

Een samenleving die geen zorg meer kan bieden, is dit nog een samenleving?

Editio



In postindustriële samenlevingen zijn levens einde en levens-eindezorg belangrijke aandachtspunten geworden. In ons vorig nummer van *Gezondheid & Samenleving* brachten we een uitgebreid artikel over de profielen van ouderen en de demografische evolutie van deze groep de komende jaren (Ackaert, Avalosse, & Verniest, 2024). Door de vergrijzing, de toename van chronische aandoeningen en comorbiditeiten, en een langere levensduur in slechte gezondheid, worden we geconfronteerd met een ongekende groei van de zorgbehoeften. Zoals jammer genoeg wel meer gebeurt, leidt het onderdruk zetten van een systeem vaak tot breuken. We hebben dit ervaren tijdens de COVID-19-crisis, maar we zien er nog steeds de gevolgen van in alle zorgvoorzieningen, die geconfronteerd worden met een groot tekort aan zorgpersoneel.

Maar zonder zorgpersoneel, geen kwaliteitsvolle zorg noch toegang tot zorg. De explosieve combinatie van een toename in zorgbehoeften en een afname in het aantal professionals, beschikbaar om deze zorgbehoeften te beantwoorden, weegt enorm op het personeel dat in dienst blijft. Verpleegkundigen op de werkvloer zien hun job veranderen: minder collega's, een hogere werkdruk en nieuwe aanwervingen die er niet komen of die vertrekken zodra hun opleiding is afgerond. Scholen voor verpleegkundigen lopen beetje bij beetje leeg. De verschuiving naar ambulante zorg verhoogt de druk op thuisverpleegkundigen en naasten van patiënten. Patiënten verblijven niet langer in collectieve zorgvoorzieningen, wat

zorgt voor meer verplaatsingstijd, meer solitair werk en een groter belang van relationele zorg, en dit op een moment dat tijd steeds schaarser wordt.

En wat stellen we voor als antwoord op deze uitdagingen? Stellen we voor om zorgprofessionals uit het buitenland te halen, louter als middelen, en zo de problemen die we zelf niet kunnen oplossen door te schuiven naar nog kwetsbaardere groepen? Dit fenomeen zien we al langer in de informele zorg, bijvoorbeeld voor de opvang van kinderen, met kinderoppassers die van de andere kant van de wereld komen om kinderen om 15.30 uur van school te halen en die vaak hun eigen kroost hebben moeten achterlaten. Ook in de formele zorg (ziekenhuizen, woonzorgcentra, enz.) komt gekwalificeerd personeel soms uit het buitenland om het tekort aan arbeidskrachten op te vangen, maar wordt het soms op agressieve wijze afgewezen of gediscrimineerd¹.

Onze studie *Tekort aan verpleegkundigen en crisis van het 'zorgen voor'*, analyseert de onderliggende oorzaken van de crisis van het 'zorgen voor' en gaat in op de plaats van *care* in onze samenleving. Samen met het Instituut voor de gelijkheid van vrouwen en mannen, hebben we ook 1.200 verpleegkundigen en zorgkundigen bevroegd om inzicht te krijgen in de moeilijkheden van hun beroep. De studie werd eveneens ondersteund door een comité van zorgprofessionals die getuigen over de uitdagingen waarmee ze geconfronteerd worden en deze analyseerden. Deze ongewone studie is meer dan alleen een rekenkundige planningsoefening. Ze weerspiegelt ook de diepe crisis van het 'zorgen voor' en het verlangen naar zingeving in deze beroepen, waar mensen voortdurend geconfronteerd worden met hun eigen eindigheid. Deze studie gaat ook over fundamentele aspecten van onze menselijkheid, namelijk de erkenning van onze kwetsbaarheid en wederzijdse afhankelijkheid. We kunnen contracten afsluiten, tellen, we kunnen rationaliseren, verminderen, maar uit-

¹ Vorige zomer voerde het Sint-Pietersziekenhuis in Brussel een interne campagne om patiënten te sensibiliseren rond de agressie waaronder het personeel te lijden had.

eindelijk blijft er de diepgewortelde behoefte om voor elkaar te zorgen, waarvoor uitgeputte professionals zich enorm inzetten.

Dit tekort is vooral zorgwekkend als we kijken naar de specifieke behoeften van de vergrijzende bevolking. Steeds meer uiten mensen de wens om hun laatste dagen thuis door te brengen, omringd door hun familie en geliefden. Dit legitieme verlangen naar waardigheid en comfort brengt wel aanzienlijke planningsuitdagingen met zich mee. Zonder adequate ondersteuning kan dit voor families zorgen voor een overweldigende fysieke en emotionele belasting. Precies dan is er een cruciale rol weggelegd voor het zorgpersoneel, wiens expertise, nabijheid en steun van onschatbare waarde zijn voor patiënten en hun families. Het huidige tekort aan verpleegkundigen betekent echter dat veel mensen aan het einde van hun leven niet de gepaste zorg krijgen, zowel thuis als er geen familie is die het kan overnemen, als in voorzieningen waar personeel schaars is. Bovendien is er een vicieuze cirkel tussen eenzaamheid, armoede en gezondheid die vooral mensen aan het einde van hun leven treft. Eenzaamheid kan psychische en fysieke gezondheidsproblemen verergeren, wat vaak leidt tot een groter beroep op de gezondheidszorg. Dit geldt des te meer voor ouderen die in armoede leven en die het minst toegang hebben tot adequate zorg en ondersteuning.

Onze studie, *Levensindezorg tijdens een gezondheids crisis: moeilijk evenwicht tussen afstand en nabijheid*, onderzocht het moment van het levenseinde tijdens de COVID-19-crisis. We wilden begrijpen hoe tijdens een dergelijke ongekende crisis het zorgsysteem zijn sterktes en beperkingen liet zien, maar ook hoe het van deze crisis kan leren om de kwaliteit van levensindezorg te blijven garanderen, ongeacht de omstandigheden. Onze enquête bij CM-leden vroeg families en naasten van wie tijdens de coronacrisis een dierbare was overleden, naar hun ervaringen met levensindezorg. We wilden zicht krijgen op wat ze gemist hadden en wat hun behoeften waren. Meer verbondenheid, beter rekening hou-

den met de doelen van de patiënt-e aan het levenseinde en openhartig praten over het levenseinde zijn enkele suggesties van naasten voor een betere ondersteuning rondom het levenseinde.

Het laatste artikel, *Meer dan een nummer: persoonsgerichtheid in het ziekenhuis*, gaat over een pilootproject gericht op het definiëren van de persoonsgerichtheid van ziekenhuiszorg. Het onderzoek, uitgevoerd door UHasselt met steun van CM, bestond uit het bepalen van de kwaliteitscriteria voor persoonsgerichte zorg. Er wordt steeds vaker gesproken over de participatie van patiënten bij keuzes (doelgerichte zorg, patiëntgerichte zorg, doelmatige zorg). Er is echter nog maar weinig methodologisch werk over het concreet samenwerken met patiënten en de meest geschikte manier om hen bij beslissingen te betrekken. De criteria die hier geselecteerd zijn, betreffen de kwaliteit van de relatie met de zorgverlener, de betrokkenheid van de familie, het anticiperen op behoeften en de kwaliteit van de informatie. De studie gaat dus over de aanvaardbaarheid van zorg. Het doel van deze studie, gebaseerd op interviews met professionals en patiënten en een systematisch literatuuronderzoek, is het aanreiken van een instrument voor het meten van de aanvaardbaarheid van persoonsgerichte zorg. Dit is een belangrijke uitdaging op vlak van toegankelijkheid. We weten immers dat het succes van een behandeling sterk wordt beïnvloed door het vermogen van de patiënt-e om de behandeling vol te houden. Een behandeling baseren op iemands behoeften, wensen en mogelijkheden, garandeert een betere kwaliteit van zorg en een echte samenwerking tussen patiënt-e en zorgverlener.

Élise Derroitte
Ondervoorzitter CM-MC

Bibliografie

Ackaert, K., Avalosse, H., & Verniest, R. (2024). Gezondheidsprofiel van onze ouderen. *Gezondheid & Samenleving*, 9, 4-43.