Redzaam ouder

Zorg voor niet-redzame ouderen vraagt om voorzorg door iedereen

Advies uitgebracht door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg
aan de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Den Haag, 2012

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

Postbus 19404
2500 CK Den Haag
Tel 070 340 50 60
Fax 070 340 75 75
E-mail mail@rvz.net
URL www.rvz.net

Colofon

Ontwerp: Broese en Peereboom
Fotografie: Eveline Renaud
Druk: Broese en Peereboom
Uitgave: Mei 2012
ISBN: 978-90-5732-239-6

U kunt deze publicatie bestellen via onze website (www.rvz.net) of per mail bij de RVZ (mail@rvz.net) onder vermelding van publicatienummer 12/05.

© Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

Kern van het advies

Redzaam ouder: zorg voor niet-redzame ouderen vraagt om voorzorg door iedereen. Om verschraalde ouderenzorg te voorkomen moeten alle burgers voorzorgsmaatregelen treffen, moeten zorgverleners zorg aan huis bieden en moeten burgers meer privaat investeren en hun netwerk inzetten voor hun oude dag.

Welk probleem lost dit advies op?
De toekomstige zorg aan niet-redzame ouderen staat ernstig onder druk. Dit advies laat zien dat ingrijpende maatregelen noodzakelijk zijn, opdat ouderen hun redzaamheid zo lang mogelijk behouden, opdat extramurale voorzieningen de zorgbehoefte van thuiswonende ouderen kunnen opvangen en opdat verschraling van zorg wordt tegengegaan.

Wat zijn de gevolgen voor de burger?
De burger krijgt meer verantwoordelijkheid. Hij moet al vroeg in het leven voorzorgsmaatregelen treffen voor zijn oude dag en krijgt daar keuzevrijheid en regie voor terug.

Wat zijn de gevolgen voor de zorgverlener?
De zorgverlener moet gaan samenwerken in multidisciplinaire teams en met informele zorgverleners, om ook ouderen met complexe problematiek zorg aan huis te kunnen bieden. Tevens moet hij zich richten op voorzorg.

Wat kost het?
Wanneer we niets doen zullen de kosten van de ouderenzorg dramatisch verder stijgen. De maatregelen in Redzaam ouder zorgen ervoor dat burgers meer zelf investeren, zodat het collectieve basisarrangement geborgd blijft voor niet-redzame ouderen.

Wat is nieuw?
Redzaam ouder presenteert een nieuwe visie, namelijk: zorg voor niet-redzame ouderen vraagt om voorzorg door iedereen. Burgers stellen een zorgverklaring op waarin zij aangeven hoe zij de zorg op hun oude dag willen regelen en hoe zij deze gaan bekostigen. Een verpleegkundige coördineert de medische en verpleegkundige zorg rondom de thuiswonende oudere. Een ander zorgstelsel stimuleert burgers om meer privaat te investeren en hun netwerk in te zetten voor hun oude dag, bijvoorbeeld door het collectieve pakket te beperken tot zware zorgvragen of door ouderen die hun zorg zelf regelen te belonen.

Inhoudsopgave

Samenvatting **7**

1 Inleiding **11**
1.1 Aanleiding 11
1.2 Beleidsvraag 11
1.3 Begrippen 11
1.4 Visie op ouder worden en oud zijn in Nederland 12
1.5 Werkwijze 13
1.6 Leeswijzer 13

2 Achtergrondinformatie over niet-redzame ouderen **15**
2.1 Demografische ontwikkelingen 15
2.2 Ouderen en gezondheid 16
2.3 Ouderen en zorggebruik 18
2.4 De financiële positie van ouderen 19
2.5 Conclusie 20

3 Probleemanalyse **23**
3.1 Vroegtijdig verlies van redzaamheid 23
3.2 Intramurale voorzieningen voldoen niet meer terwijl de extramurale voorzieningen nog niet gereed zijn 25
3.3 Dreigende verschraling van zorg 28
3.4 Conclusie 31

4 Oplossingsrichtingen **33**
4.1 Voorzorg 33
4.2 Zorg aan huis voor ouderen met complexe problematiek 36
4.3 Collectieve zorg beperken tot niet-redzame ouderen 41
4.4 Conclusie 45

5 Conclusie en aanbevelingen **47**
5.1 Conclusie 47
5.2 Aanbevelingen op het gebied van voorzorg 48
5.3 Aanbevelingen op het gebied van zorg aan huis voor ouderen met complexe problematiek 49
5.4 Aanbevelingen op het gebied van collectieve zorg voor niet-redzame ouderen 50

Bijlagen **53**
1 Adviesaanvraag 55
2 Adviesvoorbereiding 59
3 Medische en verpleegkundige zorg aan huis voor ouderen met complexe problematiek 65
4 Overzicht van relevante beleidsdocumenten 69
5 Verslag van de consultatiebijeenkomst op 2 april 2012 71
6 Lijst van afkortingen 77
7 Literatuurlijst 79

Overzicht publicaties RVZ **85**

Redzaam ouder

Zorg voor niet-redzame ouderen vraagt om voorzorg door iedereen

Samenvatting

Welke maatregelen zijn nodig om aan niet-redzame ouderen in de toekomst goede zorg en kwaliteit van leven te garanderen? Dat is de vraag die in dit RVZ-advies centraal staat. Onder 'niet-redzame ouderen' verstaat de Raad 'ouderen die de essentiële aspecten van hun leven, namelijk zorg, wonen en welzijn, niet voor zichzelf kunnen regelen'. De Raad streeft ernaar dat de toekomstige zorg voor ouderen zo is georganiseerd dat mensen gezonder oud worden, met een goede kwaliteit van leven en in de gewenste leefomgeving. Daarbij is de collectieve zorg geconcentreerd op niet-redzame ouderen.

Diverse ontwikkelingen maken de vraag, hoe we de zorg aan niet-redzame ouderen in de toekomst kunnen borgen, urgent. Zo komen er meer ouderen en stijgt de levensverwachting steeds verder. Ook stijgt de zorgvraag: het aantal ouderen met chronische aandoeningen en beperkingen neemt toe. Steun uit sociale netwerken is niet altijd voorhanden. Mede hierdoor dreigt een toename van het aantal niet-redzame ouderen dat is aangewezen op een intramurale instelling. Dit is in strijd met de behoefte van ouderen om zo lang mogelijk thuis te blijven wonen en voldoende regie en keuzevrijheid te behouden. Bovendien stijgen de kosten van de ouderenzorg dramatisch, terwijl er nu al signalen zijn dat de kwaliteit en het imago van de ouderenzorg onder druk staan.

De Raad signaleert drie concrete problemen in de zorg aan niet-redzame ouderen. Ten eerste zal het aantal niet-redzame ouderen verder toenemen wanneer we op de oude voet doorgaan. Ouderen verliezen hun redzaamheid nu eerder dan noodzakelijk is. Ten tweede hebben ouderen de behoefte om langer thuis te wonen, terwijl de zorgvraag blijft toenemen. De intramurale voorzieningen sluiten onvoldoende aan bij deze behoefte, terwijl de extramurale voorzieningen nog niet gereed zijn om de zorgvraag op te vangen. Dit betekent dat ouderen regelmatig worden opgenomen in een verpleeghuis omdat er geen alternatieven bestaan. Ten derde zullen de kosten van de zorg aan ouderen sterk toenemen en dreigt krapte op de arbeidsmarkt, terwijl de collectieve middelen dit niet kunnen opvangen. Hierdoor dreigt verschraling van de zorg. De zorg aan de ouderen die het meest afhankelijk zijn van overheidsvoorzieningen komt hiermee onder druk te staan.

Om ook in de toekomst goede zorg en kwaliteit van leven te kunnen garanderen aan niet-redzame ouderen zijn structurele hervormingen

noodzakelijk. De Raad reikt hiervoor drie oplossingsrichtingen aan, die betrekking hebben op verschillende groepen. Ten eerste vindt de Raad het essentieel om te zorgen dat mensen zo lang mogelijk redzaam blijven. Hiervoor is het noodzakelijk dat alle burgers investeren in voorzorg. Zo kan de collectieve zorg worden geborgd voor de ouderen die het uiteindelijk zelf en met hun netwerk niet redden. Ten tweede vindt de Raad het belangrijk dat ook ouderen met complexe en langdurige problematiek zorg aan huis kunnen ontvangen. Ten derde acht de Raad meer eigen verantwoordelijkheid en een ingrijpende hervorming van het zorgstelsel noodzakelijk zodat het collectieve pakket zich concentreert op niet-redzame ouderen. Zorg voor niet-redzame ouderen vraagt om voorzorg door iedereen.

Aanbevelingen op het gebied van voorzorg:
- Stimuleer burgers een zorgverklaring op te stellen waarin zij aangeven hoe zij de zorg op hun oude dag willen regelen en hoe zij deze gaan bekostigen.
- Bied burgers een levensloopwijzer aan met tips om tijdig voorzorgsmaatregelen te treffen voor hun oude dag.
- Zoek de niet-redzame oudere op door middel van case-finding en systematische opsporing.

Aanbevelingen op het gebied van zorg aan huis voor ouderen met complexe problematiek:
- Laat een verpleegkundige de medische en verpleegkundige zorg rondom de thuiswonende oudere coördineren.
- Nodig pas gepensioneerden uit om zich in te zetten voor niet-redzame ouderen.
- Ontwikkel slimme woningen voor ouderen met complexe problematiek en leid ‘gidsen voor nieuwe technologie’ op die ouderen en hun mantelzorgers daarin wegwijs maken.

Aanbeveling op het gebied van financiën:
- Hervorm het zorgstelsel om burgers te stimuleren om meer privaat te investeren en hun netwerk in te zetten voor hun oude dag, bijvoorbeeld door het collectieve pakket te beperken tot zware zorgvragen of door ouderen die hun zorg zelf regelen te belonen.

WoonZorg Centra Haaglanden, Den Haag

1 Inleiding

Inleiding

In dit hoofdstuk wordt de aanleiding voor dit advies beschreven en worden de beleidsvraag, enkele begrippen, de visie en werkwijze van dit advies gepresenteerd. Ten slotte wordt een leeswijzer voor de rest van het advies gegeven.

1.1 Aanleiding

De adviesaanvraag

Directe aanleiding voor dit advies is de adviesaanvraag van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) in het Werkprogramma 2011 (zie bijlage 1). In de adviesaanvraag wordt aan de RVZ een visie gevraagd op ouder worden en oud zijn in Nederland.

Uitdagingen voor de ouderenzorg

De achtergrond bij deze adviesaanvraag wordt gevormd door belangrijke uitdagingen op het gebied van de ouderenzorg. Het huidige zorgaanbod sluit onvoldoende aan bij de behoeften van ouderen van nu en straks. Echter, de verbetering en zelfs de houdbaarheid van de huidige zorg aan ouderen worden bedreigd door krapte op de arbeidsmarkt en door de opgave om de overheidsfinanciën houdbaar te maken.

Redzaam ouder

In het licht van deze uitdagingen voor de ouderenzorg in het algemeen schenkt de Raad bijzondere aandacht aan het bevorderen van de redzaamheid van ouderen, zodat de collectieve zorg gewaarborgd blijft voor de ouderen die het uiteindelijk zelf en met hun netwerk niet redden.

1.2 Beleidsvraag

De beleidsvraag

Welke maatregelen zijn nodig om aan niet-redzame ouderen in de toekomst goede zorg en kwaliteit van leven te garanderen? Dat is de vraag die in dit RVZ-advies centraal staat.

Goede zorg aan niet-redzame ouderen

Het terrein van de ouderenzorg is breed en niet alle belangrijke vraagstukken passen binnen dit advies. Diverse thema's, zoals de arbeidsmarkt en vraagstukken rondom het einde van het leven, worden in dit advies niet uitvoerig behandeld.

1.3 Begrippen

Redzaamheid

Onder 'niet-redzame ouderen' verstaat de Raad 'ouderen die de essentiële aspecten van hun leven, namelijk zorg, wonen en welzijn, niet voor zichzelf kunnen regelen'. De Raad wil onderstrepen dat ook ouderen die niet meer alles zelf kunnen doen, toch redzaam kunnen blijven doordat zij van tevoren en met steun uit hun omgeving zaken voor hun oude dag organiseren.

Kwetsbaarheid

Naast 'redzaamheid' wordt in dit advies ook de term 'kwetsbaarheid' gebruikt. 'Kwetsbaarheid' wordt door het SCP bij ouderen als volgt gedefinieerd: *Kwetsbaarheid 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)* (Van Campen, 2011).

Ook kwetsbare ouderen kunnen redzaam zijn

Het is belangrijk onderscheid te maken tussen kwetsbare ouderen en niet-redzame ouderen. Kwetsbare ouderen zijn, ondanks een slechte gezondheid, soms heel goed in staat zichzelf te redden wanneer zij beschikken over een aangepaste woning, een sterk sociaal netwerk, en voldoende financiële middelen. In Nederland leefden in 2010 naar schatting tussen de 600.000 en 700.000 kwetsbare ouderen (65-plus). De meesten van hen, tussen de 500.000 en 600.000 personen, woonden zelfstandig (Van Campen, 2011).

Multimorbiditeit

'Multimorbiditeit' is een veelvoorkomend probleem bij ouderen waarbij diverse ziekten, aandoeningen en beperkingen elkaar beïnvloeden. Deze ziekten, aandoeningen en beperkingen hebben allemaal een eigen dynamiek waardoor ook onderliggende interacties plaatsvinden. Daarnaast spelen ook vaak niet-medische problemen, zoals eenzaamheid of een onvoldoende aangepaste woning.

Integraal, dynamisch zorgaanbod

Onder een 'integraal, dynamisch zorgaanbod' verstaat de Raad het volgende. Integrale zorg omvat twee aspecten. Ten eerste betekent het dat het aanbod gericht is op de unieke combinatie van aandoeningen van een patiënt met aandacht voor de onderliggende interacties tussen de diverse aandoeningen. Ten tweede duidt het op de samenhang tussen huisarts, medisch-specialistische zorg, paramedische zorg, verpleging, verzorging, begeleiding, mantelzorg, welzijn, wonen en inkomen. Dynamiek in het aanbod houdt in dat veranderingen in iemands medische en niet-medische situatie snel worden gesignaleerd en dat het aanbod desgewenst wordt aangepast, om een snelle neerwaartse spiraal met onnodige opname in een verpleeghuis als gevolg te voorkomen.

1.4 Visie op ouder worden en oud zijn in Nederland

Zorg voor niet-redzame ouderen

De Raad streeft ernaar dat de toekomstige zorg voor ouderen zo is georganiseerd dat mensen gezonder oud worden, met een goede kwaliteit van leven, dat zij zo lang mogelijk zelfstandig kunnen blijven wonen en dat ook voor niet-redzame ouderen goede zorg beschikbaar is.

Ingrijpende maatregelen noodzakelijk

Echter, de ouderenzorg dreigt onbetaalbaar te worden als gevolg van een stijgende zorgvraag en schaarste op de arbeidsmarkt. Om bovengenoemde doelen te realiseren zijn ingrijpende maatregelen op het gebied van de ouderenzorg noodzakelijk

Meer eigen verantwoordelijkheid

Het waarborgen van collectieve zorg voor niet-redzame ouderen vereist een groter beroep op de eigen verantwoordelijkheid van alle burgers dan nu het geval is. Ouderen zullen zo lang mogelijk hun eigen zorg moeten regelen, met ondersteuning waar nodig. Wanneer ouderen hier niet meer toe in staat zijn, moet er goede zorg voor hen zijn. Daarnaast is het belangrijk dat ouderdomsbeperkingen en functieverlies zoveel mogelijk worden voorkomen of uitgesteld, zodat mensen zo lang mogelijk redzaam blijven. Zorg voor niet-redzame ouderen vraagt om voorzorg door iedereen.

1.5 Werkwijze

Achtergrondstudies

Ter voorbereiding van dit advies zijn een aantal achtergrondstudies uitgevoerd die de problematiek belichten vanuit sociaal, economisch, zorg- en medisch perspectief (zie bijlage 2 voor een overzicht).

Klankbordgroep

Het conceptadvies en diverse achtergrondstudies zijn voorgelegd in vier klankbordgroepbijeenkomsten met deskundigen op het gebied van ouderenzorg.

Bijeenkomsten en bezoeken

De raadsleden en de projectgroepleden hebben bijeenkomsten bijgewoond met ouderenorganisaties (georganiseerd in samenwerking met CSO) en met diverse woningcorporaties (op hun verzoek). Ook hebben zij bezoeken gebracht aan zorginstellingen voor ouderen met een migrantenachtergrond, en daar gesproken met de bewoners en het personeel.

Consultatiebijeenkomst

Het conceptresultaat is in een bijeenkomst op 2 april 2012 met deskundigen en belanghebbenden uit het veld besproken.

Praktijkvoorbeelden

Ten aanzien van de uitdagingen op het terrein van de ouderenzorg zijn de afgelopen jaren veel discussies gevoerd en goede initiatieven ontwikkeld. De Raad illustreert de oplossingsrichtingen in dit advies met diverse praktijkvoorbeelden. Naast nieuwe aanbevelingen, doet de Raad tevens aanbevelingen om eerder voorgestelde of reeds in gang gezette beleidsrichtingen verder in de praktijk te realiseren.

1.6 Leeswijzer

Leeswijzer

Dit hoofdstuk presenteerde de hoofdvraag van dit advies, namelijk: welke maatregelen zijn nodig om aan niet-redzame ouderen in de toekomst goede zorg en kwaliteit van leven te garanderen? Hoofdstuk 2 beschrijft de feiten, cijfers en ontwikkelingen die relevant zijn voor de toekomstige zorg aan niet-redzame ouderen. Hoofdstuk 3 schetst drie problemen die de Raad signaleert in de zorg aan niet-redzame ouderen. Hoofdstuk 4 beschrijft de oplossingsrichtingen. Hoofdstuk 5 beschrijft ten slotte de belangrijkste conclusies, en de concrete aanbevelingen die de Raad doet om goede zorg en kwaliteit van leven voor niet-redzame ouderen in de toekomst te waarborgen.

Diva, Delft

2 Achtergrondinformatie

Feiten, cijfers en ontwikkelingen

In dit hoofdstuk schetst de Raad feiten, cijfers en ontwikkelingen op het gebied van demografie, gezondheid, zorggebruik, en financiële positie, die relevant zijn voor de vraag hoe goede zorg en kwaliteit van leven in de toekomst gewaarborgd kunnen worden voor niet-redzame ouderen.

2.1 Demografische ontwikkelingen

Veel meer ouderen en oudere ouderen

Toename aantal ouderen en stijgende levensverwachting

In de toekomst komen er veel meer ouderen in absolute zin. Ook zullen zij relatief een groter aandeel van de bevolking vormen. Zo zal het aantal 65-plussers volgens de raming van het CBS (2010) van 2,4 miljoen (16% van de bevolking) in 2010, toenemen naar 4,6 miljoen (25% van de bevolking) in 2050. Niet alleen het aantal en aandeel ouderen stijgen, maar ook de levensverwachting. Zo raamt het CBS (2010) dat tussen nu en 2050 de levensverwachting van 65-jarige mannen met 3,5 jaar toeneemt en die van vrouwen met 2,8 jaar.

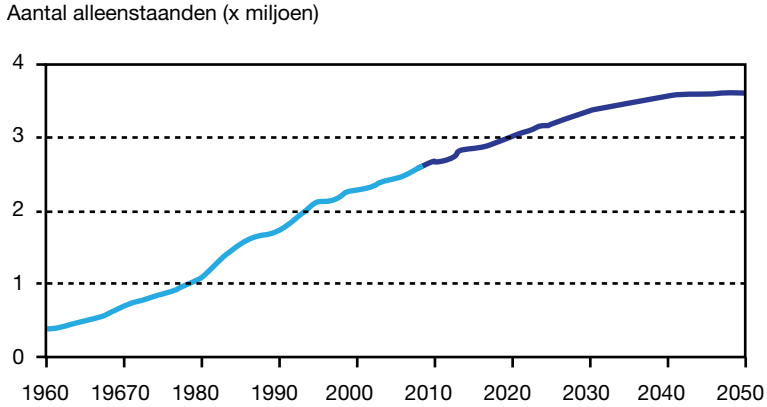
Meer alleenstaande ouderen

Toename aantal alleenstaande ouderen

Het aantal alleenstaande ouderen zal in de komende decennia toenemen. Het aantal huishoudens is sinds 1990 met 23 procent gestegen tot 7,4 miljoen en zal de komende tien jaar volgens een schatting van het CBS verder stijgen naar 7,9 miljoen. De stijging zit in het feit dat steeds meer mensen alleen wonen en komen te wonen, waaronder het aandeel 65-plussers (Gezinsrapport SCP, 2011).

Figuur 2.1

Ontwikkeling en prognose van het aantal alleenstaanden, 1995-2050 (Bron: *CBS Bevolkingsstatitiek*, 1995-2009; *CBS Huishoudensprognose* over 2008-2050).



Paren: langer samen, dus meer zorg voor elkaar

Meer zorg door partner

Terwijl het aantal alleenstaande ouderen toeneemt, stijgt ook het aantal ouderen met een partner en blijven partners gemiddeld langer bij elkaar. Oorzaak hiervoor is dat de levensverwachting van mannen en vrouwen toeneemt en voor mannen sneller stijgt dan voor vrouwen, waardoor zij hun achterstand op vrouwen inlopen. Als gevolg hiervan komen er steeds meer (echt)paren van wie de een voor de ander zorgt. Dit is een trend die volgens het SCP de komende jaren door de vergrijzing verder zal doorzetten. In 2008 zorgden in Nederland 310.000 55-plussers voor hun zieke partner (Cloïn, Bucx, De Boer & Oudijk, 2011). Volgens het RIVM (2008) kunnen ouderen met een partner in de toekomst langer voor elkaar zorgen en hoeven zij minder beroep op professionele zorg te doen. Overigens geldt dit alleen wanneer de partner voldoende draagkracht heeft. Zorgen voor een zieke partner is een grote belasting. Doordat partners van ouderen doorgaans zelf ook oud zijn, vormen zij een kwetsbare groep (Plaisier et al, 2010).

Minder informele zorg door kinderen

Minder zorg door kinderen

In de toekomst komen er meer kinderloze mensen. Ook het aantal mensen met maar één of twee kinderen stijgt, vergeleken met de generatie die nu vijfenzeventig is (CBS Statline, 2011). Als gevolg hiervan zullen er in de toekomst relatief meer ouderen zijn die geen beroep kunnen doen op informele zorg door hun kinderen. Overigens wordt de kans dat iemand informele zorg moet verlenen aan zijn ouders wel groter naarmate families smaller worden (afnemend kindertal) en de gezamenlijke levenstijd toeneemt (vergrijzing) (Van Gaalen, 2007; Stuifbergen, et al., 2008). Bovendien wonen kinderen, als gevolg van verstedelijking, minder vaak in de buurt van hun ouders.

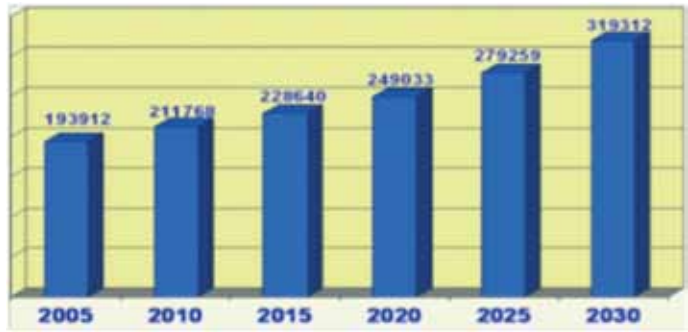
2.2 Ouderen en gezondheid

Meer chronisch zieke ouderen

Meer ouderen met chronische ziekten

In de toekomst neemt ook het aantal ouderen met chronische ziekten toe en in het bijzonder het aantal ouderen met dementie. Cognitieve beperkingen komen bij één op de twintig ouderen voor. Ziekten kunnen leiden tot beperkingen in het dagelijks functioneren, in de mobiliteit, in de participatie in sociale netwerken en in het verlenen van mantelzorg aan een zieke partner.

Figuur 2.2 Toename aantal mensen met dementie 2005 – 2030 in Nederland



Bron: Wonen met dementie, 2006

Toename aantal kwetsbare ouderen

Meer kwetsbare ouderen

Volgens het SCP zal het absolute aantal kwetsbare ouderen in de toekomst verder toenemen, hoewel ouderen door het hogere opleidingsniveau in relatieve zin iets minder vaak kwetsbaar zullen zijn. Zo wordt het aantal kwetsbare ouderen door het SCP in 2010 geraamd op 700.000 (27% van de ouderen) en zal dit in 2030 1 miljoen (25% van de ouderen) zijn (Van Campen, 2011). De populatie van kwetsbare ouderen zal volgens ramingen van het SCP in de komende twee decennia veranderen van samenstelling: met name het aandeel 85-plussers zal in deze groep toenemen. Bij ongewijzigd beleid zal naar verwachting 40% van de ouderen die als kwetsbaar worden aangemerkt geen gebruik maken van verpleging en verzorging of mantelzorg (Van Campen, 2011). Niet duidelijk is of dit zo is omdat deze ouderen zichzelf weten te redden, of omdat het niet lukt zorg voor zichzelf te organiseren. Het SCP stelt dat tehuisopnames kunnen worden uitgesteld door vroegtijdige signalering van kwetsbaarheid in de thuissituatie.

Kwetsbaarheid is gerelateerd aan leeftijd, sekse, relationele status en SES

Kwetsbare ouderen van nu zijn vaker hoogbejaard, vaker vrouw, vaker alleenstaand en komen vaker uit lagere sociaaleconomische klassen (Van Campen, 2011). Kwetsbaarheid is dus gerelateerd aan leeftijd, sekse, het al dan niet hebben van een partner en sociaaleconomische status. Dit betekent dat bijvoorbeeld ook hoogopgeleide hoogbejaarde alleenstaanden zonder kinderen het risico lopen hun redzaamheid te verliezen als zij niets regelen voor hun oude dag, bijvoorbeeld doordat zij dement worden.

Kwaliteit van leven

Minder gevoel van regie

Het RIVM (Zantinge et al., 2011) geeft aan dat ouderen steeds langer goed kunnen functioneren, maar dit lijkt wel gepaard te gaan met expansie van chronische aandoeningen en een grotere ziektelast (Van den Bos, 2010). Opmerkelijk is dat ouderen met ernstige beperkingen in de loop van twee decennia steeds minder regie en gezondheid ervaren. Mogelijke verklaringen zijn het toegenomen belang van zelfredzaamheid in de samenleving en een toename van het aantal (verschillende) zorgprofessionals dat bij mensen thuis

komt (Galenkamp et al., 2012). Bij mensen met een Marokkaanse of Turkse migratieachtergrond valt op dat men zich vaker al op vroege leeftijd (vanaf vijftig jaar) oud voelt (Gair, 2012).

2.3 Ouderen en zorggebruik

Afname bewoners verzorgings- en verpleeghuis

Ouderen blijven langer thuis

Ondanks de toename van het totaal aantal ouderen, neemt het aantal ouderen dat in een verzorgings- of verpleeghuis woont al jaren af. Het gaat om ongeveer 6% van de 65-plussers. In absolute aantallen gaat het om ongeveer 100.000 ouderen in een verzorgingshuis en 65.000 in een verpleeghuis. Het aandeel bewoners in een psychogeriatrisch verpleeghuis is gedurende de periode 2000 tot 2008 toegenomen. Doordat ouderen langer thuis blijven wonen, neemt de gemiddelde leeftijd van instellingsbewoners toe, evenals de lichamelijke zorgzwaarte. Bewoners krijgen in samenhang met de toename in zorgzwaarte vaker hulp bij de persoonlijke verzorging en verpleging en vaker fysiotherapie (De Klerk, 2011).

Voorspellende factoren voor opname in een verzorgings- of verpleeghuis

Zwak sociaal netwerk leidt tot opname

Fysieke kwetsbaarheid en psychische kwetsbaarheid vergroten de kans dat een oudere wordt opgenomen in een verzorgings- of verpleeghuis. Ook het ontbreken van een sterk sociaal netwerk vergroot de kans dat iemand gebruik maakt van AWBZ-zorg (zowel in de thuissituatie als in de intramurale zorg) (Plaisier et al., 2010). Het versterken van sociale netwerken helpt gevoelens van eenzaamheid te voorkomen en heeft zo weer een preventief effect op het gebruik van AWBZ-zorg. Overigens komt eenzaamheid meer voor bij mensen van middelbare leeftijd dan bij ouderen, en dan vooral bij mensen die geen partner hebben (Van Tilburg, 2007; Koenen, 2010). Gegeven de ontwikkelingen in relatievorming en -ontbinding, zou eenzaamheid ook onder ouderen kunnen toenemen, evenals sociaal isolement. Ouderen van nu verkeren vaker dan andere leeftijdsgroepen in sociaal isolement (Machielse, 2011). Sociaal isolement is moeilijk te herkennen en niet eenvoudig te herstellen.

Stijgende zorgbehoefte

Behoefte aan zorg in eigen huis

Door de vergrijzing zullen in de toekomst steeds meer mensen een zorgbehoefte hebben die vergelijkbaar is met de zorg die op dit moment in tehuizen wordt geleverd (VeVeRa-raming SCP 2012). In absolute aantallen verwacht het SCP een stijging van de behoefte aan verzorgingshuiszorg van 86.000 naar 141.000 personen in 2030 en van de zorgbehoefte aan verpleeghuiszorg van 52.000 naar 82.000 personen. Tegelijkertijd willen ouderen zo lang mogelijk in hun eigen huis blijven wonen (Van Campen, 2011; Gair, 2012).

Zorggebruik door ouderen met een migratieachtergrond

Ouderen met migratieachtergrond gebruiken minder formele zorg

Ouderen met een migratieachtergrond maken meer gebruik van informele zorg dan van formele zorg. Redenen hiervoor zijn de beschikbaarheid van informele zorg, onbekendheid met formele zorg, taal- en communicatieproblemen, ongeschiktheid van de formele zorg, kosten en schaamte en trots. Voor de meeste ouderen met een migratieachtergrond is de financiële positie niet toereikend om particuliere hulp in te kopen (Gair, 2012).

Stijgende kosten van de zorg aan ouderen

In 2007 bedroegen de kosten voor de zorg aan ouderen 28 miljard euro. Onderstaande figuur toont hoe deze kosten verdeeld zijn over financieringsbronnen.

Figuur 2.3 Kosten van ziekten voor ouderen in Nederland 2007

Totale kosten (miljoen euro), lopende zaken					
Som van kosten Leeftijdsgroep	**Financiering** Zvw incl. eigen bijdragen	AWBZ	Overheid	Anders	Eindtotaal
65-69	2.835	806	483	236	4.361
70-74	2.830	1.079	499	242	4.650
75-79	2.664	1.830	606	234	5.334
80-84	1.948	2.815	560	173	5.496
85-89	1.074	3.282	368	99	4.823
90-94	381	1.975	140	36	2.531
95+	68	718	33	8	828
Eindtotaal	**11.801**	**12.506**	**2.689**	**1.027**	**28.023**

Bron: RIVM, 2011. Trends in Kosten van Ziekten in Nederland 1999-2010 (nog niet verschenen) (www.kostenvanziekten.nl)

Zorgkosten stijgen dramatisch

In de leeftijdsklasse tot 80 jaar worden de kosten grotendeels gefinancierd vanuit de zorgverzekeringswet. Daarna domineert de AWBZ als financieringsbron. Inmiddels liggen de kosten alweer een stuk hoger dan in 2007. In 2010 vormden de totale zorguitgaven volgens de voorlopige cijfers van het CBS 14,8% van het BBP, terwijl dit percentage in 2007 nog 13,1% was (www.cbs.nl).

2.4 De financiële positie van ouderen

Betere financiële positie...

Naar verwachting zullen toekomstige ouderen gemiddeld genomen een betere financiële positie hebben. Zij zullen langer leven en steeds vaker hoger opgeleid zijn. Doordat ze een hoger loon ontvangen zullen ze meer pensioen opbouwen. Ook vrouwen zullen meer pensioen opbouwen door hun toenemende arbeidsparticipatie (SZW 2006, pag. 5). Met name de

... stimuleert behoefte aan regie en keuzevrijheid

middengroep zal er zowel in inkomen als in vermogen op vooruitgaan. Naar verwachting leidt dit tot een grotere behoefte aan eigen regie en keuzevrijheid. Echter, mensen met een lagere sociaal-economische status of een onvolledige pensioenopbouw (zoals mensen die langdurig buiten het arbeidsproces hebben gestaan) blijven een relatief slechte inkomenspositie hebben.

2.5 Conclusie

Zorg aan niet-redzame ouderen onder druk

De ontwikkelingen die in dit hoofdstuk werden geschetst onderstrepen de urgentie van de vraag hoe we in de toekomst de zorg aan niet-redzame ouderen kunnen borgen. Door de combinatie van ontwikkelingen op het gebied van gezondheid en demografie zullen diverse knelpunten ontstaan in zowel de informele als de professionele zorg. Zo komen er meer ouderen en blijft de levensverwachting stijgen. Ook stijgt de zorgvraag: het aantal ouderen met chronische aandoeningen en beperkingen neemt toe. Steun uit het sociale netwerk is niet altijd voorhanden. Mede hierdoor dreigt een toename van het aantal ouderen dat is aangewezen op een intramurale instelling. Dit is in strijd met de behoefte van ouderen om zo lang mogelijk thuis te blijven wonen en voldoende regie en keuzevrijheid te behouden. Bovendien stijgen de kosten van de ouderenzorg dramatisch. Hiermee komt de zorg aan niet-redzame ouderen ernstig onder druk te staan.

Jonker Frans, Florence, Den Haag

3 Probleemanalyse

Drie problemen

In dit hoofdstuk schetst de Raad drie problemen in de zorg aan ouderen. Ten eerste verliezen ouderen hun redzaamheid eerder dan noodzakelijk is. Ten tweede sluiten de intramurale voorzieningen niet aan bij de behoeften van ouderen, waardoor zij niet duurzaam zijn, terwijl de extramurale voorzieningen nog niet gereed zijn om de zorgvraag op te vangen. Ten derde dreigt verschraling van de zorg.

3.1 Vroegtijdig verlies van redzaamheid

Het eerste probleem dat de Raad signaleert in de zorg aan ouderen, houdt in dat ouderen hun redzaamheid eerder verliezen dan noodzakelijk is en dat zij daardoor vroegtijdig worden opgenomen in een intramurale instelling. Dit is onwenselijk vanuit het perspectief van de individuele oudere en leidt bovendien tot een beroep op de collectieve voorzieningen dat onhoudbaar is voor de toekomst.

Ouderen te vroeg in afhankelijkheidspositie

Vroegtijdig verlies van redzaamheid ontstaat enerzijds doordat burgers nu op een laat moment worden overvallen door de financiële en organisatorische gevolgen van het ouder worden, waardoor zij afhankelijk raken van overheidsvoorzieningen. Anderzijds ontstaat vroegtijdig verlies van redzaamheid doordat de risico's die leiden tot ouderdomsbeperkingen en functieverlies te laat of niet worden gedetecteerd.

Burgers worden overvallen door de organisatorische en financiële gevolgen van ouderdom

Om de organisatorische en financiële gevolgen van het ouder worden adequaat op te vangen, is het belangrijk dat mensen van te voren nadenken over de eigen oude dag.

Steun uit sociale netwerken niet vanzelfsprekend...

Een van de oorzaken voor een vroegtijdig verlies van redzaamheid is een gebrek aan sociaal netwerk (Plaisier e.a., 2010). Wanneer de gezondheid achteruit gaat, is het extra belangrijk dat ouderen beschikken over voldoende steun uit een informeel netwerk en koopkracht, zodat zij steun voor zichzelf kunnen regelen of laten regelen. Maar sociale structuren zijn in de loop van de tijd veranderd. Zo neemt het kindertal af en is ook de rol van onderlinge steun in de buurt in de loop van een aantal decennia afgenomen. Ouderen bij wie de mobiliteit afneemt (bijvoorbeeld als gevolg van artrose) zijn steeds meer aangewezen op hun directe woonomgeving. Maar het hebben van contact en het ontvangen van steun in de buurt wordt steeds lastiger, doordat veel van de bedrijvigheid uit buurten is verdwenen naar de randen van de stad, waardoor mensen elkaar minder tegenkomen. Veel mensen reizen voor hun werk, boodschappen en recreatie naar elders. Een gevolg hiervan is

dat mensen van verschillende generaties buiten familieverband nauwelijks contact met elkaar hebben. Ook familieleden kunnen minder informele zorg aan elkaar geven omdat zij vaker ver van elkaar wonen (RMO/RVZ, 2008 en 2009).

...en opname in intramurale instelling is dan soms enige alternatief

Ouderen met ernstige fysieke of cognitieve beperkingen die zelf geen financiële voorzorgsmaatregelen hebben getroffen en die ook niet kunnen leunen op een sociaal netwerk, zijn aangewezen op intramurale instellingen. Juist nu in de toekomst nog maar een beperkt beroep op overheidsvoorzieningen kan worden gedaan, is het belangrijk dat mensen een realistisch beeld hebben van hun oude dag en van wat zij kunnen doen om hun redzaamheid zo lang mogelijk te behouden.

Vroegtijdig ontstaan van ouderdomsbeperkingen en functieverlies

Risico's te laat opgemerkt

De tweede oorzaak voor vroegtijdig verlies van redzaamheid houdt in dat de risico's die ten grondslag liggen aan ouderdomsbeperkingen en functieverlies te laat of niet worden opgemerkt.

Ziekenhuisopname is riskant voor ouderen

Zo worden risico's die samenhangen met een ziekenhuisopname onvoldoende ondervangen. Curatieve behandelingen in het ziekenhuis kunnen bij ouderen leiden tot een verslechtering van de gezondheidstoestand. Zo blijkt dat 30 tot 60% van de patiënten na een ingreep lijdt aan blijvend functieverlies (Hoogerduijn en Schuurmans, 2012). Ziekenhuizen zijn op dit moment nog onvoldoende voorbereid op het grote aantal ouderen met multimorbiditeit (zie begrippen in 1.3). De prikkels voor medisch specialisten en ziekenhuizen zijn op dit moment nog te veel gericht op het behandelen van ouderen, en niet om daar bij te groot risico op functieverlies vanaf te zien. Bovendien bestaat er onvoldoende continuïteit van zorg na ziekenhuisontslag.

En ook de eerste lijn ondervangt risico's onvoldoende

Ook de eerste lijn is onvoldoende in staat om risico's die ten grondslag liggen aan ouderdomsbeperkingen en functieverlies tijdig te signaleren en te ondervangen. Doordat een grootschalige, systematische en methodische wijze van signaleren ontbreekt, worden risicogroepen te laat opgemerkt en verliezen mensen hun redzaamheid eerder dan nodig.

Valpartijen

Ouderdomsbeperkingen en functieverlies bij ouderen ontstaan bijvoorbeeld door valpartijen. Een derde van de 65-plussers valt minstens één keer per jaar. Per dag komen gemiddeld ca. 200 ouderen op de spoedeisende hulp voor letsel ten gevolge van een val, variërend van een blauwe plek tot fracturen en hersenletsel. Ongeveer de helft van de ziekenhuisopnames wordt veroorzaakt door heupfracturen (http://www.nationaalkompas.nl).

Ongezonde leefstijl

Een andere risicofactor voor het vroegtijdig ontstaan van ouderdomsbeperkingen en functieverlies is een ongezonde leefstijl. Onvoldoende lichaamsbeweging en ongezonde voeding veroorzaken obesitas. Dit is niet alleen een risicofactor voor artrose door overbelasting van de gewrichten, maar ook voor diabetes mellitus en hart- en vaatziekten. De complicaties van diabetes mellitus, zoals blindheid en amputatie van ledematen verminderen de redzaamheid van ouderen sterk. Hetzelfde geldt voor de gevolgen van hart- en vaatziekten, bijvoorbeeld in de vorm van hartfalen. Ongezonde voeding en onvoldoende lichaamsbeweging hebben ook negatieve gevolgen voor de hersenen, met name voor de kans op het ontwikkelen van de ziekte van Alzheimer, een ziekte die de zelfredzaamheid sterk aantast. Uit onderzoek is gebleken dat voldoende fysieke activiteit en een gezond eetpatroon het risico op Alzheimer met 60% kan verkleinen (Scarmeas, N. et al., 2009).

Figuur 3.1 Top tien van ziekten die zorgen voor het grootste verlies van gezonde jaren bij ouderen

Rang-orde	Mannen	Vrouwen	Totaal
1	coronaire hartziekten	atrose coronaire	hartziekten
2	beroerte	coronaire hartziekten	beroerte
3	diabetes	melitus beroerte	artrose
4	COPD	melitus beroerte	melitus beroerte
5	artrose	gezichtsstoornissen	gezichtsstoornissen
6	gezichtsstoornissen	dementie	dementie
7	lawaai- en ouder-domsslechthorendheid	angststoornissen	COPD
8	dementie	COPD	angstoornissen
-	angsstoornissen	depressie lawaai- en ouderdomsslechtho-rendheid	
10	prostaatkanker	reumatoïde artritis	reumatoïde artritis

Bron: RIVM, 2011.

3.2 Intramurale voorzieningen voldoen niet meer terwijl de extramurale voorzieningen nog niet gereed zijn

Intramurale instellingen sluiten niet aan bij behoefte

Het tweede probleem dat de Raad signaleert, houdt in dat de meeste intramurale voorzieningen onvoldoende aansluiten bij de behoefte van ouderen en dat zij daardoor op termijn niet duurzaam zijn. De extramurale voorzieningen zijn echter nog onvoldoende toegerust op zorg aan huis voor ouderen met complexe problematiek.

Intramurale voorzieningen voldoen niet meer

Ouderen willen thuis wonen

Intramurale instellingen voor ouderen, dat wil zeggen verpleeg- en verzorgingshuizen, sluiten steeds minder aan bij de behoeften van ouderen. Ouderen willen graag zo lang mogelijk thuis wonen (Van Campen, 2011; Research voor beleid, 2008). Zij kiezen er steeds vaker om de gang naar het verplegings- en verzorgingshuis uit te stellen. De verblijfsduur in het verpleeghuis neemt af. Mensen gaan op latere leeftijd naar het verpleeghuis en verblijven er daardoor korter.

Toch is verpleeghuis soms de enige optie

Toch is er nog steeds een groot aantal indicaties voor het verpleeghuis. Dit heeft er deels mee te maken dat mensen met een zware zorgvraag vaak zijn aangewezen op een intramurale instelling wegens een gebrek aan alternatieven. Voor ouderen met de indicatie 'verblijf' bestaat niet altijd de mogelijkheid om deze zorg thuis te ontvangen, bijvoorbeeld doordat zorgverleners niet altijd het volledig pakket thuis aanbieden.

Oorspronkelijke functie van verpleeghuis is vervaagd

Het oorspronkelijke onderscheid tussen verpleeg- en verzorgingshuizen, waarbij verpleeghuizen zich concentreerden op verplaatste zorg uit het ziekenhuis, vervaagt. Verpleeghuizen vormen steeds vaker een omgeving waarin kwetsbare ouderen hun laatste levensdagen menswaardig willen doorbrengen (Hamers, 2012). Aspecten van wonen en welzijn zijn steeds meer de boventoon gaan voeren in verpleeghuisorganisaties. De behandelfunctie is gemarginaliseerd (Van Nordennen, 2011). Bovendien bestaat er veel verschil in kwaliteit tussen verpleeghuizen. Zo is een aantal sterk verouderd. Ook zijn er verpleeghuizen waar zorgverleners omwille van de organisatie van het werk taken binnen de dagstructuur overnemen van bewoners, terwijl dit niet altijd ten goede komt aan het leven en welzijn van de bewoners (Hamers, 2012).

Extramurale voorzieningen nog niet gereed

Twee lacunes in extramurale voorzieningen

De extramurale voorzieningen sluiten echter nog onvoldoende aan op de behoefte aan van ouderen om langer thuis te blijven wonen en daar ook zorg te ontvangen. De Raad signaleert twee lacunes in extramurale voorzieningen.

Versnipperde zorg

Een web van zorgverleners

Een eerste lacune in de extramurale voorzieningen is de versnippering van het huidige zorgaanbod. Bij de zorgverlening aan ouderen zijn veel en verschillende professionals en organisaties betrokken, zoals huisartsvoorzieningen, thuiszorgorganisaties, ziekenhuizen, verpleeg- en verzorgingshuizen, GGZ, zorgverzekeraars, gemeenten, welzijnsorganisaties en woningbouwcorporaties (KNMG, 2010). Afstemming tussen de diverse behandelaars, bijvoorbeeld bij het voorschrijven van medicatie, vindt echter onvoldoende plaats (KNMG, 2010). Ook gemeenten, woningbouwcorporaties en eerstelijns gezondheidszorg werken nauwelijks samen. Het hulpaanbod sluit hierdoor onvoldoende aan bij de hulpvraag van de patiënt.

Gebrek aan afstemming en coördinatie

Wanneer diverse aandoeningen spelen, zoals bij oudere met multimorbiditeit, is coördinatie van het zorgaanbod op medisch en organisatorisch gebied van groot belang. Hoewel hierin ontwikkelingen gaande zijn, is coördinatie van het zorgaanbod nog niet grootschalig geïmplementeerd. Bovendien worden diagnostiek en behandeling niet altijd afgewogen naar de kwaliteit van leven en vooruitzichten van de patiënt, zeker wanneer meerdere lijnen betrokken zijn.

Kwetsbare oudere komt tekort

Versnippering levert onder andere problemen op in de omgang met multimorbiditeit bij ouderen. Ook de zorg voor kwetsbare ouderen schiet tekort. Casefinding van kwetsbaarheid is nog geen wijdverbreide praktijk. Volgens de KNMG ontbreken in het huidige systeem vaak probleemanalyse en bijbehorende verslaglegging bij vermoeden van kwetsbaarheid. Het signaleren van veranderingen in de (medische) situatie door de patiënt, de mantelzorger en de eerstelijnshulpverlener vindt vaak te laat plaats (KNMG, 2010).

Thuiszorg en mantelzorg: twee werelden

Informele zorg is onmisbaar...

Een tweede lacune in de extramurale voorzieningen betreft de faciliteiten voor informele zorg. Adequate thuiszorg en informele zorg zijn belangrijke voorwaarden om ouderen langer thuis te kunnen laten wonen, zeker wanneer in de toekomst de publiek gefinancierde formele zorg onder druk komt te staan.

...maar voldoende afstemming ontbreekt...

Op dit moment bestaat er echter een sterke scheidslijn tussen informele zorg en professionele (thuis)zorg. De huidige wijze waarop professionele hulp wordt toegewezen, de formele indicatiestelling, zorgt ervoor dat mensen niet de zorg krijgen die zij nodig hebben. Soms krijgen ze te weinig professionele zorg, soms juist te veel (‘Formalisering van informele zorg’, CEG 2007).

...en mantelzorger vaak overbelast

Ook overbelasting van mantelzorgers vormt een probleem. Twintig procent van de mantelzorgers is ernstig overbelast. Dertig procent voelt zich matig belast en ervaart problemen met het combineren van taken (Cloïn, Bucx, De Boer & Oudijk, 2011). Ouderen die merken dat hun mantelzorgers de zorg niet meer aankunnen, doordat hun emotionele en affectieve steun vermindert, vertonen een sterkere oriëntatie op het verzorgings- of verpleeghuis (Steverink, 2001). In de toekomst wordt informele zorg in familieverband mogelijk belemmerd doordat mensen langer doorwerken en doordat meer vrouwen participeren op de arbeidsmarkt. Daarom zijn naast mantelzorg ook andere vormen van informele zorg nodig, zoals inzet van ouderen uit de derde generatie (de zogenaamde ‘jongere ouderen’). Ook hier moet er echter voor worden opgepast dat er geen overbelasting ontstaat: ‘het spitsuur van het leven’ breidt zich mogelijk uit van jonge gezinnen naar de derde generatie.

3.3 Dreigende verschraling van zorg

Structurele hervormingen de enige oplossing

Het derde probleem dat de Raad signaleert is de dreigende verschraling van zorg. De kwaliteit en het imago van de ouderenzorg staan nu al onder druk. Grote demografische en economische uitdagingen zorgen ervoor dat het verbeteren van de kwaliteit en de houdbaarheid van de huidige zorg een hele opgave zal zijn. Deze uitdagingen kunnen niet worden aangepakt door meer collectieve middelen te besteden aan de zorg voor ouderen, maar vereisen structurele hervormingen.

Uitdagingen

Maatschappelijke ongerustheid over kwaliteit van zorg...

Er bestaan diverse signalen dat de kwaliteit en het imago van de ouderenzorg onder druk staan. Er heerst maatschappelijke ongerustheid over de kwaliteit van zorg. Het niveau van instellingen voor ouderen verschilt onderling sterk (SEO, 2011 en Elsevier, 2011). Ouderenzorg vormt een belangrijk onderdeel van het regeerakkoord (Regeerakkoord VVD-CDA). Het kabinet wil de kwaliteit van en het toezicht op de ouderenzorg verbeteren en heeft hiertoe gelden vrijgemaakt en maatregelen aangekondigd op het gebied van systeemkeuzes in de AWBZ. Ook wil het kabinet de rechten van de patiënt versterken. Het kabinet kondigt extra maatregelen aan om ouderenmishandeling tegen te gaan. Het verbeteren van de zorg voor ouderen is bovendien één van de speerpunten van de IGZ in het meerjarenbeleidsplan 2012-2015. Naast het gebruikelijke toezicht wordt een meerjarig IGZ-breed programma 'zorg voor kwetsbare ouderen' gestart (IGZ, 2011).

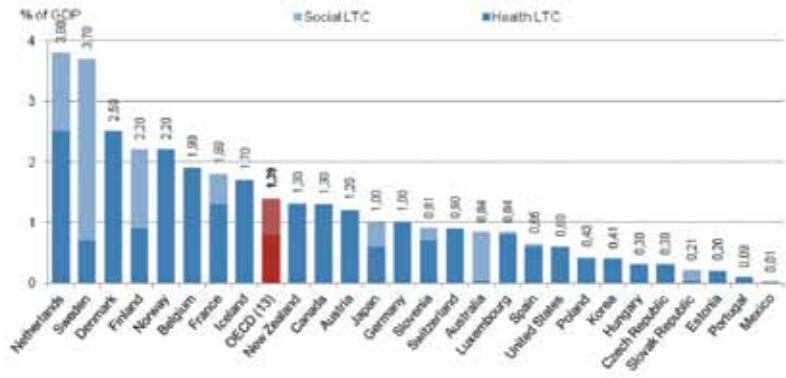
...ondanks diverse initiatieven tot verbetering

Zowel in de dagelijkse praktijk als in georganiseerd verband wordt hard gewerkt aan professionalisering en kwaliteit. Het 'Nationaal Programma Ouderenzorg' richt zich op het verbeteren van zorg voor ouderen met complexe hulpvragen. Acht regionale netwerken werken samen aan de totstandkoming van een samenhangend zorgaanbod dat beter is afgestemd op de individuele behoeften van ouderen (www.nationaalprogrammaouderenzorg.nl). Desalniettemin is de maatschappelijke onrust nog niet verdwenen.

Wordt de Nederlandse ouderenzorg te duur betaald?

Des te opvallender is het dat Nederland in internationaal opzicht collectief veel uitgeeft aan de zorg voor ouderen (zie figuur 3.2), terwijl de vergrijzing in vergelijking met andere landen hier nog niet zo ver gevorderd is. Dit roept de vraag op of de zorg in Nederland niet duur betaald wordt.

Figuur 3.2 Overheidsuitgaven aan langdurige zorg als % van het BBP in 2009

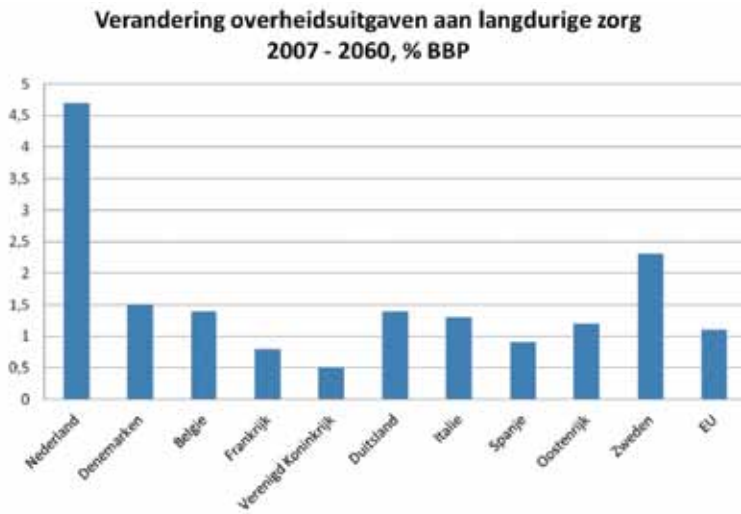


Bron: OECD Health Data, 2011.

Uitgaven ouderenzorg torenhoog

Bovendien lijkt het huidige stelsel met het oog op de vergrijzing onhoudbaar te worden. Zo heeft de Europese Commissie becijferd dat door de vergrijzing de overheidsuitgaven aan langdurige zorg in Nederland veel meer oplopen dan in de omringende landen (4,7% in de periode 2007-2060, zie figuur 3.3).

Figuur 3.3



Bron: Europese Commissie, 2009.

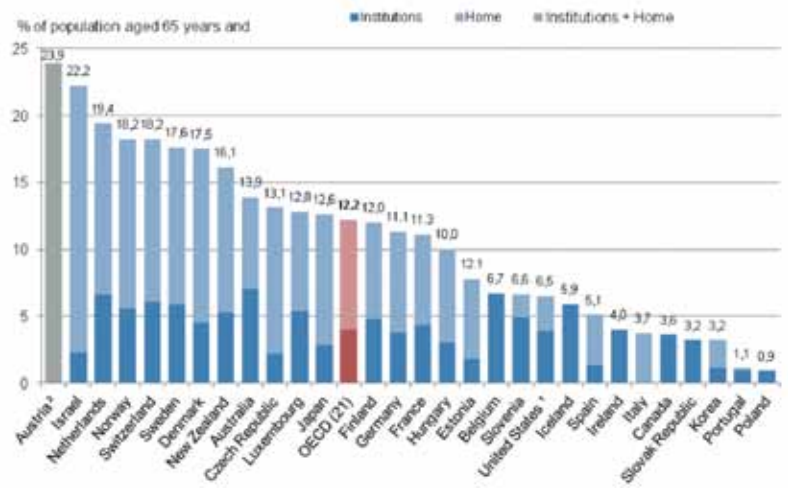
Groot beroep op formele langdurige zorg in Nederland

Een belangrijke reden voor deze relatief hoge stijging is dat in Nederland bijna één op de vijf ouderen een beroep doet op formele langdurige zorg (OESO, 2011). Dit is in vergelijking met andere OESO-landen aan de hoge kant. Alleen in Oostenrijk en Israel is het gebruik van formele zorg groter (zie figuur 3.4). Een andere belangrijke reden van de relatief sterk stijgende overheidsuitgaven zijn de lage eigen betalingen. Deze zijn in Nederland internationaal gezien uitzonderlijk laag (ministerie van Financiën, 2010).

Kosten onhoudbaar voor de toekomst

Het is onzeker of we in de toekomst deze extra uitgaven en vraag kunnen accommoderen. Het draagvlak voor het verder verhogen van de lasten is naar verwachting beperkt. Alternatief is een verdringing van andere collectieve uitgaven, maar de mogelijkheden hiertoe zijn beperkt omdat ook investeringen in onderwijs, sociale zekerheid en veiligheid nodig blijven.

Figuur 3.4 Aandeel van de 65-plussers die formele langdurige zorg ontvangen, 2009 (of meest recente jaar)



Source: OECD Health Data, 2011.

Dreigend tekort aan arbeidskrachten

Bovendien dreigt tevens een groot tekort aan arbeidskrachten in de zorg. Volgens het RIVM zijn (bij ongewijzigd beleid) in de komende 15 tot 20 jaar minimaal 400.000 extra zorgverleners nodig (VWS, 2011). Erken, Koot en Kuijpers (2010) voorzien dat in 2030 zelfs tussen de 540.000 en 750.000 extra banen in de zorg nodig zijn ten opzichte van 2007 (bij ongewijzigd beleid). Deze toenemende vraag naar arbeidskrachten gaat ten koste van andere sectoren en economische groei (Erken et al., 2010).

Druk nog groter door economische crisis

Tot slot zit ook de economische situatie niet mee. Mocht de huidige economische crisis nog enige jaren aanhouden, dan zal ook economische groei niet kunnen helpen om de zorg voor ouderen te financieren. Bovendien kan de huidige economische crisis nadelige effecten hebben op de financiële positie van ouderen. Zo dreigt het afstempelen van pensioenrechten en kan de waarde van vermogen (bijvoorbeeld in woningen) verminderen. Kortom, bezuinigingen en tekort aan personeel lijken de kwaliteit van toekomstige zorg voor ouderen verder te ondermijnen, met een verschraling van zorg van dien.

3.4 Conclusie

Verschraling van ouderenzorg dreigt

In dit hoofdstuk signaleerde de Raad drie concrete problemen. Ten eerste zal het aantal niet-redzame ouderen verder toenemen wanneer we op de oude voet doorgaan. Ouderen verliezen hun redzaamheid nu eerder dan noodzakelijk is. Ten tweede hebben ouderen de behoefte om langer thuis te wonen terwijl de zorgvraag blijft toenemen. De intramurale voorzieningen sluiten onvoldoende aan bij deze behoefte, terwijl de extramurale voorzieningen nog niet gereed zijn om de zorgvraag op te vangen. Dit betekent dat ouderen regelmatig worden opgenomen in een verpleeghuis omdat er geen alternatieven bestaan. Ten derde zullen de kosten van de zorg aan ouderen sterk toenemen en dreigt krapte op de arbeidsmarkt terwijl de beperkte collectieve middelen dit niet kunnen opvangen. Hierdoor dreigt verschraling van de zorg. De zorg aan de ouderen die het meest afhankelijk zijn van overheidsvoorzieningen komt hiermee onder druk te staan. De problemen die in dit hoofdstuk werden geschetst, maken duidelijk dat structurele hervormingen in de zorg aan ouderen noodzakelijk zijn, om ook in de toekomst goede zorg en kwaliteit van leven te kunnen garanderen aan niet-redzame ouderen.

Jonker Frans, Florence, Den Haag

4 Oplossingsrichtingen

Oplossingen vragen om inzet van alle burgers

In dit hoofdstuk reikt de Raad drie oplossingsrichtingen aan om goede zorg en kwaliteit van leven in de toekomst te borgen voor niet-redzame ouderen. De eerste oplossingsrichting is voorzorg. De tweede oplossingsrichting is zorg aan huis voor ouderen met complexe problematiek. En de derde oplossingsrichting is collectieve zorg beperken tot niet-redzame ouderen. De oplossingsrichtingen stimuleren dat ouderen zo lang mogelijk redzaam blijven, thuis kunnen blijven wonen en financieel onafhankelijk blijven. De oplossingsrichtingen hebben betrekking op verschillende groepen. 'Voorzorg' en 'Collectieve zorg beperken tot niet-redzame ouderen' zijn gericht op alle mensen (jong en oud) zo lang zij nog redzaam zijn. 'Zorg aan huis' is gericht op ouderen met complexe en langdurige problematiek.

4.1 Voorzorg

Voorzorg: langer gezond en goed voorbereid

Het eerste probleem dat de Raad signaleerde in het vorige hoofdstuk houdt in dat ouderen hun redzaamheid eerder verliezen dan noodzakelijk is en dat zij daardoor vroegtijdig worden opgenomen in een intramurale instelling. Oorzaken hiervan zijn enerzijds dat de gezondheid vroegtijdig achteruit gaat en anderzijds dat mensen onvoldoende zijn voorbereid op de organisatorische en financiële gevolgen van het ouder worden. Om te garanderen dat ouderen zo lang mogelijk redzaam blijven en een goede gezondheid en kwaliteit van leven behouden, beveelt de Raad aan om een omslag te maken van een beleid dat alleen is gericht op zorg naar een beleid dat ook is gericht op voorzorg. Het is nodig dat mensen zelf voorzorgsmaatregelen treffen om langer gezond te blijven én om goed voorbereid te zijn op de organisatorische en financiële aspecten van hun oude dag. Overheid en professionals dienen te sturen op functiebehoud.

Stimuleer burgers om tijdig voorzorgsmaatregelen te treffen

Jong nadenken over oud

Het is belangrijk dat mensen ver voordat zij oud worden nadenken over hoe zij de zorg voor de oude dag willen regelen, zodat zij tijdig voorzorgsmaatregelen kunnen treffen. Het huidige beroep op collectieve voorzieningen is immers onhoudbaar voor de toekomst en dit vraagt van burgers meer eigen verantwoordelijkheid.

Keuzes voor de oude dag aangeven in een zorgverklaring

De rijksoverheid kan burgers stimuleren een zogenaamde *zorgverklaring* op te stellen waarin zij kunnen aangeven hoe zij de zorg op hun oude dag willen regelen en hoe zij deze gaan bekostigen. Een zorgverklaring is een wilsverklaring waarin men kan aangeven welke voorkeuren men heeft op het gebied van wonen, zorg en de financiering daarvan in de laatste levensfase. Een dergelijke verklaring levert geen juridisch afdwingbare aanspraak op, maar biedt naasten, wettelijk vertegenwoordigers en zorgverleners de gelegenheid om

rekening te houden met iemands voorkeuren in het geval men dat zelf niet meer kan. Er kan bijvoorbeeld worden opgenomen of men van plan is om in het eigen huis te blijven wonen, of wil overstappen naar een andere woning, en hoe men van plan is eventuele zorg te bekostigen. De rijksoverheid ontwikkelt een model zorgverklaring en stuurt burgers op zestigjarige leeftijd een uitnodiging om deze in te vullen. Dit kan eventueel om de vijf jaar herhaald worden met de vraag of er veranderingen zijn opgetreden in de wensen en mogelijkheden voor de toekomst. De huisarts of een andere eerstelijnszorgverlener fungeert als aanspreekpunt en biedt hulp bij het opstellen. Er bestaat overigens al een wilsverklaring waarin mensen kunnen aangeven hoe zij zorg in de laatste levensfase willen regelen. Hierin komen onder andere opvattingen en voorkeuren ten aanzien van euthanasie en reanimatie aan de orde. Deze wilsverklaring zou geïntegreerd kunnen worden in de uitgebreidere zorgverklaring.

Burgers voorbereiden met een levensloopwijzer

Om burgers voor te bereiden op het opstellen van een zorgverklaring, zou de rijksoverheid burgers een zogenaamde levensloopwijzer kunnen aanreiken met informatie en tips over de voorzorgsmaatregelen die zij kunnen treffen in de verschillende fasen van hun leven op het gebied van wonen, financiën, leefstijl, vitaliteit, zorg en sociaal netwerk, om zo lang mogelijk een goede gezondheid te behouden en de organisatorische gevolgen van het ouder worden op te vangen. Denk bijvoorbeeld aan informatie over het belang van een actieve leefstijl gedurende de jonge jaren, tips om het huis 'ouderdomsproof' te maken (bijvoorbeeld door brede deuren, aangepaste badkamer en traplift), tips voor valpreventie, opties voor zorgvoorzieningen en aanleunwoningen in de buurt, mogelijkheden om te sparen voor de oude dag en een sociale kaart met opties voor deelname aan clubs en vrijwilligerswerk. Een gedeelte van deze informatie wordt pas interessant op hogere leeftijd (zoals tips voor valpreventie). Andere informatie is juist al op jonge leeftijd relevant (met een actieve leefstijl kan men bijvoorbeeld niet vroeg genoeg beginnen, en ook sparen om het pensioen aan te vullen is vooral zinvol wanneer men er vroeg mee begint). De wijzer is voor alle burgers beschikbaar via huisarts, apotheek, gezondheidscentra en gemeenten. Belangrijk aandachtspunt is dat juist de groepen die een hoog risico hebben om hun redzaamheid te verliezen (zoals alleenstaande ouderen en mensen met een lagere sociaal economische status) vaak moeilijk bereikbaar zijn. Daarom is het van belang dat zij actief worden benaderd door middel van keukentafelgesprekken. Zulke gesprekken vinden in het kader van veldonderzoek al plaats in Drenthe (op verzoek van VWS).

Stuur op het voorkomen of uitstellen van ouderdomsbeperkingen en functieverlies

Informatieverstrekking alleen is onvoldoende

Om ervoor te zorgen dat mensen langer een goede gezondheid behouden acht de Raad het essentieel dat er naast informatieverstrekking door de levensloopwijzer tevens beleid is dat focust op functiebehoud en preventie van ouderdomsaandoeningen.

Een actieve leefstijl stimuleren kan op vele manieren...

Actief zijn en blijven op fysiek, mentaal en sociaal vlak helpt om het optreden van functieverlies en ouderdomsbeperkingen zoveel mogelijk te voorkomen of uit te stellen. Een actieve levensstijl draagt bij aan het adequaat functioneren van het bewegingsapparaat en het voorkomen van dementie. Het hebben en in stand houden van een sociaal netwerk draagt bij aan de kwaliteit van leven en langer redzaam blijven.

...bijvoorbeeld door pas gepensioneerden uit te nodigen om zich in te zetten voor niet-redzame ouderen

De Raad vindt het daarom belangrijk dat gemeenten een veilige en verrijkte woonomgeving voor ouderen creëren waarin ouderen gestimuleerd worden in beweging te blijven en normale dagelijkse activiteiten te blijven doen, zoals boodschappen doen en sociale contacten onderhouden. Ook de rijksoverheid dient mensen te stimuleren om de capaciteiten die zij nog hebben te benutten. Zorgverleners moeten zorgen dat ouderen voldoende buiten komen en regelmatig interactie hebben met de buitenomgeving. Ook zouden gemeenten moeten stimuleren dat mensen zo lang mogelijk maatschappelijk participeren, bijvoorbeeld door vormen van beschermd wonen voor ouderen te ontwikkelen, waarbij buren zaken voor elkaar regelen. Of door intergenerationele en intragenerationele ontmoetingen vanzelfsprekender te maken, bijvoorbeeld in de vorm van een restaurant nabij een wooncomplex voor ouderen waar kleinkinderen hun opa en oma gemakkelijk mee naar toe nemen of waar naast ouderen ook studenten komen. Ook kunnen gemeenten pas gepensioneerden uitnodigen om zich te blijven inzetten voor de samenleving, bijvoorbeeld in de zorg aan niet-redzame ouderen. Sociaal actief blijven helpt bij het opbouwen en in stand houden van een sociaal netwerk. Bovendien wordt op deze wijze het potentieel van de derde generatie voor de vierde generatie ouderen benut.

Duidelijke woorden…

Praktijkvoorbeeld: Voorzorg bij dementie

In de ontmoetingscentra van zorginstelling Pieter van Foreest in Delft kunnen ouderen met beginnende dementie en hun mantelzorgers terecht voor laagdrempelige zorg en begeleiding en voor contact met lotgenoten. Bezoekers kunnen dagelijks gebruik maken van het activiteitenprogramma dat aansluit bij hun wensen en dat is gefundeerd op wetenschappelijk onderzoek. Vaste onderdelen van de activiteiten zijn bewegen, verwerken en geheugentraining. Er zijn huiskamers ingericht voor groepen met verschillende stadia van dementie. Afhankelijk van een indicatie van het CIZ kunnen mensen één tot zeven dagen in de week naar het ontmoetingscentrum komen. De mantelzorger is altijd welkom, maar hoeft niet aanwezig te zijn. De ontmoetingscentra en de begeleiding zijn uitdrukkelijk óók gericht op de mantelzorger. In de loop van de tijd (en in de loop van het rouwproces dat bij beginnende dementie hoort) verschuift het zwaartepunt van de begeleiding van de dementerende naar de mantelzorger. Mantelzorgers zien hun dierbare veranderen en raken zwaarder belast. Professionele begeleiding en lotgenotencontact laten mantelzorgers (weer) hun eigen kracht ervaren. Voor mensen met beginnende dementie kan opname in een verpleeghuis op basis van dit concept met gemiddeld zeven maanden worden uitgesteld.

Casefinding en systematische opsporing van kwetsbare ouderen is nodig

Ondanks preventie zullen er altijd kwetsbare ouderen blijven. Het is noodzakelijk om vroegtijdig en onnodig functieverlies te voorkomen door casefinding en systematische opsporing van kwetsbare ouderen in te zetten en

te evalueren, door polyfarmacie te saneren en door een bewuste afweging te maken bij medische ingrepen. Huisarts en eventueel de verpleegkundige geriatrie dienen kwetsbaarheid en complexe problematiek proactief te benaderen. De signaalfunctie in de eerste lijn moet worden heringericht. Wanneer medische ingrepen nodig zijn, dan moet een bewuste afweging worden gemaakt in hoeverre de ingreep niet leidt tot blijvend functieverlies en verschraling van de kwaliteit van leven.

Praktijkvoorbeeld: 'Zichtbare Schakel'
Verpleeg- en verzorgingshuis De Posten in Enschede heeft een ambulante functie voor ouderen in Enschede Zuid zodat zij zo lang mogelijk zelfstandig thuis kunnen blijven wonen. In de aandachtswijken Velve-Lindenhof en Wesselerbrink in Enschede zijn vier wijkverpleegkundigen ingezet in het kader van het project Zichtbare Schakel van ZonMw. Deze wijkverpleegkundigen bezoeken alle thuiswonende 75-plussers waarbij het functioneren aan de hand van het Trazag-instrument wordt beoordeeld. Steeds vindt terugkoppeling plaats naar de huisarts. Dit project wordt geëvalueerd door ZonMw. Opvallend is het hoge bereik (98%), waardoor ook zorgmijders in beeld zijn. Met veel bewoners gaat het overigens goed. Voor ouderen die ondersteuning nodig hebben of behoefte hebben aan sociale activiteiten is er aanbod vanuit het zorgcentrum, zoals maaltijden en een "Huiskamer van de buurt". Daarnaast bestaan de zogenaamde "Postenclubs" voor onder andere tai-chi, jeu de boule, tekenen en schilderen en zang.

4.2 Zorg aan huis voor ouderen met complexe problematiek

Thuis kan ook een nieuwe woning zijn

Het tweede probleem dat de Raad signaleerde houdt in dat de intramurale voorzieningen onvoldoende aansluiten bij de behoeften van ouderen en onvoldoende houdbaar zijn, terwijl de extramurale voorzieningen nog niet gereed zijn om de zorgvraag op te vangen. Als oplossingsrichting beveelt de Raad aan om het beleid van het scheiden van wonen en zorg voort te zetten, en ook ouderen met langdurige en complexe problematiek in staat te stellen om langer thuis te blijven wonen. De Raad definieert 'thuis' in brede zin. Het kan de woning betreffen waarin mensen hun hele leven wonen en waarin zij aanpassingen hebben gedaan zodat zij er hun oude dag kunnen doorbrengen. Het kan ook gaan om een woning in een woon-zorgconcept waarnaar de oudere tijdig overstapt. Om het mogelijk te maken dat ouderen met complexe problematiek langer thuis blijven wonen, zijn aanpassingen nodig op vier gebieden, namelijk medische en verpleegkundige zorg aan huis, mantelzorg, wonen en ICT en techniek.

Medisch verpleegkundige zorg

Integraal, multidisciplinair en dynamisch zorgaanbod

Op het gebied van medische en verpleegkundige zorg is een integraal, multidisciplinair en dynamisch zorgaanbod (zie begrippen in 1.3) nodig, georganiseerd in een netwerk rondom de thuiswonende oudere. In bijlage 3 presenteert de Raad hiervoor een uitgebreide strategie die aansluit bij verschillende beroepsorganisaties en die geïnspireerd is door diverse individuele professionals en wetenschappers. Hieronder volgt een samenvatting.

Transmurale, interdisciplinaire teams

Zorgverleners dienen samen te werken in transmurale, multidisciplinaire teams op grond van een zorgbehandelplan. In dit behandelplan stellen zij samen met de patiënt gezondheids- en welzijnsdoelen op, zoals kwaliteit van leven, behoud of herstel van functionaliteit en participatie. Diagnostiek en behandeling worden op deze doelen gebaseerd. Alle betrokken professionals rondom een patiënt sturen op dezelfde gezondheidsdoelen.

Coördinatie door verpleegkundige

De eindverantwoordelijkheid ligt bij de huisarts. In het geval van oudere patiënten met complexe meervoudige problematiek is het belangrijk dat de zorg wordt gecoördineerd rondom de individuele patiënt (NHG, 2010). De huisarts kan de coördinatie van zorg en behandeling aan een verpleegkundige delegeren die reeds bij de patiënt betrokken is. Deze verpleegkundige blijft in alle fases en door alle lijnen heen naast de patiënt staan. Hij coördineert de aspecten zorg, wonen en welzijn en bewaakt samen met de patiënt het zorgbehandelplan en het sturen op de geformuleerde gezondheidsdoelen.

Voldoende geriatrische expertise aanwezig

Binnen de teams bestaat voldoende geriatrische expertise doordat de geriatrische expertise van de huisarts wordt versterkt en doordat deze structureel samenwerkt met de specialist ouderengeneeskunde. Bovendien participeren medisch specialisten (zoals de klinisch geriater, de internist ouderengeneeskunde, de specialist ouderengeneeskunde en de ouderenpsychiater) in het team en verrichten zij consulten in de thuissituatie. Deze consulten kunnen op locatie plaatsvinden, maar ook virtueel.

Praktijkvoorbeeld: 'Handen ineen'

Het project 'Handen ineen' is een praktijkvoorbeeld van een multidisciplinair samenwerkingsverband tussen een huisartsenpraktijk in Roosendaal en een extramuraal opererend team vanuit 'Stichting Groenhuysen', een regionale instelling voor verpleeg- en verzorgingshuizen en thuiszorg. Het project richt zich op het zo lang mogelijk thuis blijven wonen met een zo goed mogelijke kwaliteit van leven van de oudere patiënt. De huisarts houdt de 24-uurs regie. Hij kan professionals van 'Stichting Groenhuysen' in consult roepen, zoals bijvoorbeeld de specialist ouderengeneeskunde, de verpleegkundige, de GZ-psycholoog, de thuiszorg en de geriatrisch consulent (een ervaren HBO-opgeleide verpleegkundige). Consulten door de specialist ouderengeneeskunde worden binnen vijf dagen verricht en binnen een week gerapporteerd in de vorm van een consultverslag en behandelvoorstel. De andere pijler van het project is de screening op kwetsbare ouderen in de huisartspraktijk door de geriatrisch consulent middels de Tilburg Frailty Index (TFI), eventueel aangevuld met andere testen. In samenspraak met de specialist ouderengeneeskunde wordt advies uitgebracht aan de huisarts rondom aanpassingen in medicatie, zorg en eventuele inzet van paramedici. Multidisciplinair overleg vindt plaats op maandelijkse basis, waar onder andere aandacht is voor het opstellen van een gezamenlijk zorg-behandelplan. Op halfjaarlijkse evaluatiebasis worden consulten afgesloten of wordt de behandeling gecontinueerd.

Bron: Nordennen, van R., M. Brants, V. Vanneste, Kwetsbaar zegt meer dan oud. Medisch Contact 66, 2011, no. 48, p. 2991-2993.

Kwaliteitseisen voor zorg aan huis

Om de kwaliteit van de zorg aan huis te bewaken dient het Kwaliteitsinstituut in samenwerking met beroepsgroepen professionele kwaliteitseisen en benodigde competenties op te stellen voor multidisciplinaire en transmurale samenwerking rondom de patiënt thuis en voor geriatrische expertise. De indicatoren moeten openbaar worden gemaakt. Ook moeten zij worden verwerkt tot aanbevelingen voor (para)medische en verpleegkundige (vervolg) opleidingen.

Enige structurele intramurale zorg blijft beschikbaar

Voor ouderen waarbij zorg aan huis niet mogelijk, effectief of efficiënt is, moet structurele intramurale zorg beschikbaar blijven. Traditionele verpleeghuizen moeten zich ontwikkelen tot specialistische zorg- en behandelcentra, met onder andere een zorghotel voor kort verblijf, een woonfunctie voor intensieve zorg en een expertisecentrum.

Praktijkvoorbeeld: Instructies wondverzorging

Medewerkers van de Frankelandgroep te Schiedam hebben een vernieuwende aanpak op het gebied van complexe wondverzorging ontwikkeld, waarvoor zij in 2011 de 'Jenneke van Veen verbeterprijs 2011 ouderenzorg' ontvingen. Snelle genezing van een complexe wond vermindert het risico op gevaarlijke complicaties. Er bestaan veel materialen en behandelingen om het genezingsproces te bevorderen, maar bij complexe wonden zijn geschreven instructies vaak lastig om te volgen.

In de Frankelandgroep zorgen onderlinge afspraken en toegankelijke instructies ervoor dat complexe wondzorg een breed gedragen verantwoordelijkheid binnen de hele organisatie is. Bij de overdracht en bij instructies door de praktijkverpleegkundige staat een dossier centraal, waarin het hele proces van wondbehandeling in foto's wordt vastgelegd, met korte instructies van de praktijkverpleegkundige. Zo kan elke verzorgende precies zien hoe een complexe wond moet worden behandeld. Dit voorkomt verkeerde interpretaties in een mondelinge overdracht en fouten bij het lezen van ingewikkelde instructies. Deze toegankelijke instructies dragen er aan bij dat ouderen met complexe wonden in de thuissituatie adequate wondzorg ontvangen in de thuissituatie.

Informele zorg

Informele zorg en formele zorg zijn complementair

Om het mogelijk te maken dat ouderen met complexe problematiek langer thuis wonen, is het volgens de Raad belangrijk dat informele zorg adequaat wordt aangevuld met medische en verpleegkundige zorg aan huis. Informele zorg en thuiszorg moeten op elkaar worden afgestemd op grond van de zorgdiagnostiek en worden opgenomen in het zorgbehandelplan. Hierbij kan mantelzorg de vorm aannemen van 'mantelregie', waarbij de mantelzorger de patiënt vertegenwoordigt (Westendorp, Genero conferentie, november 2011).

Pas op voor overbelasting mantelzorger

Nu informele zorg nog belangrijker wordt, vormt overbelasting van mantelzorgers een nog groter risico dan het al was. Om overbelasting te voorkomen kunnen huisarts en wijkverpleegkundige mantelzorgers bijvoorbeeld via telezorgvoorzieningen ondersteunen. Daarnaast dienen huisarts, wijkverpleegkundige, praktijkverpleegkundige geriatrie en het steunpunt mantelzorg

overbelasting van mantelzorgers tijdig te signaleren. Gemeenten dienen adequate respijtzorg te organiseren, bijvoorbeeld in de vorm van Maatjesprojecten in de gemeente Delft.

Jonge ouderen voor oude ouderen

Ten slotte is het belangrijk om het potentieel van de derde generatie ouderen (60-75 jaar) op waarde te schatten. Veel van deze zogenaamde 'jongere ouderen' zijn bereid en in staat om 'oudere ouderen' te ondersteunen. Op dit moment wordt de meeste informele zorg (41%) al geleverd door de leeftijdsgroep van 55 tot 65 jaar (RVZ, 2006a). De rol van ouderen bij vrijwilligerswerk en mantelzorg groeit snel (Dekker, et al, 2007; Penninx, et al, 2008). Maar niet alle ouderen die een dergelijke rol willen vervullen weten de weg te vinden. De gemeente kan hun inzet faciliteren en mogelijk versterken, bijvoorbeeld door pas gepensioneerde ouderen via een brief te informeren over waar in de buurt behoefte is aan informele zorg aan niet-redzame ouderen. Actief blijven als vrijwilliger draagt tevens bij aan de ontwikkeling van het eigen netwerk.

Passend woonaanbod en inzet van ICT en techniek

Levensloopbestendige woningen

Een passend woonaanbod en de inzet van ICT en techniek zijn volgens de Raad essentiële voorwaarden om ouderen in staat te stellen langer te thuis wonen. Er is een gevarieerd aanbod van woningen en wooncomplexen nodig dat aansluit bij de verschillende leefstijlen van individuele ouderen in de samenleving. Een aantal van die woonvormen in binnen- en buitenland wordt beschreven in 'Baanbrekende burgerinitiatieven, innovaties in woonvormen, architectuur en planologie' (ILC Zorg voor later, maart, 2009). Woningen dienen eenvoudig aangepast te kunnen worden zodat zorg thuis geleverd kan worden (denk aan brede deuren, trapliften, drempels, rolstoeltoegankelijkheid, eventuele bekabeling voor telezorg in ieder huis aanwezig, etc.). Levensloopbestendig bouwen vergt een aanpassing van de bouwbesluiten.

Praktijkvoorbeeld: Nieuwe gemeenschapszin

In de praktijk zien we al voorbeelden van nieuwe publiek-private arrangementen en nieuwe gemeenschapszin. Zo is er het initiatief van de Swinhove groep in Zwijndrecht, waar door een samenwerking van maatschappelijke organisaties en gemeenten een aantal wooncomplexen met wijkcentra gerealiseerd zijn. Deze complexen kunnen met de daar aanwezige zorgteams een bijna volwaardig alternatief bieden voor het verzorgingshuis (en gedeeltelijk ook voor het verpleeghuis). Binnen het concept is de woningcorporatie eigenaar van de appartementen die verhuurd worden aan ouderen. Zo kunnen zij langer zelfstandig thuis wonen. Daarnaast wordt binnen elk project 24-uurs-zorg geleverd door een team van verpleegkundigen. De welzijnsorganisatie heeft gezorgd voor een restaurant en gezamenlijke ruimte om zo het contact tussen buurtbewoners te bevorderen. Tevens is er een community opgericht, de Sociëteit Swinhove Groep. Dit is een vereniging voor 55-plussers, waarbij ontmoeting en samen dingen doen centraal staan. Volgens Guus Bannenberg leidt het initiatief tot structurele besparingen van enkele miljoenen op de AWBZ, alleen al in één gemeente. Zo staan er in Zwijndrecht 25% minder verzorgings- en verpleeghuizen. De Swinhove groep is onderdeel van Corona wonen, en dit is één van de maatschappelijke organisaties die deelneemt aan de denktank Zorg in Eigen Hand. Deze denktank heeft op 11 november 2011 een convenant gesloten om communities in wonen, zorg en welzijn te ondersteunen en, waar nodig, op te richten.

Slimme woningen

Langer thuis wonen vraagt ook om slimme woningen, met technologische apparaten en diensten die ouderen en hun mantelzorgers kunnen ondersteunen bij de dagelijkse bezigheden. De overheid kan de ontwikkeling hiervan stimuleren door de samenwerking tussen wetenschap, industrie en gemeenten (de gouden driehoek) te bevorderen, bijvoorbeeld via het huidige topsectorenbeleid op het gebied van life science en health.

Communiceren en coördineren 2.0

Nieuwe communicatiemiddelen, zoals telemeetings en virtuele ontmoetingsplekken, kunnen worden ingezet om de zorg door multidisciplinaire teams en informele zorgverleners te coördineren. Zowel informele als formele zorgverleners moeten op ieder moment en vanaf iedere locatie toegang hebben tot eenduidige en up-to-date informatie over de behandeling van patiënten. Kortgeleden is de website 'het virtuele verzorgingshuis' opgericht, waar formele en informele zorgverleners via een zorgplan samen de zorg voor een oudere patiënt kunnen regelen (http://www.virtueelverzorgingshuis.nl/). Ook relatief eenvoudige techniek kan langer thuis wonen faciliteren. Denk aan mantelzorgers die de boodschappen via internetwinkelen bestellen.

Praktijkvoorbeeld: 'Zorg- en Welzijns Info Portaal'

In Nijmegen is binnen het Nationaal Programma Ouderenzorg een Zorg- en Welzijns Info Portaal (ZWIP) ontwikkeld dat gericht is op betere communicatie en informatievoorziening voor kwetsbare ouderen, hun mantelzorgers en hulpverleners. Binnen het portaal delen ouderen, mantelzorgers en hulpverleners aan een digitale overlegtafel informatie, is er een digitaal zorgplan en krijgt de oudere op maat gesneden voorlichtingsmateriaal aangereikt. De oudere zelf geeft toestemming wie aan de digitale tafel mag aanschuiven (www.zwip.nl).

Gidsen in de nieuwe technologie

Ook een passend aanbod van domotica is nodig om de zorg in de thuissituatie te ondersteunen. Producenten kunnen zorgen dat domoticatoepassingen aansluiten bij de behoeften en belevingswereld van gebruikers door ze in samenspraak met hen te ontwikkelen. Daarnaast is interconnectivity belangrijk: producten van verschillende leveranciers moeten probleemloos op elkaar aansluiten. De overheid dient hiertoe standaarden voor te schrijven, en zorgverzekeraars en gemeenten dienen alleen producten in te kopen die aan deze vereisten voldoen. Ten slotte dient de rijksoverheid nieuwe opleidingen te faciliteren voor zogenaamde 'gidsen in de nieuwe technologie' (namelijk vakmensen zoals een human technology specialist) die burgers in de thuissituatie wegwijs maken in de omgang met slimme technologie.

4.3 Collectieve zorg beperken tot niet-redzame ouderen

Collectief arrangement beperken tot niet-redzame ouderen

Het derde probleem dat de Raad signaleerde in het vorige hoofdstuk houdt in dat verschraling van de zorg dreigt. Als oplossingsrichting beveelt de Raad aan om het collectieve arrangement vooral te richten op niet-redzame ouderen, zodat voor hen de kwaliteit van zorg kan worden verbeterd. In deze paragraaf beschrijft de Raad vier hervormingsrichtingen om dit te realiseren. De eerste houdt in dat de Raad het van belang acht om door te zetten met het scheiden van wonen en zorg. De tweede en derde hervormingsrichting zijn eerder door de Raad aanbevolen, namelijk om medische en verpleegkundige zorg tot verzekerd recht te maken en maatschappelijke participatie te bevorderen via de WMO. De vierde hervormingsrichting die de Raad aanbeveelt is nieuw en houdt in om burgers die hiertoe in staat zijn te stimuleren om meer zelf te financieren en/of hun netwerk in te zetten voor hun oude dag.

One-size-fits-all voldoet niet meer

Immers, de ouderen van de toekomst zijn anders dan de ouderen nu. Ze zijn gemiddeld genomen hoger opgeleid, kunnen langer goed functioneren en hebben meer inkomen en vermogen. Deze ouderen zijn hun hele leven gewend om keuzes te maken en zullen geen genoegen nemen met een *one-size-fits-all* aanbod dat wordt gekenmerkt door schaarste. Door ouderen zelf meer inkoopmacht te geven zal het aanbod beter aansluiten op deze gedifferentieerde vraag. Er zal echter in de toekomst ook een groep ouderen zijn die minder redzaam is. Voor deze groep is het nodig dat er goede zorg is en dat ze prettig wonen en participeren in de maatschappij. Ook voor deze groep moeten we in de toekomst een goede kwaliteit van leven borgen. Juist door meer te sturen op eigen verantwoordelijkheid bij ouderen die hier toe in staat zijn, kan solidariteit met niet-redzame ouderen geborgd worden.

Wonen eigen verantwoordelijkheid

Nieuwe woon- en zorgarrangementen ook voor ouderen met zwaardere zorgvraag

Door de invoering van het beleid van scheiden van wonen en zorg komt wonen voor eigen rekening van ouderen. De staatssecretaris wil dit in 2014 voor de lichtere Zorgzwaartepakketten (ZZP's) 1 en 2 invoeren en waar mogelijk voor de ZZP's 3 en 4. Daarna zal het scheiden van wonen en zorg geleidelijk

over de hele linie worden uitgevoerd. De Raad ondersteunt deze plannen. Hij vindt het belangrijk dat juist ook voor ouderen met zwaardere Zorgzwaartepakketten nieuwe woon- en zorgarrangementen tot stand komen, zoals bijvoorbeeld het concept van de Herbergier.

Praktijkvoorbeeld: 'De Herbergier'
De Raad pleit voor een gevarieerd aanbod van woningen met zorg aan huis. Een voorbeeld hiervan is het concept van de Herbergier, voortgekomen uit de Thomashuizen. Herbergiers zijn gevestigd in mooie bestaande gebouwen, die eigendom zijn van woningcorporaties. Het is een relatief kleinschalig concept bestaand uit gemiddeld 16 appartementen. Het is een franchise-concept waarbij zorgechtparen eigenaar zijn van een locatie. Het concept is gericht op ouderen met geheugenproblemen, met name mensen met Alzheimer. Het gemiddelde Zorgzwaartepakket (ZZP) is 5 en de ouderen blijven er in principe tot het einde van hun leven wonen. Voor medische zorg wordt gebruikt gemaakt van de reguliere curatieve zorg. Zo wordt de eerste lijn goed benut en is er één huisarts aan een locatie verbonden. Het motto is om zoveel mogelijk gewoon te blijven. Zo zijn de bewoners niet gebonden aan het dagritme en mogen zij ook tot elf uur uitslapen als ze willen. Het betreft een persoonlijke benadering. De financiering verloopt via een PGB. Hier wordt de zorg uit bekostigd. De huur inclusief servicekosten (die verschilt van 900 tot 2.200 euro) moet door de bewoners zelf betaald worden.

Medisch verpleegkundige zorg een verzekerd recht

Prikkels om opname in intramurale instelling te voorkomen

Zoals de Raad reeds eerder heeft voorgesteld in het advies Beter zonder AWBZ? (RVZ, 2008), is hij van mening dat medische en verpleegkundige zorg die nu onder de AWBZ valt, overgeheveld moet worden naar de Zvw. Hierdoor kunnen synergievoordelen tussen curatieve en langdurige zorg worden gerealiseerd. Verzekeraars krijgen zo immers prikkels om ouderen zo lang mogelijk thuis te laten wonen en te voorkomen dat ouderen onnodig in een dure intramurale zorgsetting terecht komen. Zij kunnen dit bijvoorbeeld doen door integrale zorg rondom de ouderen thuis (namelijk eerstelijnszorg, verpleegzorg en revalidatiezorg) goed in te kopen. Deze zorg wordt vervolgens geleverd in regionale netwerken, die worden aangestuurd op basis van gerealiseerde gezondheidswinst. Dit betekent dat er voor de curatieve en langdurige medisch verpleegkundige zorg één bekostigingsregime moet komen.

Maatschappelijke participatie bevorderen via de WMO

Prikkels voor participatie

Wat betreft de maatschappelijke ondersteuningsfuncties heeft de RVZ eerder aanbevolen om deze onder te brengen in de WMO (RVZ, 2008). Het gaat hier om ondersteunende en activerende begeleiding, verblijf (aangepaste woningen) en vervoer. Inmiddels wil het kabinet extramurale begeleiding per 2013 naar de WMO overhevelen (ministerie van AZ, 2010). Naarmate het scheiden van wonen en zorg verder wordt doorgevoerd zal er een groter deel van begeleiding naar de WMO overgeheveld worden. De gemeenten kunnen er door WMO-voorzieningen voor zorgen dat ouderen participeren in de

samenleving en zo minder gebruik maken van dure zorg. Zij zouden hiertoe wel via het gemeentefonds financieel geprikkeld moeten worden (zie het RVZ advies Prikkels voor een toekomstbestendige WMO, 2011).

Stimuleer burgers om meer privaat te financieren en hun eigen netwerk in te zetten voor de oude dag

Stelselhervorming is wenselijk

De Nederlandse langdurige zorg voor ouderen kenmerkt zich door een formeel hoog zorggebruik, zowel extramuraal als intramuraal. De reden hiervoor is een combinatie van een uitgebreide collectieve verzekering en (zeker internationaal gezien) relatief lage eigen betalingen binnen deze verzekering. Dit konden we ons veroorloven in een tijd met veel jongeren, die het economisch steeds beter kregen, ten opzichte van een relatief kleine groep ouderen. De situatie is echter aan het veranderen: een steeds kleinere groep jongeren moet dit opbrengen voor een grotere groep ouderen. Dit zijn in toenemende mate vermogende ouderen, die in principe veel minder afhankelijk zijn van de jongere generatie. Bij deze situatie past een ander stelsel, waarin redzame ouderen veel meer dan nu het geval is zelf investeren in hun zorg.

Prikkels voor eigen investeringen

De Raad beveelt aan om burgers die hiertoe in staat zijn te stimuleren om meer zelf te investeren in de zorg voor hun oude dag, zowel op het gebied van financiering als op het gebied van hun sociale netwerk. Daarnaast beveelt de Raad aan om meer differentiatie mogelijk te maken op het gebied van wonen, welzijn en persoonlijke verzorging en dit te koppelen aan hogere eigen betalingen. Zo blijft het collectieve arrangement geborgd voor niet-redzame ouderen en kan de kwaliteit hiervan verhoogd worden. De Raad stelt de volgende twee opties voor (of een combinatie van beide) om eigen investeringen te stimuleren en differentiatie mogelijk te maken.

Optie A. Beperk het collectieve pakket tot zware zorgvragen met een medische component

...bijvoorbeeld door meer zorg voor eigen rekening te laten komen

Eén optie is om het collectieve verzekerde pakket te beperken tot zorg met een medische component. Lichtere zorgvragen (namelijk zorgvragen zonder dominante medische component) worden getypeerd als 'gebruikelijke zorg' en komen daarmee in principe voor eigen rekening van burgers. Een beperkt aantal uren thuishulp, begeleiding en persoonlijke verzorging hangt immers samen met de hogere leeftijd. De meeste ouderen zijn in staat om deze zorg zelf te regelen door een beroep te doen op hun netwerk of door zorg in te kopen. Alleen voor ouderen zonder voldoende financiële middelen en netwerk organiseert de gemeente een vangnet. Dit zou betekenen dat persoonlijke verzorging, voor zover deze niet samenhangt met medische zorg, overgeheveld wordt naar de WMO.

Optie B. Beloon ouderen die hun zorg zelf regelen

…of bijvoorbeeld…

Een andere optie is om het inzetten van het eigen netwerk te belonen, terwijl zorg in natura een verzekerd recht blijft voor iedereen. Op deze manier wordt de mogelijkheid van differentiatie ingezet als middel om burgers te verleiden om zelf zorg te regelen en geen gebruik te maken van het collectieve pakket.

...door inzetten van eigen geld en netwerk te belonen

Ouderen die zorg nodig hebben kunnen kiezen uit twee arrangementen. Het eerste arrangement betreft een zorgaanbod in natura dat is ingekocht door een zorgverzekeraar waarvoor men een eigen risico betaalt. Het tweede arrangement houdt in dat mensen zelf zorg regelen op basis van eigen financiële middelen en/of eigen netwerk (in plaats van gebruik te maken van het natura-aanbod), en bij wijze van compensatie een financiële vergoeding krijgen. Deze vergoeding ligt aanzienlijk lager dan de kosten van het natura-aanbod, maar de optie biedt mensen wel eigen regie en keuzevrijheid. Zo kan men bijvoorbeeld extra diensten afnemen, extra persoonlijke verzorging inkopen en gebruik maken van het eigen netwerk. Dit tweede arrangement kan op diverse manieren worden vormgegeven. Eén manier is zoals het Duitse systeem van de Pflegeversicherung (Gradus en Van Asselt, 2011), waarbij men kan kiezen voor een beperkte vergoeding (mantelzorgkostenforfait) die vrij te besteden is, zonder dat hier verantwoording over afgelegd moet worden. Zo kiezen in Duitsland 50% van de ouderen voor het forfait, hoewel dit 50% lager is (Gradus en Van Asselt, 2011). Een andere manier is te werken met gedifferentieerde eigen bijdragen naar luxe, waarbij meer differentiatie of extra zorg gekoppeld is aan een hogere eigen betaling.

Burgers moeten zich financieel voorbereiden

Leg financiële voorbereidingen vast in de zorgverklaring

Bij beide opties is het belangrijk dat burgers zich kunnen voorbereiden op de hogere eigen betalingen en de grotere keuzevrijheid ten aanzien van wonen, welzijn en zorg. Zo zouden ze hiervoor zelf kunnen sparen of zich verzekeren. Denk aan initiatieven als sparen voor extra zorg via het pensioen, een aanvullende private verzekering, spaarproducten via de zorgverzekeraar of het inzetten van het eigen huis via een omkeerhypotheek. De Raad beveelt aan om hier maatwerk toe te staan en de keuze aan burgers zelf over te laten. Wel reguleert de overheid deze initiatieven en houdt toezicht om burgers te beschermen tegen complexe en intransparante financiële producten. Ook moeten burgers de mogelijkheid krijgen om hun beslissingen in de eerdere genoemde zorgverklaring vast te leggen.

Indicatiestelling kan eenvoudiger door de professional

Eenvoudiger indicatiestelling door professional

Tot slot kan bij beide opties de indicatiestelling worden vereenvoudigd, doordat het verzekerde pakket voor het grootste deel bestaat uit medische en verpleegkundige zorg. Het ligt voor de hand in dit stelsel de indicatiestelling te beleggen bij de huisarts en de verpleegkundige die de zorg coördineert. Periodiek voert een toezichthoudend orgaan statistische controles uit op een adequate uitvoering van de indicatiestelling.

4.4 Conclusie

Eigen verantwoordelijkheid van alle burgers

Welke maatregelen zijn nodig om aan niet-redzame ouderen in de toekomst goede zorg en kwaliteit van leven te garanderen? In dit hoofdstuk presenteerde de Raad hiervoor drie oplossingsrichtingen. Om te voorkomen dat ouderen hun redzaamheid eerder verliezen dan noodzakelijk is en dat zij daardoor vroegtijdig worden opgenomen in een intramurale instelling, is het nodig om de redzaamheid van alle ouderen te bevorderen. Zo kan de collectieve zorg worden geborgd voor niet-redzame ouderen. Ten tweede moet het mogelijk worden dat ook ouderen met complexe en langdurige problematiek zorg aan huis ontvangen. Ten derde moet het collectieve arrangement vooral worden gericht op niet-redzame ouderen, zodat voor hen de kwaliteit van zorg kan worden verbeterd. De Raad acht stelselhervormingen noodzakelijk om ouderen te stimuleren om meer zelf te financieren en/of hun netwerk in te zetten. Dit vraagt om eigen verantwoordelijkheid van alle burgers.

Herbergier, Delft

5 Conclusie en aanbevelingen

Conclusie en aanbevelingen

In dit hoofdstuk vat de Raad de belangrijkste conclusies van het advies samen en doet hij enkele aanbevelingen om aan niet-redzame ouderen in de toekomst goede zorg en kwaliteit van leven te garanderen. De aanbevelingen volgen uit de oplossingsrichtingen die werden beschreven in het vorige hoofdstuk.

5.1 Conclusie

Wat gaat er mis?

Verschraalde zorg dreigt

Verschraalde zorg voor alle ouderen is geen aantrekkelijk toekomstperspectief. Wij moeten niet-redzame ouderen in de toekomst goede zorg en kwaliteit van leven kunnen bieden. Dan is doorgaan op de oude weg geen optie.

Onrust over kwaliteit

Er zijn nu al signalen dat de kwaliteit en het imago van de ouderenzorg onder druk staan. Er heerst maatschappelijke onrust en het niveau van instellingen voor ouderen verschilt onderling sterk. Zowel in de dagelijkse praktijk als in georganiseerd verband wordt hard gewerkt aan professionalisering en kwaliteit. Desalniettemin is de maatschappelijke onrust nog niet verdwenen.

Koerswijziging ouderenzorg noodzakelijk

Bovendien kenmerkt de Nederlandse langdurige zorg voor ouderen zich door een hoog formeel zorggebruik. Nu een steeds kleiner wordende groep jongeren deze zorg moet bekostigen voor een steeds groter wordende groep ouderen, wordt de ouderenzorg onbetaalbaar. Bovendien zijn toekomstige ouderen vermogender, waardoor zij minder afhankelijk zijn van de jonge generatie. Dit vraagt om een koerswijziging: burgers organiseren zo lang mogelijk hun eigen oude dag.

Wat is nodig?

Waarborg het collectieve arrangement voor niet-redzame ouderen

Ten eerste is voorzorg vereist om te garanderen dat mensen hun redzaamheid zo lang mogelijk behouden. Ten tweede is zorg aan huis voor ouderen met complexe problematiek vereist om te voorzien in de behoefte van ouderen om langer thuis te wonen. En ten derde acht de Raad het noodzakelijk om het huidige stelsel voor langdurige zorg voor niet-redzame ouderen te hervormen. Differentiatie en eigen regie moeten burgers die hiertoe in staat zijn stimuleren om zelf te investeren in hun oude dag, zodat het collectieve basisarrangement geborgd blijft voor niet-redzame ouderen.

Hoe kunnen we dit bereiken?

Het kan zo niet langer

Burgers moeten gaan beseffen dat zij zelf al vroeg in hun leven voorzorgsmaatregelen moeten treffen voor hun oude dag en dat de overheid alleen een basisvoorziening bekostigt. Burgers moeten investeren in gezondheid, sociaal netwerk, wonen en financiering van zorg. Bovendien moeten burgers,

beleidsmakers en professionals beseffen dat formele zorg een aanvulling is op informele zorg. Kortom, het is de hoogste tijd voor maatregelen.

Zorg vraagt om inzet

Voor wie zorgt u nu, en wie zorgt straks voor u? Dit is een belangrijke vraag omdat zorg op de oude dag geen vanzelfsprekend gegeven is. In de toekomst is informele zorg van het allergrootste belang. Bovendien is een actieve leefstijl, bijvoorbeeld in de vorm van vrijwilligerswerk, essentieel om de redzaamheid zo lang mogelijk te behouden.

Zorg voor niet redzame ouderen vraagt om voorzorg door iedereen

Een minstens zo belangrijke vraag luidt: welke zorg wilt u op uw oude dag ontvangen, en hoe bent u van plan deze te bekostigen? Door het collectieve arrangement te richten op niet-redzame ouderen worden burgers aangespoord om bewuste keuzes te maken over de zorg op hun oude dag en de financiering daarvan. De zorgverklaring schept een moment waarop de burger kan afwegen hoe hij zijn oude dag wil organiseren. Dit veronderstelt dat mensen opties hebben. Daarom informeert de levensloopwijzer mensen over welke voorzorgsmaatregelen zij kunnen treffen op het gebied van gezondheid, sociaal netwerk, wonen en financiën. Zo beogen levensloopwijzer en zorgverklaring in combinatie met meer private financiering burgers te stimuleren om al vroeg in het leven na te denken over hun oude dag. Zorg voor niet-redzame ouderen vraagt om voorzorg door iedereen.

5.2 Aanbevelingen op het gebied van voorzorg

- *Stimuleer burgers een **zorgverklaring** op te stellen waarin zij aangeven hoe zij de zorg op hun oude dag willen regelen en hoe zij deze gaan bekostigen.*

Zorgverklaring

De overheid ontwikkelt een model-zorgverklaring en nodigt burgers op zestigjarige leeftijd uit om deze in te vullen. De huisarts en wijkverpleegkundige fungeren als aanspreekpunt en bieden zo nodig hulp bij het opstellen van de zorgverklaring.

- *Bied burgers een **levensloopwijzer** aan met tips om tijdig voorzorgsmaatregelen te treffen voor hun oude dag.*

Levensloopwijzer

De overheid ontwikkelt een levensloopwijzer met tips op het gebied van wonen, vitaliteit, leefstijl, zorg, financiën en sociaal netwerk. De tips zijn erop gericht de organisatorische en financiële gevolgen van het ouder worden op te vangen en om zo lang mogelijk een goede gezondheid te behouden. De wijzer is voor iedereen beschikbaar via huisarts, apotheek, gezondheidscentra en gemeenten. Moeilijk bereikbare groepen worden actief benaderd door middel van keukentafelgesprekken.

- *Zoek de niet-redzame oudere op door middel van **case-finding** en **systematische opsporing.***

Case-finding en systematische opsporing

Gemeenten creëren een veilige en verrijkte woonomgeving die ouderen stimuleert tot een gezonde en actieve leefstijl op fysiek, mentaal en sociaal vlak. Huisarts en wijkverpleegkundige geriatrie zoeken kwetsbaarheid en complexe problematiek proactief op, door case-finding en systematische opsporing in te zetten en deze te laten evalueren. De huisarts saneert polyfarmacie.

5.3 Aanbevelingen op het gebied van zorg aan huis voor ouderen met complexe problematiek

- *Laat een verpleegkundige de medische en verpleegkundige **zorg rondom de thuiswonende oudere coördineren**.*

Coördinatie door verpleegkundige

Zorgverleners werken samen in multidisciplinaire teams met geriatrische expertise op grond van een zorgbehandelplan. De eindverantwoordelijkheid ligt bij de huisarts. In het geval van oudere patiënten met complexe meervoudige problematiek delegeert de huisarts de coördinatie van zorg en behandeling aan een verpleegkundige die reeds bij de patiënt betrokken is. Het Kwaliteitsinstituut stelt, in samenwerking met beroepsgroepen, professionele kwaliteitseisen en benodigde competenties op voor integrale, multidisciplinaire en transmurale samenwerking rondom de leefomgeving van de patiënt en voor geriatrische expertise.

- ***Nodig pas gepensioneerden uit** om zich in te zetten voor niet-redzame ouderen.*

Nodig pas gepensioneerden uit

De gemeente informeert ouderen uit de derde generatie over waar in de buurt behoefte bestaat aan helpende handen in de informele zorg aan ouderen uit de vierde generatie.

- *Ontwikkel **slimme woningen voor ouderen met complexe problematiek** en leid **'gidsen voor nieuwe technologie'** op die ouderen en hun mantelzorgers daarin wegwijs maken.*

Slimme woningen en gidsen nieuwe technologie

De rijksoverheid stimuleert de grootschalige ontwikkeling van woningen met slimme technologie voor ouderen met complexe problematiek zoals dementie en artrose door de samenwerking tussen wetenschap, industrie en gemeenten (de gouden driehoek) te bevorderen. De rijksoverheid ontwikkelt interconnectivity-standaarden om te bevorderen dat de industrie producten ontwikkelt die onderling goed op elkaar aansluiten en makkelijk in het gebruik zijn. De rijksoverheid faciliteert tevens nieuwe opleidingen die vakmensen opleiden om ouderen en hun mantelzorgers in de thuissituatie te ondersteunen in de omgang met slimme technologie.

5.4 Aanbevelingen op het gebied van collectieve zorg voor niet-redzame ouderen

- *Hervorm het zorgstelsel zodat burgers gestimuleerd worden om meer **privaat te investeren en hun netwerk in te zetten** voor hun oude dag, bijvoorbeeld door het collectieve pakket te beperken tot zware zorgvragen of door ouderen die hun zorg zelf regelen te belonen.*

Meer private investeringen en inzetten eigen netwerk

De overheid maakt meer differentiatie mogelijk op het gebied van wonen, welzijn en persoonlijke verzorging en stimuleert burgers om meer te investeren in de zorg tijdens hun oude dag, zowel op het gebied van netwerk als op het gebied van financiering van zorg. De overheid kan dit bijvoorbeeld doen door het collectieve pakket te beperken tot zware zorgvragen met een medische component, of door ouderen die zelf hun zorg regelen te belonen, bijvoorbeeld door een toeslag op de AOW-uitkering. Doordat het collectieve pakket zich vooral richt op niet-redzame ouderen kan ook de indicatiestelling vereenvoudigd worden en door de huisarts of de verpleegkundige die de zorg coördineert worden uitgevoerd.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

Rien Meijerink,
voorzitter

Pieter Vos,
algemeen secretaris

Bijlagen

Bijlage 1

Adviesaanvraag

Relevant gedeelte uit het RVZ-werkprogramma 2011, vastgesteld door de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
Zelfmanagement, zorg op afstand en hulp aan en in huis zal voor veel ouderen in de toekomst mogelijkheden geven om langer thuis een kwalitatief goed leven te leiden. Er zal echter een groep ouderen blijven die niet langer thuis kan blijven door de ernst van de aandoening (dementie, lichamelijke beperkingen) of door gebrek aan mantelzorg. Hoe ziet de dienstverlening voor deze groep ouderen (en jong dementerenden) er in de toekomst uit? En hoe kunnen wij de voorwaarden voor zelfredzaamheid creëren? In dit advies wil de RVZ zich in het bijzonder richten op de dienstverlening voor niet redzame ouderen, thuis en in instellingen, rekening houdend met op diverse fronten veranderende opvattingen en posities van ouderen in de samenleving. Het advies beoogt een bijdrage te leveren aan een discussie over ouder worden en oud zijn in Nederland. De RVZ hanteert hierbij een brede intersectorale blik, redenerend vanuit de burger en verschillen tussen burgers.

Bijlage 2

Adviesvoorbereiding

Het advies is vanuit de Raad voor de Volksgezondheid voorbereid onder leiding van:
Mevrouw E.R. Carter, MBA
Prof. dr. W.N.J. Groot
Mevrouw drs. M. Sint

Relevante functies en nevenactiviteiten raadsleden:
Mevrouw E.R. Carter, MBA
- Lid Raad van Bestuur Erasmus MC
- Lid bestuur ZonMw, Den Haag
- Lid Raad van Toezicht DBC Onderhoud

Prof. dr. W.N.J. Groot
- Hoogleraar gezondheidseconomie aan de Universiteit van Maastricht
- Hoogleraar Evidence Based Education aan de Universiteit van Maastricht
- Voorzitter van de Provinciale Raad van de Volksgezondheid in Limburg

Mevrouw drs. M. Sint
- Voorzitter Raad van Bestuur van de Isala Klinieken Zwolle
- Lid Raad van Commissarissen BPF Bouwinvest, Amsterdam

De Raad is in de voorbereiding bijgestaan door een ambtelijke projectgroep bestaande uit:
Mevrouw mr. G.P.M. Raas, projectleider tot 1 september 2011
Mevrouw dr. M. ten Have, projectleider
Mevrouw dr. I. Doorten, projectleider
Drs. B.J.C. van de Gevel, senioradviseur
L. Ottes, arts, senioradviseur
Mevrouw drs. N.P.C.A. Vermunt, arts, senioradviseur
Mevrouw F.I. de Mooij, projectsecretaresse
Mevrouw N.L. Buijs, projectsecretaresse
Mevrouw S. Bekker, projectsecretaresse

De Raad adviseert onafhankelijk. Gesprekken tijdens de voorbereiding van een advies hebben niet het karakter van draagvlakverwerving. De gesprekspartners hebben zich niet aan het advies gecommitteerd.

Achtergrondstudies
Mevrouw H. Galenkamp Msc., mevrouw dr. I. Plaisier, dr. M. Huisman, dr. A.W. Braam en mevrouw prof. dr. D.J.H. Deeg (LASA) hebben een

achtergrondstudie geschreven met de titel ‘Trends in gezondheid en het belang van zelfredzaamheid bij zelfstandig wonende ouderen’.

Mevrouw dr. J.G. Hoogerduijn van de Hogeschool Utrecht en mevrouw prof. dr. M.J. Schuurmans van het UMC Utrecht hebben een achtergrondstudie geschreven met de titel ‘Kwaliteit van zorg voor ouderen thuis en in het ziekenhuis, aanbevelingen vanuit de wetenschap met accent op verpleegkunde’.

Prof. dr. J.P.H. Hamers van de Universiteit Maastricht heeft een achtergrondstudie geschreven met de titel ‘De intramurale ouderenzorg: nieuwe leiders, nieuwe kennis, nieuwe kansen’.

Onderzoeksbureau Gair heeft een achtergrondstudie geschreven met de titel ‘Oud worden in Nederland, een achtergrondstudie naar de visie van ouderen met een migratieachtergrond’.

Projectleider mevrouw dr. I. Doorten heeft een achtergrondstudie geschreven met de titel ‘De sociale dimensie van ouder worden’.

Senioradviseur drs. B.J.C. van de Gevel heeft een achtergrondstudie geschreven met de titel ‘Bouwstenen voor een toekomstbestendige zorg voor ouderen’.

Senioradviseur L. Ottes, arts, heeft een achtergrondstudie geschreven met de titel ‘Van Alzheimer tot Methusalem, wetenschappelijke inzichten van belang voor de zorg voor ouderen’.

Klankbordgroep Zorg voor ouderen

De Raad is bij de voorbereiding van het advies bijgestaan door een klankbordgroep. Deze klankbordgroep, die vier keer bijeen is geweest, bestond uit de volgende personen:

- Mevrouw drs. A. Bambach, De Drie Notenboomen
- Dr. A.F.I. Bannenberg, Corona wonen
- Mevrouw prof. dr. I.D. de Beaufort, Erasmus Universiteit Rotterdam
- Dr. E.C.M. van Campen, Sociaal en Cultureel Planburea
- Mevrouw prof. dr. A.L. Francke, NIVEL en VU medisch centrum
- Mevrouw prof. dr. J. Gierveld, emeritus hoogleraar Vrije Universiteit Amsterdam
- Mevrouw drs. E.E.P.M. Janssen-Sengers, Stichting De Waalboog
- N.M.V. Jaspers, Arts MG np; sociaal geriater np
- Mevrouw mr. J.G.J. Kamp, Mezzo
- Mevrouw drs. T. van den Klinkenberg, lid Zorginnovatieplatform
- Prof. dr. R.T.C.M. Koopmans, Universitair Medisch Centrum St. Radboud
- Mevrouw prof. dr. B. Meyboom-de Jong, NPO-commissie ZonMw

- W.J. van Minnen, CSO, Koepel van Ouderenorganisaties
- A.W. Mulder, Haagse Hogeschool
- R. Mulder MANP, Stichting Coloriet
- Drs. J. Portengen, Zorggroep Solis Deventer
- Drs. A.J.M. de Ridder, Altrecht
- Drs. M.J. van Rijn, PGGM
- Prof. dr. E.J.A Scherder, Vrije Universiteit Amsterdam
- Mevrouw prof. dr. M.J. Schuurmans, Universiteit Utrecht
- Prof. dr. J.P.J. Slaets, Rijksuniversiteit Groningen
- Mevrouw drs. I.R. Smidt, wethouder gemeente Almere

Bijeenkomsten

Op 28 september is er in samenwerking met de CSO, Koepel van Ouderenorganisaties, een bijeenkomst georganiseerd met hun leden.

Op 25 januari heeft Elisa Carter namens de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg een concept-versie van het advies gepresenteerd tijdens een bijeenkomst die was georganiseerd door het bureau Gerrichhauzen en Partners (Dordrecht; www.genp.nl) en de aanwezigen geconsulteerd. Bij deze bijeenkomst waren vanuit Gerrichhauzen en Partners aanwezig:
- G.J. Arts, Gerrichhauzen en Partners
- J. Dunnewijk, WonenBreburg
- H. van Fulpen, Kalorama
- R. van Isselt, Woningstichting Geertruidenberg
- B, Magielse, Pro Senectute
- T. Meulendijks, Gerrichhauzen en Partners
- J. van den Oever, De Vierstroom
- J. Pooyé, Thuisvester

Op 2 april is er een consultatiebijeenkomst georganiseerd met betrokken partijen uit het veld in Den Haag (zie bijlage 5 voor het verslag). Bij deze bijeenkomst waren als genodigden aanwezig:
- L.G.M. Bisschops, Vereniging van Nederlands Gemeenten
- J. de Boer, Mezzo
- drs. M. Blom, Stichting Alzheimer Nederland
- Mevrouw J. van der Burg, Diva Delft
- Dr. S.R.A. van Eijck, Landelijke Huisartsen Vereniging
- Mevrouw drs. Y.C.M. van Gilse, LOC zeggenschapin zorg
- Dr. P.F. Hasekamp, Zorgverzekeraars Nederland
- Mevrouw M. van der Hoeven, Zorginstellingen Pieter van Foreest
- Drs. A. Koster, Actiz
- Mevrouw J.E. Oude Alink, Vereniging van Nederlandse Gemeenten
- G.F. van Pijkeren, LOC zeggenschap in zorg
- Mevrouw drs. M.J.J. Rebel-Volp, Landelijke Huisartsen Vereniging
- Drs. F.J. Roos, Verenso
- Mevrouw L. Tolsma, Nederlands Huisartsen Genootschap

- Mevrouw drs. R. Veldhuizen, Kon. Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie
- Mevrouw J. Verhoeven-van den Berg, Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie
- J.C. Verschuren, MBA, BTN
- Mevrouw drs. C. Vogeler, Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie
- Mevrouw drs. J.F. de Vries, Inspectie voor de Gezondheidszorg
- drs. S.J.G.A. Weijenborg, NVZ Vereniging van ziekenhuizen
- Dr. L. Wigersma, KNMG
- Mevrouw prof. dr. A. Wind, Nederlands Huisartsen Genootschap
- Mevrouw drs. W.C.M. Zijlstra

Geconsulteerden

Tijdens het adviestraject is met de volgende personen gesproken:

- Drs. F. Bluiminck, Actiz
- Mevrouw J. van der Burg, DIVA Delft
- Mevrouw dr. H.M. van Duijn, ZonMw
- Dr. R.J.J. Gobbens, TRANZO, Universiteit van Tilburg
- Mevrouw J. Gort, Startpunt Wonen – Zorg – Welzijn, Delft
- Mevrouw drs. M. Groen, TNO Bouw en Ondergrond
- Dr. N. Guldemond, TU Delft
- Mevrouw M. Hamakers, Startpunt Wonen – Zorg – Welzijn, Delft
- Drs. A.M. Hopman, CVZ
- Mevrouw dr. C.C.M. Jonkers, ZonMw
- Mevrouw dr. C.A.J. Ketelaars, IGZ
- N. Kortleve, PGGM
- Mevrouw dr. W.G.M. van der Kraan, ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
- F. Kraanen, PGGM
- Drs. L.J. Markus, Actiz
- A.W. Mulder, Haagse Hogeschool
- Prof. dr. M. Olde Rikkert, UMC. St. Radboud
- Mr. C. van Oranje Nassau, Senior Advisor Vice President Neelie Kroes of the European Commission
- Prof. dr. J.J. Polder, RIVM
- Drs. J. Portengen, Zorggroep Solis
- Drs. M.C.J. Romme, KNMG
- Prof. dr. D. Ruwaard, Universiteit Maastricht
- Mevrouw S. Schouten, Florence, Den Haag
- A.E. Timmermans, huisarts, Nederlands Huisartsen Genootschap
- Mevrouw drs. A. van der Vlist, CSO, Koepel van Ouderenorganisaties
- Mevrouw drs. J.F. de Vries, IGZ
- H.J.M. Vrijhoef PhD, TRANZO, Universiteit van Tilburg
- Prof. dr. H.H.F. Wijffels, Universiteit Utrecht

Op 9 maart 2012 is de onderhavige materie besproken met drs. M.J. Boereboom, directeur-generaal langdurige zorg van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

De Raad heeft het advies op 19 april 2012 vastgesteld.

Bijlage 3

Medische en verpleegkundige zorg aan huis voor ouderen met complexe problematiek

Uitgangspunt voor de Raad is dat ouderen in staat moeten zijn om zo lang mogelijk thuis te blijven wonen, ook wanneer zij langdurige complexe problematiek hebben. Om dit te realiseren presenteert hij in deze bijlage een strategie, die aansluit bij verschillende beroepsorganisaties en geïnspireerd is door diverse individuele professionals en wetenschappers. Om zorg aan huis mogelijk te maken is een integraal, multidisciplinair en dynamisch zorgaanbod nodig, georganiseerd in een netwerk rondom de thuiswonende oudere. Samen met de patiënt worden gezondheids- en welzijnsdoelen vastgesteld, waarbij behoud of herstel van functionaliteit, redzaamheid en verbetering van kwaliteit van leven belangrijke gezondheids- en welzijnsdoelen zijn. Alle betrokken professionals rondom een patiënt wegen diagnostiek en behandeling af naar deze doelen. Een verpleegkundige die in alle fasen naast de patiënt staat coördineert de zorg 'lijnenoverstijgend'.

Hoe kan dit eruit zien in de praktijk?

Een geriatrische benadering in de eerste lijn is van belang bij toenemende, langdurige, meervoudige, complexe problematiek (Koopmans, 2008). Bij complexe problemen heeft een proactieve werkwijze de voorkeur boven een vraaggerichte werkwijze (KNMG, 2010; NHG, 2007; NHG, 2010; NHG/LHV 2011). De huisarts is verantwoordelijk voor case-finding van kwetsbaarheid voor de thuiswonende patiënt (KNMG, 2010). Multidimensionale programma's lijken het meest effect te sorteren op preventie van functieverlies bij ouderen. Identificatie van risicopatiënten, een multidimensionaal geriatrisch assessment en op grond daarvan een persoonlijk zorgbehandelplan, zijn belangrijke componenten van deze programma's (Hoogerduijn, 2011). Hierbij is nadere wetenschappelijke evaluatie van belang.

In de diagnostiek en behandeling van de oudere patiënt met meervoudige, complexe problematiek gaat de huisarts samenwerken met de specialist ouderengeneeskunde. Deze samenwerking kan op verschillende manieren georganiseerd worden, bijvoorbeeld in de vorm van consulten bij de patiënt thuis (Falck, 2010; Van Nordennen, 2011) en/of geriatrische spreekuren in de huisartsenpraktijk (Koenen, 2010; Vijfvinkel, 2011). In eerste instantie blijft de huisarts hoofdbehandelaar en is de specialist ouderengeneeskunde betrokken op consultatieve basis. De samenwerking kan zich bij individuele patiënten ontwikkelen naar medebehandeling en uiteindelijk overdracht van tijdelijk of zelfs permanent hoofdbehandelaarschap. De geriatrische expertise in de thuissituatie kan verder vergroot worden door competenties van

huisartsen op het gebied van geriatrie verder te vergroten. Kaderhuisartsen ouderengeneeskunde kunnen hierin een voortrekkersrol vervullen.

De professionals die bij de patiënt betrokken zijn vanuit hun zorginhoudelijke of medisch-inhoudelijke expertise werken samen in multidisciplinaire teams (NHG, 2010). Dit betekent, dat ook de bij de patiënt betrokken medisch specialisten actief deel gaan uitmaken van het multidisciplinair team in de thuissituatie. Om dit praktisch mogelijk te maken zijn deze teams deels virtueel in de vorm van telemeetings.

In deze teams wordt in overleg met patiënt (en mantelzorger) een multidisciplinair zorgbehandelplan gemaakt, gericht op gezondheids- en welzijnsdoelen, zoals kwaliteit van leven en mogelijkheden tot participatie. Medische diagnostiek en behandeling worden gericht en afgewogen naar deze gezondheids- en welzijnsdoelen.

Bij langdurige, meervoudige, complexe problematiek bij een thuiswonende oudere en zijn/haar systeem worden steeds meer professionals en instanties betrokken, zoals huisartsvoorzieningen, thuiszorg, medisch specialisten, paramedici, GGZ, woningbouwcorporaties, gemeente, welzijnsorganisaties en zorgverzekeraars. Middels zorgcoördinatie wordt de zorg georganiseerd rond de individuele patiënt (NHG, 2010). Uitgangspunt is, dat deze coördinerende rol door de huisarts wordt gedelegeerd aan een verpleegkundige, die reeds bij de patiënt betrokken is. Deze verpleegkundige die de zorg coördineert, werkt onder directe (gedelegeerde) verantwoordelijkheid van de hoofdbehandelaar in de thuissituatie, de huisarts of de specialist ouderengeneeskunde. In lijn met de visie van de NHG is dit een ervaren verpleegkundige met een relevant netwerk en uitstekende kennis van de sociale kaart (NHG/LHV-Standpunt Het (ondersteunend) team in de huisartsenvoorziening (2011)). Wanneer gekeken wordt naar de huidige beroepsprofielen zouden wijkverpleegkundigen, praktijkverpleegkundigen geriatrie, transferverpleegkundigen of verpleegkundigen uit de langdurige zorg deze rol bijvoorbeeld kunnen vervullen. Naast een verpleegkundige achtergrond, gaat het echter met name om relevante competenties, zoals samenwerking, e-health, preventie, en coachen.

Naast verpleegkundige taken en coördinatie van zorg en dienstverlening rondom de patiënt bewaakt de verpleegkundige samen met de patiënt het zorgbehandelplan en het sturen op de geformuleerde gezondheids- en welzijnsdoelen.

Juist in de thuissituatie is naast ziekte- en functionele diagnostiek, zorgdiagnostiek van belang (NHG 2010). De LESA 'dementie' beschrijft dit voor patiënten met dementie in de thuissituatie. In het geval van dementie brengt men niet alleen de psychische en lichamelijke gezondheid in kaart, maar ook redzaamheid, veiligheid en beheer van geldzaken, belasting

en belastbaarheid van de mantelzorger(s), aanwezige en noodzakelijke informele en professionele zorgverlening, woonomstandigheden, cognitieve stoornissen, gedrag en beleving, persoonlijkheid en copingstijl, dagstructuur en dagbesteding (Boomsma, 2009). Zorgdiagnostiek wordt proactief uitgevoerd door de verpleegkundige die de zorg coördineert. Mantelzorg, thuiszorg en andere zorgverleners hebben een belangrijke signalerende rol. Zorgdiagnostiek vormt een belangrijk onderdeel van voorzorg.

Zorgdiagnostiek blijft een continu proces, waarbij de draaglast en draagkracht van de patiënt en zijn systeem terugkerend moeten worden onderzocht. Op grond van deze analyse kan het zorgaanbod zo nodig worden bijgesteld (Boomsma, 2009). De interventies richten zich niet alleen op de patiënt, maar ook op het in stand houden en/of vergroten van de draagkracht van de mantelzorger(s) (Wind, 2003).

Deze coördinatie van zorgdiagnostiek en zorginterventies en medisch-inhoudelijke diagnostiek en behandeling door de verpleegkundige vindt plaats dwars door alle 'lijnen' heen. Dit betekent, dat deze verpleegkundige ook bij opname in het ziekenhuis samen met de patiënt aangeeft, wat er uiteindelijk nodig is in de thuissituatie en hoe dit georganiseerd kan worden.

Faciliteiten voor kortdurend- en langdurig verblijf blijven nodig. De ontwikkelingen in de langdurige zorg lijken aan te sluiten bij het belang van versterking van de geriatrische expertise in de thuissituatie en op de vraag naar patiëntgerichte verblijfsfaciliteiten.

Traditionele verpleeghuizen zullen zich naar verwachting gaan ontwikkelen tot specialistische zorg- en behandelcentra (Bolscher, 2003, Konings, 2007, Koopmans, 2009).
De volgende functies zullen waarschijnlijk onderdeel uitmaken van deze centra: een zorg- of herstelhotel voor kort verblijf, een (woon)functie voor bijzondere ofwel intensieve zorg en een expertise- en diagnosecentrum (Bolscher, 2003; Konings, 2007; Koopmans, 2009).

Wat betreft het specifieke kortdurende verblijf betreft dit de (geriatrische) revalidatie , herstelzorg na opname, ziekenhuisverplaatste zorg, intervalzorg en palliatiefterminale zorg (Konings, 2007).

Voor specifieke doelgroepen, die intensieve en complexe zorg nodig hebben, blijven wonen en zorg gekoppeld, maar wel geconcentreerd en georganiseerd naar patiëntengroep, aangeboden worden in gespecialiseerde centra (Konings, 2007; Koopmans, 2009). Voorbeelden van doelgroepen zijn complexe psychogeriatrische patiënten, patiënten met Niet Aangeboren Hersenletsel (NAH), patiënten met de ziekte van Huntington en Korsakov-patiënten (Konings, 2007). In deze nieuwe centra zal de gemiddelde

zorgzwaarte van opgenomen patiënten zwaarder zijn, omdat mensen langer thuis zullen blijven wonen.

Het expertise- en diagnosecentrum bestaat uit gespecialiseerde professionals, die een ondersteunende en adviserende functie vervullen voor o.a. de eerste lijn (Bolscher, 2003). Praktisch gezien kan dit, uitgaande van de huidige situatie, gaan om extramuraal werkende specialisten ouderengeneeskunde, GZ-psychologen en gespecialiseerde verpleegkundigen. Opleiding, bij- en of nascholing van deze professionals zal sterker gericht moeten worden op het verrichten van extramurale werkzaamheden. De Raad stelt voor om de onderdelen van de expertise-en diagnosecentra, die betrokken zijn bij de eerstelijn op termijn te laten integreren in de gezondheidscentra.

Bij een noodzaak tot klinische diagnostiek en/of behandeling wordt het zorgaanbod in het ziekenhuis voor ouderen met complexe, meervoudige problemen, medisch-inhoudelijk gecoördineerd door een medisch specialist met geriatrische expertise, zoals de klinisch geriater, internist ouderengeneeskunde of ouderenpsychiater. Deze medisch specialist maakt onderdeel uit van het transmurale, multidisciplinaire team rondom de (thuiswonende) patiënt. Er wordt actief samenwerkt en afgestemd en men richt zich naar dezelfde gezondheidsdoelen. Op indicatie verrichten bovengenoemde medisch specialisten consulten in de thuissituatie, virtueel of op locatie. Mogelijkheden om medisch-specialistische thuiszorg aan te bieden, dienen verder uitgebreid te worden. Het is ook te overwegen om meer gezondheidscentra uit te rusten met de mogelijkheid van dagopname ter observatie, zoals in sommige centra reeds mogelijk is.

Een belangrijk aandachtspunt bij diagnostiek en behandeling van ouderen is polyfarmacie (NHG, 2010). De hoofdbehandelaar in de thuissituatie is verantwoordelijk voor de screening op polyfarmacie en sanering van de medicatie. Dit dient in ieder geval jaarlijks te gebeuren.

Multidisciplinaire, integrale richtlijnen en transparante kwaliteit zijn belangrijk voor de vorming van deze zorgketens en zorgnetwerken. De verder ontwikkeling van kwaliteitsindicatoren en richtlijnontwikkeling, beide gesteund door wetenschappelijk onderzoek, dient verder gestimuleerd te worden. Het kwaliteitsinstituut zal hierin een belangrijke rol spelen.

Bijlage 4

Overzicht van relevante beleidsdocumenten

In de adviesvoorbereiding is een selectie gemaakt van eerdere beleidsvoorstellen van de Nederlandse overheid. Belangrijke uitgangspunten van beleid gericht op ouderen zijn zelfredzaamheid, autonomie, actieve participatie in rechten en plichten en eigen verantwoordelijkheid. De centrale overheid gaat zich in toenemende mate beperken tot het waarborgen van kwalitatief goede (basis)zorg voor kwetsbare groepen met een langdurige zorgvraag, welke zoveel mogelijk thuis wordt geboden. Het belang van generatiebewust beleid wordt benadrukt om solidariteit tussen en binnen generaties te waarborgen. Ook wordt het beleid meer levensloopgericht en grijpt het aan op een breder scala van aspecten van het leven van een individu. De overheid gaat van regelgevend naar kaderstellend beleid. Zorg, wonen, financiering van zorg, de arbeidsmarkt en het juridisch kader krijgen aandacht. Het is van belang dat mensen zich gaan voorbereiden op de 'oude dag'. Ten slotte vindt de overheid positievere beeldvorming van ouderen nodig, waarin meer nadruk ligt op integratie in de samenleving, potentiële mogelijkheden, bijdragen aan de samenleving en verantwoordelijkheid voor maatschappelijke ontwikkelingen.

Relevante beleidsdocumenten

Nota bejaardenbeleid 1970 (1970); Ouderen in Tel (1990); Ouderenbeleid 1995-1998 (voortgangsrapportage Ouderenbeleid (1997); Kabinetsvisie 'Ouderenbeleid in het perspectief van de vergrijzing' (2005); Rapport TK Themacommissie Ouderenbeleid 'Lang zullen we leven!' (2005); Brief 'Actualisatie van het ouderenbeleid' (2007); Brief 'Multimorbiditeit en ouderenzorg' (2007); Brief 'Zorg voor mensen met dementie' (2008); Notitie 'Arbeidsparticipatie ouderen' (2009); Brief 'Versterking preventieve gezondheidszorg voor ouderen' (2009); Brief 'Ruimte en rekenschap voor zorg en ondersteuning' (2009); Landelijke nota gezondheidsbeleid 'Gezondheid dichtbij' (2011); Programmabrief ' langdurige zorg' (2011); Brief 'Hoofdlijnen beleid zorginstellingen' (2011).

Bijlage 5

Verslag van de consultatiebijeenkomst op 2 april 2012

1. Opening

De voorzitter opent de bijeenkomst om 18.30 uur en heet de aanwezigen van harte welkom. Hij is blij vanavond met verschillende instanties te kunnen praten over het advies betreffende 'Zorg voor ouderen' waarvan de aanwezigen een kleine samenvatting hebben ontvangen, maar dat nog niet klaar is. Mevrouw Carter zal een presentatie geven over de vraagstelling, de procedure en de samenvatting van het advies. De heer Groot zal een toelichting geven op de financiële kant. Spreker hoopt dat de RVZ vanavond wezenlijke input krijgt, zodat deze opvattingen meegenomen kunnen worden in het advies.

2. Presentatie door mevrouw Carter en de heer Groot

Mevrouw Carter zegt dat naar aanleiding van een vraag van het ministerie van VWS om een visie te geven op het ouder worden in Nederland en wat daarvoor nodig is, men gestart is met het opstellen van het advies. Doel is om te bekijken welke maatregelen nodig zijn om niet-redzame ouderen in de toekomst goede zorg en voldoende kwaliteit van leven te garanderen. Ze zegt dat het rapport in mei of juni 2012 zal worden gepresenteerd. Er zijn verschillende achtergrondstudies gedaan waarbij gekeken is naar trends in de gezondheidszorg, kwaliteit van zorgtehuizen en ziekenhuizen, intramurale zorg voor ouderen, migranten, de sociale dimensie van ouder worden, bouwstenen en het wetenschappelijk inzicht van ouder worden. Over de procedure zegt zij dat er vier klankbordgroep-bijeenkomsten gehouden zijn en dat er ouderenorganisaties, woningcorporaties en zorginstellingen voor ouderen met een migrantenachtergrond bezocht zijn en vandaag is de consultatiebijeenkomst. De probleemanalyse houdt vroegtijdig verlies van redzaamheid in, intramurale voorzieningen voldoen niet meer, terwijl extramurale voorzieningen onvoldoende aansluiten en er een dreigende verschraling van de zorg is. Er zijn drie oplossingsrichtingen, namelijk voorzorg, zorg aan huis voor ouderen met een complexe problematiek en een differentiatie in wonen, welzijn en persoonlijke verzorging. Op een vraag van een van de aanwezigen of men weet hoe groot de omvang van de groep is, zegt spreekster dat er een schatting is gemaakt op basis van demografische gegevens en naar aanleiding van de top 10 van somatische problemen. Door meer zelfredzaamheid zouden deze gegevens wel kunnen veranderen. Een effectmeting zou een goede zaak zijn en hier wordt nog over gesproken. Er zijn aanbevelingen op het gebied van voorzorg vanuit de overheid, de mensen zelf en vanuit de zorg. Zo is een actieve levensstijl belangrijk en zou vroegtijdig functieverlies voorkomen kunnen worden door kwetsbaarheid te screenen, de polifarmacie te saneren en een bewuste afweging te maken

bij medische ingrepen. Op een vraag van een aanwezige of dit laatste betekent dat mensen die klaar zijn met het leven niet meer geholpen worden, zegt de voorzitter dat hier niet gesproken wordt over de problematiek rondom het levenseinde. Het gaat meer om een systematische aanpak in de polifarmacie. Een aanwezige vindt dat dan de zin 'voldoende kwaliteit van leven' aan de optie moet worden toegevoegd. Er zijn ook aanbevelingen op het gebied van zorg aan huis, zoals medische verpleegkundigenzorg rondom de thuiswonende ouderen en het laten aanvullen van de formele zorg door de informele zorg. De aanwezigen merken op dat op dit moment 80% informele zorg is en 20% formele zorg. Er is gekeken naar een goed woonaanbod dat langer thuis wonen mogelijk maakt, waarbij ondersteunende en coördinerende zorg aan huis en de inzet van ICT en techniek zouden kunnen meehelpen om de oudere langer thuis te kunnen laten wonen. Een aanwezige vindt dat hierbij de zorg die de omgeving kan leveren moet worden meegenomen.

De heer Groot geeft een toelichting op de aanbeveling van de financiën. Hij zegt dat de regionale publiekprivate programma's gefaciliteerd moeten worden en dat de burgers gestimuleerd moeten worden om maatregelen te treffen die het gebruik van het collectieve zorgaanbod verminderen, zoals het opstellen van een zogenaamd 'zorgtestament', maar er zijn ook andere opties. Deze zijn nog in discussie. Op een vraag van een aanwezige of dit betekent dat hoe lager de eigen betaling is, des te minder de eigen regie in de zorg is, zegt spreker dat voor zwaardere zorg het persoonsgebonden budget wellicht kan worden ingezet en voor lichtere zorg een eigen bijdrage kan worden gevraagd, die wellicht inkomensafhankelijk is.

3. Algemene opmerkingen

De voorzitter geeft ruimte voor het maken van algemene opmerkingen.

- Wellicht is het mogelijk om mensen die zorg krijgen terug te brengen naar een meer zelfstandige situatie.
- De mantelzorg is substantieel bij de positie van de formele zorg.
- Wat is de relatie tussen de ZZ en de ZG?
- Wie heeft er zeggenschap of een stimulerende rol in deze veranderingen?
- Op het gebied van financiën had men gehoopt dat er meer durf in de aanbevelingen zou zitten, omdat een nieuw systeem het loslaten van het oude betekent.
- Het zou goed zijn als bij het afsluiten van zorgcontracten goede spelers beloond zouden worden.
- Bij de financiering van het aanbod zelf moet de integraliteit centraal worden gesteld.
- Men mist de sense of urgency. De voorzitter meldt dat er wel degelijk urgentie is, omdat men met de ouderenzorg in een doodlopende straat zit door zowel de zelfredzaamheid, de beleving, als de verschraling van de financiën.
- De aanbevelingen zouden meer verrassend moeten zijn.

- De komende jaren zullen steeds meer mensen thuis moeten blijven wonen, omdat de groep ouderen groter wordt.
- Preventie is het antwoord op veel problemen.
- Er kan wellicht gebruik worden gemaakt van sprekende voorbeelden die doorgerekend worden, zodat het beeldend wordt. De relatie tussen bewegen en ouder worden is heel belangrijk en burgers zouden daar al op jonge leeftijd over moeten nadenken.

4. Aanbevelingen op het gebied van de voorzorg

- Een veilige woonomgeving is belangrijk.
- Het opstellen van een levensloopwijzer, zoals een zorgtestament, zou een goede zaak zijn.
- Het is moeilijk om de migrantenouderen te bereiken. Wellicht is het buurtwerk op locatie hierbij een middel, evenals netwerken van huisartsen en buurtwerkers en het maatschappelijk werk.
- Er moet differentiatie in de boodschap naar de verschillende doelgroepen zijn.
- Buurtgericht werken is belangrijk en het zou goed zijn als preventie samengaat met de landelijke acties.
- Hoe kunnen polifarmacie en ouderenconsult geïmplementeerd worden?
- Het is belangrijk dat mensen anders gaan werken en anders opgeleid worden en dat zij dezelfde taal spreken.
- Gemeentes zouden blij zijn als zij met huisartsenverenigingen zouden kunnen overleggen.
- Hoe kan je mensen stimuleren om hun leefstijl te verbeteren?
- Het gezondheidsfonds zou kunnen worden geraadpleegd.
- Men mist de verbinding met arbeid.

5. Aanbevelingen op het gebied van zorg aan huis voor ouderen met complexe problematiek

- De oplossing hierbij moet komen vanuit de ICT. Hierbij is acceptatie door gebruiker en acceptatie door zorgverleners belangrijk. Er zou op dit vlak ook ingezet moeten worden op het midden- en kleinbedrijf en men zou kunnen kijken naar slimme regio's waarin dergelijke bedrijven actief zijn.
- Als de technologie ingebed is in de sociale context werkt dit beter.
- De KNMG is bezig met een model van proactieve samenhangende zorg.
- Er moet duidelijk gemaakt worden voor wie de aanbevelingen precies zijn.
- De procedure rondom de stadsvernieuwing is wellicht een goed voorbeeld voor de aanpak van de huisvesting.
- Misschien kan er een Woonwijzer worden gemaakt.
- De ziekenhuiszorg is voor een groot deel ouderenzorg en er valt nog veel te winnen in multidisciplinaire teams.
- Mensen moeten zo lang mogelijk zelfredzaam blijven en er moet gekeken worden naar de sociale omgeving van de ouderen.

- Er kan wellicht een maatschappelijk debat worden aangegaan over de mantelzorg.
- Er moet breder worden gekeken als het gaat om samenwerking.
- Bij preventie is het belangrijk dat men eerder inzet op toekomstige ontwikkelingen.
- Er moet meer gekeken worden naar de buurtzorg.
- Men vraagt hoe het staat met de uitkomsten uit het Nationaal Programma Ouderenzorg. Het blijkt dat deze uitkomsten pas over een jaar bekend zullen zijn, omdat de effectmeting nog ontbreekt.
- Omdat mensen tegenwoordig erg lang thuis wonen, moet er wellicht overgeschakeld worden naar andere vormen van gebouwen. Er wordt verwezen naar het rapport 'Lang zult u wonen'.
- De gezondheidscentra zijn belangrijk.
- Mantelzorg is vaak lastig, omdat mensen langer werken en daardoor de combinatie van werken met het verlenen van zorg ingewikkeld wordt. Werkgevers zouden daarvoor aandacht moeten hebben.
- Het aantal actoren rondom de ouderen zou moeten verminderen om zo de complexiteit die zij ervaren aan te pakken en tevens zouden de bureaucratie en de administratieve lasten bekeken moeten worden.
- De ouderendeskundige kan hier wellicht ook bij betrokken worden.
- Het kantelperspectief 'Kijk naar wat gezond wil zijn in een mens' kan wellicht worden meegenomen.
- Begeleiding met behulp van case management is goedkoper.
- Op 26 april 2012 zal er een dementiewoning worden geopend waarbij de installatiebranche heeft meegewerkt om bepaalde technieken toe te passen.
- Het combineren van de gemeente en de eerstelijnszorg zou een krachtige factor zijn.
- In het rapport zou de integrale zorg eerste lijn en de informele zorg moeten worden meegenomen.
- Naast het werkgeversperspectief zou ook gekeken moeten worden wat de derde generatie kan betekenen voor de vierde generatie.
- Shared decision making zou geaccepteerd moeten worden door patiënt en beroepsbeoefenaren.

6. Aanbevelingen op het gebied van financiën

- De gemeentelijke structuur is een chaos; het lokale bestuur zou aan bepaalde criteria moeten voldoen.
- De klant zou meer sturend moeten worden in zijn budget. Cliënten zouden zelf moeten kunnen bepalen welke zorg zij willen hebben en dit levert meer differentiatie op.
- Er kan wellicht gekeken worden naar de ervaringen in de Jeugdzorg.
- Bij het vragen van een eigen bijdrage is de keerzijde dat mensen zorg gaan ontwijken als zij veel moeten betalen.
- Wellicht kan de civil society nog meer bij het probleem betrokken worden.

- De definitie van solidariteit moet misschien nog aandacht krijgen en wellicht moet hierover een maatschappelijk debat worden gevoerd.
- Er moet rekening gehouden worden met het niet oneindige absorptieproces van gemeentes.
- Maak duidelijk dat een andere financiële structuur gekozen wordt om de kwaliteit van de zorg te verbeteren. Het gaat hier dus niet om een verschuiving.
- Als er meer private bijdragen in de zorg komen, kan de zorg meer worden toegesneden op de behoefte van mensen.
- Als de gemeente er niet in slaagt persoonlijke verzorging te geven, zullen mensen naar een verzorgingshuis moeten verhuizen dat bekostigd wordt vanuit de AWBZ en waarvoor de gemeente niet verantwoordelijk is.
- Mensen die financieel niet zo draagkrachtig zijn, kunnen wel een groot sociaal netwerk hebben.
- Er kan wellicht breder gekeken worden naar de bekostiging. Zo kijkt ook de SER naar de zaken die hier genoemd zijn.
- De scheidslijn tussen het gemeentelijke domein en de verzekerde zorg moet op een goede manier getrokken worden.
- Als 5% substitueerbaar zou worden gemaakt, zou er er een praktisch model ontstaan.
- Individuele financiering zou de oplossing zijn voor de grote hoeveelheid energie die nodig is om instrumentele dingen te doen.
- Men zou eerst efficiënter en doelgerichter moeten werken voordat de eigen bijdragen en het eigen risico voorop kunnen worden gezet.
- In een bijeenkomst met negentig organisaties is gemeld dat de gewenste bezuinigingen wel haalbaar zouden kunnen zijn zonder dat de kwaliteit onder druk staat, maar het blijkt dat de afrekensystemen veel kosten.
- Beeldvorming is belangrijk om jonge mensen te krijgen voor de ouderenzorg.
- Het is de vraag wie er verantwoordelijk is voor de efficiëntie in de zorg. Het voorstel is bedoeld om veranderingen in de zorg te stimuleren.

7. Sluiting

De voorzitter is blij met de gedane suggesties. Er hebben twee geluiden geklonken, namelijk dat de Raad ervoor moet zorgen dat er zaken aan de orde gesteld worden die de discussie bevorderen over welke kant men op kan. Men zou graag zien dat er een samenhangend verhaal komt. Er is ook een pleidooi voor verbreding gehouden en er moet gekeken worden hoe dit gekoppeld kan worden. Men wil eigenlijk zowel een scherpe vuurpijl als nuancering. Het is de bedoeling dat het beleid wordt aangejaagd. De ouderenzorg is in beweging en het advies komt volgens spreker op het juiste moment. Een verslag van deze bijeenkomst zal beschikbaar zijn, zodra het rapport klaar is. De voorzitter dankt de aanwezigen voor hun inbreng en wenst hun wel thuis. Hij sluit de vergadering om 20.45 uur.

Bijlage 6

Lijst van afkortingen

AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
AZ	Ministerie van Algemene Zaken
BBP	Bruto binnenlands product
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
CEG	Centrum voor Ethiek en Gezondheid
CSO	koepel van ouderenorganisaties
GGZ	geestelijke gezondheidszorg
GZ psycholoog	Gezondheidszorg psycholoog
HBO	Hoger beroepsonderwijs
ICT	Informatiecommunicatie technologie
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
ILC	stichting ILC Zorg voor Later
KNMG	Koninklijke Nederlandsche Maatschappij ter bevordering der Geneeskunst
LAT	Living Apart Together
LESA	Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraken
NAH	Niet Aangeboren Hersenletsel
NHG	Nederlands Huisartsen Genootschap
OESO	Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling
PGB	Persoonsgebonden budget
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
RMO	Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling
RVZ	Raad voor de Volksgezondheid en Zorg
SCP	Sociaal en Cultureel Planbureau
SZW	Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid
TFI	Tilburg Frailty Index
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Wmo	Wet maatschappelijke ondersteuning
Zvw	Zorgverzekeringswet
ZZP	Zorgzwaartepakket

Bijlage 7

Literatuurlijst

Bolscher, A., Hooischuur, I., Jansen, B., Janzen, A., H. van Rossum en P. Sprenger. Tweedelijnszorgcentrum, van concept naar praktijk. Amsterdam: Rigo Research en Advies BV, 2003.

Bos, T. van den. Het venijn zit in de staart. Over trends in chronische ziekten en de gevolgen voor preventie en zorg. 2010.

Campen, C. van. Kwetsbare ouderen. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau, 2011.

Centraal Bureau voor de Statistiek. Bevolking groeit tot 17,5 miljoen in 2038. CBS, Den Haag: CBS, 18 december 2008.

Centraal Bureau voor de Statistiek. www.statline.cbs.nl. Geraadpleegd november 2011.

Centraal Bureau voor de Statistiek. Bevolkingsprognose 2010–2060: sterkere vergrijzing, langere levensduur. Den Haag: CBS, 17 december 2010.

Centraal Planbureau. Handle with care, sturingsmodellen voor een doelmatige ouderenzorg. Den Haag: CPB, juni 2006.

Cloïn, M., Bucx, F., A. de Boer en D. Oudijk. Zorgen voor elkaar. In: de sociale staat van Nederland 2011. Sociaal en Cultureel Planbureau, 2011.

Dekker, P., J. de Hart en L. Faulk. Toekomstverkenning vrijwillige inzet 2015. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau, 2007.

Eggink, E., D. Oudijk en K. Sadiraj. VeVeRa-IV. Actualisatie en aanpassinbg ramingsmodel verpleging en verzorging 2009 -2030. SCP-publicatie 2012-5.

Elsevier. http://www.elsevier.nl/web/Nieuws/Wetenschap/323812/Nieuw-Elsevieronderzoek-De-beste-verpleeghuizen.htm

Erken, H., P.M. Koot en J. Kuijpers. Arbeidstekorten in de zorg. ESB, 95, 2010, no. 4598, p. 726-728.

European Commission and the Economic Policy Committee (2009) (provisional version). “The 2009 Ageing Report: Economic and Budgetary Projections for the EU27 Member States (2008-2060)”. European Economy, 2, 2009.

Falck, R., Helms, D., M. Hoogenboom en W. Achterberg. Samenwerking tussen huisartsen en het Geriatrisch Team Houten: zorg voor kwetsbare ouderen thuis. Tijdschrift voor Ouderengeneeskunde, 35, 2010, no. 6, p. 244-249.

Gaalen, R.I. van. Solidarity and ambivalence in parent-child relationships. ICS-dissertation. Utrecht: 2007.

Gair. Oud worden in Nederland. Een achtergrondstudie naar de visie van ouderen met een migratieachtergrond. Achtergrondstudie bij het RVZ-advies Redzaam ouder. Den Haag: RVZ, 2012.

Galenkamp, H., Plaisier, I., Huisman, M., A.W. Braam en D.J.H. Deeg. Trends in gezondheid en het belang van zelfredzaamheid bij zelfstandig wonende ouderen. LASA: 2012.

Galenkamp, H. Trends in gezondheid en het belang van zelfredzaamheid bij zelfstandig wonende ouderen. Achtergrondstudie bij het RVZ-advies Redzaam ouder. Den Haag: RVZ, 2012.

Gradus, R., en E.J. van Asselt. De langdurige zorg vergeleken in Nederland en Duitsland. ESB, 96, 2011, no. 4607, p. 202-204.

Hamers, J. De toekomst van de intramurale ouderenzorg: nieuwe leiders, nieuwe kennis, nieuwe kansen. Universiteit van Maastricht. Achtergrondstudie bij het RVZ-advies Redzaam ouder. Den Haag: RVZ, 2012.

Hoogerduijn, G.J. en M.J. Schuurmans. Kwaliteit van zorg voor ouderen thuis en in het ziekenhuis, aanbevelingen vanuit de wetenschap met accent op verpleegkunde. Hogeschool Utrecht en UMCU. Achtergrondstudie bij het RVZ-advies Redzaam ouder. Den Haag: RVZ, 2012.

Inspectie voor de Gezondheidszorg. Meerjarenplan 2012-2015: 'Voor gerechtvaardigd vertrouwen in verantwoorde zorg (II)'. Utrecht: IGZ, december 2011.

Klerk, M. de. Zorg in de laatste jaren. Gezondheid en hulpgebruik in verzorgings- en verpleeghuizen 2000-2008. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau, 2011.

Koenen, L. Alleen thuis. NRC Handelsblad, 2 januari 2010.

Konings, J.W.P.M. en J.M.G.A. Schols. Expertisecentra. Van verpleeghuis naar ouderenzorgexpertisecentrum en tweedelijnszorgcentrum. Tijdschrift voor VerpleeghuisGeneeskunde, 2007, no. 32, p. 3-5.

Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst. Sterke medische zorg voor ouderen. KNMG-standpunt. KNMG, maart 2010.

Koopmans, R. Op weg naar een geïntegreerde eerstelijns ouderenzorg. Tijdschrift voor VerpleeghuisGeneeskunde, 2008, no. 32, p. 168-170.

Koopmans, R. en J. Lavrijsen. Nieuwe tijd, nieuw specialisme. Medisch Contact, 64, 2009, no. 19, p. 861-863.

Machielse, A. Presentatie Genero-conferentie. 15 november 2011.

Ministerie van Algemene Zaken. Vrijheid en verantwoordelijkheid. Regeerakkoord VVD-CDA, 2010.

Ministerie van Financiën. Rapport brede heroverweging, Langdurige zorg, April 2010.

Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid. De toekomstige inkomenspositie van ouderen, Werkdocument, 2006.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Gezondheid dichtbij. Landelijke nota gezondheidsbeleid. Den Haag: VWS, mei 2011.

Nederlands Huisartsengenootschap. Huisartsengeneeskunde voor ouderen. 'Er komt steeds meer bij…'. NHG-standpunt, mei 2007.

Nederlands Huisartsengenootschap. NHG-Praktijkwijzer 'ouderenzorg'. Utrecht: NHG, maart 2010.

Nies, H. Het ouderenzorgdebat in Europees perspectief. ZN-magazine 10, oktober 2011, p. 26-28.

Nordennen, R. van, Brants, M., V. Vanneste en R. Arnold. Kwetsbaar zegt meer dan oud. Cumulatie van beperkingen vraagt integrale ouderenzorg. Medisch Contact, 66, 2011, no. 48, p. 2991-2993.

Nordennen, R.T.C.M. van, V.G.G. Vanneste en R.B.J. Knuiman. Zorg gaat boven bingo. Specialisten ouderengeneeskunde en bestuurders moeten vaker om de tafel. Medisch Contact, 66, 2011, no. 43, p. 2628-2630.

OECD. Health at a Glance 2011, OECD indicators, 2011

Penninx, K. De zilveren kracht in cijfers. Factsheet maatschappelijke inzet door ouderen. Utrecht: Movisie, 2008.

Plaisier, I., T.G. van Tilburg en D.J.H. Deeg. Mogelijkheden voor preventie van AWBZ-gebruik: netwerken van thuiswonende ouderen. Amsterdam: VU - LASA-rapporten, 2010.

Prismant. Regiomarge 2009, de arbeidsmarkt van verpleegkundigen, verzorgenden en sociaalagogen. Utrecht: Prismant, 2009.

Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling en Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Versterking voor gezinnen. Den Haag: RMO/RVZ, 2008.

Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling en Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Investeren rondom kinderen. Den Haag: RMO/RVZ, 2009.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Arbeidsmarkt en zorgvraag. Advies en achtergrondstudies. Den Haag: RVZ, 2006b.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Beter zonder AWBZ? Den Haag: RVZ, 2008.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Bouwstenen voor een toekomstbestendige zorg voor ouderen, achtergrondstudie naar het financiële perspectief van de zorg voor ouderen. Achtergrondstudie bij het RVZ-advies Redzaam ouder. Den Haag: RVZ, 2011.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. De sociale dimensie van het ouder worden. Achtergrondstudie bij het RVZ-advies Redzaam ouder. Den Haag: RVZ, 2011.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Formalisering van informele zorg. Over de rol van 'gebruikelijke zorg' bij toekenning van professionele zorg. Signalering ethiek en gezondheid 2007. Den Haag: Centrum voor Ethiek en Gezondheid, 2007.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Informele zorg. Het aandeel van mantelzorgers en vrijwilligers in de langdurige zorg. Achtergrondstudie bij het advies Mensen met een beperking in Nederland. Zoetermeer: RVZ, 2006a.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Mensen met een beperking in Nederland. De AWBZ in perspectief. Den Haag: RVZ, 2005.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Prikkels voor een toekomstbestendige Wmo. Den Haag: RVZ, 2011.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Van Alzheimer tot Methusalem, wetenschappelijke inzichten van belang voor de zorg voor ouderen.

Achtergrondstudie bij het RVZ-advies Redzaam ouder. Den Haag: RVZ, 2011.

Research voor Beleid. Scheiden van wonen en zorg, Ex-ante evaluatie naar effecten van beleid in relatie tot wensen van klanten. Leiden: 24 april 2008.

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Nationaal Kompas Volksgezondheid. http://www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/ziekten-en-aandoeningen/bewegingsstelsel-en-bindweefsel/heupfractuur/omvang/

Scarmeas, N., Luchsinger, J.A., Schupf, N., Brickman, A.M., Cosentino, S., M.X. Tang en Y. Stern. Physical Activity, diet and risk of Alzheimer disease. JAMA, 2009, no. 302, p. 627-637.

SEO. Kunnen kiezen in de AWBZ. Amsterdam, juni 2011.

Sociaal-Economische Raad. Langdurige zorg verzekerd: Over de toekomst van de AWBZ. Den Haag: SER, 18 april 2008.

Sociaal en Cultureel Planbureau. Kwetsbare ouderen. Den Haag: SCP, 2011.

Sociaal en Cultureel Planbureau. VeVeRa IV. Den Haag: SCP, 2011.

Steverink, N. When and why frail elderly people give up independent living: the Netherlands as an example. Ageing and Society, 2001, no. 21, p. 45-69.

Stuifbergen, M.C., J.J.M. van Delden en P.A. Dijkstra. The implications of today's family structures for support giving to older parents. Ageing and Society, 2008, no. 28, p. 413-434.

Tilburg, T.G. van. Prevalentie. In: Van Tilburg T. en J. de Jong Gierveld. Zicht op eenzaamheid. Achtergronden, oorzaken en aanpak. Assen: Van Gorcum, 2007, p. 24-30.

Tweede Kamer der Staten-Generaal. Actualisatie van het ouderenbeleid. Brief van de staatssecretaris van VWS. 17 oktober 2007.

Tweede Kamer der Staten-Generaal. Arbeidsparticipatie ouderen. Bijlage bij de brief van de minister van SZW. 7 december 2009.

Tweede Kamer der Staten-Generaal. Hoofdlijnen beleid zorginstellingen. Brief van de staatssecretaris van VWS. Den Haag: Sdu uitgevers, vergaderjaar 2010-2011. No. 32604.

Tweede Kamer der Staten-Generaal. Miljoenennota 2012. Den Haag: Sdu uitgevers, vergaderjaar 2011-2012. No. 33000.

Tweede Kamer der Staten-Generaal. Multimorbiditeit en ouderenzorg. Brief van de staatssecretaris van VWS. 12 november 2007.

Tweede Kamer der Staten-Generaal. Nota bejaardenbeleid 1970. Den Haag: Sdu uitgevers, vergaderjaar 1970-1971. No. 10934.

Tweede Kamer der Staten-Generaal. Nota Ouderen in tel. Den Haag: Sdu uitgevers, vergaderjaar 1989-1990. No. 21814-1/2.

Tweede Kamer der Staten-Generaal. Ouderenbeleid in het perspectie van de vergrijzing. Brief van de staatssecretaris van VWS. Den Haag: Sdu uitgevers, vergaderjaar 2004-2005. No. 29389-5.

Tweede Kamer der Staten-Generaal. Ouderenbeleid 1995-1998. Voortgangsrapportage Ouderenbeleid 1997. Den Haag: Sdu uitgevers, vergaderjaar 1996-1997. No. 24319.

Tweede Kamer der Staten-Generaal. Programmabrief langdurige zorg. Brief van de staatssecretaris van VWS. 1 juni 2011.

Tweede Kamer der Staten-Generaal. Ruimte en rekenschap voor zorg en ondersteuning. Brief van de minister en staatssecretaris van VWS. 9 juli 2009.

Tweede Kamer der Staten-Generaal. Themacommissie Ouderenbeleid. Lang zullen we leven! Den Haag: Sdu uitgevers, vergaderjaar 2005-2006. No. 29549-4/5.

Tweede Kamer der Staten-Generaal. Versterking preventieve gezondheidszorg voor ouderen. Brief van de minister en staatssecretaris van VWS. 15 oktober 2009.

Tweede Kamer der Staten-Generaal. Zorg voor mensen met dementie. Brief van de staatssecretaris van VWS. 17 juni 2008.

Vijfvinkel, Y. et al. Geriatrisch spreekuur door een specialist ouderengeneeskunde in de huisartsenpraktijk. Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie in de huisartsenpraktijk, 42, 2011, no. 6, p. 263-270.

Vrijheid en verantwoordelijkheid. Regeerakkoord VVD – CDA. 30 september 2010.

Wind, A.W., Gussekloo, J., Vernooij-Dassen, M.J.F.J., Bouma, M., L.J. Boomsma en F.S. Boukes. NHG-Standaard Dementie. Huisarts Wet 2003, 46, no. 13, p. 754-767.

Zantinge E.M., Wilk, E.A. van der, S. van Wieren en C.G. Schoemaker. Gezond ouder worden in Nederland. Bilthoven: RIVM, 2011.

ZWIP. www.zwip.nl.

Overzicht publicaties RVZ

Publicaties RVZ vanaf 2008

12/05 Redzaam ouder, zorg voor niet-redzame ouderen vraagt om voorzorg door iedereen, april 2012
12/06 - Jong over Oud, Jonge BN'ers over ouderenzorg, brochure, mei 2012

12/02 Stoornis en delict, mei 2012
12/03 - In profiel: de doelgroepen van GGZ en Justitie (achtergrondstudie), mei 2012
12/04 - Het forensische zorgstelsel, beschrijving van het besturingsmodel in de forensische zorg (achtergrondstudie), mei 2012
Publicaties bij dit advies, alleen te downloaden

12/01 Werkprogramma 2012, januari 2012

11/08 Preventie van welvaartsziekten, december 2011

11/04 Medisch-specialistische zorg in 20/20, oktober 2011
Publicaties bij dit advies
11/05 - Ziekenhuislandschap 2020: Niemandsland of Droomland (achtergrondstudie), oktober 2011
11/06 - Medisch-technologische ontwikkelingen zorg 20/20 (achtergrondstudie), oktober 2011
11/07 – Brochure, oktober 2011
Publicaties bij dit advies, alleen te downloaden
Samenwerking en mededinging in de zorg (achtergrondstudie), oktober 2011
Het contracteren en bekostigen van medisch specialistische netwerken (achtergrondstudie), oktober 2011
De rol van e-Health in een veranderend ziekenhuislandschap (achtergrondstudie), oktober 2011
Demografische krimp en ziekenhuiszorg (achtergrondstudie), oktober 2011

11/03 Sturen op gezondheidsdoelen, juni 2011
Publicaties bij dit advies, alleen te downloaden
Levensverwachting (achtergrondstudie), juni 2011
Pay for performance and health outcomes: Promising, not proven (achtergrondstudie), juni 2011
Sturen op uitkomsten in het primair proces (achtergrondstudie), juni 2011
Sturen op gezondheidsdoeleinden en gezondheidswinst op macroniveau (achtergrondstudie), juni 2011

11/02 Prikkels voor een toekomstbestendige Wmo (briefadvies), mei 2011

11/01 Bekwaam is bevoegd: Innovatieve opleidingen en nieuwe beroepen in de zorg, februari 2011
Publicaties bij dit advies
Wetenschappelijke en technologische ontwikkelingen en nieuwe beroepen
Het Chronic Care Model in Nederland
Zorgredistributie, sturen op kwaliteit en doelmatigheid in de zorg
Samenwerken in de opleiding Geneeskunde

10/13 Ruimte voor arbeidsbesparende innovaties in de zorg, november 2010
Publicaties bij dit advies
10/14 - Krant bij het advies ruimte voor arbeidsbesparende innovaties in de zorg, november 2010

10/10 Perspectief op gezondheid 20/20, september 2010
Publicaties bij dit advies
10/11 - Komt een patiënt bij zijn coach……
(achtergrondstudie behorende bij het advies Perspectief op gezondheid 20/20), september 2010
10/12 - Veranderen met draagvlak (achtergrondstudie behorende bij het advies Perspectief op gezondheid 20/20), oktober 2010

10/05 Zorg voor je gezondheid! Gedrag en gezondheid: de nieuwe ordening (discussienota), april 2010
Publicaties bij dit advies
10/09 - Van zz naar gg
Acht debatten, een sprekend verhaal
10/08 - Moderne patiëntenzorg: Acht jaar later
(achtergrondstudie behorende bij de discussienota Zorg voor je gezondheid!), april 2010
10/07 - Leefstijl en de zorgverzekering (achtergrondstudie behorende bij de discussienota Zorg voor je gezondheid!), april 2010
10/06 - Een nieuwe ordening door het naar voren schuiven van zorg (achtergrondstudie behorende bij de discussienota Zorg voor je gezondheid!), april 2010
Publicaties bij dit advies, alleen te downloaden
Van eerste lijn naar primaire gezondheidsondersteuning (achtergrondstudie), april 2010
Publicaties bij dit advies, alleen te downloaden

10/04 De patiënt als sturende kracht

10/03 De relatie medisch specialist en ziekenhuis in het licht van de kwaliteit van zorg

10/01 Gezondheid 2.0 (advies), februari 2010
Publicaties bij dit advies

10/02 - Health 2.0: It's not just about medicine and technology, it's about living your life (achtergrondstudie behorende bij het advies Gezondheid 2.0), februari 2010

09/14 Investeren rondom kinderen, september 2009

09/13 Numerus Fixus Geneeskunde: loslaten of vasthouden, januari 2010

09/12 Brochure Numerus Fixus, januari 2010

09/11 Werkprogramma 2010, november 2009

09/10 Steunverlening zorginstellingen (advies), juni 2009

09/09 Buiten de gebaande paden. Advies over Intersectoraal gezondheidsbeleid, mei 2009

09/08 Buiten de gebaande paden: Inspirerende voorbeelden van intersectoraal gezondheidsbeleid (brochure,) mei 2009

09/07 Evaluatie RVZ 2004-2008, april 2009

09/06 Geven en nemen in de spreekkamer. Rapportage over veranderende verhoudingen, maart 2009

09/05 Tussen continuïteit en verandering. 27 adviezen van de RVZ 2003-2009, februari 2009

09/04 Governance en kwaliteit van zorg (advies) maart 2009

09/03 Werkprogramma 2009, maart 2009

09/02 Farmaceutische industrie en geneesmiddelengebruik: evenwicht tussen publiek en bedrijfsbelang (debatverslag), januari 2009

09/01 De verzekeraar en de patiënt: een succesvolle coaltie: goede voorbeelden van patiëntgestuurde zorginkoop (in samenwerking met de NPCF), januari 2009

08/11 Uitgavenbeheer in de gezondheidszorg (advies), december 2008
Publicaties behorende bij dit advies
08/12 - Uitgavenbeheer in de gezondheidszorg: achtergrondstudies, december 2008

08/10 Versterking voor gezinnen. Preadviezen Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling (Versterken van de village: preadvies over gezinnen en hun sociale omgeving) en Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (Zorg in familieverband: preadvies over zorgrelaties tussen generaties), september 2008

08/08 Schaal en zorg (advies), mei 2008
Publicaties bij dit advies
08/09 - Schaal en zorg: achtergrondstudies (achtergrondstudies behorende bij het advies Schaal en zorg), mei 2008

08/05 Zorginkoop (advies), maart 2008
08/06 - Zorginkoop heeft de toekomst: maar vraagt nog een flinke inzet van alle betrokken partijen (achtergrondstudie behorende bij het advies Zorginkoop), maart 2008
08/07 - Onderhandelen met zorg (achtergrondstudie behorende bij het advies Zorginkoop), maart 2008

08/03 Screening en de rol van de overheid (advies), april 2008
Publicaties bij dit advies

	08/04 - Screening en de rol van de overheid: achtergrondstudies (achtergrondstudie behoren-de bij het advies Screening en de rol van de overheid), april 2008
08/01	Beter zonder AWBZ? (advies), januari 2008
	Publicaties bij dit advies
	08/02 - Leven met een chronische aandoening (Acht portretten behorende bij het advies Beter zonder AWBZ?), januari 2008
Sig 08/01a	Publieksversie Vertrouwen in de spreekkamer, februari 2008

Publicaties CEG vanaf 2008

Sig 12/01	De mens centraal? Ethische dilemma's bij gezondheidsbeleid met goede zorg voor dier en natuur
Sig 10/11	Ver weg en toch dichtbij? Ethische overwegingen bij zorg op afstand
Sig 09/11	Dilemma's van verpleegkundigen en verzorgenden.
Sig 09/05	Met de camera aan het ziekbed. Morele overwegingen bij gezondheidszorg op televisie, mei 2009
Sig 08/02	Dilemma's op de drempel. Signaleren en ingrijpen van professionals in opvoedingssituaties (signalement), september 2008
Sig 08/01	Afscheid van de vrijblijvendheid. Beslissystemen voor orgaan-donatie in ethisch perspectief (studie in het kader van het Masterplan Orgaandonatie VWS), juni 2008