

Geen verzorgingshuis, maar wat dan?

Als het aan het kabinet ligt, sluiten de verzorgingshuizen straks hun deuren voor grote groepen kwetsbare ouderen. Voor sommige artsen een schrikbeeld, anderen zien een nieuwe uitdaging.



Aanzienlijk later dan verwacht heeft staatssecretaris Van Rijn zijn plannen voor de langdurige zorg aan ouderen, verstandelijk gehandicapten en psychiatrische patiënten gepresenteerd. De overheid gaat voortaan uit van wat mensen kunnen, in plaats van wat zij niet kunnen. Wie ondersteuning nodig heeft, zoekt die bij voorkeur in eigen kring of betaalt er zelf voor. Pas als dat onvoldoende soelaas biedt, mag de gemeente bijspringen op grond van de Wet maatschappelijke ondersteuning. Alleen de meest kwetsbare mensen hebben nog recht op intramurale zorg.

En dus blijven de deuren van een verzorgingshuis – om ons tot de ouderenzorg te beperken – straks voor duizenden kwetsbare ouderen gesloten. Over een paar jaar, in 2018, zullen naar schatting bijna 58.000 ouderen thuis wonen die een decennium eerder nog een plaats in een verzorgingshuis gehad zouden hebben. Dat proces gaat geleidelijk. Dit jaar al krijgen 4100 ouderen met relatief lichte beperkingen geen indicatie meer voor intramurale zorg. Vanaf volgend jaar komen daar 3000 ‘nieuwe’ mensen bij met zorgzwaartepakket (zzp) 3, in 2016 gevolgd door naar verwachting 50 procent van de instromende mensen met zzp 4, namelijk 2000. Alleen wie een zzp heeft van 5 of meer houdt het recht op intramurale zorg, lees: het verpleeghuis. Het is wat ouderwets geformuleerd, want de term zzp – sinds 2007 dé maat in de AWBZ – verdwijnt. Het Centrum indicatiestelling zorg indiceert straks de zorgzwaarte; binnen die grens leggen de zorgaanbieders samen met de cliënt en diens familie in een zorgplan vast welke zorg precies wordt gegeven.

Achterblijven

Ouderen met – nu nog – zzp 4 zijn in de war, vergeten veel en weten soms niet meer waar ze zijn. Of zij zien en horen slecht, worden doofblind. Wie uit deze groep over drie jaar wél en wie niet in het verzorgingshuis mag blijven, is niet duidelijk; een woordvoerder van het ministerie van VWS laat weten dat dat

ANP PHOTO

‘nog wordt uitgewerkt’. Mieke Draijer, specialist ouderengeneeskunde en voorzitter van beroepsvereniging Verenso, heeft wel een vermoeden: ‘Ik neem aan dat er onderscheid wordt gemaakt tussen somatisch en cognitief. Mensen met een somatische aandoening die thuis wonen, kun je bij wijze van spreken een telefoon geven en vragen te bellen als het niet goed gaat. Maar bij psychogeriatrische patiënten kan dat niet. Zij zullen dus in het verzorgingshuis achterblijven, neem ik aan.’ Volgens Draijer is het alleen ‘onder voorwaarden’ te doen om somatisch zieken met zzp 4 thuis te verzorgen: ‘Om dat kans van slagen te geven, moeten er in de eerste lijn behandelteams komen, met een specialist ouderengeneeskunde naast de huisarts. Zo kan de huisarts makkelijk gebruikmaken van diens specifieke expertise. Nu komt dat nog maar sporadisch voor.’ Verenso heeft al eens uitgerekend dat voor goede zorg één specialist ouderengeneeskunde nodig is op zeven huisartsen: ‘Dat is voldoende, mits er sprake is van taakdelegatie en er dus ook praktijkverpleegkundigen en verpleegkundig specialisten bij de samenwerking zijn betrokken.’ Belemmerend voor de goede samenwerking, zegt Draijer, is het gegeven dat de huisartsenzorg uit de Zorgverzekeringswet wordt gefinancierd en de specialist ouderengeneeskunde uit de AWBZ. Dat moet anders, vindt Draijer: ‘Als ook onze zorg onder de Zorgverzekeringswet wordt gebracht en dus vraaggestuurd wordt, kunnen wij méér mensen bedienen dan nu.’

Ruis regelen

Formeel mag dat nog niet zijn geregeld, er zijn wel initiatieven in die richting. In het project geïntegreerde ouderenzorg Noord-Limburg bijvoorbeeld, werken huisartsen, specialisten ouderengeneeskunde, praktijkverpleegkundigen en coördinerend verpleegkundigen samen, niet alleen met elkaar maar ook met gemeenten, woningcoöperaties en welzijnswerk. De projectdeelnemers, waaronder zorgverzekeraar VGZ, hebben

bij de Nederlandse Zorgautoriteit een aanvraag ingediend voor een pilot waarin de medische en verpleegkundige zorg aan ouderen via één nieuwe dbc wordt betaald, deels uit innovatiegeld, deels via het zorgkantoor. Kosten: 1,4 miljoen euro per jaar. In onder meer Alkmaar, Maastricht en Eindhoven bestaan vergelijkbare samenwerkingsprojecten. Frank van Kemenade, huisarts in Panningen en voorzitter van Laego, het landelijk netwerk van kaderhuisartsen

Een goede organisatie en taakdelegatie, daar draait het om

ouderengeneeskunde, doet mee aan het Noord-Limburgse project. ‘Een uitdaging’, noemt hij de toename in de eerste lijn van ouderen met ernstige problemen: ‘Nu al heb ik in het verzorgingshuis patiënten onder mijn hoede met zzp 4 en hoger, tot zzp 6 aan toe.’ Hij is daar ook goed toe uitgerust. De 113 huisartsen in de regio zijn verenigd in de coöperatieve vereniging Cohesie, die de huisartsenzorg faciliteert. Cohesie heeft, samen met onder meer thuiszorgorganisatie Proteion, coördinerend verpleegkundigen die – in de woorden van Van Kemenade – ‘de ruis’ regelen: voor huisartsen oneigenlijke taken als het maken van zorgplannen en het organiseren van multidisciplinair overleg. Ook onderhouden zij de contacten met de gemeenten en andere participanten in het project, waarvan praktijkverpleegkundigen en ook huisartsen vervolgens voor individuele gevallen gebruikmaken. Van Kemenade: ‘Alleen door dit geheel van zorg, wonen en welzijn kunnen ouderen thuis blijven wonen. In de medische zorg ben ik eindverantwoordelijk, de specialist ouderengeneeskunde komt in consult, thuis of in het verzorgingshuis. Een verpleegkundig specialist doet spreek-

uren en rijdt visites. Alleen als de zaak complex is, ga ik zelf kijken. Een goede organisatie en taakdelegatie, daar draait het om. En als huisarts kijk ik vanaf mijn stoel mee.’

Sociale wijkteams

Maar projecten als dit zijn nog geen gemeengoed. Anton Maes, huisarts in Dieren en bestuurslid van stichting de Vrije Huisarts, zet dan ook vraagtekens bij de haalbaarheid van de plannen voor

de gemiddelde huisarts. Nu al kan deze de groei van de zorgvraag nauwelijks bijbenen, zegt hij: ‘En er komt méér op ons af. De zorg verschuift van de ziekenhuizen naar de huisartsen, zonder dat daar duurzaam extra geld tegenover staat. Ook de extramuralisering kost tijd, en dus geld. Zo zullen huisartsen deel gaan uitmaken van sociale wijkteams en een rol krijgen in het beoordelen van vragen om ondersteuning uit de WMO.’ Uit vorig jaar door Movir uitgevoerd onderzoek, brengt hij in herinnering, bleek dat 70 tot 80 procent van de huisartsen tekenen van overspanning ziet bij zichzelf of collega’s: ‘De ontmanteling van de AWBZ moest toen nog beginnen. Het wordt, kortom, hoog tijd om de normpraktijk te verkleinen, ondersteuning te regelen en te zorgen voor een extra budget om veilig en fatsoenlijk te kunnen werken.’ ■

web

De kabinetsplannen voor de langdurige zorg en andere informatie zijn te vinden onder dit artikel op www.medischcontact.nl.