

Discussiestuk.

*De Commissie Zorg en Welzijn van CDA Senioren heeft na de verkiezingen gediscussieerd over de thema's die de komende tijd zeker de nodige aandacht verdienen van CDA Senioren op het gebied van Welzijn en Zorg. Leden van de Commissie Zorg en Welzijn hebben aangegeven dat ze over de gekozen thema's een kort praatstuk wilden maken ter bespreking in het CDA Senioren Platform. De heer Jack Bakker heeft de rode draad aangegeven als uitgangspunt voor de te behandelen thema's, nl.: **“nog meer dan voorheen, moet de Mens centraal staan in de zorg. De zorg moet betaalbaar blijven. De mensen moeten de regie over hun eigen leven kunnen blijven houden”**. Daarnaast zijn zowel het Verkiezingsprogramma van het CDA als het visiedocument “Duurzame Ouderenzorg : met, voor en door ouderen” van de CSO als leidraad gebruikt.*

Het zijn de thema's :

- 1. Ouderen wensen samenhang in wonen, zorg en welzijn. Hoe verhoudt dat zich tot scheiden wonen en zorg.
Uitdagingen voor een gezonde zorg,
Kanteling compensatieplicht WMO
Dit brede thema is uitgewerkt door de heer Wil Sluis.*
- 2. Meer nadruk op preventie in de Zorg.
Dit thema wordt belicht door mevrouw Marianne van der Sanden.*
- 3. Juist in economisch moeilijke tijden is solidariteit van groot belang.
Dit thema is uitgewerkt door de heer Tieme Meints.*
- 4. Grenzen stellen in de Zorg.
Dit thema is belicht door mevrouw Marianne van der Sanden.*

De thema's zijn als volgt uitgewerkt :

Ad. 1.

A. Ouderen wensen samenhang in wonen, zorg en welzijn

De Centrale Samenwerkende Ouderenorganisaties (CSO), de koepelorganisatie van de ouderenbonden Unie KBO, PCOB, NVOG en NOOM, heeft tijdens het verkiezingsdebat van dinsdag 25 mei jl. haar visie op de toekomst van de ouderenzorg gelanceerd. Het visiedocument luidt 'duurzame ouderenzorg: met, voor én door ouderen'. De visie heeft als centraal punt de samenhang tussen wonen, zorg en welzijn. Waardering van ouderen, economische bijdrage, recht op zorg, solidariteit en adequate medische zorg zijn de bouwstenen van de visie. De CSO werkt elk thema uit in actiepunten.

De CSO legt in haar visiedocument de verwachtingen van de ouderen neer bij de politieke leiders van de partijen die deelnemen aan de verkiezingen. Dit oogt vrijblijvend, zeker in een verkiezingscampagne die vooral gaat over de koopkracht en minder over de toekomst van de langdurige zorg m.b.t. de AWBZ. De doorzettingskracht van het voorstel zit in de combinatie om enerzijds mee te denken en ook verantwoordelijkheid te nemen voor de moeilijke besluiten voor een houdbare en passende toekomst van de ouderenzorg en anderzijds eisen te stellen aan wonen, de gezondheid, incl. de zorg, en het welzijn van de ouderen.

Moedige positionering

De visie is een moedige positionering. De CSO wil meewerken aan de herijking van de ouderenzorg. De gedachten daarbij zijn om de ouderenzorg innovatief, houdbaar en betaalbaar te houden. Het moet leiden tot een zuinig gebruik van de zorg. De CSO pleit voor systematisch onderzoek naar de kosteneffectiviteit van de ouderenzorg. Dit is nog niet of nauwelijks toegepast in de zorg voor chronisch zieken en ouderen. De CSO kiest voor de methode van de Amsterdamse cardioloog wijlen prof.dr. A.J. Dunning. De zorg moet in het basispakket als die (1) noodzakelijk, (2) effectief en (3) doelmatig is, en (4) niet voor eigen rekening en verantwoording kan worden gelaten. Dit laatste staat onder druk vanwege het langdurige herstel van de financiële en economische crisis. Kwetsbare ouderen hebben het vaak ook financieel niet breed.

Het wordt nog ingewikkelder als, zoals de CSO schrijft, de kwantiteit én de kwaliteit van de toegevoegde levensjaren van (nieuwe) interventies moeten worden afgewogen tegen alle relevante maatschappelijke kosten en effecten. Dit is een gewaagde opstelling, want het houdt het risico in van 'selectief winkelen'

door de politieke partijen door vooraf bezuinigingsopbrengsten in te boeken in de AWBZ-zorg voor ouderen. Het getuigt temeer van durf, omdat het uitspraken

vergt over behandeling, verpleging en verzorging in de laatste twee levensjaren van ouderen.

Het vereist professionele deskundigheid van de hulpverleners en ervaringsdeskundigheid van de betrokken ouderen. Het vraagt van ouderen vaardigheden, vitaliteit en weerbaarheid om, samen met hun vertegenwoordigers, het debat te voeren met beleidsmakers, bestuurders en politici.

Samenhang in wonen, zorg en welzijn in gemeenten

De zorg van de huisarts en eventuele langdurige verpleging, verzorging en ondersteuning vinden plaats waar mensen wonen of verblijven. Dit is in een buurt of wijk van een gemeente. Er wordt al meer dan tien jaar gepraat over samenhang tussen de sectoren wonen, zorg en welzijn. Ook binnen een sector als de zorg is de samenhang zoek. Wat valt onder de Zorgverzekeringswet (ZVW), waar zorgt de AWBZ voor en wat regelt de WMO?

Er valt nog veel te winnen met een overkoepelend beleid voor ouderenzorg. Ik zie mogelijkheden door de stelsels van wonen, zorg en welzijn te verbinden. Dit lukt alleen als alle betrokkenen samenwerken. Voor die tijd is het niet verantwoord om als overheid eenzijdig uitspraken te doen over de kosteneffectiviteit van bepaalde behandelingen, verpleging en verzorging. Ouderen wensen een actieve rol bij het stellen van grenzen aan de zorg. Ik ben het met hen eens. De gemeenten moeten hiervoor de mogelijkheden scheppen. Zorgverzekeraars moeten hier een stimulerende rol in spelen. Het Rijk moet de ouderenbonden en de verenigingen van patiënten, chronisch zieken en gehandicapten de eerste vier jaar structureel ondersteunen door kennisoverdracht en het toerusten van hun leden op gemeentelijk niveau.

Het begint met de samenhang in wonen, zorg en welzijn. Een prima kapstok voor een doorstart na jaren van praten.

B. Bezuinigingen AWBZ versnellen komst woonzorgzones

Bezuinigingen in de AWBZ zaten al in de pen. De economische crisis en de sanering van de schuld van de overheid, veroorzaakt door de financiële crisis, maken de noodzaak urgenter en de omvang groter. Het is de kunst om niet domweg te bezuinigen, maar om te kiezen voor een andere inrichting van de samenleving, waarbij zorg en ondersteuning voor inwoners niet simpelweg

verdwijnen. Men zal de besparingen moeten zoeken in het verminderen van de bureaucratie. Kleinschaligheid in woonzorgzones op wijkniveau en op

vertrouwen gebaseerde samenwerking tussen inwoners, professionals, politici en bestuurders van instellingen maken dit mogelijk

De wijzigingen in de AWBZ-zorg hebben grote gevolgen voor burgers. Of men nu oud, chronisch ziek of gehandicapt of mantelzorger is, het maakt niet uit. Welke keuzes politieke partijen nu ook aan de kiezer voorleggen, waar een nieuw kabinet ook toe besluit, de gevolgen zullen sowieso ingrijpend zijn. Nu komt de betekenis van de systeemwijziging van het afschaffen van de oude rechten op zorg en ondersteuning uit de AWBZ pas volop in beeld. De overheid had een zorgplicht. De oude AWBZ-rechten van inwoners zijn in 2006 ingewisseld voor een compensatieplicht in de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO).

De gemeente zal er volgens de WMO voor moeten zorgen dat, als een inwoner door ziekte of handicap beperkt is in zijn of haar mogelijkheden om mee te doen aan de samenleving, deze beperking zoveel mogelijk gecompenseerd wordt. De gemeente kijkt eerst wat de inwoner zelf kan en onderzoekt welke mantelzorg ingeschakeld zou kunnen worden. De gemeentelijke WMO-consulent onderzoekt ook of de inwoner gebruik kan maken van algemene voorzieningen. Individuele voorzieningen voor zorg en ondersteuning komen daarna pas in beeld. Er komen meer veranderingen in de AWBZ en WMO aan. Het is niet voor niets dat gemeenten en zorgverzekeraars nu in overleg gaan om de consequenties van de veranderingen in de AWBZ en de WMO te bezien en oplossingen te bedenken voor de inwoners. De echte invoering van de WMO, die nu begint, is een landelijk programma en heet 'de Kanteling'. Het gaat in eerste instantie dus om zelfredzaamheid, zelfzorg en zelfmanagement van mensen, met eventueel noodzakelijke mantelzorg, persoonlijke begeleiding en huishoudelijke zorg. Mensen maken zich zorgen, dat de laatste twee vormen van ondersteuning ook op de schouders van vrijwilligers terecht gaan komen.

Het kabinet wil de bezuinigingen voor de AWBZ o.a. realiseren door een ontkoppeling van de kosten voor wonen en verblijf en de kosten voor verpleging en verzorging. Het scheiden van wonen en zorg. Het streven is om zo lang mogelijk in de eigen woning te blijven wonen. Langdurige zorg vraagt dan om verpleging en verzorging in de thuissituatie.

Zelfzorg, mantelzorg en langdurige verpleging en verzorging zullen in de woning moeten gebeuren en vragen om beschikbaarheid en bereikbaarheid in de buurt. Dit is ook een landelijk programma en heet ‘Beter (t)huis in de buurt’.

Het heeft betrekking op wonen, zorg en welzijn. Het gaat over voorzieningen op wijkniveau en over ondersteuning met ICT en domotica. Leefstijl en gedrag van inwoners zijn eveneens van belang. De samenwerking van lokale partners is essentieel.

De bezuinigingen in de AWBZ versnellen de programma’s ‘de Kanteling’ en ‘Beter (t)huis in de buurt’. Het is complex en omvangrijk. Het vraagt om een goede samenhang en samenwerking om dit door te voeren.

We zien tien programmalijnen:

1. Gebiedsgerichte aanpak (wijken);
2. Nieuwbouw en aanpassing van woningen;
3. Scheiden van wonen en zorg;
4. Welzijnsactiviteiten gericht op gezondheid en welbevinden (gedrag);
5. Vernieuwing van het zorgaanbod;
6. Invoering van de WMO (‘de Kanteling’);
7. Multifunctionele centra in wijken;
8. ICT en domotica;
9. Versterken rol burgers (participatie) en (consumenten)organisaties voor wonen en zorg;
10. Besturing, verantwoording en financiering.

Het is de kunst om projecten uit één of meer (2 of 3) programmalijnen te selecteren die in samenhang en in samenwerking in een overzienbare tijd te doen zijn. De projecten moeten hoop bieden voor blijvend geschikt wonen en langdurige zorg (indien nodig). De samenwerking moet vertrouwen tot stand brengen tussen de lokale partners.

C. Compensatieplicht WMO en ‘de Kanteling’: het echte werk begint nu pas

Met het project ‘de Kanteling’ begint de echte invoering van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO). De inwoner van de gemeente staat nu centraal. De vraag om zorg, hulp en ondersteuning van de burger is leidend. En dan echt op individueel niveau met maatwerk. Dit vraagt veel inzet van gemeenten om anders te denken en te handelen. Het vraagt van ambtenaren om andere deskundigheid en een andere cultuur om tot de juiste vraag te komen. Het vraagt ook om andere vaardigheden bij de burger zelf. Het zal voor hem of haar

de kunst zijn om in het gesprek met de ambtenaar die de indicatie doet tot de goede vraag van wat men nodig heeft te komen.

Het wettelijke uitgangspunt is het persoonlijk kunnen functioneren van de burger. De WMO, die van kracht werd per 1 januari 2007, is een brede participatiewet. Iedereen, dus ook chronisch zieken, gehandicapten en ouderen, zouden zelfredzaam moeten kunnen zijn en moeten kunnen meedoen aan de samenleving. Oude rechten uit de Wet Voorzieningen Gehandicapten (WVG) en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) kwamen te vervallen. De Tweede Kamer nam onder druk van een massieve, brede sociale alliantie in de samenleving een compensatieplicht op in de nieuwe WMO. De gemeenten kregen daarmee de resultaatverplichting om mensen met beperkingen door ziekte, handicap of ouderdom te ondersteunen. De gemeenten kregen de taak om deze beperkingen te compenseren.

Dit is het hart van de wet. Dit vraagt een ingrijpend veranderingsproces. Dit komt nu van de grond met het project ‘de Kanteling’.

Veel energie is de afgelopen jaren gaan zitten in het maken van gemeentelijke regels, het aanbesteden van de huishoudelijke zorg, etc. Dit is logisch gezien het ontbreken van voorbereidingstijd voor gemeenten. Er zijn maar weinig gemeenten die de WMO invoeren volgens de filosofie van de wet. Piet Vreeswijk, beleidsmedewerker van de CG-raad (Raad voor chronisch zieken en gehandicapten) en onderhandelaar van het eerste uur vindt het project ‘de Kanteling’ eigenlijk een project om de oorspronkelijke bedoeling van de WMO weer nieuw leven in te blazen.

Het project ‘de Kanteling’ heeft een moeizame start. We lezen er al ruim anderhalf jaar over bij de VNG. Sinds medio 2009 zijn de koepel van landelijke ouderenorganisaties (CSO) en de CG-raad er mee bezig in het Programma Versterking Cliëntenparticipatie (VCP).

Het waren aanvankelijk gescheiden trajecten met wederzijds overleg. Op verzoek van het ministerie van VWS vinden er nu gezamenlijke projecten plaats. VNG en VCP hebben gekozen voor de gemeenten Opsterland (Friesland) en Hof van Twente (Overijssel) om samen op te trekken voor ontwikkeling, ondersteuning en evaluatie. VNG en VCP vinden dat in beide proeftuinen de gemeente en de organisaties van chronisch zieken en gehandicapten en de ouderenbonden met de goede uitgangspunten van de compensatieplicht van de WMO aan de slag zijn. Men denkt vanuit de burger als persoon, vanuit oplossingen en niet vanuit bestaande voorzieningen. Men gaat uit van maatwerk op individueel niveau. Men kiest voor de menselijke maat.

De VNG heeft daarnaast nog een tiental eigen pilotgemeenten. CG-Raad, CSO en VCP kiezen ook voor eigen, andere pilotgemeenten.

CG-Raad, CSO en VCP hebben een visiedocument gemaakt: 'Compensatieplicht en Kanteling – Onze visie op de WMO'. Dit is een kort en bondig document. De projectgroep beschrijft, dat beperkingen niet per se van medische aard hoeven te zijn en dat bepaalde groepen burgers niet kunnen worden uitgesloten.

De resultaatverplichting, de motiveringsplicht, het regime van de Algemene Wet Bestuursrecht (AWB) en het kiezen voor maatwerk en de meeste adequate oplossing zijn beschreven.

Voor informatie: projectdekanteling@cg-raad.nl

Het projectteam belegde de afgelopen weken enkele informatiebijeenkomsten voor de leden en kaderleden van verenigingen van de CG-Raad, ouderenbonden van de CSO en WMO-raden. Er vielen mij twee zaken op.

Ten eerste werken de VNG enerzijds en CG-Raad, CSO en VCP anderzijds niet naar een gezamenlijk resultaat. Beiden behouden hun eigen doelen en verantwoordelijkheden. Dit komt straks vooral tot uitdrukking in de modelverordening VNG en beleidsregels. Wat men op nationaal niveau niet oplost komt terug op lokaal niveau.

Ten tweede zijn de menskracht en de middelen ontoereikend om de patiënten- en cliëntenorganisaties en ouderenbonden effectief te ondersteunen. Ik ben het met oud-staatssecretaris Bussemaker eens, dat de WMO-adviesraden de burger- en cliëntenparticipatie niet alleen kunnen dragen. De aanwezigen maakten zich – terecht – zorgen over de vitaliteit en weerbaarheid van de belangenvertegenwoordigers op gemeentelijk niveau. Hoe versterken we hen in hun eigen kracht?

Ad. 2

Preventie in de Zorg.

In de brochure van het CSO staat de stelling : De medische ouderenzorg moet worden gereorganiseerd tot een samenhangend geheel. Daarbij hoort ook preventie.

Integrale ouderenzorg is een multidisciplinaire combinatie van preventie, behandeling, (re)activering, verpleging, verzorging en ondersteuning.

Met het stijgen van de leeftijd zijn er vaker combinaties van ziekten en aandoeningen. Een aantal ouderen is verhoogd kwetsbaar. Het verlies van

lichamelijke en geestelijke vitaliteit is dan zodanig, dat kleine incidenten al snel leiden tot meerdere klachten en een verdere verstoring van de zelfredzaamheid.

Alle betrokken disciplines moeten multidisciplinair gaan samenwerken, niet alleen binnen het ziekenhuis, maar ook bij de ouderen die nog thuis wonen. De eerstelijnszorg moet ondersteund worden door het lokaal bestuur. Daarnaast moet er meer aandacht komen voor preventie.

De afgelopen twintig jaar is daarop flink bezuinigd, niet alleen in de ouderen zorg.

Is dit een verkeerde bezuiniging geweest, die juist heeft geleid tot het maken van meer kosten?

Heeft dit te maken met een zorgwekkend gebrek aan lange termijn visie op het voorkomen van kwetsbaarheid en het daarop volgend gebruik van zorg- en dienstverlening?

Er is nog veel gezondheidswinst te behalen met het bevorderen van gezondheid en het beter benutten van bestaande werkzame mogelijkheden.

Denk aan programma's voor valpreventie, het behandelen en opsporen van hoge bloeddruk en verhoogd cholesterol, bevolkingsonderzoek op borstkanker, enz.

Ouderen kunnen zelf, tot op hoge leeftijd, nog het nodige verbeteren in hun eigen leefstijl : meer bewegen, actiever participeren, beter eten, minder drinken en niet roken.

Natuurlijk moeten ook de omgevingsfactoren gezond gedrag stimuleren.

Voor beiden ligt een taak bij de politiek op het gebied van :

zorgen voor de juiste randvoorwaarden en stimuleren van de mensen.

Zorg preventief goed voor jezelf door :

- regelmatig te [bewegen](#);
- preventie en behandeling van de [overgang](#);
- het voorkomen van [overgewicht](#);
- let op goede en slechte [cholesterol](#);
- letten op de [nieuwe gezondheidsgevaaren](#);
- te letten op je [voeding](#);
- te zorgen voor een goede [nachtrust](#);
- voorkom [verslavingen](#) zoals [roken](#), [drugsgebruik](#), [alcoholisme](#);
- vermindering van [stress](#).

- de juiste [persoonlijke verzorging](#) waaronder een verzorgend uiterlijk en te zorgen voor gezond en glanzend [haar](#).

Ad. 3

Solidariteit in de zorg in economisch moeilijke tijden.

In het CDA-verkiezingsprogramma 2010-2015 staat het aan het begin van hoofdstuk 8 “Een goede betaalbare zorg is ook onze zorg” prachtig verwoord: **“De solidariteit tussen zieken en gezonden en tussen ouderen en jongeren is in het zorgstelsel verankerd. Zorg moet toegankelijk zijn voor iedereen”** .

Solidariteit betekent letterlijk: *“Voor het geheel aansprakelijk zijn”*. Het wordt ook wel (kort) vertaald tot *“Draagt elkanders lasten”*.

Hoe gaat het nu in de praktijk met die solidariteit in de visie van het CDA? Vorig jaar werd door het Wetenschappelijk Instituut van het CDA een belangwekkende studie uitgegeven onder de titel: **“Op weg naar houdbare overheidsfinanciën”** met de toevoeging: **“een verkenning van de financiële kaders in de volgende kabinetsperiode”**.

Het nieuwe verkiezingsprogramma van het CDA staat voor een groot deel in het teken van die studie. Op het punt van de zorg gaat het daarbij vooral over het **profijtbeginsel** . Het profijtbeginsel in de zorg houdt in dat er een verschuiving plaats vindt van de solidariteit naar de eigen verantwoordelijkheid van mensen. Dat heeft met name te maken met grote stijging van de kosten van de zorg. Plat gezegd: als je wilt dat de kosten voor jouw zorg moeten worden betaald dan moet je die (voor een deel) zelf maar betalen. Het WI-rapport noemt dat : *“De versterking van de eigen verantwoordelijkheid”* of *“De persoonlijke verantwoordelijkheid moet meer aandacht krijgen”*.

Eigen bijdragen in de zorg om de stijging van de zorgkosten in de hand te houden zijn volop in discussie. Het WI (=het beleid van het CDA) geeft in het rapport toe dat *“nadeel van de eigen bijdragen is dat die de solidariteit tussen ziek en gezond verminderen.”* Er wordt dan wel bij gezegd dat een inkomensafhankelijke eigen bijdrage dit bezwaar kan opheffen maar meteen wordt die gedachte weer verworpen.

Het verschuiven van verantwoordelijkheden in de zorg betekent dus dat de verzekerde financieel kan worden aangesproken voor de kosten die nodig zijn

om die zorg te betalen. Ook (zoals in de CDA-visie wordt bevestigd) dat de solidariteit tussen ziek en gezond en oud en jong vermindert.

Is dat aanvaardbaar voor een partij die ooit solidariteit tot een van de peilers/uitgangspunten heeft gemaakt? Of moeten we een oogje dichtknijpen omdat het economische crisis is?

Het vraaggericht werken in de zorg ofwel meer *marktwerking* is een gevolg van het profijtbeginsel. Marktwerking wordt ook wel “omgekeerde solidariteit” genoemd. In de marktwerking regeert het recht van de sterkste. Wie het meeste geld heeft kan het meeste kopen. Concurrentie op de prijs maakt de zorg slechter; competitie op de kwaliteit maakt de zorg beter. Het is duidelijk dat de nadruk moet liggen op de *kwaliteit* van de zorg.

Het CDA verdedigt het devalueren van de solidariteit door toepassing van het profijtbeginsel met de opvatting dat solidariteit er toe leidt dat “mensen meer zorg gebruiken dan wanneer ze de rekening zelf zouden moeten betalen.”. Deze opvatting is echter nog niet bevestigd.

Is het loslaten van de solidariteit te accepteren voor een partij als het CDA? We zijn toch voor een samenleving waarin mensen omzien naar elkaar en waar de overheid een schild voor de zwakken is? Ziekte en invaliditeit overkomt een mens. We hebben in het verleden altijd gezegd dat we de kosten daarvoor als maatschappij gezamenlijk dragen. De zorgkosten maken deel uit van de collectieve lasten en moeten verplicht door alle burgers worden gedragen. Natuurlijk is efficiency in de zorg onontbeerlijk

Zijn er mogelijkheden om de solidariteit in de zorg solidair te laten blijven?

Het verder inkomensafhankelijk maken van de zorgpremie zal de opbrengst verhogen.

Het verhogen van de premie of het verhogen van de accijns op rokerij, drank, fris en vlees ten bate van de zorgkosten zou ook meer opbrengsten genereren (zie voorstellen Vermeend/van Boxtel in hun boek “Uitdagingen voor een gezonde zorg”). Mensen vinden niets in het leven belangrijker dan hun gezondheid. Ze willen daar best wat meer voor betalen als dat nodig is. Mits de solidariteit gewaarborgd blijft.

Is het inkomensafhankelijk maken van het eigen risico/eigen bijdrage toch niet zo'n slecht idee?

Nog een paar losse kreten die best nog tot discussie kunnen leiden. De langdurige zorg leent zich niet voor marktwerking. Daarvoor is in ieder geval een collectief gefinancierd stelsel noodzakelijk.

De zorg moet (mens)waardig zijn.

De relatie patiënt/zorgverlener is essentieel. Daarom is het onwenselijk dat zorgverzekeraars ziekenhuizen exploiteren.

Geen winstuitkeringen van zorgaanbieders aan aandeelhouders!

De bereikbaarheid van ziekenhuislocaties is essentieel. Ook de kleinere. De keuzevrijheid van de cliënten moet centraal staan.

Het is goed om de marktwerking in de zorg te evalueren. De ervaringen zijn nergens erg positief. Tot kostenbesparing leidt het niet of nauwelijks.

Het zou m.i. goed zijn dat het CDA de volgende stelling hoog in het vaandel zou zetten: *De basis voor ons zorgstelsel en ook voor de zorgvisie moet de solidariteit blijven.*

Ad. 4.

Grenzen stellen aan de zorg.

Waarom moeten er grenzen gesteld worden aan de zorg?

Volgens ingewijden rijzen de kosten van de zorg de pan uit; en zijn de kosten van de zorg in het laatste levensjaar het hoogst.

Om voor iedereen zorg te kunnen garanderen, moeten we de kosten van de zorg betaalbaar houden.

Hoe kunnen we de kosten van de zorg betaalbaar houden?

Diverse opties kunnen worden genoemd, zoals :

- Eigen bijdrage omhoog
- Praktische verbetering en organisatie van integrale ouderenzorg, waarin cure, care en welzijn worden verbonden in nieuwe arrangementen, die samenhang, kwaliteit en betaalbaarheid verbeteren (zorgplan).

- Bezuiniging, efficiëntie en organisaties kritisch bezien.
- Meer werk maken van preventie, oorzaken bestrijden en niet alleen de gevolgen

- Grenzen stellen aan de solidariteit in de zorg?
Dit kan geen oplossing zijn voor de stijging van de kosten in de zorg.
- Grenzen stellen aan de zorg ?
Moet het geven van kostbare zorg gerelateerd worden aan leeftijd, aan werk, of moet het geven van kostbare zorg geweigerd aan mensen die volgens de professionals geen uitzicht hebben op een actief leven? Moeten mensen meer gestimuleerd worden in hun laatste levensjaar vooral de natuur haar gang te laten gaan?
Dit kan alleen als mensen zelf de regie kunnen houden over hun eigen leven.

Menswaardige zorg betekent dat zorgbehoevenden als mens centraal staan in de zorg en niet worden vereenzelvigd met hun ziektebeeld, en dat werkers in de zorg zodanig zorg kunnen bieden, dat ze ouderen kunnen laten weten, dat ze waardevol zijn en er toe doen. Het betekent dat de zorg betaalbaar moet blijven en vooral dat **mensen zoveel mogelijk regie houden over hun eigen leven**. Dat niet professionals, zoals artsen, verzekeraars en politici grenzen gaan stellen aan de zorg.

Het CDA staat voor menswaardige zorg.

Dat betekent dat we meer werk moeten maken van preventie, oorzaken bestrijden en niet alleen de gevolgen. Dat over-medicatie moet worden voorkomen.

Onafhankelijke, objectieve en integrale indicatiestelling blijft noodzakelijk en kan mensen helpen de juiste keuzes te maken.

Het CDA wil integrale aanpak, waarin cure, care en welzijn worden verbonden in nieuwe arrangementen, die samenhang, kwaliteit en betaalbaarheid verbeteren. (Zorgplan)

Grenzen stellen in de Zorg?

Steeds vaker komen medewerkers in de zorg in aanraking met lastig en soms zelfs agressief gedrag van klanten. Dit kan variëren van klaag- en zeurgedrag,

schelden op de (regels van de) organisatie tot persoonlijke beledigingen en fysieke bedreiging. De confrontatie van dit gedrag is vaak ingrijpend voor en

invloed op het welzijn van medewerk(st)ers. Op langere termijn kan het leiden tot arbeidsverzuim en verloop binnen de organisatie.

Hoe kan dit worden aangepakt :

1. Rol ondernemingsraad. In het kader van de Arbowet en – regelgeving moeten organisaties aandacht besteden aan het onderwerp agressie. Zij moeten het personeel ondersteunen om het beleid op het gebied van agressie vorm en inhoud te geven.
2. Rol politiek. Er ligt een taak bij de politiek om de Gemeenschap duidelijk te maken dat agressief gedrag van klanten uit den boze is.

Dit waren de bijdragen van de Commissie Zorg en Welzijn. Het is belangrijk dat we deze bijdragen met elkaar gaan bediscussiëren om van daaruit verder te werken aan een toekomstgericht standpunt.

*Namens de Commissie Zorg en Welzijn,
Marianne van der Sanden-Holthuizen.
November 2010*