

Henri Plagge

arts M&G, MCM, voorzitter raad
van bestuur Zorgboog

dr. Michel Dutrée

arts, directeur Assisistis

ONWERKBARE SITUATIE IN LANGDURIGE ZORG DOOR WILDERNIS VAN REGELS

Stelselwijziging vergt dringend 'reparatie'

Dat er hervormingen nodig waren in de langdurige zorg staat buiten kijf, zeggen de artsen Plagge en Dutrée. De stelselwijziging die vorig jaar is ingegaan, heeft tot nu toe echter vooral heel veel extra bureaucratie veroorzaakt. Maar bijsturen kan nog!



PETER HILZ, HOLLANDSE HOOGSTE

Vriend en vijand waren het erover eens: de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) was aan vervanging toe. Na jarenlang polderen was het dan zo ver en werd op 1 januari 2015 de Wet langdurige zorg (Wlz) ingevoerd en werden delen van de zorg overgeheveld naar de Zorgverzekeringswet en de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). De hele operatie had als basisgedachte dat langdurige zorg begint bij mantelzorg, professionele zorg hierop aanvullend is en een patiënt zo lang mogelijk thuis blijft wonen.

Vanaf 1 januari kregen de wijkverpleging, de thuiszorg, de dagbestedingscentra en de verblijfszorg te maken met de ingezette veranderingen. Het Centrum indicatiestelling zorg (CIZ) ging de wijkzorg loslaten, maar ook weer strenger toezien bij een vraag om Wlz-zorg, wijkverpleegkundigen mogen zelf de indicatie stellen, maar wel volgens landelijke voorschriften en gemeenten hebben eigen indicatiestellers/poortwachters ingesteld. De gehele overhevelingsoperatie ging gepaard met grote bezuinigingen in alle sectoren, maar vooral voor de zorgvormen die kunnen voorkomen dat mensen permanent moeten worden opgenomen. Om slechts na grondige, bureaucratische toetsing professionele zorg te laten leveren, zijn er diverse drempels ingericht zoals het 'keukentafelgesprek' dat veel gemeenten voeren. Inmiddels zijn we ruim een jaar verder. Wat is er allemaal gebeurd en wat kunnen we ervan leren?

Te snelle invoer

Iedereen had het ministerie gewaarschuwd voor een te snelle invoer. De staatssecretaris had er alle politieke belang bij om het 'window of opportunity' te gebruiken en de wet op 1 januari 2015 toch te laten ingaan. De burgers werden voorbereid op de veranderingen met wel zeer rooskleurige voorlichtingsfilmpjes op tv en spotjes op de radio. Deze mochten later op last van de Reclamecodecommissie niet meer worden vertoond. De oude AWBZ-taken zijn verdeeld over vier bestaande wetten: de Wet langdurige

zorg (langdurige, intensieve zorg, thuis of in een instelling), de Zorgverzekeringswet via het basispakket (zoals persoonlijke verpleging en verzorging), de Wet maatschappelijke ondersteuning (zoals huishoudelijke hulp, ondersteuning bij zelfredzaamheid en dagbesteding), de Jeugdwet (vrijwel alle vormen van jeugdhulp).

Een aantal vormen van hulp, zoals kortdurende opnames (verpleeghuis of highcarehospices), die voorheen vanuit de AWBZ werden gefinancierd, worden voorlopig gefinancierd op basis van een tijdelijke subsidieregeling.¹

Geen benul

Het doel van de veranderingen is de zelfredzaamheid en participatie van de zorgbehoevende mens te bevorderen. Welnu, al snel na de invoering werd duidelijk dat de in de haast in elkaar gezette overgangsregelingen veelal niet werkten. Mensen die al voor 2015 een pgb ontvingen, zouden niets merken van de overgang. Maar de pgb-betalingen stopten gewoonweg en de Sociale Verzekeringsbank kreeg het systeem met geen mogelijkheid aan de praat.

Daarnaast hadden de meeste gemeenten geen benul wat nu precies van hen verwacht werd. Door de voorlichtingscampagne, die een geolied apparaat voorspiegde, was de deceptie nog groter toen bleek dat er van een behandeling op maat veelal geen sprake was. Het keukentafelgesprek werd in sommige gemeenten in het geheel niet gevoerd en vanuit een bureau in het gemeentehuis werd de ondersteuning bepaald.

Tegelijkertijd met de invoering werd ook een bezuiniging doorgevoerd. Overijverige colleges van burgemeester en wethouders hadden dit al verwerkt in hun begrotingen. Waar de keukentafel-

gesprekken wél werden gevoerd, bleek dat het bepalen van de ondersteunings- en zorgbehoefte toch een vak apart was, waarvoor de doorsnee zorgambtenaar niet was opgeleid.

Bovendien kon het vóórkomen dat dezelfde vraag werd opgepikt vanuit verschillende wetten en soms zelfs leidde tot tegenstrijdige uitkomsten. De uitvoeringsorganen – gemeenten, zorgverzekeraars, zorgkantoren, CIZ – ijverden om hun processen volgens goede bureaucratistische gewoontes in te richten. Oftewel: ze gingen ieder hun eigen proces inrichten zonder een integraal masterplan. Veelal stelden deze nieuwe bureaucratieën ronduit idiote eisen aan de zorgaanbieders die nog geen enkele zekerheid hadden dat zij betaald kregen voor de geleverde zorg. Vooral organisaties in de thuiszorg hebben hier veel last van.

Paarse krokodil

Zo ontstond in de eerste maanden van het jaar een ronduit chaotische situatie van langs elkaar heen werkende uitvoeringsorganisaties. De gewenste participatie leidde vooral tot frustratie bij de zorggebruiker en zorgprofessionals door alle aspecten van de legendarische 'paarse krokodil'.² Ter illustratie:

- De gemeente Eindhoven heeft het afgelopen jaar maar liefst 365 fte extra ambtenaren aangenomen voor de nieuw opgerichte uitvoeringsorganisatie 'Wij Eindhoven'.³
- Hoe de Wlz geheel niet aansluit bij de bedoeling, blijkt uit de voorwaarde dat alleen naar de patiënt zelf wordt gekeken bij de hulpvraag/toegangsbeoordeling door het CIZ en niet naar het systeem rond de patiënt; terwijl iedere zorgverlener weet dat de reden voor een opname veelal wordt bepaald door de draagkracht van de familie.

Iedereen had gewaarschuwd voor te snelle invoer

- Waar voorheen kortdurende opnames in een verpleeghuis of een highcarehospice geregeld waren op basis van de AWBZ, hebben we nu te maken met een tijdelijke subsidieregeling eerstelijnsverblijf, crisisopnames op basis van de Wlz mits een permanente indicatie voor zorg nodig is (achteraf bepaald), respijtopnames (tijdelijke opname om de mantelzorg te ontlasten) op basis van de Wmo en herstelzorg op basis van de (aanvullende) zorgverzekering.⁴ De subsidieregeling eerstelijnsverblijf wordt vastgesteld door het ministerie, uitgevoerd door het Zorginstituut, dat dit weer doorgeledeerd heeft naar zorgkantoren. En bij tekorten lijkt er niemand verantwoordelijk te zijn. Enkele jaren geleden is door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) een deel van de thuisverpleging (medisch-specialistische verpleging in de thuissituatie; MSVT) al overgeheveld naar de Zorgverzekeringswet. Nu de gehele wijkverpleging onder de Zorgverzekeringswet valt, zou je verwachten dat procedures en afspraken met verzekeraars eenvoudig worden geregeld. Niets is minder waar. Op grond van macrobudgetten worden dubbele procedures in stand gehouden met aparte (controle)regelgeving, aparte tarieven en aparte voorwaarden – vooral het hebben van handtekeningen van medisch specialisten.

- Daar waar zorgaanbieders zelf indiceerden voor de wijkverpleging in het kader van het experiment 'Regelarme instellingen' van VWS, moeten weer procedures worden ingericht, omdat zelf indiceren nog steeds mag, maar wel onder allerlei voorschriften en voorwaarden.

- Zorgaanbieders die al jaren gemandateerde verblijfsindicaties indiceerden in plaats van het CIZ, moesten hier op 1 januari mee stoppen omdat het CIZ zelf de indicatie-uitvoering weer ter hand moest nemen.

Problemen

In eerste instantie leken de veranderingen in de praktijk goed te worden opgevangen, omdat zorgprofessionals stuk voor stuk gewend zijn om te gaan met rare, door de overheden bedachte bureau-

cratie. Zo werden lokaal afspraken gemaakt over de manier waarop landelijke tegenstrijdige regelgeving zou worden uitgelegd, gaven zorgaanbieders zorg zonder dat daar een financiële dekking tegenover stond en was er vooral heel veel overleg. Zorgvragers gingen in een aantal gevallen naar de rechter of zochten de publiciteit waarna er veelal voor hun geval een oplossing kwam. In de tweede helft van 2015 werd echter duidelijk dat zonder echte oplossingen voor overgangsproblemen en door te lage budgetten verschillende problemen nijpend begonnen te worden. Zo kon een aantal thuiszorgaanbieders niet langer zorg blijven verlenen zonder dat zorgver-

In- en verkoop van zorg zijn geëxplodeerd in een bureaucratisch circus

zekeraars daarvoor betaalden, konden zorgaanbieders van kortverblijffuncties (inclusief hospices) steeds vaker de zorg niet geheel betaald krijgen, ging voor casemanagement bij dementie een eigen bijdrage gelden als mensen al een Wlz-indicatie hadden, omdat daar verpleging voor moet worden gedeclareerd – en dat terwijl juist voor dementerende thuiswonenden een lage drempel nodig is. Ook bijzonder is dat mensen met eenmaal een Wlz-indicatie daar eigenlijk niet vanaf kunnen komen (is immers langdurig), ook niet als ze gewoon thuis willen blijven wonen en altijd netjes hun zorgverzekeringspremie hebben betaald. Voor zowel zorgaanbieders, zorgvragers als financiers (gemeenten, zorgverzekeraars en zorgkantoren) is er in de thuissituatie nu een soort wildernis ontstaan van regels. Immers bij een Wlz-indicatie kan geen gebruik meer worden gemaakt van de Zorgverzekeringswet als iemand

wijkverpleging nodig heeft, of van de Wmo bij noodzaak van dagactiviteiten. De Wlz betaalt die functies dan, maar er gelden andere tarieven, andere spelregels en er zijn grote verschillen in de financiële consequenties voor de patiënt in kwestie.

Kale zorg

De gehele inkoop/verkoop van zorg en dan in het bijzonder de wijkverpleging en andere thuiszorg is geëxplodeerd in een soort bureaucratisch circus. Zorgverzekeraars vinden het nodig om met marginale verschillen hun inkoop in te richten en allerlei eisen te stellen aan zorgaanbieders die niets met zorg verlenen te maken

hebben.⁵ Gemeenten hebben zich nogal eens afhankelijk gemaakt van inkopers die vooral goed zijn in de aanbestedingsregels. Inhoudelijke afwegingen zijn er nauwelijks en de tarieven zijn ondertussen op een niveau gekomen dat er slechts kale zorg kan worden geleverd en er niet langer geïnvesteerd kan worden in opleiden, zorginnovatie en regionale zorginfrastructuur. Sommige zorgverzekeraars maken het zo bont dat ze zelfs (schriftelijk) aangeven dat het niet de bedoeling is dat er wordt onderhandeld.

Opportunistisch

De intentie van de ingezette stelselwijzigingen onderschrijven wij – en velen met ons – nog steeds. De wijze van uitvoering daarentegen kenmerkt zich door een hoog politiek opportunistisch handelen; er wordt niet geluisterd naar de uitvoerders in het veld of belangrijke signalen worden met het grootste gemak weggevuifd. Zo heeft de staatssecretaris regel-

GRIEP

Het begon met een koude rilling van mijn rug naar mijn benen. De volgende dag werd ik wakker met een dichtgeknepen keel. Aangekomen in het ziekenhuis was ik helemaal bezweet en warm en koud tegelijk. Met moeite kwam ik de dag door en herkende me in de woorden van mijn patiënten die zeiden dat ze zich echt niet lekker voelden. 's Avonds thuis rillend op de bank drong de bittere waarheid door: Ik ben ziek! In wanhoop belde ik mijn moeder en zij stelde resoluut: 'Griep, vroeg naar bed, paracetamol en thee met honing'. Ik liet me maar gedeeltelijk geruststellen en stelde zelf ook een differentiaaldiagnose op. Een jonge vrouw met een blanco voorgeschiedenis en verkoudheid moest wel een virale luchtweginfectie hebben. Twee dagen bedrust en vier doosjes zakdoekjes later voelde ik me nog steeds beroerd en begon me zorgen te maken. Als dit griep was dan zou ik me toch al wel beter moeten voelen? Ik visualiseerde *S. Aureus*jes die over mijn aangetaste slijmvliezen kropen. Met een oud doosje amoxicilline uit mijn badkamerkastje ging ik de bacteriële superinfectie te lijf. Na drie tabletten was de diarree niet meer te houden. Nadat ik twee dagen later de antibioticakuur voortijdig had gestaakt draaide ik dienst op de SEH alsof er niks was gebeurd. Mevrouw A. kwam voor de tweede keer. Ze was bezorgd omdat ze nog steeds koorts had. Ik stelde haar gerust: ze had inderdaad influenza-A. Ze vroeg: 'Een kuurtje antibiotica kan toch geen kwaad?' Ik legde uit dat antibiotica niet helpen bij een virusinfectie en dacht beschaamd terug aan alle uren die ik onnodig op het toilet had doorgebracht. 'Dokter, is er dan niks dat helpt?' Ik adviseerde haar thee met honing.

Lewar Bekas
aios interne geneeskunde

matig aangegeven dat hem nog geen cijfers bekend zijn over problemen of te willen wachten tot die cijfers er volgend jaar zijn op landelijk niveau. Zorg moet echter nu worden verleend en ook salarissen moeten gewoon worden uitbetaald. Verder snapt niemand in Nederland hoe je op alle zorg thuis extreem kunt bezuinigen, terwijl je tegelijkertijd de verblijfszorg, zoals verzorgingshuizen, sterk afbouwt. De Haagse werkelijkheid heeft geruime tijd genomen voor de politieke besluitvorming, maar heeft geen enkel besef van de consequenties waarmee dergelijke grote veranderingen gepaard gaan. Door daar bovenop ook nog eens geen regie te voeren op het handelen van zorgverzekeraars, zelfstandige bestuursorganen (zbo's), gemeenten en zorgkantoren is de paarse krokodil op dit moment nog steeds aan het groeien. Alle middelen die hiermee gemoeid zijn, worden niet uitgegeven aan het verlenen van zorg.

Praktische keuzes

Het ingezette veranderproces zal tot een goed eind moeten worden gebracht. Dat is nog geen sinecure gezien de situatie die aan het ontstaan is, vooral in de zorg voor thuiswonenden. Een bedrijfsmatige aanpak lijkt hard nodig, met praktische keuzes op grond van inzicht in de praktijk en rationele overwegingen. De bedoeling moet hierbij duidelijk voor ogen blijven staan: maximaal ondersteunen van zelf- en mantelzorg, minder regels en meer waardering van professioneel inzicht. Een paar keuzes willen wij alvast meegeven aan de taskforce die naar wij verwachten in de toekomst nodig zal zijn:

- Financier wijkverpleging alleen nog op basis van de Zorgverzekeringswet. De Wlz is er dan alleen nog maar voor de zwaardere langdurige verblijfszorg.
- Zorg voor één adequate financieringsregeling voor kortdurende opnames in een VVT (verpleging, verzorging en thuiszorg)-setting op grond van een indicatie door de specialist ouderengeneeskunde.
- Voer de gemandateerde indicatiestelling

voor verblijfszorg opnieuw in, aangezien dit doorgaans goed liep.

- Verbied zorgverzekeraars om allerlei, niets met zorg te maken hebbende aanvullende inkoop- en leveringsvoorwaarden te stellen.
- Schaf allerlei registratie-eisen en eisen aan de manier van indiceren in de wijkverpleging af en beperk dit tot de eis dat de verpleegkundige indicatie door een goed opgeleid (minimaal hbo-wijkverpleegkundige) wordt gesteld.
- Handhaaf de zorgplicht van zorgverzekeraars, maar schaf (de dreiging van) het macrobeheersingsinstrument (mbi) af.
- Herintroduceer het representatiemodel in ieder geval voor de inkoop van wijkverpleging, zodat de regionale zorginfrastructuur en de binding huisarts-wijkverpleging wordt gegarandeerd.
- Schaf bij elke regel die wordt ingevoerd er minimaal vijf af.

Zo moet het niet

Wij hopen dat de Haagse beleidsmakers snel gaan kijken naar de praktijk en dat ze kiezen voor een bedrijfsmatige aanpak om de vastlopende bedrijfsvoering van de Nederlandse VVT-sector weer snel op orde te krijgen. Wat in ieder geval niet moet gebeuren, is het wederom inzetten van grote nieuwe stelselwijzigingen, zoals het nieuwe wettelijke financieringskader voor dementerenden dat recentelijk door de staatssecretaris werd aangekondigd.⁶ Een goed werkend algemeen kader is meer dan voldoende. Een apart kader voor dementie zal slechts leiden tot meer bureaucratie en afbakeningsproblematiek, waar de patiënt en zijn familie helemaal niets mee opschieten. ■

contact

madutree@gmail.com
cc: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld

web

De voetnoten en eerdere MC-artikelen over dit onderwerp vindt onder dit artikel op medischcontact.nl/artikelen.