

Zorg die zich voegt naar mensen

De tijd dat instellingen standaard zorg konden bieden, is nu echt voorbij. Met de Wet langdurige zorg is de modernisering van de langdurige zorg in gang gezet. Door de aanspraken in de wet vast te leggen en onafhankelijke cliëntondersteuning te regelen. De brief 'Waardigheid en trots' van VWS-staatssecretaris Van Rijn luidt definitief een nieuw tijdperk in voor de 280.000 Nederlanders die vanwege ouderdom, (chronische) ziekte, een lichamelijke, zintuiglijke of verstandelijke beperking of chronische psychiatrische problematiek niet zelfstandig wonen.

Tot nu toe komt het in de langdurige zorg nog te vaak voor dat de eigen levensstijl moet wijken voor de (logistische) logica van de zorg. En dat tachtig procent van de budgethouders voor het persoonsgebonden budget (pgb) kiest, omdat de gewenste zorg in natura niet te leveren is. Dat moet veranderen, vindt Van Rijn. De ambitie is dat de ondersteuning en zorg voor mensen die langdurig zorg nodig hebben, zich voegt naar het leven van deze mensen en niet andersom. Om dat te bereiken krijgen mensen met een zware beperking meer (financiële) zeggenschap over de ondersteuning en zorg in hun leven op de plaats waar zij wensen te wonen of verblijven, komen er meer nieuwe, innovatieve zorgaanbieders en worden technologische innovaties gestimuleerd. Daartoe wil de staatssecretaris per 2017 een innovatie component opnemen in de bekostiging. Ook komt er een mogelijkheid om te experimenteren over de domeinen van de Wet langdurige zorg (Wlz), Zorverzekeringwet (Zvw) en Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) heen. Hiermee kan de samenhang tussen de verschillende domeinen worden vergroot. Dit kan bijvoorbeeld bijdragen aan een soepelere samenwerking tussen huisartsen, verpleeghuisartsen en artsen voor verstandelijk gehandicapten die verbonden zijn aan instellingen.

Van Rijn vindt het cruciaal dat de zorg zich aanpast aan de behoeften van de mensen en dat de toegang tot de Wlz niet aanvoelt als een hindernis die ge-



De eigen levensstijl moet niet hoeven wijken voor de logica van de zorg, vindt staatssecretaris Van Rijn.

nomen moet worden. Hij is van mening dat veranderingen in de zorgbehoefte niet onnodig mogen dwingen tot veranderingen in de woonsituatie: wie doelmatig en verantwoord thuis kan blijven wonen, moet daar de ruimte voor krijgen. Daarom moeten zorgaanbieders meer afhankelijk gemaakt worden van cliëntvoorkeuren en minder van inkoopafspraken met het zorgkantoor. De Wlz is een mensenwet en geen instellingswet, aldus Van Rijn. Zijn brief is een poging om de zorgverlening meer persoonsgericht te maken en het zorgstelsel meer ten dienste van mensen te laten werken. Dat betekent minder zekerheden voor instellingen en een felle concurrentie op kwaliteit.

Doelgroep

Er zijn grofweg drie categorieën patiënten met een Wlz-indicatie:

- 1 160.000 ouderen met fysieke en mentale stoornissen en beperkingen. Voor hen is de verhuizing naar een instelling een pijnlijke gebeurtenis. Als de instelling zich optimaal aanpast aan de persoonlijke wensen, gewoontes en routines kan deze transitie verzacht worden.
- 2 110.000 mensen met een handicap. Hierbij gaat het om mensen met verstandelijke, zintuiglijke, lichamelijke en soms meervoudige beperkingen, ouderdomsproblemen, niet-aangeboren hersenletsel of een combinatie met autisme, dementie of gedragspro-

Een zorglandschap zonder eerste lijn?



Het document Zorg voor 2020 van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) is opgesteld met een breed scala van ziekenhuisvertegenwoordigers, medisch specialisten, beleidsmensen en stakeholders (niet nader gespecificeerd). Het is een omvangrijk stuk van bijna 19.000 woorden. Waar ziet de NVZ de verbinding met de eerstelijnszorg, huisartsen en wijkverpleegkundigen? En hoe kijkt men naar substitutie?

Het begrip eerstelijnszorg of een vergelijkbare term komt in het hele stuk drie keer voor: twee maal in een context waar de grenzen tussen eerste, tweede en derde lijn vervagen en één keer in een praktijkvoorbeeld over samenwerking. Het woord huisarts komt zes keer voor, waarvan drie maal in twee praktijkvoorbeelden van het MMC en Rijnstate. Daarnaast in de samenvatting over regionale samenwerking, als voetnoot en in een infographic. Wijkverpleegkundigen komen helemaal niet voor in de strategische visie van de ziekenhuizen. Substitutie komt drie keer terug. Ten eerste in de agenda 2016 – 2020 onder het kopje financiële ruimte voor investeren: *'Al jaren wordt gesproken over financiële arrangementen die het mogelijk maken om snel in te spelen op veranderingen. De NVZ spreekt ook al langer met banken en verzekeraars over de noodzaak om afspraken te maken over werkkapitaal financiering en financiering van investeringen op de lange termijn. De periode van praten is nu voorbij; er zijn concrete plannen nodig, anders heeft praten over structurele afschaling en substitutie weinig zin.'*

Een duidelijke visie op de rol van ziekenhuizen op substitutie ontbreekt, maar komt later nog wel terug in de zin: *welke portfolio keuzes maken we? Welke patiënten behandelen we en welke patiënten kunnen beter geholpen worden in de eerste lijn (substitutie).* Goede vragen die anno 2016 natuurlijk al lang inzichtelijk zijn, maar die de NVZ voor de periode 2016 – 2020 geagendeerd heeft. Een tweede citaat geeft een heel ander beeld van wat de ziekenhuizen voor ogen hebben met substitutie: *'Demografische ontwikkelingen en de mate van digitalisering van de zorg kunnen leiden tot verdere concentratie of juist spreiding van behandelingen, dan wel substitutie van de ene behandeling door de andere.'*

De conclusie na het lezen van het gehele strategische document is helder. Het ziekenhuis heeft de eerstelijnszorg in de toekomst helemaal niet meer nodig.

Jan Erik de Wildt
directeur De Eerstelijns

Reageren? Mail naar je.dewildt@de-eerstelijns.nl

blematiek. Deze mensen hebben levenslang en levensbreed zorg nodig, maar willen tegelijk hun leven zoveel mogelijk inrichten naar eigen inzicht en behoeften. Daarvoor moet meer ruimte komen.

- 3 8.500 mensen met een psychische stoornis. Dit betreft mensen bij wie sprake is van een combinatie van een ernstige psychische stoornis met een verstandelijke beperking of een verslaving, of mensen met het syndroom van Korsakov of de ziekte van Huntington.

Voor al deze mensen, in totaal anderhalf procent van de Nederlandse bevolking, is het de wens van VWS om de persoonlijke wensen en omstandigheden te borgen in het zorgaanbod. Dat komt ook tot uiting in de uitspraken die Van Rijn deed over seks en intimiteit in verpleeg- en verzorgingshuizen: "Het is een goed en belangrijk onderwerp en het taboe moet eraf."

Publieke waarborgen

Ook bij personalisering van de zorg blijven de geldende basisvereisten voor kwaliteit van toepassing, zoals deze zijn vastgelegd in onder meer professionele beroepsnormen en het toezichtkader van de inspectie. Hoewel dat op gespannen voet kan staan met ruimte voor eigen afwegingen en wellicht risico's, is een dialoog hiervoor de enige remedie, aldus Van Rijn die hiermee de koers aangeeft hoe om te gaan met dit vraagstuk.

Tot slot worden de keuzemogelijkheden om de zorg thuis te ontvangen ook begrensd door doelmatigheidsnormen. Hoewel de staatssecretaris hier geen toelichting op geeft, zal dit een van de grootste uitdagingen zijn bij de uitvoering van zijn visie. Een advies van de NZa voor het ontwerpen van een maatwerkprofiel, inclusief passende bekostigingssystematiek voor de persoonlijke situatie, moet voor de zomer klaar zijn. Deze zal in 2017 of 2018 in kunnen gaan. In de tussenliggende tijd zal het indicatieproces aangepast worden door in bepaalde gevallen de zorgaanbieders de mogelijkheid te geven om zelf een indicatie te stellen.

Meer algemeen is het noodzakelijk om de informatievoorziening aan mensen met langdurige zorg en hun vertegenwoordigers te verbeteren, zodat zij op de hoogte zijn van de nieuwe mogelijkheden. Over het geheel genomen presenteert Van Rijn een goede, consistente visie die de basis is voor nieuwwetse, persoonsgerichte zorg. <<

Jan Erik de Wildt,
directeur De Eerstelijns
Foto: Hollandse Hoogte / Peter Hilz