

Kabinet legt met bezuinigingen druk op eigen beleid

Integrale ouderenzorg loopt gevaar

Anton Maes,
huisarts, bestuurslid
Stichting de Vrije Huisarts,
portefeuillehouder Ouderenzorg
Huisartsengroep Hagenau,
Dieren

Correspondentieadres:
a.maes@hagenau.nl;
c.c.: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling
gemeld.

beeld: ANP Photo

Het kabinet is voorstander van maatwerk in de ouderenzorg en stelt een groot aantal hervormingen in het vooruitzicht. Maar er wordt ook royaal bezuinigd. Het is de vraag of dit strookt, zegt huisarts Anton Maes.

In het regeerakkoord van het nieuwe kabinet Rutte-Asscher is een prominente plaats ingeruimd voor hervorming van de AWBZ. Voor ouderen houdt deze hervorming een omslag in naar meer maatwerk, meer zorg in de buurt in plaats van in een instelling – extramuralisering – en meer samenwerking tussen zorgverleners.¹ Delen van de huidige AWBZ-zorg worden overgeheveld naar de WMO/gemeenten, een ander deel gaat naar de ZVW. Wat overblijft is een ‘romp-AWBZ’ voor gehandicapten en de meest kwetsbare ouderen met een zorgzwaartepakket (ZZP) van 5 en hoger. Deze wijzigingen hebben consequenties voor de ouderen en hun naasten, voor instellingen en zorgverleners. Tegelijkertijd wordt het steeds duidelijker dat voor ouderenzorg een aanpak nodig is die medische zorg integreert met preventie, care en welzijn. Ouderen kampen immers met meerdere aandoeningen en problemen tegelijk, en het is juist die opeenstapeling van beperkingen die ouderen kwetsbaar maakt.² De vraag ligt voor wat de impact is van dit regeerakkoord voor de cure en care van ouderen. Dragen de voorgestelde maatregelen zinvol bij aan het gewenste integrale zorgaanbod? En wat zijn de kritieke succesfactoren om met deze beleidsmaatregelen integrale ouderenzorg tot een succes te maken?

Loodzware opgave

Wat allereerst opvalt zijn de enorme kortingsbedragen die gepaard gaan met deze transitie. Van de 17 miljard euro ombuigingen na vier

jaar neemt in 2017 de zorgsector 32,4 procent voor haar rekening, waarvan 2,5 tot 3 miljard op ouderenzorg. Nu de gemeenten binnen de WMO de begeleiding en verzorging, zowel op persoonlijk als op groepsniveau, gaan uitvoeren, moeten gemeenten dit zien te realiseren met slechts 75 procent van het eerdere centrale AWBZ-budget.

Dit betekent dat veel burgers geen aanspraak meer kunnen maken op deze zorg. Huishoudelijke hulp wordt een maatwerkvoorziening voor degenen die het echt niet kunnen betalen. Tel je deze maatregelen bij elkaar op, dan worden er met dit nieuwe beleid méér cliënten uit een instelling naar extramuraal overgeheveld, met een veelal hogere zorgzwaarte dan voorheen bij toelating tot zorginstellingen. Zij zullen in de nabije toekomst binnen de WMO geholpen moeten worden met een lager budget dan voorheen. In 2015 wordt de ondersteunende zorg aan huis, zoals hulp bij aan- en uitkleden, door gemeenten georganiseerd en, als gezegd, alleen nog verleend aan mensen met een laag inkomen. Zowaar een loodzware opgave voor de 408 gemeenten in Nederland om dit beleid vorm te geven. Zij krijgen weliswaar veel ruimte om eigen beleid te maken, maar de financiële kaders liggen vast. Bovendien zijn de uitvoeringskosten van de WMO op dit moment acht keer hoger dan die van de AWBZ.³ Door een groter deel van de ouderenzorg op gemeentelijk niveau te regelen, bestaat bovendien het risico op willekeur. Omdat de wijkverpleging via de ZVW wordt betaald, moet de patiënt aankloppen bij twee



loketten en dreigt fragmentatie in de persoonlijke zorgverlening. Ofwel: hoezo 'de patiënt centraal'? Waar zit met deze transitie voor hem of haar nu de winst?

Ook op de 'zorgenden' is de impact van de bezuinigingen groot. Van de ruim 3,5 miljoen mantelzorgers is het aantal dat ernstig belast is, in zeven jaar met de helft toegenomen.⁴ Slechts

27 procent van de verpleegkundigen en verzorgenden denkt te kunnen doorwerken tot hun pensioen.⁵ En 70 à 80 procent van de huisartsen ziet verschijnen van overspannenheid bij zichzelf of collega's.⁶

Met de te nemen maatregelen van dit kabinet krijgen mantelzorgers en eerstelijnsverwerkers meer werk op hun bord. Terwijl de dreigende tekorten op juist die arbeidsmarkt een van de knelpunten vormden die de SER in 2012 heeft beschreven.⁷

Signaalfunctie weg

De vergrijzing zet door en zal pas rondom 2040 haar hoogtepunt bereiken.⁸ Omdat de meeste

ziekten vooral bij ouderen voorkomen, zal de ziektelast onder hen toenemen en daarmee ook het zorggebruik.⁹ Al in 2005 stelde het Nivel dat voor de periode 2005-2020 de stijging van het huisartsenzorgaanbod (11,5%) de groei van de vraag naar huisartsenzorg (13-20%) niet kan bijbenen. Ook voor de thuiszorg heeft dit consequenties.¹⁰ Hoewel de komende jaren op grotere schaal wijkverpleegkundige zorg wordt ingezet, moet de bekostiging volgens het regeerakkoord komen uit de opbrengst van zorgsubstitutie van tweede naar eerste lijn. Maar deze substitutiegelden waren toch onderdeel van de *shared savings* van de – ook door dit kabinet aangeprezen – populatiebekostiging? Ook is het, met het scheiden van zorg en wonen en gezien de zorgzwaarte, de vraag of er wel voldoende aangepaste woningen beschikbaar zijn. ZZZ 4 bijvoorbeeld betekent beschut wonen met intensieve begeleiding en uitgebreide verzorging. Dit is nu nog veelal wonen in een verzorgingshuis of verpleeghuis, dus intramuraal, bedoeld voor mensen die bijvoorbeeld zo vergeetachtig zijn dat ze steeds in gevaarlijke situaties terechtkomen. Of slechthorend of slechtziend zijn. Of

Met het nieuwe beleid worden meer cliënten naar extramuraal overgeheveld


SAMENVATTING

- Transitie van de AWBZ naar WMO en ZVW gaat voor ouderenzorg in de komende vier jaar gepaard met een korting van 2,8 miljard euro.
- Het nieuwe regeerakkoord verplaatst de verantwoordelijkheid voor delen van de thuiszorg van Den Haag naar de gemeenten (verzorging) en naar de ZVW (verpleging).
- Dat komt de integratie van cure en care met name in de ouderenzorg niet ten goede.

zeer lang opgenomen zijn geweest in een psychiatrische instelling. Mensen die veel hulp nodig hebben bij de dagelijkse dingen: wassen, aankleden, opstaan en naar bed gaan, toiletgang. Hun eigen leven niet zelf kunnen organiseren en steeds iemand direct in de buurt nodig hebben. Maar juist deze zorgbehoevende mensen met ZZP 4 moeten straks rond 2017 met het nieuwe regeringsbeleid buiten de instelling, dus extramuraal, geholpen worden. Meer mensen zullen dus, uit een lager collectief betaald budget, geholpen moeten worden. Het wegvallen door bezuinigingen van een deel van de begeleiding, verzorging en huishoudelijk hulp – care – betekent bovendien dat de signaalfunctie van deze helpers wegvalt. Onvoldoende care leidt tot cure, zo weten we.

Teamwork

Onomstreden lijkt de aanpak om de regie en zorgcoördinatie van kwetsbare ouderen in thuissituaties primair te laten uitvoeren door een eerstelijns geriatrisch netwerk met diverse disciplines. Wat betreft de coördinatie van medische problemen – cure – lijkt de huisarts, samen met de praktijkondersteuner, de aangewezen persoon.¹¹ De coördinatie van de care is in goede handen bij de wijkverpleegkundige.¹² Waar regulier de huisartsenzorg vraaggericht werkt, daar wordt in de ouderenzorg voor kwetsbare ouderen gepleit voor een meer proactieve werkwijze. Ondersteunend en complementair hieraan is de inzet van de specialist ouderengeneeskunde of geriater: als consulent of medebehandelaar nu al onmisbaar. Ouderenzorg is meer dan ooit teamwork.

Niemand twijfelt eigenlijk meer aan het nut van integrale ouderenzorg. Maar of dat gaat stroken met de overige maatregelen uit het regeerakkoord, zal van veel factoren afhangen. Wil het ouderenbeleid een succes worden, dan is het noodzakelijk om die factoren helder te benoemen en tegen elkaar af te wegen. Zijn de veranderingen in wetgeving, de inhoudelijke zorg, de motivatie van zorgverleners, de gewijzigde randvoorwaarden en de logistiek, in samenhang daadkrachtig genoeg om de juiste integrale ouderenzorg te leveren? De weging van deze factoren moet nu, tijdens de transitiefase, al gebeuren. 

veldwerk

Schrik

De staatssecretaris (VWS) is geschrokken. Geschrokken van het grote aantal mensen dat tijdens de jaarwisseling met alcoholproblemen op de Spoedeisende Hulp verscheen. Het werd tijd. Wist de staatssecretaris dan niet dat alcoholgebruik – volgend op roken, maar daar doen we eindelijk wat aan – de *most preventable cause of death* is? En dan hebben we 't nog niet eens over de morbiditeit die alcohol bij de omgeving van de gebruiker induceert. Maar, zult u zeggen, er gebeurt nu eindelijk wat: de leeftijd waarop alcohol legaal kan worden verkregen, is immers verhoogd naar 18 jaar. De argumentatie voor de maatregel – in de woorden van dezelfde staatssecretaris – is echter bijna even schokkend als zijn ervaring op oudejaarsnacht: 'zodat nog duidelijker wordt dat alcohol schadelijk is voor jongeren'. Voor jongeren, vat u 'm? Niet voor volwassenen, is de impliciete boodschap. Alcohol is natuurlijk net zo slecht voor volwassenen als voor pubers. Trouwens, de staatssecretaris had ook wel mogen schrikken van het aantal slachtoffers dat die nacht voor lichamelijk letsel op de SEH verscheen. Dat wij het aanvaardbaar vinden dat jaarlijks honderden mensen letsel oplopen vanwege het vrij verkrijgbare vuurwerk dat zij zelf onkundig mogen afsteken, is bijna net zo primitief als onze misplaatste tolerantie voor alcohol. Wat de schade vanwege vuurwerk betreft zijn enkele medische verenigingen wakker geworden en hebben waarschuwend geluiden laten horen. Het is echter de taak van de gehele beroepsvereniging om duidelijk te maken dat de tolerantie voor alcohol én vuurwerk misplaatst is. Als we als maatschappij tolerant willen zijn, heb ik nog wel een aantal suggesties dat zich daar beter toe leent dan het aanvaarden van de schade die door alcohol (en vuurwerk) wordt veroorzaakt. Laten we er iets aan doen nu de schrik er nog in zit.

René Kahn
psychiater



Een eerder MC-artikel over dit onderwerp vindt u bij dit artikel op www.medischcontact.nl.

/veldwerk