtig naar een meer kleurige -en vriendelijke uitstraling). In verpleeghuizen waren de wanden en vloeren en de dekens in vroegere tijden (jaren 70/80) allerlei variatietinten van wit (hoe koud, kil en ongezellig maar vooral ook hoe weinig huiselijk en warm!) Persoonlijke voorkeur speelt altijd een rol bij materiaal- en kleurkeuze maar in het zorgcentrum waar ik het laatst werkte lag op de groepsverzorging een soort zeil met reliëf waarbij men niet kon zien dat het geen stoffen vloerbedekking was, de kleur was amber /terracotta en huiselijk warm: zo kan het ook. Nogmaals: smaken verschillen en we hoeven niet teveel in tegenstellingen te denken maar iedereen moet zich het verschil van een witte ruimte met kille bedden en een ruimte die herkenbaar huiselijk is ingericht toch kunnen indenken en de invloed die dit op het ‘zich thuisvoelen’ heeft. Daar zit wat ons betreft in ieder geval een punt ter overdenking bij over de inrichting en zo ook bij de opzet/indeling /uitstraling van een gebouw (waar meer en/of minder) hulp geboden (kan) worden.

Er zijn ideale beelden komen bovendrijven over kleinschalige wooncomplexen waar bewoners van buitenaf tot hun eigen woning zouden moeten kunnen toetreden en van binnen uit naar een middenkern/hal waar dingen georganiseerd kunnen worden (markt/hal/koffiehoek//winkel). Het zou beheert kunnen worden door een of een tweetal mensen /beheerdersechtpaar of koppel die gratis bewoning hebben (zoals het in sommige flatgebouwen ook al is geregeld) tegen technische-kluswerkzaamheden en beheer- en veiligheidszaken. Dergelijke ideeën sluiten ook min of meer aan bij de ideeën van de overheid om wonen en zorg te scheiden wat wij een goed idee vinden. Dit wordt bij de aanbevelingen verder ter suggestie uitgewerkt en meegenomen.

Streven: Wonen in buurten en wooneenheden zoals thuis, met de huisarts als spil/aangever bij zorgbehoefte waarbij de wijk'zusters' gezamenlijk het werk coördineren volgens idee van zelfsturende teams (verzorgenden en verpleegkundigen)

In bepaalde woonflats heb je beheerders die inspringen bij storingen en die lichte schoonmaakwerkzaamheden doen zoals het schoonmaken van de portiek en de gezamenlijke ruimtes.

Er zijn serviceflats waar de thuiszorg zorg biedt. Managers zijn in dergelijke instellingen minder tot niet meer nodig. Steeds meer managers hebben al geen zorgopleiding meer genoten maar een economische. Zij zouden in het bedrijfsleven ook goed aan de slag kunnen. Het is niet te verwachten dat managers zichzelf zullen wegcijferen uit de zorg, zij zullen meegaan -zoals tot nu toe ook gebleken is- in het bestaande systeem van ingewikkeld doen omdat zij daarvan bestaan.

Managers zijn nodig in het huidige ingewikkelde systeem. Als zorg anders geregeld wordt en eenvoudiger wordt van opzet zullen zij niet meer nodig zijn.

Hoe innover je met elkaar de zorg zo dat er geen koppen vallen. Al zouden we dat willen het kan in dit geval niet. Alleen als hun inkomen is veiliggesteld kan men menselijkerwijs misschien verwachten dat managers mee zullen werken aan een systeem wat eenvoudiger wordt en hun zelf uitsluit. Vanwege de toenemende zorgbehoefte hoeven specialisten niet bang te zijn voor werkverlies. Zorg verplaatst zich bij onze visie meer van intramuraal naar ambulante zorgverlening en van grootschalig naar kleinschalig en lokale buurt/wijk gerichte zorg. Met WMO loket/vrijwilligers-loket.(samenwerking) Thuiszorg is de toekomst.

As we vanaf positie 0 zouden kunnen opstarten is dit de meest logische en goedkoopste optie. Als mensen niet meer voor zichzelf kunnen instaan zoals dementerenden blijft groepsverzorging in een beschermde omgeving wenselijk en onontbeerlijk.

Er ontstaan al nieuwe vormen van zorgaanbieders zoals zorgboerderijen voor dementerende ouderen waar de kosten veel lager uitvallen. Er bestaan al dependances bij verzorgingshuizen waarin dementerende ouderen beschermd groepswonen en waarvan de zorgkosten zoveel lager zijn(en de inkomsten middels de hogere ZZP-scores hoger) dat daarmee de hogere onkosten van het verzorgingshuis gecompenseerd worden. De overheid zet ook in op scheiding van wonen en zorg . Het is om ons heen te beluisteren dat niemand later in het verpleeg- of verzorgingshuis wil. Zeker de jongere generatie horen wij hierover. Als we ze de vraag voorleggen 'hoe ze erover denken dat ingeval ze ziek of afhankelijk zouden worden' en welke optie ze kiezen , thuis kunnen blijven wonen en door de buurtzorg geholpen kunnen worden met hulpmiddelen of in een instelling wonen kiezen ze onmiddellijk voor de thuiszorg en de 1^o optie. Waarom gaan dan velen nog naar het verzorgings- of verpleeghuis. Wij merkten dat de omgeving van ouderen daar soms ook een rol in speelt.

Een praktijkvoorbeeld: 'Een oude vrouw die verstandelijk en geestelijk (85 jaar) nog lichamelijk goed genoeg en zelfredzaam is komt ten val. Na die val met de fiets zijn twee jaar geleden haar tussenwervelschijven onherroepelijk in elkaar geschoven en is ze minder mobiel geworden. Ze loopt nog wel –ook buiten nog- met een rollator en heeft sindsdien een bed beneden in huis staan. Ze ontvangt huishoudelijke hulp en met de algemeen dagelijkse en bijzondere levensverrichtingen redt zij zich zelf. Iemand in de familie heeft haar de optie aangereikt om zich te laten inschrijven voor een verzorgingshuis 'je kunt beter niet wachten want er zijn wachtlijsten ' werd er tegen haar gezegd. De huisarts gaf aan dat ze daar te goed voor was maar men zei haar dat ze zich wel kon laten inschrijven voor een 'aanleunwoning' waarbij men voor hulp eventueel terug kon vallen op het verzorgingshuis. Ze zou dan hulp van de thuiszorg kunnen krijgen zoals tot nu toe het geval was. Het betreft een vrouw die zelfstandig en altijd zeer op zichzelf is geweest; ze is geen gezelschapswezen en is eigenlijk

ook nooit lid geweest b.v. van een club of vereniging maar er werd haar verteld dat het toch gezellig was dat ze in het verzorgingshuis kon eten of meedoen met de gezellige avonden e.d.

Ze schreef zich in want zei ze, het kon wel eens 5 jaar duren voordat er plek was en 'we kunnen er nu wel omheen draaien maar ik moet toch een keer de stap maken en ik kan hier niet altijd blijven' en dat beaamde het grootste deel van de familie. Toen ik het gesprek met haar aanging en zij mij hetzelfde vertelde zei ik 'hoe bedoelt u dat: 'ik moet toch een keer de stap maken' waarop ik haar later uitlegde dat ze eventueel alarmsysteem e.d. thuis kon krijgen en meer thuiszorg en op mijn vraag wat ze liever deed kreeg ik als antwoord dat ze liever thuis bleef maar vervolgde ze weer 'laten we eerlijk zijn ik zal hier niet eeuwig hier kunnen blijven'. Nadat ik haar de boekjes gegeven had over de mogelijkheden qua ondersteuning ontstond er een andere discussie met de zoon van haar die zei: 'als iemand bijna 90 is dan mag die toch wel es verzorgd worden in een verzorgingshuis, ze is toch al flink genoeg geweest altijd en ze moet er later waarschijnlijk toch naartoe dan kan ze zich beter nu inschrijven'. De vraag voor mij was of ze daar bij gebaat was. Het werd me ook steeds duidelijker dat de zoon bezorgd was over zijn moeder en het een geruststellend idee vond als zijn moeder in een verzorgingshuis zat. Hij gaf ook aan dat hij later niet de behoefte had om zorg te moeten geven. **Natuurlijk is iedereen vrij om zich te willen laten inschrijven maar het is jammer en het klopt niet als het gedaan wordt omdat 'het zo hoort' of 'zo moet' en er geen andere opties worden meegenomen in de keuze. Niet iedere oudere heeft altijd gemakkelijk hulp uit de directe omgeving voorhanden als het nodig wordt, zeker op het platte land niet.** De vrouw van de zoon gaf b.v. aan dat zij n.l. niet wist of zij haar schoonmoeder in de toekomst wel zou kunnen verzorgen want zij is zelf vaak druk doende met een van haar zonen die gehandicapt is. **Hiermee probeer ik aan te tonen dat het soms ook de on-(mogelijkheden) ongerustheid en daarmee invloed is van de familie die mee bepaald dat iemand denkt beter op zijn/ haar plaats te zijn in een verzorgingshuis terwijl er al zoveel hulpmiddelen en mogelijkheden voor handen zijn om thuis te blijven'. Goede voorlichting kan het verschil uitmaken.**

Als we samenvattend ervan uitgaan dat thuiszorg (zoals buurtzorg) goed geregeld kan worden- wordt het zaak om uit te kristalliseren hoe woningen beter aangepast zouden kunnen worden aan de omstandigheden van (toekomstige) zorgvragers (met mogelijkheid van alarmering). En hoe bestaande instellingen omgevormd kunnen worden. Al die grootschalige gebouwen die zo opgezet zijn dat allerlei diensten onder het dak opereren en betaald moeten worden is niet nodig. Misschien is het mogelijk om bij lege kamers volgens een nieuw bekostigingssysteem te werk te gaan. Nieuwe bewoners betalen alleen (betaalbare) huur en energie- voor het appartement zoals in de thuissituatie nu ook gebeurd en waarbij de huishouding volledig (inclusief de was) in het eigen appartement gevoerd kan worden. De gangen moeten zo ingericht zijn(aangepast worden) dat ze weinig onderhoud vergen- zoals de meer luxe flats in diverse woonwijken. Ze zouden beheerd kunnen worden door een beheerdersechtpaar dat b.v. gratis huur geniet- in ruil voor onderhoud, schoonmaak, technische klusjes en de veiligheid. Voor de veiligheid zou er een bureau ingeschakeld kunnen worden dat regelmatig controlerondes doet. Zorgwerkers zijn dan in dienst van een thuiszorgorganisatie die eventueel een kantoortje heeft in de 'instelling' die geen instelling meer is maar een wooncomplex van de woningstichting/vereniging. Als hun partner overlijdt hoeven bewoners niet meer te vertrekken en als er een van beide zorgafhankelijk worden kunnen ze er blijven wonen en als de overgeblevene sterft hoeft de woning niet'direct' leeg gehaald. Er worden win-win situaties gecreëerd tussen betrokken partijen **en er wordt minder van winst uit gedacht maar meer vanuit wenselijkheid naar de samenleving toe. Minder vanuit concurrentie en meer vanuit samenwerking.** Daarbij moeten we als

samenleving waken voor het bungalowparkeffect waarbij meer faciliteiten automatisch tot hogere inclusieve kosten leidt maar er voor moeten zorgen dat iedereen zo vrij mogelijk blijft. Besturen en managementlagen zijn minder of bijna helemaal niet meer nodig waardoor op de kosten van overhead bespaard kan worden.

Bij deze meer eenvoudige opzet kan in samenwerking met zorgverlening zoals deze onder andere bij buurtzorg is opgezet de bureaucratie van de werkvloer weggenomen worden waardoor zorgwerkers zich weer meer kunnen richten op de zorg en de zorgvrager zelf wat de eigenlijke bedoeling is. Dementerenden / mensen die om diverse redenen niet meer op zichzelf kunnen wonen zouden in zorgboerderijen en groepswoningen met 24 uren begeleiding kunnen wonen zoals als veel gebeurd en waar ze onderdeel kunnen uitmaken en mee kunnen doen als groepslid aan de huishouding. Het eten , de was etc.

Tenslotte: als de zorg eenvoudiger geregeld zou kunnen wordt deze betaalbaarder , blijft er geld 'over' voor meer handen aan het bed, voor betere arbeidsvoorwaarden, wordt het beroep en de zorgsector aantrekkelijker om in te gaan werken en wordt het voor gewone burgers gemakkelijker om bij te springen.

We moeten af van het bungalowpark -effect.

13 februari 2011 op bezoek bij kennissen in Etten-Leur waar we hoorden van een zorgorganisatie (waar zij zich zelf voor ingeschreven hadden) die al redelijk in staat is om wonen en zorg goed te scheiden. Na telefonisch contact 14 febr. 2010 bleek dat burgers zich konden inschrijven ongeacht inkomen en gezondheidssituatie; de huurprijs was redelijk en bleef onder de huurtoeslaggrens met recht op huursubsidie . Dit vinden we een goede zaak. Het betreft een normale huur waar mensen (eventueel latere zorgvragers) door de thuiszorg geholpen worden maar waar men ook kan kiezen voor zorg hulp vanuit de overkoepelende /het naburige gebouw/annex de instelling maar *dit hoeft niet*. Op het moment dat men meer zorg behoeft kan men binnen de instelling een zogenaamde zorgkamer krijgen en men verwacht dan wel dat de meerzorg en de service afgenomen wordt van de organisatie om de kosten beter te kunnen dragen waardoor er een extra bedrag over de huur heen komt. In eerste instantie betaald de huurder niet meer aan de kosten van de organisatie, aan de directeur, het management, personeelszaken etc. Zodra men meer hulp nodig heeft wel. Wij zijn er voorstander van dat huur en zorg volledig gescheiden *blijven* in die zin dat de zorg gewoon van buitenaf door de thuiszorg of buurtzorg gegeven wordt en dus niet meebetaald hoeft te worden aan de overheadkosten. Als ware men thuis in een gewone woning waar apart betaald wordt voor de zorg voor diensten etc.boodschappen e.d. **We begrijpen dat instituten de kosten willen verlagen door zich te verzekeren van zoveel mogelijk gebruikers/ afnemers maar die zouden beter de kosten van overhead binnen die organisatie opzet kunnen veranderen en vereenvoudigen door minder tot geen bestuurslagen.** Binnen zorgorganisaties zouden we willen zien dat het bungalowparkeffect aangepakt wordt. Wat bedoelen we hiermee: vb: Als burgers een weekje vakantie willen nemen in een bungalowpark dan is er keuzevrijheid m.b.t. de gewenste luxe: Kiest men b.v. een park waar een zwembad, een winkel en restaurant aanwezig is; dit werkt door in de prijzen maar daar kiest men dan voor. Het verhaal is dit: Waar de gezonde burger keuzevrijheid heeft, heeft een zorgafhankelijk mens dit niet en dat is wenselijk. Dit is een pleidooi om winkels en restaurants wel in of annex de ouderenwoningen/centra gehouden moeten worden maar daar geen meerkosten over te berekenen aan zorgafhankelijke burgers. Ondernemers zouden

kunnen betalen voor onkosten i.p.v. huur van reeds bestaande panden waar zij winkel houden en dit zou niet mogen doorwerken en dan ook niet hoeven doorwerken in de prijs. (win-win situaties creëren) Indien de verkoopprijzen door ondernemers laag gehouden worden is het aantrekkelijker voor consumenten om daar te kopen en zal dit ondernemers stimuleren om in de buurt van of in bijbehorende hallen van ouderenwoningen (maar ook gehandicaptenwoningen) winkel te houden en de prijzen laag te houden. Dit is belangrijk omdat oudere mensen minder mobiel zijn en zeker als zij zorgbehoevend worden/ zijn zij immers dan minder keuzevrij.

Als de groep ouderen zo groot wordt als verwacht wordt het ook aantrekkelijk om als ondernemer hier op in te springen. Als de kostprijs van een product laag blijft verzekert dit de ondernemer van afname. Het kan alleen als zijn eigen kosten laag blijven. Win/win situaties creëren in de langdurige zorg kan voor de hele samenleving belangrijk zijn.

Combi: Buurtzorg in ‘instellingen’ : terrein verleggen.

We hebben veel positiefs gehoord over de buurtzorg, en we zijn telefonisch in gesprek geweest met o.a. Wil Hollands, regiomanager Noordelijk Friesland. En de boeken gelezen: *Uit de schaduw van het zorgsysteem* door Annemarie van Dalen en *Buurtzorg: Menselijkheid boven bureaucratie* van Jos de Blok en Aart Pool.

We onderschrijven de visie (die menselijkheid ook hoog in het vaandel draagt) van buurtzorg. We kunnen hem nog aanvullen met een aangepaste visie op zorg. **Oud(er) worden of zijn is geen ziekte.** Als men zich verdiept in de artikelen en doelen /visie van Hans Becker (de ja- cultuur/ proberen de wensen van bewoners altijd in te willigen:) maar vooral zijn gedachte (door ons vrij vertaald: dat we teveel ziekenhuisje zijn gaan spelen) wat wij ook constateren, willen we het volgende zeggen:

Daar waar we in ziekenhuizen meer intern specialisten en deskundigheid nodig hebt omdat ze o.a. vaker en ook sneller aanwezig moeten kunnen zijn vinden wij dat dit in verpleeg- en verzorgingshuizen (misschien ook m.b.t. gehandicapteninstellingen/wellicht de hele longstaycare) minder tot niet nodig is. Onze fysiotherapeut en maatschappelijk werker in het dorp komt ook aan huis. Dat moet daar ook kunnen. Zo ook personeelszaken:

bv: Een afdeling personeelszaken /administratie is bij **buurtzorg** centraal geregeld en gemanaged voor het hele land in tegenstelling tot de reguliere organisaties. Iedere (overkoepelende) organisatie heeft nu apart managers, directeuren ,raden van bestuur etc. Iedereen kan op zijn vingers natellen hoeveel kosten dat kan besparen als ze er niet waren. Zo ook al die statige gebouwen en kantoorruimtes. We vinden het belangrijk om hier te melden dat we inzien dat al die lagen nu onontbeerlijk zijn omdat de organisatiestructuur zo in gewikkeld is geworden met zoveel bureaucratie en rompslomp dat er wellicht directeuren en managers nodig zijn om de chaos te ontwarren en te sturen.

Directeuren en managers hebben een opleiding gevolgd en gewoon (onschuldig) gesolliciteerd op functies die gewoon vaak al bestonden en de gebouwen idem dito m.a.w. het is niemands schuld. Is zo'n directeur in staat om te zeggen 'okee jongens weg met deze kantoren en gebouwen , alle managers eruit, personeelszaken eruit .? de eerste die direct op straat staat is w.s. die directeur zelf. (Bovenstaande is van toepassing op de meeste instituten in de longstaycare)

Hetzelfde geldt voor de managers. Stel dat een manager een eenvoudiger organisatiestructuur bedenkt (er kunnen wel wat managers uit bla bla bla) ook de manager zal de eerste zijn die er dan *zelf* uitvliegt – iedere werknemer zal proberen om haar/zijn eigen baan vast te houden daarom is het zaak dat van boven af (overheid/politiek) een andere koers ingezet wordt voor de toekomst.

Met hulp van mensen die onafhankelijk hun positie, begaan zijn met zorg en samenleving

zou deze verandering geïnitieerd moeten worden met respect voor alle bestaande organisatievormen en bijbehorende posities. Iedereen is met z'n allen gewoon koersloos teveel met elkaar meegezwommen omdat we afzonderlijk geen invloed en macht genoeg hadden om de boel bij te sturen. Tot aan nu want we kunnen het veranderen als we willen en het zal moeten of lezers het nu eens zijn met het door ons geschrevene of niet: De kosten in de zorg blijven oplopen, de ouderenzorg wordt onbetaalbaar en niet meer te dragen in de toekomst voor een relatief te kleine groep jongere burgers(de kosten te hoog en geen menskracht- ½ miljoen te weinig). Er moet iets gebeuren.

Met name de ouderenzorg (in de longstaycare) en met name de ouderenzorg wordt naar verwachting een veel te hoge kostenpost (CPB)

Als de kosten in de ouderenzorg beheersbaar zou kunnen worden dan kan er meer geld stromen naar de werkvloer in de ziekenhuizen, de verpleegkundige dragen daar een grote verantwoordelijkheid, zij moeten zeker genoeg tijd hebben om alleen al de handelingen die zij moeten uitvoeren goed te kunnen doen omdat de gevolgen bij een fout veel groter zijn.

Minder hiërarchie en minder tot geen lagen of geen management/bestuurskant en vereenvoudiging van organisatiestructuur is een goede optie om de werktevredenheid te laten toenemen; door meer zelfredzaamheid/zelfsturing/regie het werk weer leuk te maken met minder bureaucratie etc. en met meer zorgwerkers(niveau 5) op de werkvloer.

De vraag die onmiddellijk zal oprijzen is : maar wat met al die mensen die dan zonder werk komen te zitten. Het enige wat we hier kunnen aanvoeren is dat het langzaam veranderd moet worden .Er is een natuurlijk verloop, er gaan altijd mensen weg, dan zou er b.v. geen personeel meer aangenomen moeten worden.

We zouden een beroep moeten kunnen doen op het bedrijfsleven om bij de sollicitaties voorrang te verlenen aan managers, personeelsdiensten etc. die uit de zorg komen.

We hoorden van een instelling waar men vond dat het er vies was en i.p.v. dat er (al jaren) te weinig schoonmaakpersoneel ingezet werd wil men er een facilitaire manager aannemen die veel duurder is en natuurlijk zelf de handen niet uit de mouwen steekt. (We vermoeden dat het er dan op neer komt dat er geen schoonmaakpersoneel bij komt maar dat de nieuwe aan te nemen manager, die geen verstand heeft van zorg, gewoon de regels aanscherpt en dat de zorgwerkers taken erbij toegeschoven krijgen omdat die taken wel gedaan moeten worden).

Er zou een experiment, een pilot gedaan kunnen worden waarbij in samenwerking een nieuwe organisatiestructuur van start gaat binnen bestaande instellingen te beginnen bij de verzorgingshuizen. Bij nieuwe bewoners.? Zoals buurtzorg werkt, met minder managementlagen en met daadwerkelijk zelfsturende teams met bijbehorende uitgangspunten en met zo weinig mogelijk bureaucratische rompslomp.

Bij voorkeur zonder nieuwe aanbouw wat immers ook weer de nodige kosten met zich meebrengt en bij voorkeur zonder kapitaalvernietiging hoewel dat ideaal zou zijn omdat er bij nieuwbouw gebouwen komen die aangepast kunnen zijn aan de ideale zorgorganisatiestructuur maar we moeten bezuinigen en dat is niet wenselijk. Voor verandering hebben we de managers nodig maar de cruciale vraag is: Werken die mee als hun voorland is dat hun baan er bij in schiet. Ook al zouden zij het eens zijn met hetgeen we schrijven: Managers hebben ook een gezin en een hypotheek, hebben een studie gedaan en voor deze baan gevolgd etc.

De overheid zou het bedrijfsleven kunnen stimuleren om zorgmanagers aan te nemen nadat zij meegewerkt hebben aan een eenvoudiger opgezette organisatiestructuur zoals b.v. de buurtzorg is en zichzelf hebben moeten wegcijferen. Het is aannemelijker en menselijk dat zij

hun baan willen behouden. Het volstaat dus niet om te zeggen ‘dat is hun taak’ De overheid zal het *een* en ander moeten initiëren: zij zal het voortouw moeten nemen, alle zeilen moeten bijzetten en het roer moeten omgooien zodat het management wel overstag *moet* gaan. Dit is nodig om met elkaar een andere koers te kunnen gaan varen ten behoeve van zorg en samenleving.

Verandering kost weerstand en angst daarom

....moeten mensen die begaan zijn met de zorg en de samenleving de verandering initiëren maar langzaam zonder drastische veranderingen zodat vanuit menselijkheid en menselijke waardigheid (die voor iedereen geldend is) iedere werknemer een goede werkplek vindt in de samenleving. Moet aangetekend worden dat er vele mensen nodig zijn in de zorg dus in feite hoeven werknemers op de werkvloer nergens bang voor te zijn; het zijn de hogere lagen die moeten veranderen van werkveld of organisatie. Het kan niet anders dan langzaam ingevoerd worden . Anders gezegd , het zou snel kunnen als we nieuwe gebouwen met een nieuwe opzet plaatsen die meer aangepast zijn aan de wenselijke ‘zorg’-woningen maar dat zou kapitaalvernietiging zijn en de samenleving ook weer op kosten jagen want die gebouwen moeten ook weer betaald worden. Bovenal:mensen zijn geen computers die gemakkelijk anders ingezet kunnen worden, mensen moeten wennen aan het beeld over de zorg hoe die er anno 2025 uit moet zien b.v. dat zou o.i. helpen. Managers zijn nodig om deze verandering stapsgewijs binnen organisaties in te voeren. Omdat we ervan uit willen gaan dat iedereen in de zorg hart heeft voor de zorgsector heeft deze pijnlijke kant, (want managers zullen zich zelf weg moeten managen), een dankbare plek in de samenleving verdient.’
Het moet echter omdat de ouderenzorg anders zo als het nu gaat, stuk loopt omdat het te duur wordt.

De ouderenzorg, het moet en kan anders : eenvoudiger .

Maar hoe. Iedereen is onmachtig om het systeem van binnenuit te veranderen dat is ons gebleken want het gaat maar door en het gaat maar door.

Tegelijkertijd ontstaan er nieuwe ontwikkelingen, zoals de zorgboerderijen, de eerdere Thomashuizen en woonvormen waar psychogeriatrisch (dementerende) bewoners veilig en beschermd kunnen wonen en in de kosten goedkoper uitzijn. Meer en meer ziet men aanleun-groepshuizen die de kosten van het bijbehorende verzorgingshuis verlagen(zie gesprek Anneke Gaastra) omdat er bewoners wonen met een zwaarder zorgzwaartepakket.

Ingezien kan worden dat indien een dergelijke woongroep zelfstandig functioneert deze nog goedkoper is of als het hoofdgebouw ‘zonder’ directie en managementlagen zou functioneren zoals gewone woonflats – het is de vraag in hoeverre dat verantwoord doorgetrokken kan worden. Eerder noemden we al ‘het beheerdersechtpaar’ -te vergelijken met de burens in een woonwijk of de kinderen die ernaast wonen die een oogje in het zeil houden. Er zijn ook woonwijken die veiligheidscontroles krijgen van een beveiligingsbureau. Er bestaan al woonbuurten met omheining zoals luxe hotels en resorts dat hebben waar niemand zich opgesloten voelt.

Vernieuwing is ook : een soort buurtdienst (zusje van buurtzorg) is van start gegaan waar schoonmaakdiensten centraal in dienst zijn en centraal betaald worden. Enerzijds is er ook

hier (zoals bij buurtzorg het geval is) sprake van vereenvoudiging in organisatiestructuur , een organisatiestructuur die ondersteunt en faciliteert met minder lagen en overheadskosten wat grootschalig werkt; anderzijds wordt het lokaal in de praktijk vanuit de zorgwerkenden zelf georganiseerd. De huisarts en wijkverpleegkundigen/verzorgenden hebben zelf het heft in handen. Verantwoordelijkheid die zij kunnen dragen daar zij een opleiding daartoe gevolgd hebben.

Zorgvereenvoudiging ...Hoe?

d.d. 17/2 kopte de Leeuwarder Courant: **Hbo'ers nodig voor ouderen.** Lector Evelyn Finnema doet onderzoek naar wonen , welzijn en zorg op hoge leeftijd. In haar inaugurele rede 'Lang zullen we leven' zei zij dat ouderenzorg zo complex is geworden dat personeel met een HBO opleiding dringend gewenst is. 2/3 van alle 65 –plussers kampt met chronische aandoeningen- niet alleen lichamelijke maar ook psychische als dementie , depressie, en eenzaamheid en de zorg wordt steeds ingewikkelder. De ouderenzorg schreeuwt om HBO'ers. Wij vinden dat het klopt helemaal wat Evelyn Finnema stelt we kunnen alleen toevoegen dat HBO wel vertegenwoordigd is maar in het management. Er is hbo of universitair gespecialiseerde deskundigheid(onderwie verpleeghuisartsen, maatschappelijk werkers geriater,fysiotherapeuten, personeelsfunctionarissen etc.) De teamleider/ teammanagers zijn op MBO/HBO opgeleid ,meestal op niveau 3 , 4 opgeleide verpleegkundigen(de vroegere A of de hedendaagse MBO V) HBO stroomt meestal door naar leidinggevende functies en het *management* in verzorgingshuizen/verpleeghuizen. **Er is meer hoger gekwalificeerd personeel nodig op de werkvloer.** Hier bedoelen we mee: kennis over ziektes, begeleiding, achtergronden van gedrag etc. Aan de andere kant doen we op de werkvloer te ingewikkeld aangaande de zorguitvoering met allerlei bureaucratische rompslomp er omheen.

Met vereenvoudiging doelen we op hoe het geregeld is en op de vele lagen boven de werkvloer en de toestanden er omheen.

7 februari 2011 was er een documentaire van 1-vandaag te zien. Een reportage over Charim thuiszorg. Een journaliste had undercover beelden opgenomen. Ze had zich aangemeld als gediplomeerd verzorgende die bevoegd was om verpleegkundige handelingen te doen terwijl zij geen diploma's had en daar ook niet op gecontroleerd werd. In beeld zagen we dat de journaliste zelf aanbracht op een wond alwaar zij niet toe bevoegd was. De reacties op de reportage waren niet van de lucht De stelling en het algemene oordeel was eenduidend : binnen de huidige kaders, regelgeving en wetten moet dit niet mogelijk zijn. Wij vinden dat ook en beamen tevens hetgeen Evelyn Finnema stelt, maar vragen ons af of het ook *nodig* is en in *de uitvoering* noodzakelijk is. Wij vinden van niet. We willen deze gang van zaken bevragen want is het nodig om vanuit het huidige denkraam te blijven denken 'dat het *zo moet* gebeuren zoals we in de loop der jaren met elkaar geregeld hebben' Wij willen hiermee graag de volgende discussie op gang brengen d.m.v. een aantal voorbeelden: Als een van onze kinderen een brandwond heeft die 2 maal daags gezaafd en opnieuw verbonden moet worden dan geeft een verpleegkundige van het brandwondencentrum instructies (voorbeeld vanuit de werkelijke praktijk) zodat de thuiswacht het zelf kan en mag doen, deze zijn niet professioneel geschoold, tijdens controles wordt dan in de gaten gehouden hoe het met de wond gaat en de nodige handelingen bewaakt. Als de buurvrouw het een keer in de rug heeft, is er niks mis mee als een welwillende buur haar een keer helpt met het aantrekken van haar steunkous. Als

mijn schoonmoeder mijn man vraagt of hij haar pillen wil geven doet hij daar niets verkeerd mee. Als de huisarts ons paracetamol voorschrijft bij griep zien wij het niet direct als een fout als we het een keer vergeten laat staan dat het afgetekend moet worden en laat staan dat er nog een apart formulier ingevuld moet worden waarmee de fout geregistreerd wordt met allerlei bla bla om met de invulling van de vragenlijst de 'fout' in het vervolg te voorkomen. (Als we dat op de werkvloer vergeten moet zelfs dat weer geregistreerd worden). Als ons kind een kuur krijgt en de boodschap van de huisarts meekrijgt dat er geen tablet vergeten moet worden dan wordt er ook in de thuissituatie scherp gereageerd op de naleving van de opdracht ; zo ook bij andere zware, belangrijke medicijnen. **Kortom in de thuissituatie zien we de eenvoud terug die we op de werkvloer eigenlijk terug moeten zien te veroveren. Het ziekenhuisje-spelen in de zorginstellingen moet terug gebracht worden op het niveau van de normale thuissituatie.** Als we vanuit een dergelijk kader denken dan is het ineens veel minder ernstig als iemand die niet gediplomeerd is iemand zijn wond zalft of een steunkous aantrekt zoals de dochter dit ook kan doen als zij op visite is.

Wij denken dat het belangrijk kan zijn dat er een her-ijking komt over wat moet vallen onder 'verpleegkundige' handelingen.M.a.w.: **Zouden er niet bepaalde handelingen, anders gezegd, uitgevoerd kunnen worden met instructie en controle zoals normaliter buiten de minder medische settings in de thuissituatie al gebeurd. Zouden we met elkaar niet een scheiding kunnen maken , grenzen verleggen in de zorgverlening zoals die er in de thuissituatie al daadwerkelijk is?** De risico's zijn blijkbaar niet zo vreselijk groot anders werd familie wel vaker beschuldigd van het doen van verpleegkundige handelingen (waartoe men niet bevoegd en bekwaam is) Er van uitgaand dat er meer verzorgenden en verpleegkundigen in de zorg nodig zijn (in de toekomst en zij, zo als eerder gesteld, er in verhouding *te weinig zullen zijn* in verhouding tot de grotere groep (met name oudere) mensen die zorg behoeven) hoeven zij niet bang te zijn om hun beroep te verliezen ; zij zullen meer dan nodig zijn maar een meer preventieve en begeleidende, instruerende taak kunnen krijgen. En ingezet worden bij die zorgbehoevenden die meer ingewikkelde zorg/hulp nodig hebben.

Indien de normale thuissituatie (waar familie elkaar verzorgd) als uitgangspunt genomen wordt bij zorgverlening (in de thuiszorgsituatie als zowel in de instellingszorg) – dus ook zonder die poespas die we normaliter thuis ook niet hoeven bij te houden aan aftekenarij (op de belangrijke medicatie – te noemen insuline, morfine, sintrom, en kuren) dan kan het niet anders dat er meer tijd vrijkomt in de zorg. Meer tijd voor het contact, de begeleiding, de ondersteuning en de preventie zoals bij buurtzorg al het geval is. Wij zouden niet verbaasd zijn als er dan ook minder fouten in de medicijnverstrekking zouden zijn omdat er meer tijd overblijft en er verschil is aangebracht tussen echt belangrijke zaken en minder belangrijke zaken. Nu is het paracetamolletje wat niet afgetekend is een even grote fout als ieder ander medicijn. Wij staan achter het scheiden van wonen en zorg in die zin dat we ons sterk afvragen of verzorgen niet beter uit het medische model/ uit de medische sfeer gehaald kan worden .Er zou naast de verschuiving (van medisch- naar woonmodel) een verschuiving moeten plaatsvinden vanuit het medisch/ verpleegkundig kader terug naar normaal thuissituatie-kader. Hoe dan ook er moet wat gebeuren:

Ten slotte :Oud(er) worden of oud zijn is geen ziekte. We hebben met diverse oudere afhankelijke en /of gehandicapte mensen gesproken en die vinden stuk voor stuk dat ze zich zelf niet als zieke ervaren.

De zorgfabriek/ Kim Brand geeft in haar documentaire een sfeer aan waarbij het lijkt alsof de hobby-ist het houden van z'n prijswinnende konijntjes als een last is gaan zien, en het knuffelen ervan al lang passé is; hij verzorgd ze nog wel goed maar vooral snel, efficiënt en

adequaat waarbij alleen datgene wordt gedaan waardoor de prijs nog in de wacht gesleept kan worden... en het konijntje? ach die zit er alleen nog voor zichzelf.

Verandering is noodzakelijk want: Aan de ene kant vliegen werkers in de zorg heden ten dage zichzelf en de hulpvrager (tegen hun zin) voorbij, blijven arbeidskosten duur, en is er al jaren te weinig geld voor genoeg werkers in de ouderenzorg aan de andere kant als we met elkaar niets veranderen op de werkvloer kan dit alleen maar nog erger worden. Als we er alleen al bij stil staan dat er in de toekomst te weinig werkers in de zorg zullen zijn, in verhouding tot het aantal zorgvragers en te weinig financiële middelen omdat een te kleine groep deze lasten zullen moeten dragen. Afgezien daarvan **vinden we het gewoon natuurlijker en menselijker om met name de ouderenzorg te vereenvoudigen** (al was er geld en al was er genoeg personeel) en beter om deze uit de ziekenhuissfeer te halen waarmee we absoluut willen benadrukken dat de deskundigheid –zoals nu en misschien zelfs nog meer– (ambulante) bereikbaar moet zijn er daar aanspraak op gedaan moet kunnen (blijven) worden. Men kan het met ons oneens zijn over hetgeen we hier naar voren brengen maar **zo doorgaan op deze doodlopende ingeslagen weg zonder alternatieven te bedenken is zeker niet de goede weg.**

Het is onrechtvaardig t.o.v. de hulpvrager die als konijn in een hok behandeld moet worden en t.o.v. de zorgverlener die goed opgeleid is en als mens wat te bieden heeft maar het niet kan/mag inzetten: die zijn/haar innerlijke zelf en kwaliteiten niet mag gebruiken in de menselijke communicatie vanwege tijdgebrek omdat die tijd teveel geld kost. Wij zijn anti-‘konijnzorg’, anti-fabriekszorg en anti robotisering van de zuster in de zorg.

Zorgvereenvoudiging is te realiseren door zorg anders te regelen en ons te beseffen dat regels en wetten ten dienste moeten staan van het uiteindelijke doel. Zorgverlening vanuit de zorgvragers zelf bekeken en dit als op de 1^e plaats als *mens* en niet als zieke bekeken. Meer gericht op kwaliteit van leven dan op verzorgen. Waarbij de zorgsetting/situatie uit het medische kader wordt gehaald. Zodat er een menswaardige situatie ‘rond het bed’ voor de zorgvrager en zorgverlener gecreëerd wordt en deskundigheid op hoger niveau meewerkt/ begeleidt zonder of met zo weinig mogelijk rompslomp er omheen of zoveel mogelijk weggenomen wordt. Waarbij de regie terug komt bij de zorgverleners *zelf zonder* leidinggevenden en management etc. Alle taken worden gedaan door de (samenwerkende) zorgverleners zelf (in zelfsturende teams) samen met familie en vrienden die zij kunnen ondersteunen en begeleiden/instrueren. Specialistische hulp is te raadplegen, de huisarts de spil. Huisartsen zijn in dorpen en buurten en wijken onmisbaar. Zij hebben ook het medisch overzicht de anamnese (medische voorgeschiedenis). Kleinschaligheid rond de zorgvrager werkt *vertrouwelijker* en is *wenselijker*. Thuiszorg is de toekomst. Zoekt men meer bescherming/veiligheid dan zien wij *geen instellingen* voor ons zoals het nu geregeld is maar wooncentra waar prima thuiszorg geregeld kan worden en de thuiszorg kantoor houdt met minimale middelen en toestanden er omheen.

Ouderenwoningen nieuwe stijl 2025:

Hoe zien die eruit? Een eenvoudige vergelijking zijn de serviceflats die nu alleen voor de meer welgestelden weggelegd zijn. Kijk mee in 2025: Wonen en service(die zichzelf betaald) is dan ingevoerd waardoor het wonen in een service- gebouw/flat voor iedereen toegankelijk is geworden. Bij de vroegere serviceflats(anno 2010) was het bungalowparkeffect van toepassing. In 2025 is dit niet meer het geval. De flats/ woongroepen worden beheerd door een beheerdersechtpaar of koppel die daarvoor gratis kunnen wonen waarbij een EHBO diploma (ploegleidersschap BHV) vereist is en desgewenst controlerondes gelopen worden op ongelijke tijden. Iedere inwoner heeft een alarmsysteem. Het beheerdersechtpaar zorgt in de ontmoetingshal en ingang (1^e woning beheerdersechtpaar/koppel) voor een koffiehok met automaat(?) en gelegenheid om elkaar te ontmoeten. De appartementen worden verhuurd door de woningbouwvereniging en zorg wordt geleverd door zorgwerkers die in dienst zijn bij een thuiszorgorganisatie. In de woningen wordt de was zelf (of z.n. met hulp gedaan) De eventuele liften en de hele entourage van het gebouw is op zorg aangepast. Er is geen management meer en ouderenzorg wordt beter geïntegreerd in de samenleving waarbij familie bij het geven en bieden van zorg wordt ondersteund.

Ideeën over voorwaarden hoe zorg is te veranderen/suggesties

-Overkoepelende onafhankelijke adviescommissie/organisatie opzetten (zoals Beroepseer) die zorgwerkers/zorgprofessionals in de zorg een stem geven en ondersteunen. En gaan definiëren hoe zij zorg willen kunnen verlenen: doel definitie waar samenleving zich ook in vindt.

Voorwaarde: deze samengestelde groep moet onafhankelijk zijn (moet ook bewaakt worden door deze groep en dat kan als duidelijk is aan welke organisaties men gelieerd is- goed beschouwd is niemand 100 % onafhankelijk maar met elkaar kun je dat dan gemakkelijker bespreekbaar maken. P.s :Wij zijn ook niet 100% onafhankelijk (onze visie is immers ook gekleurd door onze ervaringen- maar het gaat om de intentie).

Toetreders zouden **bereid moeten zijn om ten dienste van samenleving naar de zorg te kijken.**

Eigenbelang zou in dienst moeten staan van de samenleving ongeacht organisaties waartoe men behoort. Code?

Groep die met elkaar probeert te her-ijken wat zorgkwaliteit is (losgezien van financiële kaders/middelen en organisatiebelang). Definitie binnen kaders v/d zorg en zorg in relatie met samenleving en dit in relatie met internationale verdragen/rechten van de mens/ de grondwet, kwaliteitsformules en democratische principes.

Op basis van verzamelde oplossingen van alle betrokken bestaande organisaties creatieve oplossingen bedenken de vraag proberen te beantwoorden : hoe kunnen we de zorg bieden die we voorstaan binnen beperkt(beperkter wordend) financieel kader. Vraag: moet zorg altijd betaald worden; zijn er andere mogelijkheden (zoals het ruilen van diensten bij complementaire economische lokale-systemen) Hoe betrekken we de samenleving erbij dat zorg door de hele samenleving gedragen moet worden. (vb. Op scholen themablokken geven over: dat 'ik en de ander' , ' dat jong en oud', scheidingen teweeg brengen die er niet zijn: jong komt voort uit oud het is een. Ieder heeft de ander nodig – vroeg of laat. Doel :Discussies vermijden dat groepen tegenover elkaar gezet worden door toedoen van gebrek aan geld.

Denk aan o.a. genoemde projecten (schoolkinderen die diensten verrichten aan ouderen/gesteund onder vorige kabinet Jet Bussemaker) is voorbeeld om in de samenleving begrip en cohesie te bevorderen en *draagkracht* te bevorderen (**de oudere generatie nu moet er alles aan doen om de jongere generaties te beschermen tegen onmogelijk opgaven fysiek en financieel etc.**

- Niet alleen ons richten op duurzaamheid maar ook op **duurzame voldoening**. Er zijn andere waarden in het leven die pas voelbaar en belangrijk worden als we afhankelijk en kwetsbaar worden die in grote mate op de kwaliteit van leven drukken. De VPRO presenteerde 21 febr. In *tegenlicht* de documentaire ethisch bankieren; er liggen zodanige waarden onder **die de samenleving** beschermen dat de mens er weer hoop van krijgt waardoor onmiddellijk de gedachte vorm vat bij ons om te noteren dat er zoiets moet bestaan als *ethisch verzorgen/verplegen*. Het ethisch bankieren sluit aan bij christelijke en Islamitische waarden ‘doe een ander niet wat u niet wil geschiede’ en is tegen het uitbuiten van de ander en beschermt zo zichzelf en daarmee de hele samenleving. Risico wordt vermeden (in tegenstelling tot het westerse bankieren waar men met schulden winst kon maken) en **richt zich tegen zakendoen het doen van handelingen die men niet begrijpt of kan bevatten**.

(Notitie: 2011-10-30: Er zou een pilot opgezet kunnen worden in de zorg waarbij de ideeën uitgetoetst worden. Het beste is om instellingen en organisaties bij elkaar te brengen die al in de ‘goede richting’ werken)

Discussiepunten die in de zorg teveel blijven liggen:

- * zorgbehoefte neemt toe (en daarmee de kosten) doordat er bij marktdenken actief klanten geworven worden (er reclame gemaakt wordt zoals b.v. bij total body-scans) Die discussie wordt weinig aangegaan: in hoeverre we als samenleving dat wenselijk vinden dat *die behoefte wordt gekweekt*. En wat de mogelijke voor-/nadelen zijn.
- * (be)handelingen lijken lijdensweg van ernstig zieken te kunnen verlengen. Vraag: Hoe moeilijk ook, is het niet wenselijk om hier met elkaar over na te denken/te praten hoe we daar in de toekomst als samenleving mee zouden kunnen omgaan. Bekeken vanuit menswaardigheid.
- * Er zou onderzoek kunnen komen naar medische apparatuur en de kostprijzen ervan/ waarom moet een pacemaker b.v. 100 000 euro kosten. (In hoeverre zijn het onkosten of is er sprake van verdiensten)- dit omdat de samenleving aan deze kosten indirect moet meebetalen)

Samenvattend

Er zijn mogelijkheden om de zorg te veranderen en te innoveren. Zorg zou eenvoudiger geregeld kunnen worden waarbij managementlagen nagenoeg kunnen verdwijnen. Zorg en wonen zouden helemaal gescheiden kunnen worden en zorgwerkers zouden in de langdurige ouderenzorg niet meer in dienst zijn van instellingen maar bij thuiszorgorganisaties waardoor zorg veel goedkoper geregeld kan worden. Zorgwerkers doen dan hetzelfde werk maar worden zelfsturende teams en houden zelf de regie m.b.t. werkplanning etc. terwijl er meer gediplomeerden in de zorg ingezet en betaald kunnen worden. Zorg wordt lokaal in kleine teams opgezet (waarbij zij zichzelf weer opsplitsen als zij te groot worden) zodat zorg overzichtelijker wordt. De zorgvrager en zijn omgeving met zijn/haar wensen en mogelijkheden komen centraal te staan. De bureaucratische rompslomp wordt zo geregeld (zoals bij buurtzorg) waarbij een groot deel ervan overgenomen wordt door een centraal werkend bureau dat het personeel ondersteunt. Woonappartementen kunnen gehuurd worden van de woningbouwvereniging die een belangrijke rol kunnen vervullen naar

de samenleving toe. Woningen zouden zo aangepast moeten zijn dat er goed zorg verleend kan worden. Van instellingen is dan niet meer sprake maar van wooncomplexen. Met win-win situaties probeert men kosten te minimaliseren zodat diensten goed en goedkoop geleverd kunnen worden. Als zorg zo veranderd wordt dan zal zorgwerk weer leuk worden omdat er minder bureaucratische rompslomp, meer deskundig personeel op de werkvloer is, en minder werkdruk. Er zullen meer handen rond het bed zijn. En er gewoon in stilte zijn voor iemand (hoewel dit ook tijd en geld kost) zal die tijd zal voor de communicatie en onderlinge zorgrelatie gewoon genomen kunnen worden- omdat we dat willen en menswaardiger vinden.

Hoofdstuk 3: Conclusies

Conclusies: knelpunten in de zorg:

- de zorg (langdurige- met name ouderenzorg) is te complex en ingewikkeld gemaakt
- we zijn met elkaar teveel ziekenhuisje gaan het spelen en
- er gaat teveel tijd zitten in werkzaamheden en taken die niets met het inhoudelijke zorgwerk zelf te maken hebben (de bureaucratie).
- er is een heel systeem om de zorg heen georganiseerd wat tijd en geld wegtrekt van de werkvloer waar het eigenlijke werk moet gebeuren
- er wordt geen genoeg tijd/geld ter beschikking gesteld aan de werkvloer waardoor er met steeds minder werkers meer werk verricht moet worden en wel
- verwacht wordt dat zij met steeds minder handen aan het bed met een rotvaart goed hun werk kunnen doen(en er zelfs gehamerd wordt op kwaliteitszorg)
- de problemen van zorgwerkers worden al jaren genegeerd /ze worden in de steek gelaten terwijl zij ondersteund zouden moeten kunnen worden
- het management/het bestuur van organisaties is niet in staat gebleken om de problemen en de knelpunten van de werkvloer op te lossen/ de status quo blijft te lang onveranderd en gehandhaafd
- de werkdruk is te hoog, teveel bureaucratische rompslomp, kortom het werker steeds minder leuk en de menselijke maat is weg.
- de regie ligt bij het management en de werkvloer heeft totaal geen invloed meer over de uitvoering of hoe het geregeld is terwijl op de werkvloer de professionals werken
- deze hebben nauwelijks tot helemaal geen invloed op de arbeidsomstandigheden.
- werknemers verlaten vroegtijdig de zorg
- de beroepsverwachting /het beroepsprofiel sluit steeds minder aan bij de daadwerkelijke zorgwerk-uitvoering en sluit steeds minder aan bij het type mens en het karakter, de aanleg v/d zorgwerker die in wezen dienstbaar ingesteld is.
- bij de zorgwerker worden grenzen overschreden en deze wordt onrecht aangedaan
- de zorgvrager waar het in wezen in de zorg omdraait schiet er als mens bij in.
- het geldkader beheerst teveel hoe zorg geregeld is en hiërarchie en belangen bemoeilijken verandering van de bestaande situatie
- het financiële plaatje staat overwegend centraal in de zorg en niet de zorgvrager.
- de arbeidsvoorwaarden verslechteren (minder vaste contracten, lagere periodieke inschaling)
- Een democratisch uitgangspunt is inspraak. Deze is er op de werkvloer niet meer en boet erbij in. De democratie op de werkvloer in het geding.
- terwijl er steeds op het belang daarvan gehamerd wordt (zorgparadox) is de kwaliteit van zorg juist in het geding omdat tijd niet als kwaliteitsfactor wordt erkend.
- kwaliteitszorg heeft invloed op de kwaliteit van leven.
- hoe de (ouderen-) zorg nu voornamelijk georganiseerd en geregeld is stuit in brede zin op (toenemende) knelpunten /problemen.

Naast verzamelde knelpunten ontstond er met de verzamelde ideeën een visie op de ouderenzorg die wenselijker is. Met het omzetten van de knelpunten in wenselijke punten komt de vraag aan de orde hoe dit te realiseren is.

Veranderingen worden daarmee ingeluid.

Er zijn ideeën/ontwikkelingen/ innovaties in de zorg bedacht/ uitgewerkt en uitgetoetst die aansluiten op wat de werkvloer wenselijk vindt. Zorg kan zo geregeld worden dat zorgvragers en zorgwerkers beide tevreden zijn en dit op een manier dat het niet alleen minder kost, maar zo dat deze minder ingewikkeld is, minder bureaucratie met zich meebrengt en zo dat zorgwerkers de regie weer in eigen handen krijgen. Hierbij blijkt dat de verwachting van werkers over het beroep (wat het inhoudt) weer kan aansluiten op hoe het uitgevoerd moet worden maar ook op *hoe* zorgwerkers *willen* werken. Wat tevens ook weer aansluit op de bedoeling van zorg en *hoe* het hun tijdens de opleiding *voorgehouden* is. Conclusies en aanbevelingen zijn bij elkaar ondergebracht.

Zie: Aanbevelingen /een andere visie op zorg/wat moet er gebeuren

Samenvatting conclusie knelpunten in de zorg:

Zorgwerkers worden op beide wangen geslagen:

-Aan de ene kant worden werkers in de zorg voor de klus gesteld om de zorg **goed** te klaren en die vanwege de werkdruk *nauwelijks meer te doen* is terwijl zij daar wel verantwoordelijk voor worden gesteld. Het moet met steeds minder handen aan het bed gebeuren terwijl er tegelijkertijd steeds hogere eisen worden gesteld. Tegelijkertijd moeten ze ondersteuning ontberen en hebben ze zelf geen enkele invloed op de regie over de aan hun opgelegde taken; laat staan op de gevolgen daarvan zoals de hoge werkdruk. Hun positie -onder aan de hiërarchische ladder- maakt dat zij de situatie binnen zorgorganisaties niet kunnen veranderen .

-Aan de andere kant wordt er steeds meer geknabbeld aan de arbeidsvoorwaarden van zorgwerkers en fungeren ze daarmee als kop van jut. Dit is een onrechtvaardige gang van zaken. Zorgwerkers en zorgvragers zijn beide de dupe.

Naast knelpunten zijn er ideeën en een beeld ontstaan over hoe het anders zou kunnen. Het is ons gebleken dat er al organisaties zijn die op dat andere betere spoor zitten. Het moet en kan volgens ons anders. **Zie Aanbevelingen/een andere visie op zorg/wat moet er gebeuren.**

Conclusies: knelpunten in relatie met samenleving:

- de menselijke normen/waardigheid verdwijnt uit de samenleving en de zorg als we met elkaar vinden dat er geen tijd meer voor zorgafhankelijke burgers *zelf* genomen mag worden
- de zorg drukt teveel op de samenleving en staatskas van de overheid
- wordt te duur voor de individuele burger.
- kwaliteit van zorg drukt op kwaliteit van leven en die komen beide in het geding.
- geldkaders beheersen teveel in de samenleving en daardoor ook op de zorg. Wat in het belang is van burgers en de samenleving moet centraal staan.
- Geld (economische geldkaders, structuren en systemen) *bepalen* niet alleen wat wenselijk is voor de samenleving en daarmee de zorg maar *belemmeren* teveel een andere opzet/ andere mogelijkheden. De zorg wordt te bedrijfsmatig/fabrieksmatig bestuurd. Marktwerking is hier debet aan.
- In toekomst zijn er in verhouding te weinig jongeren(ontgroening) om ouderen die zorg nodig hebben te verzorgen (als zorg geregeld is zoals deze nu geregeld is)
- mensen worden steeds ouder door hoge peil gezondheidszorg
- de groep ouderen wordt in verhouding steeds groter (vergrijzing)en daarmee wordt ook de groep die zorg nodig heeft de komende jaren steeds groter
- zorggebruik neemt toe (wordt door marktwerking gestimuleerd)

Samenvatting conclusie knelpunten in de zorg in relatie met samenleving

Zorg en Samenleving zijn niet los van elkaar te bezien. Iedereen krijgt vroeg of laat te maken met de zorg. De kosten voor de zorg worden voor overheid en samenleving te hoog maar we willen wel met elkaar kwaliteitszorg die betaalbaar is en dat er genoeg werkers in de zorg zullen zijn voor de ouderenzorg in de toekomst.

Er is er een onoverbrugbaar dilemma. Dit uit zich momenteel in allerlei tegenstrijdigheden en onmacht. Anders gezegd: we willen met elkaar in Nederland kwaliteitszorg en we willen genoeg zorgwerkers maar het mag niets kosten dus moeten we daar helaas van alles aan doen om die kwaliteit te controleren en de kosten te beheersen. Dus: extra werk aan de winkel en met minder handen aan het bed en dus... jagen we die zorgwerkers maar bij voorbaat per ongeluk bij bosjes uit de zorg weg.

Het is de hoogste tijd dat de werkvloer *spreekt*, de buitenwacht *hoort* en de overheid de zorg *verandert*.

Hoofdstuk 4: Aanbevelingen- een andere visie op zorg/ wat moet er gebeuren:

* De zorg moet en kan eenvoudiger gemaakt en geregeld worden van opzet. Een meer eenvoudige opzet van de ouderenzorg zal automatisch veel minder kosten. Als daarbij (genoeg) tijd hebben voor de zorg als kwaliteitsfactor wordt erkend, wordt *verzorgen* en *verplegen* vanzelf weer gedaan volgens de menselijke maat. Degene die zorg behoeft als zowel de zorgwerker kunnen dan beide als mens centraal komen te staan en daar gelukkiger van worden en dit tot tevredenheid van de hele samenleving.

Het zorgwerk zal weer leuker worden en er zullen daardoor als vanzelf genoeg mensen in de zorgsector willen (blijven) werken want het werkt wervend: jonge mensen zullen door de positieve geluiden uit de zorg gemakkelijker aangetrokken worden om in de zorg te gaan werken en zorgwerkers zijn in de toekomst immers hard nodig.

De samenleving heeft werknemers in de zorg nodig die kwaliteitszorg leveren. Als zorg eenvoudiger wordt van opzet, met minder hiërarchische lagen (minder management) blijft er meer geld over voor handen aan het bed. Een eenvoudiger opzet (minder bedrijfsmatig meer contextueel opgezet -zoals buurtzorg dit b.v. noemt) waardoor de zorg meer vanuit de professionele zorgwerkers *zelf* geregisseerd wordt en tevens de bestaande relaties ,omgeving en instanties rond de zorgvrager daarbij betrokken worden. Kern is dat de zorgvrager zelf centraal gesteld wordt bij de hulpvraag- en niet het financiële plaatje dat moet kloppen met al zijn bijkomende taken (van controleren en beheersen en registreren) die momenteel op de 1^e plaats komen en tijd wegvreten van de werkvloer. Bureaucratie kunnen we aan banden leggen. Hoe buurtzorg opgezet is toont ons dat het anders kan.

De hele langdurige zorg(long- stay -care) maar met name hier te noemen de ouderenzorg kan beter uit het 'ziekt kader' getrokken worden en kan en moet minder ingewikkeld en eenvoudiger geregeld worden: oud worden is geen ziekte. De ziekenhuissfeer zou daartoe zoveel mogelijk vermeden moeten en dus: geen witte uniformen meer. Zorg voor verandering: het kan op een manier dat zorgvrager en zorgwerker tevreden zijn.

De thuiszorgsituatie, zoals het bij buurtzorg geregeld is sluit aan bij onze visie op hoe zorgverleners binnen instellingen/organisaties geregeld zou moeten kunnen worden. Er is wel een belangrijk verschil: er zou **geen sprake meer zijn van instellingen.**

Wij zien voor ogen: *niet* te grootschalige wooncomplexen met een gezellige uitstraling waarbij woningen perfect aansluiten aan zorgwensen (geen drempels, met brede deuropening, brede liften, zoals in zorginstellingen) maar waarbij de zorg -zoals bij thuiszorg het geval is- aan huis komt. Er zijn wel extra kamertjes/winkeltjes en een keukenruimte en hal/zaal waar men met elkaar kan samenkomen. Wat ontbreekt zijn de kantoren en dienstenruimtes. Er is geen wasruimte/linnenkamerfunctie want ieder heeft een eigen wasmachine. Er zijn geen werknemers in dienst. Er is geen sprake van aansturing en leiding meer maar van beheer. Dit i.v.m. veiligheid (zoals zaken aangaande brand – calamiteiten, onderhoud en EHBO en interne en externe alarmering) en als zijnde aanspreekpunt. Ouderen zouden zich bij de woningstichting moeten kunnen laten inschrijven voor een appartement tegen een normale huurprijs (onder de huursubsidiegrens) waarbij de zorg bekostigd/ vergoed wordt zoals in de thuiszorgsituatie. We moeten als samenleving waken voor het bungalowparkeffect

waarbij een bewoner meebetaald voor de meerwaarde van het wonen in een wooncomplex met een winkel, een kapper in de buurt etc. Faciliteiten zouden opgezet moeten worden vanuit een win-winsituatie eventueel zonder financiële transacties of tegen onkostenvergoeding geregeld moeten kunnen worden. De visboer betaald geen stageld maar verdient zijn eigen centen. Ondernemers zouden alleen tegen een kleine onkostenvergoeding (stroom-, water-, elektraverbruik) spullen moeten kunnen uitstallen zodat het voor hun rendabel is (de prijs kan laag blijven en de winst genoeg)

De thuiszorgorganisatie die zorg verleent, blijft verantwoordelijk voor de kwaliteit van de zorg. Dit kan ook op contractbasis zodat mensen langdurig aanwezig zijn of een post hebben binnen de 'instelling'

Met als uiteindelijke doel dat: Zorgwerknemers zich kunnen bezighouden met taken zoals de bedoeling is van het beroep en strookt met de wensen van henzelf en van de zorgvragers; er zal volgens onze ideeën genoeg tijd zijn voor aandacht en betrokkenheid- als daar behoefte aan is- en dit tegen minder werkdruk omdat papieren taken van hun overgenomen dan wel weggenomen zullen worden. Kortom de arbeidsomstandigheden zullen verbeteren waardoor de markt weer aantrekt en personeel gemakkelijker een beroep in de zorg zullen kiezen en de salarisvoorwaarden zullen kunnen verbeteren omdat de kosten in de ouderenzorg omlaag kunnen door minder overhead. Bij deze vorm van zorgverlening gaat het om kostendekkende zorg.

Het appartementencomplex waar de thuiszorg langskomt is geen instelling en daarmee niet verantwoordelijk voor de geleverde zorg (wel voor de voorwaarden-liften e.d.), de woningstichting is alleen verantwoordelijk voor het appartementencomplex. Ons toekomstbeeld komt in de buurt van bestaande serviceflats flats en de thuis-(zorg)situatie.

Omdat de overheid ook aanstuurt op het scheiden van wonen en zorg wat in de thuiszorg daadwerkelijk al het geval is, is het enige wat nodig is dat er een koppeling gemaakt wordt tussen de buurtzorgvisie en methode/organisatie en wonen in serviceflats maar dan zo dat wonen toegankelijker wordt voor ieders beurs en zo vrijblijvend mogelijk. Woningen waar mensen oud kunnen worden en waar ze niet uit hoeven te vertrekken bij lichamelijke achteruitgang en waarbij ingeval van sterven de kamer niet binnen 14 dagen ontruimd moet zijn vanwege inkomstenverlies van de instelling want de huur wordt immers gewoon doorbetaald zoals normaliter het geval is bij een gewone woonruimte.

Bij het wegvallen van een partner hoeft de overgeblevene niet te verhuizen en hoeven echtparen niet te worden gescheiden als een van hun verpleeghuiszorg nodig heeft. Ingeval dat mensen niet meer zelf kunnen instaan voor wat ze doen en beschermd moeten worden omdat zij anders verkommeren of als er een gevaar is voor eigen leven of andermans leven is groeps wonen zoals in zorgboerderijen en dependances van zorgcentra nu al plaatsvindt onoverkomelijk en wenselijk maar dan als zelfstandig draaiende wooncomplexen met standby-24 uurzorg/bewaking/controle en benodigde afscherming. Als zorg eenvoudiger wordt geregeld blijft er meer geld over om meer (en afdoende gekwalificeerd hoger) personeel in die groeps woningen in te zetten zodat er meer met die zorgvragers gedaan kan worden / meer gewandeld kan worden, vaker verdroogd etc. In die zorgcomplexen zou iedere zorgbehoevende een eigen huur- ruimte moeten hebben met twee bedden zodat een eventuele partner daar ook tijdelijk kan verblijven en eventueel meezorgen zoals in de normale thuissituatie ook het geval zou zijn. Het is vanzelfsprekend dat het werken in zo'n setting voor zorgwerkers ook leefbaarder en prettiger wordt, de werkdruk minder hoog, het werk meer voldoening op zal leveren en dat het ziekteverzuim wellicht omlaag zal gaan.

Als er een beheerder (met diploma's inzake brandveiligheid EHBO en technische zaken) in dienst en standbij zou zijn (bij de woningstichting) zou zelfstandig wonen langer kunnen in dergelijke wooncomplexen.

De huur moet laag blijven /onder de huurtoeslag/subsidiegrens waardoor het voor iedereen toegankelijk is.

Als voorkomen wordt dat er voor extra service zoals een winkeltje aan huis, een kapsalon e.d. extra betaald moet worden (dit kan door win-win situaties te creëren met ondernemers die tegen onkosten een plek gebruiken zou dit moeten kunnen). Als zorg geleverd wordt door thuiszorg zoals buurtzorg werkt dan scheelt dit niet alleen kosten maar is er minder bureaucratie, zijn er minder lagen (management en bestuur) werken zorgwerkers weer zoals het vak bedoeld is, hebben zij zelf de regie weer in handen, wordt het zorgwerk weer aantrekkelijker en houden we beter werknemers in de zorg vast wat hard nodig is voor de toekomst en kunnen de salarissen en arbeidsvoorwaarden weer verbeteren. Als de langdurige zorg geregeld wordt zoals wij het voor ogen hebben is de ziekenhuissfeer taboe en is er wel herkenbaarheid maar zijn er geen witte kleren meer. De kwaliteit van de zorg neemt toe omdat er in de regel genoeg tijd voor de communicatie en zorgrelatie genomen kan worden en de leefbaarheid op de werkvloer zal toenemen wat de sfeer voor iedereen in de zorg wenselijker maakt en de menselijke maat weer terug brengt in zorg en samenleving.

Samenvatting aanbevelingen/ wat moet er gebeuren in de zorg:

- De langdurige zorg moet en kan vereenvoudigd worden en dit kan als
- zorg en wonen in de hele langdurige zorg volledig gescheiden worden.
- er geen sprake meer is van instellingen of tehuizen.
- in plaats daarvan komen er wooncomplexen met service die zo gebouwd/verbouwd zijn dat zij geschikt zijn voor zorgbehoevenden waarin zij tot hun dood beschermd kunnen verblijven eventueel met zorg. De appartementen van de wooncomplexen worden bij de woningstichting gehuurd .(de hoogte van de huur valt onder de huurtoeslaggrens
- thuiszorg zou in wooncomplexen gegeven kunnen worden. Er zijn dan geen zorgwerknemers meer in dienst bij 'instellingen' maar zij doen onder een andere vlag het zelfde werk in wooncomplexen dat zij met meer tijd, anders kunnen doen.
- dit kan ook 24 uurszorg zijn
- de thuiszorg zou kantoor kunnen houden in het wooncomplex tegen onkostenvergoeding
- Als zorg zo (anders) is geregeld ('zorgorganisatie') blijft er uiteindelijk meer tijd over en kunnen alle overige knelpunten op de werkvloer opgelost worden.
- zullen de kosten beter beheersbaar en betaalbaar zijn van de zorg
- zal er naast meer aanwas van zorgwerkers, zullen er meer zorgwerkers in de zorg blijven werken.
- de managementlagen kunnen nagenoeg verdwijnen en
- de werkvloer krijgt de regie terug
- werkt in kleine lokale zelfsturende teams in buurten en in wooncomplexen
- die de zorg contextueel verzorgen en rekening houden met de zorgvrager zelf en zijn mogelijkheden en de bestaande voorzieningen in de buurt en met
- zijn bestaande netwerk van familieleden en vrienden
- teams worden gesteund door een regio coach en kunnen *creatief* verzorgen.
- voorkomen moet worden dat het 'bungalowparkeffect' de kosten verhoogd maar dat er wordt gestreefd naar win-win situaties tegen zo laag mogelijke kosten
- zorg wordt verleend door ambulante werkende organisatie die met goed gekwalificeerd en gediplomeerde zorgwerkers werkt.

Als de zorgorganisatieopzet van b.v. buurtzorg gekopieerd zou kunnen worden door andere thuiszorgorganisaties kan de thuiszorg optimaliseren en als deze gecombineerd wordt met wonen in complexen met summere service en beheer (met de mogelijkheid van interne alarmering zoals in serviceflats het geval is) kan zorg eenvoudiger en goedkoper worden terwijl zorgvragers dezelfde zorg kunnen ontvangen. Het moet om huurwoningen gaan die onder de huurtoeslaggrens vallen. De zorgverleningsopzet kan minder bedrijfsmatig en meer (contextueel) vanuit de zorgvraag geregeld worden en stelt de mens als de zorgvrager centraal waarbij bestuur en managers en leidinggevenden minder (en zelfs helemaal niet meer) nodig zijn. De professionals kunnen de zorg zelf regelen doormiddel van zelfsturende teams met specialistische hulp op de achtergrond en ondersteuning door hun regiocoach waarbij de bureaucratie kan verminderen omdat het centrale hoofdkantoor dit van de werkvloer overneemt. Alle knelpunten zullen zich dan vanzelf kunnen oplossen. Werken in de ouderenzorg wordt dan weer leuk en de kwaliteit van de zorg kan weer toenemen omdat er meer handen aan het bed kunnen zijn en er dus tijd meer tijd (lees geld) is om het werk te klaren.

Het kan anders!

Hoewel er meerdere instellingen in het land zijn die we graag hadden willen bezoeken die werken zoals wij denken dat ze op weg zijn om anders te zorgen, te noemen Avoor in Etten-Leur vonden wij onverwacht en tot onze verbazing een woonvorm die dicht ons beeld van Wonen en Zorg benaderde en dat is Almenum in Harlingen (Zie bijlage). Dit vooral omdat tijdens het telefonische gesprek bleek dat er geen hiërarchische opbouw bestond rond de zorg met leidinggevenden, managers en directeur-bestuur. De zorgwerknemers zijn ook niet in dienst van Almenum en er is geen sprake van een instelling. Wij vinden dat de buurtzorgstijl om meerdere redenen een heel belangrijk uitgangspunt en voorbeeld vertegenwoordigen kan om de zorg te veranderen temeer zij niet op winst gericht zijn en ten dienste van de samenleving opgezet zijn. Hoe dat precies stapsgewijs zou moeten, dat moet overlegd worden. Gedragen door Zorg en Samenleving zou de overheid deze verandering moeten kunnen inzetten. ZIE BIJLAGE

Kortom: De zorg kan zo veranderd worden dat zorgwerkers, zorgvragers en burgers tevreden zijn en dit tegen minder kosten terwijl er echt kwaliteitszorg geleverd zal worden.
Dit zal de samenleving ten goed komen. Als we het als samenleving willen en open staan voor verandering.