

ZORGMANIFEST

Zorg voor verandering

'de werkvloer spreekt'

'Op weg naar kwaliteitszorg in de ouderenzorg met menselijke maat en met als resultaat: tevreden zorgvragers en zorgwerkers tegen zo weinig mogelijk kosten voor overheid en samenleving en genoeg personeel voor de toekomst'.

.....Er kunnen 2 dingen gebeuren: of het verdwijnt in de prullenbak 'met het onzichtbare stempel van sisyfusarbeid' of het wordt een aanzet tot democratisering van de werkvloer in de zorg ten dienste van de samenleving. Wij hebben ons best gedaan en kunnen het slechts loslaten, op hoop van zegen en zeggen: "Alstublieft overheid".

Index: *Zorgmanifest*

- blz. 2 Voorwoord Zorgmanifest
- blz. 4 Woorden en gedachten van hoop
- blz. 5 15 Stellingen
- blz. 8 Toelichting stellingen

Opgesteld door Nubasta (Janna Kars, Yoyce Martina en Simmy de Vries)

Woordvoerster/Contactpersoon: Simmy de Vries Visser: 06 44956921

In samenwerking met:

| | |
|------------------------------------|------------------|
| Actiegroepzorgcrisis(.info) | Irene Hadjidakis |
| Zorgtekortenhyves | Tobi Badart |
| Zorg in actie | Petra van Ham |

12 mei 2011 Siegerswoude..... Zie nubasta.nl Zie nubasta.nl Zie nubasta.nl

Voorwoord manifest en rapport .

Het manifest bevat 15 stellingen met een toelichting daarop.

‘Deel 2’ is een rapport en kan niet los gezien worden van het manifest. Het ‘derde’ onderdeel is de bijlage. Ieder deel is apart te downloaden. In het rapport wordt het geheel wat er in de stellingen gesteld is onderbouwd. In de index verwijzen hoofdstukken naar diverse thema’s. De basis wordt gevormd door standpunten die voortkwamen uit informatie (’t zij mondeling, schriftelijk, of middels email-) van burgers. Hieronder patiënten/cliënten, zorgwerkers (van helpende tot verpleegkundige) uit alle werkvelden, voornamelijk vanuit de ouderenzorg maar ook uit de gehandicaptenzorg, van familie –soms burens- van burgers die zorg ontvangen maar ook van bestuurders en directeurs van instellingen. Tevens ook info die middels de media haar weg naar ons vond. Daarnaast is er nog de eigen ervaring van de leden van Nubasta (als werknemers en actievoerders van vroegere acties) en de informatie die op tafel kwam via en middels diverse actiegroepen. ‘Zorg Voor Verandering’ wordt ondersteund door ondergetekenden van die groepen. (Zie voor achtergrondinfo: nubasta.nl, Zorgtekorten hyves, Actiegroepzorgcrisis.info, Zorgenactie) Deze groepen kwamen in contact met elkaar in het jaar 2009 en vanaf dat moment gingen ze samenwerken. ‘We willen de menselijkheid weer terug in de zorg’/de menselijke maat.

Het manifest/rapport is ook gebaseerd op de meer dan 20 000 handtekening van werkers in de zorg die de actie een warm hart toedragen en hun ervaringen met ons gedeeld hebben. Petities die nog steeds handtekeningen trekken en te ondertekenen zijn op de sites van de actiegroepen. Tevens ondertekenden *burgers* de handtekeningenacties (die de standpunten van de actiegroepen daarmee wilden onderstrepen). We ontvingen vele mails en voerden vele honderden gesprekken met burgers (o.a. op ouderen-beurzen) en met bestuurders en organisaties die de zorg een warm hart toedragen. Zij ageerden allemaal tegen de werkdruk en de tijdverslindende bureaucratie maar vooral tegen de paradoxale opdracht dat er zorgkwaliteit geleverd moet worden terwijl het geen tijd mag kosten. De menselijke factor in de zorg wordt weggestreept en dit ten koste van zorgwerkers en zorgvragers en uiteindelijk de zorgkwaliteit.

Tijd voor aandacht en betrokkenheid maakt onderdeel uit van kwaliteit en horen bij de zorg/ met name te noemen bij de langdurige zorg waarvan de ouderenzorg een grote deel van uitmaakt. Het manifest is tevens een vervolg op, en relateert tevens direct aan de overhandiging d.d. 12 mei 2010 op de zorgmanifestatie in Den Haag van, de 2 petities van actiegroep Nubasta en actiegroep Zorgcrisis. De 2^e Kamer heeft daar overigens nog steeds geen reactie c.q. uitspraak over gedaan, nog geen enkele inhoudelijke reactie over afgegeven (we schrijven d.d. 9 september 2011). Het ligt overigens in de bedoeling om de petities opnieuw te overhandigen aan de 2^e Kamer der Staten Generaal in september/november 2011 nu met het uitdrukkelijke verzoek om een inhoudelijke reactie. Wij vinden het belangrijk dat er een intentieverklaring wordt afgegeven m.b.t. hetgeen wij zeggen over hoe het in de zorg geregeld is en hoe het anders geregeld kan worden. Met name richten we ons op de langdurige zorg – ouderenzorg- (de zogenaamde longstay care) in instellingen en in de thuiszorg (intramurale en extramurale zorg). Het hierbij behorende rapport; ‘Zorg voor verandering’ - de werkvloer spreekt is overhandigd aan de Kamerleden Renske Leyten (SP) en Agnes Wolbert(PvdA) d.d. 12 mei 2011 tijdens een goedwerkhuis in Den Haag. Onlangs (8 sept 2011) hebben we een schriftelijke bevestiging ontvangen dat de vaste Commissie VWS het besluit heeft genomen om het rapport inhoudelijk te betrekken bij een vergadering ouderenbeleid. Van het ministerie VWS zelf – die het rapport en manifest ook heeft gekregen hebben wij tot nu toe nog niets vernomen. Nubasta steunt de andere actiegroepen in hun roep om een parlementaire enquête naar de effecten van marktwerking in de zorg. De gedachte /ideologie dat met het marktmechanisme vanuit zichzelf een balans zou kunnen vinden in de

zorg, dat vraag en aanbod en concurrentie de zorg betaalbaarder zouden kunnen maken terwijl de kwaliteit daar niet op inboet, daarvan is vooralsnog niets te merken. In tegendeel: immers zonder tijd kan men niet kwalitatief goed verzorgen en de ziektekostenverzekering wordt een steeds grotere aanslag op de koopkracht van burgers. We moeten er niet aan denken dat er winst gemaakt zou worden die wegvloeit uit de zorg en dit is ook de angst die we steeds weer kunnen beluisteren uit de reacties om ons heen –Het is moeilijk te geloven dat zorgwerknemers van die winst zullen profiteren in die zin dat er meer handen aan het bed zullen komen.

Terwijl grote bedrijven in andere sectoren dikke winst maken worden arbeiders daar toch soms massaal ontslagen, schieten de beursnoteringen daardoor zelfs omhoog en verdwijnt de winst die gemaakt wordt onbezwaard in de beurzen van de speculanten die geen gezicht hebben. In de zorg zijn door de bedrijfsmatige aanpak en verzakelijking volgens ons niet alleen de werknemers de dupe maar ook de burgers die van zorg afhankelijk zijn. Hoe dan ook: het zou goed zijn om duidelijk te krijgen wat de effecten daadwerkelijk zijn geweest van marktwerking in de zorg/ de nadelen en de voordelen.

Dit manifest met haar stellingen moet ten goede komen aan :

- *hen die zorg afhankelijk zijn en
- *aan uitvoerenden die zorg verlenen en
- *aan de samenleving in zijn geheel.

NB: Wij spreken liever over zorgkwaliteit i.p.v. over kwaliteitszorg omdat ieder fabrieksmatig proces een afdeling kwaliteitszorg kent zo ook heeft b.v. de auto-industrie een afdeling kwaliteitszorg. Zorgkwaliteit dekt o.i. beter de lading maar omdat iedereen het over kwaliteitszorg heeft kan het zijn dat wij beide begrippen hanteren, wij hebben dat al overgenomen omdat het al zo ingeburgerd is in de taal.

- om dit manifest voor zoveel mogelijk burgers en werkers in de zorg(van laag tot hoogopgeleiden) leesbaar en toegankelijk te maken zijn minder bruikbare begrippen en woorden direct vertaald. Dit manifest is ten behoeve van de verspreiding kosteloos van internet af uit te printen maar is eigendom van Nubasta en dit is als zodanig bij de notaris vastgelegd.

Woorden en gedachten van hoop.

Basisgedachten 1: Met dit rapport wordt duidelijk dat het de werkvloer zelf is die spreekt. Dit rapport is niet gebaseerd op wetenschappelijk onderzoek maar omdat dit menselijk rapport verwijst naar:

- * onderzoek van o.a. Menzis (werken moet leuker worden),
- * de info in de media i.v.m. de te hoge werkdruk/ het hebben van te weinig tijd/handen aan het bed,
- * cijfers in 2010 van het CP bureau (in 2025: 450 000 te weinig zorgwerkers),
- * het gegeven feit en de bijbehorende berekeningen dat zorg te duur wordt,
- * de (financiële-) onmacht van bestuurders en de politiek om de knelpunten/problemen in de zorg te structureel te klaren
- * de relatie met de financiële/ economische crisis die alles nog eens extra bemoeilijkt

hopen wij dat dit manifest en menselijke rapport dat gebaseerd is op ervaringen van de werkvloer mee basis kan vormen voor innovatie in de zorg. Wij beroepen ons op onze beroepscode, op onze beroepscode, de internationale rechten van de mens en op de democratische principes die een land als het onze voorstaat.

Basisgedachten 2: Omdat in de Nederlandse grondwet staat (artikel 22) dat de overheid maatregelen moet treffen ter bevordering van de gezondheid en moet zorgdragen /zich ten doel moet stellen dat er een zorgstelsel/systeem is/komt dat gekenmerkt wordt door toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid en ondertussen:

- 1: de kosten de pan uitrijzen en
- 2: de kwaliteit onder spanning staat en
- 3: de zorg steeds duurder wordt ,

hopen wij dat de overheid toegankelijk zal zijn voor ideeën vanaf de werkvloer en open zal staan voor veranderingen in de zorg en deze zal ondersteunen en aansturen.

Stellingen:

1) **Tijd voor zorg moet erkend worden als kwaliteitsfactor en meegenomen worden in de optelsom van de te leveren kwaliteitszorg:** deskundigheid+ tijd (a: voor de handeling/begeleiding/ondersteuning en b: voor de interactie/relatie voor de mens achter het zorgprobleem/zorghandeling) = kwaliteitzorg. Bij toetsing/zorgkwaliteitscontrole kan er hiermee een completere conclusie naar voren komen over zorgkwaliteit. Dan pas kan de stelling opgaan: 'meten is weten' op (want wat men niet meet- of niet wil/kan meten- dat weet men niet) Zie 1a.

2) **Het menselijk aspect kan niet afgescheiden worden van zorg.** Vanuit de zorgaanbieder bekeken niet en vanuit de zorgvrager niet..Zorgkwaliteit – tijd voor aandacht en betrokkenheid = ontmenselijking van de zorg en leidt tot zorgfabrieken, haalt het hart uit de zorg weg en leidt tot robotteske zorg en heeft minder met kwaliteit te maken en meer met het bezuinigen op de zorgkosten te maken (door het opvoeren van de arbeidsproductiviteit/meer doen in minder tijd)

3) **De zorgsector kan met betrekking tot marktwerking niet (helemaal) over 1 kam geschoren worden** en/of vergeleken worden **met sectoren waar burgers vrijelijk voor producten en diensten kunnen kiezen want ze zijn voor een groot deel van zorg afhankelijk.** De positie van zorgvragers moet in die situaties daarom altijd beschermd en versterkt worden t.o.v. zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Deze bescherming (door de overheid en bij wet) zou ook moeten gelden voor uitvoerende zorgwerkers; als marktwerking er toe leidt dat uitvoerenden in de knel komen door het toekennen van (te) beperkte tijd en hun beroep niet meer naar behoren kunnen uitoefenen.

4) **De zorgparadox moet erkend worden: de opdracht om aan de ene kant zorgkwaliteit te moeten leveren en aan de andere kant daar geen –genoeg - tijd voor krijgen, bijten elkaar.** Niet alleen in de weg er naartoe maar ook in het uiteindelijke resultaat. Omdat het economische systeem in de hand werkt dat het financiële aspect (bezuinigingen/ kostenbeheersing) op de 1^e plaats uitgangspunt vormt in de zorg (! –met alle gevolgen van dien) werd in de loop der jaren tijd voor aandacht en betrokkenheid als kwaliteitsfactor uit hoofd en hart weggestreept, want tijd kost geld. Op de 2^e plaats moet het effect ingezien worden dat kwaliteitsfactoren (wat wij met elkaar als kwaliteit erkennen) beïnvloed/beperkt wordt door andere factoren. Zoals het al dan niet hebben van geld maar ook door organisatiestructuren (hiërarchie), door processen, procedures en protocollen die aan de werkvloer opgedrongen worden en waar men afhankelijk van gemaakt wordt. Kwaliteitsfactoren op de werkvloer (zoals het hebben van tijd) raken daardoor ondergesneeuwd, zodanig dat het belang ervan niet eens het daglicht kan aanschouwen.

5) Het is wenselijk dat hetgeen zorgwerkers maar ook de samenleving als kwaliteit erkennen en/of wenselijk vinden voor de zorg dat dit zuiver in definitie benoemd moeten kunnen worden zonder dat andere factoren daarop in 1^e instantie invloed zouden moeten en mogen kunnen uitoefenen ondanks eventuele beperkte (financiële)middelen. Dat is punt twee.

6) Dat indien wenselijkheid (meer tijd nodig hebben en dus meer handen aan het bed) onder spanning komt te staan van mogelijkheden (geen geld) of beter gezegd in dit verband : het gebrek daaraan, dat het probleem dan niet weggestreept of verdrongen moet worden opdat er alternatieven gezocht kunnen worden. Anders zullen er onherroepelijk ongewenste effecten doorwerken op de werkvloer die niet gezien worden en wel van invloed zijn op de kwaliteit van de zorg. Alternatieve oplossingen zullen nimmer gevonden worden als b.v. tijd voor de intermenselijke relatie als kwaliteitsfactor niet eerst erkend wordt en dat tijd voor aandacht en betrokkenheid in de zorgrelatie steeds meer weggecijferd is de laatste jaren omdat dit tijd en geld kost.

7)Omdat erkend is dat er knelpunten zijn in de zorg moet verandering van bovenaf (de overheid/politiek) bewerkstelligd worden; de instellingen gestimuleerd dan wel de bestaande status-quo een halt toegeroepen worden om een omkering te realiseren . Van binnenuit de organisaties is er na jaren nog steeds geen tendens te bespeuren dat er spontaan een kentering komt en de knelpunten opgelost worden- het tegendeel is eerder waar. Zie voor knelpunten toelichting. 7

8) Ervan uitgaand dat werkers in de zorg professioneel opgeleid zijn en erkenning daarvoor verdienen moeten zij door overheid gestimuleerd worden en ondersteund worden om ideeën en visies te kunnen aandragen die zij op basis van ervaring hebben ontplooid. Vanuit democratisch oogpunt uit bekeken is dit niet meer dan hun recht. Zeker nu er knelpunten zijn op velerlei gebied en het beroep onder spanning staat. Het is noodzaak gebleken dat de werkvloer aan veranderingen meedenkt om de status- quo te doorbreken .

9) Overheden en deskundigen zouden ten behoeve van de knelpunten in zorg en de samenleving hun focus anders moeten instellen en oplossingen moeten (kunnen) zoeken buiten de geijkte financiële kaders en structuren.

10) Omdat doelstelling is: het bieden van kwaliteitszorg '(en dus niet! :het bieden van betaalbare zorg) zou het bieden van zorgkwaliteit op 1^e plaats moeten komen. Geld/ financiële middelen zijn voor te groot deel uitgangspunt hoe zorg geregeld is. Basis ,vanuit democratisch uitgangspunt bekeken, zou moeten zijn 'hoe wij als burgers/de samenleving de zorg geregeld willen zien'. Op de 2^e plaats zou pas gekeken moeten worden hoe zorg bekostigd dan wel anders gedragen kan worden en vormgegeven moet(kunnen) worden.

11) Als men kwaliteitszorg wenst op de werkvloer dan is het logisch dat er gekwalificeerd personeel op verantwoordelijke functies gezet worden die sturende taken hebben en invloed op de uitvoering mogen hebben. Deskundigheid kan geleverd worden op diverse niveaus. De hogere niveaus worden op basis van CAO's hoger ingeschaald en uitbetaald. Het is niet meer dan een logisch gevolg dat als organisaties op arbeidskosten blijven besparen (kwalitatief : aannahme minder hoog opgeleid personeel , kwantitatief: minder handen aan het bed –) dat dit van invloed is op de kwaliteit van de zorg Zie 11a

12) Er moet beter begrepen en erkend worden dat belangenverstrengeling en hiërarchische structuren binnen, buiten en tussen organisaties veranderingen in de zorg kunnen belemmeren en die daarmee democratische processen bemoeilijken en tegenhouden)

daarom is het van belang dat er lijnen zijn helemaal van boven af die –tegen de hiërarchie in – de onderlaag (werkvloer) ondersteunen bij verandering/en om invloed te kunnen uitoefenen zoals oorspronkelijk in een democratie bedoeld is.

13) Vanwege het dienstbare karakter van de jongeren die voor het beroep kiezen moet het beroep in de 1^e plaats goed aansluiten bij de verwachting van de zorgwerkers hoe deze uitgevoerd moet worden- zoals zij, let wel, ook prima voorgelegd krijgen door docenten in de zorg. Hoe werkers zorg willen bieden sluit prima aan bij wat zorgvragers wensen en de opleiding sluit naar wij merkten prima aan bij hoe potentiële werkers willen werken (m.b.t bejegening van patiënten e.d.) De werkdruk, o.a. door toedoen van b.v. de administratieve rompslomp en bureaucratie, wordt pas tijdens het werken in het veld gevoeld. Het is belangrijk om ervoor te zorgen dat we zorgwerkers in de zorg behouden.

14) Het is belangrijk dat zoveel mogelijk ideeën verzameld worden ook al roepen ze weerstand op. Ideeën werken naar verandering toe en verandering roept altijd weerstand op. Ideeën ter verandering van de status quo in de zorg idem dito. Er zullen ideeën over innovatie van de zorg aan de kant gelegd worden- eerst is het wel belangrijk dat alle ideeën zoveel mogelijk meegenomen worden om tot betere afweging van oplossingen te komen

15) Een nieuwe visie op hoe de zorg geregeld moet worden moet de tijd hebben om ingevoerd te worden. Het moet niet zo zijn dat er op twee verschillende benen wordt gehinkt. Dat kan weerstand oproepen tegen nieuwe ideeën terwijl die op zich wenselijk zouden kunnen zijn. Hier zou de overheid voor moeten waken.

Toelichting gedachten van hoop en stellingen

Waarden en basisgedachten van hoop 1, spreekt voor zichzelf en geeft tevens aan dat we begrijpen waar naast onze kracht onze beperkingen liggen maar deze zijn o.i. onoverkomelijk

Waarden en basisgedachten van hoop 2 : De overheid zou open moeten staan voor ideeën van de werkvloer niet alleen omdat het ieder van ons in de zorg aan het hart gaat maar gezien iedere burger vroeg of laat zorg nodig heeft en temeer wij wegen proberen te bewandelen die goede zorg waarborgen voor nu en de toekomst. Zie ook stelling 14 en toelichting 14a

.....

1a) Zorgkwaliteit eisen van de werkvloer terwijl deze er geen (genoeg) tijd voor krijgt is een paradoxale opdracht waardoor werkers in de zorg met de rug tegen de muur gezet worden. Als er kwaliteitszorg verwacht wordt van de werkvloer dan moet erkend worden dat tijd daarvoor een voorwaarde is. Er wordt heel erg snel en (steeds sneller/ steeds efficiënter) taakgericht/handlingsgericht gewerkt terwijl en nauwelijks tijd is voor de bewoner/patiënt zelf (het menselijke aspect) dat schiet er finaal bij in. Zorg verwordt hiermee tot het slechts snel afwerken van zorghandelingen. Werkgevers willen zoveel mogelijk werk binnen zo kort mogelijk tijdsbestek geklaard hebben i.v.m. de arbeidskosten. Daarbij: Efficiënt en doelmatig werken kan aangeleerd worden maar er blijven verschillen tussen zorgwerkers in werktempo, karakter en aanleg- hier wordt teveel aan voorbij gegaan. Kwaliteitszorg = deskundigheid (aangeleerd en behorend bij het beroep) + menselijke eigenschappen en on-/mogelijkheden . Kwaliteitszorg moet genoeg tijd includeren voor de zorghandeling en voor de mens achter het zorgprobleem.

2a) Het menselijke aspect houdt b.v. in dat er rekening gehouden wordt met tempo en snelheid (aanleg) van degene die zorg biedt. In de 1^e plaats houdt het in dat er rekening wordt gehouden met het tempo, de aanleg, mogelijkheden en behoeften/wensen van de zorgvrager. Zorgafhankelijke (longstay-care) mensen gedragen zich veelal langzamer qua tempo zeker als lichaamsdelen kwetsuren hebben of anderszijds; het tempo zou in ieder geval vanuit kwaliteitszorg bekeken aangepast moeten kunnen worden. Een rustige, kalme benadering is meer logisch gewenst.

We vinden het onvoorstelbaar dat hier al jaren aan voorbij gegaan is. Nb.: Ook voor de crisis, ten tijde dat de toenmalig minister van financiën Gerrit Zalm met zijn koffertje voorop in de krant stond met de tekst 'het gaat goed met Nederland' was er al jarenlang sprake van personeelskrapte op de werkvloer.

Zorg is arbeidsintensief. Omdat er in de toekomst naar verwachting te weinig zorgwerkers zullen zijn om aan de zorgvraag te kunnen voldoen, opperen Willem Vermeend en Roger van Boxtel om slimmer te werken en geven o.i. teveel een vrijbrief voor al de bureaucratie en vertechnisering van de zorg. (zie boek Uitdagingen voor een goede zorg/LEBOWSKI 2010) Zij opperen dat met meer arbeidsbesparende technieken slimmer werken en efficiëntere werkprocessen de arbeidsproductiviteit omhoog kan waardoor *minder* mensen *meer* kunnen doen. Tegelijkertijd wijzen ze er zelf op (blz. 93) dat het veelal niet mogelijk is om zorgwerkers zomaar ‘ te vervangen’ door arbeidsbesparende technologieën en erkennen zij dat het risico groot is dat dergelijke technieken ten koste gaan van de kwaliteit van de zorg en zien zij in dat persoonlijke contacten (voldoende aandacht) essentieel zijn voor de kwaliteit van de zorg. Wij willen hierbij nadrukkelijk toevoegen : en tijd hebben voor de relationele kant tussen zorgwerker en zorgvrager. Bij slimmer werken (efficiënter en doelmatiger) en gebruikmakend van de computer (ICT) wordt teveel uitgegaan van het tijdsbesparende element (dit zou de kosten besparen en kunnen er met minder handen aan het bed meer handelingen verricht worden) 2 vliegen in 1 klap. Waar teveel aan voorbij gegaan wordt is dat het type mens dat kiest voor zorg geen tot weinig voeling heeft laat staan interesse heeft voor computerwerkzaamheden. Het snelle (nog) efficiëntere werken maakt dat het werk gefocust is op de handelingen zelf en niet op degene die zorg krijgt. Zorgwerkers vertellen ons dat ze juist vallen voor het dienstbare karakter van het zorgberoep.

Daarbij: De relatie en het contact is een doel op zichzelf die de zorgkwaliteit voor een groot deel meebepalen. Vanuit de zorgvrager en zorgverlener bekeken.

Wij bedenken dat als zorg vereenvoudigd zou worden dat al die bureaucratische handelingen allemaal overbodig zouden kunnen worden en degene die zorg nodig heeft zou weer centraal kunnen komen te staan- waar het toch allemaal om begonnen is.

Zonder al die bureaucratische rompslomp kunnen aanleg, capaciteiten en roeping van zorgwerker en werkinhoud weer beter op elkaar aansluiten. En daarmee de verwachting van de zorgwerkers over hetgeen het beroep inhoud op de werkelijke situatie op de werkvloer zodat er in de toekomst ook gemakkelijker mensen aangetrokken kunnen worden voor de zorg maar ook vooral behouden kunnen blijven voor de zorg.

3a) Zorg/hulp nodig hebben is van een andere orde dan een product aanschaffen als een fiets of bankstel .De burger heeft in het bedrijfsleven op de ‘ markt’ immers vrij de keuze. De burger is, zeker in gevallen van nood, helemaal niet tot keuze instaat. Dit heeft te maken met diverse zaken . Bij urgentie, bij noodgevallen zoals erge pijn en/of bewusteloosheid zijn

- 1: mensen letterlijk niet in staat zijn om te kiezen en
- 2: er kunnen omstandigheden zijn waardoor er *voor* hun gekozen moet worden (de ambulance krijgt b.v. opdracht naar een ander ziekenhuis te rijden) en
- 3: maakt de *situatie* dat men niet keuzevrij is. De woonafstand tussen zorgaanbieder en hulpvrager maar ook waar dierbaren wonen, of hoe mobiel men zelf is bepaald dit voor een groot deel. Daarentegen is de zorgaanbieder *verzekerd* van vraag temeer als er in de regio b.v. maar 1 ziekenhuis staat. De burger is bij deze diensten – in tegenstelling tot diensten en producten in het bedrijfsleven *afhankelijk* en niet instaat om invloed uit te oefenen op de prijs wat naar wij begrepen hebben een belangrijk idee en uitgangspunt is bij marktwerking. Deze zou door concurrentie lager moeten worden. Met het loslaten en overlaten om niet te zeggen overleveren van de zorg aan een mechanisme is het niet gegarandeerd dat de kosten uit zichzelf reduceren- dit is al gebleken. Als door deregulering en privatisering- dit in de lijn van

het marktdenken/neoliberalisme- de overheid geen sturing en invloed meer houdt is de samenleving de dupe. Dit blijkt op de werkvloer in de zorg aan de ene kant doordat de werkvloer met de rug tegen de muur wordt gezet (werkdruk/te weinig handen a/h bed) en aan de andere kant dat de kranten melden dat er handen vol geld verdiend wordt door bestuurders en dan hebben we het nog niet eens gehad over alle neveneffecten zoals de bureaucratie, weinig inspraak hebben over de werkuitvoering etc.

4a) Wij zien een oorzakelijk verband: Aan de ene kant is er de noodzaak van kostenbeheersing en bezuiniging en aan de andere kant is er de drive om kwaliteitszorg te waarborgen: dit uit zich in overdreven bureaucratische taken waardoor beide planken finaal misgeslagen worden:

1: er worden juist extra kosten gemaakt doordat zorgwerkers allerlei handelingen moeten verrichten die weinig meer met verplegen en zorgen te maken hebben. Taken die ook weer gecontroleerd, beheerst en aangestuurd moeten worden wat met de extra (management-)functies ook weer extra geld kost en

2: het druist juist in tegen het leveren van zorgkwaliteit omdat de focus op de werkvloer teveel ligt op het moeten doen van die registratiewerkzaamheden en administratieve rompslomp waardoor er steeds minder tijd overblijft voor waar het in de zorg in wezen om draait: de zorg aan/voor de zorgvrager zelf.

5a) Het eerst 'willen hebben van genoeg geld' als voorwaarde om over oplossingen te kunnen nadenken is en blijft een niet weg te poetsen discussie maar zou in een 2^e instantie/fase pas besproken moeten worden. Ook dan komt men deze onmogelijkheden van het niet hebben van (genoeg) financiële middelen onherroepelijk weer tegen maar dan is de basis zuiver en kunnen er alternatieven voor gezocht worden.

Iedereen begrijpt en erkent het gebrek aan geld en dat dit een probleem vormt anno nu maar daar kunnen we met zijn allen (als samenleving) dan een alternatieve oplossing voor zoeken en daar moet wel de ruimte voor geboden worden. We hebben notities gemaakt vanuit de praktijk waarmee duidelijk aantoonbaar wordt gemaakt dat de discussie over geld zodanig bepalend en sturend is dat zorgkwaliteit zelfs ondersneeuwt terwijl dat de doelstelling is. Zo als het nu gaat, gaat het op de kop verkeerd in de zorg en zo doorgaand op deze weg zal het alleen maar nog erger worden.

6a) Uit de verhalen van de werkvloer blijkt dit al jarenlang het geval te zijn.
Zie rapport/index.

7a) Dit geldt voor vele knelpunten in de zorg, te noemen:

* de bureaucratie die teveel tijd wegtrekt van de werkvloer voor de eigenlijke zorghandelingen zelf (zoals het doen van registreer- en aftekenwerkzaamheden t.b.v. controle : (welke handelingen werden gedaan of niet etc. als er een fout is gemaakt en het inzichtelijk maken van *hoeveel* tijd waar aan besteed wordt)

NB alle met name bureaucratische handelingen hebben met het eigenlijke zorg *inhoudelijke*

- werk* zelf steeds minder te maken en heeft het beroep onaantrekkelijker gemaakt voor werknemers die voor het pure verzorgen en verplegen gaan.
- * de te hoge werkdruk in het algemeen/te weinig tijd voor aandacht en betrokkenheid
 - * teveel 0-uren en tijdelijke contracten/ geen kans op volwaardige baan/ maakt beroep onaantrekkelijk (zie 7b) en banken verstrekken geen hypotheek op basis van dergelijke contracten)
 - * financiële beperkingen bemoeilijken het aantrekken van personeel in vast aanstellingsverband, wat mede de continuïteit van de zorg-(relaties) nadelig beïnvloed .
 - * bij een nieuwe baan: terugschaling m.b.t. periodieken/ maakt herintreding onaantrekkelijk.
 - * te weinig inbreng van zorgwerkers m.b.t. uitvoering/ indeling van het werk. Het wordt opgelegd
 - * te weinig zelfsturing/ verantwoordelijkheid m.b.t. zorgvak in relatie tot zorgvrager en randvoorwaarden
 - * kwaliteit wordt hoofdzakelijk bepaald door instanties/organisaties buitenaf (alsof het om producten gaat i.p.v. over mensen).
 - * geld/ financiële mogelijkheden hebben teveel bepalende invloed
 - * geld faciliteert zorg maar vormt ook groot struikelblok voor het zoeken naar (alternatieve)mogelijkheden omdat het denkkader in de 1^o plaats over geld gaat en heerst.
 - * democratische principes sneeuwen onder (in hiërarchie) werknemers worden voor voldongen feiten gesteld.
 - * tendens naar zo laag mogelijke beloning

8a) Verandering van de bestaande situatie in de zorg wordt anders moeilijk doorbroken. Dit komt onder andere door de hiërarchische structuren binnen, tussen en buiten organisaties /instellingen waardoor de werkvloer geen kans krijgt om mee te denken of invloed uit te oefenen. Laat staan dat ze dit dan zouden kunnen veranderen. Omdat werknemers steeds afhankelijker worden (steeds minder moeilijker een baan op basis van vast contract krijgen) voelen zij zich bij voorbaat monddood gemaakt omdat zij angst hebben hun inkomen /hun baan te verliezen. Meer weerbaar (en lastig) personeel ondervindt zoals eerder genoemd vaak rechtstreeks tegenwerking. Naast alle verhalen uit de praktijk zijn alle woordvoersters van de betrokken actiegroepen getuige geweest van hoe dit op de werkvloer in de praktijk uitwerkt. De machtsstructuur wordt extra versterkt doordat leidinggevenden en het management steeds hoger opgeleid zijn terwijl de werkvloer steeds lager tot middelbaar niveau opgeleid is. ‘Hogere’ vaardigheden kunnen als wapen ingezet worden om assertiviteit en weerbaarheid gemakkelijker terug te werpen naar de werkvloer zelf (het inhoudelijke probleem inclusief): ‘oké, en wat gaan jullie daar nu *zelf* aan doen’.

9a) Enerzijds zijn er de (bij 7) genoemde knelpunten in de zorgsector zelf en wat die voor uitwerking en effecten op de werkvloer hebben. Anderzijds zijn er knelpunten m.b.t. de hele samenleving en de economie. Deze zijn nauw met elkaar verweven:

- Er is in verhouding te weinig geld voor de zorg, die in de toekomst, zoals het zich nu laat aanzien, alleen maar duurder wordt.
- Er komen naar verwachting meer zorgbehoevende ouderen die zorgafhankelijk zullen zijn (doordat het peil van de welvaart en de gezondheidszorg hoog zijn en mensen steeds ouder worden) waardoor de zorgkosten zullen stijgen.

- Daarnaast geeft de demografische factor aan dat er volgens het CPB in de toekomst te weinig zorgwerkers (450 000) zullen zijn.
- De kosten door een in verhouding te kleine groep jongeren (door de ontgroening v/d bevolking) t.o.v. de groep ouderen (= vergrijzing) als het zo door gaat niet opgehoest zullen kunnen worden.

De oplossingen richten zich bij zorginnovatie te weinig op systeemveranderingen en teveel op arbeidskostenbeheersing en aanpassingen en visies over zorg zoals menslievende zorg, duurzame zorg etc. waar we niets aan af willen doen maar met een andere visie , met een andere benadering of concept en aanpassingen komen we er niet. Met het invoeren en gebruikmaken van b.v. internetcommunicatietechnologie verandert er niets aan de basis, hoe het geregeld is ; in tegendeel de gegevens worden slechts op een andere manier verwerkt en de bureaucratische factor daarmee zelfs bestendigd. We moeten oppassen dat de werkvloer niet weer met een prachtige visie op zorg wordt opgezadeld terwijl de handen aan het bed niet toenemen, de werkdruk hoog blijft en de bureaucratie niet aangepakt wordt. Want daarmee wordt de werkvloer weer met de rug tegen de muur gezet en wordt de onmacht situatie van de werkvloer eens temeer glashard ontkend of beter gezegd genegeerd.

Te weinig wordt de vraag gesteld of we het als zorgsector en samenleving zo moeten willen zoals het nu gaat.

10a) zorgkwaliteit kan heel goed losgezien worden. Ook familie/mantelzorgers en vrijwilligers leveren kwaliteitszorg en voldoen aan een zorgvraag en behoefte- losgezien van geld. Stelling 10 staat in verband met stelling 5

11a) De voorbeelden die we binnen kregen liegen er niet om. Dat er kwantitatief bezuinigd wordt, dat er met minder handen steeds meer moe(s)t worden gedaan en zo snel mogelijk met de bijbehorende zorgminutenregistratie spreekt voor zich. Kwalitatief goed personeel is personeel dat zijn /haar deskundigheid en visie gebruikt/c.q. kan gebruiken in de zorg en zich kan uitlaten over de zorg inhoudelijk. Management heeft behoefte aan ja-knikkers en absoluut niet bij zorgwerkers die er op kunnen wijzen dat zorgkwaliteit in geding komt. Hoger opgeleide werknemers zijn beter in staat om zorgbehoevenden en collega's woordelijk te verdedigen waarmee het begrijpelijk wordt dat managers belang hebben bij werknemers die geen kik meer geven en slaafs hun werk doen. Dit terwijl de onmacht ook bij hun blijft liggen en deze zich onderling op de werkvloer wreekt in conflicten over het verdelen van de taken. En niemand die er wel bij vaart bedenkt zich meer dat als er genoeg werknemers ingezet zouden zijn dat die conflicten er niet zouden zijn geweest. De enige die er 'wel' bij lijkt te varen' is het management want dat blijft buiten schot en stelt alleen de eisen 'm.b.t. het hoe dan ook te moeten leveren van kwaliteitszorg'.

12a) Tijdens contacten vorig jaar met toenmalige kabinet van VWS (staatsecretaris: Jet Bussemaker en Directeur Langdurige Zorg: Iris v Bennekom) en de politiek (Renke Leyten, Jetta Klijnsma en Jolande Sap) kregen we die aanmoediging toch om door te gaan en te gaan melden wat we als werkvloer te zeggen hebben. De SP zorgde meerdere keren voor een podium zodat we ons verhaal kwijt konden en zo heeft Renske Leijten Kamervragen gesteld

n.a.v. hetgeen wij stellen. Dit neemt niet weg dat het een moeilijke weg blijft. Vorig jaar 12 mei op de dag van de verpleging organiseerden we een zorgmanifestatie die druk bezocht werd maar nauwelijks aandacht kreeg van de pers mede vanwege de zo tragische vliegcrash die dag. Niet alleen de hiërarchische structuur binnen en buiten instellingen (waarbij de werkvloer zich onderaan de hiërarchische ladder van de piramide bevindt) werkt belemmerend,

daarnaast is er sprake van een soort piramide op z'n kop waarbij werknemers zich ook symbolisch onderin bevinden. Individuele werknemers die zich groeperen als kleine onafhankelijke organisaties worden moeilijk geaccepteerd door grote bestaande organisaties – bovenin de piramide- (Ze worden vaak niet terug gebeld/gemailed). Of niet gehoord: De media lijken hun taak om verslag te doen wat er op de werkvloer gebeurt niet te willen/ kunnen? oppakken en de ernst van de noodzaak ervan niet genoeg te erkennen (gezien de moeite actiegroepen moeten doen om hun aandacht te vangen) en dit terwijl het de werkvloer b.v. niet eens om loonsverhoging gaat en zij zich pro Deo met eigen middelen, en in eigen vrije tijd zich inzetten ten behoeve van zorg en maatschappij. Saluta Democratia?

13a) Uit contacten met leerlingen en docenten blijkt dat er nog steeds genoeg aanwas is van leerlingen zorg. Het is zaak om te voorkomen dat jonge zorgwerkers vroegtijdig de zorg verlaten.

14a) Als ideeën ter veranderingen de verwachting wekken dat dit ten koste zal kunnen gaan van mensen zelf die over het invoeren van die veranderingen zelf meebeslissen en/of veranderingen kunnen aannemen of afweren dan kunnen die ideeën uit eigen belang aan de kant gelegd worden. Daarom is de overheid geroepen om in het belang van de zorg (en samenleving) verandering aan te sturen.

15a) Wat feitelijk al gebeurt: er wordt al op verschillende benen gehinkt. Als er zorgcentra zijn die bewoners apart laten betalen voor douchebeurten etc. en/of een koekje bij de thee dan klopt dit niet. Hier is al voor betaald (zoals het nu geregeld is). Toch is het betalen voor een koekje geen probleem op zich als we er b.v. van uitgaan dat men alleen huur zou betalen en zorg aan huis krijgt maar dan moet de hele basis navenant en dus eerst anders opgezet zijn zoals in geval men thuis woont en van thuiszorg zorg ontvangt en waar het zelf betalen voor een koekje logisch is. Het zou erg jammer zijn als nieuwe visies op zorg zodoende om zeep geholpen worden- Dit raakt onze visie op hoe zorg geregeld kan worden.
