

A young boy with short brown hair, wearing a grey and black striped t-shirt, stands in profile facing an elderly woman with short white hair. They are touching their foreheads in a tender moment. The woman is wearing a dark patterned top. The background is a bright window with green foliage outside, creating a soft, bokeh effect. The overall mood is warm and intimate.

# LACHEND TACHTIG

**INITIATIEFNOTA VOOR EEN  
TOEKOMSTBESTENDIGE  
OUDERENZORG**  
CORINNE ELLEMEET

**GROENLINKS**

## INLEIDING

Ongeveer 3 miljoen Nederlanders zijn 65 jaar of ouder.<sup>1</sup> Bijna een vijfde van onze bevolking. Dat is een grote, groeiende groep Nederlanders die een belangrijke bijdrage hebben geleverd aan ons land, en hebben gezorgd voor de jongere generaties. In 2060 zal deze groep 65-plussers zo'n 25 % van onze samenleving uitmaken.<sup>2</sup> Deze grote groep ouderen toont onderling evenveel verschillen als gelijkenissen. Velen van hen staan nog jaren volop in het leven, maken het goed, en dragen op uiteenlopende manieren bij aan onze maatschappij. Maar er is ook een groep ouderen die al relatief vroeg te kampen heeft met fysieke, geestelijke en sociale problemen, voor wie het leven niet makkelijk is. Juist daarom is het verstandig om naar de individuele wensen en behoeften te kijken van mensen die ouder zijn en nog ouder worden. Ouderdom vraagt gaandeweg om aanpassingen in het leven, maar deze aanpassingen zullen niet voor iedereen precies hetzelfde zijn. Of ouderen nu meer of minder vitaal zijn, zij verdienen allemaal passende zorg en ondersteuning waarmee ze zoveel mogelijk eigen regie kunnen houden over hun eigen leven. Het is alle ouderen van Nederland gegund om lachend tachtig te worden.

De ouderenzorg in Nederland is de afgelopen jaren veranderd. Daar waar het 'vroeger' niet ongebruikelijk was om een deel van de regie over je leven los te laten

op je oude dag, is langer thuis wonen het devies geworden voor onze ouderen. Dit nieuwe devies vraagt wat van ouderen zelf én van de overheid. Ouderen moeten zich op hun latere en laatste levensfase voorbereiden. En de overheid moet daarin zorgvuldige en passende ondersteuning bieden. Deze hulp en ondersteuning op het gebied van wonen, zorg en welzijn is nog niet voldoende op orde. Dat is zorgelijk en dreigt de komende jaren nog zorgelijker te worden. Het afbreken van de ouderenzorg zoals die bestond tot het begin van deze eeuw is sneller gegaan dan de opbouw van nieuwe vormen van zorg, wonen en welzijn die het langer thuis wonen mogelijk maken: de verzorgingshuizen zijn in korte tijd gesloten, verpleeghuizen laten alleen nog maar ouderen toe met een "hoge zorgzwaarte", en daarmee is de gemiddelde verblijfsduur in een verpleeghuis nog maar anderhalf jaar. De gemeenten die nu geacht worden om een belangrijke bijdrage te leveren aan het langer thuis wonen van ouderen kregen de nieuwe verantwoordelijkheid samen met een forse korting op de budgetten.

Waarom is de urgentie om de zorg voor thuiswonende ouderen te verbeteren nu zo groot? Allereerst omdat deze groep thuiswonende ouderen in omvang toeneemt.<sup>3</sup> De vergrijzingsgolf vergroot de druk op mantelzorgers, de stille kracht achter onze thuiswonende ouderen. Ook van mantelzorgers neemt de gemiddelde leeftijd toe en er zijn steeds meer ouderen om voor te zorgen maar het

aantal mantelzorgers stijgt niet mee. Veel mantelzorgers dreigen nu al te bezwijken onder de zorgtaken die zij op zich genomen hebben.<sup>4</sup> Hun situatie wordt nog precairder. Nu staan er nog 15 potentiële mantelzorgers voor elke 85-plusser klaar, maar in 2040 is dat aantal teruggelopen tot 6.<sup>5</sup>

Naast de mantelzorgers staan ook de zorgverleners onder druk. Er is een groeiend tekort aan zorgverleners voor thuiswonende ouderen – van wijkverpleegkundigen tot verzorgenden en specialisten ouderenzorg. Hun arbeidsomstandigheden laten te wensen over, soms zijn zij zelfs ronduit slecht. De belangrijkste motivatie voor mensen om te kiezen voor werken in de zorg – namelijk zorgen voor mensen – komt in het gedrang omdat de zorg voor ouderen steeds verder is teruggebracht tot het verrichten van handelingen en wordt overschaduwd door eindeloze administratie.

Daarnaast wordt de thuiswonende ouderen op dit moment geconfronteerd met woonzorg- en welzijnsvoorzieningen die los van elkaar, langs elkaar heen, en soms zelfs tegen elkaar in opereren. Ouderenzorg, wonen en welzijn bestaan nog te vaak uit eilandjes waartussen kennis nog maar beperkt wordt gedeeld, terwijl ouderen gebaat zijn bij een aaneengeschaakt palet aan voorzieningen.

Door de tekortkomingen aan passende zorg en ondersteuning voor thuiswonende

ouderen en de vergrijzing wordt de druk op de bestaande voorzieningen steeds groter, met name op de zorg. Het overlopen van de spoedeisende hulpdiensten springt daarbij het meest in het oog.<sup>6</sup> Er wordt nog maar beperkt werk gemaakt van het voorkómen van intensieve en acute zorg. De kwaliteit van het dagelijks leven van ouderen is bovendien nog nauwelijks leidend in de praktijk van medisch-specialistische ouderenzorg. Ouderen zijn gebaat bij passende zorg – nu komen ouderen vaak nog kwetsbaarder het ziekenhuis uit dan dat ze er in gingen.<sup>7</sup> De huidige praktijk van medische zorg voor ouderen veroorzaakt, zeker met de aankomende vergrijzingsgolf, onnodig grote kostenstijgingen in de zorg.

De impact van de beleidsveranderingen naar langer thuis wonen op ouderen loopt uiteen. Zoals gezegd: de verschillen tussen onze ouderen wat betreft gezondheid, vitaliteit, en zelfstandigheid zijn groot. De urgentie van het verbeteren van onze zorg voor thuiswonende ouderen geldt vooral voor onze kwetsbare ouderen. Het Sociaal Cultureel Planbureau definieert kwetsbaarheid als volgt:

Kwetsbaarheid bij ouderen is een proces van het opeenstapelen van lichamelijke, psychische en/of sociale tekorten in het functioneren dat de kans vergroot op negatieve gezondheidsuitkomsten (functiebeperkingen, opname, overlijden).<sup>8</sup>

In Nederland waren er in 2010 naar schatting bijna 700.000 ouderen in een kwetsbare positie. Naar verwachting neemt

dit aantal toe tot ruim 1 miljoen in 2030.<sup>9</sup> Uit onderzoek blijkt dat laagopgeleide ouderen, tachtig-plussers, en inwoners met een niet-westerse migratieachtergrond vaker kwetsbaar zijn. Extra kwetsbaar zijn ouderen die ook nog financiële problemen hebben en daardoor moeite hebben met rondkomen of schulden hebben.

Ouderen in een kwetsbare positie hebben vooralsnog weinig profijt van de omslag naar langer thuis wonen en dreigen er de hoogste prijs voor te betalen. Zij zijn het minst in staat om de huidige tekortkomingen van goede woon- zorg en welzijnsvoorzieningen zelf op te vangen. Deze ouderen hebben goede zorg en ondersteuning in hun dagelijks leven juist hard nodig. Inzet op een betere gezondheid van deze groep verdient de hoogste prioriteit, ook van de politiek, en vraagt om een gezamenlijke inzet van alle betrokkenen. Niet alleen de kwetsbare ouderen zullen hiervan profiteren, ook de samenleving als geheel. Kijkend naar de uitgaven in de zorg, dan valt op dat de zorgkosten van 80% van alle ouderen niet uit de pas lopen met andere generaties. Een relatief klein deel van de ouderen, minder dan 20%, heeft daarentegen hele hoge zorgkosten.<sup>10</sup> Dat zijn de kwetsbare ouderen. Ook vanuit dit oogpunt van kosten is er dus grote winst te behalen om juist bij deze groep te voorkomen dat zij intensief gebruik moeten maken van medische zorg.

Wil dat zeggen dat alleen voor kwetsbare

thuiswonende ouderen de situatie moet verbeteren? Nee. Naast de maatregelen die in het bijzonder voor deze groep nodig zijn, is een aantal verbeteringen op het gebied van wonen, zorg en welzijn voor alle ouderen gewenst.

Deze nota presenteert de visie van GroenLinks op een toekomstbestendige ouderenzorg. Het perspectief op goede ouderenzorg zal radicaal bijgesteld moeten worden. Niet de ziekte van ouderen staat centraal maar de kwaliteit van hun dagelijks leven. Het dagelijks leven van thuiswonende ouderen centraal stellen betekent intensieve samenwerking tussen zorg-, woon- en welzijnsvoorzieningen, en tussen gemeenten, zorgverzekeraars en corporaties. En het vraagt om meer ruimte voor professionals. Maar ook om meer samenwerking met ouderen zelf, net als met hun mantelzorgers en vrijwilligers. En het centraal stellen van kwaliteit van leven vraagt om passende en zinnige zorg voor ouderen: geen onwenselijke curatieve handelingen, meer welzijn, care en palliatieve zorg.

De nota is opgebouwd aan de hand van een aantal kritische randvoorwaarden voor langer thuis wonen: 1. Passende woningen en een passende woonomgeving; 2. Goed samenspel tussen welzijn en zorg; 3. Passende herstellmogelijkheden buitenshuis; 4. Ouderenzorg in de buurt; 5. Zinnige ziekenhuiszorg voor ouderen; 6. Aanpassingen op gebied van financiering en verantwoordelijkheden. In de uitwerking

van de nota is breed gebruik gemaakt van expertise uit het veld, op het gebied van wonen, welzijn, zorg, financiering en toezicht.

## HOOFDSTUK 1

### **LANGER THUIS WONEN VRAAGT OM PASSENDE WONINGEN EN EEN PASSENDE WOONOMGEVING**

De huidige generatie ouderen is de eerste generatie die ook geacht wordt lang thuis te blijven wonen. Juist deze generatie ouderen bevindt zich in een lastige situatie. Zij hebben zich niet goed kunnen voorbereiden op deze nieuwe maatschappelijke norm. Want de voorbereidingen voor prettig langer thuis wonen, zoals het kiezen van een geschikte woning of het aanpassen van de eigen woning, kunnen beter getroffen worden als mensen nog relatief fit en jong zijn. Die tijd is de huidige groep 70-plussers niet gegund. Het is ingewikkeld voor hen om op korte termijn maatregelen te treffen zodat zij lang zo zelfstandig mogelijk kunnen blijven wonen. Zij volgen niet automatisch het voorbeeld van hun ouders hierin, want toen was de situatie heel anders.

De verantwoordelijkheid voor langer thuis kunnen blijven wonen ligt niet alleen bij ouderen. Als het gaat om geschikte woningen voor ouderen, een prettige woonomgeving met onder andere geschikt openbaar vervoer en winkels in de buurt, de nabijheid van bekenden en sociale activiteiten, waaronder dagbesteding en hulp bij problemen als schulden, dan heeft ook

de overheid een verantwoordelijkheid.

De meest kwetsbare ouderen zijn ook de ouderen voor wie langer thuis wonen het meest ingewikkeld is. Zo zijn mensen in sociale huurwoningen het meest afhankelijk van anderen, zoals de gemeente en de woningcorporatie, voor het aanpassen van hun huis. Om te voorkomen dat er thuis ongelukken gebeuren is het belangrijk dat aanpassingen in huis, zoals het aanpassen van de badkamer en het installeren van een traplift, op tijd worden aangebracht. In de omslag naar een prettige oude dag in een vertrouwde buurt of woning staan onze ouderen er nog te veel alleen voor. Zij worden nog nauwelijks voorgelicht en begeleid in het goed zelfstandig wonen.

Nieuwe woon en zorgvormen zijn onmisbaar als we de groeiende groep ouderen langer thuis willen laten wonen. Daar is nog een groot gebrek aan. Deze nieuwe woonvoorzieningen moeten in rap tempo ontwikkeld worden. Uitgangspunt van de nieuwe woon-zorg combinaties is de mogelijkheid om de zorgvraag in de woning op te kunnen vangen en te kunnen intensiveren. De samenhang tussen nieuwe woningen en sociale en levensvoorzieningen in de wijk mag niet uit het oog worden verloren. Sommige ouderen vinden het prettig om met generatiegenoten in hetzelfde gebouw te wonen. Anderen, waarschijnlijk steeds méér

ouderen, willen juist zo lang en zo veel mogelijk midden in het leven staan en wonen, met andere generaties in een levendige buurt. Het zal aankomen op de ontwikkeling van een divers woonaanbod, passend bij de wensen van ouderen, waarbij de aanwezigheid van zorg- en welzijnsvoorzieningen in de buurt belangrijk zijn. Een verpleeghuis kan haar deuren openen voor ouderen uit de buurt om samen koffie te drinken, een maaltijd te eten, aan activiteiten deel te nemen, of om zorg aan huis te verlenen.

Omdat de druk hoog is en er nog te vaak door betrokken partijen naar elkaar wordt gewezen als het gaat om het ontwikkelen van een passende woning en een toegankelijke omgeving, is het wenselijk dat iedere gemeente samen met huurders, ouderenorganisaties en corporaties een woon-zorg visie ontwikkelt en dat er bindende prestatie afspraken gemaakt worden. Deze afspraken maken deel uit van het gemeentelijk volkshuisvestingsbeleid. Om deze ontwikkeling goed van de grond te krijgen zijn grote investeerders zoals pensioenfondsen gewenst. De rijksoverheid zal samen met de fondsen moeten overleggen hoe het aantrekkelijker gemaakt kan worden om met redelijk rendement in nieuwe woon-zorgcombinaties te investeren.

## **BESLISPUNTEN:**

- Gemeentes ontwikkelen samen met huurders, ouderenorganisaties en corporaties een woon-zorgvisie en maken bindende prestatieafspraken over passende woningen voor ouderen.
- De Rijksoverheid overlegt met fondsen hoe het aantrekkelijker wordt om te investeren in woon-zorgcombinaties.

## HOOFDSTUK 2

### **LANGER THUIS WONEN VRAAGT OM GOED SAMENSPEL TUSSEN ZORG EN WELZIJN**

Gezondheid gaat om meer dan alleen fysieke gezondheid. Huisarts en onderzoeker Machteld Huber heeft deze boodschap een aantal jaren geleden met verve verkondigd.<sup>11</sup> Naast het functioneren van de lichaamsfuncties - die centraal staan in bijna alle vormen van medische zorg - maken sociaal maatschappelijk participeren, mentaal welbevinden, zingeving, kwaliteit van leven en dagelijks functioneren evenzeer deel uit van iemands gezondheid.<sup>12</sup> Zij vormen samen de zes pijlers van het begrip positieve gezondheid, dat Huber introduceerde. Zij stelt met haar gezondheidsdefinitie het vermogen van mensen centraal om met de fysieke, emotionele en sociale levensuitdagingen om te gaan en om zoveel mogelijk eigen regie te voeren. Een toekomstbestendige ouderenzorg vraagt om deze brede definitie van gezondheid als uitgangspunt, en belooft niet het aantal medische verrichtingen maar de behaalde gezondheidswinst. De zes pijlers samen maken het mogelijk voor ouderen om langer thuis te wonen.

Het verleggen van de focus van het verlenen van medische verrichtingen naar het inspelen

op de gezondheidsvragen van de thuiswonende oudere, is nodig om de omslag naar positieve gezondheid te maken. Professionals aan huis - de verzorgende, de wijkverpleegkundige en de hulp bij huishouding - die de afgelopen jaren gedwongen zijn om hun blik te versmallen in plaats van te verbreden krijgen de ruimte om in te spelen op de specifieke behoeften van iedere oudere en desgewenst door te verwijzen naar welzijns- of zingevingsinstanties. In de (bij-)scholing van verzorgenden en verpleegkundigen krijgt samenwerking met het sociale domein een prominentere plek. Voor sociaal en maatschappelijk werkers geldt hetzelfde: zij worden (bij-)geschoold in de samenwerking met het zorgveld. Zorg en welzijn is mensenwerk: op de hoogte zijn van elkaar en elkaars expertise is de eerste stap in samenwerking. Het signaleren van de zorg- en welzijnsvraag en het delen van deze informatie maakt volwaardig onderdeel uit van het werk van zorgverleners en sociaal werkers, daar worden zij dan ook voor betaald.

Vooraf voor kwetsbare ouderen is juist het sociale vangnet en hulp om het leven kleur te geven en problemen aan te pakken ontzettend belangrijk. Het verschil in aantal gezonde levensjaren tussen hoog opgeleiden en laag opgeleiden is nog altijd heel groot. Hoe beter kwetsbare ouderen ondersteund kunnen worden in het aanpakken van problemen zoals



eenzaamheid, schuldenproblematiek of een ongezonde leefstijl die leiden tot fysiek ongemak, hoe groter het gemak waarmee zij thuis kunnen blijven wonen. Wat abstracter geformuleerd: sociale investeringen betalen zich terug in meer kwaliteit van leven en een betere gezondheid, en dus minder zorg. Juist op deze sociale voorzieningen is de afgelopen jaren enorm bezuinigd. Langer thuis leven vraagt om grotere investeringen in dagbesteding, samen eten, buurtactiviteiten, en om sociale begeleiding bij ziekte. Maar ook om een museumbezoek of genieten van de natuur en van het park in de buurt.

Om deze groep kwetsbare ouderen te ondersteunen zullen ze eerst actief benaderd moeten worden. De overheid brengt de groep kwetsbare ouderen in kaart en maakt een beeld van hun zorgbehoeften.<sup>13</sup> Vervolgens kunnen deze kwetsbare ouderen vanaf 65 jaar met check-ups intensief ondersteund worden, zowel op het gebied van zorg, wonen als welzijn: het gaat om de vraag of de woning goed bewoonbaar is en blijft als mensen ouder worden, en om de vraag of mensen voldoende aanspraak en activiteiten in de buurt hebben. Zo kunnen ouderen worden gewezen op de mogelijkheden die er zijn om in de wijk met anderen te eten, of om in contact te komen met sociale initiatieven in de buurt, zoals een stichting seniorenstudent. Er zijn ook genoeg ouderen die graag hun

computervaardigheden willen vergroten en erop gewezen kunnen worden dat hun buurthuis hier een cursus voor organiseert.

De overheid bevordert en beloont samenwerking tussen verschillende zorg en welzijnsinstanties ten behoeve van kwetsbare ouderen. Aanbieders uit het sociale domein, de Wet Maatschappelijke Ondersteuning, de eerstelijns- en tweedelijnszorg ontvangen financiering voor het ontwikkelen van een gezamenlijk plan om de gezondheid van kwetsbare ouderen te bevorderen. Zij maken afspraken over het delen van data en het meten van gegevens. Deze aanbieders worden aanvullend beloond voor het publiceren van hun resultaten en zij kunnen desgewenst de opbrengsten van hun gezamenlijke investering onderling verdelen.

Het belonen van deze samenwerking om kwetsbare ouderen met goede zorg, hulp en ondersteuning op een prettige en verantwoorde manier langer thuis te laten wonen is de eerste stap naar een doelgroep-bekostiging voor kwetsbare ouderen waarbij aanbieders beloond worden voor de behaalde gezondheidswinst onder kwetsbare ouderen.

Zonder mantelzorgers zijn veel ouderen niet in staat om, ook als zij ziek of kwetsbaar zijn, thuis te blijven wonen.

Maar veel mantelzorgers zijn overbelast. En dat terwijl de gemiddelde leeftijd van mantelzorgers de komende jaren zal stijgen en mantelzorgers meer ouderen krijgen om voor te zorgen. Zij hebben dus dringend betere ondersteuning nodig, en sociale begeleiding, zoals dit voorzichtig op gang komt voor mantelzorgers en ouderen met dementie. Ook voor mantelzorgers geldt: hoe groter de sociale investeringen, hoe beter ouderen in staat zijn om, met hulp van hun mantelzorgers, thuis te blijven wonen. Het betrekken van mantelzorgers en met hen bespreken van de zorg, ondersteuning en begeleiding voor de thuiswonende ouderen gebeurt nu vluchtig of niet. Dit wordt onderdeel van het werk van alle vormen van zorg en welzijn voor thuiswonende ouderen.

Zorgverleners én mantelzorgers hebben baat bij permanente monitoring van de thuiswonende ouderen, zodat zij ook op momenten dat zij niet bij de oudere thuis zijn de situatie in de gaten kunnen houden en zo nodig onderling kunnen bespreken. Dit verlaagt stress onder mantelzorgers. De bewezen succesvolle inzet van technologie op het gebied van leefstijlmonitoring en robotica draagt bij aan de kwaliteit van leven van oudere en mantelzorger en de kwaliteit van zorg.<sup>14</sup> Deze inzet van technologie wordt onderdeel van de aanspraak op zorg aan huis. Er komt een voor-investeringsfonds beschikbaar voor technologie die de ondersteuning van zorgverleners en mantelzorgers ten goede komt en die samenwerking tussen

zorg en welzijn bevordert. De betrokken organisaties worden geacht de voor-investering na vijf jaar terug te betalen.

Opvallend genoeg zijn ‘zorg’ en ‘welzijn’ in het beleid en onze wet- en regelgeving uit elkaar getrokken, alsof het domeinen zijn die los van elkaar staan. Terwijl welzijn en zorg van invloed zijn op elkaar. Juist voor ouderen in kwetsbare posities is het belangrijk dat organisaties die betrokken zijn bij deze ouderen samen investeren in goede zorg en sociale activiteiten. Kwetsbare ouderen en mantelzorgers zijn er bij gebaat dat gemeenten en zorgverzekeraars niet langs elkaar heen werken maar de krachten en financiering bundelen. Waar gemeenten en zorgverzekeraars de samenwerking willen intensiveren met het doel ‘langer thuis wonen voor iedereen’ wordt dat mogelijk gemaakt en gestimuleerd.

### **BESLISPUNTEN:**

- Verzorgenden, wijkverpleegkundigen, de huishoudelijke hulpen en sociaal werkers krijgen de ruimte voor signalering en voor afstemming met zorg- en welzijnsinstanties. Dit wordt doorberekend in het tarief.
- Samenwerking met het sociale domein krijgt een prominentere plek in de bijscholing van verzorgenden en verpleegkundigen. Ook sociaal werkers worden geschoold in de samenwerking met het zorgveld.

- Kwetsbare ouderen worden met check-ups actief benaderd, daarbij wordt samenwerking tussen wijkverpleegkundige en sociaal werker mogelijk gemaakt.
- Aanbieders uit het sociale domein, de Wet Maatschappelijke Ondersteuning, de eerstelijns- en tweedelijnszorg ontvangen financiering voor het ontwikkelen van een gezamenlijk regionaal plan om de gezondheid van kwetsbare ouderen en ondersteuning van hun mantelzorgers te bevorderen.
- Het betrekken en ondersteunen van mantelzorgers wordt onderdeel van het werk van alle professionele inzet voor thuiswonende ouderen. Gemeenten en zorgverzekeraars worden in staat gesteld om in gezamenlijke mantelzorgondersteuning te investeren.
- Er komt een voor-investeringsfonds beschikbaar voor technologie die de ondersteuning van zorgverleners en mantelzorgers ten goede komt en die samenwerking tussen zorg en welzijn bevordert.

## HOOFDSTUK 3

### **LANGER THUIS WONEN VRAAGT OM TIJDELIJKE HERSTEMOGELIJKHEDEN BUITENSHUIS**

Ook als ouderen langer thuis wonen kan de situatie ontstaan dat zij tijdelijk op krachten moeten komen buitenshuis. Deze ouderen, of hun mantelzorgers, kunnen soms tijdelijk extra hulp en ondersteuning nodig hebben. Met de groeiende groep ouderen thuis wordt het nog belangrijker om goede zorg en verzorging te hebben in een tijdelijk verblijf. Kwalitatief goed en kortdurende zorg en verzorging buitenshuis wordt de komende jaren onmisbaar om de groeiende groep ouderen op een prettige en verantwoorde manier langer thuis te laten wonen, en om mantelzorgers voldoende te ondersteunen.

De ene oudere zal genoeg hebben aan verzorging, een andere oudere zal intensieve zorg nodig hebben. Het gaat erom dat er met verstand van zaken gekeken wordt naar wat iedere individuele oudere nodig heeft, en dat er zorg en ondersteuning op maat beschikbaar is. Het overkoepelende doel van tijdelijk verblijf voor ouderen is herstel: mensen – óók mantelzorgers - moeten kunnen opknappen om vervolgens de draad thuis weer op te pakken. Als ouderen te zwak en kwetsbaar zijn om weer terug te keren naar huis dan hebben zij recht op een plek in een verpleeghuis. Het is niet de bedoeling

en ongepast dat ouderen die niet meer naar huis terug kunnen terecht komen in een tijdelijk verblijf dat gericht is op herstel. Voor hen moet er een plek in het verpleeghuis zijn.

In het tijdelijk verblijf zoals dat nu is georganiseerd staan de systemen en de wetten centraal, en niet de oudere. Er zijn verschillende vormen van tijdelijk verblijf. We hebben bedden bedoeld voor respijtzorg – tijdelijk verblijf dat mantelzorgers ontlast –, voor eerstelijns verblijf – bedoeld voor herstel buiten het ziekenhuis van lichte of zwaardere medische complicaties – en voor geriatrische revalidatiezorg – bedoeld voor revalidatie na een medische behandeling.<sup>15</sup> En in de praktijk wordt een groot aantal bedden in tijdelijke verblijf voorzieningen bezet door ouderen die eigenlijk een plek in een verpleeghuis nodig hebben. Deze ouderen hebben dan ook recht op een plek in een verpleeghuis.

Bedden zijn gereserveerd en gelabeld voor de verschillende vormen van verblijf. Zo kan het voorkomen dat een wijkverpleegkundige op zoek is naar een tijdelijk verblijf voor een oudere, maar dat zij geen gebruik kan maken van een beschikbaar bed omdat deze een ander tijdelijk verblijf 'label' heeft. En dat terwijl de verschillen tussen de verschillende zorg en ondersteuningsvragen van respijtzorg, eerstelijns verblijf en geriatrische revalidatiezorg gradueel zijn. Zo grenst de vraag naar respijtzorg in de praktijk soms

dicht aan tegen acute zorg. Iedere oudere, ongeacht de voorziening, zal daarom hoe dan ook zorg en ondersteuning op maat moeten krijgen.

De huidige eerstelijns verblijf voorziening kan niet volledig inspelen op de zorg- en herstellvraag van ouderen. De nadruk ligt in de voorziening vooral op verzorging en minder op zorg en herstel. Als gevolg hiervan herstellen deze ouderen maar langzaam, en is het verblijf vaak onnodig lang. Ouderen met een complexere zorgvraag kunnen slechts beperkt gebruik maken van medische zorg in het eerstelijnsverblijf. Het 'hoog-complexe eerstelijns verblijf' kent een gemaximeerd aantal uur medische zorg per week. Omdat het maximum aantal uren medische zorg niet toereikend is voor alle ouderen die behoefte hebben aan eerstelijns verblijf wordt deze groep ouderen nu doorverwezen naar geriatrie revalidatie zorg, een andere vorm van tijdelijk verblijf. Bij gebrek aan alternatief wordt er dus gekozen voor zorg die niet aansluit bij de vraag van de patiënt en bovendien onnodig duur is.

Om ouderen goed op te kunnen vangen voor een tijdelijk verblijf buitenshuis moet hun vraag beoordeeld worden in één multidisciplinair triageproces. Met deze triage wordt vastgesteld welke vorm van tijdelijk verblijf passend is en welke zorg nodig is. Het hoog-complexe eerstelijns verblijf wordt uitgebreid en verder gedifferentieerd zodat ouderen

passende zorg krijgen en niet onterecht worden doorverwezen naar geriatrie revalidatiezorg. Met dit brede triageproces ontstaat overzicht en inzicht in de uiteenlopende vraag naar tijdelijk verblijf, én het aanbod. Als bij triage blijkt dat een oudere niet meer in staat is om op termijn thuis te wonen en in aanmerking komt voor een verpleeghuis dan start de indicatie voor de Wet Langdurige Zorg.

### **BESLISPUNTEN:**

- Er komt één multi-disciplinair triageproces per regio voor alle aanvragen van tijdelijk verblijf.
- Het eerstelijns verblijf wordt uitgebreid wat betreft mate van complexiteit om iedere oudere de zorg toe te kunnen kennen die hij of zij nodig heeft om voorspoedig te kunnen herstellen.
- Als bij triage blijkt dat een oudere geen behoefte heeft aan tijdelijk verblijf maar aan verpleeghuiszorg dan wordt bij triage al contact gelegd met het CIZ om de juiste indicatie te kunnen geven.

## HOOFDSTUK 4

### LANGER THUIS WONEN VRAAGT OM MEDISCHE ZORG ÉN ACUTE ZORG DICHTBIJ

De tijd van álle medisch-specialistische zorg in het ziekenhuis is voorbij. Ouderen, en in het bijzonder kwetsbare ouderen, zijn gebaat bij zorg en advies dicht bij huis, waar specifieke kennis over ouderen aanwezig is. Er ontstaat nu al een voorzichtige beweging die kant op, maar gezien de opgave waar we voor staan moeten we grotere stappen zetten. Waar mogelijk wordt de eerstelijnszorg en de tweedelijnszorg voor ouderen dicht bij thuiswonende ouderen georganiseerd.

Specialisten ouderenzorg en klinisch geriateren hebben allebei hun eigen expertise op het gebied van ouderen. De specialist ouderenzorg wordt met subsidie nu al op verschillende plekken ‘in de wijk’ ingezet, bijvoorbeeld naast de huisarts. Met poliklinieken geriatrie in de buurt, waarbij samengewerkt kan worden met verpleeghuizen en met huisartsen, moet het voor alle ouderen mogelijk zijn om laagdrempelige toegang te hebben tot gewenste en gepaste ouderenzorg te krijgen. Deze poliklinieken ouderenzorg in de wijk kunnen ook voorkomen dat ouderen een te lang ziekenhuistraject moeten doorlopen waar zij vaak nog zwakker uitkomen.

Kwetsbare ouderen zijn gebaat bij een

‘team’ om hen heen. Het is prettig én verstandig voor de huisarts, de wijkverpleegkundige, een specialist ouderenzorg of klinisch geriater en palliatieve zorgverleners, om gezamenlijk te kunnen overleggen wie wanneer nodig is voor de gewenste zorgverlening. Deze samenwerking kan niet van bovenaf worden opgelegd, maar als de bereidheid er is om samen te werken en kennis te delen kan deze wel gefaciliteerd worden.

Ook als de zorg voor thuiswonende ouderen verbetert – door betere samenwerking tussen verschillende zorgverleners en door meer nabije en laagdrempelige ouderenzorg – is het onvermijdelijk dat de acute zorgvraag door de vergrijzing zal blijven toenemen de komende jaren. Ouderen zijn het meest kwetsbaar in een acute zorgsituatie, en ook dan hebben zij baat bij zorg die is ingericht op hen. Daar gaat het niet alleen om behandeling van medische, maar ook om geriatrische problemen, zoals ondervoeding. Nu komen veel ouderen op de spoedeisende hulppost (SEH) van het ziekenhuis terecht waarna zij vaak een lange rondgang door het ziekenhuis maken, veel behandelingen ondergaan en verzwakt het ziekenhuis ook weer uitkomen.<sup>16</sup> Deze spoedposten in het ziekenhuis kunnen de grote toestroom bovendien nauwelijks aan. Een wijkkliniek acute ouderenzorg ontlast de SEH's en geeft zoveel mogelijk het voortouw aan de zorgverleners in de eerste lijn: de specialistische verpleegkundigen.

Samen met de klinisch geriater en de zorgverleners van de oudere thuis maken zij in overleg met de oudere zelf de afweging voor de beste behandeling. En samen met de oudere wordt gekozen voor de best passende herstelzorg.

De bekostiging van ziekenhuiszorg is gebaseerd op een grote hoeveelheid betaaltitels. Medische ouderenzorg die past bij de wensen van thuiswonende ouderen vraagt om meer generieke grondslagen voor financiering. De specifieke betaaltitels die samenwerking en het verplaatsen van zorg naar de wijk bemoeilijken worden vervangen door meer generieke betalingsgronden.

### **BESLISPUNTEN:**

- Samenwerking tussen de huisarts, de wijkverpleegkundige, een specialist ouderenzorg of klinisch geriater en palliatieve zorgverleners wordt gefaciliteerd.
- Specifieke betaaltitels die samenwerking tussen de eerste- en tweedelijnszorg bemoeilijken, worden vervangen door meer generieke betalingsgronden voor medische ouderenzorg. Dit vergemakkelijkt de opzet van poliklinieken ouderenzorg en wijklinieken acute ouderenzorg.

### **LANGER THUIS WONEN VRAAGT OM ZINNIGE ZIEKENHUISZORG VOOR OUDEREN**

Ouderen hebben recht op de beste zorg. De beste zorg voor ouderen is niet altijd gelijk aan de beste zorg voor bijvoorbeeld veertigers. Het is de vraag of ouderen nu altijd in dezelfde mate de beste zorg krijgen als jongere en vitalere mensen. Goede ziekenhuiszorg voor ouderen vereist namelijk voldoende kennis van de impact van medische behandelingen op ouderen. Deze kennis is lang niet altijd aanwezig. Het simpelweg toepassen van de bestaande medische richtlijnen op oudere patiënten leidt vaak tot verdere verzwakking in plaats van het – volgens de richtlijnen verwachte – herstel. Daarnaast is het tijdig stoppen met een behandeling nog onvoldoende onderdeel van ziekenhuiszorg voor ouderen. Dat geldt ook voor het bewust samen met de oudere overwegen welke behandeling wél en welke níét bijdragen aan de kwaliteit van leven. De ziekenhuiszorg voor ouderen heeft bovendien nog een wereld te winnen op het gebied van palliatieve zorg en op het gebied van samenwerking met eerstelijnszorg en welzijn. De omslag naar passende ouderenzorg in het ziekenhuis plaatst het leven van de oudere centraal en niet de (door-)behandelreflex en de financiële productieprikkel. Passende ziekenhuiszorg voor ouderen stelt de oudere voorop en voorkomt daarmee een

onnodig snelle stijging van de curatieve zorguitgaven.

Ouderen die acuut in het ziekenhuis worden opgenomen hebben vaak een terugslag na een ziekenhuisopname - zij raken in de war, hebben moeite met lopen, of komen kort na ontslag uit het ziekenhuis opnieuw op de spoedpost terecht.<sup>17</sup> Wanneer een oudere na een ziekenhuisopname weer naar huis gaat moet er goede opvang en zorg aan huis zijn. De opnameduur in een ziekenhuis wordt steeds korter, in de meeste gevallen vindt het herstel daarom thuis plaats. Vooral bij ouderen die acuut zijn opgenomen in het ziekenhuis is de kans op overlijden bij thuiskomst groot.<sup>18</sup> In de meeste gevallen vindt er nu een schriftelijke overdracht plaats tussen medisch-specialist en de huisarts en wijkverpleegkundige uit de eerste lijn.<sup>19</sup> Er is dan geen ‘warme overdracht’ – een gesprek tussen arts en wijkverpleegkundige over de oudere patiënt. Daar komt nog bij dat de ontslagbrief van de specialist gemiddeld twee weken na thuiskomst beschikbaar is voor de zorgverleners aan huis.<sup>20</sup> Deze gebrekkige overdracht is een recept voor ellende. Bij ontslag uit het ziekenhuis van kwetsbare ouderen vindt er altijd een warme overdracht plaats en de specialist blijft in de eerste weken van herstel thuis of in het eerstelijns verblijf beschikbaar voor consultatie en overleg met de zorgverleners aan huis.



De ziekenhuiszorg sluit ook nog te weinig aan bij de wensen van mensen die zich in hun laatste levensfase bevinden. Dat komt niet in de laatste plaats omdat veel artsen zich er niet van bewust zijn dat deze ouderen al zo kwetsbaar zijn. De meeste ouderen willen die fase van hun leven niet in het ziekenhuis doorbrengen. Wat hebben ze er ook aan om zware operaties te ondergaan waar ze nog meer door verzwakken en waarvan ze ook niet meer herstellen. Deze ouderen hebben een grote kans om kort na ontslag uit het ziekenhuis te sterven.<sup>21</sup> Om een goede inschatting te maken van de vitaliteit of kwetsbaarheid van een oudere is het wenselijk om alle 65-plussers bij binnenkomst in het ziekenhuis te screenen op kwetsbaarheid. De screening wordt verricht door een geriatrisch team dat ook betrokken kan worden bij het vervolg van de behandeling. Bijvoorbeeld door een geriatrisch consult. Als uit de screening naar voren komt dat een oudere waarschijnlijk nog maar maximaal zes maanden te leven heeft dan wordt met de patiënt gesprekken gevoerd over 'advance care planning', dat wil zeggen de wensen ten aanzien van zorg en verzorging in de laatste levensfase.

De kennis over medische ouderenzorg dient te worden uitgebreid, zodat ouderen ook in het ziekenhuis passende zorg krijgen. Het Zorginstituut Nederland ontwikkelt een onderzoeks-agenda over zinnige ziekenhuiszorg voor ouderen, en doet dit in overleg met onderzoekers en organisaties uit het veld. Zinnige

zorg voor ouderen wordt daarmee een volwaardig onderzoeksterrein van het Zorginstituut, juist omdat op dit terrein een wereld te winnen is op kwaliteit én doelmatigheid van zorg. Ziekenhuizen en brancheorganisaties worden uitgenodigd om een kwaliteitskader medisch-specialistische ouderenzorg te ontwikkelen. In de medische opleidingen komt meer aandacht voor zinnige ouderenzorg, en in het bijzonder voor het herkennen van signalen dat ouderen nog maar een paar maanden te leven hebben. In het curriculum komt ook meer ruimte voor palliatieve zorg. Er komt meer ruimte voor het opleiden van klinisch geriaters en specialisten ouderenzorg. Daarnaast worden de mogelijkheden onderzocht om van het specialisme ouderenzorg uit te breiden voor verpleegkundigen.

### **BESLISPUNTEN:**

- Warme overdracht bij ontslag uit het ziekenhuis tussen specialist en wijkverpleegkundige wordt de norm en de specialist blijft in de eerste weken beschikbaar voor consultatie en overleg met de zorgverleners aan huis.
- Alle 65-plussers worden bij binnenkomst in het ziekenhuis gescreend op kwetsbaarheid. Als blijkt dat een oudere nog maar maximaal zes maanden te leven heeft, worden gesprekken gevoerd over 'advance care planning'.
- Het Zorginstituut Nederland

ontwikkelt een onderzoeks-agenda over zinnige ziekenhuiszorg voor ouderen in overleg met onderzoekers en organisaties uit het veld.

- In medische opleidingen komt meer aandacht voor zinnige ouderenzorg, het herkennen van een oudere in de laatste levensfase en palliatieve zorg.
- Er komt meer ruimte voor het opleiden van klinisch geriaters en specialisten ouderenzorg.
- De mogelijkheden om de specialismen ouderenzorg uit te breiden voor verpleegkundigen worden onderzocht.

## HOOFDSTUK 6

Langer thuis wonen vraagt om aanpassingen op gebied van financiering en verantwoordelijkheden

Ouderen hebben baat bij een passende leefomgeving, waar zorg, ondersteuning en activiteiten in de buurt een onmisbaar onderdeel van uitmaken. Hoe beter deze voorzieningen op gebied van wonen, zorg en welzijn dicht in de buurt op orde zijn, hoe beperkter het gebruik van dure curatieve zorg in het ziekenhuis nodig zal zijn. Op termijn zal het ook de kosten van de ouderenzorg beperken als ouderen in staat worden gesteld langer thuis of in de eigen omgeving te blijven wonen.

Belangrijk is dat de groep kwetsbare ouderen en hun zorgbehoeften in beeld is. Voor hen moet het complete pakket aan dienstverlening – wonen, welzijn en zorg – beschikbaar zijn die het langer thuis wonen mogelijk maken.

Deze omslag gaat niet vanzelf. De zorg voor ouderen is nu opgedeeld in allerlei voorzieningen bij gemeenten en verzekeraars. Samenwerking wordt niet gestimuleerd. In dit complexe stelsel is het verdienmodel de behandeling van ziekte, terwijl gezondheid voorop zou moeten staan. Daar moet de aansturing en de financiering op toegesneden worden.

Om samenwerking mogelijk te maken, krijgt in iedere regio een preferente

verzekeraar de taak om de zorg voor kwetsbare ouderen zo goed mogelijk te organiseren. Deze verzekeraar zorgt voor samenwerking tussen verschillende aanbieders en gemeenten. Zo kan per regio de samenhang tussen kwaliteit en doelmatigheid geborgd worden.

Regio's kunnen van elkaar leren hoe zorg op beste en meest kostenefficiënte manier geleverd wordt. Er wordt landelijke projectfinanciering beschikbaar gesteld voor experimenten met meerjarige regionale samenwerkingsverbanden tussen zorg en welzijn ten behoeve van kwetsbare ouderen. Transparantie van afspraken en data, patiënttevredenheid en het delen van inzichten en ervaringen zijn financieringsvoorwaarden. Behaalde marges mogen door betrokken organisaties worden geïnvesteerd in zorg en welzijn. De experimenteeruimte in de zorgverzekeringswet wordt hiervoor uitgebreid, waarbij domein-overstijgende samenwerking een belangrijk criterium wordt.

Op termijn wordt domein-overstijgende doelgroep-bekostiging voor kwetsbare ouderen geïmplementeerd. Voorspelde kosten, gezondheidswinst en samenwerking tussen zorg en welzijn zijn de voornaamste uitgangspunten. Resultaten worden mede gemeten aan de hand van de positieve gezondheidsvragenlijst van Huber en Verweijen.

Het risicovereveningssysteem wordt aangepast. Verzekeraars verdienen nu meer op jong en gezond dan op een kwetsbare populatie. Verzekeraars moeten voldoende gefinancierd worden voor de populatie kwetsbare ouderen. Daarnaast wordt gezondheidswinst toegevoegd als criterium binnen het vereveningssysteem zodat zorgverzekeraars worden beloond voor hun investeringen in het verbeteren van de gezondheid van ouderen.

Voor de aanbieders van zorg en welzijn wordt samenwerking vergemakkelijkt door de vele betaaltitels te vervangen door een beperkt aantal betaaltitels met onder meer een generieke grondslag 'ouderenzorg'. Hiermee wordt meer ruimte gecreëerd om laagdrempelige specialistische ouderenzorg in de wijk te organiseren, zoals ouderenpoli's, wijkklinieken acute ouderenzorg, specialistisch advies bij zorg thuis en transmurale zorg.

Er wordt een voor-investeringsfonds technologie in de zorg opgericht om innovatie te stimuleren. Dit gaat om technologie die de zorgverlener en mantelzorger ondersteunt. Deze investeringen verdienen zich op termijn terug. Zorg voor ouderen wordt efficiënter en het maakt langer thuis wonen gemakkelijker.

De ouderenzorg is een belangrijk maatschappelijk thema. Het kabinet reserveert 2,1 miljard voor een kwaliteitsverbetering van de zorg in

verpleeghuizen. Voor GroenLinks is het verbeteren van de kwaliteit van leven voor ouderen die in de eigen omgeving blijven wonen net zo belangrijk. Bovendien zal dit op termijn veel geld besparen, niet alleen in de curatieve zorg, maar ook in de verpleeghuiszorg.

Er is de afgelopen jaren te hard bezuinigd op zorg en welzijn voor ouderen, terwijl de maatschappelijke wens bestaat om ouderen in staat te stellen langer thuis te wonen. Voor de komende jaren is er dan ook meer geld nodig om de kwaliteit van leven voor thuiswonende ouderen te verbeteren en hun gezondheid te bevorderen. Dat leidt tot besparingen van veel hoge curatieve kosten. Werken in de ouderenzorg wordt aantrekkelijk gemaakt door financiële ruimte te creëren voor samenwerking met het sociaal domein, bijscholing op deze samenwerking en ruimte voor signalering. Deze functies zijn volwaardig onderdeel van het werk, waar tijd voor is en die wordt beloond. De Nederlandse Zorgautoriteit wordt gevraagd om de tarieven voor ouderenzorg aan huis, waaronder de wijkverpleging, aan te passen en een nieuwe bekostiging te ontwikkelen voor financiering van regionale samenwerking tussen zorg en welzijn ten behoeve van kwetsbare ouderen en op termijn voor doelgroep-bekostiging van kwetsbare ouderen. Naast de stimulering van de samenwerking tussen zorg en welzijn wil GroenLinks de inzet van technologie in zorg aan huis stimuleren.

De groei van de curatieve zorg kan geremd worden. Dat gaat om grote bedragen. Zo zet dit kabinet in op een besparing van € 1,9 mld. Die wordt wat GroenLinks betreft de komende jaren oplopend doorgezet. Een deel van de groei van ziekenhuisuitgaven is onverklaarbaar en heeft niets te maken met vergrijzing of betere zorg. Die lijkt aanbod-gedreven door de prikkel om zoveel mogelijk behandelingen te verrichten. Zinnige ziekenhuiszorg voor ouderen, waarin de kwaliteit van leven voorop staat, voorkomt overbehandeling en leidt ook tot besparing. GroenLinks wil inzetten op het voorkómen van onnodige curatieve zorg door samenwerking met het sociaal domein en zorg en ondersteuning binnen de Wet Maatschappelijke Ondersteuning. Met het verbeteren van de gezondheid van thuiswonende ouderen kan op een verantwoorde manier worden bijgedragen aan het fors inperken van ziekenhuisuitgaven.

### **BESLISPUNTEN:**

- De experimenteerruimte in de zorgverzekeringswet wordt uitgebreid, waarbij domein-overstijgende samenwerking een belangrijk criterium is.
- Op termijn wordt domein-overstijgende doelgroep-bekostiging voor kwetsbare ouderen geïmplementeerd.
- Het risicovereveningssysteem wordt aangepast door gezondheidswinst

toe te voegen als criterium.

- De Nederlandse Zorgautoriteit moet worden gevraagd om de tarieven voor ouderenzorg aan huis, waaronder de wijkverpleging, aan te passen en een nieuwe bekostiging te ontwikkelen voor financiering van regionale samenwerking tussen zorg en welzijn ten behoeve van kwetsbare ouderen en op termijn voor doelgroep-bekostiging van kwetsbare ouderen.

## CONCLUSIE

Willen ouderen 'lachend tachtig' kunnen worden en daarbij zoveel mogelijk zelf hun leven vormgeven dan vereist dat passende voorzieningen. Zeker voor ouderen die zich nu in een kwetsbare positie bevinden. Zij worden nu vooral geleefd door hun zorgen en medische klachten. Zij verdienen meer aandacht en ondersteuning. Voor alle ouderen geldt dat zij, op zoek naar zorg, advies en ondersteuning nu vele routes moeten volgen. De werelden van zorg, wonen en welzijn zijn nu nog nauwelijks op elkaar aangesloten, en daar loopt een oudere tegenaan. Bij gebrek aan samenhang zullen sommige ouderen vooral de weg naar de huisarts en het ziekenhuis weten te vinden. Anderen voelen zich vooral aangewezen op informele zorg, of het buurtcafé. Zij zijn erbij gebaat als alle organisaties die het mogelijk moeten maken dat zij langer prettig thuis blijven wonen elkaar weten te vinden, en samen optrekken.

Een vertrouwde omgeving die inspireert, zorgt en ondersteunt maakt het makkelijker om langer thuis te wonen. Medische zorg voor ouderen in de wijk maakt de drempel lager en kan een ziekenhuisbezoek voorkomen. Sommige kleinschalige buurtziekenhuizen vervullen die rol al, zoals het Sint Anna Ziekenhuis in Geldrop en het BovenIJ ziekenhuis in Amsterdam Noord. Als kleinschalige ziekenhuizen met bijzondere aandacht voor ouderen in de wijk ontbreken kunnen ouderenpoli's

en wijkklinieken acute ouderenzorg een uitkomst bieden. Een brede, passende variatie van tijdelijk verblijf draagt daar aan bij. Met oog voor meer dan alleen de medische klachten en verschijnselen kunnen ouderen beter weer op de been gebracht worden. Zorg dichtbij versterkt de thuiswonende oudere.

Goede zorg voor ouderen betekent niet zoveel mogelijk of zo min mogelijk behandelen. Goede zorg voor ouderen stelt het leven van ouderen centraal en hun gezondheid. Gezondheid bestaat uit meer dan alleen het fysieke, en dus medische, domein. Gezondheid gaat ook over mentaal welbevinden, het dagelijks functioneren en het meedoen aan de samenleving. Deze invalshoek vraagt om een andere, bredere blik in de zorg en daarbuiten. En bovenal om een actievere betrokkenheid van ouderen zélf bij het bepalen wat nodig en wenselijk is.

## NOTEN

- 1 Op 1 januari 2017 waren er 3.007.685 Nederlanders 65 jaar of ouder. CBS (2017). Bevolking; kerncijfers. Geraadpleegd op 3 april 2018, van <http://statline.cbs.nl/Statweb/publication/?VW=T&DM=SLNL&PA=37296NED&D1=8,12-13,17-18&D2=0,10,20,30,35,40,45,50,55,60,65-67&HD=180403-1656&HDR=G1&STB=T>.
- 2 Verwacht wordt dat op 1 januari 2016 in totaal 4.786.823 Nederlanders 65 jaar en ouder zijn. De grootte van de totale bevolking wordt geschat op 18.438.031. Het percentage 65-plussers is dan 25,96%. CBS (2017). Prognose bevolking; geslacht, leeftijd en migratieachtergrond, 2018-2060. Geraadpleegd op 3 april 2018, van <http://statline.cbs.nl/Statweb/publication/?VW=T&DM=SLNL&PA=83784NED&D1=0&D2=0&D3=0,I&D4=0&D5=0-4&D6=I&HD=180403-1701&HDR=T,G3,G2,G1,G4&STB=G5>.
- 3 Waar in 2000 nog 21% van de 80-plussers in een instelling woonde, woont in 2017 nog maar 11% van hen in een intramurale instelling. CBS (2018). Personen in huishoudens naar leeftijd en geslacht, 1 januari. Geraadpleegd op 4 april 2018, van <http://statline.cbs.nl/Statweb/publication/?VW=T&DM=SLNL&PA=37620&D1=0,3-4,11&D2=0&D3=81-96&D4=5,I&HD=180404-1101&HDR=T,G3&STB=G1,G2>.
- 4 Boer, de, A. & Klerk, de, M. (2017). Mantelzorgers en de hulp die zij geven. In: M. de Klerk, A. de Boer, I. Plaisier & P. Schyns (Red.), Voor elkaar? Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- 5 Jong, de, A. & Kooiker, S. (2018). Regionale ontwikkelingen in het aantal potentiële helpers van oudere ouderen tussen 1975-2040. Den Haag: Planbureau voor de Leefomgeving.
- 6 Zo blijkt bijvoorbeeld dat het aantal patiëntstops op de Spoedeisende Hulp de laatste jaren is toegenomen. Nederlandse Zorgautoriteit (2017). Marktscan acute zorg. Utrecht: Nationale Zorgautoriteit. Tevens geeft het veld zelf ook aan dat de druk te hoog is. AMC Traumanet (19 mei 2016). Brandbrief 'Regionale spoedzorg – de rek is er uit'. Geraadpleegd op 26 maart, van: [https://www.spoedzorgnet.nl/sites/default/files/documents/brandbrief\\_regionale\\_spoedzorg\\_-\\_de\\_rek\\_is\\_er\\_uit\\_2016-05-19.pdf](https://www.spoedzorgnet.nl/sites/default/files/documents/brandbrief_regionale_spoedzorg_-_de_rek_is_er_uit_2016-05-19.pdf).
- 7 Buurman, B. (2016). Haastige spoed is zelden goed. Het belang van samenwerken

bij acute zorgvragen

van ouderen (Lectorale rede). Geraadpleegd op 22 maart 2018, van <http://www.hva.nl/content/publicaties/lectorale-redes/2016/bianca-buurman.html>.

8 Gobbens, R., Luijkx, K., Wijnen-Sponselee, R., Assen, van, M. & Schols, J. (2011).

Wetenschappelijke

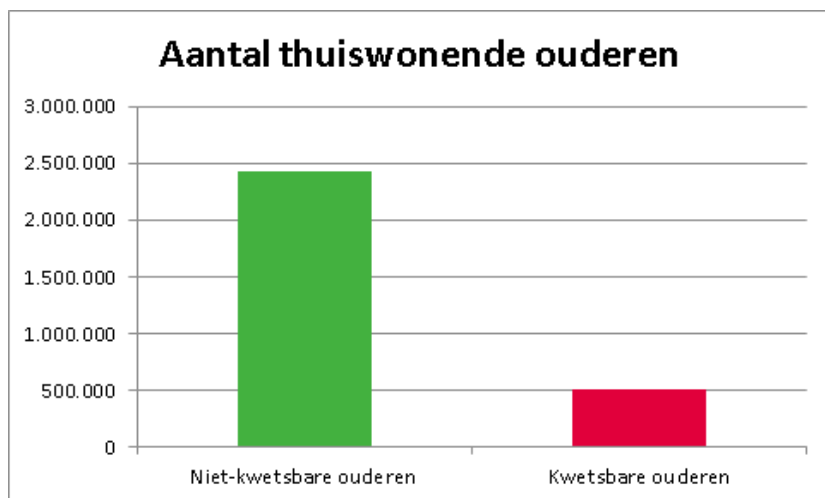
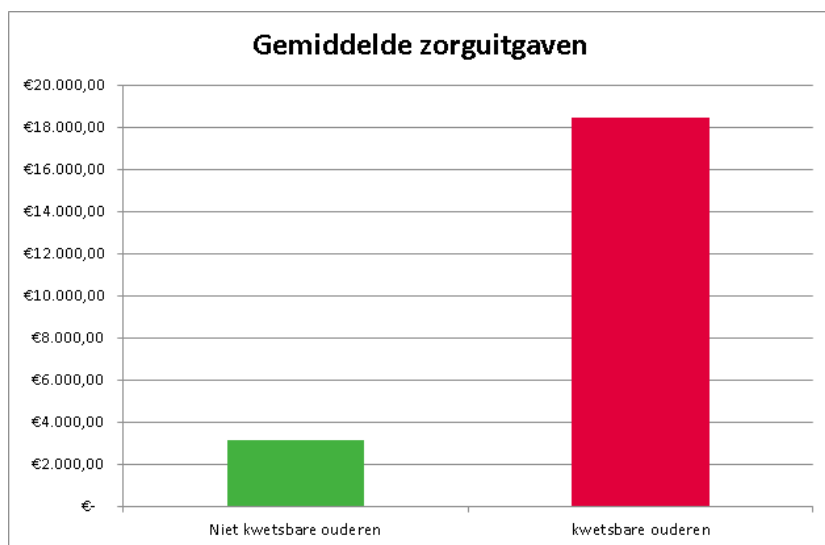
definities en metingen van kwetsbaarheid. In: C. van Campen (Red.), Kwetsbare Ouderen (pp. 39-50). Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

Kwetsbaarheid kan gemeten worden met behulp van de Tilburg Frailty Indicator, een vragenlijst waarbij de vragen onderverdeeld zijn in drie domeinen: lichamelijk, psychisch en sociaal.

9 Campen, van, C., Ras, M. & Draak, den, M. (2011). Raming van het aantal kwetsbare ouderen tot 2030. In: .

van Campen (Red.), Kwetsbare Ouderen (pp. 69-81). Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

10 Nationale Zorgautoriteit (2018). Nationale ouderenmonitor. Utrecht: Nationale Zorgautoriteit.





11 Huber, M., Knottnerus, J. A., Green, L., Horst, van der, H., Jadad, A. R., Kromhout, D., Leonnard, B., Lorig, K.,

Loureiro, M. I., Meer, van der, J. W. M, Schnabel, P., Smith, R., Weel, van, C. & Smid, H. (2011). How should we define health? BMJ, doi: 10.1136/bmj.d4163.

12 Alles is gezondheid (z.d.). Wat is positieve gezondheid? Geraadpleegd op 9 april 2018, van:

<http://www.allesisgezondheid.nl/content/positieve-gezondheid>.



13 Kwetsbaarheid kan gemeten worden met behulp van de Tilburg Frailty Indicator, een vragenlijst waarbij de vragen onderverdeeld zijn in drie domeinen: lichamelijk, psychisch en sociaal. Raadpleegbaar via [https://www.tilburguniversity.edu/upload/1e56785f-cea7-4c76-a397-593d50083b18\\_tfinl.pdf](https://www.tilburguniversity.edu/upload/1e56785f-cea7-4c76-a397-593d50083b18_tfinl.pdf)

14 Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (2017). Implementatie van e-health vraagt om durf en ruimte.

Den Haag: Raad voor Volksgezondheid en samenleving.

KPMG (2017). Mag het ietsje meer zijn? De True Value van de digitale economie. Geraadpleegd op 4 april 2018,

van [https://issuu.com/kpmg\\_nl/docs/kpmg\\_true\\_value\\_digitale\\_economie/1?ff=true](https://issuu.com/kpmg_nl/docs/kpmg_true_value_digitale_economie/1?ff=true).

- 15 Voor een volledig overzicht en definities raadpleeg: <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorg-en-ondersteuning-thuis/documenten/publicaties/2016/06/23/zorg--en-verblijfsvormen-kwetsbare-ouderen>.
- 16 Buurman, B. (2016). Haastige spoed is zelden goed. Het belang van samenwerken bij acute zorgvragen van ouderen (Lectorale rede). Geraadpleegd op 22 maart 2018, van <http://www.hva.nl/content/publicaties/lectorale-redes/2016/bianca-buurman.html>.
- 17 Buurman, B. M., Hoogerduijn, J. G., de Haan, R. J., Abu-Hanna, A., Lagaay, A. M., Verhaar, H. J., Schuurmans, M. J., Levi, M. & Rooij de, S. E. (2011). Geriatric conditions in acutely hospitalized older patients: prevalence and one-year survival and functional decline. *PLoS.One*, 6(11), 1-7.
- 18 Jepma in Buurman, B. (2016). Haastige spoed is zelden goed. Het belang van samenwerken bij acute zorgvragen van ouderen (Lectorale rede). Geraadpleegd op 22 maart 2018, van <http://www.hva.nl/content/publicaties/lectorale-redes/2016/bianca-buurman.html>
- 19 Berends, N. (2016). 'Overdracht ziekenhuis naar thuiszorg moet beter'. Geraadpleegd op 4 april 2018, van <https://www.nursing.nl/overdracht-ziekenhuis-naar-thuiszorg-schiet-nog-tekort/>
- 20 Verhaegh, K. J., Buurman, B. M., Veenboer, G. C., de Rooij, S. E., & Geerlings, S. E. (2014). The implementation of a comprehensive discharge bundle to improve the discharge process: a quasi-experimental study. *Neth J Med*, 72(6), 318-325.
- 21 Ibidem.

**Veel dank is verschuldigd aan de volgende personen voor het delen van ervaringen en verbetervoorstellen op het gebied van wonen, zorg en welzijn voor ouderen:**

- Ab Klink (VGZ)
- Anna van Poucke (KPMG)
- Anne-Mei The (Tao of care)
- Arie Pinxteren (Eilandzorg)
- Atie Schipaanboord (ANBO)
- Bert Bokma (Tao of care)
- Bianca Buurman (AMC)
- Caroline Smeets (wijkverpleegkundige, ambassadeur V&VN)
- Diana van Langerak (Opella)
- Edwin van der Meer (BovenIJ ziekenhuis)
- Ellen Maat (Cordaan)
- Frank Hagelstein (Actiz)
- Geralda den Ouden (Verzorgende)
- Hanna Willems (NVKG)
- Ingrid Wolf (St. Anna Zorggroep)
- Josine Janus (KPMG)
- Maarten Oosterkamp (BTN)
- Margriet Niehof (LHV)
- Marijke Ploegman (KPMG)
- Marijke Vos (Sociaal Werk Nederland)
- Marjo Vissers (VGZ)
- Martin van Rijn (Haga Ziekenhuis)
- Misja Mikkers (Tilburg University)
- Patricia Geerts (Actiz)
- Pieter Baanvinger (Het Spectrum)
- Ronald Schmidt (Cordaan)
- Rudi Westendorp (Universiteit van Kopenhagen)
- Sandra Suijkerbuijk (Vilans)
- Simon Mooijaart (LUMC)
- Willemijn Schretlen (Stadsdorp Nieuwmarkt)



**GROEN  
LINKS**