



ALS ELKE CASUS ANDERS IS

Kwetsbare ouderen wonen steeds langer thuis. Dat stelt thuiszorgmedewerkers voortdurend voor dilemma's. 'Het zou goed zijn als ze meer een beroep kunnen doen op elkaars kennis en ervaring.'

'Dit kan eigenlijk niet, dacht wijkverpleegkundige Carolien Koolhaas toen zij voor het eerst bij een nieuwe cliënt thuis kwam. Het was een bovenwoning zonder lift, klein en propvol. De bewoonster van zeventig jaar wog meer dan honderd kilo en was tegen doktersadvies in terug naar huis gegaan. Ze verbleef daarvoor in een revalidatiecentrum waar ze herstelde van een beroerte. Koolhaas werkt bij Stichting Zorgbeheer De Zellingen in Nieuwerkerk aan den IJssel. Ze zet verzorgenden in vanuit de Zorgverzekeringswet. De nieuwe cliënt kon zichzelf niet omdraaien in bed, noch kon ze staan. Ze was afhankelijk van een rolstoel breder dan haar voordeur, daardoor kwam ze zelden buiten. Alleen thuisblijven, leek eigenlijk onmogelijk. Koolhaas vroeg een indicatie aan voor zorg vanuit de Wet langdurige zorg. Zo hoopte zij een stok achter de deur te hebben om haar cliënt op te laten nemen in een woonzorgvoorziening. Ze beschreef de woonsituatie gedetailleerd voor indicatie-instantie CIZ. Het resultaat: het CIZ besloot zonder huisbezoek – 'het

dossier zegt genoeg' – om niet te indiceren, omdat het vooral om een woonprobleem zou gaan.

Protocollen

Dat doet Carolien Koolhaas, vijfendertig jaar en tien jaar in het vak, nu nog zuchten. Het voornaamste wat zij en haar collega's konden doen, was met de cliënt in gesprek gaan over een mogelijke verhuizing, en haar voedingsadviezen te geven. 'Maar zij trok zich daar niets van aan, voor mevrouw was er niets aan de hand.' Koolhaas en haar collega's vreesden dat de vrouw op korte termijn zelfs te zwaar zou worden voor de sta-lift. Nu al moesten thuiszorgmedewerkers zich in de vreemdste bochten wringen om haar te kunnen verzorgen. 'Voor zover dat gaat, want dik 120 kilo proberen te draaien is Arbo-technisch totaal onverantwoord.'

Wat te doen? Een netwerk had de vrouw nauwelijks. Als Koolhaas de cliënt zorg weigerde omdat zij niet meewerkte, kon haar verwaarlozing worden verweten. Deed ze dat niet, dan zou zij wel een erg

groot beroep doen op haar collega's. 'Natuurlijk zijn er protocollen en richtlijnen', zegt de wijkverpleegkundige, 'maar die zijn zo algemeen dat complexe casuïstiek daar vaak niet in past. Elke situatie is anders.'

Ondertussen hielden haar collega's en zij de gesprekken met de vrouw gaande. Op den duur met resultaat, vertelt Koolhaas. 'Op een gegeven moment hebben we toch met de zoon van onze cliënt om de tafel kunnen zitten en hij ging vervolgens met zijn moeder in gesprek. Toen ging er een knop om. Mevrouw is nu goed bezig met fysiotherapie om mobieler te worden en heeft haar eetgewoonten aangepast. Uiteindelijk bleek er ook vanuit de Wmo meer mogelijk dan eerst: er loopt een aanvraag voor een aangepaste rolstoel en andere woningaanpassingen.'

Koolhaas vindt telkens haar weg op basis van kennis en ervaring. En op basis van haar idee van goede zorg: het belang van eigen regie voor de cliënt, het oog houden voor veranderende omstandigheden bij de cliënt, het afstemmen met de huisarts. In

dit geval heeft zij het CIZ meerdere malen benaderd met aanvullende informatie, in de hoop dat de indicatie werd herzien en zij daarmee meer druk op haar cliënt kon uitoefenen om te verhuizen. 'Er moet steeds meer zorg gegeven worden met minder budget, dat uit verschillende financieringsstromen moet komen. Dat kan echt wringen. Maar we proberen als team kwalitatief goede zorg te blijven bieden.'

Steeds meer ouderen wonen steeds langer zelfstandig thuis, dat is het beleid, dat is ook wat veel ouderen zelf willen. Het hierboven beschreven voorbeeld past in theorie helemaal in het plaatje van de zelfredzame burger die liever thuis woont dan in een instelling, en het liefst alles zelf doet. Helaas was haar beeld van wat zij wel en niet kan in eerste instantie niet erg realistisch. En hoe uitzonderlijk haar situatie ook klinkt, zij is bij lange na niet de enige thuiswonende oudere die zichzelf overschat. Dat, en de steeds hogere 'toelatingseisen' voor verzorgings- en verpleeghuizen, stelt thuiszorgprofessionals dagelijks voor stevige dilemma's.

Carolien Koolhaas noemt dat de vrouw uit het voorbeeld nog bij machte was zelf iets aan haar situatie te veranderen. Helaas zijn er volgens haar genoeg cliënten die dat niet kunnen, bijvoorbeeld bij dementie. 'Pas als

je al het mogelijke gedaan hebt om te voorkomen dat er ongelukken gebeuren – afsluiten van het gas, weghalen van kleden waarover kan worden gestruikeld, deuren op slot doen, inzet van verzorgenden en vrijwilligers – en de situatie is nog steeds gevaarlijk voor de cliënt of anderen, dan mag hij of zij worden opgenomen. Meestal is dat dus als het dan al is misgegaan.'

Tegenzin

Verzorgende Sophia van Tongeren had hetzelfde gezegd kunnen hebben als Carolien Koolhaas. Van Tongeren werkt nu ruim dertig jaar in de thuiszorg in Leiden, bij ActiVite. Ze vertelt over een dame van in de negentig die nooit naar een verpleeghuis wilde, totdat zij vorig jaar viel, iets brak en naar een revalidatiecentrum ging. 'Het was eigenlijk een gezelligheidsmens, die thuis eenzaam maar wat in haar stoel zat. In het revalidatiecentrum fleurde ze op door de contacten met anderen. Ze ging veel beter eten. Na thuiskomst, schreef ze zich in bij een verpleeghuis.'

Thuis ging zij direct achteruit, zowel fysiek als mentaal. 'Inmiddels kan ze vrijwel niets meer, nog geen glas water voor zichzelf inschenken. Ze zit maar in een stoel en heeft nergens zin in.' Van Tongeren overlegde met 'haar' wijkverpleegkundige Judith

Jager hoe in deze situatie de cliënt voor nu zo goed mogelijk kon worden begeleid.

Met het verpleeghuis werd de mogelijkheid besproken of haar cliënt wat hoger op de wachtlijst kon worden gezet. 'Ze reageerden heel aardig, zeiden dat ze me begrepen. Maar zij konden ook niets doen, een lijst is een lijst. Het is raar om te zeggen, maar soms vraag ik me af hoe erg het moet worden voordat er wel een plekje is.'

Behalve de collega van Sophia van Tongeren is wijkverpleegkundige Judith Jager voorzitter van de Verpleegkundigen Advies Raad van ActiVite, en actief lid van beroepsvereniging Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN). Zij weet goed de weg in de wet- en regelgeving rond extramuraal zorg. Maar ook zij breekt zich regelmatig het hoofd. 'Is iemands problematiek vooral somatisch, dan kun je oneindig lang doorgaan met aanpassingen in huis en het uitbreiden van voorzieningen. Maar is dat wel zo verantwoord? Kun je voor een persoon of een huishouden zo'n groot beslag op het budget van de zorgverzekering leggen?'

Jager vertelt dat opname soms om de verkeerde reden te lang op zich laat wachten. Ze schetst de situatie van een mannelijke cliënt van in de negentig die nog thuis woonde. Hij werd vaak agressief, dwaalde

Zorg+Welzijn vroeg Bart Cusveller, ethicus, gespecialiseerd in verpleegkunde, het artikel te lezen.

'Verpleegkundigen en verzorgenden moeten zich niet alle verantwoordelijkheden laten aanleunen. Ze kunnen zich wel verantwoordelijk 'voelen', maar binnen een professionele context zijn ze het op een specifieke manier 'geworden': iemand heeft namens een organisatie de verantwoordelijkheid voor een cliënt op zich genomen en die verantwoordelijkheid gedelegeerd aan, in dit artikel, Carolien Koolhaas. Is zij werkelijk niet in staat om die zorg (met haar team) verantwoord te geven, dan is dat niet haar individuele probleem, maar van haar organisatie. Zij kan de zorg dan 'teruggeven', met redenen omkleed. Daarmee respecteert je de eigen verantwoordelijkheid van de cliënt. De professionele zorg kan niet de eindverantwoordelijkheid dragen voor het slagen of niet slagen van iemands leven. De verantwoordelijkheid voor ieders leven ligt bij ieder zelf.

Dan is er ook nog zo iets als de eigen verantwoordelijkheid van de overheid. Als mensen structureel tekortkomen, dan is er iets structureel niet goed geregeld. Kortom, zorgverleners kunnen zich niet alle verantwoordelijkheden laten aanleunen en moeten zichzelf daar soms ook tegen in bescherming nemen.

In gevallen waarin het probleem urgent is, bijvoorbeeld omdat iemands veiligheid op het spel staat, ben je soms gedwongen te beslissen en te handelen. Belangrijk is dat je bedenkt: zorgen doe je zelden alleen. Meestal zijn er betrokkenen bij de zorgvraag en betrokkenen bij de zorgverlening. Ethiek in de zorg is dan ook een kwestie van overleg: win informatie in, onderbouw hoe het hoort, en communiceer wat het besluit is. In dit soort gevallen weten zorgverleners vaak wel wat goed is om te doen, maar gaan ze er niet altijd professioneel mee om. Handel bij ethische vragen net als bij alle vragen in de zorg: stapsgewijs en onderbouwd. Overleg het en leg het vast. Organiseer dit, doe het niet op gevoel.'

rond, maar alle betrokkenen draalden. Zijn kinderen waren nauwelijks bij de zorg betrokken, de verzorging kwam er al jaren met tegenzin. ‘Vaak speelt ook het karakter van de cliënt een rol in dit soort situaties’, merkt Jager op. ‘Zoals bij deze meneer. De verzorging was zo door zijn gedrag in beslag genomen, dat ze een procedure om hem te laten opnemen eigenlijk te laat in gang zetten.’ De bejaarde man kreeg vervolgens een zorgzwaartepakket dat te laag was om op basis daarvan te worden opgenomen. Jager en haar collega’s brachten vervolgens in dat er misschien wel sprake was van psychiatrische problematiek of dementie en drongen erop aan dat hij zich daarop zou laten onderzoeken. Dit in de verwachting dat een bevestigende diagnose de kans op opname zou vergroten. ‘Die diagnose kwam er inderdaad. Na een week of zes wachten en flink aandringen bij de ggz, kon meneer eindelijk worden opgenomen.’

Elkaar helpen

Langer zelfstandig wonen als oudere? Een mooi ideaal wellicht, maar in de praktijk nogal weerbarstig. Mensen die het juist niet zouden moeten willen, maar het toch doen; mensen voor wiens gezondheid het gevaarlijke situaties oplevert; mensen die lastig zijn om voor te zorgen. Daarbij, de variëteit aan casuïstiek waarmee wijkverpleegkundigen en verzorgenden te maken hebben, is groot en de gevallen vaak ernstig. Judith Jager zou graag zien dat professionals bij deze dilemma’s een beroep kunnen doen op elkaars kennis en ervaring. Beroepsvereniging V&VN onderzoekt hoe ze een methodiek van intercollegiale toetsing in zorginstellingen kan introduceren, waarin verpleegkundigen van verschillende disciplines casuïstiek aan elkaar kunnen voorleggen. Een mogelijkheid zou kunnen zijn om intercollegiale toetsing op te laten nemen in het kwaliteitsregister en accreditatiepunten te verlenen voor het gebruik ervan.

Eerlijkheidshalve zegt Jager dat het ook in haar organisatie niet altijd lukt om op regelmatige basis intervisie te organiseren waarin de methodiek wordt toegepast. Zelf heeft zij een keer casuïstiek ingebracht bij wijze van evaluatie: nadat haar team tweemaal kort na elkaar te maken had met een



heel moeilijk en slepend overlijdensproces, waarbij familie niet wilde dat een cliënt pijnstilling kreeg. ‘Dat was vreselijk ingrijpend voor de betrokken medewerkers. Het was belangrijk om daarover na te praten, en uit te wisselen welke vragen zij elkaar, de patiënt en familie in dergelijke situaties hadden kunnen stellen.’ Verpleegkundigen en verzorgenden zijn volgens Jager geneegen om te ver mee te gaan in de wensen van cliënten en familie. In de toetsing leerden ze om hun eigen grenzen beter in de gaten te houden.

Judith Jager noemt organisaties zeker niet onwelwillend dit soort instrumenten in te zetten en zo professionals te helpen om in lastige kwesties een goede beslissing te kunnen nemen. Dat het nog weinig gebeurt, heeft twee redenen: onbekendheid bij de uitvoerende professionals, en de productienorm. ‘Niemand ontkomt eraan dat hij het afgesproken aantal uren moet besteden aan verzorging of verpleging. “Praten over” valt niet onder productie, tenzij je het kunt wegschrijven onder een specifieke cliënt. Maar wie doet dat, als je die uren ook aan zorg kunt besteden? Je hebt maar een beperkt aantal uren voor andere zaken dan zorg.

Die zijn er bijvoorbeeld ook voor opleiding. Als een organisatie moet kiezen tussen

intervisie en opleiding, valt de keuze vaak op opleiding. Terwijl het juist bij veel complexe casuïstiek belangrijk is om extra tijd te kunnen nemen.’

Weglopen?

Verzorgende Sophia van Tongeren blijft ondertussen het ‘goede’ doen. ‘Dat meer mensen negentig of honderd worden, betekent ook dat meer mensen meemaken dat hun kinderen overlijden. Wat doe je als iemand daarover vertelt en moet huilen? Weglopen?’ Heel even luisteren kan altijd, vindt Van Tongeren. ‘En is dat te weinig, dan ga ik na werktijd wel eens terug. Het is belangrijk om niet te betrokken te raken bij je cliënten, maar tegelijk prettig om soms gewoon de tijd te nemen. Van even samen theedrinken en luisteren, knapt iemand vaak zo op, dat je daar ook zelf wat aan hebt. Ook als je de volgende keer weer vooral voor de douchebeurt komt.’ ■

Dit artikel is ontwikkeld in samenwerking met het Van Kleef Instituut in Rotterdam, kennis- en inspiratienetwerk voor zorgprofessionals in de ouderenzorg.