

Inhoud

	Over dit boek	11
1	Wat Buurtzorg wil	15
	Geen klanten, maar cliënten	15
	Geen getemde, maar bevrijde professionals	19
	Geen commerciële, maar ideële organisatie	23
	Menselijkheid in plaats van bureaucratie	30
	De week van Jolanda Gertzen	32
2	Hoe Buurtzorg werkt	37
	Persoonlijke aandacht voor de cliënt	37
	Ruimte voor professionals	40
	Steun van hoofdkantoor en netwerk	45
	Autonoom, maar verbonden	56
	De week van Suzan Blom	58
3	Wat Buurtzorg oplevert	61
	Tevreden cliënten	61
	Gemotiveerde professionals	65
	Een vernieuwende organisatie	75
	Beter zorgen door eerst te buurten	80
	De week van Henri van Raalte	83

4	Hoe Buurtzorg groeit	89
	De collectieve ambitie	89
	Bedrijfskundige keuzes	90
	Zelfsturing in de praktijk	92
	Groeien en sterker worden	94
	De week van Eipie van de Kolk	96
5	Wat Buurtzorg ontketent	101
	Van systeem naar context	101
	De geboorte van Buurtdiensten	103
	Beweging in verpleeg- en verzorgingshuizen	104
	Belangstelling in de publieke sector	105
	Voortrekkersrol in de wijk	108
	Een sneeuwbaaleffect	111
	De week van Imke Lampe	113
6	Wat er te leren valt	117
	Vrijheid en verantwoordelijkheid	117
	Professionele competenties	122
	Samenwerken of concurreren?	124
	Tot besluit	129
	Nawoord	131
	Bronnen	133

1 Wat Buurtzorg wil

Het lijkt vanzelfsprekend dat zorgorganisaties gemotiveerde vakmensen inzetten om optimale zorg te leveren aan mensen die tijdelijk of voor de rest van hun leven moeten omgaan met een ziekte en de beperkingen die daarvan het gevolg zijn. Helaas is de realiteit van het werken in verpleging en verzorging de afgelopen jaren zo anders geworden dat steeds meer wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden zich genoodzaakt voelen om het roer radicaal om te gooien en zich bij Buurtzorg aan te sluiten. Door de uitgangspunten die Buurtzorg kiest, ontstaan voor professionals nieuwe mogelijkheden om zorg van een hoge kwaliteit te bieden. Dat is goed voor cliënten. In dit hoofdstuk laten we zien dat Buurtzorg niet uit de lucht is komen vallen, maar aansluit bij idealen die al tientallen jaren leven. Ook laat Buurtzorg zich inspireren door creatieve denkers en doeners.

Geen klanten, maar cliënten

Sinds de jaren tachtig van de vorige eeuw is het besef gegroeid dat patiënten geen passief en willoos slachtoffer hoeven te zijn van artsen en andere hulpverleners. Met de patiëntenbeweging in de psychiatrie als voortrekker laten mensen zich niet meer stigmatiseren, wegstoppen of de mond snoeren omdat ze de pech hebben dat ze met een tijdelijke of chronische aandoening of beperking moeten leven of omdat ze dood gaan. Sindsdien zoeken patiëntenverenigingen eerlijke en onafhankelijke informatie zodat ze zelf kunnen kiezen hoe ze met hun ziekte kunnen omgaan. Ook eisen ze van artsen en verpleegkundigen dat die hun eigen keuzes ondersteunen en hun eigen ervaringsdeskundigheid respecteren. Daarmee lijkt de positie van de patiënt tegenover de medische stand aanzienlijk verbeterd. Vaak wordt daarom de term ‘patiënt’ vanwege de passieve lading ook vervangen door het neutralere ‘cliënt’. Toch is dat niet het hele verhaal, want ook een cliënt is op cruciale momenten in het omgaan met een ziekte nog steeds afhankelijk van de deskundigheid en

de inzet van die medische stand, van de huisarts en de wijkverpleegkundige tot de specialist en de leverancier van medische technieken en hulpmiddelen.

De noodzaak van goed zorgen

Zoals de filosofe Annemarie Mol in haar boek *De logica van het zorgen* (2006) aangeeft, heeft een cliënt niet alleen keuzevrijheid nodig, maar ook zorg. Zij stelt dat de gezondheidszorg haar doel voorbijschiet door van cliënten 'klanten' te maken, alsof zij hun gezondheid kunnen kopen. Om een verantwoorde keuze te kunnen maken, hebben zij op zijn minst deskundig persoonlijk advies nodig. En vaak zijn ze daarnaast ook aangewezen op meer of minder intensieve begeleiding en zorg in hun thuissituatie. Mol zet daarom 'de logica van het kiezen' die in de huidige gezondheidszorg overheerst, tegenover 'de logica van het zorgen'.

Onder invloed van alle emancipatiebewegingen is het zorgen de afgelopen decennia sterk in aanzien gedaald, maar niet minder noodzakelijk geworden. Mensen zijn nu eenmaal niet volledig autonoom, maar hebben – zeker als ze ziek zijn – ook goede zorg nodig. Het verschil met traditionele vormen van zorg is dat niemand vandaag de dag zit te wachten op een autoritaire vorm van zorg waarvan hij afhankelijk wordt. Maar hij wil ook geen mechanische, onderdanige of onpersoonlijke vorm van zorg door zorgverleners voor wie hij weinig respect kan opbrengen. Net zoals degenen die zorg nodig hebben zich emanciperen, zouden ook degenen die voor anderen zorgen zich volgens Mol moeten losmaken uit traditionele patronen. Met de herwaardering van zorgen als menselijke en professionele noodzaak verandert automatisch ook de relatie tussen zorgontvanger en zorgverlener.

En dat blijkt nodig ook.

Privacy onder druk

Cliënten van de thuiszorg klagen al jaren over de manier waarop ze behandeld worden door professionals. Ondanks de betrokkenheid en inzet van individuele zorgverleners, ervaren cliënten de zorg soms meer als een onvoorspelbare en anonieme invasie dan een welkome verlichting van hun situatie. Uit angst voor de grove inbreuk op hun privacy aarzelen mensen steeds vaker om thuiszorg in te schakelen, ook als ze een vorm van verpleging of verzorging hard nodig hebben (Boeije e.a., 1999). Ze willen niet de greep kwijtraken op wat er in hun huis en leven gebeurt. Hun ziekte of beperking maakt het al moeilijk genoeg om de baas over hun eigen leven te blijven.

Dinja Enderink heeft al negentien jaar MS en is sinds 2001 vier keer per dag op thuiszorg aangewezen. 'We hebben van het begin af aan met de meeste

medewerkers van de thuiszorg een goede band opgebouwd, bijvoorbeeld door samen koffie te drinken en leuke privé-momenten te delen. De meesten deden hun werk met passie, maar ik werd gek van al die verschillende mensen die ik zeven dagen per week over de vloer kreeg. Samen met de mensen die ik via mijn persoonsgebonden budget inhuurde, waren dat er minstens vier per dag en wel dertig verschillende per week, onder wie soms twintig van de thuiszorg. Na veel moeite hebben we met de thuiszorg kunnen afspreken dat zij met maximaal acht verschillende personen per week zouden komen. Maar toen ze de zorg vervolgens gingen opknippen in niveaus werden het er toch weer meer. Er kwamen zoveel verschillende medewerkers dat ik geen rust meer kreeg. Op een gegeven moment was ik daardoor bij sommige medewerkers zelfs blij als ze snel weer weg waren omdat ik merkte dat ze mijn situatie totaal niet aanvoelden.'

Ook voor haar partner, Ad Verhoeven, was de aanwezigheid van veel verschillende mensen in huis belastend omdat daardoor zijn privacy onder druk kwam te staan. Het ondermijnde ook zijn vertrouwen in de kwaliteit van de zorg. 'Op een gegeven moment brak het ons op dat we steeds opnieuw moesten uitleggen wat we wel en niet wilden. Mijn dochter en ik hadden soms genoeg van al die spanning en onrust in huis. Ik heb veel gesprekken gevoerd met managers. In vijf jaar tijd heb ik met vier verschillende te maken gehad. Ze wilden bijvoorbeeld tornen aan de zorgtijden, terwijl Dinja erg gebaat is bij een vast ritme. Maar het kwam de organisatie beter uit om haar in het weekend 's middags al om twaalf uur naar bed te brengen in plaats van om half twee, zoals ze gewend is. Ze vonden dat wij ons maar flexibeler moesten opstellen, maar wij wisten dat Dinja dan elk weekend doodmoe zou zijn en dat we als gezin minder samen konden doen. Het frustrerende was dat ik over die beslissing met een manager moest praten die niets van zorg af wist. Op een gegeven moment wilden ze ook niet meer van te voren vertellen wie er bij ons zou komen, terwijl dat voor ons juist belangrijk was om te weten. Door de MS zijn Dinja's cognitieve reacties langzamer geworden. Het kost haar meer moeite om zich op een situatie in te stellen en direct te reageren. Daarom is het fijn als ze van tevoren weet wie er komt. Maar de thuiszorgmanager zei ijskoud tegen ons dat wij het vergeleken met het ziekenhuis toch goed voor elkaar hadden.'

Om de situatie voor zichzelf draaglijk te houden trok hij een denkbeeldige streep in zijn slaapkamer waar anderen eigenlijk niet overheen mochten komen. 'De ruimte naast mijn bed heb ik met een knipoog tot mijn privé-gebied verklaard. Ik kan ook zelf de gordijnen opendoen als ik dat wil. Bij wijze van grap heb ik wel eens geroepen: "Ik ruik dat er iemand naast mijn bed is

geweest.” Dat heb ik altijd op een luchtige toon gedaan, maar gevoelsmatig is het voor mij wel een manier om mijn privacy te beschermen.’

Betrekken van de sociale omgeving

Mensen die ziek zijn en daardoor hun huis moeilijk uitkunnen of hun werk verliezen, raken snel geïsoleerd. Als de wederkerigheid in hun relaties wegvalt of verandert, blijken vriendschappen en familiebanden niet altijd sterk genoeg te zijn. Mensen die mantelzorgtaken op zich nemen, zijn meestal partners of kinderen. Uit allerlei onderzoeken blijkt dat deze mantelzorgers, ondanks of juist dankzij hun hoge motivatie, een groot risico lopen om overbelast te raken, vooral bij ernstige chronische ziekten zoals dementie, MS of Parkinson. Toch gaat de overheid er tegenwoordig van uit dat partners en andere huisgenoten een flink aandeel in de dagelijkse zorg kunnen en willen leveren. In complexe chronische situaties kan dat dus alleen maar goed gaan als die mantelzorgers zelf ook aandacht, ondersteuning en begeleiding krijgen van professionals (Beneken, 2007).

Buurtzorg streeft naar een goede samenwerking met en ondersteuning van de mantelzorg, maar kijkt ook naar andere mogelijkheden in de omgeving van de cliënt. De keuze van Buurtzorg voor een buurtgerichte aanpak heeft alles te maken met het activeren en versterken van de potentiële steun uit de omgeving van cliënten. Soms gaat het daarbij om aandacht voor de mantelzorger die de zorg op zich neemt als de professionals naar huis gaan. Die mantelzorger is lang niet altijd goed in beeld bij de zorgverlener. Oudere mantelzorgers hebben vaak zelf ook lichamelijke of emotionele problemen, maar brengen die lang niet altijd zelf ter sprake. Andere mantelzorgers gaan overdag naar hun werk en proberen 's avonds en in het weekend zo veel mogelijk samen met hun partner hun eigen leven voort te zetten. Welke spanningen dat geeft en hoeveel energie dat kost, ontgaat zorgverleners die zich alleen met hun eigen taken bezighouden. Dan moet het kaartenhuis om iemand heen eerst instorten voordat het probleem voor beroepskrachten zichtbaar wordt. Om overbelasting van de mantelzorg te signaleren is speciale aandacht, een vertrouwensband en eventueel overleg met de huisarts nodig.

Door in overleg met de cliënt en de mantelzorg zo nodig burens, vrienden en kennissen, volwassen kinderen of vrijwilligers in te schakelen is overbelasting van de mantelzorg voor een belangrijk deel te voorkomen. Om het sociale netwerk van cliënten te helpen vergroten en versterken hebben zorgverleners kennis, contacten in de buurt en vaardigheden nodig om mensen op de juiste manier in te schakelen, dus met respect voor de eigen wensen van de cliënt en degene die komt helpen. Wijkverpleegkundigen hebben dat tijdens hun

opleiding geleerd, maar moeten ook de kans hebben die kennis in praktijk te brengen. Buurtzorg wil niet de afhankelijkheid van cliënten en hun mantelzorgers vergroten door hen naar andere instanties te verwijzen. Wel gelooft Buurtzorg in het versterken van het eigen netwerk van cliënten zodat ze juist minder afhankelijk worden van professionals.

'Beter (t)huis in de buurt'

De Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) die de gemeenten sinds 1 januari 2007 moeten uitvoeren, is gericht op het scheppen van nieuwe mogelijkheden voor zorg- en dienstverlening in de directe woonomgeving zodat mensen zolang mogelijk zelfstandig kunnen blijven wonen. De Wmo is te zien als een uitkomst van het streven naar vermaatschappelijking van de zorg. Dat streven heeft tot op heden vooral geleid tot nieuwe kleinschalige vormen van beschermd en begeleid wonen voor mensen met lichamelijke of geestelijke beperkingen, en tot allerlei varianten van 'wonen met zorg' in nieuwe wijken of oude wijken die vernieuwd werden. In de bestaande stad verloopt dat proces langzamer omdat er eerst letterlijk en figuurlijk ruimte voor gemaakt moet worden. Om dat proces te versnellen hebben de Ministeries van VROM en VWS samen het Actieplan Samenwerken aan wonen, welzijn en zorg 2007-2011 geformuleerd onder de titel *Beter (t)huis in de buurt*.

In dat actieplan valt op dat de nadruk in veel projecten ligt op nieuwe gebouwen; op de fysieke kant van de zaak, de 'hardware'. Doordat gemeenten hun verplichtingen nog te weinig nakomen, blijft de inhoudelijke en sociale kant, de 'software', achter, terwijl het voor bewoners die een vorm van steun en zorg nodig hebben daar juist op aankomt. In wat voor gebouw zorgverleners zitten, is voor hen minder interessant omdat ze bij hen thuis moeten komen. Buurtzorg doorbreekt die eenzijdige ontwikkeling omdat de wijkverpleegkundigen in de teams voldoende capaciteiten hebben om als spil in de wijkzorg te fungeren en zo als het ware de 'software' voor de maatschappelijke gezondheidszorg kunnen leveren.

Geen getemde, maar bevrijde professionals

Zoals Evelien Tonkens het treffend heeft geformuleerd in haar boek *Mondige burgers, getemde professionals* (2003) zijn professionals in de zorg, het welzijnswerk en het onderwijs aan het eind van de vorige eeuw akelig klem komen te zitten tussen de eisen van mondige, individuele burgers enerzijds en die van marktgerichte en grootschalige instellingen anderzijds. Omdat ze van beide

kanten geen ruimte meer krijgen voor het zelfstandig uitoefenen van hun vak, valt er voor hen weinig eer meer aan hun werk te behalen. Dat is de trieste uitkomst van een proces dat in de jaren zeventig begonnen is met terechte kritiek op de scheve machtsverhoudingen in zorg, welzijn en onderwijs. Het streven naar democratisering van die verhoudingen lijkt te zijn doorgeschoten naar twee nieuwe dictaten die het gevolg zijn van de introductie van de marktwerking in de zorg: de consumentenrechten en -eisen van burgers aan de ene kant, en de productienormen van managers aan de andere kant. Probeer dan nog maar eens je vak goed uit te oefenen.

Niet voor niets hebben professionals zich de afgelopen jaren verenigd in initiatieven als de Stichting Beroepseer en zijn boeken verschenen met als titel *Beroepszeer* (2005) en *Beroepstrots* (2009). Ze vinden ruime weerklank onder professionals. Buurtzorg is een van de initiatieven waardoor het dagelijks werk van deze professionals concreet verandert.

Opgejaagd en anoniem

Voor verpleegkundigen en ziekenverzorgenden in uitvoerende teams was er de laatste jaren bij de grote thuiszorgorganisaties weinig ruimte meer om hun vak goed uit te oefenen. Wijkverpleegkundige Jolanda Willems uit Stads-kanaal had er schoon genoeg van. ‘De hele dag werd je opgejaagd door het elektronische tijdregistratiesysteem dat je bij je moest dragen. Soms moest ik op één avond bij negentien mensen langs. Dan kun je echt niet meer doen dan binnenracen, een pleister plakken of een spuit geven en weer wegstuiven. Je kunt je werk nooit fatsoenlijk afmaken. En als je dan naar huis gaat, denk je nog de hele tijd “als degene die na mij komt dit of dat maar niet vergeet”.’

Haar collega Neeltje Pruijm, die als verpleegkundige op afroep inviel in een grote regio, wijst op de risico’s van deze ‘stopwatchzorg’. ‘Ik kwam bijvoorbeeld bij iemand om insuline te spuiten, maar had nooit tijd om naar zijn voeten te kijken. Als het daarmee fout was gegaan, zou ik het niet op tijd hebben gemerkt.’

Andere wijkverpleegkundigen voelden zich het verlengstuk van de computer geworden. Wijkverpleegkundige Marja Feenstra uit Amersfoort liep daardoor in 2007 na bijna 25 jaar helemaal vast. ‘De laatste jaren was ik verantwoordelijk voor ruim tachtig patiënten die ik nooit zag. Mijn functie als wijkverpleegkundige was wegbezuinigd en ik moest me onder andere bezighouden met het oplossen van de routes waar geen personeel voor was. De planning werd op een andere plek bedacht door iemand die de patiënten niet kende. Dat liep zo vaak fout, dat ik het op een gegeven moment niet meer kon opbrengen om aan cliënten uit te leggen waarom er niemand kon komen of op een ander tijdstip

dan was afgesproken. In zeven jaar had ik veertien managers gehad en dat was ik ook zat. De organisatie was te groot en te ongrijpbaar geworden en niemand voelde zich verantwoordelijk voor de zorg. Elke dag waren er klachten en was er gezeur onder collega's.'

Geen gehoor

Overall in het land hoor je dat wijkverpleegkundigen de afgelopen jaren alleen nog maar bij mensen kwamen voor medisch-technische handelingen en zich voortdurend opgejaagd voelden. Of dat ze de hele dag op kantoor zaten en zich met de afhandeling van klachten van cliënten moesten bezighouden in plaats van met het voorkomen daarvan. Hun handen jeukten om het anders te doen, maar ze moesten zich tegelijkertijd aanpassen aan de opvattingen van drie, vier managementlagen boven hen die in hun ogen weinig gevoel hadden voor de omstandigheden waaronder zij de zorg moesten bieden.

Ook al waren velen van hen al tientallen jaren in dienst bij hun werkgever, hun loyaliteit kalfde af toen ze merkten dat hun professionele mening niet meer telde. Alexander Diefenthal en de twee collega's met wie hij naar Buurtzorg is overgestapt, werkten al jaren in het wijkteam Amsterdam-Oost van Amsterdam Thuiszorg. 'De druppel die voor ons de emmer deed overlopen was dat onze organisatie ons wilde gebruiken om op commerciële basis spullen te gaan verkopen aan onze cliënten. We moesten de eigen apotheek die Amsterdam Thuiszorg had opgezet aan de man brengen. We kregen een diep gevoel van onvrede omdat onze deskundigheid en onze vertrouwensbanden werden misbruikt. We hadden niet alleen veel chronisch zieke patiënten, maar ook veel mensen in een nogal complexe situatie zoals terminale patiënten. Zij waren gewend naar hun eigen vertrouwde apotheek in de buurt te gaan. Het voelde niet goed om hen zo te beïnvloeden dat ze voortaan via ons medicijnen en materialen zouden gaan kopen. Ook wilden wij de goede relatie met de apotheken in onze wijk niet op het spel zetten. Bij een plotselinge verandering in de situatie van een cliënt konden wij immers altijd snel bij die apotheken terecht. We voelden er dus niets voor om afhankelijk te zijn van een centrale apotheek in Almere, ver weg van Amsterdam en buiten onze buurt. Binnen de organisatie vonden we geen gehoor voor onze argumenten. Onze leidinggevenden waren niet betrokken bij de werkvloer en de mogelijkheden voor overleg of terugkoppeling met verschillende teamleden waren uit kostenoverwegingen nagenoeg afgeschaft. Die gedwongen verkoop uit een ongewenste apotheek aan mensen die vertrouwden op onze onafhankelijke deskundigheid, was voor veel collega's en ook voor mij een keerpunt in onze loyaliteit tegenover onze werkgever.'

Het had ook weinig gescheeld of een hele generatie jonge wijkverpleegkundigen was naar andere delen van de gezondheidszorg vertrokken. Zo had Ellis Heijblom uit Breda uit onvrede met haar vorige werkgever een baan als leidinggevende in een verpleeghuis aangenomen. 'Ik was bij de thuiszorgorganisatie weggegaan omdat ik alleen nog maar bezig was gaten in de planning van de cliëntenzorg te dichten. Ik deed de intake met de intentie om goede zorg te bieden, maar daar kwam niets van terecht omdat de uitvoering over zoveel schijven liep en daardoor heel anders uitpakte dan was afgesproken. Soms werd iemand zelfs helemaal niet ingepland. Door het nieuwe planningsysteem dat was ingevoerd kwam ik er dan pas de volgende dag achter dat iemand geen avondzorg had gekregen. Het ergst vond ik het dat mensen dan niet konden bellen en noodgedwongen de hele nacht in de stoel hadden gezeten. Dat vond ik mensonterend. Na mijn vertrek werd het nog erger omdat de hoogste opleidingsniveaus niet meer voor de uitvoering van de zorg werden ingezet.'

Verbeteringen op het spel

Door hun grote loyaliteit en inzet voor hun cliënten hebben wijkverpleegkundigen zich niet als makke schapen in kantoren laten opsluiten. Als leidinggevende of teammanager probeerden ze vaak jarenlang de wijkteams 'uit de wind' te houden. Een aantal van hen was met hart en ziel met zorgvernieuwingsprojecten bezig en probeerde zo vanuit de inhoud van hun vak iets de kwaliteit van de zorg te verbeteren. Maar door fusies en andere maatregelen in het kader van de marktwerking werden hun mogelijkheden daarvoor steeds beperkter.

Kety de Kwaasteniet werkt sinds het voorjaar van 2008 bij Buurtzorg en houdt zich bezig met zorgontwikkeling, kwaliteit en opleiding. Voorheen was ze bij een grote thuiszorgorganisatie verantwoordelijk voor de besteding van het zorgvernieuwingsbudget. 'De eerste zes jaar in de thuiszorg ging het goed omdat er veel mogelijk was. Toen kwamen de eerste bezuinigingen in de AWBZ, raakte het budget op, kwam er steeds minder ruimte om met zorgontwikkeling en scholing bezig te zijn en kwam de nadruk steeds meer op beheersing en controle te liggen.'

Zelfs wijkverpleegkundigen die wezenlijke verbeteringen in de praktijk hadden gerealiseerd, werden door de marktwerking onder de voet gelopen. Wijkverpleegkundige Lies Rutten had als case manager psychogeriatrische zorgverlening samen met huisartsen en de GGZ in Nootdorp case management voor mensen met dementie opgezet. 'Iedereen was enthousiast omdat er door de rust en aandacht van de persoonlijke begeleiding minder paniek- en crisissituaties ontstonden. Toch kwam ik steeds meer tussen de zorg en de

geldstromen in te staan. Ik wilde bijvoorbeeld gespreksgroepen voor partners opzetten, maar binnen de organisatie kwamen er steeds minder mogelijkheden voor mij als wijkverpleegkundige. De laatste anderhalf jaar kwam de nadruk steeds meer te liggen op productie en indicatie. Ik kreeg te horen dat het tarief voor het case management te laag was. Aan alle kanten stond het werk op het spel. Tussen verpleging en verzorging kwam een scherpe scheiding en ik dreigde alleen nog naar mensen met verpleegkundige indicaties zoals wondzorg te mogen verplegen. Dat maakte mij woedend want we werkten tenslotte niet met auto's die je in onderdelen kon opsplitsen, maar met mensen.'

Kwaliteit weer centraal

Het staat in elke beleidsnota over de zorg: cliënten hebben recht op kwalitatief goede zorg. Als zoiets vanzelfsprekends zo vaak en uitdrukkelijk wordt opgeschreven is het opletten geblazen, want dan is het meestal niet meer zo vanzelfsprekend dat cliënten het ook krijgen. De groeiende vraag naar AWBZ-zorg heeft geleid tot het overheidsstreven naar kostenbeheersing via marktwerking. De meeste thuiszorgaanbieders hebben dat streven vertaald in bezuinigingen op het uitvoerende werk. Die bezuinigingen kwamen er meestal op neer dat thuiszorgorganisaties zo veel mogelijk de goedkoopste krachten gingen inzetten, dus de laagst opgeleide of minst ervaren medewerkers. De duurdere krachten, en dus meestal de beter opgeleide of meest ervaren professionals, kregen een kantoorfunctie en oefenden hun beroep op afstand van de cliënt uit. Vanuit de kwaliteit van de zorg geredeneerd was dat pure 'kapitaalvernietiging'. Buurtzorg gelooft juist dat hoe meer de hoogst opgeleide en meest ervaren krachten direct voor de cliënt worden ingezet, des te sneller cliënten zich weer zelf redden. En des te minder uren de medewerkers in chronische situaties in actie hoeven te komen om alles in goede banen te leiden.

Geen commerciële, maar ideële organisatie

De wrange tegenstelling tussen de doelstellingen van zorgorganisaties en de dagelijkse praktijk waarin bevlogen professionals geen kans meer zagen om hun vak goed uit te oefenen en goede zorg te bieden, is de uitkomst van een lang proces van schaalvergroting en verzakelijking van de gezondheidszorg. Door de nadruk die op marktwerking is komen te liggen lukte het ook de meest gedreven managers niet meer de juiste voorwaarden voor humane zorgverlening te scheppen. De meeste zorgorganisaties zijn de laatste 25 jaar zo

ingrijpend van karakter veranderd dat de kern van de zorg, de relatie tussen cliënt en professional, steeds meer uit het zicht is geraakt.

Het ontstaan van de thuiszorg

Tot de jaren tachtig van de twintigste eeuw was de wijkverpleegkundige in dorpen of stadswijken naast de huisarts de belangrijkste persoon die de gezondheid van de bevolking in de gaten hield. De wijkverpleegkundige was in dienst bij een kruisvereniging en had een breed takenpakket, van het runnen van het consultatiebureau voor zuigelingen, het inenten en controleren van de schooljeugd en het geven van gezondheidsvoorlichting en cursussen, tot het thuis verzorgen van zieke en stervende ouderen. De wijkverpleegkundige kende iedereen en iedereen kende de wijkverpleegkundige.

In de jaren tachtig kwam er een einde aan de solistische positie van de wijkverpleegkundige en ontstonden er teams van wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden, onder leiding van hoofdwijkverpleegkundigen. Langzaam maar zeker kwam er ook een scheiding tussen de patiëntenzorg, de jeugdgezondheidszorg en de preventietaken zoals voorlichting en cursussen.

Onder invloed van de bezuinigingen op de gezondheidszorg werden vanaf 1990 de kruisverenigingen opgeheven. Daarvoor in de plaats kwamen er thuiszorgorganisaties waarin de wijkverpleging werd samengevoegd met de gezinsverzorging (Pool, 1996). De gezinsverzorging was een vorm van zorg die niet uit de gezondheidszorg, maar uit het maatschappelijk werk was voortgekomen. De nieuwe thuiszorgorganisaties moesten voortaan zorg in de thuissituatie gaan bieden aan iedereen die niet – meer – opgenomen hoefde te zijn in een ziekenhuis of verpleeghuis. De taken van de wijkverpleegkundige werden daarmee versmald tot medisch-technische handelingen en het leiding geven aan verzorgenden. Gezinsverzorgsters moesten de hulp in het huishouden voortaan overlaten aan zogeheten ‘alfahulpen’, die goedkoper waren en een slechtere rechtspositie hadden.

Bij de samenvoeging van wijkverpleging en gezinsverzorging verdwenen de begeleidende en preventieve taken grotendeels. Bovendien moesten wijkverpleegkundigen ineens leiding gaan geven aan verzorgenden met een totaal andere opleiding en achtergrond dan zij zelf. Op de werkvloer zat niemand op die geforceerde samenvoeging te wachten. De wijkverpleegkundigen niet omdat ze hun werk niet meer in de volle breedte konden doen. En de verzorgenden niet omdat ze voortaan het verlengstuk van de medische wereld werden, terwijl ze vroeger vanuit de sociale problematiek werden aangestuurd door het maatschappelijk werk. Bovendien moesten ze een groot deel van hun

werk aan anderen overlaten, aan de alfahulpen die niet voor begeleidende taken waren opgeleid.

Zorgconsumptie

Beroeps- en patiëntenorganisaties zagen deze verarming van de zorg aankomen en waarschuwden voor kwaliteitsverlies. Maar de colonne was al in beweging en niet meer te stoppen. Een belangrijk bijkomend politiek argument voor de samenvoeging was dat Nederland afmoest van de betutteling van de oude zorgende beroepen omdat die mensen onnodig afhankelijk maakte van professionals. Met zijn boek *De markt van welzijn en geluk* had Hans Achterhuis (1980) in het voetspoor van de filosofen Ivan Illich en Michel Foucault grote vraagtekens gezet bij de rol van welzijnswerkers. Achterhuis' voornaamste kritiek was dat welzijnswerkers, net als gezondheidswerkers, meer problemen kweekten en in stand hielden dan daadwerkelijk oplosten. Daarmee leverde hij de politiek voor jaren argumenten om fors te bezuinigen op het welzijnswerk, waaronder de gezinsverzorging.

Achteraf valt te betwijfelen of Achterhuis de huidige marktwerking in zorg en welzijn als alternatief voor ogen had. De markt doet immers niets anders dan behoeften kweken en in stand houden. In de jaren negentig overheerste in het beleid nog het ideaalbeeld van de mondige patiënt die autonome keuzes maakt, als resultaat van diverse emancipatiebewegingen. Dat ideaalbeeld werd gebruikt om marktwerking te introduceren. Vanaf dat moment moesten zorgorganisaties gaan concurreren met elkaar en met commerciële thuiszorgaanbieders. De mondige patiënt veranderde in 'zorgconsument'. Om hem goed van dienst te zijn, werd de zorg voortaan geformuleerd in 'producten': in duidelijk omschreven handelingen die iemand volgens de onafhankelijk gestelde indicatie op bepaalde momenten van de dag nodig heeft.

Ondanks de bezwaren en protesten van beroepskrachten en patiëntenorganisaties, namen traditionele zorgorganisaties steeds rigoureuzere maatregelen om een sterke marktpositie te behouden en de steeds complexere organisatorische vraagstukken het hoofd te bieden. De meeste organisaties besloten te fuseren en te reorganiseren en trokken daarvoor managers aan die vaak geen opleiding en ervaring hadden in de gezondheidszorg. Om het werk in financieel opzicht efficiënter te coördineren stelde de branche een maximaal aantal minuten vast dat aan de 'producten' besteed mochten worden. De volgende stap was dat speciale planners, ook al niet gehinderd door inhoudelijke kennis van de zorg, voortaan gingen bepalen of voor de levering van die producten verpleegkundigen of verzorgenden mochten worden ingezet. Teamleiders moesten op basis daarvan de meest efficiënte routes samenstellen.

Het gevolg van deze ‘rationalisering’ was dat de mondige patiënt voortaan voor elke vorm van hulp of zorg een andere thuiszorgmedewerker over de vloer kreeg en vaak ook nog iedere dag met weer andere gezichten. Het regende klachten, want door dat ‘opknippen van zorgtaken’ ging er in de uitvoering van alles mis. En door dat hele leger aan zorgverleners met deeltaken raakte de persoon die zorg nodig had, steeds verder uit het zicht.

Om meer winst te maken fuseerden thuiszorgorganisaties en trokken ze steeds weer nieuwe, vaak tijdelijke, managers aan om de financiële gevolgen van de grootschaligheid en anonimiteit te beheersen. Die managers kwamen steeds verder van de uitvoering van het werk en de cliënten af te staan. Vaak wisten ze nog minder van de werkvloer af dan hun voorgangers en leken de productie- en kwaliteitsnormen die zij invoerden om de werknemers te controleren er vooral te zijn om de financiers te dienen. Vaak waren ze zelf ook zo duur dat de kosten van de zorg alleen maar stegen en de uiteindelijke winst tegenviel.

Wijkverpleegkundigen die over deze gang van zaken hun mening lieten horen, kregen te horen dat ze geen verstand hadden van de markt en van de moderne zorgconsument. Dat voelde niet goed, vooral niet omdat er meestal niets gedaan werd met de klachten van cliënten.

Gezondheidszorg als publiek belang

26

De overheid heeft een doorslaggevende rol gespeeld in het toelaten van de marktwerking in de gezondheidszorg. In een toespraak die hij in oktober 2009 hield op de Erasmus Universiteit in Rotterdam wees de vice-voorzitter van de Raad van State, Herman Tjeenk Willink, erop dat de overheid in 1983 niet alleen het recht op gezondheidszorg in de Grondwet heeft vastgelegd, maar zich ironisch genoeg tegelijkertijd ook uit de publieke sector begon terug te trekken ten gunste van de marktwerking. Volgens hem heeft de recente economische crisis duidelijk gemaakt dat de markt niet zonder een overheid kan die de publieke belangen, waaronder de kwaliteit van de gezondheidszorg, verdedigt. Bij de introductie van de marktwerking in de publieke sector zijn naar zijn idee drie gevolgen onvoldoende onderkend. Ten eerste dat de overheid de controle op de kwaliteit heeft losgelaten. Ten tweede dat de overheid de mogelijkheden om de publieke belangen inhoudelijk en publiekrechtelijk te verdedigen heeft laten schieten. En ten derde dat de overheid de politieke bemoeienis heeft ingeruild voor een ‘bureaucratisch-bedrijfsmatige logica’ die overheerst in de nieuwe tussenlaag van organisatieadviseurs, accountants en bedrijfskundigen die tussen de politiek verantwoordelijke ministers en de uitvoerders van het beleid is ontstaan. Die bureaucratisch-bedrijfsmatige logica is uniformierend, disciplinerend en standaardiserend en beperkt de ruimte

voor creativiteit en eigen verantwoordelijkheid. Dat is niet alleen een ernstige bedreiging voor de legitimiteit van de overheid, maar ook voor de professionaliteit van degenen die de zorg uitvoeren. Die professionals moeten zich voor de kwaliteit van de zorg niet alleen tegenover de individuele cliënt, de organisatie en de beroepsgroep verantwoorden, maar hebben ook een publieke verantwoordelijkheid waar te maken. Volgens Tjeenk Willink ligt de oplossing niet in nog meer controle via protocollen en normen, maar in een radicale verschuiving in de aandacht van bestuurders van zorginstellingen van hun financiële strategie naar hun verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van het professioneel handelen in de relatie met hun cliënten. Alleen zo kunnen zij verantwoording afleggen tegenover de overheid en verzekeraars en kan het systeem van gereguleerde marktwerking het doel dienen dat in de Grondwet is vastgelegd: het bevorderen van de kwaliteit, de toegankelijkheid en de betaalbaarheid van de gezondheidszorg.

Ontmanteling van grootschalige zorgorganisaties

Demografische ontwikkelingen, veranderende behoeften, nieuwe technologische mogelijkheden, scherpere normering en regelgeving, politieke druk om te bezuinigen en de invoering van marktwerking; de gezondheidszorg heeft er de afgelopen dertig jaar eigenlijk maar één antwoord op gehad: schaalvergroting. Net als in het bedrijfsleven zagen directies van zorginstellingen schaalvergroting als dé manier om hun markt te beheersen en hun bedrijfsprocessen te rationaliseren. Daardoor is in de loop van de tijd een onoverbrugbare kloof ontstaan tussen het management van zorginstellingen en de professionals die direct verantwoordelijk zijn voor de zorg aan de cliënten. Die kloof heeft er onder andere toe geleid dat bestuurders en professionals zo'n verschillende taal zijn gaan spreken dat ze elkaar niet meer begrijpen, schrijft organisatieadviseur Frank van Ree (2010). Bestuurders en managers komen en gaan, meestal afhankelijk van de haalbaarheid van hun financiële doelstellingen, terwijl beroepskrachten de constante factor in de organisatie vormen. Voor het vervullen van hun doel, het leveren van goede zorg, zijn zij in hoge mate afhankelijk van de organisatie waarvoor zij werken. Tegelijkertijd maken de managers in diezelfde organisatie hen het werk vaak onmogelijk omdat zij totaal andere doelen nastreven en professionals allerlei regels opleggen die hen alleen maar frustreren. Volgens Van Ree proberen bestuurders de laatste jaren vooral onder het mom van kwaliteit greep te krijgen op het handelen van professionals. Daarom voeren ze kwaliteitssystemen, prestatie-indicatoren, *best practices*, *evidence based practice* en protocollen in. Daar is op zich niet veel op tegen, ware het niet dat die instrumenten meestal gebruikt

worden om binnen de organisatie te bezuinigen. Daardoor krijgt de cliënt uiteindelijk niet de beste, maar de goedkoopste zorg en wordt de professional beknot in zijn professionaliteit. Van Ree vindt dat de tijd rijp is voor een 'ontmanteling' van de grootschalige organisaties. Hij noemt Buurtzorg daarvan een goed voorbeeld omdat de zorg daardoor kleinschalig en duurzaam binnen bestaande sociale structuren wordt georganiseerd. Buurtzorg is geen commerciële onderneming, maar een stichting zonder winstoogmerk. Buurtzorg heeft bewust gekozen voor een 'uitgeklede' organisatiestructuur vergeleken met traditionele thuiszorgorganisaties. Dat is mogelijk door de radicale omkering van een aantal gangbare sturingsprincipes. De directie, de ondersteuning vanuit het hoofdkantoor en het netwerk van Buurtzorg zijn gericht op het ondersteunen van het werk dat de professionals doen voor de cliënten en op het stimuleren van hun ondernemingszin en creativiteit.

Inspiratie in plaats van management

Buurtzorg gelooft in de kracht van professionals omdat die in tegenstelling tot bestuurders en managers die hun motivatie vaak ontlenen aan het behalen van een onpersoonlijk beleidsdoel voor een hoog salaris en een bonus, meestal geen andere motivatie nodig hebben dan hun werk zelf. Zolang ze daarvoor maar de ruimte krijgen, willen ze hun vak zo goed mogelijk uitoefenen. Professionals hebben daarom helemaal geen managers nodig, stelt hoogleraar Organisatiekunde Mathieu Weggeman in zijn boek *Leidinggeven aan professionals? Niet doen!* (2007). Het principe van zelfsturing past daarom uitstekend bij professionals. Alleen moeten ze wel de kans krijgen om zelfsturing te leren. En daarvoor hebben ze volgens Weggeman geen leidinggevende nodig, maar een leider die investeert in hun collectieve ambitie, hen inspireert, goed waarneemt en echt communiceert, waar nodig onderscheid durft te maken, functioneert als 'hitteschild' voor de ruis van buiten, en een gezaghebbende, maar dienende houding heeft.

Buurtzorg Nederland probeert deze rollen waar te maken door professionals te inspireren met een visie op hun werk die hen aanspreekt, door zo veel mogelijk persoonlijk contact te onderhouden, door duidelijke taal en geen managementjargon te gebruiken, door rekening te houden met lokale omstandigheden, de noodzakelijke onderhandelingen met zorgverzekeraars en beleidmakers te voeren en hun belangen te verdedigen tegenover andere partijen als dat nodig is. Het streven van Buurtzorg is dat leiderschap niet gezien wordt als iets dat van één persoon afhangt, maar juist als iets waarin iedereen binnen de organisatie een aandeel heeft.

Vertrouwen in plaats van controle

Ook al lijkt de winst de belangrijkste prikkel in het bedrijfsleven, juist daar zijn zelfsturende teams van professionals niets nieuws. In de wereld van de consumentenelektronica hebben met name Japanse bedrijven een flinke voorsprong op het gebied van vernieuwingen weten op te bouwen door de kennis en creativiteit van hun medewerkers op minder hiërarchische manieren te stimuleren en te benutten dan in traditionele westerse bedrijfsstructuren gebeurt (Nonaka & Takeuchi, 1995). De combinatie van inspirerend leiderschap van professionals met zelfsturende en breed samengestelde en communicerende werkeenheden levert indrukwekkende vondsten en verbeteringen op.

Ook in de ICT-wereld die in korte tijd veel superslimme jonge mensen nodig had, zijn deze bedrijfsconcepten op grote schaal toegepast. Het bekendste Nederlandse voorbeeld van zelfsturing was tot voor kort het ICT-bedrijf BSO. Dat werd opgezet door Eckart Wintzen die daarmee de status van 'managementgoeroe' verwierf. BSO was een 'platte' organisatie met 'cellen' die zich bij een bepaalde maximale omvang moesten splitsen. Daardoor had het bedrijf geen managementlagen, stafafdelingen of facilitaire diensten nodig en hoefde Wintzen nauwelijks sturing te geven. Helaas bleek het bedrijfsconcept van BSO zo persoonsgebonden dat het verdween op het moment dat BSO fuseerde met een bedrijf waarin de werknemers andere arbeidsverhoudingen gewend waren (Wintzen, 2007).

Buurtzorg heeft het concept van zelfsturende teams en celdeling in de thuiszorg geïntroduceerd in de overtuiging dat daarmee de kennis, ervaring en creativiteit van wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden het beste tot hun recht komen.

Een aangepast computernetwerk

Jarenlang hebben professionals zich moeten aanpassen aan computers en andere apparaten waarmee ze hun werk moesten registreren en verantwoorden. Het management was vooral bezig met het invoeren van allerlei controle- en registratiesystemen. Gebruiksvriendelijkheid en toepasbaarheid in het dagelijks werk van zorgverleners kregen weinig aandacht. De mogelijkheden om collega's onderling informatie over het werk uit te laten wisselen via inter- en intranet werden nauwelijks benut. Dat was Ard Leferink van Ecare Services al lang een doorn in het oog. 'In 1993 ben ik op de ICT-afdeling van een grote fuserende thuiszorgorganisatie beland omdat ik onderzoek had gedaan naar een expertsysteem voor de indicatiestelling. Ik was geen techneut, maar als bestuurskundige geïnteresseerd in de mogelijkheden van de techniek. Na verloop van tijd was ik het helemaal zat om steeds weer personeelsadministraties

en financiële administraties in elkaar te voegen en nieuwe registratiesystemen in te voeren en niet ten dienste van het primaire proces te kunnen werken. In de thuiszorg werd ICT alleen maar gebruikt om routes en roosters te plannen, tijd te schrijven, producten te registreren en indicaties te verwerken. Ik geloofde dat ICT het primaire proces kon ondersteunen in plaats van het primaire proces in te passen in bestaande systemen, maar kwam ook als consultant steeds terecht in een soort koekjesfabrieken waarin de ICT niets toevoegde aan de relatie met de cliënt.'

Bij de start van Buurtzorg kon hij zijn droom verwezenlijken en ICT op een laagdrempelige en gebruikersvriendelijke manier inzetten om de autonomie én de onderlinge verbondenheid van professionals te ondersteunen.

Menselijkheid in plaats van bureaucratie

In dit hoofdstuk hebben we aan de hand van recente maatschappelijke ontwikkelingen en ervaringen van cliënten en professionals geschetst in welke omstandigheden Buurtzorg is ontstaan en waar Buurtzorg een antwoord op wil zijn. Buurtzorg is te zien als de praktische uitdrukking van een zogenaamde 'paradigmawijziging': een belangrijke verschuiving in wat Van Dale noemt 'de constellatie van overtuigingen, waarden en handelwijzen die door de leden van een bepaalde samenleving worden gedeeld'.

Net als het feminisme, de arbeidersbeweging en de beginperiode van de patiëntenbeweging past Buurtzorg in een beweging die gericht is op het zichtbaar maken van het individu dat als gevolg van dehumanisering van maatschappelijke voorzieningen dreigt onder te gaan in de massa. Terwijl de vroegere emancipatiebewegingen vooral gericht waren op gelijkheid en zeggenschap, bestaat de emancipatie van mensen met een ziekte, aandoening of handicap en van professionals er vooral uit dat zij weer een individueel menselijk gezicht krijgen in plaats van gereduceerd te worden tot anonieme, papieren zorgconsumenten en -producenten. Toen ging het om emancipatie, nu om humanisering.

Economische kaders

Het ontstaan van Buurtzorg is te verklaren als een reactie op de afwijkingen, de 'anomalieën', die afgelopen decennia zijn ontstaan ten opzichte van het zorgparadigma dat lang in de wijkverpleegkunde en het kruiswerk heeft bestaan: dat zorg en preventie dicht bij de mensen in dorpen en wijken moest worden ontwikkeld en uitgevoerd. Het lekenbestuur van de kruisvereniging

en de professionele wijkzuster bepaalden samen, in overleg met de huisarts, de zorg in wijk en dorp. Zoals we in dit hoofdstuk hebben beschreven, begon dit paradigma in de jaren zeventig en tachtig van de vorige eeuw te slijten. Maar in plaats van het aan te passen, met behoud van de centrale gedachte dat je moet doen wat goed is voor de patiënten, en niet wat anderen vinden dat je moet doen, werd het systeem van zorgverlening thuis langzaam maar zeker en sluipenderwijs grondig gewijzigd. Dat gebeurde toen de maatschappij veranderde van een zorgzame samenleving in een op participatie gerichte maatschappij. Toen verschoof het accent in politiek en beleid van 'samen zorgen voor degenen die niet mee kunnen doen' naar 'ervoor zorgen dat ieder individu kan meedoen'. In de praktijk werd dat meedoen vooral vertaald in het leveren van een bijdrage aan de economische ontwikkelingen. Onder invloed daarvan gingen beleidsmakers en managers over de wijkverpleegkundige zorg steeds meer vanuit economische kaders nadenken, ten koste van het zorgparadigma.

Vrijheid, gelijkheid en solidariteit

Achteraf gezien was het onvermijdelijk dat de nadruk op economische principes in de uitvoering van verpleging en verzorging steeds meer is gaan wringen met de idealen van de professionals en uiteindelijk de omslag opriep waaraan Buurtzorg vormgeeft. Als stichting heeft Buurtzorg per definitie bestuurders zonder winstoogmerk die de kwaliteit van de zorg centraal stellen in plaats van de winst.

Doordat zoveel wijkverpleegkundigen er in hun dagelijks werk behoefte aan blijken te hebben, dwingt Buurtzorg de wijziging in het denken over zorg voor mensen een ziekte, handicap of beperking in de thuissituatie min of meer af. Ook neemt Buurtzorg de professionele en publieke verantwoording voor de kwaliteit van de zorg serieus.

Buurtzorg geeft wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden ruimte voor het zo goed mogelijk uitoefenen van hun vak. Ook brengt Buurtzorg de zorg weer net als vroeger binnen de context van de wijk of buurt, maar nu volgens de huidige opvattingen over de 'civil society', de samenleving waarin burgers actief participeren. Dat houdt in dat Buurtzorg wijkverpleegkundige zorg ontwikkelt en verleent op grond van de principes van vrijheid, gelijkheid en solidariteit. Buurtzorg vertaalt het moderne streven naar participatie in de samenleving dus niet op de eerste plaats in economische termen, maar vooral in de kwaliteit van de intermenselijke verhoudingen. In de volgende hoofdstukken beschrijven we hoe Buurtzorg dat concreet doet.

De week van Jolanda Gertzen

wijkverpleegkundige in Nijmegen

juni 2008, in de opbouwfase van het Buurtzorgteam

Maandag

Vandaag staat er voor mij een ochtend-/middagdienst in het rooster, plus de bereikbare dienst 's avonds en 's nachts. In de avond hebben we een aantal vaste cliënten, maar vandaag neemt een collega deze over.

Ik begin om 8.00 uur met de zorgverlening aan een jonge man die een rugoperatie heeft ondergaan. Hij krijgt enige ondersteuning bij het wassen en aankleden. Hij draagt overdag een corset. Hij woont bij zijn moeder en wat blijkt: de zoon helpt zijn moeder altijd bij het uittrekken van de steunkousen. Maar dat lukt nu niet, dus wat nu? Hulpmiddelen zijn al uitgeprobeerd, maar voor mevrouw onvoldoende. Ze is blij te horen dat Buurtzorg haar daarbij kan ondersteunen. Ik spreek met haar af dat ik een SIP aanvraag bij het CIZ en dat we haar vanaf maandagavond helpen.

Op naar de prachtige Ooijpolder. Mijn tweede cliënt is een meneer met een buikwond. Als ik binnenkom vraagt hij direct of ik het al gehoord heb. 'Wat zou ik gehoord moeten hebben?', vraag ik lachend. Natuurlijk heb ik het verhaal al van mijn collega gehoord: er was een groot feest in de straat en het was erg gezellig. Maar op weg naar huis is hij gevallen; arm beschadigd, pijn in de ribben en de bril kwijt. Gelukkig kon meneer er nog om lachen.

Weer in de auto richting Nijmegen. Daar help ik een cliënt die net twee weken weet dat hij prostaatanker heeft en uitzaaiingen naar zijn wervels en borstbeen. Het douchen kost hem veel energie, dus enige ondersteuning hierbij is welkom. Meneer is erg verdrietig en ziet het niet meer zitten. Eerst maar even met meneer gepraat voordat hij gaat douchen. Zijn echtgenote wil dat ik een kopje koffie blijf drinken, ook zij wil haar verhaal even kwijt. Fijn dat ik de ruimte hier ook voor heb.

Bij de volgende cliënt, een man van rond de vijftig, is het altijd afwachten wat je aantreft. Bij deze meneer wordt een beenwond verbonden en wordt zijn been compressief gezwachteld. Hij heeft zijn teen gestoten, waarbij er wondvocht onder de nagel vandaan komt. Meneer heeft acute vaatproblemen gekregen en is daarvoor geopereerd, waarbij het allemaal net goed gegaan is. Door de hele situatie is zijn echtgenote haar dagritme kwijt en compleet in de war geraakt. Dat leidt zelfs tot woordenwisselingen tussen de echtelieden en af en toe tot een handgemeen. In overleg met de huisarts heeft mevrouw medicatie gekregen en wordt maatschappelijk werk ingeschakeld.

Om 11.30 uur heb ik een intakegesprek bij een mevrouw met Alzheimer. De hulpvraag is het dagelijks plakken van een Exelonpleister en observatie van de bijwerkingen. Ontzettend triest als je je zelf nog realiseert dat je geestelijk achteruitgaat en dingen niet meer kunt doen. Het is een zeer belezen vrouw die in een bekend koor zingt en regelmatig concerten geeft.

Wat een diversiteit aan cliënten vanmorgen. Snel naar mijn tijdelijke kantoor aan huis, want er komt iemand van de firma Urgo een map afleveren. En even telefonisch contact met mijn collega die vanmorgen ook cliëntenzorg heeft gedaan.

Dan volgen er twee sollicitatiegesprekken die ik samen met onze regiocoach Riet van Koningsveld heb. Twee leuke enthousiaste kandidaten. De flexibiliteit met betrekking tot de werktijden is toch steeds weer een heikel punt. In ieder geval één kandidaat aangenomen op basis van een nulurencontract.

De telefoon gaat tijdens het sollicitatiegesprek, want ja, we zijn bereikbaar. Of ik de teen bij meneer van B. opnieuw wil verbinden, want het wondvocht komt door het verband heen. Zijn echtgenote is erg overstuur. Dus na de gesprekken spring ik weer in de auto en rijd naar de andere kant van Nijmegen.

Dinsdag

Ik ga op tijd op pad. Ik kom voor de eerste keer zorgverlening bij de mevrouw met Alzheimer bij wie ik gisteren de intake heb gedaan. Ze had er niet aan gedacht dat ik zou komen. Ze was erg overstuur omdat ze beseft dat ze niet meer kan zingen in het koor. Ze zou het moeten opgeven. Ik ben met haar gaan zitten en heb geluisterd naar haar verhaal.

Daarna naar een cliënt waar ik enige dagen niet was geweest. Een Iranese meneer met een kniewond ten gevolge van kogelresten uit het verleden. Daarnaast worden wondjes na een perianaal abces gespoeld en verbonden. De wondjes zien er goed uit. Meneer vindt het zeer plezierig dat er niet zoveel verschillende verpleegkundigen komen, want hij vindt het al vervelend genoeg dat wij hem moeten verzorgen.

Na de zorgverlening rijd ik snel even langs team Beuningen. Net als wij zitten zij ook met een probleem rond de roostering voor de vakantieperiode. Gelukkig kunnen we elkaar ondersteunen. Dat is wel heel plezierig. Marie-Ceciel uit het team Beuningen heeft vanmorgen een aantal cliënten voor ons bezocht. Ik hoor nog even of er bijzonderheden zijn.

Terug in mijn huiskamerkantoor werk ik de mails af, regel een SIP en maak de planning voor de komende dagen.

Dan ga ik om 17.15 uur met mijn elfjarige dochter naar paardrijden. 'Als ik te laat kom,' zegt ze, 'dan is het wel jouw schuld, mam.' Als we thuiskomen van het paardrijden spoed ik mij even naar school voor het tienminutengesprek en de bespreking van de entree-Cito-score van mijn dochter.

Woensdag

Vandaag ben ik vrij en help op school bij de sportdag. Heb wel de mobiel van Buurtzorg bij me, omdat ik voor mijn collega achterwacht ben. Ik sta enthousiast de kinderen aan te moedigen als de telefoon gaat: de eigenaar van het gezondheidscentrum waar we met ingang van 15 juni een kantoorruimte zouden huren. Er zijn nog wat probleempjes met de laatste afwerking. De oplevering wordt 1 juli. Dat is wel jammer, maar goed, niets aan te doen.

Vervolgens nog een telefoontje van een verhuurder van kantoorruimten waar we eerder voor een bezichtiging zijn geweest. Er zou toch op korte termijn een ruimte vrijkomen. Maar dat is niet meer nodig.

Donderdag

's Morgens doe ik eerst de cliëntenzorg, samen met Miranda. Voor 13.00 uur probeer ik de cliëntenplanning voor het weekend op het web in te voeren. Om 13.00 uur komt Helma die half juni als wijkziekenverzorger begint op een nulurencontract. Ik maak afspraken met haar over haar inzetbaarheid voor de komende roosters. Om 13.30 uur hebben we ons teamoverleg. Het team begint langzaam vorm te krijgen. Het heeft in Nijmegen best even tijd gekost voordat we personeel hadden. Jammer genoeg gaat Miranda ons alweer verlaten. Maar na de vakantie bestaat ons team uit vier mensen met een vast contract en vier mensen met een nulurencontract. Dan kunnen we ook verder met het vormen van een mooi Buurtzorgteam.

Om 20.30 uur stap ik weer in mijn auto voor de vier avondcliënten. Met mijn dochter spreek ik af dat ze nog even mag lezen en dan lekker gaat slapen. Ze kan bellen als er iets is, maar ik hoop natuurlijk dat dat niet gebeurt.

Vrijdag

Het belooft weer een drukke dag te worden. Miranda en ik doen samen de cliëntenzorg. Om 10.30 uur hebben we afgesproken bij meneer C. Hij heeft een VAC-pomp voor zijn kniewond, en de spons moet verwisseld worden. We hebben net een scholing VAC-pomp in Beneden Leeuwen gehad, dus kunnen onze opgedane kennis tot uitvoering brengen. Rondom de wond ziet het er helemaal niet mooi uit; het lijkt wel geïrriteerd door de folie. We nemen contact op met de wondconsulent van het Canisius Wilhelmina ziekenhuis. Geen gehoor. Na contact gehad te hebben met de leverancier van de pomp, sluiten we de pomp weer aan.

Nelleke Hoogland belt. Ik begrijp dat zij ook voor Buurtzorg werkt en zich bezighoudt met projecten die vanuit Buurtzorg ontwikkeld worden. Zij heeft een projectvoorstel geschreven over mogelijke participatie van Buurtzorg in de academische netwerken die zich bezighouden met ouderenzorg, in dit geval voor de regio Nijmegen. De vraag is of ik het stuk wil lezen en telefonisch kan reageren.

Om 17.00 uur breng ik mijn dochter Sanne naar een griezelfeestje. Ze is mooi verkleed als duiveltje. Daarna doe ik de wekelijkse boodschappen.

Later op de avond belt Nathalie. De VAC-pomp bij meneer C. wordt pijnlijk en de huid is toch erg geïrriteerd. We besluiten de pomp af te koppelen. Nathalie neemt morgenvroeg contact op met het ziekenhuis.

Zaterdag

Heerlijk, eindelijk even uitslapen. Ik krijg ontbijt op bed van mijn dochter. Wat is het toch een schat. Mijn zoon komt dit weekend over uit Twente, maar hij

belde dat er treinstoringen zijn. Gelukkig zijn deze het eind van de middag opgeheven, en haal ik hem tegen 16.00 uur op bij het station. We gaan lekker gourmetten met zijn drieën. Gezellig.

's Avonds ga ik weer op pad om de avondcliënten te bezoeken. Als ik thuiskom zijn we alle drie wel erg moe, dus zoeken we het snel een etage hoger.

Zondag

Zondag is het even rustig aan doen. We hebben croissantjes en broodjes gebakken. Nu haar broer er is wil Sanne toch graag een spel doen, met drie personen is dat natuurlijk veel leuker. Het wordt de Kolonisten van Catan.

's Middags naar de verjaardag van een neefje en nichtje. Het is gelukkig goed weer, dus we kunnen buiten zitten. In het begin van de avond brengen we mijn zoon weer naar het station. 'Bel even als je aangekomen bent', en weg is de trein.