

Het labirint van de regelgeving



LAURENS VAN PUTTEN | HOLLANDE HOOGTE

De zorg voor ouderen wordt door drie wetten in goede banen geleid. Maar het systeem kent rafelrandjes: het is niet altijd helder welke wet van toepassing is en – ingewikkelder nog – het vangnet blijkt niet waterdicht.

De zorgval: zo heet het fenomeen dat ouderen die op de wachtlijst staan voor een plaats in een verpleeghuis thuis minder zorg krijgen. Zodra mensen een indicatie krijgen voor een plek in een verpleeghuis gaan ze namelijk over van de Zorgverzekeringswet (Zvw) naar de Wet langdurige zorg (Wlz). Bij die overgang kan het aantal uren zorg dat iemand aan huis ontvangt, teruglopen. Dat komt doordat de Wlz-zorg thuis in omvang is begrensd. Zvw-zorg thuis en Wmo-steun (Wet maat-

schappelijke ondersteuning) zijn dat in beginsel niet (zie *kader hiernaast en figuur 1*). Robbert van Hasselt, huisarts te Velp, weet er alles van. 'Aan zo'n plaatsing gaat niet alleen een heel circus van tijdrovende indicatiestelling vooraf, het geeft bovendien veel onzekerheid, waarbij in de tussenliggende periode veel kunst- en vliegwerk nodig is. Het is een riskante tijd: het kan zomaar gebeuren dat je een patiënt vanwege een medische crisis of een onhoudbare thuissituatie toch moet insturen naar het ziekenhuis omdat er

DRIE WETTEN

Ouderen kunnen met drie wetten te maken krijgen: de Zorgverzekeringswet (Zvw), de Wet langdurige zorg (Wlz) en de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). Driekwart van de ouderen krijgt alleen zorg uit de Zvw. Slechts een kleine groep thuiswonende ouderen (8%) maakt aanspraak op zorg uit de drie wetten gezamenlijk.

ZORGVERZEKERINGSWET (ZVW)

regelt de gebruikelijke medische zorg in eerste en tweede lijn en verder de wijkverpleging – zodat ouderen thuis verpleging en verzorging kunnen krijgen –, de geriatrische revalidatiezorg, het tijdelijk eerstelijnsverblijf en casemanagement voor complexe aandoeningen zoals dementie.

WET LANGDURIGE ZORG (WLZ)

regelt verpleging en verzorging thuis, soms ook eerstelijnszorg zoals zorg van de huisarts of fysiotherapeut, maar vooral verpleeghuiszorg.

WET MAATSCHAPPELIJKE ONDERSTEUNING (WMO)

maakt het mogelijk dat ouderen via de gemeente ondersteuning krijgen, bijvoorbeeld een boodschappendienst, huishoudelijke hulp, hulpmiddelen, woningaanpassingen en vervoer.

niet tijdig passende zorg geboden kan worden.'

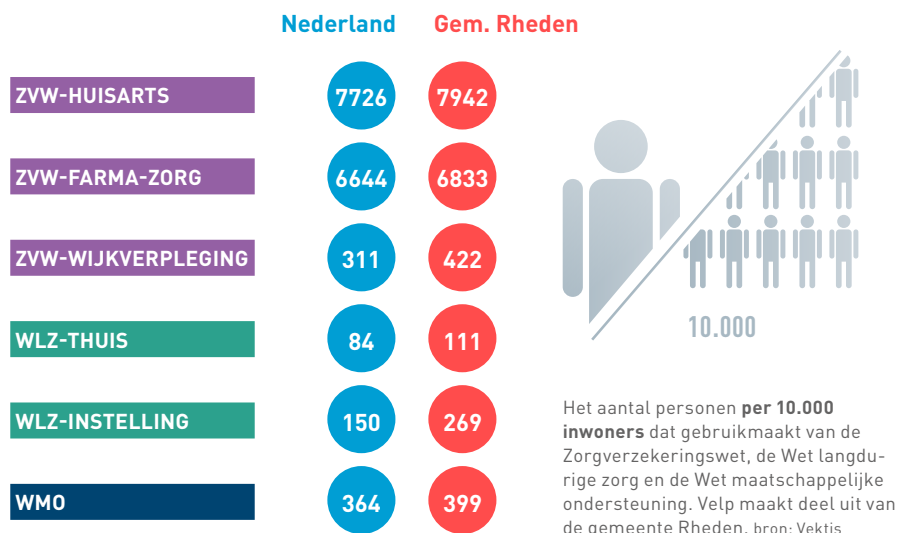
Op 1 juli moet het probleem tot het verleden behoren, heeft het ministerie van VWS onlangs aangekondigd. Maar niet alles is geregeld: Wlz-zorg aan huis valt duurder uit voor de patiënt dan zorg die onder de Zvw valt, omdat voor Wlz-zorg een eigen bijdrage moet worden betaald. Om dat op te lossen is een wetswijziging nodig.

Die zorgval is – of beter dus: was – maar één van de fricties die het gevolg kunnen zijn van de combinatie van wetten of de overgang van de ene naar de andere wet waar ouderen en hun zorgverleners tegenaanlopen. De nationale ombudsman deed er in mei van dit jaar een boekje over open. Zo meldde hij dat burgers die tevreden zijn met de zorg en ondersteuning vanuit Zvw en Wmo, maar die gaandeweg meer uren thuiszorg nodig hebben om zelfredzaam te blijven, ongewild door de gemeente worden overgeheveld naar de Wlz. 'Afwentelgedrag' noemt de ombudsman dat, en het komt zelfs voor bij mensen met beginnende dementie, bij wie permanente zorg vanuit de Wlz vaak nog helemaal niet nodig is terwijl de gemeente dat toch voorstelt. Extra risico daarbij is dat zij in de Wlz hun casemanager dementie kunnen kwijtraken, die meestal vanuit de Zvw wordt gefinancierd. Van Hasselt: 'En andersom komt het ook voor: patiënten of hun naasten kiezen ervoor niet in de Wlz in te stromen en in de Zvw-zorg te blijven hangen terwijl adequate dementiezorg in de huidige eerste lijn niet meer voldoende kan worden geleverd. Dit kan leiden tot heel schrijnende situaties waarbij soms zelfs juridisch ingrijpen noodzakelijk wordt.'

Complex

De regelgeving blijkt in de praktijk complex en de 'schotten' tussen de verschillende vormen van zorg zijn niet altijd even helder. Voorbeeld: een huisarts bezoekt op vrijdag laat in de middag een kwetsbare oudere thuis wegens een pneumonie. De man is bekend met milde cognitieve stoornissen, een mantelzorger is niet beschikbaar en de thuiszorg kan het niet langer

1. GEBRUIK VAN DRIE ZORGWETTEN IN NEDERLAND EN GEMEENTE RHEDEN



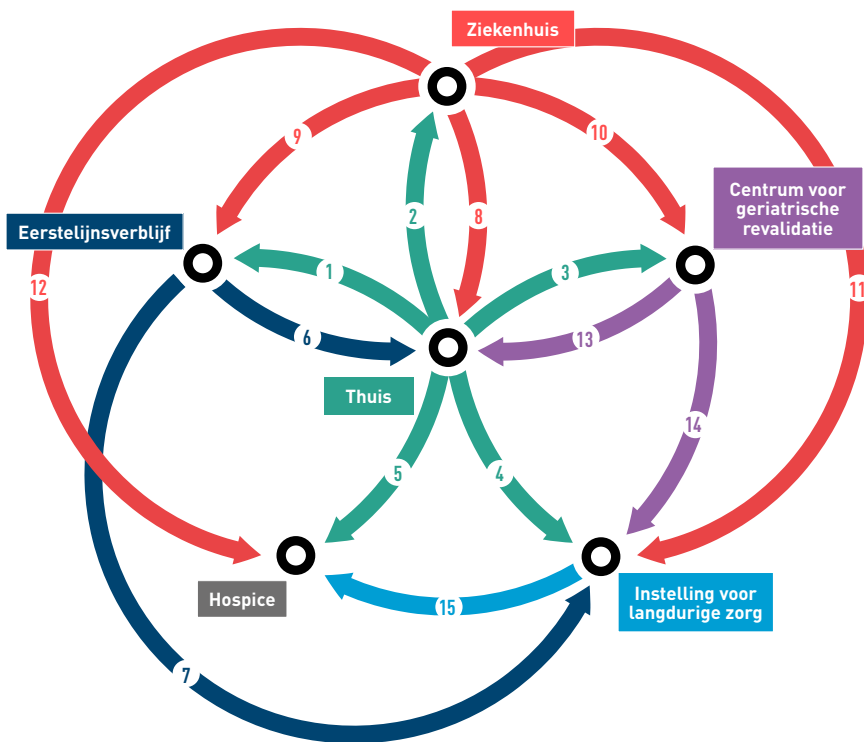
bolwerken. Ofschoon de patiënt alweer opknapt, kan hij voorlopig niet thuisblijven. De huisarts meent dat opname in een zorginstelling het beste is. Maar welke instelling? Het ziekenhuis is eigenlijk geen optie: de aandoening is dankzij antibiotica immers goed onder controle. Dus is de vraag waar de man het beste terecht kan (zie *figuur 2*). Crisiszorg misschien? Dan valt hij onder de Wlz en is er mogelijk tijdelijk plaats in een verpleeghuis. Is een 'eerstelingsverblijfbed' (ELV-bed) een optie of gaat het om geriatrische revalidatiezorg – beide gefinancierd door de zorgverzekeraar? Dat het uiteindelijk een ELV-bed wordt, is niet bij iedereen op voorhand duidelijk.

'Een patiënt uit Velp moest in Oldenzaal worden geplaatst!'

Robbert van Hasselt kent dat soort vragen en problemen. Zijn praktijk bestaat voor ongeveer 32 procent uit ouderen boven de 65 jaar. Een niet onbelangrijk deel van die ouderen heeft bovendien een lage sociaal-economische status met veel ziekte last. Hierdoor zijn vaak meerdere zorgverleners vanuit verschillende disciplines betrokken bij deze patiënten. Van Hasselt: 'Wij besteden hierdoor steeds meer tijd aan overleg en coördinatie. Ook bijvoorbeeld het regelen van zo'n ELV-bed is vaak tijdrovend, alhoewel regionale coördinatie op gang komt. Regelmatig is er een groot tekort aan ELV-bedden. We hebben meegemaakt dat een patiënt vanuit Velp in Oldenzaal moest worden geplaatst, een afstand van 94 km! Ook wordt soms om oneigenlijke redenen een ELV-bed aangevraagd. Het afgelopen jaar is mij meerdere keren gevraagd een verklaring te schrijven om een oudere vitale patiënt in aanmerking te laten komen voor een ELV-bed nadat hij of zij een geplande knie- of heupoperatie had ondergaan. Deze patiënten waren een dag of drie na de operatie ontslagen, zonder dat hun nazorg

2. WELKE ZORGRUTES VOOR OUDEREN ZIJN ER?

Dit schema komt uit het nieuwe boekje over Ouderenzorg van De Argumentenfabriek (zie ook Media en Cultuur)



voldoende was geregeld. Ze kunnen dan op eigen kosten gebruikmaken van een zorg-hotel. Een eerstelijnsverblijf wordt dan soms als een soort verzekerde revalidatie c.q. tussenoplossing gepresenteerd vanuit de tweede lijn en bovendien betrekkelijk enthousiast gestimuleerd. Maar een ELV-bed is niet bedoeld voor dit soort nazorg. Ik signaleer een toenemend probleem in de afstemming tussen tweedelijns medisch-technisch handelen enerzijds en eerstelijns-nazorg en revalidatie anderzijds. Dit sluit steeds vaker onvoldoende goed op elkaar aan door gescheiden bekostiging, maar ook door capaciteitsproblemen.'

Keuzes maken

Van Hasselt ziet zijn Velpse praktijk als een voorafschaduw van hoe het over tien, twintig jaar bij ongewijzigd stelsel, beleid en capaciteit in de rest van Nederland zal toegaan. Hij heeft een MBA voor zorgprofessionals op zak, en heeft misschien daarom ook wat meer oog voor het 'grote geheel'. Van Hasselt: 'Als er een economische neergang komt – en dat is niet ondenkbaar – dan hebben we meteen een groot probleem. We moeten daarom nu al kritisch kijken hoe en welke zorg we verzekeren; we moeten keuzes maken. Dat

Vanuit huis naar ...

- **een eerstelijnsverblijf 1**
 - De huisarts vraagt een indicatie voor een eerstelijnsverblijf aan als er een verslechterde gezondheidstoestand is.
- **een ziekenhuis 2**
 - De thuiswonende oudere gaat met gezondheidsklachten naar de huisarts.
 - De huisarts verwijst de oudere door naar een specialist en regelt de overdracht.
- **een centrum voor geriatrische revalidatie 3**
 - De huisarts, medisch specialist of specialist ouderengeneeskunde verwijst naar geriatrische revalidatie.
- **een instelling voor langdurige zorg 4**
 - Ouderen die zorg dichtbij nodig hebben, krijgen een indicatie van het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ).
 - De oudere geeft aan hoe hij of zij de zorg geregeld wil.
 - Hierna regelt het zorgkantoor met een zorgaanbieder de benodigde zorg.
- **een hospice 5**
 - De behandelend arts verklaart dat de oudere een levensverwachting van minder dan drie maanden heeft.

Vanuit een eerstelijnsverblijf naar ...

- **huis 6**
 - De huisarts of specialist ouderengeneeskundige bepaalt of de oudere weer naar huis kan.
 - Hiervoor kunnen extra zorg en ondersteuning, of aanpassingen aan het huis nodig zijn.
- **een instelling voor langdurige zorg 7**
 - Het eerstelijnsverblijf vraagt een indicatie aan bij het CIZ. Het CIZ beslist binnen twee weken.

Het grootste probleem is dat de verzorgingshuizen zijn afgeschaft

gebeurt nu niet: de politiek zou aan de knoppen moeten zitten, maar schuift de verantwoordelijkheid steeds weer naar het veld. Terwijl ik denk dat we er niet aan ontkomen om bepaalde zaken niet langer te verzekeren of van een forse eigen bijdrage te voorzien. Wat niet altijd wordt gezien, is dat dit er zelfs toe kan leiden dat prijzen dalen. Kijk naar de afschaffing van de vergoeding voor de rollator, waarvoor je indertijd een beroep kon doen op de AWBZ (de voorloper van de Wlz, red.). Toen kostten die apparaten tussen de 240 en 500 euro, nadien kon je ze kopen voor pakweg 40 euro.’

Voorwaarde is een mentaliteitsverandering, meent Van Hasselt: ‘Er heerst met name bij de oudere populatie een idee dat alles van de wieg tot het graf geregeld is. Dus als er eigen middelen worden gevraagd, ontstaat er meteen veel weerstand, althans daar wordt stil op gemopperd. Ik

begrijp dat wel: die generatie is opgegroeid toen de verzorgingsstaat gestalte kreeg. Inmiddels heeft echter 52 procent van de Nederlanders en meer dan 90 procent van alle 75-plussers een chronische aandoening. Dat wetende zou de introductie van zorgsparen geen gek idee zijn.’

Geen pilletjes

Het grootste probleem, constateert Van Hasselt, is dat de verzorgingshuizen zijn afgeschaft. ‘De aanname is dat veel ouderen thuis kunnen blijven met al hun problemen, maar dat klopt dus niet. Ik schat dat ongeveer 15 procent van de ouderen in mijn praktijk vroeger in een verzorgingshuis zou hebben gewoond. Het gevolg: de meest voorkomende ‘ziekte’ in Velp is eenzaamheid en daar heb ik geen pilletjes voor.’ (zie *interview op blz. 40*) Van Hasselt en zijn collega-huisartsen prijzen zich

mede daarom gelukkig met een specialist ouderengeneeskunde in de eerste lijn, die overigens niet structureel door de zorgverzekeraar wordt gefinancierd (zie *het artikel op blz. 36*). Bekend is dat ongeveer 17 procent van alle 65-plussers kwetsbaar is; voor Velp komt dat neer op circa 850 kwetsbare ouderen. De meest recente cijfers laten zien dat in de periode 2011 tot begin 2015 320 patiënten door huisartsen in Velp zijn verwezen naar de praktijk ouderengeneeskunde. Hun gemiddelde leeftijd was ruim 83 jaar met een range van 61 tot 104 jaar oud; 60 procent was vrouw en 40 procent man. Al die patiënten hadden enige tot een grote mate van multimorbiditeit. Van Hasselt: ‘En niet zelden zijn die multimorbiditeit en de thuissituatie zo complex – zeker als er ook cognitieve problemen in het spel zijn – dat we daar als huisarts niet de tijd en niet de expertise voor in huis hebben. Als de specialist ouderengeneeskunde in de eerste lijn zou wegvallen, zou mijn praktijk binnen een halfjaar volledig vastlopen.’ Die financiering van de specialist ouderengeneeskunde in de eerste lijn moet wat hem betreft dus structureel worden, ook in de rest van het toekomstige, vergrijsde Nederland. ■

Vanuit een ziekenhuis naar ...

huis 8

- De specialist besluit dat de oudere weer naar huis kan.
- De gemeente of de wijkverpleegkundige regelt eventuele ondersteuning of benodigde aanpassingen aan het huis.

een eerstelijnsverblijf 9

- De specialist en transferverpleegkundige bepalen of een eerstelijnsverblijf nodig is.

een centrum voor geriatrische revalidatie 10

- De specialist ouderengeneeskunde bepaalt dat de oudere geriatrische revalidatie nodig heeft.

een instelling voor langdurige zorg 11

- De transferverpleegkundige vraagt meestal namens de oudere een indicatie aan bij het CIZ.
- Het CIZ bepaalt binnen 48 uur of de oudere in aanmerking komt voor langdurige verblijfszorg.

een hospice 12

- De behandelend arts verklaart dat de oudere een levensverwachting van minder dan drie maanden heeft.

Vanuit een centrum voor geriatrische revalidatie naar ...

huis 13

- De specialist ouderengeneeskunde bepaalt wanneer de behandeling is afgerond.
- De gemeente of de wijkverpleegkundige regelt eventuele ondersteuning.

een instelling voor langdurige zorg 14

- De zorgaanbieder vraagt namens de oudere een indicatie aan bij het CIZ.
- Het CIZ geeft binnen twee weken een indicatie af.

Vanuit een instelling voor langdurige zorg naar ...

een hospice 15

- De behandelend arts verklaart dat de oudere een levensverwachting van minder dan drie maanden heeft.