

Vergaderjaar 2014–2015

29 389

Vergrijzing en het integrale ouderenbeleid

Nr. 79

BRIEF VAN DE STAATSSECRETARIS VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 8 december 2014

In uw brief van 28 oktober 2014 verzoekt u mij een reactie te geven op het bericht dat gerieters het langer thuis wonen van kwetsbare ouderen onverantwoord vinden (Zembla.vara.nl, 23 oktober 2014)(Handelingen II 2013/14, nr. 16, item 8). Hierbij voldoe ik aan uw verzoek.

De uitzending van Zembla illustreert dat het langdurig zorgen voor een naaste in de thuissituatie zeer zwaar kan zijn. De uitzending laat ook zien dat mensen bereid zijn om voor hun partner of andere dierbaren veel (misschien soms zelfs wel te veel) te willen doen. Ik heb een grote waardering voor al deze mensen die zich met veel liefde inzetten voor hun dierbaren. De uitzending van Zembla heeft de grote inzet van mensen treffend in beeld gebracht.

Wat mij echter ook duidelijk werd bij het zien van de uitzending is dat er nog veel beelden bestaan over de hervorming van de langdurige zorg en ondersteuning die niet kloppen. In de uitzending werd een aantal mensen in beeld gebracht die – met een grote inspanning van partners of mantelzorgers – nog thuis wonen. Afgaande op de televisiebeelden, heb ik de stellige indruk dat veel van deze mensen nu, maar ook vanaf 1 januari 2015 in de Wlz, in aanmerking zouden kunnen komen voor een indicatie voor verblijf in een instelling. Vervolgens kunnen ze met een dergelijke indicatie kiezen of ze daadwerkelijk naar een instelling willen verhuizen of hun zorg thuis regelen met behulp van pgb, vpt of (vanaf 2015) een mpt indien dat verantwoord is. Voor hen geldt dat ze ook in de toekomst vanuit de Wlz behandeling, dagbesteding, persoonlijke verzorging, verpleging en begeleiding kunnen blijven ontvangen. De zorg die deze Wlz-cliënten thuis kunnen ontvangen, valt niet onder de zorg en ondersteuning die (met een korting) wordt gedecentraliseerd naar Wmo en Zvw.

Ook het beeld dat er op de intramurale ouderenzorg omvangrijke bedragen zouden zijn bezuinigd, behoeft bijstelling. De daadwerkelijk gecontracteerde prijzen voor de intramurale ouderenzorg zijn tussen 2010 en 2014 gestegen met gemiddeld ongeveer 13,7%. Dit geldt voor elk van

de ZZP's. Voor ZZP VV5 inclusief behandeling is bijvoorbeeld in 2014 exclusief kapitaallasten een gemiddeld tarief per dag afgesproken van € 183,80 terwijl dat in 2010 € 163,64 was (stijging van € 13,8% over deze periode, 3,3% op jaarbasis). In deze stijging zijn extra middelen, kortingen op de contracteerruimte en loon- en prijsbijstellingen verwerkt. Een stijging van de prijs per dag van 13,7% tussen 2010 en 2014 is hoger dan de inflatie¹.

In het laatste begrotingsakkoord is onder andere afgesproken dat nieuwe cliënten met beperkingen die overeenkomen met cliënten die nu in de zorgzwaartepakketten ZZP VV 4 (dan gaat het bijvoorbeeld om mensen met matige dementie) en VG 3 worden ingedeeld, ook vanaf 2015 – met de inwerkingtreding van de Wlz – toegang blijven houden tot verblijf in een instelling.

Een ander misverstand dat blijkt, is dat de plannen van de regering ervan uit zouden gaan dat mantelzorgers en burens taken op zich moeten nemen op het gebied van persoonlijke verzorging (zoals begeleiden bij toiletgang of douchen). Dat is niet het geval. Deze mensen hebben ook in de toekomst recht op lijfgebonden zorg vanuit de Wlz (voor mensen die in aanmerking komen voor verblijf) of vanuit de Zvw (als onderdeel van de functie wijkverpleging) voor alle overige mensen met deze zorgbehoefte die thuis wonen.

Doordat gemeenten en zorgverzekeraars beter in staat zijn in te spelen op de lokale omstandigheden verwacht ik dat de zorg en ondersteuning in de toekomst anders en beter georganiseerd gaat worden.

Naar mijn overtuiging kunnen huisartsen, verpleegkundigen, sociaal werkers maar ook de specialisten ouderengeneeskunde en de sociaal geriaters daar een belangrijke bijdrage aan leveren. Ik wil graag in overleg treden met de beroepsvereniging Verenso om te bezien welke rol zij voor zich zelf – nu en in de toekomst – zien om cliënten niet alleen in de instellingen, maar ook veel meer in hun eigen omgeving te ondersteunen.

Ook in de toekomst moeten we oog hebben voor mantelzorgers die overbelast dreigen te worden door de zorg van hun naasten. Ik vind het van het grootste belang dat mensen die mantelzorg verlenen daarbij worden ondersteund en ook worden voorgelicht over de mogelijkheden die daartoe bestaan. In de Wmo wordt de ondersteuning van de mantelzorger versterkt.

Uiteraard realiseert het kabinet zich dat het zorgen thuis zijn grenzen kent. Mensen die behoefte hebben aan permanent toezicht en of 24-uur zorg in de nabijheid houden recht op een plek in een instelling. Een deel van de mensen die in aanmerking komt voor verblijf en een instelling kiest nu – maar naar verwachting ook in de toekomst – om thuis te blijven wonen met zorg en ondersteuning. In veel gevallen is dat met hulp van de omgeving ook goed mogelijk. Dan is het zaak om deze mensen en hun mantelzorgers zo veel mogelijk te ondersteunen. Overigens zal het verschil tussen thuis wonen en het wonen in een instelling steeds verder vervagen. Er zijn bijvoorbeeld al veel verzorgingshuizen die zich hebben omgevormd tot moderne woonzorgcentra, waar mensen (met en zonder indicatie) een appartement kunnen huren en de zekerheid kunnen krijgen van de beschikbaarheid van zorg en ondersteuning indien dat noodzakelijk is. Ook aanleunwoningen zijn voorbeelden van geclusterde woonomgevingen, waar mensen nog wel zelfstandig wonen, met zorg en

¹ De stijging van de consumentenprijsindex bedroeg over dezelfde periode 8,6%. Bron: CPB, *Macro-economische verkenning 2015*.

ondersteuning (maar wellicht nog belangrijker aanspraak van andere mensen) in de nabijheid.

Ik begrijp dat de hervorming van de langdurige zorg bij mensen onzekerheid op kan roepen over hun persoonlijke situatie. Daarom is vanuit VWS een voorlichtingscampagne gestart.

Aanvullende vragen vanuit de fracties:

De leden van de SP-fractie vragen of de wijkteams van de gemeente voldoende zijn toegerust op hun nieuwe taak?

Ik ben van mening dat de sociale wijkteams en de wijkverpleegkundigen in de toekomst – in samenwerking met vele andere betrokken partijen (waaronder de sociaal geriaters en de specialisten ouderengeneeskunde) – beter dan nu in staat zijn om de zorg en ondersteuning op een goede manier te organiseren.

De leden van de SP-fractie vragen welke effecten het langer thuis wonen heeft op het toezicht op medicijngebruik onder ouderen door professionals en vragen of de regering zich hierover ook zorgen maakt?

De regering is zich ervan bewust dat medicijngebruik door ouderen een belangrijk aandachtspunt is. Vooral omdat ouderen vaak meerdere medicijnen tegelijkertijd gebruiken. Als er een partner is, zou die toezicht kunnen houden c.q. de toediening kunnen overnemen. Alleenstaanden met (beginnende) dementie kunnen voor hulp bij het medicijngebruik geholpen worden door familie/mantelzorgers en/of zorgprofessionals als de wijkverpleegkundige. Daarbij kan ook worden gekozen voor de inzet van diverse hulpmiddelen (van eenvoudige pillendoos per dag, een bericht per telefoon/app of een medicijndispenser). Het is aan apotheekhoudenden om toe te zien op medicijngebruik. Conform de richtlijn medicatiebeoordeling van de beroepsgroep moeten apotheekhoudenden bij ouderen met polyfarmacie regelmatig een medicatiebeoordeling uitvoeren. Speciaal daarvoor is er een prestatie medicatiebeoordeling die verzekeraars bij apotheekhoudenden kunnen inkopen. In het bestuurlijk overleg farmacie zijn afspraken gemaakt over de inzet van de medicatiebeoordeling (de Minister heeft u hierover begin dit jaar geïnformeerd).

De leden van de SP-fractie vragen wat de meest recente cijfers met betrekking tot verwaarlozing, ondervoeding, medische problemen en eenzaamheid onder ouderen?

Over de prevalentie van verwaarlozing (het onthouden van lichamelijke of psychische zorg of voeding) zijn weinig gegevens bekend. Dit blijkt uit een recent advies over onderzoek naar aard en omvang van misbruik (SCP, juni 2014).

In de Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen (LPR) van CAPHRI School for Public Health and Primary Care blijkt dat het prevalentiecijfer van ondervoeding bij ouderen thuis bij mensen zonder zorgvraag (geen thuiszorg) 7% is en bij mensen met thuiszorg 17%. Naarmate deelnemende cliënten ouder worden, meer ziektebeelden hebben en zorgafhankelijker zijn, is er een duidelijke toename van ondervoeding.

De LPR waarvoor de metingen zijn verricht in april 2014, is eveneens bron voor het meten van de prevalentie van andere medische problemen zoals decubitus, smetten en chronische wonden.

De meeste recente cijfers over eenzaamheid hebben betrekking op 2012. Toen gaf bijna veertig procent van de bevolking van 19 jaar en ouder aan eenzaam te zijn. Ruim acht procent was ernstig of zeer ernstig eenzaam (Gezondheidsmonitor GGD'en, CBS en RIVM). Na de leeftijd van ongeveer 75 jaar is de kans op eenzaamheid groter bij een opeenstapeling van verschillende gebeurtenissen zoals het overlijden van de partner en van

andere leeftijdsgenoten en het verlies van mobiliteit en zelfstandigheid door afnemende functies.

De leden van de SP-fractie vragen hoeveel verzorgingshuizen er zijn gesloten sinds het beperken van de toegang tot zorg in instellingen?
Landelijk wordt geen lijst bijgehouden met locaties die sluiten. Een eerdere inventarisatie van ActiZ uit het voorjaar van 2014 sprak van enkele tientallen die waren gesloten. Overigens sluiten sinds jaar en dag en met regelmaat locaties van verzorgingshuizen hun deuren omdat de gebouwen niet meer voldoen aan bouwkundige eisen. In plaats daarvan worden dan nieuwe locaties geopend die veel beter tegemoet komen aan wensen van cliënten.

De leden van de SP-fractie vragen hoe specialisten ouderengeneeskunde en/of huisartsen betrokken worden bij het oordeel of iemand nog thuis kan blijven wonen?

Het ClZ bepaalt dat op basis van de criteria van de Wlz of mensen in aanmerking komen voor verblijf in een instelling. Voor nieuwe cliënten die voorheen in aanmerking kwamen voor ZZP VV 1 t/m 3 geldt dat deze met ingang van 1 januari 2013 (ZZP VV 1 en VV 2) en 1 januari 2014 (ZZP VV 3) niet langer in aanmerking komen voor verblijf in een instelling. Zij kunnen met zorg en ondersteuning thuis geholpen worden. Het beleid om cliënten die voorheen ZZP VV 1 t/m 3 zouden hebben gekregen in de toekomst in de thuissituatie te helpen, is breed gedragen. Cliënten met een hogere zorgvraag – vergelijkbaar aan ZZP VV 4 – die behoefte hebben aan permanent toezicht en of 24 uur zorg in de nabijheid, blijven ook in de toekomst aanspraak houden op verblijf in een instelling.

In de praktijk zullen de zorgverleners contact hebben met de huisarts als zij signaleren dat het niet langer verantwoord is dat de cliënt thuis blijft wonen. De huisarts zal dan met de cliënt, en indien van toepassing de partner, de mantelzorger en/of de andere belangrijke sleutelpersonen uit het sociaal netwerk van deze cliënt bespreken of thuis wonen nog langer verantwoord is of dat opname in een instelling is geboden. Huisartsen kunnen daarbij een specialist ouderengeneeskunde of een geriater consulteren.

De leden van de CDA fractie vragen mij hoeveel ZZP4 plekken er in 2013 en 2014 gecontracteerd, en hoeveel er worden gecontracteerd in 2015?

In de eerste ronde productieafspraken waren in 2013 ongeveer 24.500 plekken ZZP VV 4 gecontracteerd en in 2014 ongeveer 24.600. Zorgkantoren bouwen bij het maken van de eerste ronde productieafspraken altijd enige financiële marge in. De tweede ronde productieafspraken valt vrijwel altijd hoger uit dan de eerste ronde. In 2013 waren de afspraken in de tweede ronde voor ZZP VV 4 ongeveer 600 plekken hoger. De uitkomsten van de tweede ronde productieafspraken voor 2014 en de afspraken voor 2015 zijn op dit moment nog niet bekend. De zorgkantoren dienen medio november de gemaakte productieafspraken in bij de NZa. Na controle door de NZa zal ik in februari 2015 inzicht hebben in de landelijke cijfers.

De leden van de PVV-fractie vragen een reactie van het kabinet op de verwachting van bijna alle specialisten ouderengeneeskunde, dat er ernstige gezondheidsrisico's voor ouderen ontstaan door het kabinets-beleid dat maakt dat ouderen langer zelfstandig thuis moeten blijven wonen, ofwel het sluiten van de verzorgingshuizen?

Al sinds 1980 is de trend zichtbaar dat ouderen langer thuis blijven wonen. Veel instellingen hebben daarop ingespeeld en hebben zich omgevormd tot moderne woonzorgcentra waar mensen kamers/appartementen kunnen huren en zorg en ondersteuning op maat wordt

geleverd. Ook zijn veel plekken in verzorginghuizen inmiddels bezet door cliënten met een hogere zorgvraag (ZZP VV 4 en hoger). Met het beleid van het extramuraliseren van de lichtere ZZP's is aangesloten bij de trend die al langer zichtbaar was. Cliënten met een ZZP VV 1 t/m 3 zijn mensen met een relatief lichte zorgvraag, die vooral behoefte hebben aan een veilige woonomgeving en sociale contacten. Deze veilige woonomgeving en de sociale contacten kunnen ook op een andere wijze worden ingevuld. In het verleden heeft de trend dat ouderen langer thuis blijven worden, niet geleid tot ernstige gezondheidsrisico's voor deze doelgroep. Daarom verwacht ik niet dat het kabinetsbeleid dat ervan uitgaat dat deze trend zich doorzet, tot dergelijke risico's zal leiden.

De leden van de PVV-fractie geven aan dat er een forse toename wordt verwacht van ondervoeding, uitdroging en valincidenten bij ouderen en vragen de regering hoe ze denkt dit te voorkomen?

Met de hervorming van de langdurige zorg en ondersteuning wordt de zorg anders en meer in de eigen omgeving van de cliënt georganiseerd. Naar mijn overtuiging zal in de toekomst de samenwerking in de eerste lijn worden versterkt, doordat huisartsen, verpleegkundigen, sociaal werkers, maar ook specialisten ouderengeneeskunde meer samenwerken in de wijk. De rijksoverheid stimuleert kennisontwikkeling via de kennisorganisaties zoals Vilans en VeiligheidNL en programma's zoals In voor zorg en het Nationaal Programma Ouderenzorg. In het laatstgenoemde programma zijn talrijke nieuwe interventies ontwikkeld waarmee bijvoorbeeld de tijdige signalering van kwetsbaarheid, de zorgvuldigheid van gegevensuitwisseling in netwerken van (in)formele zorg sterk wordt verbeterd (met het Zorg- en Welzijn Informatieportaal).

De leden van de PVV-fractie vragen een reactie op het cijfer dat 85% van de specialisten gaat ervan uit gaat dat de kwaliteit van de zorg af zal nemen en dat 96% van de artsen stelt dat de huisartsen en mantelzorgers het toenemend aantal kwetsbare ouderen onvoldoende kan helpen. Dat mensen langer in de gelegenheid zijn om zorg thuis te ontvangen, kan hun kwaliteit van leven sterk ten goede komen. Dit vergt ook een nieuwe manier van werken voor betrokken artsen en specialisten. Huisartsen kunnen ook een specialist consulteren, zodat die kan bijdragen aan de kwaliteit van zorg thuis. De regering verwacht dat de zorg thuis zich verder zal ontwikkelen en versterken, mede door de rol die de specialist ouderengeneeskunde daarin kan hebben en door de inzet van de wijkverpleegkundige en de sociale wijkteams.

De leden van de PVV-fractie vragen om een reactie op een uitspraak van mevrouw Broese van Groenou, hoogleraar informele zorg aan de VU in Amsterdam en specialist op gebied van mantelzorg, die aangeeft aan dat drie kwart van de bevolking zegt: «Ja, natuurlijk wil ik af en toe een klusje voor iemand doen. Maar wel graag op mijn voorwaarden.» Een oogje in het zeil houden. Praktisch hulpverleners. Maar langdurig, dagelijks een verzorgende taak vervullen, dat hoeven we van burens niet te verwachten.» In de inleiding van deze brief heb ik aangegeven dat de regering weliswaar inzet op mensen die meer voor elkaar zorgen, maar dat lijfgebonden zorg ook in de toekomst op een professionele wijze wordt geboden vanuit de Zvw of vanuit de Wlz. Het leveren van mantelzorg is nooit een verplichting en mantelzorgers moeten zo goed mogelijk worden ondersteund. Daarbij is in de Wmo de ondersteuning van de mantelzorger versterkt.

De leden van de PVV-fractie vragen welke toename van ziekenhuisopnames wordt verwacht als gevolg van het langer thuis wonen?

Doordat gemeenten en zorgverzekeraars beter in staat zijn in te spelen op de lokale omstandigheden verwacht ik dat de zorg en ondersteuning in de toekomst anders en beter georganiseerd gaat worden.

Naar mijn overtuiging kunnen huisartsen, verpleegkundigen, sociaal werkers maar ook de specialisten ouderengeneeskunde en de sociaal gerieters daar een belangrijke bijdrage aan leveren en door een goede samenwerking onnodige ziekenhuisopnames voorkomen. Cliënten kunnen vanuit de thuissituatie worden opgenomen voor kortdurend eerstelijnsverblijf indien het thuis slechter met ze gaat. Cliënten die al in een zorginstelling verblijven, kunnen bijvoorbeeld ook tijdelijk in een verpleeghuis worden opgenomen als hun toestand door ziekte tijdelijk slechter is.

De voorzitter van Verenso zegt in de uitzending dat we over een jaar of wat wellicht gaan bedenken dat het misschien wel een idee is om al die mensen in een gebouw te zetten, zodat ze wat meer beschermd en beschut kunnen wonen. In dat kader vragen de leden van de PVV-fractie zich af of met het sluiten van de verzorgingshuizen niet sprake van een enorme kapitaalvernietiging (nog los van de uiteindelijk geringe opbrengst van deze bezuiniging)?

Ik denk dat het beter is de zorg zoveel mogelijk naar de mensen te brengen in plaats van de mensen naar de zorg. Zoals ik eerder in deze brief heb aangegeven, zal het onderscheid tussen thuis wonen en het wonen in een instelling steeds verder vervagen. Mensen willen graag zo lang mogelijk zelfstandig blijven wonen. Vaak kan dit in de eigen woning die soms moet worden aangepast, maar ook verhuizing naar een geclusterde woonomgeving kan een optie zijn (dat kan ook een leegstaande plek in een voormalig verzorgingshuis zijn, waar cliënten zelf huur betalen en indien dat nodig is zorg en ondersteuning op maat kunnen krijgen. Deze mensen gaan zelf een afweging maken waar ze willen gaan wonen en betrekken bij die afweging ook de mogelijkheid of zorg en ondersteuning (maar ook sociale contacten) in de nabijheid beschikbaar zijn. In de brief «Transitieagenda langer zelfstandig wonen» (Kamerstuk 32 847, nr. 121) ben ik samen met de Minister voor Wonen en Rijksdienst uitvoerig ingegaan op de huisvesting voor mensen met beperkingen.

De leden van de PVV fractie vragen hoe voorkomen kan worden dat de 91 jarige vrouw die in de uitzending is te zien en die zorgt voor haar 88 vriendin er niet zelf onderdoor gaat?

Mantelzorg is nooit een verplichting, maar mogelijk wel een gevoelde morele verplichting. Mantelzorg is vaak iets waar men ingroeit; het begint met een beperkte inspanning voor korte tijd, maar in de loop der tijd kan het toch omvangrijker worden of langer duren dan men vooraf had verwacht. Dan is het moeilijk om aan te geven dat het op een gegeven moment te veel wordt en zijn ook de signalen van professionals zoals huisartsen en wijkverpleegkundigen van belang. Zowel in de Wmo als in de Wlz is mantelzorgondersteuning mogelijk. In gesprekken kan bijvoorbeeld gezocht worden naar manieren waarop de mantelzorger ondersteund kan worden, maar kan ook verkend worden welke mogelijkheden er zijn om de zorg anders te organiseren. In de Wmo wordt ook de positie van de mantelzorger betrokken bij het onderzoek naar hetgeen nodig is om de cliënt op een goede wijze te ondersteunen. Mantelzorgers staan er ook niet alleen voor. Naast de mantelzorg kan ook professionele zorg en ondersteuning worden geboden.

In de uitzending was ook een 84 jarige meneer te zien. Hij verzorgt zijn vrouw, die incontinent is en suikerpatiënt en hooguit twee meter kan lopen. Hij gaf aan: «Ik was, ik strijk, ik kook, ik help haar op de wc, ik maak het huis schoon. Ik doe het graag, maar voor de toekomst hou ik mijn hart

vast.» Is dit wat de regering voor ogen heeft met de participatiemaatschappij?

Ik zie dat partners bereid zijn om veel voor elkaar te doen. Deze meneer geeft ook aan dat hij dat graag doet, maar vreest voor de toekomst. Die vrees kan zijn ingegeven door de onterechte beeldvorming die ik al eerder noemde. Voor iedereen die zorg en ondersteuning nodig heeft blijft deze ook na de hervorming van de langdurige zorg beschikbaar. Uit de uitzending blijkt niet of deze mantelzorger tevergeefs een beroep heeft gedaan op formele zorg. Voor zover ik aan de hand van de TV-beelden kan beoordelen maakte deze meneer slechts in beperkte mate gebruik van hulp van de thuiszorg. Het lijkt mij verstandig dat mensen in deze of vergelijkbare situaties zich wenden tot het ClZ, de wijkverpleegkundige of de gemeente om te bezien of en welke extra hulp georganiseerd kan worden.

De leden van de PVV-fractie vragen of de regering bereid is om weer te starten met het financieren van de verzorgingshuizen, zodat we niet meer geconfronteerd worden met de schrijnende gevallen zoals te zien waren in de uitzending? Zodat we niet geconfronteerd worden met mantelzorgers die met bosjes omvallen? Zodat we niet over een jaar alsnog allemaal nieuwe gebouwen neer hoeven te zetten met alle extra kosten van dien? Is de fooi, die het schrappen van ZZP 1–3 oplevert, deze ellende allemaal waard?

Over de hervorming van de langdurige zorg en ondersteuning heb ik uitgebreide debatten met uw kamer gevoerd. De regering is van mening dat cliënten die voorheen in aanmerking kwamen voor ZZP VV 1 t/m 3 in de toekomst goed geholpen kunnen worden met zorg en ondersteuning vanuit de Wmo en de Zvw. Daarbij heb ik aangegeven dat de grenzen tussen thuis wonen en in een instelling wonen steeds verder vervagen. Mensen kunnen er voor kiezen om te verhuizen naar een geclusterde woonomgeving, waar ze zelf de huur betalen en zorg en ondersteuning op maat kunnen krijgen. De ondersteuning van de mantelzorgers vormt een taak van de gemeenten.

Cliënten die in aanmerking komen voor permanent toezicht en/of 24 uur zorg in de nabijheid behouden ook in de toekomst recht op verblijf in een instelling. De netto besparing van het extramuraliseren bedraagt € 190 miljoen in 2015 en loopt op tot € 330 miljoen in 2018 (tabel B van de nota naar aanleiding van het nader verslag Wlz; Kamerstuk 33 891, nr. 12).

De leden van de D66-fractie vragen wat de visie van de regering is op de rol van de gerieters als het gaat om mensen die (langer) thuis blijven wonen? Zijn de gerieters gericht op deze «veranderende» rol? Spelen zij straks een rol in wijkteams, of blijven zij met name gebonden aan instellingszorg?

Naar mijn overtuiging kunnen huisartsen, verpleegkundigen, sociaal werkers maar ook de specialisten ouderengeneeskunde en de sociaal gerieters een belangrijke bijdrage leveren aan de versterking van de zorg in de omgeving van de cliënt.

Ik zie ook voorbeelden van zorginstellingen die nadenken over een andere positionering van de specialist ouderen geneeskunde en de sociaal gerieters teneinde de zorg meer in de eigen omgeving van de cliënt te organiseren.

Ik wil – zoals ik in mijn inleiding aangaf – graag in overleg treden met de beroepsvereniging Verenso om te bezien welke rol zij voor zich zelf – nu en in de toekomst – zien om cliënten niet alleen in de instellingen, maar ook veel meer in hun eigen omgeving te ondersteunen.

De leden van de fractie van D66 vragen of de regering uiteen kan zetten hoe idealiter het zicht op kwetsbare mensen in de thuissituatie die geen

sociaal netwerk hebben eruit ziet? Wat is de rol van de huisarts daarbij, en wat is de rol van de wijkverpleegkundige?

De specialist ouderengeneeskunde is een zorgverlener die in dienst van of in opdracht van de Wlz-aanbieder zowel intramuraal als extramuraal zorg kan verlenen. Dit kan vanuit het integrale Wlz-zorgprofiel, maar ook vanuit de subsidieregeling extramurale behandeling voor die cliënten die nog niet op de Wlz zijn aangewezen en hun zorg en ondersteuning krijgen van zorgverzekeraars en gemeenten. De taken en verantwoordelijkheden van de specialist ouderengeneeskunde komen ook aan bod in de uitvoerings-toets die ik aan het Zorginstituut zal vragen over de positionering van de extramurale behandeling. Deze zorg wordt vanaf 2015 tijdelijk onderge-bracht in de subsidieregeling extramurale behandeling.

Om op de persoon afgestemd maatwerk te kunnen leveren, kan de huisarts naast zijn eigen professionele oordeel varen op de signalerings-functie van de wijkverpleegkundige of de praktijkondersteuner. Zij zien de ouderen regelmatig en onderhouden contact met de mantelzorgers en vrijwilligers. Er volgen wellicht ook perioden dat er alleen mantelzorgon-dersteuning vanuit het sociaal wijkteam nodig is.

Passende activiteiten, dagbesteding en respijtzorg voor mensen met dementie zijn vaak ook een taakverlichting voor de mantelzorger(s). Ik verwacht dat een versterking van de eerste lijn en een betere samen-werking tussen wijkverpleegkundige en huisartsen (maar ook met andere betrokkenen) zorgt voor een verbetering van de positie van kwetsbare ouderen.

De leden van de fractie van de ChristenUnie-fractie vragen hoe voorkomen wordt dat ouderen die (tijdelijk) in een gestructureerde omgeving verzorgd zijn, tussen wal en schip vallen als zij weer thuis gaan wonen? Hebben gemeenten deze ouderen op het netvlies? Zijn gemeenten in staat om direct na thuiskomst ondersteuning te bieden, zeker als een sociaal netwerk ontbreekt?

Ik ga ervan uit dat met deze vraag bedoeld wordt op mensen die bijvoorbeeld na ziekenhuisopname weer terug naar huis gaan. Voor cliënten die nu in een zorginstelling verblijven met een licht ZZP geldt immers dat ze recht houden op verblijf in een instelling. Na ziekenhuis-opname kunnen mensen die niet in staat zijn om naar huis te gaan tijdelijk in een instelling worden opgenomen. Door een geleidelijke overgang kunnen mensen tijdelijk aansterken in een instelling en kan tevens een zorgvuldige terugkeer naar huis met zorg en ondersteuning vanuit de Zvw en de Wmo worden geregeld. Vanuit de ziekenhuizen zorgen transferv-pleegkundigen ervoor dat cliënten in hun thuissituatie kunnen rekenen op zorg en ondersteuning of zorgen zij voor een tijdelijke plek in een instelling.

De leden van de fractie 50Plus/Baay-Timmerman willen graag weten hoe volgens de Staatssecretaris de geriater ingezet kan worden als onder-steuning van huisartsen bij het behandelen en begeleiden van thuiswo-nende kwetsbare ouderen. Hierbij kan het gaan om medische proble-matiek en zaken als ondervoeding, maar ook om de bijkomende sociale problematiek en eventueel mantelzorg.

Ik ben van mening dat de geriater net als de specialist ouderengenees-kunde in de toekomst een grotere rol zou moeten krijgen om samen met de huisarts en in afstemming met sociale wijkteams en de wijkverpleging bij de zorg en ondersteuning van de mensen die thuis wonen. Hierover ga ik graag het gesprek aan met de beroepsvereniging Verenso.

De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
M.J. van Rijn