

Symposium Anders oud, andere zorg (?)

A. M. DE WIT-SAUTER

Driedubbele vergrijzing, het plan Dekker, flankerend beleid, zorgsubstitutie, zorgintegratie, flexibilisering, zorg-opmaat, zorg gedekt door "de mantel der liefde" . . . kortom, waar gaan we met z'n allen op onze oude dag naar toe? Hogeschool Diedenoort organiseerde in samenwerking met de Landbouwuniversiteit op 16 november jl. een symposium over veranderingen in de zorg voor ouderen.

De grenzen aan de groei van de gezondheidszorg tekenen zich begin jaren tachtig duidelijk af. De exponentiële groei in de jaren daarvoor moet worden teruggedrongen wil de gezondheidszorg betaalbaar blijven, vooral in het licht van de komende vergrijzing, en de overheid komt met drastische maatregelen. Wat dat beleid voor gevolgen heeft voor de kwaliteit van de zorg voor ouderen is op het symposium "Anders oud, andere zorg (?)" uitvoerig aan de orde gekomen. In de ochtendessies wordt het overheidsbeleid onder de loupe genomen door Van der Horst (directeur van enige intramurale instellingen), Knapen (St. Social Research), Bode (voormalig vicevoorzitter FNV) en Muijsenbergh-Geurts (voorzitter Indicatiecommissie Bejaardenoorden). 's Middags worden in zes workshops enkele recente vernieuwende projecten gepresenteerd.

Ouderen van nu en straks

Over wie hebben we het eigenlijk als we over ouderen praten? Drs. C. J. W. van der Horst: "De huidige tachtigjarige is geboren in 1909 en behoort tot een generatie die gemiddeld 65 jaar werd. Men heeft veelal de lagere school niet afgemaakt. Slechts een kleine groep van rond de 20% heeft vervolgonderwijs genoten. Hij of zij is opgegroeid met eenvoudige levensverwachtingen en beperkte mogelijkheden."

Maar er is veel aan het veranderen. Het geboortecijfer daalt, opleiding en mobiliteit nemen toe, de gemiddelde leeftijd stijgt. Dit be-

tekent dat het aantal 65-plussers sterk toeneemt, ook het aantal hoogbejaarden stijgt en er zijn minder kinderen die hulp kunnen bieden. Bovendien zijn die kinderen vaak al zo oud dat ze zelf op zorg aangewezen zijn: een driedubbele vergrijzing.

In 1950 was 7,7% van de Nederlandse bevolking ouder dan 65 jaar, in 1985 was dit 12% en in het jaar 2000 zullen 2,2 miljoen mensen van 65 jaar en ouder en een half miljoen van 80 jaar en ouder in Nederland aanwezig zijn. In 2030 moeten we daar nog eens 50% bijtellen. Deze bejaarden zijn ruimer georiënteerd, verwachten meer van het leven; de bejaarde van morgen zal mondiger zijn, meer uitgesproken persoonlijke interesses hebben en zeker lastiger zijn. Dit betekent echter niet dat iedereen zich kan verzekeren van een Zwitserlevengevoel, hoezeer de commercie de WEPS (welgestelde positieve senioren) of hun Amerikaanse lotgenoten, de "grampies" (growing retired active monied people in an excellent state) ook in 't spotlight tracht te zetten. Vooral voor de hoogbejaarden geldt dat beeld niet, deze groep bestaat voor een groot deel uit zorgbehoevende alleenstaande vrouwen met een laag inkomen.

Verschuivingen in de bevolkingssamenstelling zullen onmiskenbaar gevolgen hebben voor de vraag naar gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening.

Wie zal dat betalen?

Voor zover ouderen zichzelf niet meer kunnen verzorgen en de nodige hulp(middelen) niet kunnen betalen zullen de verzorging en de kosten daarvan moeten worden opgevangen door de actieven in onze samenleving. Samen met het gegeven van de in de jaren zestig en zeventig al sterk oplopende kosten van de gezondheidszorg is er toch geen reden voor paniek volgens Van der Horst. Hij stelt vast dat, als gevolg van overheidsingrijpen, de kosten van de gezondheidszorg sinds 1984 met gemiddeld slechts 2,7% stijgen. Dit vooral door de omschakeling van een "open end output financiering" naar een "budget financiering" sinds 1983. Bovendien blijkt uit cijfers van de

OUDE
Ziek
hou
gus
derl
zond
toch
leid
mo
colle
zing

Fin

Vóór
een
pres
tarie
pres
De k
afloc
het
vorm
tot k
hele
Per
ring
Brec
• C
waa
gem
wac
• S
ling
• T
mog
den,
De b
het
fin
voor
ver
sidie
lede
slec
en o
En d

Het

In 1
drac
behe
verd
kost
maa
geric
mati
aant
hoef
banc
de ti

Ziektenfondsraad dat tot het jaar 2015 de verhouding actieven/niet-actieven alleen maar gunstiger wordt. Internationaal gezien is Nederland ook geen uitschieter als het om gezondheidszorg gaat. Dit neemt niet weg dat er toch iets moet gebeuren. Bij onveranderd beleid zal de omvang van het personeel met 24% moeten stijgen ten opzichte van 1985 en de collectieve uitgaven met 40% om de vergrijzing tot het jaar 2000 op te vangen.

Financiering van de gezondheidszorg

Vóór 1983 bestond er in de intramurale sector een open end output financiering. Voor iedere prestatie werd volgens strikte richtlijnen een tarief vastgesteld; het totaal aan geleverde prestaties werd volgens dat tarief afgerekend. De kosten van de zorg konden dus pas na afloop van enig jaar worden vastgesteld. Voor het management in de intra-murale zorg vormde dit systeem bepaald geen stimulans tot kostenbeheersing, en de overheid had er helemaal geen greep op.

Per 1 januari 1983 geldt een budgetfinanciering (verder uitgewerkt door de commissie Bredero) met als uitgangspunten:

- Capaciteits- en produktgebonden kosten, waardoor vooraf afspraken over het budget gemaakt kunnen worden op basis van de verwachte produktie.
- Substitutievrijheid; onderlinge uitwisseling tussen kostensoorten is nu wel mogelijk.
- Taakstelling; overschotten op het budget mogen door de instellingen behouden worden, maar tekorten worden niet meer gedekt. De beheersing van de kosten was echter niet het enige probleem. Wat bleef waren de vele financieringsvormen, met name in de zorg voor ouderen: het ziekenfonds, de particuliere verzekeraars, de A.W.B.Z., de premies en subsidies, de eigen bijdragen en de eigen risico's. Iedereen bewaakt zijn eigen pot, en dat is een slechte basis voor flexibilisering, substitutie en onderlinge afstemming van zorgverlening. En dus komt er een nieuwe commissie . . .

Het plan Dekker

In 1986 krijgt de commissie Dekker de opdracht om in hoofdlijnen te adviseren over de beheersing van volume-ontwikkeling, over verdere herziening van het stelsel van ziektekostenverzekeringen en over deregulering. In maart 1987 komt het plan Dekker op tafel, gericht op het tot stand brengen van een doelmatig stelsel, dat voldoende flexibel is om het aanbod goed te laten aansluiten op de behoefte aan zorg in de samenleving. In dit verband wordt voorgesteld de financiering van de totale zorg onder te brengen in een ver-

zekeringsstelsel, waar dan ook de bejaarden-oorden, de gezinszorg, het maatschappelijk werk en de sociaal-pedagogische zorg onder vallen. Substitutiebeleid is daarbij het sleutelwoord (model 1 p. 157).

Wat veel discussie-stof doet opwaaien is de opsplitsing in een voor iedereen verplichte basisverzekering en een vrijwillige aanvullende verzekering. H. A. Bode fulmineert in zijn bijdrage in duidelijke vakbondstaal tegen deze opzet. De basisverzekering (85%) is weliswaar gerelateerd aan het inkomen, maar er is een plafond ingebouwd, 10% nominale premie en de mogelijkheid van eigen risico, zodat er van solidariteit tussen hoge en lage inkomens maar zeer beperkt sprake is. De verwachting is ook dat lang niet iedereen een aanvullende verzekering zal nemen, zodat deze onbetaalbaar wordt voor mensen die geen financiële risico's kunnen dragen. Bovendien wordt ook de solidariteit tussen weinig zorg behoevend en veel zorg behoevend hiermee doorbroken.

Het gevaar is groot, aldus Bode, dat de economisch zwakkeren weer aangewezen raken op "zelf dokteren": hierbij krijgt dan ook de handel in nep-geneesmiddelen nieuwe kansen. Het plan Dekker moet in ieder geval bijgesteld worden volgens het solidariteitsprincipe. Kortom, van Bode mag het best basisverzekering blijven heten, als het maar een echte volksverzekering wordt.

Er zijn ook tekenen dat het die kant uitgaat in het nieuwe regeerakkoord: onder druk van de PvdA en in het licht van Europa 1992 lijkt een volksverzekering een kans te maken.

Een ander kenmerk van het plan Dekker is dat het pakket in de basisverzekering functioneel wordt omschreven: de vergoeding geschiedt op basis van zorgfuncties, ongeacht door wie ze worden verleend. Dit moet de weg vrij maken voor substitutie en voor vrije concurrentie. Of dat wel "lekker gaat met Dekker" blijft echter de vraag. In ieder geval is duidelijk dat zowel bij de gezondheidsinstellingen als bij de verzekeraars de laatste jaren veel fusies plaatsvinden om sterker te staan in de concurrentiestrijd.

Vernieuwingen in zwart/wit

Drs. M. H. J. M. Knapen legt het accent op de negatieve zaken die bij onderzoek naar de vernieuwingen in de zorgverlening naar voren zijn gekomen. Hij constateert dat de substitutie van tweedelijns-hulp naar eerstelijns-hulp averechts werkt als daarmee de eerstelijns-hulp overbelast raakt. Van de beddenreductie in het totaal van de intra-murale voorzieningen is niets terecht gekomen; de groei is al-

leen afgeremd. Sinds 1980 zijn de kosten voor eerstelijns hulp sterk gestegen, de capaciteit is echter niet verruimd, wel hebben de huisartsen volgens Knapen winst geboekt (betere pensioenen en vestigingsvoorwaarden e.d.). Bij de experimenten met thuisverpleging signaleert hij dat de zorgverlenende instanties ieder hun eigen intake organiseren; dat betekent dubbel werk dus dubbele kosten. Bovendien ontbreekt een onafhankelijke derde voor de bepaling wie welke zorg verleent. Kijken we naar de vraag naar hulpmiddelen voor thuiszorg, dan blijkt het vooral te gaan om ondersteuning van de dagelijkse verzorging; voor medische hulpmiddelen is weinig belangstelling. De vage normen voor opname-indicatie geven blijkbaar ruimte om bij enige medische zorgbehoefte al snel naar intramurale zorg te verwijzen.

Het particuliere verpleegbureau is in opkomst. Deze kan met lagere tarieven werken omdat CAO-binding ontbreekt. Wanneer echter dit zorgaanbod alleen via het Kruiswerk ingezet kan worden, wordt ook alleen het Kruiswerk daar beter van.

Waar gaat het uiteindelijk om?

Wie is die oudere eigenlijk en waar heeft zij/hij nu echt behoefte aan? Van de drie generaties ouderen (55-65, 65-80 en 80+) licht M. J. C. van den Muijsenbergh-Geurts de oudste generatie eruit. Zij is het meest kwetsbaar en het meeste zorgbehoefig. Kenmerkend voor vele hoogbejaarden is het isolement waarin zij vaak leven; er is niemand meer waarmee zij hun geschiedenis kunnen delen en hun mobiliteit is sterk afgenomen. Voor velen geldt dat hun dagen leeg zijn, zij voelen zich ook onveilig en uit hun bestaan is de rek verdwenen: "het hoeft allemaal niet meer". Deze broze oudjes kunnen dan een legertje zorgverleners op hun dak krijgen, die vooral geschoold zijn in het aanbieden van partiële oplossingen vanuit hun eigen mogelijkheden, volgens een ideaal model. Het hoeft in deze omstandigheden geen verbazing te wekken als de - ongetwijfeld goedbedoelde - adviezen dan niet opgevolgd worden: er wordt te weinig naar de totale situatie van de hoogbejaarde gekeken, er wordt te weinig onbevooroordeeld geluisterd door de hulpverleners.

De gesegmenteerde organisatie van de zorgverlening vraagt erg veel van de coördinatie. Hulpverleners geven zelf vaak aan liever geïntegreerde hulp te bieden en voor de cliënt is een groot aantal gespecialiseerde hulpverleners een duidelijk nadeel.

Thuishulp hoeft ook niet in alle omstandigheden de beste oplossing te zijn, intra-murale

opnamen moet mogelijk blijven; capaciteitsuitbreiding is onontkoombaar wil substitutie van zorg in de voor de cliënt gewenste richting mogelijk worden.

Workshops: vernieuwingen in de gezondheidszorg

De centrale voor Thuiszorg in Nieuwegein fungeert als dat zo begeerde éne loket, waar de cliënt alle beschikbare zorg kan krijgen, ook als er sprake is van intra-murale opname. Dit laatste is belangrijk voor het realiseren van de substitutiedoelstelling. Om de nadelen van de diverse financieringsstromen op te vangen worden door de samenwerkende instellingen de eigen 50+ budgetten (minus vaste kosten) in een centrale kas gestort; dit fonds wordt naar zorgfunctie toegedeeld. Een dergelijke samenwerkingsvorm blijkt niet eenvoudig te realiseren, maar voor de cliënt zijn de voordelen onmiskenbaar: een herkenbaar en 24-uur bereikbaar hulpcentrum dat snel kan reageren en een flexibel inzetbare hulp ter beschikking heeft. De eerste drie jaar legt de overheid daar nog 4,5 miljoen gulden bij, het is de vraag of een dergelijke verbetering van de hulpverlening het in de toekomst zonder extra subsidie zal kunnen stellen.

In de binnenstad van Amsterdam werd geconstateerd, dat ouderen de weg naar hulpverlening onvoldoende weten te vinden; het experiment Ouderenadviseurs tracht daarom de vraagzijde te reguleren. Hiertoe is een aparte stichting opgericht met bevoegdheid tot intake en indicatiestelling. De deelnemende organisaties leveren ieder een ouderenadviseur, die speciaal getraind wordt in het actief luisteren en het bedenken van creatieve oplossingen. Het betekent natuurlijk wel nog een organisatie erbij naast alle bestaande, maar als sterk punt wordt de onafhankelijke indicatiestelling genoemd.

Nieuwkomers op de markt van welzijn en geluk zijn ook de particuliere bureaus voor thuiszorg. De Stichting Dienstverlening Thuiszorg biedt een breed spectrum aan thuiszorg, waarbij ook getracht wordt het aantal hulpverleners zo beperkt mogelijk te houden. Voor kwaliteitsbewaking is men aangewezen op het marktmechanisme; bij dementerende patiënten werkt dat natuurlijk niet, maar dan zijn er ook andere deskundigen (vanuit het Kruiswerk bijvoorbeeld) bij de zorgverlening ingeschakeld en deze kunnen dan die rol overnemen. Deze bureaus opereren zowel in concurrentie met, als in aanvulling op, de traditionele zorgverlenende instanties.

Ook vrijwilligersorganisaties zetten zich in

capaciteits-
substitutie
nste richting

in de

Nieuwegein
loket, waar
kan krijgen,
ale opname,
et realiseren
n de nadelen
omen op te
verkende in-
tten (minus
s gestort; dit
gedeeld. Een
blijkt niet
oor de cliënt
een herken-
centrum dat
el inzetbare
rste drie jaar
iljoen gulden
lijke verbete-
de toekomst
stellen.

am werd ge-
g naar hulp-
vinden; het
acht daarom
ertoe is een
bevoegdheid
De deelne-
er een oude-
ind wordt in
ken van cre-
nt natuurlijk
naast alle be-
ordt de onaf-
nemd.
velzijn en ge-
us voor thuis-
ing Thuiszorg
in thuiszorg,
aantal hulp-
houden. Voor
ngewezen op
nterende pa-
et, maar dan
n (vanuit het
zorgverlening
dan die rol
eren zowel in
ing op, de tra-
ties.

etten zich in
december 1989

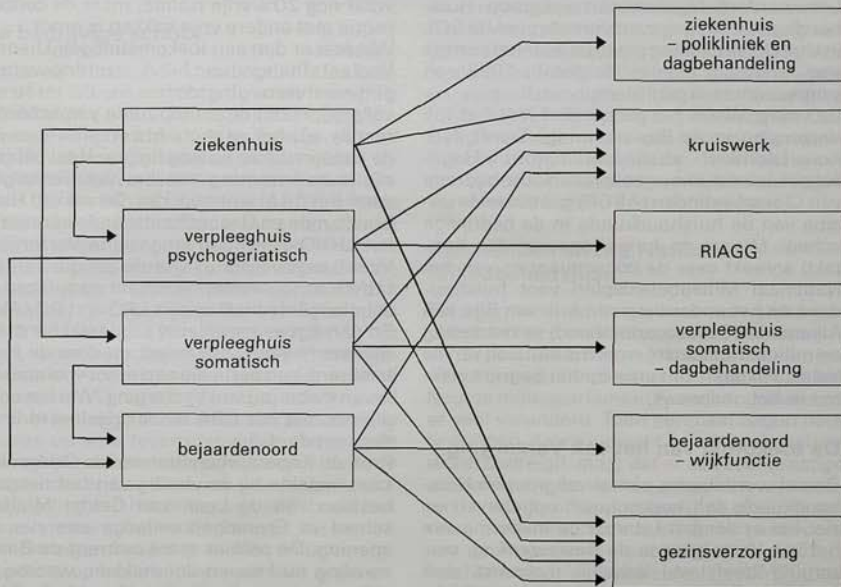
voor thuiszorg, zoals bijvoorbeeld de Stichting hulpgroep Thuis Sterven in Nijmegen. Zij onderscheiden zich daarbij van de taakgerichte gezinszorg, door ook de oppas en waakfunctie op zich te nemen. De doelstelling is de mantelzorgers te ondersteunen. Alleen de bureaukosten, de verzekeringen en de coördinator van deze terminale thuiszorg moeten worden betaald, maar het ziet er naar uit dat zelfs hiervoor in de nabije toekomst geen geld meer beschikbaar is.

Oktober 1989 zijn er in Baarn en Soest 8 patiënten met verpleeghuisindicatie die thuis verpleegd worden via een experimenteel substitutieproject. De bedoeling is dat 40 patiënten in deze regio aan dit project gaan deelnemen. Voor het totaal aan thuishulp is f 200,- per patiënt per dag beschikbaar; de zorgverlening geschiedt onder verantwoordelijkheid van verpleeghuis Birkhoven in Amersfoort, maar de huisarts draagt de medische verantwoordelijkheid. Het project wordt over drie jaar geëvalueerd. De verwachting is dat ongeveer een kwart tot eenderde van de

patiënten voor een dergelijke substitutie in verzorging in aanmerking komen, waarbij het aandeel van de somatisch-geriatrische patiënten duidelijk groter zal zijn dan van de psycho-geriatrische patiënten. Nu al blijkt dat dagbehandeling een essentieel onderdeel uitmaakt van de thuiszorg, maar op dit moment zijn de centra voor dagbehandeling nog gekoppeld aan de verpleeghuizen.

Dan nog een controversieel lijkend onderwerp op deze dag: fusies binnen het kruiswerk. Is er nog wel plaats voor een monodisciplinaire fusie, als er al zoveel multidisciplinaire samenwerking tot stand moet komen? Budgetfinanciering maakt fusie van de 44 kruisorganisaties tot een noodzaak, bovendien kan een grote organisatie professioneler management aantrekken. Er is gestreefd naar een decentraal model, zodat regionale integratie van de totale zorgverlening toch mogelijk blijft. De problemen met de plaatselijke besturen hoopt men op te lossen door de ledenorganisaties los te koppelen van de werkorganisaties.

Model 1. Substitutie van tweedelijns- naar eerstelijns-
hulp. Bron: WVC, Zorg voor later, zorg van nu, Rijswijk, 1986, pag. 14.)



Auteur

Ir. A. M. (Anne Mieke) de Wit-Sauter, hoofdredacteur Tijdschrift voor Huishoudkunde, postbus 391, 6700 AJ Wageningen.