

AWBZ heeft Nederland ook veel goeds gebracht

Chronische zorg zo slecht nog niet

prof. dr. Jos Schols,
hoogleraar ouderengeneeskunde, Universiteit Maastricht

Correspondentieadres:
jos.schols@maastrichtuniversity.nl;
c.c.: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling
gemeld.

Dit artikel is online verschenen
op 31 augustus.

De chronische zorg, en in het bijzonder de zorg voor ouderen, staat onder druk. Het moet allemaal over een hele andere boeg, zeggen critici. Maar beter is het om de zorg te moderniseren zonder het goede uit het verleden zomaar op te geven.

In de economische crisis waar Nederland mee kampt, duiken regelmatig discussies op over de manier waarop we het met iets minder kunnen doen. Heilige huisjes bestaan daarbij niet meer. Ook de AWBZ komt in deze discussies ter sprake, al gebiedt de eerlijkheid te zeggen dat de houdbaarheid van deze wet al langer in twijfel wordt getrokken. De kosten van onze gezondheidszorg rijzen immers de pan uit en de steeds groeiende AWBZ-uitgaven zijn daar voor een belangrijk deel debet aan. Jammer is dat de discussie over de AWBZ en ook over de toekomst van de langdurige zorg in Nederland niet altijd zuiver wordt gevoerd. Dan hoor je opmerkingen als: 'Wie is ooit op het idee gekomen om kwetsbare burgers in instellingen te stoppen? Verpleeghuizen zijn toch wachtkamers van de dood. Wie wil daar nu zitten? Dat lijkt wel een vorm van ouderens mishandeling?' En: 'Gek dat Nederland een relatief hoge dichtheid heeft aan institutionele bedden.' De boodschap is vervolgens: 'Weg met die instituties en bouw de AWBZ zo spoedig mogelijk af. Echte zorg dichtbij huis moet weer een plek krijgen in de samenleving. Burgers, ook de kwetsbare, moeten daartoe nadrukkelijk zelf initiatieven nemen en pas voor professionele hulp aankloppen als ze het echt niet meer zelf en met hun omgeving redden.'

Onrust

Deze vaak polariserende opvattingen schieten hun doel voorbij. Ze veroorzaken eerder onrust – niet in de laatste plaats bij kwetsbare

mensen zelf – dan dat ze bijdragen aan vernieuwende en vooral duurzame oplossingen. Ik doe daarom nog maar eens een meer constructieve poging.

Laten we eerst erkennen dat sinds de AWBZ in 1968 van kracht werd, er ook veel goeds is gebeurd in de chronische zorg in Nederland. De langdurige zorg heeft zich enorm kunnen ontwikkelen en in vergelijking met andere landen een zeer acceptabel kwaliteitsniveau bereikt, ook al wekken de media een ander beeld door af en toe voorkomende incidenten breed uit te meten. Tijdens bezoeken aan zorgvoorzieningen voor ouderen en gehandicapten elders in Europa en in de Verenigde Staten merk ik dat men toch veelal met enige jaloezie kijkt naar wat een wet als de AWBZ voor fragiele ouderen, gehandicapten en andere chronisch zieken heeft kunnen betekenen. Ik beperk me nu vooral tot de institutionele ouderenzorg. We moeten ons realiseren dat de AWBZ een rationele bestaansgeschiedenis heeft gehad en dat de ontwikkeling en groei van zorginstellingen amenhangen met historische fenomenen en steeds paste bij de veranderende tijdsbeelden in ons land.

Verzorgingshuizen zijn altijd sterk gelieerd geweest aan volkshuisvesting. Verpleeghuizen daarentegen hebben hun wortels in de gezondheidszorg. Aan het einde van de achttiende eeuw ontwikkelen de gast- en godshuizen zich tot tehuizen voor oudelieden en pensiontehuizen met een uniform verzorgingspakket. Na de oorlog krijgen deze tehuizen een nieuwe



De langdurige zorg in Nederland heeft in vergelijking met andere landen een zeer acceptabel kwaliteitsniveau bereikt.

beeld: HH, Marco Okhuizen

De discussie over de AWBZ wordt niet altijd zuiver gevoerd

impuls. Vanwege de woningnood, die piekte in de jaren zestig, worden veel ouderen in bejaardenoorden, de huidige verzorgingshuizen, en pensions gehuisvest. De verzorgingshuizen staan vervolgens ook model voor de succesvolle ontwikkeling van de aanleunwoningen.

De verpleeghuissector is juist ontstaan om kwetsbare ouderen met zeer complexe problematiek, die uitbehandeld waren in het ziekenhuis, goede verzorging te bieden.

De status-quo van de huidige institutionele sector is daarom logisch. Tot op de dag van vandaag wordt er veel energie gestoken in de kwalitatieve doorontwikkeling van deze sector en het resultaat mag er zijn: moderne zorginstellingen die al lang niet meer lijken op de traditionele ziekenhuisachtige instituten. Het zijn mooie, 'genormaliseerde' en vooral ook meer kleinschalige en beter over het land verspreide woonzorgcomplexen met veel aandacht voor een juiste balans tussen wonen (privacy), welzijn (gastvrijheid) en cliëntgerichte zorgverlening op maat. Ze hebben een goede zorginfrastructuur en kennen een hoog professioneel deskundigheidsniveau met goede bereikbaarheid voor de zorg-

vragers, die over het algemeen best tevreden zijn. Ook de openheid naar de samenleving is sterk toegenomen. Ik durf daarom te beweren dat we de kwaliteiten van deze chronische zorg moeten behouden voor de toekomst. De huidige chronische-zorgsector is niet verfoeilijk, maar juist betrouwbaar.

Grenzen

Dat neemt niet weg dat een zorgsysteem en de erbij passende wetgeving altijd grenzen kennen. Grenzen die niet alleen worden beïnvloed door demografische, politieke en financiële ontwikkelingen maar ook door zorginhoudelijke afwegingen en niet in de laatste plaats door veranderende voorkeuren van zorgvragers zelf. Evident is dat de vergrijzing zijn tol gaat eisen en ook dat in de AWBZ in de afgelopen decennia veel oneigenlijke elementen zijn opgenomen, waaronder de inmiddels beruchte rollator en functies als ondersteunende en activerende begeleiding.

Daardoor groeien de kosten van de gezondheidszorg en dat kan niet ongebreideld doorgaan. Duidelijk is ook dat we niet alle kwetsbare ouderen in zorginstellingen willen stoppen. De capaciteit van de intramurale sector kan immers onmogelijk gelijke tred houden met de vergrijzing en het past ook zeker niet bij de

SAMENVATTING

- De economische crisis heeft de discussie over de toekomst van de ouderenzorg weer aangewakkerd.
- Om de groei van de zorgkosten (vooral AWBZ) te beteugelen, moet er ingegrepen worden.
- Bij deze modernisering moeten we het goede uit het verleden echter niet opgeven.

wensen van kwetsbare burgers, die het liefst in hun eigen omgeving oud willen worden. Verder is duidelijk dat iedereen hoe dan ook meer zelf zal moeten investeren in zijn eigen oude dag, of die nu wel of niet met gebreken gepaard gaat. Een overheid die zorgt van wieg tot graf bestaat niet meer.

Toekomstbestendige zorg

Steeds meer zullen kwetsbare en hulpbehoevende ouderen gewoon in hun eigen woonomgeving blijven wonen. De zorg voor hen zal anders moeten worden vormgegeven; maar in mijn optiek wel nadrukkelijk vanuit de van oudsher gelegde basis! We moeten op weg naar een toekomstbestendige ouderenzorg, deels ondersteund door innovatieve (zorg)technologische mogelijkheden en deels door de informele en formele zorg. Deze moet echt anders worden georganiseerd, namelijk vooral samen met en dichtbij de kwetsbare ouderen zelf. Burgers (als potentiële cliënten) zullen via preventieprogramma's gestimuleerd moeten worden om 'zo gezond mogelijk oud te worden' en vooral ook zelf proactief in te spelen op eventuele toekomstige kwetsbaarheid en hulpbehoevendheid. Denk aan veilig wonen, versterking van het eigen sociale netwerk en

het streven naar duurzame participatie. Woningcorporaties moeten bijpassende levensloopbestendige woningen realiseren. De nog steeds aanwezige muren tussen de verschillende gezondheidszorgechelons

moeten worden geslecht. Zorgprofessionals moeten hun ivoren torens verlaten en nu echt transmurale gaan samenwerken, het liefst in multidisciplinaire buurtteams, waarin naast de huisarts, de praktijkverpleegkundige, de wijkverpleegkundige en de specialist ouderengeneeskunde ook maatschappelijk werkers, welzijnswerkers en anderen zijn opgenomen. Het gaat om teams die dicht bij de burgers staan en oog hebben voor wonen, welzijn, participatie en zorg, en die integrale langdurige zorg verlenen. Daarmee krijgen ook de gemeenten een nadrukkelijke rol, onder meer via de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). Samen met de zorgprofessionals in buurtteams moeten gemeenten zorgen voor wijksteunpunten waarop burgers, kwetsbaar of niet, kunnen terugvallen. Steunpunten ook, van waaruit de genoemde multidisciplinaire buurtteams actief kunnen bijdragen aan het faciliteren van

het voor zoveel mogelijk burgers voorgestane *ageing in place*.

Moderne instellingen

In dit model is ook nog steeds plaats voor de moderne instellingen, de eerder genoemde nieuwe woonzorgcomplexen. Zij bevatten nu vaak nog zowel verzorgingshuis- als verpleeghuisplaatsen, doch de verwachting is dat ze, binnen de bestaande capaciteit, in de toekomst alleen nog maar de zwaarste cliëntcategorieën zullen huisvesten; en dan wel op een bij de eisen van de tijd passende wijze.



beeld: HH, Frank Muller

Instellingen zullen alleen nog de zwaarste categorie cliënten huisvesten



Eerdere MC-artikelen over dit onderwerp en de voetnoten vindt u bij dit artikel op www.medischcontact.nl.

De centrale voorzieningen van deze moderne en open woonzorgcentra kunnen mede een rol gaan vervullen als zichtbare wijksteunpunten, vooral ook omdat ze tegenwoordig steeds beter over de stadswijken en dorpen verspreid zijn. Eerstelijnsgezondheidszorgvoorzieningen, zoals een gezondheidscentrum, apotheek of paramedische praktijk kunnen er zelfs in opgenomen worden, waarmee ook letterlijk grenzen weggenomen worden die nu nog de transmurale samenwerking hinderen en de weg richting een proactieve en integrale eerstelijnsouderenzorg bemoeilijken. Want uiteindelijk willen we dat einddoel bereiken.

Een helder overheidsbesluit dat er vanaf nu geen enkel institutioneel bed meer zal bijkomen, zou daarvoor overigens een dwingende katalysator vormen en deze ontwikkeling uitstekend ondersteunen. Ik zou daarbij bewondering hebben voor een overheid die haar burgers én het hele woon-, zorg en welzijnsveld blijft uitdagen om, via transformatie en innovatie, het geschetste scenario naar een toekomstbestendige langdurige zorg ook daadwerkelijk gezamenlijk te realiseren. **mc**