

bijvoorbeeld in 95% van de gevallen wordt de zorg geleverd op het met de cliënt overeengekomen tijdstip. Zij werden getraind in vraaggestuurd werken, maar kregen ook logistieke oplossingen aangedragen, zoals andere planningssystemen, andere routes en wat te doen bij uitloop. Telefoonmedewerkers leerden de vraag te verduidelijken en beter door te geven aan de verpleegkundigen, en verpleegkundigen leerden op hun beurt dat ze nog dezelfde dag terug moesten bellen. De vorderingen werden gemonitord zodat de resultaten zichtbaar werden. Zowel cliënten als verzorgenden kregen door de nieuwe werkwijze meer grip op de gang van zaken en waren trots op wat ze samen bereikt hadden.²

INZET VAN INFORMELE ZORG

Het advies is terughoudend over het inschakelen van familieleden. Mantelzorgers zijn volgens de raad al te vaak overbelast. Bovendien komt mantelzorg vaak op de schouders van vrouwen neer en dat zou betekenen dat zij verloren gaan voor de arbeidsmarkt terwijl ze daar ook zo hard nodig zijn.

Familieleden kunnen een positief gevoel hebben bij zorgen. Voorop staat dat ze het moeten willen en kunnen, maar het kan ook aantrekkelijk gemaakt worden zodat ze er plezier aan beleven en het niet ten koste van hen zelf gaat. Als ezelsbruggetje: *the will, the skill, the thrill and the bill* zijn voorwaarden voor goede mantelzorg. De zorg thuis moet absoluut verdeeld worden over meerdere personen. In een familieberaad kan elk familielid aangeven wat hij of zij kan en wil betekenen.³

Maar ook intramuraal zijn er mogelijkheden om familieparticipatie te stimuleren. Familie wil en kan best iets doen, maar vaak niet structureel.⁴ De communicatie tussen verzorgenden en familieleden in instellingen verloopt vaak moeizaam. Wederzijdse verwachtingen worden niet uitgesproken en kritiek blijft onderhuids of wordt zo hard gegeven dat ze haar doel mist. Bij de kenniskring Transitie in Zorg is een methode ontwikkeld om samen met verzorgenden en familieleden projecten op te zetten waardoor zij meer begrip voor elkaar krijgen en de samenwerking verbetert.⁵

Vergeten wordt bovendien dat er een enorm potentieel aan vrijwilligers tussen de 65 en 75 jaar ontstaat. Zij kunnen ingezet worden in cliëntenraden, adviesorganen van de overheid, besturen, maar ook in de zorg, bijvoorbeeld begeleiden van een wandelclub voor mensen met dementie, of bij aangepast vervoer voor ouderen. Nagedacht moet worden over een passende beloning zoals een aanvulling op de (tegen die tijd) gekorte AOW of gratis openbaar vervoer.

EN TOT SLOT DE NIEUWE ZORGPROFESSIONAL

Er is, tot slot, nog weinig nagedacht over hoe de nieuwe zorgprofessional er uit moet gaan zien. Het moeten mensen zijn die kunnen concurreren én samenwerken, cliëntgericht én ondernemer zijn, psychologisch én technisch inzicht hebben, op de hoogte zijn van logistieke handigheidjes én vakkundig zijn. Een mooie taak voor de beroepsopleidingen.

LITERATUUR

1. SER. Advies over de Toekomst Awbz. Den Haag. SER, 2008.
2. *Mies LML*. Resultaten van Thuis Zorg Gevraagd, 2008. zie: www.thuiszorggevraagd.nl.
3. *Groenewoud JL, Egers I, Pool A, Lange J de*. Evaluatieonderzoek van de pilot casemanagement dementie in de regio Delft Westland Oostland. Rotterdam: Kenniskring Transitie in Zorg, Hogeschool Rotterdam, 2008.
4. *Klingeman CA, Hoogenboom A, Lange J de*. De rol van familieleden bij kleinschalig wonen voor mensen met dementie in De Rustenburg. Rotterdam: Kenniskring Transitie in Zorg, Hogeschool Rotterdam, 2007.
5. *Klingeman CA, Nijhuis C, Lange J de*. Partners in Zorg; een methode ter verbetering van de communicatie tussen familieleden en verzorgenden in een verpleeg- of verzorgingshuis voor mensen met dementie. Rotterdam: Kenniskring Transitie in Zorg, Hogeschool Rotterdam, 2007.

CORRESPONDENTIEADRES

Dr. J. de Lange, Hogeschool Rotterdam, Instituut voor Gezondheidszorg, Postbus 25035 3001 HA Rotterdam; e-mail: j.de.lange@hro.nl

Het persoonsgebonden budget: wisselvallig en krachtig

Clarie Ramakers¹

Volgens het advies van de Sociaal Economische Raad over de toekomst van de AWBZ moet de positie van het persoonsgebonden budget (pgb) worden versterkt. Zorg in natura en een pgb moeten naast elkaar bestaan en er moet een wettelijke basis komen voor het pgb, zodat het een gelijkwaardig alternatief is voor zorg in natura. Verder zouden bestaande drempels voor cliënten om te kiezen voor een pgb zoveel mogelijk moeten worden weggenomen. En ... 'Als de cliënt kiest voor een

pgb, kan hij zelf de zorg inkopen en langs die weg zorgarrangementen samenstellen die in het reguliere circuit moeilijk tot stand te brengen zijn'.

WISSELVALLIG

Dit zijn mooie doelstellingen in duidelijke taal verwoord. Iedereen die vraagsturing in de zorg hoog heeft zitten, zal het onderstrepen. Het meer centraal stellen van de cliënt door het bieden van meer keuzevrijheid en regiemogelijkheden is kennelijk een belangrijke beleidsopgave voor de inrichting van de

¹ ITS, Radboud Universiteit, Nijmegen

Awbz van de toekomst. Het pgb wordt gezien als het middel bij uitstek om dit te realiseren.

Het SER-advies bevat weinig nieuws voor de positie van het pgb, op één uitzondering na: de noodzaak tot wettelijke verankering van het pgb naast het naturastelsel. En daar wil ik het dan ook over hebben. Al zo'n 15 jaar bestaat het pgb in de zorg, maar het is nog steeds een subsidieregeling. Elk jaar opnieuw wordt het plafond vastgesteld en worden de tarieven wel of niet geïndexeerd. Regelmatig wordt de pgb-regeling aangescherpt of vrij drastisch gewijzigd. Die wisselvalligheid pakt slecht uit voor de zorgkantoren die de regeling zo eenvoudig mogelijk moeten uitvoeren. Het is verwarrend voor de mensen die graag gebruik van een pgb willen maken en is ook slecht voor de positie van het pgb in het zorgstelsel. Deze negatieve effecten kunnen worden voorkomen: maak van het pgb een wettelijke verstrekking.

LANGE PROEFTIJD

Heel voorzichtig is het pgb in de jaren 90 ingevoerd in de verschillende sectoren van de gezondheidszorg. Eerst in de thuiszorg, daarna in de sector voor verstandelijk gehandicapten, vervolgens in de GGZ en de lichamelijke gehandicaptenzorg. Er is even geprobeerd het in de verpleeghuis- en verzorgingshuizen uit te proberen, maar dat is er uiteindelijk niet van gekomen. Met de komst van het pgb-nieuwe stijl in 2003 kon er voor de functies huishoudelijke verzorging, verpleging, persoonlijke verzorging, ondersteunende en activerende begeleiding en kortverblijf een pgb worden aangevraagd. Dit ongeacht op grond van welke aandoening of beperking iemand recht had op Awbz verzekerde zorg. Het pgb-nieuwe stijl betekende een verruiming van de keuzemogelijkheden en bestedingsvrijheid van de cliënt. Inmiddels is huishoudelijke verzorging overgeheveld van de Awbz naar de Wmo.

NOG MEER NIEUWS

Naast een pgb als wettelijke verstrekking is de SER van mening dat er zo snel mogelijk pgb's moeten komen voor de functies behandeling en langdurige zorg. Ik vraag me af of de Raad hiermee niet te hard van stapel loopt, gezien het feit dat het pgb voor de andere zorgfuncties nog niet wettelijk is verankerd. Sinds het pgb bestaat is het achtereenvolgens uitgebreid, ingeperkt, verruimd, sterk gereguleerd en weer gedereguleerd. De beheersbaarheid van het pgb voert regelmatig de boventoon. Soms was regulering noodzakelijk om het systeem van de ondergang te behoeden. In 1996 redde Erica Terpstra als staatssecretaris het pgb van een gewisse dood door het beheer van de pgb-gelden in handen te geven van de Sociale Verzekeringsbank (SVB). Dit ging weliswaar ten koste van de bestedingsvrijheid van de budgethouders, maar was toen de enige reële optie. Inmiddels hebben de budgethouders het pgb weer in eigen hand. Zeven jaar werd er voor gestreden en toen het er eindelijk van kwam, in 2003, was niet meer iedereen daar blij mee, omdat de SVB zijn werk goed deed.

WETTELIJKE VERSTREKING

Maar wat zit een wettelijke verstrekking nu zo in de weg? Het pgb heeft nogal te kampen gehad met hardnekkige vooroorde-

len en veronderstellingen over 'wat werkt en wat niet werkt', waarbij vaak geen kennis werd genomen van het onderzoek dat er is gedaan. Het lijkt net de beurs. Heeft men geen vertrouwen in de banken, dan dreigen ze om te vallen ook al laten de cijfers zien dat er van gezonde financiële instellingen sprake is. Ook voor het pgb kunnen met cijfers uit onderzoek bepaalde veronderstellingen gemakkelijk worden ontkracht. Het pgb maakt met zijn 97.000 budgethouders slechts 10 procent uit van het totale aantal gebruikers van AWBZ zorg. En dat deel is al een aantal jaar vrij constant. Waarom blijven we dan toch zo voorzichtig? Zijn het hardnekkige vooroordelen die hier doorslaggevend zijn?

HARDNEKKIGE VOOROORDELEN

Er zijn veel oordelen die in de afgelopen jaren de kop op staken, al dan niet aangezwengeld door berichten uit de media die al dan niet vermeende misstanden op het spoor waren gekomen. Voorbeelden uit de afgelopen jaren: een aanzuigende werking, verlies van het marktaandeel van reguliere zorginstellingen, werknemers in de zorg stappen en masse over naar de pgb-markt, slechtere arbeidsomstandigheden voor werknemers die voor een budgethouder gaan werken, algemene middelen verdwijnen in het grijs-zwarte circuit, spontane (lees: onbetaalde) mantelzorg zal verdwijnen, oneigenlijk gebruik van het pgb, kwaliteit van zorg met het pgb is onvoldoende gewaarborgd en groei van het pgb door stimulerende (lees: dubieuze) rol van bemiddelingsbureaus. Zelfs het schoonmaken van de school werd in verband gebracht met een pgb. Steeds weer overleeft het pgb echter deze en andere vooroordelen en geruchten en daarmee bewijst het niet alleen zijn bestaansrecht maar ook zijn kracht.

KRACHT VAN HET PGB

Het zelf willen regelen van de zorg en meer invloed hebben op wie, wat en wanneer komt leveren, daarin zit de kracht van het pgb. Vanuit deze intrinsieke motivatie kiezen mensen voor een pgb. Het gaat daarbij om de regievoering over het eigen bestaan, waarvan ziekte en zorg wezenlijke onderdelen zijn. Niet iedereen is in staat die eigen regie te voeren. De pgb-populatie kent momenteel veel jongeren met een psychiatrische aandoening, een verstandelijke beperking of een combinatie van beide. De ouders en verzorgers voeren de regie voor hen en maken keuzes namens deze kinderen. Zij besteden het pgb aan doeleinden die zij het beste vinden passen bij de situatie van het kind en het gezin. Noodzaak speelt ook een rol omdat de reguliere zorg niet of nauwelijks in die specifieke zorgbehoefte voorziet. Hier is een pgb dan ook perfect op zijn plaats. Voor mensen die het om andere redenen niet kunnen of niet willen, bestaat de zorg in natura. Daarom kan het pgb-systeem het naturastelsel ook niet vervangen. Pgb en zorg-in-natura moeten als gelijkwaardige leveringsvormen naast elkaar functioneren. En dat kan, wanneer beleidsmakers nu besluiten: wij volgen dit SER advies op!

LITERATUUR

1. *Ramakers C, Wijngaart M van den*. Persoonsgebonden budget en mantelzorg. Onderzoek naar de aard en de omvang van de betaalde en onbetaalde mantelzorg. Nijmegen: ITS, Radboud Universiteit, 2005.
2. *Ramakers C e.a.* Evaluatie Persoonsgebonden budget nieuwe stijl 2005-2006. Eindrapport. Nijmegen: ITS, Radboud Universiteit, 2007.
3. *Ramakers C e.a.* Persoonsgebonden budget nieuwe stijl 2007. Vervolgonderzoek. Nijmegen: ITS, Radboud Universiteit, 2008.
4. *Smeets E, Ramakers C e.a.* Het persoonsgebonden budget in het onderwijs. Nijmegen: ITS, Radboud Universiteit, 2008.

CORRESPONDENTIEADRES

Dr. C.C. Ramakers, ITS, Postbus 9048, 6500 KJ Nijmegen, e-mail: c.ramakers@its.nl

ABSTRACT

Financing long term care in the future in the Netherlands

The Social Economic Council (SER) in the Netherlands recommends to restrict the Dutch financing system of long term care to its original target group: those who are severely and long term physically or mentally handicapped. Otherwise the costs will rise to prohibitive heights because of the increasing number of elderly in the future. In 2007, 600.000 people in the Netherlands got care financed by the Exceptional Medical Expenses Act (Awbz). Costs amounted to 20 billion €. Two economists and three social scientists reflect. Public health principles demand a

higher part of the national budget to be spend on long term care, while economic principles demand a lower budget. This asks for a painful compromise. At the same time, the financing system should be designed in such a way as to promote the quality and continuity of care for those who depend on it, as well as their independence and capacities to take part as much as possible in society.

Keywords: long term care, costs, quality of care, health care policy