

Zorg op of onder de maat ?

Oud tussen wal en schip

Door Simon Groen

Het jaar 1993 werd door de Europese gemeenschap uitgeroepen tot het jaar van de ouderen en de solidariteit tussen de generaties. Dat leek niet overbodig want die solidariteit staat onder druk en dit zal in de toekomst alleen maar toenemen.

Getuige de gang van zaken in de meer vergrijsde (gezondheids-) regio's van Nederland laat de huidige solidariteit heel wat te wensen over. Met name psychogeriatrische patiënten moeten onder vaak mensonwaardige omstandigheden thuis verblijven wegens gebrek aan verpleeghuiscapaciteit. Thuis- of wijkzorg wordt niet of niet op tijd geleverd. Dit geldt al helemaal tegen het einde van het kalenderjaar, als de budgetten 'op' zijn.

In de ziekenhuizen worden deze patiënten met tegenzin ontvangen en met enige opluchting geweerd zodra hier enige reden voor bestaat. De aanwezigheid van patiënten, die door een te hoge zorgbehoefte niet meer naar huis kunnen en dus langdurig in het ziekenhuis moeten verblijven in afwachting van een verpleeghuisbed, wordt als lastig en oneigenlijk beschouwd. Bij intercurrente ziekte bestaat een tendens deze niet- of niet voldoende meer te behandelen ("heeft toch geen zin meer"). Een hoge leeftijd wordt als voldoende reden beschouwd om niet al te zwaar te tillen aan een overlijden ("niet in de wieg gesmoord").

Bejaarde patiënten die zich een fractuur vallen, worden niet of zo kort mogelijk opgenomen en zo snel mogelijk weer naar huis gestuurd, óók als de zorgbehoefte de kans op nieuwe problemen zeer groot maakt ("op mijn specialistisch gebied geen bijzonderheden"). Gespecialiseerde afdelingen voor de diagnostiek en therapie van ouderen, zowel in de psychiatrische als de algemene sector, kunnen niet functioneren wegens de voortdurende dreiging van stagnatie. Hulpverleners worden voor de onethische keuze gesteld de (te) zorgbehoevende patiënt naar huis te sturen, vaak met actieve tegenwerking van familie en/of ambulante zorgverleners, of het functioneren van de eigen afdeling te frustreren. Hoe heeft het zover kunnen komen?

Oorzaken

De oudere bevolking groeit. Vergrijzing leidt tot een toenemende vraag naar zorg. Door de 'ontgroening' zijn bovendien minder mensen beschikbaar voor het leveren van de zorg. En van die weinigen zijn er weer weinig die in de ouderenzorg willen wer-

Oud worden, het blijkt geen sinecure en een problematiek, waarmee we ons hebben te verstaan, óók en vooral als politieke partij.

ken. De populaire cultuur is immers gericht op 'jong en dynamisch'. Misschien is de waardering voor de waardige en competente oudere nog wel aanwezig, maar de geestelijk en/of lichamelijk geïnvalideerde bejaarde roept ambivalentie en soms regelrechte afwijzing op. Ook de lage maatschappelijke waardering voor dit werk speelt een rol.

Dezelfde ambivalentie, maar ook een relatieve ondeskundigheid leidt bij pro-

professionals in de gezondheidszorg tot defaitisme. Potentieel te verbeteren problemen blijven daarom onbehandeld. Chronische en op zichzelf onbehandelbare problematiek krijgt te weinig aandacht waardoor de mogelijkheid tot secundaire preventie verloren gaat. Dergelijke patiënten raken vroeger of later in een zorgcrisis en 'stranden' dan meestal in het ziekenhuis.

Bij een dusdanig tekort aan zorgcapaciteit ontstaat licht de behoefte aan een rechtvaardige toedeling van de schaarse middelen. Dit heeft er onder meer toe geleid dat 'indicatiecommissies' in het leven werden geroepen. Deze 'wegen' elke aanvraag aan de hand van zo breed mogelijke informatie. De keerzijde van deze ontwikkeling is evenwel dat de zorgtoedeling geheel gebureaucratiseerd is geraakt. Er is geen enkele flexibiliteit meer over. Crisistoestanden die rechtstreeks het gevolg zijn van chronische en irreversibele ziekte kunnen daardoor vrijwel niet terecht in de zorgsfeer (verpleeghuis), maar wel in de op curatie gerichte (ziekenhuis) sfeer - met de bovenbeschreven gevolgen.

De individualisering in de samenleving heeft geleid tot een verzwakking van traditionele familiebanden en de daaruit voortvloeiende verplichtingen. Kinderen beschouwen het dan ook allermindst als vanzelfsprekend dat een beroep op hen gedaan wordt, als de ouders zorgbehoevend worden. Bovendien wonen zij ook minder vaak dan voorheen in de buurt van hun ouders. Het is met name daardoor dat het beroep op formele hulpverlening wordt versterkt. Ook meent men, niet ten onrechte, dat levenslange premiebetaling recht geeft op zorg indien deze benodigd is. De ontwikkeling van effectieve therapieën in de geneeskunde leidt op haar beurt tot een langere en kwalitatief betere, overleving. Bovendien wordt door technische verbeteringen de toepasbaarheid van die ingrepen bij chronisch zieken en ouderen groter. Hoewel zo de ziektelast wordt opgeschoven naar de latere levensjaren en door preventie wordt gepoogd deze in een korte periode te concentreren (compressie van de morbiditeit), lijkt het wel duidelijk dat door levensverlenging de totale hoeveelheid chronische ziekte en zorgbehoevendheid onder de bejaarde bevolking toeneemt. Er is dus sprake van meer en betere therapieën voor méér ouderen over een langere periode.

Simon Groen is klinisch geriater te Haarlem en secretaris van de SWB-werkgroep Volksgezondheid.



Demente vrouw in Volendam: thuis met de deur op slot

Maar moderne medische interventie (diagnostiek en therapie) zijn niet alleen effectief; zij zijn vaak ook duur. Binnen een gefixeerd budget ontstaan dan alleen daardoor al spanningen. Bovendien loopt de vraag naar die therapieën ook nog eens op. Vanwege het feit dat het geld maar één keer besteed kan worden, ondervindt het budget voor zorgverlening hiervan de gevolgen.

De maatschappelijke ontwikkeling staat in het teken van de individualisering. Op het vlak van het ouderenbeleid wordt dat vertaald in het streven de ouderen zolang als mogelijk autonoom te laten functioneren. Het streven is slechts daar hulp te bieden waar dit noodzakelijk is en geen categorische maatregelen te nemen (zoals regelingen voor mensen die nog gedeeltelijk voor zichzelf kunnen zorgen).

Het overheidsbeleid - zoals geschetst in de nota 'Ouderen in tel' - is dus gericht op integratie van ouderen in de samenleving. Noodzakelijke zorg zal 'op maat' aangeboden moeten worden. In de praktijk leidt dit dan tot budgetverschuiving van de intramurale zorg naar de thuiszorg. 'Zorg op maat' heeft evenwel niet kunnen voorkomen dat de vraag naar institutionele zorg steeds groter wordt. Allerlei vormen van ambulante zorg functioneren in de praktijk niet als 'zorg op maat' maar als een onvoldoende substituuut voor verpleeghuiszorg. De ideologie van de zelfstandigheid leidt hier dus tot een negeren van de werkelijke zorgbehoefte.

De financieringsstructuur is bovendien nog steeds zodanig dat zorg uit de AWBZ betaald wordt terwijl op curatie gerichte medische dienstverlening uit de verzekering wordt betaald. Dit leidt er dan ook toe dat de verzekeraars niet geïnteresseerd zijn in een efficiënte behandeling van de zorgproblematiek. Het was de stelselherziening die ertoe had moeten leiden dat deze grenzen werden opgeheven. Deze herziening raakte echter zelf gestagneerd.

Een doelgerichte en systematische kennisopbouw omtrent geriatrische ziektebeelden komt nog maar net van de grond. Het specialisme klinische geriatrie is inmiddels sinds tien jaar erkend in Nederland, maar de opbouw aan de universiteiten (waar de systematische kennisverwerving een formeel doel is) is pas een aantal maanden geleden begonnen. De opleidingscapaciteit voor klinisch geriaters is nog gering: tien plaatsen, hetgeen leidt tot een jaarlijkse instroom van 3 à 4 klinisch geriaters. Op dit moment zijn er slechts ongeveer veertig van dergelijke specialisten in Nederland werkzaam.

Ook de vestiging van geriatrische afdelingen in de algemene ziekenhuizen verloopt moeizaam. In een periode van beperking heeft de gevestigde orde maar weinig behoefte bedden op te offeren ten behoeve van een 'onduidelijk' en generalistisch vak. Bovendien vreest men inkomensverlies. Het specialisme ontbeert, ook door het ontbreken van een academische basis, een behoorlijk aanzien. Dat er desondanks een aantal van deze afdelingen bijkwamen, is voornamelijk te danken aan actieve overheidsbemoeienis, gestuurd via de provincies. In naam van de marktwerking doet de overheid echter nu weer een stap terug en de opkomst van regionale bestuursvormen verzwakt de greep van de provincies op de ontwikkelingen. De GAAZ-vorming dreigt daarmee tot stilstand te komen.

Oplossingen

Het is duidelijk dat voor een dergelijk gecompliceerd complex van problemen geen eenvoudige oplossing voorhanden is. Op verschillende niveaus en manieren kan echter in de goede richting gestuurd worden.

Op het ideologische vlak zou gestreefd moeten worden naar een zekere herwaardering van de ouderdom. Mijns inziens behoeft dat niet alléén, en zelfs niet in de eerste plaats te geschieden door de traditionele positieve beeldvorming van de ouderdom te benadrukken: die van de wijsheid, ervaring, mildheid, bezonnenheid etcetera. Het probleem is namelijk dat een dergelijke kenschetsing niet aansluit bij de verschijnselen die het verlies aan lichamelijke en geestelijke mogelijkheden nu eenmaal met zich meebrengen. Hoogbejaarde mensen zijn nu eenmaal vaak niet wijs, mild etcetera, maar wél veelal ernstig hulpbehoevend, eigenwijs, opstandig, depressief of oordeelsgestoord.

De houding die daarbij past is een andere: die van de betrokkenheid, solidariteit en mededogen. We hebben een morele verplichting tegenover de generaties welke ons hebben grootgebracht en tevens de basis hebben gelegd voor de tegenwoordige welvaart. En tenslotte is het ook in ons eigen belang dat wij een verdere erosie van de zorg voor ouderen tegengaan: het kan (en zal) ook ons overkomen. Een morele herbezinning zal dus moeten verlopen dus gaan langs de lijnen solidariteit, mededogen en eigenbelang.

De integratiedoelstelling van 'ouderen in tel' moet een bredere

worden. Het gaat er niet alleen om bejaarde mensen zolang mogelijk zelfstandig en buiten de instituten te houden, maar ook om een integratie te bieden als de hulp redelijkerwijs alleen nog maar in instituutverband gegeven kan worden. Een verpleeghuis is óók een deel van de samenleving!

De toegang tot de zorg kan worden verbeterd door de capaciteit te vergroten en door de bureaucratische drempels te verlagen. Deze maatregelen gaan hand in hand. De capaciteitsvergroting dient gebaseerd te zijn op de werkelijke behoefte en dient op de kortst mogelijke termijn te worden gerealiseerd. De bestedingsruimte moet daaraan worden aangepast en niet noodzakelijk door substitutie gevonden behoeven te worden. Er zal dus geld bij moeten. Een eerste stap zou kunnen zijn, door een extra investering, de achterstanden in de realisering van geplande voorzieningen versneld in te lopen. Er zal ook meer geïnvesteerd moeten worden in een positieve beeldvorming van het werk in de ouderenzorg zelf. In z'n algemeenheid kan dat gebeuren door een herziening van het bestaande beeld van de ouderdom (bv. via Postbus 51). De wervingskracht van opleidingen voor ziekenverzorgenden en, in de geriatrie gespecialiseerde, verpleegkundigen moet vergroot worden door professionalisering, alsmede door daaraan aangepaste beloning. Secundaire arbeidsvoorwaarden als kinderopvang, ouderschapsverlof e.d. kunnen hieraan bijdragen.

De ontwikkeling van de klinische en sociale geriatrie en de gerontologie dient verder gestimuleerd te worden. Het scheppen van opleidingscapaciteit aan de universiteiten, in combinatie met de stimulering van onderzoek, moet hoge prioriteit krijgen. In de algemene ziekenhuizen kan de totstandkoming van geriatrische afdelingen worden bevorderd. Er moet voor worden gewaakt worden dat een versterkte marktwerking en een te verwachten verzwakking van de provinciale sturing in de gezondheidszorg, ertoe leiden dat de opbouw van deze faciliteiten stagneert. Desnoods moet in beperkte mate aan bedden capaciteit boven de landelijke norm worden toegestaan.

De financieringssystematiek van de specialistische gezondheidszorg zal zodanig herzien dienen te worden dat er een koppeling ontstaat tussen diagnostiek en therapie enerzijds en gezondheidswinst, appreciatie van de dienstverlening en tevredenheid anderzijds. Dit betekent dat het huidige verrichtingensysteem, dat leidt tot overproductie van met name de diagnostiek, herzien moet worden. Een dergelijke wijziging zal een volumebeperking tot gevolg hebben en bovendien de kwaliteit van de dienstverlening verhogen. Voor de geriatrische groep kan dit betekenen dat de medische interventie beter en 'op maat' kan worden aangeboden.

De begeleiding van de geriatrische problematiek kan het best geschieden via een systeem van 'case-management'. Het ligt voor de hand deze functie te leggen bij de RIAGG's. Deze hebben inmiddels reeds redelijk ontwikkelde afdelingen voor ouderen. Voorwaarde is wel dat de competentie van deze diensten tegenover met name de huisartsen goed wordt geregeld. Dat zij kunnen beschikken over de nodige medische competentie op minstens huisartsenniveau. En dat de bereikbaarheid beter wordt, dat deze diensten snel en in voldoende mate kunnen beschikken over ondersteunende faciliteiten en plaatsingsmogelijkheden voor hun patiënten, alsmede over voldoende zeggenschap. Uiteraard zou het cliëntgebonden budget uitstekend in deze systematiek kunnen passen; de benutting ervan zou, via een contractuele binding met de zorgverzekeraar, onder de verantwoordelijkheid van de 'case-manager' kunnen vallen.

Als uitgangspunt voor een doelgerichte en effectieve ouderenzorg zou een analyse en rapportage naar het model van 'Dunning' opgezet kunnen worden. In de eerste plaats zal dan een beschouwing moeten worden gegeven over de rol die de samenleving kan spelen tegenover de hoogbejaarde, met name geldt hier de verplichting van de gemeenschap tegenover deze groep. Doelen en lijnen van de geneeskunde moeten aan de orde komen, waarbij de nadruk komt te liggen op de vermindering van overbehandeling, zowel als defaitisme. Ook kunnen hier competentiekwesties en niet-behandelingsbeslissingen aan de orde komen. Een dergelijke rapportage zou een belangrijke ideologische basis kunnen zijn voor de vormgeving van de ouderenzorg. Zij zou een vernieuwing van het denken over de thema's veroudering en sterven betekenen en een startpunt kunnen zijn voor een maatschappelijke discussie.

In elke discussie over wijziging van beleid wordt tegenwoordig verlangd dat een passend 'financieringsplaatje' wordt bijgeleverd. Het wordt bijna vanzelfsprekend geacht dat dergelijke voorstellen zich houden aan de eis van budgettaire neutraliteit. Zo niet, dan komt de haalbaarheid van de voorstellen al bij voorbaat in het geding wegens de veelheid aan belangen die zich buiten het betrokken beleidsgebied zullen verzetten tegen de verandering. Een goed voorbeeld van dat mechanisme is het snijden in de capaciteit van de bejaardenverzorgingstehuizen teneinde de thuiszorg te kunnen uitbreiden. Het lijkt echter nogal onwaarschijnlijk dat deze twee zorgvormen onderling volledig te substitueren zijn.

Natuurlijk mag geëist worden dat overheidsgeld goed en efficiënt besteed wordt en het lijkt wel zeker dat in dit opzicht nog heel wat winst te boeken valt, op het bovengenoemde gebied. Anderzijds kan niemand ontkennen dat het aandeel van de ouderen en vooral dat van de oudste ouderen in de samenleving sterk groeiende is. De zorgbehoefte van deze groep is relatief groot. De totale hoeveelheid benodigde zorg neemt dus toe. En het is maar de vraag of de aard en omvang van deze oplopende zorgbehoefte gecompenseerd kan worden door 'inleveren' op andere gebieden. In dit verband wordt wel opgemerkt dat het aantal kinderen dalende is en de daaraan bestede gelden dus kunnen worden verminderd. Het lijkt mij allerminst een uitgemaakte zaak of deze effecten elkaar zomaar kunnen opheffen. Overtreft het aantal hulpbehoevende ouderen niet verre de afname van het aantal kinderen? En is de hulpbehoefte van deze ouderen niet intensiever en kostbaarder dan die van de jongeren? Het lijkt mij waarschijnlijk dat dit het geval is.

Gaat men van een gefixeerd budget voor de gezondheidszorg uit, dan negeert men de mogelijkheid dat de totale behoefte aan zorgvoorzieningen in absolute zin kan toenemen door een verandering in de samenstelling van de bevolking. Een dergelijke starre houding treft men niet aan op het moment dat bijvoorbeeld het wegvallen van de Oost-West tegenstelling de gelegenheid biedt het budget van defensie te beperken: kennelijk is de (verminderde) behoefte wel degelijk bepalend voor de toekenning van (minder) geld. Als de inrichting van een adequaat zorgstelsel voor ouderen meer investeringen vergt, dienen de kosten dus in de eerste plaats gehaald te worden uit efficiencywinst binnen de sector zelf, vervolgens door te zoeken naar ruimte binnen het budget voor volksgezondheid en tenslotte door verschuivingen tussen verschillende beleidsgebieden. Gezien het ingrijpende karakter van de veranderingen in de bevolkingsopbouw lijkt het laatste uiteindelijk onontkoombaar. ♦