

Discussienota Ouderen(zorg) in de toekomst

1 Inleiding

1.1 Goed nieuws!

Dat we gemiddeld steeds ouder worden, dat we dat in relatieve gezondheid doen en steeds langer actief blijven is geweldig. Daar moeten we blij mee zijn en mogen we trots op zijn. We krijgen er gemiddeld een aantal jaren bij, die we in goede gezondheid kunnen doorbrengen op een manier die bij ons past en met de mensen van wie we houden. Dat is goed nieuws.

1.2 Discussie nodig

Met het toenemen van de levensverwachting, neemt natuurlijk ook het aantal ouderen toe. En met het stijgen van de leeftijd nemen vaak ook de ouderdomskwalen toe; en zowel medische als sociale problemen. Velen maken 'de reis' van vitale oudere, naar hulpbehoevende oudere naar uiteindelijk kwetsbare oudere die aangewezen is 24 uur per dan hulp. We hebben nu een zorgstelsel (bestaande uit meerdere wetten) dat, met enige moeite, aan deze behoefte aan hulp kan voldoen. Het ligt voor de hand dat met het toenemen van de vraag dit zorgstelsel steeds meer moeite krijgt om aan die vraag te gaan voldoen, of misschien wel zal falen. Er zijn verschillende opties denkbaar om te voorkomen dat straks juist de ouderen die dat het hardste nodig hebben, niet de ondersteuning en zorg krijgen die zijn nodig hebben. In de kern komt de opgave waar voor staan naar op:

- vermeerdering van het aanbod (hetgeen beperkt is vanwege de omvang van de beroepsbevolking),
- vermindering van de vraag (die met het stelsel beantwoord moet worden),
- vergroting van slimmer werken (innovatie, inzet van technologie, concentratie van zorg),
- eerlijke verwachtingsmanagement bij burgers.

De veranderingen die nodig zijn stellen de manier van werken, de tradities in zorgverlening en daarmee bestaande zekerheden ter discussie. Daarom moeten we over wat nodig is met elkaar de discussie aan durven gaan. Deze discussienota dient om deze discussies te faciliteren. De nota biedt allereerst een beeld van de trends waarmee we te maken hebben: meer ouderen, en een afnemende beroepsbevolking. Andere trends zijn de manier waarop we met elkaar samenleven, en nieuwe mogelijkheden daarbij, zoals digitalisering. Vervolgens wordt langs drie lijnen beleidsopties geschetst:

- a. omgaan met schaarste
- b. vermindering van complexiteit
- c. wie moet wat doen, de verantwoordelijkheidsverdeling.

2 Achtergrond / probleemstelling

2.1 Meer ouderen!

Dat we gemiddeld steeds ouder worden, betekent dat het aantal ouderen in onze samenleving majeur zal toenemen. Ter illustratie: het Nederlands Interdisciplinair Demografisch Instituut NIDI en het CBS hebben de toename van het aantal ouderen in beeld gebracht.

- 65-80 jarigen: Nu 2,5 miljoen en in 2038 3,2 miljoen
- 80+ers: Nu 800 duizend, in 2030 zijn dat er 1,2 miljoen en in 2053 2,0 miljoen

Dat we gemiddeld ouder worden heeft grote betekenis voor hoe we leven, hoe we samenleven, hoe we wonen, hoe we werken en hoe we ons verstrooien. De toename van het aantal ouderen heeft ook een grote betekenis voor de behoefte aan ouderenzorg.

Door de vergrijzing neemt niet alleen het aantal hulpbehoevende ouderen toe, ook hun mantelzorgers vergrijzen. Bovendien hebben we te maken met een zekere afname van de beroepsbevolking.

In de periode 2018-2060 is er eerst sprake van een forse stijging van het arbeidsaanbod tot 2027, dan stijgen zowel de bevolking van 15-74 jaar (initieel) als de participatiegraad. Tussen 2027 en 2040 daalt het arbeidsaanbod, de uittredende babyboomers zorgen voor een krimp van de bevolking van 15-74 jaar en dit domineert de verdere stijging in de participatiegraad. (Arbeidsparticipatie en gewerkte uren tot en met 2060, CBS, 2019).

Dit, terwijl behoefte van ouderen aan ondersteuning en zorg (bij ongewijzigd beleid) evenredig toeneemt. Als voorbeeld: recent heeft TNO berekend dat in 2040 het aantal plaatsen aan verpleegzorg grofweg moet verdubbelen [pm: actualiseren naar de versie die we eind juli 2020 krijgen].

'Ouderen' zijn geen homogene groep; een behoorlijk deel is hoogopgeleid, heeft een behoorlijk inkomen/vermogen en is digitaal vaardig. Omgekeerd is er ook een behoorlijke groep ouderen die dat niet is. Wat ouderen veelal gemeen hebben is dat zij (niet langer verzuild) niet bij een 'vaste' groep horen, maar zich aansluiten bij de community die hen past. Ook hebben zij bij het ouder worden te maken met meerdere chronische ziekten (bij mensen met een lage SES eerder dan mensen met een hoge SES. Het toenemend aantal ouderen heeft dus ook langer hulp, ondersteuning en zorg nodig.

2.2 We leven anders

Heel zichtbaar is ook dat de manier waarop we (willen) leven en werken veranderd. Door digitalisering verandert de dienstverlening in de reguliere economie. Hetgeen tussen de klant en de dienstverlener geen meerwaarde heeft, verdwijnt. Bovendien kunnen mensen elkaar steeds makkelijker vinden en hun activiteiten op elkaar afstemmen. Het gebruik van technologie zal ook steeds meer zijn weg vinden naar de zorg. Waarom naar een arts moeten als dat misschien ook via beeldbellen kan? Waarom moet iemand langs komen om je te helpen medicatie als een stukje technologie dat ook kan? De technologie heeft bijvoorbeeld in het bankwezen of de reisbranche de zelfredzaamheid van mensen al belangrijk versterkt. Dat zal ook in de zorg gebeuren.

Ouderen en hun naasten kunnen elkaar steeds makkelijker vinden en samen tot oplossingen komen. Voor de te verwachten behoefte aan zorg is van belang dat de oudere van de toekomst steeds vaker alleenstaand is en/of (g)een kind(eren) heeft. Ook daarom is er straks minder mantelzorg beschikbaar.

Daarbij is ondersteuning en zorg steeds meer ondersteunend aan en verweven in de eigen oplossingen die mensen vinden. Ditzelfde geldt ook voor zorgverleners; ook zij kunnen elkaar steeds makkelijker vinden en samenwerken. Waar de organisatie van het werk vroeger via (topdown) structuren moest, kunnen zorgverleners nu zelf steeds beter hun werk voor de ouderen coördineren, waardoor management en bestuur bijna vanzelf een kleinere rol hoeft te spelen. Dit kunnen we verder faciliteren door het waar mogelijk verminderen van afstemmingsvraagstukken en verantwoordingsdruk tussen de kolommen (Wmo/Zvw/Wlz).

Ook zien we in de samenleving een spreiding naar welvaart: juist de mensen met een lage SES lopen achter in gezondheid en 'doen vermogen' (de WRR). Juist voor de mensen met een lagere SES eerder ondersteuning en zorg nodig en spelen een belangrijker rol. Voor deze groep speelt bovendien dat het meer complex worden van de organisatie van de zorg hen hindert in zelf- en samenredzaamheid. De verschillende wetten, de verschillende soorten van zorg, de vele zorgaanbieders, maar ook mantelzorgers, informele zorgverleners maken het er voor hen niet gemakkelijker op. Ook de zorg thuis organiseren met / voor juist deze groep is complex. Bijvoorbeeld: hoeverel zorgverleners zijn er wel niet betrokken bij iemand met dementie fase 3 die nog thuis woont? Vanuit doelmatigheid en taakdelegatie is dat zeer uitlegbaar. Deze uitlegbaarheid aan de cliënt met een beschadigd brein en een partner met lage SES is aanzienlijk minder.

Een groeiend deel van de ouderen heeft een cultuurspecifieke achtergrond, met eigen tradities van samenleven, voor elkaar zorgen en consumeren van zorg. Met het groeien van de groep zal deze meer aandacht vragen. Dit zien we bijvoorbeeld in het ontwikkelen van een leidraad voor cultuur specifieke zorg door NOOM¹.

2.3 Culturele trends

Al sinds de jaren '50 is een dominante trend die van individualisering (incl. mondigheid en financiële mogelijkheden). Aan de ene kant leidt individualisering tot zelfredzaamheid, maar aan de andere kant ook 'verdunding' van sociale/familie relaties en leidt tot het risico op vereenzaming. Individualisering wil overigens niet zeggen dat mensen alleen willen zijn. In tegendeel, het wil zeggen dat mensen zelf willen kiezen met wie zij samenleven. Zij willen met zelfgekozen anderen tot oplossingen komen, juist ook als zij ouder en meer kwetsbaar worden. Er ontstaan nieuwe vormen van (bij gebrek aan een beter woord) samenredzaamheid. Een veel genoemd voorbeeld is dat van een groep vrienden die samen een (groot) huis betrekken om er samen oud in te worden. Ook nieuwe woonvormen zoals 'hofjes' die samen worden bewoond kunnen zich in groeiende belangstelling verheugen. Wenselijk is uitzoeken wat hiervoor de trigger kan zijn.

Binnen de zorg is groeiende aandacht voor positieve gezondheid: wat kan nog wel versus focus op ziekte en beperking.

Dit geldt ook voor wederkerigheid. Mag je iets van de ander verwachten? Misschien betekent een groot aantal ouderen (en afname beroepsbevolking en mantelzorg) dat ouderen voor elkaar MOETEN zorgen. Of het voorbeeld van Fundis, waarbij de familie van een verpleeghuisbewoner niet alleen voor de eigen naaste iets doet maar ook voor de andere bewoners.

Bedrijfskundig / sturing

Het marktdenken van de jaren '80 en '90 maakt geleidelijk plaats voor een meer Rijnlandse benadering. Dat zegt iets over de aard sturing die gezaghebbend kan zijn. Die is minder topdown en op de details meer faciliterend en met vertrouwen. Dit laatste uiteraard zonder naïef te zijn.

Samenvattend: door de majeure toename van het aantal ouderen zullen bestaande oplossingen niet meer voldoende zijn, en deze zijn ook minder acceptabel voor de ouderen zelf. Meer dan vroeger gaat het om het gezamenlijk vinden van oplossingen als ouderen hulpbehoevend worden, en daarbij zijn ondersteuning en zorg faciliterend en daarbij zou de sturing moeten aansluiten. Technologie is daarbij nadrukkelijk helpend. Daarbij zijn ook partners buiten de zorg relevant: woningbouw (levensloopbestendige woningen bij voorzieningen in de buurt), mkb (bijvoorbeeld thuis bezorgen van boodschappen) en dienstverleners (schoonmaak/was- en strijkservice, tuin- en klussendiensten).

¹ <https://www.netwerknoom.nl/>

2.4 Waarden

In de zorg voor ouderen zijn twee belangrijke draaipunten te noemen. Na WOII ging het om het realiseren van meer huisvesting voor ouderen, om doorstroming op de woningmarkt tot stand te brengen. Het tweede draaipunt was rond de eeuwwisseling. Op dat moment ging het minder om verzorging, en meer om medische kenmerken waardoor de aard van de ouderenzorg veranderde (zowel thuis als in de verzorgings- en verpleeghuizen). Ook is de sturing meer zoals die in markt geworden. Hiervoor zijn de trends benoemd die leiden tot een derde draaipunt, met nieuwe waarden. Hoewel deze niet zo gemakkelijk zijn te verwoorden, kan (tentatief) gesteld worden dat het om het volgende gaat.

- Eigenaarschap van mensen en hun naasten. Mensen willen steeds meer zelf oplossingen vinden, en ondersteuning en zorg moet daarbij ondersteunend zijn.
- Positieve gezondheid, mensen richten zich op mogelijkheden en niet op kwalen. Hierbij behoort ook zingeving, die zich heel concreet kan uiten. Een voorbeeld uit de COVID-19 crisis is dat ouderen hun IC bed afstaan aan jongeren.
- Vertrouwen in vakmanschap en gedrag van professionals. Omgekeerd ook meer zelfbewustheid van professionals omtrent hun kennis en de waarde die zij toevoegen aan het leven van mensen en daar eigenaarschap voor voelen (de omslag van medewerker naar professional).
- Omgaan met schaarste. De groep ouderen is groot en heterogeen in hun mogelijkheden (netwerk, financiën) en behoeften/kwetsbaarheid. Zowel op het niveau van de ouderen en hun naasten, de regio waarin aanbieders samenwerken en het landelijk beleid zal dit moeten doordringen in het denken en in het doen. Hoe ingewikkeld ook, misschien moet deze heterogeniteit ook leiden tot een heterogeniteit in het collectieve aanbod en rantsoenering daarvan. Misschien moeten we ook bepaalde uitgangspunten ter discussie durven stellen. Bijvoorbeeld: omdat de zorgverleners schaars zijn, is hun tijd schaars en moet voorkomen worden dat zij te veel moeten reizen. Klassieke locaties zijn dan een doelmatige oplossing.
- Faciliterend overheidsbeleid, die waarmee bovenstaande ontwikkelingen worden ondersteund en aangejaagd.

2.5 COVID-19 lessen

Vanaf maart van dit jaar staat de zorg in het teken van het omgaan met COVID-19. De druk op de zorg, zowel de ziekenhuizen als de verpleeghuizen als de zorg thuis, heeft veel aandacht gekregen in de media. Tegelijkertijd is er veel steun voor het gevoerde beleid in de zorg. Zonder de pretentie te hebben compleet te zijn, zijn hierna een opsomming van te trekken lessen c.q. punten te overweging voor de ouderenzorg.

Inhoudelijk

- COVID-19 noopt tot een heroverweging van wat 'de basis op orde' is en de naleving daarvan. deze. Eenvoudig protocollen volgen (handen wassen), netjes cohorteren etc. Hierbij behoort ook een herwaardering van medische kennis. Welvinden vraagt een balans tussen de medische- en welzijnsinvalshoek. De afgelopen periode heeft geleerd dat de balans is doorgeslagen te nadele van de medische invalshoek.
- COVID-19 laat het belang zien van ACP/samen beslissen/goede dossiervorming/inspraak en medezeggenschap etc. Maar ook buiten de crisis zou je daar gebruik van kunnen maken om keuzes te maken over richting van het beleid in een huis, zodra de basis op orde is.

- COVID-19 laat zien waar we staan met betrekking tot informatievoorziening/gegevens-uitwisseling. Het is geen druk op de knop, maar schrapen, schrapen, schrapen. Maar laat ook zien dat we in tijden van crisis snel kunnen digitaliseren!
- Verder zien we juist groeiende eenzaamheid; uit corona blijkt dat digitaal contact geen vervanging is voor life contact. De categorie ouderen tussen 65-75 kan ontmoeting en participatie en zorg veelal zelf regelen. Leeftijdsklasse erboven wordt het steeds lastiger, waarbij we voorzichtig moeten zijn met beleid op leeftijdscategorieën. Er moet ruimte zijn om doelgroep breed te interpreteren.

Regionaal

- Het is vitaal gebleken om een regionale structuur te hebben, met doorzettingsmacht die landelijke kaders tot uitvoering brengt. Voorbeeld is de verdeling van PBM via de ROAZ. Het wegvallen van vrijblijvendheid heeft geleid tot effectief en efficiënt handelen.
- Laat zien dat het belangrijk is om samen te werken. Bijvoorbeeld om de medische functie voor ouderen in de regio op peil te houden/brengen, om de informatievoorziening in beeld te brengen, om tijdelijk extra capaciteit (met personeel te realiseren) etc.

Positioneel/organiseerbaarheid

- De positie van de ouderenzorg moet sterker, hetgeen ook een sterkere bestuurlijke inzet vraagt van partijen, zowel landelijk als regionaal. Dit gelet op de vele klachten rond het 'achteraan' staan van de ouderenzorg.
- COVID-19 laat zien dat er een grens is aan eigen regie en kleinschaligheid. Je moet een zekere schaal hebben om de zorg te organiseren en met name wat daaromheen gebeurt.
- Krapte in het systeem verhindert het adequaat kunnen reageren; dat wordt bijvoorbeeld bij de IC wel heel duidelijk. En dat gaat ook in de verpleegzorg belangrijk worden. We zullen echt opnieuw moeten gaan nadenken over dat er marge in het zorgaanbod moet komen om tegenslagen op te kunnen vangen. Dat maakt de zorgaanbieders ook minder afhankelijk van het Rijk. Paar plekken leeg = financiële problemen. Is stof tot nadenken over spreiding van risico (bijvoorbeeld vastgoed veel meer privaat financieren of via Woco's), stresstesten etc.
- De versnippering van de thuiszorg leidt tot coördinatieproblemen. Stel je nou eens voor dat je in iedere regio slechts enkele aanbieders zou hebben die de thuiszorg organiseren.

2.6 Wat is hinderend?

De organisatie en de sturing van de ondersteuning en zorg heeft veel gebracht om de vraagstukken uit het verleden op te lossen. De kwaliteit van ondersteuning en zorg staat op hoog niveau, de toegankelijkheid is zeker in internationaal perspectief goed en de solidariteit is dusdanig dat ook de betaalbaarheid macro niet in het gedrang komt². Echter de oplossingen uit het verleden zijn soms hinderend om de waarden zoals hiervoor geschetst te kunnen realiseren. Het gaat daarbij vooral om het navolgende.

- Gerichtheid op formele zorg voor individu met beperkingen, niet op versterken samenredzaamheid individu met naasten, sociale omgeving, vrijwilligers enz. samen met zorgverleners. Het systeem gaat uit van compenseren van beperkingen en creëert daartoe afdwingbare rechten, vastgelegd in profielen, prestaties, tarieven. Compenseren van beperkingen is niet hetzelfde als mensen stimuleren om zelf, samen met de driehoek, te kijken wat nodig is.

² Uiteraard zijn meer middelen voor vele partijen welkom. Dit speelt zeker voor gemeenten die met tekorten op de begroting te maken hebben als gevolg van hun zorgtaken.

- Productiegerichtheid: na de eeuwwisseling moesten de wachtlijsten aangepakt worden. Dat is gedaan met prikkels gericht op productie. Dit was zeer succesvol. Tegelijkertijd zien we ook dat er onbedoelde effecten zijn:
 - het gaat in het stelsel niet om het voor voorkomen van zorg, om gezondheidsuitkomsten of op samenwerking maar om omzetmaximalisatie.
 - de prikkels zijn gekoppeld aan de zorgvrager, waardoor het voor een zorgaanbieder niet goed mogelijk is om middelen voor iets anders dan primaire zorg in te zetten. Dit heeft als gevolg dat er bij zorgaanbieders weinig ruimte is voor beleidsvorming en zelf vormgeven van veranderprocessen. Dit bemoeilijkt innovatie en vernieuwing.
 - De productiegerichtheid brengt registraties en verantwoordingsplichten met zich mee die los staan van wat de patiënt/cliënt nodig heeft. Hierdoor is grote complexiteit en administratieve last ontstaan. Gevolg is vervreemding en wantrouwen.

- Schotten: Per domein/onderdeel van de zorg is er een apart systeem. Dit bemoeilijkt de samenwerking over de domeinen heen. Investeren in lichtere zorg of preventie loont niet als de opbrengsten in een ander deel van de zorg neerslaan. Financiële belangen leiden tot afwentelgedrag in plaats van voorkomen zwaardere zorg. Dit wordt nog versterkt omdat ook huisvesting, vervoer, dagactiviteiten tot de (soms verschillende delen van het) zorgdomein behoren. Dat betekent dat andere partijen (bijv gemeenten) de handen ervan aftrekken, het onaantrekkelijk is voor andere partijen (denk aan tijdelijk verblijf bij centerparcs) en dat zorgaanbieders die er eigenlijk niet goed in zijn dit allemaal zelf maar moeten regelen tegen hoge kosten en matig resultaat.

- Gericht op voorkomen risico's, niet op wat cliënt belangrijk vindt/hoe de professional zijn werk wil uitvoeren, ook als dat niet (meer) nodig is. Voorbeeld: de goed ingeregelde diabeet met nog een half jaar te leven, die daarom elke dag gebak wil eten en dat niet mag. Ander voorbeeld is terughoudendheid met het verstrekken van morfine in de stervensfase, omdat er risico op verslaving zou zijn (true story).

- Ontbreken helder toekomstperspectief, het ontbreekt zorgverleners, zorgaanbieders, financiers, stelselpartijen en overheid aan een eenduidig toekomstperspectief. Het ontbreken daarvan verlamt, hindert de vernieuwing en leidt tot uitstel van investeringen. In plaats van op de toekomst richten partijen zich op het beheer van het bestaande zoals grijze gebieden tussen stelsels, optimaliseren van bekostigingssystemen, aanscherpen van toegangscriteria tot zorg, verhogen transparantie, enz. Gewenst is een toekomstperspectief dat meer dan een kabinetsperiode ver strekt. Immers, investeren vergt een langere tijdshorizon, dus ook financieel is het relevant wat het toekomstperspectief is.

- Realisme: Gezien de dubbele vergrijzing en de toenemende schaarste, zullen we ook de maatschappelijke dialoog aan moeten gaan dat er (betaalbaarheid van) maatwerk limitatief is. Zolang je zelfredzaam bent, kun je veel wensen hebben, maar naarmate je meer afhankelijk wordt, moeten we inzien dat die niet allemaal ingewilligd kunnen worden. Dit vraagt om een eerlijk / spannend publiek debat en om bewustwordingscampagnes naar professionals en inwoners.