

actiz

organisatie van zorgondernemers

Ruimte scheppen voor welbevinden

Mei 2015



Ruimte voor wel- bevinden

ActiZ is een ondernemende branchevereniging die haar leden faciliteert om een gezonde onderneming te kunnen exploiteren die hoogwaardige zorg en ondersteuning biedt.

ActiZ is vooral actief op de zorgterreinen: ouderen, chronisch zieken, geboortezorg en jeugdgezondheid. Ruim 420 leden bieden werk aan 450.000 medewerkers en zorg aan 2 miljoen cliënten.



Ruimte scheppen voor welbevinden

mei 2015

Inhoud

1. Samenvatting.....	3
2. Leeswijzer	4
3. Aanleiding.....	5
4. Diepere behoeften	6
5. Ruimte scheppen voor welbevinden.....	7
6. Passende proposities.....	7
7. Concrete uitwerking	9
Kwaliteit	10
Veiligheid en kwaliteit van leven	11
Financiering.....	11
Verantwoording.....	11
Operationalisering	12
8. Randvoorwaarden	13
9. Conclusie	14
Bijlage: onderbouwende context	15
Het belang van welbevinden	15
Complexe transformatie doorzetten	16

1. Samenvatting

Sinds 2015 kunnen mensen die de hele dag intensieve zorg of toezicht nodig hebben, een beroep doen op de Wet langdurige zorg (Wlz). Het gaat om zeer kwetsbare mensen. Onderdelen van de Wlz behoeven nog nadere uitwerking, zoals het (meer) persoonsvolgend maken van de financiering, het verhogen en inzichtelijk maken van de kwaliteit en het (meer) belonen op kwaliteit en uitkomsten. In dit licht zal de staatssecretaris van VWS nog voor de zomer van 2015 zijn vernieuwingsagenda presenteren. De zorgbranche kan hiervoor de nodige bouwstenen leveren. Een door ActiZ in het leven geroepen tijdelijke commissie doet hiertoe de voorzet. Ze beschouwt aandacht voor het welbevinden van de cliënt als een essentieel element van de zorgverlening op weg naar die vernieuwing.

De verpleeghuiszorg in Nederland voldoet aan hoge standaarden. De vraag speelt nu of deze zorg binnen de gegeven omstandigheden goed kan blijven aansluiten op de diepere behoeften en verlangens van een groeiende groep. De ActiZ-commissie is van mening dat dit mogelijk is wanneer zorgaanbieders met hun know how en faciliteiten alle kansen voor welbevinden binnen de zorg creëren. De zorg bevindt zich midden in deze transformatie naar een persoonlijker aanpak gericht op de kwaliteit van leven van de cliënt. Het is aan de cliënt¹ zelf om de nieuwe kansen die bijdragen aan zijn kwaliteit van leven, te benutten. De cliënt is en blijft primair verantwoordelijk voor zijn welbevinden.

Kwetsbare ouderen en chronische zieken hebben intensieve zorg en ondersteuning nodig. De verpleegzorg is hierop ingericht, maar moet ook aan allerlei regels voldoen. Deze regels, die onderdeel zijn van het stelsel, werken vaak eerder belemmerend dan stimulerend op het bevorderen van kwaliteit van leven. Er kunnen dan ook meer kansen worden benut om de cliënt en zijn naaste omgeving een grotere rol te geven en de professional meer vrijheid van handelen. Naast de nodige aandacht voor ziekte of probleem moet de zorg kunnen werken aan het creëren van randvoorwaarden voor het totale welbevinden van de cliënt. En dat is ook waar deze tijd om vraagt: een complete - holistische - benadering van de mens met meer aandacht voor diepere behoeften. Het gaat daarbij om het goed inspelen op vaardigheden en verlangens van de cliënt die naast de kwetsbaarheid altijd blijven bestaan. Acceptatie van ziekte en een veelal onvermijdelijk functieverlies (op hoge leeftijd) is daarbij belangrijk. Diverse vormen van ondersteuning kunnen bij verlies in deze levensfase een grote bijdrage leveren aan het welbevinden van de cliënt.

De commissie meent dat de regelgeving het welbevinden als nieuwe focus kan en moet verankeren. Het genoege dat de cliënt ontleent aan de zorg, de medewerker aan zijn werk en de vrijwilliger aan zijn ondersteuning kan een succescriterium worden. Prikkel en handelingsruimte in het directe contact met de cliënt en het toezicht hierop, kunnen dit stimuleren. En een bekostiging waarover de cliënt zeggenschap krijgt, kan dit ondersteunen.

Zorg moet gericht zijn op het bevorderen of in stand houden van een kwaliteit van leven vanuit het perspectief van de cliënt. Het gaat om zijn welbevinden. Dit vraagt de nodige ruimte in het stelsel om vastomlijnde kaders los te laten. Het levensverhaal en de wensen van de cliënt worden het uitgangspunt voor te verrichten diensten, waarbij de basiskwaliteit op orde - waaronder de (medicatie)veiligheid - door de zorgverleners geborgd moet blijven.

¹ Dit zal in veel gevallen de cliënt mét zijn naasten zijn.

De wensen en behoeften van de cliënt staan centraal. Verpleegzorg kan dan ook op verschillende plekken geboden worden mits aan randvoorwaarden wordt voldaan. Dit is mede afhankelijk van de mogelijkheden van de mantelzorg en de kwaliteit van de eigen woning.

Het centraal stellen van de wensen van de cliënt betekent daarnaast dat de cliënt keuzes kan maken die een risico met zich meebrengen voor zijn veiligheid. Wanneer de cliënt er bijvoorbeeld op uit wil zonder begeleiding, moeten wij een dergelijk risico kunnen accepteren. Als zorgaanbieders willen wij wel zorgvuldig de dialoog hierover aangaan met de cliënt. Op basis van dit verhaal moet ruimte op het gebied van veiligheid en toezicht door onder meer de inspectie worden geboden.

Het centraal stellen van de wensen van de cliënt betekent daarnaast dat wij de cliënt de maximale ruimte willen geven om het budget zo te besteden als hij zelf wil, bijvoorbeeld bij zijn vertrouwde dagbesteding in de wijk. We moeten de huidige strakke verantwoording richting de bestaande systemen en instituties veel meer verleggen naar een verantwoording richting de cliënt.

Dit alles vraagt ook iets van de medewerkers. Uitgerekend in de relatie met de cliënt en mantelzorger en in zijn oprechte aandacht voor de waardigheid van de cliënt, laat de beroepskracht zijn deskundigheid zien. Medewerkers moeten in staat zijn om werkelijk te luisteren. En daar ook een vervolg aan te geven via het kunnen en mogen handelen naar wat de cliënt werkelijk vraagt.

Wij willen de ruimte scheppen om een situatie van welbevinden mogelijk te maken. Voor en met onze cliënten en met behulp van zijn naasten. Daar gaat het om. De wet biedt hiertoe in principe de mogelijkheden. De branche is volop bezig deze uitdaging op te pakken. Maar we moeten ook de belemmeringen rond deze transformatie goed in ogenschouw nemen. Voorwaarde is dat de zorgbranche de tijd gegund krijgt om te leren en te experimenteren. Andere belangrijke voorwaarde is dat alle betrokken spelers in het veld aan die langdurige zorg nieuwe stijl gaan meewerken. Daarbij doelen wij niet alleen op inspecties, zorg- en mededingingsautoriteiten, maar ook op accountants, ambtenarij, politiek en samenleving. En niet te vergeten: het onderwijs. Want de transformatie verlegt de focus in de beroepshouding van de medewerkers.

De vernieuwingsagenda van de overheid zal vooral gericht moeten zijn op de ondersteuning van deze transformatie: het plaveien van het pad naar deze belangrijke vernieuwing. Het toepassen van de wet in de lijn van de bedoeling: te komen tot een structurele verbetering en vernieuwing van de langdurige zorg. De commissie vraagt de overheid om de opdrachten aan alle betrokken partijen in overeenstemming te brengen met dit hogere doel. Het uiteindelijke resultaat is dat de (laatste) rafelige levensfase waarin de cliënten kampen met verlies een zo waardig mogelijk onderdeel van hun leven kan zijn. Daarmee verkrijgt de branche als geheel een duurzame *licence to operate*.

2. Leeswijzer

In hoofdstuk 3 schetsen wij de directe aanleiding voor deze notitie: de zorgvernieuwingsagenda van de overheid. Op basis van een analyse van de behoeften van de doelgroep en het huidige zorgaanbod schetsen wij in hoofdstuk 4 en 5 de transformatie die gaande is. Wij sluiten daarop aan in hoofdstuk 6 met passende proposities die wij in hoofdstuk 7 concretiseren en waarvoor wij in hoofdstuk 8 de randvoorwaarden schetsen. Wij sluiten in hoofdstuk 9 af met een conclusie. In de bijlage verwijzen wij naar de recente wetenschappelijke inzichten die onderbouwen waarom 'welbevinden' zo'n cruciaal element is van de zorg nieuwe stijl.

3. Aanleiding

Sinds 1 januari 2015 kunnen mensen die de hele dag intensieve zorg of toezicht nodig hebben, een beroep doen op de Wet langdurige zorg (Wlz). De Wlz is in de plaats gekomen van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ).

De Wlz is het sluitstuk van een ingrijpende vernieuwing van de langdurige zorg. Onderdelen van de wet behoeven nog nadere uitwerking, zoals de (persoonsvolgende) bekostiging en de kwaliteit van de zware verpleeghuiszorg. Bij de behandeling van de Wlz in het najaar van 2014 drong de Tweede Kamer hier ook op aan. Daarop beloofde staatssecretaris Van Rijn van VWS om nog voor de zomer van 2015 met zijn vernieuwingsagenda voor de Wlz te komen.

ActiZ is hier als grootste brancheorganisatie in de zorg nauw bij betrokken. Er wordt binnen ActiZ al langer fundamenteel nagedacht over de vernieuwing van de verpleeghuiszorg. Verschillende gremia binnen de vereniging (commissies, klankbordgroepen) leveren hieraan op deelonderwerpen hun bijdrage. En ActiZ herijkt momenteel haar visie op de toekomst van de zorg. ActiZ wil de vernieuwingsagenda van de overheid graag verdiepen en verrijken. Om die reden heeft ActiZ in januari 2015 een tijdelijke Commissie vernieuwing Wlz in het leven geroepen². Die commissie heeft tot taak:

- Mee te denken over de Wlz-vernieuwingsagenda, zoals over de kwaliteit en financiering van de zorg, de vermindering van de administratieve lasten en de toekomstige positionering van de zware langdurige zorg binnen een veel persoonlijker gerichte *care*.
- Een rol te vervullen tijdens en bij dit veranderproces (meedenken met en begeleiden van).
- Gevraagd en ongevraagd advies te geven aan het bureau en de directie van ActiZ.

Op 10 februari 2015 bracht de staatssecretaris een plan van aanpak voor de kwaliteit van de verpleeghuiszorg naar buiten. Hij deed dit naar aanleiding van een rapport van de Inspectie voor de Gezondheidszorg. De commissie heeft kennisgenomen van dit plan, onderschrijft de visie en verwelkomt de 200 pilots die het rijk wil ondersteunen. Maar de commissie heeft bezwaren tegen het voorstel tot verscherping van de externe regels en controle. Dat geldt ook voor aanvullende maatregelen, zoals de personeelsnorm. Deze voorschriften compliceren het systeem van regels en bureaucratie zonder enig effect te sorteren op de bedoeling van de langdurige zorg: het ondersteunen van kwetsbaren in hun zorgvragen en welbevinden. De reikwijdte van het plan is dan ook beperkter dan de vernieuwingsagenda van het ministerie die volgens de commissie veel meer kansen biedt op een structurele verandering van het systeem ten gunste van de gebruikers. De commissie stelt voor om daar de energie in te steken en niet in het verstikkend systematiseren en verticaal controleren van de zorg.

De commissie is sinds januari 2015 viermaal bij elkaar gekomen. Deze notitie is de vrucht van die inspanningen en bedoeld als eerste bijdrage aan de discussie.

² Leden van deze commissie zijn: Anja Schouten (voorzitter), Diny de Bresser, Jan de Graaf, Tiana van Grinsven, Ben Hammer, Ada Hartman, Aad de Jonge, Margreet Kasper, Willem Marcelis, Sam Schoch, Bouwina Schuttel, Coby Traas, Barbara Versteegen, Irene Vriens, Laurent de Vries en Roland de Wolf. Namens ActiZ: Frank Bluiminck, Esther Dijk, Ivette Heesbeen, Henny Mulders, Herma Oosterom (secretaris) en Jacomine Verhoef (notuliste).

4. Diepere behoeften

Wat vinden mensen die een beroep moeten doen op de langdurige zorg belangrijk om te doen? Wat kunnen zij nog? En wat hebben zij te betekenen voor anderen en die anderen weer voor hen? Begrijpen wij de mensen die zich moeilijk kunnen uitdrukken goed genoeg? Kennen wij hun levensloop? Het zijn maar een paar vragen, maar ze zijn van groot belang om de cliënten goed te kennen. Cliënten met een grote variëteit aan behoeften, mogelijkheden, vaardigheden, wensen en verlangens. Er is veel aandacht uitgegaan naar het perfectioneren van ons zorgaanbod, waardoor we die vragen te weinig stellen. Hier liggen dus mogelijkheden voor verbetering. Wanneer wij meer kunnen inspelen op diepere behoeften en verlangens, zorgen wij ervoor dat cliënten de ruimte ervaren om zo lang mogelijk zichzelf te kunnen blijven. Met andere woorden: dat zij hun leven zoveel mogelijk vorm kunnen blijven geven zoals ze dat gewend zijn, volgens hun eigen ideeën, waarden en normen.

Wat we wel weten? De doelgroep van de Wet langdurige zorg is kwetsbaar. Ongeveer elf procent van de tachtigplussers woont in een verpleeghuis en verblijft daar gemiddeld een tot twee jaar. Hun gemiddelde leeftijd is 85 jaar. Het merendeel is vrouw. Velen lijden aan meer dan een chronische ziekte tegelijkertijd (multimorbiditeit). Zij kampen met specifieke problemen, vaak als gevolg van niet aangeboren hersenafwijkingen, zoals beroerten. Ook multiple sclerose, dementie en ziekten van Parkinson, Huntington of Korsakov komen in verpleeghuizen voor. Vanuit de gehandicaptenzorg en de psychiatrie groeit het aantal 'jongere' ouderen met geriatrische problemen. Daarbij zien verpleeghuizen ook steeds meer mensen met gedragsproblematiek omdat de instroomcriteria voor de ouderenpsychiatrie (GGZ) zijn verscherpt. Maar niet alle cliënten wonen permanent in een verpleeghuis. Steeds vaker zien we bij chronisch zieken een behoefte aan een tijdelijke - intermitterende - opname in een verpleeghuis om vervolgens zo lang mogelijk zelfstandig te blijven wonen. Dat betekent dat het bij deze cliënten om complexe vragen gaat, veelal in de laatste jaren van hun leven.

Er wonen dus vooral veel kwetsbare mensen in de verpleeghuizen. Alle mensen die blijvend permanent toezicht of 24-uurszorg in de nabijheid nodig hebben vallen onder de wet. Er zijn ook cliënten die de zorg op basis van de Wlz ontvangen in de eigen woonomgeving. Een strikte scheidslijn valt er niet te trekken: sommigen kwetsbare mensen wonen gewoon thuis, anderen in het verpleeghuis en dat al dan niet tijdelijk. Mensen die zelfstandig kunnen blijven wonen hebben in de regel een daarvoor geschikte woning en daarbij de nodige ondersteuning van mantel- en informele zorg. In die thuissituatie kunnen ook zware vormen van zorg worden geleverd.

De term verpleeghuiszorg is nogal institutioneel georiënteerd en sluit om die reden niet volledig aan bij de dagelijkse praktijk. Daarom wordt de term verpleegzorg geïntroduceerd voor de complexe zorg aan de gehele doelgroep, thuis dan wel binnen de muren van de vervangende woonruimte, het verpleeghuis. Verpleegzorg omvat een samenhangend ondersteuningsarsenaal van verpleging, verzorging, begeleiding en behandeling gericht op welbevinden en rekent af met het oude idee dat deze groep mensen aangewezen is op de ouderwetse verpleging, als sluitstuk van het ziekenhuis. Goede ondersteuning vraagt immers om een groter arsenaal aan vaardigheden dan de traditionele verplegende beroepen in huis hebben. Ze vraagt om een professional die meer oog heeft voor het

ondersteunen van het welbevinden³, die goed kan samenwerken met mantelzorgers en daartoe is voorzien van het juiste handelingsrepertoire.

5. Ruimte scheppen voor welbevinden

De zorg is nu veelal gericht op het vermijden van narigheid en ziekte. Maar met het terugdringen van narigheid en een focus op gezondheid heb je nog geen positief welbevinden. Dat vraagt een verschuiving van de focus. Met een bredere insteek - met veel liefde en de juiste aandacht voor de leefstijl, sociale en fysieke omgeving van ouderen - moet dat wel kunnen verbeteren⁴. Ruimte scheppen voor welbevinden, dat zou de primaire propositie van de verpleegzorg moeten zijn. De zorg moet daartoe de cliënt - hoe hulpbehoevend ook - altijd blijven benaderen als iemand die diepere wensen, verlangens en behoeftes heeft en die graag vervuld ziet. De zorg kan iemands kansen op welbevinden vergroten door de antennes daarop te richten en de randvoorwaarden te creëren. En natuurlijk door alle zorg die daar afbreuk aan doet - de schadelijke zorg - te vermijden. Schadelijke zorg is blijven behandelen, waar dat weinig meer toevoegt aan de kwaliteit van leven. Schadelijke zorg is ook iemands vrijheid ontnemen zodat hij of zij geen enkel risico meer loopt, om bijvoorbeeld te vallen. Voor zorgprofessionals die jaren zijn beoordeeld op dit risicomijdend gedrag vergt dat een wezenlijke verandering in het contact met de cliënt, richting de belangrijkste naasten en in hun omgang met de controlerende systemen die om hun werk heen zijn gebouwd.

Vervolgens betekent dit ook een rol voor de cliënten zelf en hun omgeving. Deze moeten zelf - binnen de gegeven mogelijkheden - zich blijven afvragen wat hun behoeftes en verlangens zijn en de formele en informele zorg zoeken die daarbij past. Waar die mogelijkheden sterk beperkt zijn, ligt hier uiteraard ook een rol voor partners en verwanten.

En ten slotte is dit een verantwoordelijkheid voor de politiek, inspectie, zorgverzekeraars en lokale overheden. Die moeten een model creëren waarmee het welbevinden van de cliënt in bredere zin dan alleen diens medische gesteldheid, wordt gefaciliteerd. Ook de wetgeving moet hierin mee. De wet- en regelgeving is nu gericht op de zorg voor kwalen, maar moet straks de kwaliteit van leven ondersteunen van mensen die zorg nodig hebben.

Al met al is het van belang om de focus binnen de langdurige zorg te verleggen van vooral aandacht voor ziekte of gebrek naar een meer complete - holistische - benadering van de mens.

6. Passende proposities

Met het verder perfectioneren van het bestaande zorgaanbod, bereiken wij niet de gewenste winst in de zin van 'positieve gezondheid' ofwel 'welbevinden'. Er is dus een koersverandering nodig.

Wat heeft de zorgbranche te bieden als 'welbevinden' het onderschreven doel wordt dat wij voor en met onze cliënten willen bereiken? In principe veel. We hoeven geen bergen te verzetten om op dit vlak passende proposities te doen. Wij kennen de cliënten in de langdurige zorg als geen ander. Wij

³ Het belang van welbevinden wordt op basis van onderzoek wetenschappelijk onderbouwd. Zie daarvoor de bijlage bij deze notitie: 'De onderbouwende context'.

⁴ Dit is volgens de Groningse hoogleraar Ouderengeneeskunde Joris Slaets een van de Lessen uit het Oosten: 'Afwezigheid van narigheid levert geen positief welbevinden op. Positief welbevinden uit verbondenheid met anderen maakt ouderen beter bestand tegen veroudering dan positief welbevinden uit individueel genot'.

zijn ons bewust van het belang van hun welbevinden. Wij weten hoe wij de kwaliteit van leven kunnen bevorderen en maken dit in de praktijk van alledag ook steeds beter waar. De belangrijkste veranderingen zijn:

- Wij verleggen het accent leggen naar het persoonlijke. Uiteraard is het (zorg)systeem gericht op de mensen die veel zorg nodig hebben. Daar is op zich niets mis mee. Maar die zorg en ondersteuning moeten ook passen bij de persoon die de cliënt is en tot stand komen in samenspraak met de cliënt, zijn familie en mantelzorgers. Verschillen mogen niet alleen, maar moeten er zijn.
- Bij het persoonlijke accent past een kanttekening. Aangezien het welbevinden bij uitstek persoonlijk en subjectief is, zal, kan en moet de persoon daar zelf aan bijdragen, evenals mensen in de omgeving die hem of haar zijn toegewijd. De zorgmedewerker sluit hier op aan. De combinatie van vakkundigheid én empathie bepaalt vervolgens de beleving van zijn professionaliteit. Dit kan geen standaard zijn. De professional zal immers in de waan van de dag telkens opnieuw afwegingen moeten maken wat hij binnen het geheel van taken voor meerdere cliënten kan betekenen. Maar over het streven geen misverstand: zo persoonlijk mogelijk.
- Zorgverleners zijn voor hun taken berekend. Het is aan de zorgorganisatie om een verantwoorde relatie te leggen tussen de zorgproblematiek en de inzet van mensen en middelen.
- Cliënten mogen er onder meer op vertrouwen dat het gebouw en de ingezette (hulp)middelen veilig zijn en de zorgaanbieder de privacy-regels naleeft.
- Cliënten moeten erop kunnen rekenen dat de ‘basis op orde’ is, wat betekent:
 - Woonruimte waar zij zich thuis kunnen voelen en die veilig is⁵.
 - Toegang tot adequate gezondheidszorg en medicatie.
 - Inzet van vakbekwame medewerkers afgestemd op (aard en zwaarte van) de doelgroep.
 - Aantrekkelijke mogelijkheden voor dagbesteding waarmee hij of zij invulling kan geven aan persoonlijke interesse, hobby's en een sociaal leven, en contact kan houden met de samenleving (participatie).
 - Respect voor en ondersteuning van de eigen identiteit en levensinvulling (mentaal welbevinden).
 - Gezondheidsbescherming en -bevordering, een schoon en verzorgd lichaam, en smakelijke maaltijden, hapjes en drankjes.
- Wij hanteren het ‘pas toe of leg uit’ principe. Professionele standaarden en regels vragen altijd een weloverwogen toepassing, waarbij aspecten van veiligheid en kwaliteit van leven samen met de betrokkenen afgewogen worden en gezorgd wordt voor maatwerk. Ook in de andere lagen van de organisatie kunnen er goede redenen zijn voor een afwijking van regels.
- Wij evolueren van het medische model naar een integrale multidisciplinaire aanpak van *care*, *cure* en welzijn. Wij scheppen de voorwaarden zo dat mensen zin en betekenis kunnen geven aan

⁵ Dit geldt voor de situatie waarbij de cliënt in een verpleeghuis woont.

het leven. Het kost tijd en inspanning en het vraagt een andere beroepshouding, maar we accepteren dat we ziekte niet altijd kunnen oplossen. Veelal zijn wij er ook voor het verzachten van de pijn. In het omgaan met ziekte kunnen zowel de cliënt als de zorgmedewerker nog grote stappen zetten. Bij de laatste gaat het om coaching, begeleiding en ondersteuning.

- Wij leggen de nadruk op de kwaliteit van de relatie. Uitgerekend in de relatie met de cliënt en mantelzorger en in zijn oprechte aandacht voor de waardigheid van de cliënt, laat de beroepskracht zijn deskundigheid zien. Dat vraagt om medewerkers die bereid en in staat zijn werkelijk te luisteren en te kunnen en mogen handelen naar wat de cliënt werkelijk vraagt. Samen een kopje koffie drinken kan dan net zo veel opleveren als een stofdoek over de kast of een extra pil. Daarvoor geven wij de medewerker de nodige regelruimte en vrijheid om keuzes te maken. Dat levert overigens niet alleen welbevinden op voor de cliënt, maar is ook de basis van werkplezier voor onze medewerkers.
- Wij zijn transparant over de kwaliteit die wij leveren. Over ons handelen leggen wij primair verantwoording af aan de cliënt en aan zijn of haar naasten wanneer de cliënt niet wilsbekwaam is, of aan instanties die in dat geval namens de cliënt handelen.
- Wij brengen meer kennis binnen de organisatie. We verrijken onze ervaring met specifieke expertise op het gebied van de ouderengeneeskunde. We implementeren *practice based* onderzoek en bevorderen de deskundigheid van alle medewerkers die werken op basis van een langdurige zorgvraag. En wij bieden die specifieke know how ook buiten de organisatie aan.
- Wij hebben aandacht voor en maken ethische vragen rond het levenseinde bespreekbaar. Daarbij richten wij ons ook op het feit dat de laatste levensfase een periode van persoonlijke ontwikkeling en reflectie kan zijn. Dit kan bijdragen aan een gevoel van zingeving en welbevinden bij de cliënten.
- Wij dragen bij aan het beeld dat ouderdom en verlies een normaal en volwaardig onderdeel is van het levensproces. Wij helpen onze cliënten en hun omgeving te aanvaarden dat het leven nu eenmaal gekenmerkt wordt door kwetsbaarheden en sterfelijkheid. Mensen bijstaan in het omgaan met verlies is onze kernkwaliteit, of het nu gaat om het verlies van functies of van het leven zelf.

7. Concrete uitwerking

Wat betekent dit concreet? De huidige Wlz biedt in principe voldoende ruimte om in de komende jaren vernieuwend en vraaggericht met de cliënt om te gaan. Maar in het institutionele systeem rondom de wetgeving is de status quo van de afgelopen jaren stevig verankerd. Dat belemmert. De zorg is immers onderworpen aan een complex geheel van normatieve kaders dat in de loop der tijd steeds verder is verfijnd en in elkaar grijpt. Vrijwel iedereen kent het en conformeert zich eraan. Publieke middelen worden alleen beschikbaar gesteld via daartoe bevoegde instituten en dan nog volgens een strak gereguleerd systeem van zorginkoop. Veel draait om eenvormigheid, centrale regie, veiligheid, het vermijden van risico's en strakke in- en externe controle en verantwoording. Dit hoeft niet en staat haaks op het scheppen van kansen tot het ervaren van welbevinden. Want dat is

nu juist vooral verbonden aan wat de cliënt en zijn naaste omgeving belangrijk vindt. De transformatie van een aanbodgericht zorgsysteem naar een cliëntgerichte, multidimensionale aanpak gericht op welbevinden, is dan ook geen sinecure. Want wat is er straks allemaal veranderd als de aandacht voor het welbevinden centraal staat in onze zorgpraktijk?

Nieuwe regels en systemen zullen de nieuwe uitdaging ondersteunen. Zorgleefplannen brengen de persoonlijke ruimte waarbinnen mensen kunnen kiezen tot uitdrukking. Zorgprofessionals maken dit in de praktijk waar. Zij leggen hun cliënten allereerst de vraag voor wat hen beweegt en waar zij naar verlangen. De cliënt kan daarin uiteraard worden bijgestaan door zijn naasten. Wij realiseren ons daarbij dat de mantelzorger ook te maken heeft met een verwerkingsproces wanneer een dierbare aangewezen raakt op verpleegzorg en dus een deel van de autonomie uit handen moet geven.

Het juiste midden vinden tussen veilige zorg, het welbevinden van de cliënt en het betrokken zijn van de mantelzorg vraagt van zorgverleners de nodige professionele evenwichtskunst. Zij zijn daarvoor niet alleen goed en anders geschoold, maar proberen binnen de gegeven mogelijkheden en omstandigheden elke dag met veel liefde de relatie aan te gaan met zoveel mogelijk cliënten. Opleidingen voor artsen, verpleegkundigen, psychosociaal zorgverleners en andere zorgverleners hebben de nieuwe professionaliteitseisen in hun curriculum opgenomen. Beleidmakers, bestuurders en politici zijn van het belang overtuigd en ondersteunen de nieuwe koers van harte.

Wij realiseren ons dat de cliënt zelf in dit alles het vertrekpunt is. Wij sluiten aan bij de behoeften van de cliënten en accepteren dat deze zelf de belangrijkste bijdrage leveren aan hun persoonlijk welbevinden. De professional zal daarvoor in de leefwereld van de cliënt en zijn mantelzorger moeten stappen en niet de cliënt in de systeemwereld van de zorgorganisaties. De cliënt zal de centrale rol ook steeds nadrukkelijker nemen. Deze zal elke vorm van schadelijke zorg afwijzen⁶; kan kansen benutten om zelf keuzes te maken, de dingen te doen die belangrijk zijn en de persoon te blijven die zij of hij graag wil zijn. De professional staat daar de cliënt en de mantelzorg in bij. Ook vrijwilligers kunnen daaraan bijdragen.

Nu manifesteren zich in de concrete uitwerking hiervan nog diverse knelpunten,⁷ bijvoorbeeld op het terrein van kwaliteit, veiligheid, financiering, verantwoording.

Kwaliteit

Zorgorganisaties moeten voor hun *licence to operate* voldoen aan wet- en regelgeving. Daarbij gaat het er bijvoorbeeld om dat het gebouw en de ingezette (hulp)middelen voldoen aan de veiligheidsvoorschriften, er een klachtenregeling is en dat informatie(technologie) voldoet aan privacy-regels.

Cliënten mogen er op vertrouwen dat de zorgverleners met wie zij te maken krijgen vakbekwaam zijn, dat wil zeggen dat zij voor hun taken berekend zijn, dat zij weten en kunnen wat nodig is om hun werk goed te doen, en dat zij dit met respect voor de eigenheid van de cliënt doen. Of het nu gaat om adequate lichamelijke zorg en behandeling (zowel het doen als het laten), of ondersteunende

⁶ Schadelijke zorg zoals omschreven op pagina 7.

⁷ Deze knelpunten zijn onder meer in kaart gebracht in het kader van de experimenten eigen regie in de Wlz. Het gaat om 4 experimenten die vanuit ActiZ en zorgaanbieders zijn geïnitieerd en in opdracht van het ministerie van VWS worden begeleid door In voor Zorg.

begeleiding bij de manier waarop de cliënt de dag door komt, waarbij vooral de cliënt zelf in the lead is (zie pagina 8 over basis op orde en pagina 9 over het pas toe of leg uit principe). De kernvraag is in alle gevallen: draagt de zorg bij aan het welbevinden van de cliënt?

Dat vraagt ruimte om de vastomlijnde kaders (bijv. functieniveaus) in deze domeinen los te kunnen laten en die zorg in te zetten die ook daadwerkelijk de kwaliteit van leven bevordert. Wanneer wij dit doen, kan dat leiden tot problemen met de rechtmatigheid, maar die zullen moeten worden opgelost.

Van groot belang is om altijd transparant te zijn in het zorgplan over de afspraken die we met de cliënt maken en over de ondersteuning die wordt ingezet. Het levensverhaal en de wensen zijn te allen tijde het uitgangspunt. Het levensverhaal van de klant wordt de basis voor het zorgplan en de 'basis op orde' blijft door de zorgorganisatie geborgd.

Veiligheid en kwaliteit van leven

Indien we uitgaan van maximale keuze vrijheid voor de cliënt en zijn netwerk, dan kunnen we niet anders dan accepteren dat de cliënt keuzes maakt die mogelijk een risico met zich mee brengen voor de veiligheid van hem- of haarzelf. Wanneer een cliënt er bijvoorbeeld voor kiest om zelf ergens naar toe te lopen, zonder hulp of ondersteuning en met instemming (indien nodig) van zijn netwerk dan is het risico van een val niet de verantwoordelijkheid van de betrokken zorginstelling. Wij gaan er vanuit dat we als zorgaanbieder een risico zorgvuldig mee helpen inschatten, dat we in dialoog gaan met de cliënt om de overweging goed te kunnen maken én dat we te allen tijde voorkomen dat er een onaanvaardbaar risico ontstaat voor derden. Kortom: wij zullen hier een goed verhaal bij moeten hebben. De uiteindelijke beslissing blijft echter bij de cliënt en/of zijn omgeving. Daarvoor is ruimte nodig op het terrein van de veiligheid en het toezicht hierop door de inspectie.

Financiering

Het werkelijk centraal stellen van de cliënt, betekent ook dat de cliënt bepaalt hoe hij het budget besteedt en bij wie. Dat kan bijvoorbeeld via een trekkingsrecht. Er is daarom ruimte nodig om het budget ook te kunnen besteden in het domein van de Zvw en of Wmo en aan andere (niet erkende) aanbieders van zorg, die wel passen bij de wens van de cliënt.

Dat vraagt van het ministerie om een AMvB op te stellen als bedoeld in artikel 4.2.3 en 10.1.2 lid 2 van de Wlz. In de AMvB wordt opgenomen op welke wijze (met maximale vrijheid) persoonsvolgende budgettering (in de experimenten) mogelijk is.

In het belang van de veiligheid en de kwaliteit van leven willen we technologische middelen kunnen inzetten vanuit het budget. Denk aan GPS, levensstijlmonitoring, medicatiedispensers etc., onder meer om bijvoorbeeld 24-uur toezicht thuis mogelijk te maken.

Verantwoording

Wij willen de verantwoordelijkheid over de besteding van het budget bij de cliënt leggen. Wij leveren zorg op basis van de wettelijke normen en 'de basis op orde'. Dat betekent dat voor wat betreft de zorg de bewaking van de kwaliteit bij de zorginstelling ligt. Voor de inzet van geld is de cliënt verantwoordelijk en deze legt al dan niet via een mandaat aan een mandaathouder verantwoording af aan de uitvoerder.

Operationalisering

Het daadwerkelijk ruimte scheppen voor welbevinden in de dagelijkse gang van zaken is voor zorgaanbieders een omvangrijke opdracht. Alle andere betrokken partijen - van verzekeraars tot toezichthouders - zullen dit moeten faciliteren en hiervoor het nodige perspectief moeten bieden. De operationalisering van de opdracht aan zorgaanbieders behelst onder meer:

- Prikkels op de werkvloer stimuleren het werken aan het welbevinden van de cliënt. Het plezier dat de cliënt ontleent aan de zorg, de medewerker aan zijn werk en de vrijwilliger aan zijn ondersteuning kan dan een belangrijk succes criterium worden: 'een glimlach in de kwaliteitskaders!'
- In contacten met artsen, begeleiders en zorgverleners en bij alle besluitvorming over medisch ingrijpen en medicatie krijgt het eerlijke verhaal een vaste plek en worden de mogelijke gevolgen op het ervaren welbevinden van de cliënt standaard meegewogen en besproken met de cliënt.
- In de praktijk van verpleegzorg zijn twee vragen van primair belang:
 1. Hoe bevorder ik een zo comfortabel mogelijk fysieke en mentale gesteldheid?
 2. Hoe draag ik bij aan individueel welbevinden?

Wij realiseren ons dat 1 en 2 elk een andere aanpak en een eigen kwaliteitsbenadering vereisen. Voor een cliënt gaat het - volgens Slaets - om: 'Kan ik mezelf zijn?' en 'Kan ik de dingen blijven doen en laten die ik belangrijk vind?'

- In de verpleeghuizen stoppen we met de betutteling van onze cliënten waar het gaat om voedings-, rook-, drink-, eet- en andere gewoonten. Wij realiseren ons dat leefstijlinterventies vooral zin hebben in een eerder stadium.
- Verpleegzorg gaat gepaard met ethische dilemma's en impactvolle discussies. Deze vraagstukken in de praktijk van alledag zijn onderdeel van de besluitvorming die samen met de cliënt wordt gemaakt, ook daar waar het gaat over medisch doorbehandelen in uitzichtloze situaties.
- Medische, verpleegkundige en verzorgende deskundigheid zijn beschikbaar voor wie dat nodig heeft, uitgaande van individueel welbevinden volgens de cliënt. Professionals in de care werken gericht op de holistische mens en niet vanuit ziektegerichtheid.
- Wij scheppen een reëel beeld over de verpleegzorg en zorgen dat de beeldvorming buiten overeenstemt met de beleving binnen. Dit eerlijke verhaal vertellen wij ook bij de werving van cliënten en medewerkers.
- Zorgverleners spreken elkaar aan op hun toegevoegde waarde voor cliënten. Wij zijn streng waar nodig en wijzen schadelijke zorg in onze branche af. Toezichthouders gaan hierin mee door eveneens 'ervaren welbevinden' als uitgangspunt te nemen, en concentreren zij zich vooral op die situaties waar de basis niet op orde is en ondermaats wordt gepresteerd.

8. Randvoorwaarden

- De zorgbranche omarmt het kansen scheppen voor ‘welbevinden’ als een wezenlijk doel dat wij voor en met de cliënten en samen met de mantelzorg kunnen bereiken.
- We ondersteunen onze medewerkers om dit te doen. Daarbij gaat het niet alleen om kennis en vaardigheden, maar vaak ook om het vinden van een nieuwe beroepshouding. We moeten hen daarvoor tijd en ruimte gunnen.
- Nieuwe wet- en regelgeving kan in het kwaliteitskader de nodige ruimte scheppen voor het ervaren welbevinden.
- Een innovatief bekostigingssysteem als persoonsvolgende bekostiging kan dit alles ondersteunen. De bijbehorende budgetten moeten afgestemd zijn op zowel demografische ontwikkelingen als de keuzen die mensen in de langdurige zorg maken.
- De branche accepteert de hiervoor geschetste proposities als beloften aan de samenleving en vervolgt haar opdracht tot vernieuwing. Daarbij mengt de branche zich actief in het debat over maatschappelijke beeldvorming en het eerlijke verhaal over verpleegzorg.
- Normen voor goede basiszorg worden gedefinieerd uit oogpunt van individueel welbevinden, en niet uit oogpunt van beroepsuitoefening en organisatie. Professionals en organisatie dragen vanuit eigen verantwoordelijkheid bij aan de doelen van en voor de cliënt.
- De wereld rondom de zorg draagt vanuit de eigen verantwoordelijkheid bij aan het doel van de branche. Het ministerie van VWS en andere departementen, zorgkantoren, de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), de Autoriteit Consument & Markt (ACM), accountants etc. vinden het van groot belang om dit toekomstperspectief als een gezamenlijke opdracht te realiseren en zijn bereid om belemmeringen op die weg op te ruimen.
- Het ministerie van VWS brengt de eigen opdracht en de opdrachten aan alle betrokken partijen in lijn met de intentie van de Wlz zodat de cliënt werkelijk centraal staat. Zij bevordert dat alle instanties die in het kader van de wet en regelgeving opereren het niet ingewikkelder maken dan nodig: simpel, rechttoe en rechtaan en met vertrouwen in de zorg. Het roept ook de vraag op welke ondersteunende systemen en organen nodig zijn om ruimte te scheppen voor het welbevinden van de cliënt.
De opdrachten zijn gericht op:
 - IGZ: toezien of de ‘basis op orde’ is. De IGZ gaat radicaal uit van het cliëntenperspectief: van systemen naar mensen.
 - Toegangsorgaan: een objectieve toegangsbeoordeling.
 - Uitvoerder: administratiekantoor voor een *licence to operate* voor zorgaanbieders.
 - Rechtmatigheid en doelmatigheid vanuit het nieuwe kader invullen.
 - Stimuleren van samenwerking ten gunste van een samenhangend aanbod voor de cliënt op voorwaarden van transparantie. Toezicht op niet transparante samenwerking.

Dit betekent nog uit te werken nieuwe rollen en taakopdrachten voor de zelfstandige bestuursorganen die nodig zijn om het welbevinden van de cliënt centraal te stellen.

- Het vak onderwijs neemt de nieuwe professionaliteitseisen in het curriculum op.
- Politiek en samenleving gunnen de branche de ruimte om - al lerend - te vernieuwen. Met als uiteindelijk doel en resultaat: een *licence to learn!*

9. Conclusie

De verpleeghuiszorg in Nederland voldoet aan hoge standaarden. Die kwalificatie dankt de branche mede aan het feit dat cliënten, hun familie, politiek en samenleving daarop sinds jaar en dag hebben aangedrongen. En toch speelt nu de vraag of de langdurige zorg binnen de gegeven omstandigheden goed kan blijven aansluiten op de diepere behoeften en verlangens van een groeiende groep. De commissie is van mening dat dit alleen het geval kan zijn wanneer de zorg inclusief het stelsel eromheen een transformatie doormaakt naar een persoonlijker aanpak die meer dan voorheen gericht is op het welbevinden van de cliënt. Voorwaarde is wel dat alle betrokken spelers in het veld aan die langdurige zorg nieuwe stijl gaan meewerken.

De branche is volop bezig deze uitdaging op te pakken. Het nieuwe wettelijk kader - de Wlz - biedt hiervoor de nodige ruimte. De vernieuwingsagenda van de overheid zal er dan ook vooral op gericht moeten zijn om de obstakels op weg naar verandering uit de weg te ruimen en de nieuwe aanpak van verpleegzorg juist te stimuleren. De commissie vraagt de overheid om de opdrachten aan alle betrokken partijen in lijn te brengen met dit hogere doel en daarmee in de langdurige zorg concreet ruimte te scheppen voor het welbevinden. Het uiteindelijk resultaat is dat de (laatste) levensfase waarin onze cliënten kampen met verlies een zo waardig mogelijk onderdeel van hun leven kan zijn. En daarmee een duurzaam *licence to operate* voor de branche als geheel.

Bijlage: onderbouwende context

Het belang van welbevinden

De Nederlandse verpleeghuizen horen naar objectieve maatstaven gemeten bij de top 3 van de wereld. Waar elders vind je 7x24 uur topzorg voor een prijs die overeenkomt met een bed en ontbijt in een middenklasse hotel?⁸ Het verpleeghuis is ook een expertisecentrum met gespecialiseerde behandeling voor complexe en chronische zorg. Veel ouderen in verpleeghuizen zijn dan ook tevreden. Toch is het duidelijk dat een ander deel van de bewoners geen positief gevoel van welbevinden heeft en soms ook nergens meer plezier aan beleeft⁹. Soms wordt dat veroorzaakt door een slecht presterend verpleeghuis en dan moet dat zeker worden aangepakt. Maar vaker heeft het vooral veel te maken met de persoonlijke problematiek. De cliënt of de familie richt de teleurstelling dan al snel naar het verpleeghuis. Ook dat is begrijpelijk. Het verpleeghuis is in veel gevallen de laatste strohalp, wanneer de mantelzorg de grenzen van het mogelijke heeft bereikt. Vervolgens neemt het verpleeghuis de verantwoordelijkheid voor de gezondheid, de veiligheid en het welbevinden van de cliënten over. Misschien zelfs wel meer dan realistisch is.

En zo is het ook verankerd in ons collectieve bewustzijn. Wanneer iemand in of bij een verpleeghuis komt wonen, verwachten wij dat de professionals voor alles zorgdragen. Aan deze zienswijze is door de zorgaanbieders zelf ook voeding gegeven. Terwijl de zorg en ondersteuning van mantelzorgers in het verpleeghuis in belangrijke mate kunnen bijdragen aan het welbevinden van de cliënt. Dat vraagt dus om een uitnodiging aan de mantelzorgers om ook bij de verpleegzorg zo goed mogelijk betrokken te blijven. Het is de professional die in de leefwereld van de cliënt moet stappen en niet de cliënt die in de systeemwereld van het verpleeghuis zijn weg moet vinden.

De kwetsbare mensen thuis, veelal bijgestaan door mantelzorg, hebben vaak nog wel een mate van zelfredzaamheid. Maar de vraag is of ook zij tevreden zijn met hun situatie. Iedereen ervaart immers dat de ouderdom met gebreken komt. De laatste levensfase heeft nou eenmaal rafelranden. Het is vooral moeilijk als de balans doorslaat naar de negatieve kant. En zeker als daar weinig tegenover staat aan mentale kracht of positieve beeldvorming.

De associaties bij de ouderdom zijn behalve negatief vaak ook stereotiep, verklaart wetenschapper Hanne Laceulle. Lichamelijke kwalen, mentale achteruitgang, rollators, gehoorapparaten, afhankelijkheid van familie of zorgpersoneel en een ellendig en eenzaam einde in een ziekenhuisbed zijn enkele van de afschrikwekkende scenario's die Laceulle opsomt. Dergelijke scenario's liggen in de gangbare beeldvorming voor het opscheppen. 'Positieve culturele beelden en verhalen over ouder worden zijn schaars of in ieder geval bedenkelijk beperkt en eenzijdig'¹⁰.

⁸ Marco Wisse, directeur van Vivium Zorggroep Naarderheem, is stellig over de objectieve kwaliteit van de verpleeghuizen in Nederland, maar ook over de paradox dat die kwaliteit in de subjectieve beleving van velen tekortschiet.

⁹ Uit het puntsgewijs verslag van een van de discussies in de Wlz-commissie: 'Blok I, onze doelgroep?'

¹⁰ Laceulle verricht promotieonderzoek aan de Utrechtse Universiteit voor Humanistiek naar het thema goed ouder worden en zelfverwerkelijking. Zij schreef het essay 'de culturele (on)zichtbaarheid van ouderen', waaruit dit citaat afkomstig is.

Ook onze traditionele kijk op het begrip gezondheid is aan kanteling toe. Het begrip gezondheid zou een veel bredere invulling moeten krijgen. Het is meer dan alleen 'het ontbreken van ziekte of gebrek'.¹¹ Het gaat naast de fysieke gesteldheid ook om de mentale en spirituele conditie, het sociaal-maatschappelijk participeren en het dagelijks functioneren. Huber onderscheidt in totaal zes hoofddimensies van gezondheid:

1. Lichaamsfuncties
2. Mentale functies en –beleving
3. Spiritueel-existensiële dimensie
4. Kwaliteit van leven
5. Sociaal-maatschappelijke participatie
6. Dagelijks functioneren

Kortom: dit gaat over de totale kwaliteit van leven. Vanuit die optiek is gezondheid niet de tegenpool van ziekte, maar iets dat je naast je ziekte kan beleven. Gezondheid zou ook geen doel op zich moeten zijn, maar een middel om te doen wat je moet doen. En de meeste mensen willen als het even kan ook zelf zoveel mogelijk blijven doen. Zij willen daarnaast - ongeacht hun eventuele beperkingen - ertoe doen, ofwel van betekenis zijn en blijven voor anderen. Dat is een bron van energie die je gemakkelijk over het hoofd ziet wanneer de focus louter ligt bij de beperking of de ziekte.

De huidige zorgpraktijk kan daar slagen in maken. De zorg kan beter. De gangbare reflex daarop is om meer van hetzelfde te bieden, maar dan efficiënter via betere kwaliteitskaders, strenger toezicht en een scherper inkoopbeleid. Maar dat is een heilloze weg. De oplossing ligt in het omarmen van een totaal andere dimensie van kwaliteit: die van 'ervaren welbevinden'. Daar kan de zorg iets in betekenen¹².

Complexe transformatie doorzetten

Dit gaat niet van vandaag op morgen. De transformatie naar een nieuw kwaliteitsaspect is complex en vraagt tijd. Het gaat om een cultuurverandering bij cliënten, hun naasten, maar ook bij verpleegkundigen, verzorgenden, artsen, behandelaren en vrijwilligers. Kortom, bij iedereen die rondom een cliënt werkt. Dat betekent dat deze opdracht elke organisatie weer voor andere uitdagingen plaatst. En het vraagt tijd en ruimte om te leren. Goede verpleegzorg zal altijd samengaan met professionele normen en de juiste instrumenten om die te handhaven. Maar we zullen wel afstand moeten nemen van elke doorgesloten normatieve - en daarmee contraproductieve - aansturing van professionals en instituties. Meer vrijheid van werken opent de weg naar meer maatwerk, naar creatieve oplossingen en vernieuwingen. In het belang van de persoon en de gemeenschap.

Uiteraard is de transformatie ook al niet eenvoudig omdat kwaliteit door iedereen anders wordt beleefd en zorgbeleid per definitie gericht is op groepen. Toch is het van cruciaal belang om het

¹¹ Senior-onderzoeker Machteld Huber van het Louis Bolk Instituut illustreert dit aan de hand van een nieuw concept voor gezondheid dat zij de naam 'positieve gezondheid' meegeeft. Zij is hierop in december 2014 gepromoveerd aan de Universiteit van Maastricht en ontving hiervoor de prestigieuze ZonMw-parel.

¹² Dit is althans de stellige overtuiging van de Groningse hoogleraar Ouderengeneeskunde Joris Slaets. Slaets verzorgde een lezing voor de commissie waarin de hier genoemde elementen naar voren kwamen.

verschil te gaan maken. Het beleid kan de diverse doelgroep segmenten op een andere manier onderscheiden. Er zijn vijf profielen die de mate van complexiteit en van kwetsbaarheid goed onderscheiden¹³:

1. Vitaal: zelfstandig, voelen zich gezond
2. Moeite met ouder worden: zelfstandig, psychosociale klachten
3. Lichamelijke en mobiliteitsklachten: moeite met dagelijkse activiteiten
4. Multi domeinproblemen: diverse problemen, minder zelfredzaam
5. Extreem kwetsbaar: veel problemen, niet meer zelfredzaam.

De mate waarin je een beroep kunt doen op eigen regie en zelfredzaamheid neemt af naarmate de problematiek toeneemt. Cliënten van de Wlz treffen we al snel aan bij groep 4, maar in elk geval bij groep 5. Zo vinden we in groep 4 relatief veel somatische klachten en in groep 5 de meeste vormen van dementie.

Welbevinden blijft natuurlijk in eerste instantie een zaak van de cliënt zelf. Het is aan de cliënt de kansen te pakken die hem of haar geboden wordt. Te erkennen dat de eigen houding, woonomgeving en sociale relaties een belangrijke bijdrage leveren aan de kwaliteit van leven. Te erkennen dat je tot op hoge leeftijd in staat kunt zijn een bijdrage te leveren aan je omgeving en dus het gevoel te houden 'ertoe te doen'. Een mens met dementie, is nooit alleen dement, maar kan daarnaast nog heel goed een liefhebbende oma zijn of een muzikliefhebber.

De zorgaanbieders nemen in aansluiting hierop een inspanningsverplichting op zich. Die is gericht op het leveren van goede zorg. Zorgzame zorg waarmee zij de relatie tussen de professional en de cliënt verdiepen. Maar ook veilige en competente zorg. Zorgaanbieders scheppen met hun know how en faciliteiten alle kansen voor welbevinden. De verdere omslag naar een holistische benadering vraagt wel veel van hun professionele wendbaarheid. En van hun medewerkers. Die gaan van 'zorgen voor' naar 'zorgen dat'. En dan vraagt dit alles een flexibel aanbod van diensten en faciliteiten, zodat er voor de cliënt werkelijk wat te kiezen is.

¹³ De vijf profielen zijn ontleend aan Slaets. Zie ook: Welnu, de andere kijk op ouderenzorg en welbevinden op www.welnu.nl.

Ruimte voor wel- bevinden

Colofon

© ActiZ 2015

Publicatienummer – 15.006

Mei 2015

Disclaimer

Deze uitgave mag zonder toestemming van ActiZ voor niet-commercieel gebruik worden gedownload en verveelvoudigd. Voorts alle rechten voorbehouden.

Deze uitgave is met grote zorgvuldigheid en met gebruikmaking van de meest actuele gegevens tot stand gekomen. Het is echter niet geheel uitgesloten dat de informatie in deze uitgave onjuistheden en/of onvolkomenheden bevat.

ActiZ aanvaardt geen aansprakelijkheid voor directe of indirecte schade ontstaan door eventuele onjuistheden en/of onvolkomenheden. Aan de inhoud van deze uitgave kunnen geen rechten worden ontleend.

ActiZ, organisatie van zorgondernemers

Oudlaan 4
3515 GA Utrecht
Postbus 8258
3503 RG Utrecht

☎ (030) 273 93 93
🐦 @ActiZbrancheorg
✉ info@actiz.nl
🌐 www.actiz.nl

actiz
organisatie van zorgondernemers