

Naar autonomie, verbondenheid en een gezond leven

een nieuwe ambitie voor de langdurige zorg



26 Maart 2010

Externe Commissie Fundamentele Herbezinning Langdurige Zorg

Inhoudsopgave

Inleiding & aanleiding

De basis: naar "persoonlijke versterking"

1. Analyse: "geen van de actoren in zijn kracht"
2. Een nieuw paradigma: "dialogoog tussen cliënt en professional"
3. Institutionele prikkels: "de juiste stimulansen voor cliënt en zorgverlener"
4. Een nieuwe marktordening: "de overheid ontslagen van een loden last"
5. Cultuurvereisten: "een nieuw arbeidsethos"
6. De opbrengst: "antwoord op maatschappelijke uitdagingen"
7. Plaats in publieke discussie: "van eenvormigheid naar diversiteit"
8. Vervolg: "hoe nu verder?"

Bijlagen:

- De zelfredzaamheidsladder
- Zorgpensioensparen

Inleiding & aanleiding

Op dit moment wordt op allerlei plekken fundamenteel nagedacht over de beste inrichting voor de Langdurige Zorg, voor de jaren die voor ons liggen. De financiële onhoudbaarheid van het stelsel is al langer in beeld. Ook de nijpende behoefte aan werknemers, nu en later, is goed gedocumenteerd. Daar is sinds 2009 bijgekomen dat 's Rijks financiën ernstig verslechterd zijn, waardoor een fundamentele herbezinning op inrichting van onze samenleving nu door 19 commissies wordt onderzocht.

Zorgorganisaties, verenigd in Actiz, hebben ook hun zorgen. De dagelijkse praktijk van verpleging, verzorging en thuiszorg kan wat hen betreft nadrukkelijk beter. Alle herbezinning die nu plaats vindt, dreigt vooral financieel gedreven te zijn en zou de zorginhoudelijke dimensie kunnen missen.

Daarom heeft Actiz een externe commissie gevraagd een aanzet te doen tot een fundamentele herbezinning op de inrichting van de langdurige zorg. Die herbezinning zou een antwoord moeten zijn op de maatschappelijke uitdagingen die nu acuut zijn (noodzaak tot kostenbesparing, knellingen op de arbeidsmarkt). En bovenal zou het een antwoord moeten zijn op de knelpunten die cliënten en zorgaanbieders ervaren in de dagelijkse levering van zorg. Het gevoel dat het gewoon beter kan, indien daarvoor de ruimte ontstaat, wordt breed gedragen.

Die aanzet tot fundamentele herbezinning ligt er in de vorm van deze notitie. De basisgedachte is op onderdelen radicaal. Op andere onderdelen circuleren ideeën al tijden in het publieke debat. Op onderdelen is het mogelijk confronterend of zelfs aanstootgevend. Dat is de prijs van een echte herbezinning. Het is ook een serieuze poging tot antwoord op de uitdagingen waar wij voor staan.

Het 'object van beschouwing' was de langdurige zorg, in het bijzonder de ouderenzorg, waarvoor de meeste leden van Actiz staan. Maar veel van de observaties en uitkomsten betreffen onvermijdelijk de gehele gezondheidszorg. Daar waar dit het geval is, is dat ook zo uitgesproken.

Eén en ander is tot stand gekomen in een aantal discussiebijeenkomsten, waarna voortschrijdend inzicht werd vertaald in aanscherping van de hoofdlijn. De commissie hecht eraan te benadrukken dat deze notitie niet kan worden beschouwd als een volledig uitgewerkt voorstel voor een nieuw zorgstelsel. Het is hopelijk een interessante denkrichting die het verdient nader uitgewerkt en geconcretiseerd te worden.

De commissie hoopt erop, een zinnige en inspirerende bijdrage te hebben geleverd aan het publieke discussie, die in het licht van de aankomende verkiezingen in de komende weken en maanden naar verwachting zeer intens zal worden. Totstandbrenging van deze fundamentele herbezinning was op zichzelf al inspirerend.

De commissie dankt het bestuur van ActiZ voor de verleende opdracht en voor de durf om in het hectische en soms ruwe openbare debat fundamenteel nieuwe wegen te verkennen.

Annemiek Goris
Monique van Doorn
Theo Poiesz
Rogier den Uyl
Jord Neuteboom
Jeroen van Roon (voorzitter)

De basis: naar "persoonlijke versterking"

Het zit fundamenteel niet goed met het huidige langdurige zorgstelsel. Ieder van de aanwezige actoren zit in een suboptimale positie.

Knelpunten

Burgers worden onvoldoende ertoe aangezet om zo veel als mogelijk de verantwoordelijkheid over hun gezondheid en zelfredzaamheid te nemen. Zorgaanbieders ervaren al jaren dat van hen een innovatieve en voortvarende rol verwacht wordt in het zorgstelsel, maar dat hen niet de ruimte wordt geboden die rol ook daadwerkelijk te pakken. Wantrouwen over de motieven van zorgaanbieders en de mate waarin ze in hun keuken willen laten kijken voert de boventoon¹. Zorgverzekeraars staan op afstand. Zorgkantoren delen nog steeds de zorg toe, of gemeenten hebben die rol overgenomen. De overheid wordt de facto verantwoordelijk gehouden voor alles, inclusief elk incident, en heeft daarmee een onmogelijke taak.

Intussen is de zorg die nu binnen de AWBZ wordt gecontroleerd een merkwaardige verzameling activiteiten geworden. Preventie en gezond leven worden onvoldoende bevorderd. De ongewenste tweedeling in zorg voltrekt zich alsnog en veel scherper dan sociaal gewenst, omdat de strikt private langdurige zorgmarkt snel groeit, onherkenbaar anders dan de AWBZ.

De cliënt krijgt de regie maar ook verantwoordelijkheid

De commissie bepleit een nieuwe ambitie. Centraal daarin staat de notie dat de Nederlandse burger het verdient om zo veel als mogelijk zelf te bepalen hoe hij of zij (in deze notitie verder "hij") het beste zichzelf gezond kan houden, welke middelen hij daarbij aanwendt en welke steun hij zoekt als hij onverhoopt toch ziek wordt, of anderszins verzwakt. Maar daarbij hoort ook de notie dat hij de plicht heeft om zichzelf – naar vermogen - in te spannen gezond en zelfredzaam te blijven. En solidair te blijven met diegenen die meer steun nodig hebben. Die notie dient de basis te worden van het nieuwe zorgstelsel.

De rechten zijn goed verankerd in onze sociale zekerheid, de plichten nog niet. De burger ontvangt nu slechts beperkt een prikkel², geen vingerwijzing of inspiratie vanuit de samenleving dat actief gezond gedrag, zelfredzaamheid en informele zorg voor elkaar ("samenredzaamheid") noodzakelijk zijn voor het in stand houden van solidariteit en toegankelijkheid van zorg voor iedereen.

De commissie werpt de vraag op of die prikkel niet alsnog kan worden ingevoerd. Bijvoorbeeld door zorgpensioensparen. Of door meer uit te gaan van de Zvw, met daarin eigen bijdrage en no-claim regelingen die helderder gekoppeld kunnen worden aan gezonde levensstijlen.

Niet iedereen kan eigen regie aan

Deze aandacht voor zelfredzaamheid dient overigens vergezeld te gaan van de heldere boodschap dat de mate waarin men zelfredzaam is zeer individueel bepaald is. Bijvoorbeeld een chronisch zieke die al jaren leeft met zijn beperking, weet als geen ander hoe ermee om te gaan. Er zijn ook burgers die minder eigen regie willen en graag iemand uit hun omgeving op dat vlak ondersteuning laten bieden. En er zijn mensen die volledig afhankelijk zijn van zorg en geen naaste hebben om hen daarin bij te staan.

¹ In feite is deze analyse al oud. Zie ook het WRR rapport "Bewijzen van Goede Dienstverlening, december 2004 dat spreekt van "geinstitutionaliseerd wantrouwen, de dictatuur van de middelmaat en de stapeling van toezicht en verantwoording".

² Een inkomensafhankelijke eigen bijdrage

Elk stelsel zal zich hiervan rekenschap moeten geven en de samenleving heeft de plicht voor mensen te zorgen die het echt nodig hebben. De suggestie die de commissie doet is om het stelsel zodanig te herinrichten dat bevorderen van zelfredzaamheid niet meer wordt ontmoedigd.

Voor zorgaanbieders een nieuwe ambitie

De aanbieders van langdurige zorg zijn toe aan een nieuwe ambitie. De nu bestaande organisaties zijn voor het overgrote deel gevormd in een tijd waarin zelf nadenken over zorginnovatie, het pakken van kansen om dingen beter te doen en het begeleiden van mensen naar onafhankelijkheid en gezond leven niet nodig werd geacht en vaak zelfs niet op prijs werd gesteld. Wel met de mond beleden, maar in de praktijk ontmoedigd. Je zou kunnen zeggen: "er was geen tarief voor".

Van zorgaanbieders die slechts uitvoeren wat indicatieorgaan en zorgkantoor hen opdragen, wil de huidige generatie zich omvormen tot partijen die er eer bij inleggen om bij elke cliënt, uitgevoerd door elke zorgprofessional, de vraag te stellen: "hoe kan deze cliënt zo veel als mogelijk weer of maximaal zelfstandig leven? Hoe kan deze cliënt andere gewoontes aannemen, waardoor hij gezonder leeft, of leert om te gaan met zijn beperking. Wat moet de rol van mijzelf en mijn zorgorganisatie daarin zijn? Misschien wel één waarin wij zo snel als mogelijk onze eigen betrokkenheid afbouwen".

Dit vraagt om meer autonomie voor de zorgprofessional. Die moet de ruimte krijgen om ondernemerschap te tonen. Dan kan hij samen met de cliënt, de beschikbare informele steunsystemen en andere zorgaanbieders, zorg en dienstverlening op maat leveren, die bijdraagt aan autonomie, verbondenheid en gezond leven.

Dit vraagt ook om herijking van de rolverdeling tussen huisarts en aanbieder van langdurige zorg. Beide partijen hebben hun eigen rol te spelen als het gaat om bevorderen van autonomie, verbondenheid en gezond leven. De huisarts als coach die op gezette tijden vinger aan de pols houdt. De aanbieder van langdurige zorg die dagelijks en langdurige contact heeft met een cliënt. Alleen wanneer beide partijen goed samenwerken, kan de cliënt een slag maken.

Het vraagt ook om herijking van de scheidslijnen tussen langdurige zorg, sociaal maatschappelijke ondersteuning en andere vormen van dienstverlening die nu privaat zijn. Die scheidslijnen zijn nu kunstmatig aangebracht.

Legitimatie voor een nieuwe rol

Ook zorgaanbieders hebben een vingerwijzing nodig van de samenleving dat dit op prijs wordt gesteld. We noemen dat "een prikkel", maar in feite moeten zorgaanbieders gelegitimeerd worden om de vraag aan burgers te kunnen stellen: hoe ziet uw persoonlijke situatie eruit? Wat zijn uw wensen? Hoe zou u zelf hierin een rol kunnen spelen, of uw omgeving? Die legitimatie is er nu niet. Een zorginstelling die zichzelf zo snel als mogelijk overbodig maakt is verdacht.

Een nieuwe marktordening

Hoe kan die prikkel eruit zien? Verschillende modellen zijn mogelijk. Op wijkniveau zouden consortia van zorgaanbieders een concessie kunnen winnen om voor een bepaald bedrag per burger de lokale zorg te leveren. Indien het consortium erin slaagt de zorgkosten beperkt te houden, kunnen zij dat naar eigen inzicht aanwenden voor versterking van de zorginfrastructuur. Dit zou

bijvoorbeeld goed kunnen in rurale regio's waar een compleet zorgaanbod niet vanzelfsprekend vorm krijgt.

Of we pakken volledig door op het model van cliëntvolgende financiering. De burger wordt volledig bekrachtigd in zijn zelfbeschikking, door hem "het geld in de hand" te geven. De soevereiniteit van de cliënt is op die manier het meest gewaarborgd.

In beide modellen is een standaard onderdeel van het door cliënt en zorgaanbieder op te stellen zorgplan dat de zorgaanbieder zal zoeken naar manieren om hem zo veel of zo snel mogelijk zelfredzaam te maken. Slaagt de zorgaanbieder daar systematisch in, dan scoort hij goed op de "zelfredzaamheidsladder", en ontvangt hij daarvoor van verzekeraars een beloning.

Welk model ook gekozen wordt, een paar zaken zijn vaste onderdeel van een fundamentele herbezinning:

- Cliëntvolgende bekostiging
- Ruimte voor de zorgprofessional
- Afschaffing van de rol van het zorgkantoor
- Afschaffing van de toelating (zoals aangekondigd in het ontwerp-Wcz)
- Schoning van de AWBZ van activiteiten die in een andere omgeving tot hun recht komen, zoals wonen en activiteiten die als dienstverlening kunnen worden aangemerkt
- Bewaking en beloning op nieuwe incentives, die betekenis hebben voor de cliënt

Cliënttevredenheid sleutel naar kwaliteit

Ook cliënttevredenheid dient een integraal onderdeel uit te maken van het beoordelen van zorgaanbieders. De zorgaanbieder moet anno 2010 over een eindeloze hoeveelheid zaken verantwoording afleggen, maar niet aan zijn cliënten. En niet over de tevredenheid van die cliënten. Een pijnlijke omissie. Door cliënttevredenheid veel meer dan nu centraal te stellen, kan een enorme kans gepakt worden op weg naar een kwalitatief hoogwaardig zorgsysteem. De basis hiervoor is al gelegd. De CQ-index is er al. Het moet allemaal nog veel beter, maar het kan.

Een wenkend perspectief

Wat is dan het wenkend perspectief? In de samenleving veel meer aandacht voor gezond blijven en herlevend normbesef dat zo veel als mogelijk zelf de verantwoordelijkheid nemen voor een gezond, zelfredzaam leven normaal is. Bij zorgaanbieders krijgen de professionals de ruimte om ondernemend te werken, meer in gesprek te gaan met cliënten en breed te sturen op actief gezond gedrag, versterken van sociale steunnetwerken en versterken van autonomie.

Alleen door echte aandacht voor de cliënt kan de zorgaanbieder een gesprekspartner zijn in diens zelfredzaamheid. Door cliënttevredenheid kan een zorginstantie "scoren". Doordat deze informatie publiek beschikbaar is, doordat het sturingsinformatie voor de organisatie zelf oplevert en doordat het impact heeft op financiële resultaten.

Langs deze route voorziet de commissie een forse verlichting van de druk die langdurige zorg op de samenleving legt. Veel meer preventie. Veel meer gebruik van sociale steunnetwerken. Veel minder automatisme in zorgvraag. En dus, minder benodigde werknemers. Bovenal: zorg van grote maatschappelijke waarde.

Is dit eenvoudig? Levert het alleen maar pluspunten op en geen nadelen. Helaas, nee. Gestalte geven aan deze paradigmaverschuiving vergt grote aanpassingsbereidheid van iedereen, nog het meest de burger zelf. Vanzelfsprekende rechten verminderen. Eigen inspanningen nemen toe. Het is onvermijdelijk. De uitdagingen waar wij als samenleving voor staan vereisen het.

Maar de opbrengst is er niet alleen één van bespaarde euro's en minder behoefte aan arbeidskrachten. Het leidt ook tot kwalitatief hoogwaardiger zorg. Een veel rijkere en meer vruchtbare relatie tussen cliënt en zorgprofessionals. Het blijft tenslotte een samenspel van mens tot mens.

H1: Knelpunten-analyse

Het zit nu niet goed in het stelsel

Natuurlijk, veel is wel goed in de langdurige zorg. Nederland scoort internationaal goed in allerlei rankings over toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit van zorg. Breed leeft het gevoel dat we leven in een fatsoenlijke samenleving die goed zorgt voor kwetsbare mensen die zorg nodig hebben, alle verhalen over pyjamadagen ten spijt. In essentie hoeven mensen in Nederland zich (nog) weinig zorgen te maken als het gaat om essentiële zorgbehoeften. Die zijn voorradig voor iedereen.

Burgers

Toch bestaat tegelijkertijd de stellige indruk bij velen dat de zorg nu onvoldoende doelmatig tot stand komt en dat de kwaliteit nog fors hoger zou kunnen zijn. Dat is deels goed zichtbaar in de dagelijkse praktijk waarin cliënten en zorgprofessionals elkaar ontmoeten. De indruk bestaat dat zorg aan zeer kwetsbaren beperkter is dan nodig voor een menswaardig bestaan, terwijl mensen met een kleine zorgvraag mondig genoeg zijn om die zorg tot hun maximale recht te halen.

De indruk bestaat dat de samenwerking tussen mantelzorgers en zorgaanbieders onvoldoende soepel loopt, waardoor mantelzorgers in feite ontmoedigd worden hun bijdrage te leveren. Aansprakelijkheidsaspecten spelen hierbij een rol. Maar ook een zekere mate van "professionele superioriteit", die sommige zorgaanbieders te weinig oog doet hebben voor hetgeen mantelzorgers te bieden hebben.

Bovenal bestaat de indruk dat teveel cliënten, door de werking van het huidige zorgstelsel in een onnodig passieve rol geduwd worden. Wederom speelt aansprakelijkheid mogelijk een rol (of althans, het risico aangesproken te worden), wanneer zorgprofessionals een cliënt maar liever "rustig houden". Maar er zijn nog veel meer mechanismes die dit effect hebben. Hulp bieden maakt ook hulpbehoevend. Het zorgstelsel biedt onvoldoende prikkels aan burgers om zo gezond mogelijk te leven en zelf zo veel als mogelijk regie te houden over het eigen leven. Burgers hebben veel rechten en ervaren weinig appel op hun daarbij behorende plichten.

Zorgaanbieders

Iets vergelijkbaars is gaande bij zorgaanbieders. Die werden *van oudsher* in een passieve rol geduwd. Hoeveelheid en aard van productie werd hen opgedragen. Ruimte voor experimenteren of vernieuwen werd niet geboden. Het adagium was: iedereen heeft recht op dezelfde zorg. Die culturele bagage ben je niet zomaar kwijt.

Sinds een paar jaar is sprake van kleine stappen richting grotere autonomie voor zorgaanbieders. Voor zorgorganisaties in de verpleging, verzorging en thuiszorg gelden nog steeds de tarieven van de NZa (en waarvoor geen tarief is, kan geen afrekening plaats vinden), de zorgtoewijzing door de zorgkantoren of gemeenten en de kritiek van de Tweede Kamer indien iets nieuws wordt geprobeerd. Geen stimulerende omgeving voor innovatief maatschappelijk ondernemerschap.

Ondernemerschap: willen excelleren en daarvoor beloond willen worden, de cliënt behandelen als een echte cliënt en niet als iemand die dankbaar mag zijn voor de geboden dienstverlening, onderscheidende productmarkt-combinaties die goed inspelen op wat burgers willen en daar een premium voor vragen, marktaandeel winnen door een uitstekende reputatie, innovaties doorvoeren voor betere kwaliteit of meer efficiency, kostenleiderschap neerzetten.

Het klinkt allemaal leuk maar de scepsis is groot of er wel echt ruimte voor komt. Of politiek en samenleving het zullen toelaten. De bedrijfstak heeft er weinig vertrouwen in. Daar heerst het beeld dat politiek-bestuurlijk Nederland zich primair zorgen lijkt te maken om het beheersen van kosten, waardoor aan het creëren van waarde, via alle bovengenoemde mogelijke strategieën geen ruimte wordt gegeven. "Redefining Health Care"³, waarin een krachtig pleidooi is geformuleerd tegen de "zero-sum games", waarin actoren alleen maar bezig zijn met kostenbeheersing en kosten doorschuiven, ziet men nog teveel in de langdurige zorg.

Er zijn voorbeelden die het tegendeel bewijzen. Nieuwe partijen lijken kansen te kunnen pakken, met specifieke product-marktcombinaties. Bestaande organisaties, met hun "roots" in het oude stelsel, lijken daar veel meer moeite mee te hebben. Nieuwe partijen worden ook niet met waardering tegemoet getreden. Die krijgen al snel het verwijt "krenten uit de pap te halen". Structuren creëren culturen.

Zorgverzekeraars

Bijzonder is de rol van de zorgverzekeraars in de langdurige zorg. Of eigenlijk, hun afwezigheid hierin. Zorgkantoren doen de zorgtoewijzing, maar hebben in de voorgaande jaren niet de ruimte genomen om innovatie en ondernemerschap te bevorderen. Alle positieve effecten die een actieve rol van zorgverzekeraars zou kunnen toevoegen aan de werking van het stelsel worden daarmee uitgesloten, ondanks hun nauwe verbintenis met de zorgkantoren.

AWBZ

Nog meer bijzonder is de samenstelling van de AWBZ. In 1968 begonnen als een voorziening om bijzondere ziektekosten op te vangen, is het inmiddels uitgedijd tot een merkwaardige vergaarbak van behandeling, verpleging, verzorging, woonfaciliteiten, dagbesteding en andere aanvullende diensten. Is dit allemaal wel zorg? Is op onderdelen hiervan in feite niet sprake van dienstverlening die mooi te combineren zou zijn met allerlei andere vormen van dienstverlening die nu in de vrije sector worden aangeboden?

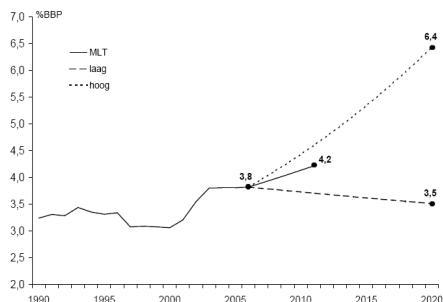
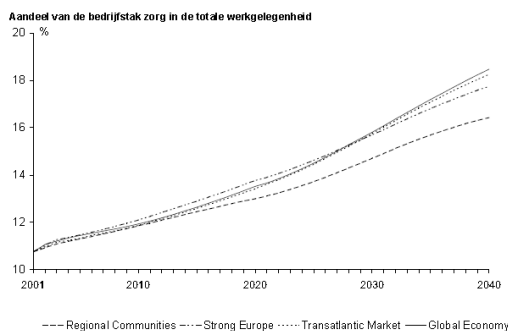
Tweedeling in zorg

Intussen voltrekt zich een onbedoeld effect: de tweedeling in zorg, die niemand wilde, doet zich alsnog voor en nog veel scherper dan ooit gevreesd. Private langdurige zorginstellingen, die zich volledig onttrekken aan de AWBZ-omgeving, springen als paddenstoelen uit de grond. De dienstverlening die zij bieden is onvergelijkbaar met de AWBZ. Maar de spin-off effecten die zich zouden kunnen voordoen richting de brede langdurige zorg, gaan aan de AWBZ-instellingen voorbij. Daar ontbreekt het aan expertise en financiële armslag om die kansen in de markt te pakken.

³ "Redefining Health-Care", van Porter en Teisberg (2006), zie ook de interpretatie van die publicatie "Naar Waardecreatie in de Nederlandse Zorg", (2008)

Kernprobleem: niet toekomstvast

Maar het grootste probleem is: de huidige wijze van werken is niet toekomstvast. Het CPB⁴ schetst een lange termijn perspectief in termen van beslag op economie en arbeidsmarkt die volstrekt onuitvoerbaar is.



In de linkerfiguur is zichtbaar hoe het CPB projecteert dat onder vier verschillende scenario's de aanspraak van de gezondheidszorg op Nederlandse werkenden gestaag blijft stijgen tot 2040. In de rechterfiguur projecteert de SER (ondersteund door het CPB) dat van specifiek de langdurige zorg in de jaren tot 2020 ieder jaar het aandeel in het BBP met circa een tiende procent zal stijgen. Het ministerie van VWS heeft laten weten dat in de loop der komende jaren 450.000 extra werknemers voor de zorg nodig zijn, bij ongewijzigd beleid. Een onmogelijk getal.

Zoals de langdurige zorg nu is ingericht zal het dit tij niet weten te keren. De acute nood in 's Rijks Financien haalt dit probleem naar voren, maar verandert niet de essentie ervan. Het is tijd voor een grote schoonmaak. Het is tijd voor langdurige zorg die toekomstvast is en veel meer ruimte biedt aan cliënten en zorgprofessionals.

⁴ Zie CPB, "Vier vergezichten op overheid en zorg", 2004 en SER advies "Langdurige Zorg Verzekerd", 2008

Nieuwe interactie tussen cliënt en professional

Centrale vraag

Hoe maken we een nieuw begin? Door te beginnen bij de dagelijkse praktijk, de dynamiek tussen cliënten en zorgprofessional. De vraag die de commissie zichzelf het meest gesteld heeft is: *op welke wijze kan in de dagelijkse praktijk, zo veel als mogelijk, bij cliënten en zorgprofessionals aandacht voor gezond leven en maximale zelfredzaamheid centraal komen te staan?* En wel op een zodanige wijze dat het voldoet aan de criteria

- Respect voor de cliënt, zijn wensen en cliënttevredenheid
- Kwalitatief hoogwaardige, betaalbare, toegankelijke zorg
- Ruimte voor de pro-actieve zorgverlener

Valkuilen

Dit is geen eenvoudige opgave. De valkuilen zijn legio. Om er enkele te noemen: Een zorgaanbieder die energie steekt in het zelfredzaam maken van een cliënt wekt, als hij niet oppast, de indruk zich ervan af te maken. Bovendien loopt hij omzet mis. En hoe realiseert een zorgaanbieder zelfredzaamheid en tegelijkertijd cliënttevredenheid. Hoe verenigen we enerzijds kwalitatief hoogwaardige en anderzijds betaalbare zorg? Hoe werken VVT-instellingen hierin effectief samen met huisartsen, die ook een belangrijke rol hebben in preventie en zelfredzaamheid? Hoe zorgen we voor ontschotting tussen langdurige zorg, sociaal maatschappelijk werk en gewone dienstverlening? Hoe zorgen we voor zorgvuldige meting van cliënttevredenheid, zonder de cliënt in een lastige positie te brengen, ten opzichte van verzorgers?

Stap 1: dialoog is de kern

De eerste stap in het vinden van oplossingen is: veel meer tijd besteden aan aandacht voor en dialoog met de cliënt en de andere zorgorganisaties waarmee die cliënt in contact is. Alleen daardoor kan de zorgprofessional zich een beeld vormen van de omstandigheden waarin de cliënt zich bevindt en de wijze waarop die positief zouden kunnen worden beïnvloed. Alleen daardoor kunnen zorgaanbieders een relatie met cliënten opbouwen die zodanig is dat de voorstellen van de zorgaanbieder worden gehoord en vertrouwd.

Stap 2: cliënttevredenheid

De tweede stap is: veel meer uitgaan van, informatie verzamelen over en sturen op cliënttevredenheid. Daarmee is een begin gemaakt in de langdurige zorg. De CQ-indexen zijn er. Maar het gebeurt nog weinig (meestal een tweejaarlijkse scan, veilig op hoog abstractieniveau, die van de organisatie). Er is ook weerstand. Niet iedereen vindt het leuk om zo te kijken te staan. Zeker niet als men slecht scoort. Argumenten die het belang van cliënttevredenheid relativeren zijn er te over. Maar actief sturen op cliënttevredenheid zou de dialoog met cliënten aanmerkelijk verrijken en de kwaliteit van zorg verhogen. Ook de tevredenheid van huisartsen en mantelzorgers zou een factor kunnen zijn.

Dit klinkt allemaal duur en inderdaad, zoals wel vaker gaan ook hier de kosten voor de baten uit. Zorgverleners worden niet betaald voor dialoog. Daar is geen tarief voor. Toch komt het allemaal niet op gang zonder die aandacht. Hoe ziet de cliënt's privé situatie eruit? Waar leeft hij van op? Welke mogelijkheden zijn er om hem of zijn omgeving te activeren? Kan zijn manier van leven misschien anders. Welke hulp heeft hij daarbij nodig? Welke afspraken kunnen daarover worden gemaakt? Hier het maximale uithalen vraagt tijd. Het levert later overigens vaak weer tijd op. Voor dat laatste is nog niet overal oog, in de zorg.

Stap drie: institutionele stimulansen

Voor die tijd moet ruimte worden gemaakt. De derde stap is daarom: deze dialoog versterken door het aanbrengen van stimulansen (zie H3).

Drie voorbeelden van kansen bij betere dialoog tussen cliënt en zorgprofessionals

1. Zelfmanagement instrumenten

De individuele huisarts heeft nog geen standaard in de voorbereiding van het spreekuur. Daarmee heeft de zorgvrager ook geen vaste verantwoordelijkheid om zich op een bezoek aan een spreekuur voor te bereiden⁵. Beter voorbereid verhoogt de effectiviteit van het spreekuurbezoek en dus van het behandelproces. Voorbeelden van zelfmanagementinstrumenten zijn er (met een briefje naar de dokter). Echter, het gebruik is beperkt. Door klanten, patiënten bij de aanmelding voor een spreekuurbezoek te vragen een voorbereiding in acht te nemen (schrijf de klachten op, hou enige tijd het klachtenpatroon bij, schrijf op wat u op een dag eet, noteer tot aan het spreekuur hoe veel u beweegt enzovoort) zou de arts ter voorbereiding op een spreekuur aanzet kunnen geven tot gezond gedrag en een actieve bijdrage van de patiënt. Zij die zich niet hebben voorbereid kunnen voorafgaand aan het spreekuur door een voorlichtingsdeskundige/consulent voorgelicht worden hoe dit de volgende keer wel te doen.

Met behulp van Gezondheid 2.0⁶ en aanverwante initiatieven wordt gebruik van zelfmanagementinstrumenten gangbaarder en bereikbaar. De klant/patiënt/cliënt bereidt zich actief voor of wordt hier toe uitgedaagd.

2. Van doen naar leren doen

De thuiszorgverpleegkundige/verzorgende heeft bij uitstek de positie om zelfredzaamheid en zelfverzorging te bevorderen: van wondverzorging tot aan medicatieverstrekking tot hulp bij ADL (algemeen dagelijks levensonderhoud). Bij elke handeling kan het motto worden om te onderzoeken, te bespreken en te trainen hoe iemand zichzelf zou kunnen helpen. Of hoe het sociaal netwerk aan deze verzorging kan bijdragen. De aandacht verschuift dan systematisch en professioneel van zelf doen door de professional naar het aanleren van de vaardigheid om het zelf te kunnen doen door de patiënt, inclusief de verantwoording van dat het gedaan is.

Mensen kunnen leren te bellen, te sms-en of te mailen als het gelukt is, zij kunnen deel gaan nemen aan community's van ervaringsdeskundigen, ze kunnen aangesloten worden op wijkteams van burenhulp, ze kunnen op afstand in de gaten gehouden worden op allerlei meetwaarden. De essentie: de verpleegkundige handeling zit hem niet meer in het zelf doen, doch in het trainen van de patiënt en het toezien op het uitvoerend proces.

⁵ zie ook publicatie RVZ 'Geven en nemen in de spreekkamer', juni 2009

⁶ RVZ februari 2010

3. Van ont-activeren naar activering:

De individuele verzorgende in een verpleeghuis is meer gericht op het zorgen voor de patiënt en minder of niet op het activeren van vermogen. Twee voorbeelden:

Een mevrouw werd steeds als onrustig en dwars bestempeld hetgeen invloed had op de zorgrelatie. Professionals zagen er tegen op deze mevrouw te moeten verzorgen. Dit leidde tot werkstress en irritatie bij de uitvoering.

Deze professionals zijn getraind in aandachtige zorg en activering. Na een trainingsbijeenkomst werd besloten de theorie eens toe te gaan passen: de verzorgenden besloten het eens anders te doen. In plaats van opnieuw met tegenzin en met tegenwerking aan het verzorgingsproces te beginnen zijn de verzorgenden met de bewoner in gesprek gegaan. Wat zou het voor u minder vervelend maken was de vraag. Opvallend eenvoudig het antwoord: "Jullie gaan altijd zo snel, ik wil gewoon eerst even rustig koffie drinken." Zie daar de oplossing voor een lastige zorgvraag. Voortaan starten de verzorgenden in alle rust door eerst met haar koffie te drinken en haar in deze activiteit serieus te nemen. De verzorging daarna verloopt plezieriger en gaat sneller. Raar maar waar, inclusief samen koffie drinken (en ruimte laten aan er zijn) kost de verzorging minder tijd en is de werksfeer verbeterd.

Een tweede voorbeeld: een demente bewoner werd om een opinie gevraagd, de dame in kwestie werd op vermogen aangesproken. Een zwangere verzorgende wist dat deze bewoonster sportjuf was geweest en vroeg haar op een keer om raad omdat ze die dag wat last van haar rug had. Verbazing en blije verwondering traden op toen de dame in kwestie gericht en betrokken kon adviseren wat de verzorgende er aan kon doen. Hoewel gekwalificeerd/gediagnostiseerd als dement en men haar niet alert achtte op wie iedereen was, vergat deze dame nooit meer welke verzorgende zwanger was. Zij was geraakt op het stuk wat voor haar belangrijk was en leefde op. Een omslag, was de dame eerder niet meer aangesproken op wat ze ooit kon of wist, was zij een demente bewoner, vanaf dat moment was zij de voormalige sportjuf met een aardig advies. Deze omslag werd gemaakt nadat de verzorgende getraind was om te kijken wie de mens achter de demente patiënt was.

H3: Institutionele prikkels

De juiste stimulansen voor cliënt en zorgverlener

Een pijler voor de paradigmaverschuiving is dat burgers zich meer bewust worden gemaakt van de sociale plicht door middel van gezond leven en maximaal mogelijke zelfredzaamheid bij te dragen aan het betaalbaar houden van goede zorg voor iedereen.

Cliëntvolgende financiering

Maximale verantwoordelijkheid en maximale eigen regie is derhalve het uitgangspunt. Indien we willen dat dit de basis is van de langdurige zorg, dan dient de cliënt te worden bekrachtigd in zijn rol van regisseur van zijn eigen zorg. Dat betekent: zo veel als mogelijk cliëntvolgende financiering. Er zijn nu problemen met de PGB's. Die problemen moeten worden verholpen, maar mogen het beginsel van cliëntvolgende financiering niet in de weg staan.

Cliëntvolgende financiering brengt als risico met zich mee dat (althans het wantrouwen ontstaat dat) individuen erop uit zijn hun opbrengst te maximaliseren. Zorgvuldige en professionele indicatiestelling is daarom geboden. Hier is een parallel te trekken met de leercurve die we hebben doorgemaakt bij uitkeringsgerechtigdheid bij werkloosheid. Het moet buiten kijf staan dat mensen die zorg ontvangen, die zorg ook echt nodig hebben.

Prikkels voor gezond leven

Hiermee zijn nog geen prikkels ingebouwd voor gezond leven of zo veel als mogelijk zelf organiseren van ondersteuning. Het is lastig die prikkels in te bouwen want ze zijn nu niet onderdeel van het sociale maatschappelijke contract dat burgers met elkaar hebben. Dat zien we aan de reacties op de gelanceerde gedachte om polispremies afhankelijk te maken van de levensstijl. Dat vonden velen een inbreuk op de vrijheid van het individu om zelf te bepalen hoe men leven wil.

We zien hoe snel "sociale contracten" kunnen schuiven. Enkele jaren geleden nog maar was het not done in een café te zeuren als iemand een sigaret opstak. Nu is het tegenovergestelde het geval. De vrijheid hebben, maar wel een (al dan niet beperkte) prijs betalen voor een levensstijl die de samenleving potentieel een hoop geld kost, lijkt op zijn minst iets dat besproken zou moeten kunnen worden.

Prikkels voor zelfredzaamheid

Voor stimulering van zelfredzaamheid is überhaupt nog geen begin van een prikkel. Hier wordt daarom een eerste suggestie geopperd. Is het denkbaar dat een deel van de AWBZ-premie wordt geïndividualiseerd en omgevormd wordt tot "zorgpensioensparen"? Burgers zullen zorgvuldiger omspringen met door henzelf opgebouwde reserves dan met zoiets als een anoniem collectief AWBZ-fonds. Het onderscheid tussen de twee zou kunnen liggen in daadwerkelijk onverzekerbare zorg versus zeer goed voorspelbare zorg, samenhangend met ouderdom.

Een andere mogelijkheid is delen van de langdurige zorg over te hevelen naar de Zvw en meer in te zetten op "no claim" polisonderdelen en hogere eigen bijdragen die in de Zvw hun plek hebben. De ruimte om die prikkels te koppelen aan gezond leven zijn groter dan binnen de AWBZ.

Ook hier woedt de maatschappelijke discussie volop. Het risico van onaanvaardbare lastenverhoging bij lage inkomens en chronisch zieken is levensgroot. De uitkomst van die discussie zou niet moeten zijn deze instrumenten dan maar te negeren, maar ze te verfijnen zodat ze een prikkel gaan vormen voor gezond leven en zelfredzaamheid, terwijl maatschappelijk

kwetsbaren gespaard blijven. De RVZ heeft hiervoor reeds een goede aanzet gedaan⁷.

Prikkels voor de zorgaanbieder

Ook de zorgaanbieder heeft prikkels voor effectief gedrag nodig. Hoe zorgen we ervoor dat al die extra inspanningen in dialoog met de cliënt en het sturen op cliënttevredenheid zich lonen? Door effectief gedrag en goede uitkomsten te belonen.

Anders dan vaak gedacht gaat een systeem van prestatiebeloning niet alleen maar over veel geld kunnen verdienen. Het zetten van een beloning op een bepaalde uitkomst geeft belanghebbenden een legitimatie om die uitkomst actief na te gaan streven. En die legitimatie is hier wel nodig.

Want de langdurige zorgaanbieder zal zijn relatie met de cliënt behoorlijk moeten verdiepen. In gesprek gaan over gezond leven en de beste manier om de privé omgeving van een cliënt in te schakelen gaat alleen indien daartoe gelegitimeerd. En die legitimering zal moeten want, wederom, veel burgers zijn zich goed bewust van hun rechten maar minder van hun sociale plichten.

Minder informatie voor de overheid, meer voor de cliënt

Indien de zorgaanbieder "cliëntvolgend" wordt, en het stelsel kantelt van beheersing van het aanbod naar beheersing van de vraag, gaat de wereld er voor de zorgaanbieder er sowieso al heel anders uitzien. De tarievendiscussie met de NZa verdwijnt naar de achtergrond. Ook de productieafspraken verdwijnen. Het is de cliënt die bepaalt of een zorgaanbieder de ruimte krijgt extra productie te leveren. Er komt energie vrij die besteed kan worden aan het zo goed als mogelijk informeren van cliënten.

In zo'n omgeving gaat de zorgaanbieder zich daar vanzelf op toeleggen. Het wordt een noodzaak in de marktplaats. Welke zorg levert men, tegen welke prijs en per wanneer is het beschikbaar? Hoe tevreden zijn cliënten bij de zorginstelling? Hoe presteert de zorginstelling op objectief meetbare kwaliteitscriteria? Hoe geeft het vorm aan de dialoog met potentiële cliënten en de andere bij die cliënt betrokken zorginstellingen over gezond leven, zelfredzaamheid en de inschakeling van mantelzorg? In tegenstelling tot bij "administratieve lasten", zal niemand bij deze informatieverstrekking twijfelen aan het nut ervan.

De zelfredzaamheidsladder

De informatie die de zorgaanbieder aan verzekeraars verschaft zou moeten gaan over de mate waarin men in staat is de cliënten die het bedient zo snel mogelijk weer zelfredzaam te krijgen of maximaal zelfredzaam te houden. Hier dringt zich de parallel op met de "participatieladder" uit de reïntegratiewereld. Zorginstellingen die – gecorrigeerd voor hun casemix – erin slagen relatief veel mensen:

- helemaal zorgvrij te maken,
- of in ieder geval naar lichtere vormen van zorg te geleiden,
- of desnoods langer op een niveau van activering te houden waardoor achteruitgang zich minder snel voordoet
- en daarbij de cliënttevredenheid op peil houden

zouden daarvoor via een bonus/malussysteem beloond moeten kunnen worden.

⁷ RVZ rapportage benoemen

H4: Een nieuwe marktordening

De overheid ontslagen van een loden last

Tot wat voor een bedrijfstakdynamiek leidt dit nou? Is dit een pleidooi voor ongebreidelde marktwerking? Nee. Maar allereerst een definitiekwestie.

Het gaat om effectieve marktordening

Het al dan niet willen van marktwerking is een non-discussie⁸. De allergie voor het woord "marktwerking" is contra-productief en slaat discussies dood. Er is per definitie marktwerking indien individuele burgers op zoek gaan naar individuele zorgaanbieders en kijken of ze door partij x of y van zorg willen worden voorzien. (Bijna) niemand wil burgers dat recht ontnemen. Het gaat niet om wel of niet marktwerking, maar om de spelregels eromheen.

Rollen voor de overheid

In elke markt heeft de overheid op zijn minst een aantal rollen⁹:

- Kwaliteit van producten en diensten controleren
- Een goede werking van de markt controleren
- Arbeidsomstandigheden controleren
- Handhaving bij crimineel gedrag (fraude, contractbreuk, wanprestatie, e.d.)

Dit geldt voor alle markten maar voor de zorg weegt de controle op kwaliteit extra zwaar. Het gaat hier immers om respect voor de integriteit van het lichaam en de psyche van mensen. Op zich is aan de rol van de overheid als kwaliteitsbewaker niets bijzonders.

Een relatief nieuwe rol: bewaking transparantie

De laatste tijd is meer aandacht gekomen voor een nieuwe rol van de overheid: waarborgen dat aanbieders van producten en diensten hun cliënten goed informeren. In de bancaire sector is het risico-label bekend. De tekstopdruk op pakjes sigaretten is bekend. Ook in de gezondheidszorg zoekt de overheid deze rol steeds meer op. Het staat nog in de kinderschoenen maar het is een cruciale pilaar onder een goed werkende gezondheidszorgmarkt. Ook hierin pakt de overheid een rol in zorg die noodzakelijk is. Maar niet bijzonder.

Kostenbeheersing is legitiem

Eén aspect maakt de gezondheidszorg echt anders dan andere markten. We hebben in Nederland met zijn allen afgesproken dat iedereen verplicht verzekerd is voor zorgkosten, via de premies voor de Zvw en de AWBZ. Indien die verplichting zou wegvallen krijgen we daadwerkelijk "Amerikaanse toestanden": grote groepen onverzekerden en een zogenaamde death spiral waarbij hogere premies nog meer mensen wegduwen uit een verzekerd bestaan. De verplichting om wel verzekerd te zijn, opgelegd aan burgers, zadelt de minister van Volksgezondheid op met de verplichting die kosten voor burgers beperkt te houden. En dus is het legitiem dat de overheid zichzelf daartoe een speciale rol toedicht.

⁸ Zie ook de oratie van bijzonder hoogleraar marktwerking en mededingingseconomie, Barbara Baarsma, aan de UvA, februari 2010, waarin zij uitspreekt dat het debat over marktwerking onnodig gepolitiseerd is

⁹ Zie ook ontwerp SER advies "Publiek Belang vraagt Maatwerk in Marktwerking", dat uitspreekt dat het niet gaat om "meer of minder markt", maar om marktordening

Instrumenten voor kostenbeheersing

Het heeft daartoe verschillende instrumenten:

- Inkomenssteun geven, aan lager betaalden en/of aan chronisch zieken en/of gehandicapten
- Het verplicht verzekerde (basis)pakket in omvang beperkt houden
- De ordening van de zorg zodanig kiezen, dat de kosten voor het basispakket zo beperkt mogelijk blijft

Van het eerste instrument kan gezegd worden dat het een strikt politieke keuze is te bepalen in welke mate de overheid het in kan zetten. Van het tweede instrument is binnen commissieverband wel opgemerkt dat er niet aan te ontkomen valt in de loop der komende jaren strikter te worden in de definitie van maatschappelijk vereiste zorg, waarbij een aantal als gewone diensten aan te merken onderdelen van de AWBZ voor de hand liggend zijn om te schrappen uit het basispakket.

Historische marktordening

Het laatste instrument vergt nadere beschouwing. We komen uit een tijdperk waar (bijna) niemand naartoe terug wil. De overheid of door de overheid gesanctioneerde instanties controleerde de capaciteit van aanwezig zorgaanbod via de toelating, controleerde de kosten door tarieven vast te stellen en productieafspraken op te leggen.

In die wereld was er geen enkele ruimte voor eigen initiatief of inspelen op individuele cliëntwensen. Rationele beslissingen rond grote investeringen, op bedrijfseconomische grondslagen genomen, zoals bijvoorbeeld nieuwbouw of dure apparatuur, waren afwezig. Door de inflexibiliteit van deze markt liepen wachlijsten op en was aandacht voor publiek zichtbaar gemaakte kwaliteit een ondergeschoven kind.

Door een reeks van maatregelen is het einde van dat tijdperk aangekondigd, maar echt afgerond is het niet. De toelating is er nog steeds evenals de rol van de zorgkantoren en de tarieven van de NZa. Een fundamentele herbezinning op de best mogelijke marktordening die de kosten van de langdurige zorg beheersbaar houdt vind wel plaats in allerlei adviesgremia, maar is nog niet vertaald in een helder eindbeeld. Het wetsontwerp Wcz geeft aan dat de toelating wordt vervangen door een register, maar het is onzeker of de wet in die vorm van kracht wordt. De toekomst van de langdurige zorg is hoogst onzeker.

In die onzekere tijden wordt de overheid verantwoordelijk gehouden voor alles. De overheid gedraagt zich er ook naar. Incidenten worden besproken in de Tweede Kamer en van minister en staatssecretaris worden ad hoc maatregelen geëist. Het best wordt dit geïllustreerd wanneer zorgaanbieders dreigen te failleren. Het bewaken van zorgcontinuïteit is een terecht punt van zorg, evenals het behouden van kostbare zorginfrastructuur.

Die zorg is echter zo groot dat de overheid zichzelf een vergaand regisserende rol aanmeet, die leidt tot marktverstoring en het missen van kansen in het laten opvangen van problemen door omliggende zorginstellingen. Met zo'n zware rol kan de overheid het niet goed doen. Maar zich eraan onttrekken gaat ook niet. Daarvoor ontbreekt het perspectief.

Toekomstvaste marktordening, model 1: vrije ruimte

Een helder eindbeeld van marktordening is nodig. Vanuit de commissie worden daartoe twee opties aangedragen:

- Een vrije ruimte voor cliënt en zorgaanbieder
- Een concessiemodel op wijk- of dorpsniveau

In het eerste model wordt ervan uitgegaan dat het aanbod van langdurige zorg in Nederland zodanig fijnmazig kan zijn, dat burgers altijd in staat moeten kunnen zijn te kiezen uit meerdere partijen. "Stemmen met de voeten" is daarmee mogelijk en dat is een essentieel bestanddeel van een goed werkende, zichzelf reinigende, markt. De IGZ houdt toezicht op kwaliteit. De NMa bewaakt concentraties in zorg. De NZa bewaakt aanmerkelijke marktmacht en transparantie. Indien zorgaanbieders omvallen, vindt regie plaats op ordentelijke overdracht van cliënten en werknemers naar andere aanbieders.

De kostenbeheersing zit aan de vraagzijde, door de cliëntvolgende financiering. Zorgaanbieders hebben maar één zorg: aantrekkelijk zijn voor cliënten, zoals in elke markt. De centrale overheid is van een loden last bevrijd.

Toekomstvaste marktordening, model 2: concessiemodel

In het tweede model wordt de mogelijkheid gecreëerd om zorgaanbieders een extra stimulans te geven tot het leveren van een bijdrage aan kostenbeheersing. Ze hebben al de prestatiebeloning op succes in de zelfredzaamheidladder. Daarnaast zou aan consortia van zorginstellingen (huisartsen, gecombineerd met wijkverpleegkundigen en/of VVT instellingen) concessies kunnen worden verleend, op wijk- of dorpsniveau, waarbij in een biedingsproces de opdracht wordt gegund aan het consortium dat de beste prijs/kwaliteitsverhouding biedt. Na een vaste periode (bijvoorbeeld 5 jaar), wordt het biedingsproces herhaald.

In dit model heeft de overheid nog steeds de controle over de te maken kosten, echter niet meer (zoals nu) op het niveau van een individuele relatie tussen cliënt en zorgaanbieder, maar op een hoger niveau van gemiddelde kosten en waardering per wijk of dorp. Dus: minder zware bemoeienis van de overheid, maar wel grip op uitgaven.

Het voordeel van dit tweede model is dat zorgaanbieders zich gecommitteerd hebben aan een kostenplafond en samenwerken in een lokaal netwerk dat streeft naar integraal en naadloos aanbod voor de lokale bevolking. Het nadeel is dat in die wijk, cliënten geen keuze meer hebben, behalve een andere wijk opzoeken.

Basisbeginselen van marktordening

De commissie biedt beide modellen ter discussie aan. Centraal in beide modellen staat de behoefte te worden bevrijd van de centrale controle op de wijze waarop het aanbod zich mag ontwikkelen. En die bevrijding vindt in beide gevallen plaats door:

- Cliëntvolgende financiering waar mogelijk, zodat de basisfilosofie van het zorgstelsel (wie zijn eigen regie nemen kan, doet dat) wordt bekrachtigd
- Afschaffing van de rol van het zorgkantoor (hooguit opgevolgd door een gemeentelijke instantie die concessieprocessen coördineert)
- Voltooiing van de scheiding van wonen en zorg, zodat verschillende woonvormen zich veel meer dan nu kunnen aandienen
- Schoning van de AWBZ van activiteiten die in een andere omgeving tot hun recht komen, zoals wonen en activiteiten die als dienstverlening kunnen worden aangemerkt
- Afschaffing van de toelating (zoals aangekondigd in het ontwerp-Wcz)

In zo'n omgeving zijn zorgaanbieders niet meer primair verantwoordelijk verschuldigd aan de overheid over hun presteren, maar primair aan hun eigen cliënten. En staat het hen vrij te experimenteren, innovaties door te voeren, nieuwe product-marktcombinaties in te voeren, de verbinding aan te gaan met de vrije sector, allemaal indien hen dat meer succesvol maakt op de marktplaats. De cliënt bepaalt hun succes.

Blijvende aandacht voor kwetsbaren

Slechts voor een veel kleinere groep mensen dan nu in de AWBZ worden bediend, die mensen die hun eigen hulpvraag niet kunnen definiëren en ook geen vertegenwoordiger (een familielid of andere naaste) hebben die dat voor hen kunnen doen, is een speciale voorziening vereist. Voor die mensen moet eenvoudigweg gezorgd worden op een wijze waarop dat nu geschiedt in de AWBZ, indien de indicatie dat aangeeft.

H5: Cultuurvereisten

Een nieuw arbeidsethos

De mensen die nu de dagelijkse zorg daadwerkelijk leveren doen dat goed. Indien dat niet zo zou zijn, zou Nederland anders scoren in internationale rankings. Een hele bedrijfstak, met circa driehonderduizend werknemers, heeft zich erop toegelegd het maximale te maken van beperkte middelen en elke dag weer 600.000 cliënten het best mogelijke zorg te geven.

Benodigde cultuuraanpassingen

Tijden veranderen. En dat betekent ook dat in de cultuur van de sector, in het arbeidsethos en in de ongeschreven normen en waarden, een slag gemaakt moet worden. Dit is grotendeels al onderkend en er is volop beweging. Maar indien de bedrijfstak zijn belofte van "persoonlijke versterking" waar wil maken zal er bereidheid moeten zijn om op een aantal zaken accent te leggen:

- De geïntensiveerde dialoog met cliënten, de lokale informele steunnetwerken en andere betrokken zorgverleners vergt veel meer van communicatievaardigheden.
- De cliëntvolgende financiering vergt veel meer van cliëntgerichte basisattitudes en 'outreach'.
- Sturen op cliënttevredenheid vergt veel meer van ontvankelijkheid voor feedback en het vermogen constructieve feedback te kunnen geven.
- De individuele wensen van cliënten vergt dat zorgprofessionals leren omgaan met verscheidenheid en verschillen, ook indien die door financiële draagkracht van cliënten beïnvloed worden.
- De wens te werken in deeltijd mag niet betekenen dat de professionele ambitie van professionals "in deeltijd" is.

Hiermee is niet gezegd dat nu communicatievaardigheden nu te beperkt zijn, of dat men nu niet geïnteresseerd is in het welbevinden van bewoners. Uiteraard wel. Opleiding, instructie, werkprocessen en sturing zijn echter dominant georganiseerd vanuit een instrumentele wijze van werken. Ook in opleiding en training is een nieuw paradigma nodig. Zodat niet alleen de zorg zelf verbetert, maar ook de beleving van kwaliteit, bij de cliënt.

Specifieke aandacht voor de wijkverpleegkundige

Een specifiek aandachtspunt hierbij is de rol van de wijkverpleegkundige. Die beleeft een revival, door het succes van Buurtzorg Nederland. Zeker indien het concessiemodel wordt gekozen als marktordenend principe, is er iets voor te zeggen veel te investeren in de opleiding van die professionals. Daar kan een grote sociale kracht van uitgaan. Zij kunnen een sleutelpositie gaan vervullen bij de grootschalige uitrol van zorg op afstand en zelfmanagement van wijkinitiatieven.

H6: De opbrengst

Een antwoord op maatschappelijke uitdagingen

Is het aannemelijk dat indien de voorgestelde koerswijziging wordt doorgezet antwoord wordt gegeven op de maatschappelijke uitdagingen die zich nu voordoen? Neemt de druk op het begrotingstekort af (zoals berekend volgens EMU-normen)? Blijven de lange termijnkosten van het verplicht verzekerde pakket binnen de perken? Neemt de druk op de arbeidsmarkt hiervan af?

Het berekenen van uitkomsten in euro's en aantallen arbeidskrachten is ondoenlijk. Toch heeft de commissie de stellige indruk dat via deze toekomstvisie ruimte ontstaat om tot nu toe voor onmogelijk gehouden opbrengsten te realiseren. Opbrengsten in kwaliteit van zorg, in kostenbeheersing en in kwaliteit van leven. We voorzien een aantal bronnen voor die opbrengsten.

Opbrengsten van gezond leven

De opbrengst van maatschappijbreed veel meer inzetten op preventie zal groot zijn, in meerdere opzichten, maar hoeveel? Er zijn studies, vooral in de VS, die suggereren dat radicale reductie van roken en obesitas, gecombineerd met programma's om mensen meer te laten bewegen grote maatschappelijke opbrengsten kunnen hebben, waardoor de besparingen die nu beoogd worden in beeld komen¹⁰.

In Nederland is zojuist een studie afgerond die suggereert dat de nu door ons gedragen ziektelast voor de helft (!) veroorzaakt wordt door levensstijlen van mensen¹¹. Van Japan is bekend dat gezondheidszorguitkomsten (bijvoorbeeld gemeten in levensverwachting) beduidend hoger ligt, ondanks veel kritiek op de gezondheidszorg daar.

Is deze bron miljarden euro's waard? Een precieze becijfering vergt nadere studie, maar het antwoord is ook zonder die studie al te geven. Dit potentieel moet benut worden.

Opbrengsten van mantelzorg

De kosten die mantelzorg zou kunnen opvangen voor de Nederlandse samenleving kan zeer groot zijn. Volgens recente berekeningen werken op dit moment circa evenveel fte's in de VVT betaald (ca 335.000) als onbetaald (ca. 300.000)¹². Formeel kost de AWBZ ca. € 22,5 mld. Indien door een toename van het aantal onbetaalde banen in de AWBZ het aantal betaalde banen met een gedeelte van die toename zou afnemen, zou ook dat kunnen leiden tot een forse besparing ten opzichte van de trendmatige groei in verplichte zorgkosten.

Opbrengsten van zorgpensioensparen, meer eigen bijdragen, no claim en andere prikkels voor burgers

Door de burger meer in contact te brengen met zijn eigen zorgkosten, wordt een prikkel gecreëerd voor zuinigheid. Een eerste manier is zorgpensioensparen. Laat burgers voor die zorgkosten die met grote waarschijnlijkheid op hen afkomen sparen. Het aanspreken van door henzelf gespaarde middelen zal met meer prudentie worden gedaan dan het aanspreken van een anoniem collectief fonds, zoals het AWBZ-fonds.

¹⁰ Zie de studies die de HMO Kaiser Permanente heeft gedaan in Californië, onder haar circa 30 miljoen verzekerden, naar de effecten van campagnes onder haar verzekerden tegen roken en obesitas.

¹¹ "Ziekte in Nederland", Johan Mackenbach, werkzaam bij Erasmus MC en lid RVZ, uitgeverij Mouria

¹² In aantallen mensen is de verhouding uiteraard heel anders. In de VVT zijn ca 775.000 betaalde banen, tegen ca. 2,4 mln onbetaalde banen

Een tweede manier ligt in de sfeer van eigen bijdragen. Zowel in de Zvw als in de AWBZ bestaan al eigen bijdragen en no-claim regelingen. De link met gezond leven en het maximaliseren van de eigen zelfredzaamheid wordt echter nog niet gelegd. Begrijpelijk want we willen in Nederland geen samenleving waarin mensen verantwoording over hun manier van leven moeten afleggen.

Het CPB heeft zeer recentelijk een zorgkostenscenario doorgerekend waarbij de eigen bijdrage in de Zvw fors werd opgeschroefd, met voorspelbare effecten op de betaalbaarheid van die zorg. De RVZ heeft op dit vlak eveneens voorstellen gedaan.

Er bestaat voornamelijk nog geen betere route naar het bewust maken van burgers van hun eigen rol in het toekomstvast houden van de zorg. Ook hier is het aannemelijk dat de opbrengst aanzienlijk zal zijn.

Impact van cliëntvolgende financiering

Indien cliëntvolgende financiering veel meer dan nu de norm wordt, verandert de wijze om zorgkosten te controleren ook. Slechts de waarde (= verwachte kosten voor de cliënt van de ondersteuning die hij nodig heeft) die wij maatschappelijk nog toekennen aan indicaties telt dan nog. Aanbodcontrole kan verminderen, inclusief de daarbij behorende kosten. Dat is directe winst.

De echte winst ontwikkelt zich op termijn. Door de cliënt in de positie te brengen dat hij echt kan kiezen, zullen alle zorgaanbieders ernst moeten maken met het ontwikkelen van een aantrekkelijk aanbod, tegen een goede prijs. Overbodige overhead en suboptimale zorgprocessen zijn dan uit den boze. Innovatie en differentiatie wordt beloond. Nu nog "heerst de dictatuur van de middelmaat", in stand gehouden door de restanten van aanbodsturing die we nu kennen¹³.

Opbrengsten van innovatie

Ruimte geven aan innovatie zodat diagnose en zorg op afstand, communicatie via ICT, oplossen van eenzaamheid, activering van cliënten, domotica die zelfstandig leven bevorderen, en een "seamless" combinatie van zorg en dienstverlening allemaal hun weg naar de markt weten te vinden heeft een groot potentieel in zich voor kwaliteitsverhoging, kostenbesparing en arbeidsmarktverlichting op langere termijn.

Kosten nadrukkelijk voor de baten uit. Onderzoek dat het besparingspotentieel verkent wijst in verschillende richtingen. Toch is deze route, vooral voor de arbeidsmarktzorgen op langere termijn een vereiste.

Impact van pakketmaatregelen

De overheid heeft de plicht het verplicht verzekerde pakket van zorg betaalbaar te houden. Dat kan ook door het pakket te beperken. Enkele suggesties, veelvuldig besproken in het publieke debat, kwamen ook op binnen de commissie. Wonen en zorg kunnen worden gescheiden. Dienstverlening, nu in de AWBZ en de WMO kan aan de vrije markt worden overgelaten (denk aan ZZP1 en 2). Delen van de AWBZ (behandeling en verpleging) zouden naar de Zvw kunnen worden overgeheveld, waar meer ruimte bestaat voor eigen bijdragen en no claim-polisvoorwaarden die een link kunnen leggen met levensstijlen.

Een nieuw sociaal contract

Bovenal zal een nieuw sociaal contract moeten inslijten tussen burgers onderling en tussen burgers en zorgaanbieders. Voor burgers dient meer in beeld te komen welke eigen rol en verantwoordelijkheid zij hebben in gezond en zelfstandig

¹³ Zie WRR, "Bewijzen van Goede Dienstverlening", 2004

leven. Dit is een 'balancing act'. Voor mensen die echt zorg nodig hebben mag het niet zo zijn dat die hulpvraag stigmatiseert. Breed in de samenleving moet het vertrouwen aanwezig zijn en blijven dat de checks en balances zodanig zijn dat iedereen die steun voor zorg krijgt, die ook echt nodig heeft. Dit lijkt uitvoerbaar. Niemand neemt zorg, "voor zijn plezier".

Maar indien we de vorm vinden voor die balancing act, kan de opbrengst groot zijn: veel meer aandacht voor wat in de eigen levenssfeer kan worden opgelost. Veel minder vanzelfsprekendheid in aanspraken doen op de formele zorg.

Een nieuw perspectief voor de langdurige zorg

Voor aanbieders van langdurige zorg lonkt het perspectief dat na een ontstaansgeschiedenis onder zeer stringente overheidsinvloed en een overgangperiode nu waarin gevoel voor richting nog niet vast aanwezig is, de bedrijfstak de kans krijgt zichzelf opnieuw uit te vinden. En grote maatschappelijke waarde toe te voegen door niet alleen zorg te leveren, maar ook een bijdrage te leveren aan gezond leven en het helpen van burgers weer of zo veel als mogelijk in hun kracht te komen.

De zelfredzaamheidsladder is een manier voor zorgaanbieders om hun toegevoegde waarde zichtbaar te maken en tevens een middel om te belonen voor succes.

Uitvoeringsuitdagingen en transitiekosten

In feite is op stelselniveau niet zo heel veel ingrijpends nodig om nieuwe ambitie vorm te geven. We zouden kunnen constateren: "we zijn al halverwege". Uit de toespraak van de Staatssecretaris op 1 februari jongstleden zijn veel raakvlakken te destilleren¹⁴.

De moeilijkheden liggen minder op ideologisch dan op uitvoeringsniveau. Een groot aantal zaken dient nog te worden uitgewerkt of zal forse aanpassing vergen. Reeds lang op de kaart is de noodzaak tot goede informatie voor de burger over kwaliteit en toegankelijkheid van het zorgaanbod. De wijze waarop maximaal cliëntvolgende financiering vormgegeven moet worden is nog onduidelijk. Aan het functioneren van de PGB's wordt door allerlei partijen nog getwijfeld¹⁵. De instrumenten die deze commissie aanreikt (de zelfredzaamheidsladder, het zorgpensioen) vergen nog veel uitwerking. Enzovoort, enzovoort.

De transitiekosten zullen derhalve hoog zijn. Een beschouwing over opbrengsten is niet compleet zonder bewustwording op de schaduwzijde. De kosten liggen niet alleen in de sfeer van stelselaanpassingen maar (vooral) bij zorgaanbieders en burgers. Al eerder is opgemerkt dat bestaande aanbieders veel meer moeite lijken te hebben met het pakken van nieuwe kansen dat nieuwe partijen. Bestaande patronen doorbreken is duivels lastig. Soms is opnieuw beginnen beter.

Het moge duidelijk zijn dat dit gepaard zal gaan met veel "creative destruction". Veel huidige bestuurders en zorgprofessionals zullen het erg moeilijk krijgen in het ontwikkelen van een nieuwe vorm. Het is nodig voor het toekomstvast maken van de langdurige zorg.

¹⁴ Zie www.minvws.nl/toespraken/lz/2010/terug-naar-de-kern-vab-de-awbz.sap

¹⁵ In de ogen van commissieleden wordt overigens de beeldvorming rond PGB's bewust negatief beïnvloed. Fraude en administratieve lasten doen zich overal voor, maar kleeft vooral PGB's aan.

Liever diversiteit dan eenvormigheid

De gezondheidszorg is niet weg te slaan van de voorpagina's van de Nederlandse dagbladen. Politici, belanghebbenden en onderzoeksinstituten buitelen over elkaar in het benoemen van vergezichten en oplossingsrichtingen. Hoe passen de keuzes van deze denkrichting daarin?

Ruwweg heeft de commissie de verschillende stellingnames verdeeld in de volgende (elkaar niet persé uitsluitende) categorieën:

1. Naar maximale vraagsturing: de langdurige zorg zo veel als mogelijk als gewone bedrijfstak laten fungeren
2. Overheveling van het geheel of delen van de AWBZ-zorg naar de Zorgverzekeringswet
3. Zorgverzekeraars verantwoordelijk maken voor de AWBZ-zorg, namens hun verzekerden
4. Overheveling van het geheel of delen van de AWBZ-zorg naar de WMO en dus de verantwoordelijkheid van de gemeenten
5. Sturen op efficiencywinst, tariefkortingen en pakketmaatregelen

De commissie heeft nadrukkelijk een ander startpunt in haar denken gezocht dan de inrichting van het zorgstelsel. Het is begonnen bij het begin: de interactie tussen cliënt en zorgprofessional. Maar de einduitkomst laat zich vergelijken met het in de regel gevoerde publieke discours en is ook te lezen als een commentaar op de oplossingsrichtingen tot nu toe.

De aansluiting met categorie één is evident. Ook de externe commissie ziet grote voordelen in maximale vraagsturing. Het is de beste kans op het ontwikkelen van een bedrijfstak die inzet op waardecreatie voor cliënten, in plaats van alleen maar kostenbeheersing van collectieve lasten. Het is ook de beste kans op een bedrijfstak die gezond innoveert, en door de keuzevrijheid van de cliënt zichzelf dwingt tot efficiency en het wegsnijden van onnodige overhead.

De aansluiting met categorie twee, drie en vier is er ook. Het is goed voorstelbaar dat onderdelen van de huidige AWBZ-zorg naar de Zorgverzekeringswet gaan, met name die onderdelen die een duidelijke link met de curatieve zorg hebben (behandeling, verpleging).

Evenzeer is het denkbaar dat er onderdelen naar de WMO gaan, daar waar ze een duidelijke link met welzijn en sociale cohesie hebben. De commissie ziet geen rol meer voor de zorgkantoren, die een ongewenste schakel vormen in het gehele zorgproces. De rol van het CIZ zou onder de invloed van dit alles sterk kunnen worden verminderd.

Voor die mensen echt niet zelfredzaam zijn, en ook geen naaste hebben die hen vertegenwoordigen kan, is een opvolger van de AWBZ blijvend nodig.

De aansluiting met categorie vijf is er maar ten dele. Pakketmaatregelen kan de commissie zich voorstellen, zoals in H6 benoemd. Ook de afbouw van allerlei subsidies die experimenten mogelijk moeten zonder de consequenties van de uitkomsten van die experimenten te vertalen in nieuw beleid is een mogelijkheid.

Maar de tijd dat de overheid rechtstreeks door tariefs- of efficiencykortingen middelen weghaalt bij zorgaanbieders zou voorbij moeten zijn. De commissie ervoer de discussie in de laatste weken over "de mogelijkheid tot miljarden euro's efficiencywinst, indien alle zorgaanbieders gingen presteren als de meest efficiënte" als een naargeestige. De eenvormigheid die spreekt uit die visie is in

de ogen van de commissie het laatste wat de samenleving en de langdurige zorg in het bijzonder nodig heeft. Uiteraard is er veel efficiencywinst te behalen, is veel overhead onverklaarbaar en kunnen allerlei zorgprocessen slimmer en effectiever.

De vraag is hoe dit onbenutte potentieel gerealiseerd kan worden. Door tariefkortingen en het verder ongemoeid houden van een suboptimaal functionerend zorgstelsel dat aanzet tot eenvormigheid en geen ruimte laat voor innovatie of vernieuwing? Of door een bloeiende bedrijfstak te veroorzaken die gedreven wordt door keuzevrijheid voor cliënten en ondernemende aanbieders die inspelen op die keuzevrijheid met een variëteit van aanbod, al dan niet in goed samenspel met allerlei andere typen aanbieders? De commissie kiest voor het laatste.

H8: vervolg

Hoe nu verder?

De kernvisie, zoals in deze notitie verwoord, is slechts een aanzet. Vele vragen blijven nog onbeantwoord. In de komende maanden krijgt het overheidsbeleid voor de komende jaren zijn beslag. Er is per 19 maart 2010 geen zinnig woord te zeggen over de inzet van een nieuwe regering in september van dit jaar.

Hoe lastig ook voor de cliënten en aanbieders van langdurige zorg, er is veel dat men zelf op zich kan nemen zonder af te wachten welke koers een nieuwe regering zal varen. De door de commissie verwoordde koers is al in wording. De eerste kiemen zijn gelegd. Om volledig tot wasdom te komen is een stelselwijziging nodig, maar in afwachting daarvan zouden nadere handreikingen kunnen worden gedaan door ActiZ, of haar leden, om de overgang naar een nieuw paradigma te vergemakkelijken.

De commissie stelt voor dat een aantal zaken nader wordt onderzocht:

- Welke consequenties zitten er aan een zorgpensioenopbouw? Welke invoeringsaspecten kleven daaraan en hoe verhoudt zo'n pensioen zich tot de tot nu toe collectief vergaarde premies? Welke effecten heeft het voor solidariteit in het stelsel?
- Hoe ziet maximale vraagsturing er precies uit? Gaat dit in de vorm van een "super-PGB"? Zijn er andere mogelijkheden? Wat zijn de voor- en nadelen?
- Wat zou de nadere uitwerking van een concessiemodel per wijk of dorp zijn? Wat zijn de voor- en nadelen? Zijn er experimenten te construeren rond dit model?
- Wat zou de nadere uitwerking van de zelfredzaamheidsladder zijn? Wat zijn de voor- en nadelen? Zijn er experimenten te construeren rond dit model?
- Hoe kan "gezond leven" worden geprikkeld zonder te vervallen in mechanismes die de persoonlijke levenssfeer en eigen keuzevrijheid onacceptabel belasten? De commissie gelooft dat dit mogelijk is, maar ziet eveneens de gevaren van ondoordachte maatregelen.
- De voorgestelde koers is een radicale breuk met het verleden. De commissie is niet uit op een koude sanering van de bedrijfstak. Het uitvoeren van experimenten kan een manier zijn om effecten van maatregelen in te schatten en waar nodig aan te passen. Het kan ook een middel zijn om uit de kramp van het niet aandurven van verandering te komen. Het nut en de vorm van experimenten om een zorgvuldige en voortvarende transitie mogelijk te maken kan nader worden onderzocht.

Voor een afgeronde besluitvorming is zicht op dit soort vragen nodig. De commissie nodigt ActiZ en haar leden ertoe uit zich sterk te maken voor beantwoording ervan.

Bijlage 1

De zelfredzaamheidsladder

Zoals in de hoofdtekst gememoreerd, de informatie die de zorgaanbieder aan verzekeraars verschaft zou, onder andere, moeten gaan over de mate waarin men in staat is de cliënten die het bedient zo snel mogelijk weer zelfredzaam te krijgen of maximaal zelfredzaam te houden. Hier dringt zich de parallel op met de "participatieladder" uit de reïntegratiewereld. Zorginstellingen die – gecorrigeerd voor hun casemix – erin slagen relatief veel mensen:

- helemaal zorgvrij te maken,
- of in ieder geval naar lichtere vormen van zorg te geleiden,
- of desnoods langer op een niveau van activering te houden waardoor achteruitgang zich minder snel voordoet
- en daarbij de cliënttevredenheid op peil houden

zouden daarvoor via een bonus/malussysteem beloond moeten kunnen worden.

De burger kan derhalve blijven rekenen op steun en toewijding van professionele zorg waar nodig. Maar alle betrokkenen handelen vanuit het idee 'waar mogelijk zorgen we samen binnen de eigen leefomgeving en waar nodig is er hulp en professionele ondersteuning'.

De ontwikkeling van het instrument zelfredzaamheidsladder zou in moeten gaan op de voorwaarden tot autonoom gedrag zoals die door de betrokkene zelf wordt ervaren. Belangrijk is om aan te geven welk gedrag hierbij precies wordt bedoeld. Deze voorwaarden kunnen (Poiesz, 1999) onderverdeeld worden in drie categorieën. Dit zijn:

- **Motivatie:** In hoeverre is de persoon in het gedrag (zelfredzaamheid) of in het effect ervan geïnteresseerd?
- **Capaciteit:** In hoeverre kan de persoon dit gedrag zelf vertonen (kennis, fysieke mogelijkheden)?
- **Gelegenheid:** In hoeverre ondersteunen of belemmeren de sociale en fysieke omstandigheden (infrastructuur; tijd) het vertonen van het gedrag?

Aan elk van de drie condities moet voldaan worden om het gedrag tot stand te brengen. Als een van de aspecten een lage waarde heeft, treedt zelfredzaamheid niet op. Een check op de voorwaarden levert twee resultaten op: de positie van de persoon op de zelfredzaamheidsladder en 2. het profiel dat aangeeft welk type en welke intensiteit van ondersteuning noodzakelijk is. Deze ondersteuning kan dus liggen op het gebied van motivatie en/of capaciteit en/of gelegenheid.

Zoals gezegd, met de ontwikkeling van een dergelijke ladder is in andere sectoren ervaring opgedaan, die kunnen hier benut worden. Daarnaast kunnen bestaande meetinstrumenten uit andere werkteerijnen gebruikt worden, instrumenten waar samenhang tussen gedrag, effect, stimulansen en oefening tot uitdrukking komen.

Van belang is dat de state of mind van professional, cliënt, sociaal netwerk en de institutionele context wordt aangezet tot denken over zelfmanagement en dat

hierbij een attitude van respect en in verbondenheid wordt gestimuleerd. De intrede en benutting van multi media, technologie en virtuele applicaties zijn hiervoor beschikbaar.

Men kan nu nog onvoldoende 'bewijzen' wat de opbrengsten zijn van een focus op autonomie, behalve meer kwaliteit van leven. In de praktijk zijn diverse "inspirational practices" bekend. Drie daarvan worden hier gepresenteerd:

Best practice 1

Binnen een zorginstelling lag een groep jonge mensen met niet aangeboren hersenletsel, een groep die veel zorg nodig had op een intramurale verpleegafdeling. Bedlegerig en support vragend voor toiletgang, eten, wassen, kleden etc, een intensieve zorgvraag.

Deze groep klanten is naar een aanpalend flatgebouw verhuisd, waar zij zijn gaan wonen op 2 verdiepingen in groepsappartementen op basis van een concept van wonen, met thuiszorg indien nodig.

Deze verandering in aanpak heeft een grote betekenis gehad voor kwaliteit van leven en de intensiteit van de zorgvraag. Na 1,5 jaar werd een afname van 30% van de zorgvraag gemeten. Zo'n enorme afname komt niet vanzelf tot stand. Er waren stevige prikkels voor zelfredzaamheid en samenredzaamheid. Heel belangrijk was het loskomen uit de routine van zorg, dat de professionele zorg niet meer continue zichtbaar aanwezig was in hun leven. Als er verzorgenden rondlopen vraag je gemakkelijker om hulp, ook als je iets zelf ook misschien wel kan. Het terugkeren in een gewone leefwereld, weggaan uit de kunstmatige wereld die de intramurale zorg met zijn georganiseerde routines is, sprak bij hen een onbewuste/ondergesneeuwde/ onmogelijk geachte wens aan om zelf voor de eigen dingen te zorgen. Het langer moeten wachten tot professionele zorg kwam, wakkerde aan dat ze het zelf gingen proberen. Verder was er peer pressure/support; onderlinge steun/stimulans om stappen te zetten, om vol te houden, te beseffen dat ze steeds meer zelf konden en zelf dingen blijven proberen. Het gaf bovenal een tevreden gevoel als je merkt dat je meer kunt dan je denkt, over wat je bereikt hebt en hoe je er inmiddels bij zit. Dit laatste effect was veel sterker dan verwacht. Het experiment is begeleid vanuit de universiteit.

Bron: Laurens, Rotterdam.

Best practice 2

Weliswaar een andere sector, maar leren van andere sectoren en practices elders maakt integraal onderdeel uit van een paradigmashift: Wat is er bekend over contexten en ervaringen met vergelijkbare ambities? De tien jaar ervaring van de stichting Arduin, transmurale zorgorganisatie in Zeeland, biedt hiervoor een breed scala aan praktijkervaringen in. Uit een serie publicaties:

Arduin - serie 5 Lijnen naar de toekomst. Het burgerschapsparadigma Supplement: Projectvoorstel

Kijken over de horizon, Een nieuwe toekomst

Medeburgers met een ondersteuningsvraag en/of zorgvraag wensen niets liever dan tussen de gewone burgers te wonen, te werken en te leven. Wij zijn het die hen apart willen en kunnen zetten, natuurlijk vanwege onze goede bedoelingen

om hen te beschermen. Of vanwege ons gevoel dat wij het beste voor hebben met de minderbedeelden onder ons. Maar is dat wel zo? Hebben niet alle medeburgers met en zonder ondersteuningsvraag het recht om sowieso tussen ons te verkeren? Ontnemen wij deze medeburgers met een handicap niet hun mogelijke bijdrage aan de maatschappij door hen apart te zetten? Deze vorm van apartheid brengt met zich mee dat "gewone" burgers hun gedrag dus niet hoeven aan te passen. Gelukkig kiezen steeds meer medeburgers met een ondersteuningsvraag er voor om op zichzelf en tussen de gewone mensen te wonen. Een hele doodgewone woonvorm dus. Indien zij niet over voldoende vaardigheden beschikken om op deze manier te kunnen wonen vragen zij om professionele ondersteuning. Er is niks mis met die vraag!

Best practice 3

Ook afkomstig uit een andere sector, zelfs van buiten de zorg is het voorbeeld van bevorderen van maatschappelijke participatie. Parallel? Betrokkenheid en actief gedrag van cliënt zelf wordt bevorderd en leidt tot kwantificeerbare resultaten.

Uit: 'Meer doen met mensen', Radar, 2007

Heeft participatie zin?

Fatima en Berend hebben zes maanden later weer iets gemeen. Ze doen mee met de samenleving en zijn betekenisvol voor anderen. Ze *participeren* aan de samenleving, naar vermogen, en met behoud van uitkering.

Maatschappelijke participatie werkt. Niet alleen voor Fatima en Berend. Uit de evaluatie van de experimenten met sociale activering blijkt dat deelnemers, soms al jarenlang werkloos, in 16% van de gevallen uitstroomt naar betaald werk en 17% verder gaat met gesubsidieerde banen of vrijwilligerswerk.

Veel langdurig werklozen zijn ontevreden met hun situatie, zoals eerder is aangegeven, en dat vertaalt zich in psychische en lichamelijke klachten¹⁶. Eenderde van de langdurig werklozen bezoekt regelmatig de huisarts. Dat is bovengemiddeld vaak. Langdurig werklozen op een sociale activeringplaats voelen zich beter. Dat vertaalt zich in minder bezoek aan huisarts en maatschappelijk werk. Hun medische consumptie loopt terug. Een belangrijk voordeel in een tijd van toenemende kosten voor de zorg. Werklozen die maatschappelijk participeren doen meer aan de samenleving, zijn nuttig voor anderen en krijgen ook meer vertrouwen in zichzelf. Ook dat blijkt uit de evaluatie. Zo schatten langdurig werklozen de kans om ooit nog betaald werk te krijgen op 40%. Als ze eenmaal maatschappelijk participeren, schatten ze de kans op 80%.¹⁷

¹⁶ De meest voorkomende klacht bij werklozen is overspannenheid, zie Edzes 1997.

¹⁷ Evaluatie Bijstandsexperimenten, artikel 144 ABW. Gijbers ea, IVA, Tilburg 2000. Zie ook A. Edzes, 1997.

Suggesties voor zorgpensioensparen

De beperkingen waar mensen op hogere leeftijd mee te maken krijgen zijn zo algemeen, dat er zelfs een gezegde voor bestaat: 'de ouderdom komt met gebreken'. Deze gebreken moeten uiteraard worden opgevangen, wat met kosten gepaard gaat. We noemen ze 'zorgkosten' en worden door collectieve voorzieningen (ziektekosten-verzekering; Wmo) gedekt. Door het groeiend aantal ouderen in de samenleving, nemen de zorgkosten toe tot het punt dat er een maatschappelijke roep is om de zorgkosten een halt toe te roepen. In plaats daarvan kunnen we zorgkosten eerst eens ontleden.

Als we dit doen op individueel niveau, blijkt dat een deel voorspelbaar en een deel onvoorspelbaar is. Voorspelbare kosten betreffen, bijvoorbeeld, de leesbril, de rollator, persoonlijke verzorging. Deze producten en diensten zijn afhankelijk van de leeftijd, maar veel mensen krijgen er ooit mee te maken. De waarschijnlijkheid op individueel niveau is hoog tot zeer hoog.

Verzekeren geldt voor die kosten die op individueel niveau een lage waarschijnlijkheid hebben. Kosten die zeer waarschijnlijk zijn, kunnen technisch door wel een verzekering worden gedekt, maar horen hier eigenlijk niet in thuis. Zo zou, technisch gezien, ook een verzekering voor brandstofkosten voor automobilisten mogelijk zijn, maar dit is onzin als het gebruik van brandstof en dus de kosten voorspelbaar zijn. Een verzekering zou dan zelfs betekenen dat niet-automobilisten via hun premie moeten bijdragen aan het brandstofverbruik van automobilisten. Verkeerde solidariteit.

Zo ook voorspelbare zorgkosten. Deze kunnen mensen in principe zelf betalen. Of ze kunnen er in ieder geval rekening mee houden. Misschien niet op het moment dat ze al oud zijn, maar wel (jaren) eerder. Bijvoorbeeld door te sparen voor deze kosten. Dan doen ze ook geen onevenredig beroep op solidariteit, want waarom zouden niet-ouderen premie moeten betalen voor mensen die hun reguliere zorgkosten gewoon konden zien aankomen?

Een ander voorbeeld: net als mensen, verouderen ook huizen. Huiseigenaren kunnen de afschrijving niet bij een verzekering onderbrengen, want dan zouden zij in feite anderen vragen om de kosten te helpen dragen. En dat zou niet redelijk zijn. Technisch kan het wel, natuurlijk, maar dit zou al snel de indruk wekken dat maatschappelijk gezien de woonkosten uit de pan rijzen. Huiseigenaren treffen daarom financiële voorzieningen om (toekomstige) mankementen aan hun eigen woning zelf op te vangen. De huiseigenaar die in goede tijden geld reserveert voor latere, slechtere tijden, is eigenlijk solidair met zijn toekomstige zelf.

Het idee is dus tweeledig:

1. Laat zekere of zeer waarschijnlijke kosten niet vallen onder een verzekering die juist uitgaat van lage waarschijnlijkheden. Kosten met een hoge waarschijnlijkheid vormen geen risico, maar een redelijk voorspelbaar feit. Op zeer waarschijnlijke kosten kan worden geanticipeerd in de vorm van een reservering. Dit wordt 'financieel management' genoemd.
2. Doe geen beroep op solidariteit als deze bedoeld is om de gevolgen van ontbrekend of gebrekkig financieel management (zie 1) te compenseren.

Voorspelbare zorgkosten voor ouderen hoeven dus niet tot zorgkosten te worden gerekend. Ze behoren gewoon tot de kosten van leven. En daarom kan iedereen er vooraf rekening mee houden in de vorm van sparen. Iedereen spaart voor het eigen zorgpensioen. In sommige ontwikkelingslanden sparen mensen voor de

oude dag in de vorm van gouden ringen en armbanden; in Nederland wordt reflexmatig het collectief aangesproken, waarna geklaagd wordt over de onbeheersbare zorgkosten. (Ontwikkelde landen kunnen dus nog veel van onderontwikkelde landen leren).

Het zorgpensioen zou de omvang kunnen hebben van de gemiddelde zorgkosten voor een gemiddelde levensduur in jaren vanaf levensjaar X.

Een paar relativeringen:

- Niet iedereen heeft de motivatie, de capaciteit en de gelegenheid tot financieel managen. Het collectief is wel solidair op het punt van het beschikbaar stellen van een verplichte voorziening om dit mogelijk te maken. Het zorgpensioen wordt bijvoorbeeld ingehouden op het salaris of de uitkering, waarna het in een pensioenvoorziening wordt ondergebracht.
- Het spaarsaldo groeit niet alleen door maandelijkse bijdragen, maar ook door rente op de gespaarde som.
- Bij zorgkosten doet de betrokkene eerst een beroep op het eigen zorgpensioen. Per jaar kan hiervoor een maximum bedrag worden bepaald. Het saldo per jaar – het niet-gebruikte deel - is voor eigen besteding en hoeft niet terug in de zorgpensioen-pot. Dit stimuleert preventie, zelfredzaamheid en mantelzorg.
- Als het jaarlijkse zorgbedrag het zorgpensioen te boven gaat, geldt het principe van solidariteit (ziekttekostenverzekering; Wmo).
- Bij overlijden komt het saldo van het zorgpensioen ter beschikking van de nabestaanden.
- Het systeem stapelt geen extra kosten bovenop de huidige zorg. Een deel van de nu betaalde premies kan ondergebracht worden in het zorgpensioen.
- Het vorige punt maakt het mogelijk een start te maken met het systeem, ook al duurt het een aantal jaren voordat het op volle kracht kan werken (veel ouderen kunnen het pensioen niet volledig opbouwen). Het zou daarom een gestaffeld systeem kunnen zijn met steeds oplopende premies en reserveringen.
- Het hier bedoelde systeem verschilt van pensioen in natura, waar ook zorg onder valt. In dit laatste vallen zorgkosten toch onder een verzekering en is er geen incentive tot zelfredzaamheid, preventie en mantelzorg.