

Meer controle nodig ter bescherming van persoonsgebonden budget

Pssst... PGB-tje aanvragen?

S.A. Hanedoes,
E.M. de Heer,
R.G. Metz,
F. Quispel,
M.T. Slockers,
huisartsen te Rotterdam

Correspondentieadres:
rgmetz@tiscali.nl;
c.c.: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling
gemeld.

In de regio Rotterdam bestaan organisaties die mensen actief benaderen met de vraag of zij een PGB nodig hebben. Is de aanvraag succesvol, dan strijken ze een percentage op. Het budget wordt vervolgens niet aan professionele zorgverleners besteed, maar aan familieleden.

Het is een groot goed dat mensen die extra ondersteuning behoeven wegens ziekte of handicap een persoonsgebonden budget (PGB) kunnen krijgen. Toch is niet iedereen in staat om zelf de organisatie van ondersteuning ter hand te nemen. Veelal is ondersteuning van het organiseren van die ondersteuning nodig, zoals bij mensen met een halfzijdige verlamming of een visuele handicap. Anderen hebben er hulp bij nodig omdat zij geestelijk niet in staat zijn het zelf te regelen of het domweg te ingewikkeld vinden. Als eigenaar van een PGB ben je ineens werkgever, met alle administratie van dien. Voor velen is dat om de dooie dood niet gemakkelijk. Het is goed dat er organisaties zijn die dit werk uit handen nemen. Het is ook logisch dat die organisaties een honorering voor hun activiteiten verlangen. Meestal is dat een bepaald percentage van het toegekende PGB-bedrag. Nu er marktwerking is in de zorg, is het ook logisch dat zulke organisaties proberen hun aandeel te vergroten. Meer 'klanten' kan ook leiden tot meer efficiëntie en het aanbieden van hulp voor een lager bedrag. Tot zover geen vuiltje aan de lucht.

Twijfelachtig

Maar wat te denken van organisaties die actief mensen gaan benaderen die nog helemaal geen



PGB hebben? Dat gebeurt op dit moment in de regio Rotterdam.

Wat gebeurt er? Er zijn organisaties die zich met name op alloctonen richten en patiënten benaderen om uit te zoeken of er misschien een reden is om een PGB aan te vragen. Is dat succesvol, dan benaderen anderen uit die groep dezelfde organisatie. Het budget wordt vervolgens niet aan professionele hulpverleners besteed, maar uitgekeerd aan familieleden. Die zeggen de zorg op zich te nemen.

Enerzijds gaat het om patiënten bij wie de zorgindicatie op zijn minst twijfelachtig is.

Anderzijds om patiënten bij wie wel degelijk een zorgindicatie bestaat, maar bij wie de zorg nu niet door professionele hulpverleners, maar door familieleden wordt 'uitgevoerd'. Het CIZ weet zich met

deze indicatiestellingen blijkbaar geen raad en indiceert desondanks toch. Dat is natuurlijk logisch bij degenen die echt professionele hulp nodig hebben.

Bedverpleging bij depressie


Enkele voorbeelden. Een familie vraagt een PGB aan omdat de dochter vindt dat zij hulpverlener is voor haar ouders, die na dertig jaar verblijf het Nederlands nog onvoldoende spreken om hun eigen papieren af te handelen. Zij moet geregeld mee naar instanties. Als argument voor hun onvermogen wordt een tien jaar eerdere verwijzing naar de Riagg gebruikt, waar zij na twee bezoeken de behandeling afbraken. De aanvraag wordt toegekend (1). Een andere familie vraagt een PGB aan voor bedverpleging van man en vrouw, die beiden depressief zijn. De vrouw heeft inderdaad een depres-

sie gehad met vitale kenmerken en wordt bij de Riagg behandeld. Eerder werd al gespecialiseerde gezinszorg ingezet om te stimuleren en activeren. Over deze al bestaande zorg wordt niet gerept. Het CIZ heeft die eerdere zorgtoewijzing blijkbaar niet paraat, want de aanvraag wordt zonder overleg toegekend (2).

Dan is er de familie die een PGB aanvraagt voor de verzorging van de vrouw, die een grote ulcererende mammatumor heeft. Na toekenning verricht de dochter des huizes zowel verpleegkundige als huishoudelijke taken (3). Tot slot de casus van een geestelijk gehandicapte jongen; hij wordt uit de residentiële instelling gehaald om thuis te worden verzorgd door familie (4).

Controle

Als huisartsen hebben wij hier bezwaar tegen. Het PGB is in deze voorbeelden een verlengde van de kinderbijslag en/of een verhoging van het gezinsinkomen. Dat is als arts niet onze grootste zorg; daar moeten politici over beslissen. Onze zorg is wel dat er wordt gemedicaliseerd en dat medisch geoordeeld geld naar niet-medische situaties verdwijnt (voorbeeld 1). Dit gaat (op den duur) ten koste van mensen die wel zorg nodig hebben. Anderzijds komen mensen zorg te kort, of de zorg wordt helemaal niet gegeven (voorbeeld 4) of inadequaat (voorbeeld 2 en 3). Bovendien wordt door het niet goed inzetten van zorg meer en vaker een beroep gedaan op andere zorgverleners (voorbeeld 3: de huisarts wordt ingeroepen voor verpleegkundige taken).

Wat is er nodig? In de markt is het verschijnsel van zich opdringende organisaties moeilijk te beteugelen. Het CIZ moet dus anders omgaan met de indicatiestelling. Ook is er controle nodig op het inzetten van zorg. Dat riekt misschien naar meer betutteling en minder vrijheid in het besteden van het PGB. Toch is dat nodig, want mits goed gehanteerd, is het PGB een groot goed. 

Medisch geoordeeld geld verdwijnt naar niet-medische situaties

SAMENVATTING

- Het PGB is een marktproduct geworden; organisaties en potentiële cliënten benaderen elkaar actief om een PGB te verkrijgen, waarvan de organisatie een percentage krijgt.
- Verkregen gelden worden binnen de familie geregeld aan niet-professionals besteed.
- Daarmee wordt de patiënt tekort gedaan.
- De beoordeling van PGB-aanvragen lijkt niet adequaat; controle op de besteding ontbreekt.
- Er is betere toewijzing nodig evenals het invoeren van controles op de besteding van PGB-gelden.