



# Oud en zelfstandig in 2030 Een reisadvies

Commissie Toekomst zorg thuiswonende ouderen



# Oud en zelfstandig in 2030 Een reisadvies

Commissie Toekomst zorg thuiswonende ouderen

Aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Den Haag, 15 januari 2020



# Inhoud

## Samenvatting 4

- 1 Inleiding 6
- 2 Op weg naar een nieuwe realiteit 8
- 3 Ouderen in Nederland, nu en straks 11
- 4 Kansen en risico's 15
- 5 Zorgen voor jezelf 23
- 6 Zorgen voor elkaar 30
- 7 Zorgen, wonen en welzijn 35
- 8 Zorgen, wetten, regels en rollen 39
- 9 Tot besluit 46

## Referenties 48

## Bijlagen 52

- A Opdracht 53
- B Commissie 54
- C Gesprekspartners 55
- D Afkortingen 58

# Samenvatting

**Hoe is de zorg voor thuiswonende ouderen in de toekomst op peil te houden? In dit advies geven wij antwoord op die vraag. Niet met panklare oplossingen en kiezelharde garanties; als die te geven zouden zijn, had de vraag niet aan ons gesteld hoeven te worden. Wel met perspectieven en oplossingsrichtingen, aansluitend bij initiatieven en bewegingen die nu al zichtbaar zijn.**

De regie van ouderen zelf over hun 'derde levensfase' staat voor ons centraal. We pleiten voor vergroting van het vermogen van ouderen om voor zichzelf en voor elkaar te zorgen en voor vanzelfsprekende inzet van digitale middelen. Zelfstandigheid tot op hoge leeftijd hoeft niet altijd te betekenen dat iedereen 'langer thuis' blijft. Herwaardering van collectieve en semi-collectieve (of semi-zelfstandige) woonvormen voor ouderen is volgens ons geboden. Tot slot pleiten we voor vereenvoudiging van het zorgstelsel en voor samenwerking waar mogelijk, omdat we ervan overtuigd zijn dat dit zowel tegemoet komt aan de behoefte aan regie bij ouderen, als aan de behoefte aan overzicht en duidelijkheid bij familie, mantelzorgers, vrijwilligers en professionals. Al onze aanbevelingen toetsen we aan de vier principes van de REIS:

- Regie: vergroot de aanbeveling de mogelijkheden voor ouderen om zelf regie te voeren?
- Eenvoud: vereenvoudigt de aanbeveling de ondersteuning en zorg voor ouderen, zowel voor de ouderen zelf als voor de professionals?
- Integrale benadering: verwijdert de aanbeveling schotten en bevordert ze een integrale kijk op de behoefte aan ondersteuning en zorg?
- Samenwerking: bevordert de aanbeveling de samenwerking tussen de verschillende bij de zorg voor thuiswonende ouderen betrokken partijen en professionals?

Veel van onze aanbevelingen zijn uiteindelijk terug te voeren tot drie centrale adviezen. Het eerste is: ga (ver)bouwen! De fysieke woonomgeving is voor ouderen cruciaal om zelfstandig te kunnen (blijven) wonen en zo min mogelijk afhankelijk te worden van zorg. Nieuwe woonvormen, tussen het aloude eigen huis en verpleeghuis in, kunnen een oplossing bieden. Maar te midden van alle problemen op de woningmarkt wordt er ook voor ouderen veel te weinig gebouwd en verbouwd. Met als gevolg niet alleen een suboptimaal woningaanbod voor ouderen, maar ook een belemmering van de doorstroming op de woningmarkt.

Het tweede is: ga digitaal! Dit advies is niet alleen gericht aan aanbieders van professionele zorg en ondersteuning, voor wie 'digitaal het nieuwe normaal' moet worden. Ook ouderen zelf zullen veel meer gebruik moeten maken van digitale technologieën, om hun dagelijks leven makkelijker en aangenamer te maken. Grootschalig gebruik kan leiden tot meer eigen regie, een hogere kwaliteit van leven en een doelmatiger inzet van schaarse zorgverleners. Het is een van de weinige oplossingsrichtingen die kan leiden tot een grotere intensiteit en hogere kwaliteit van zorg zónder inzet van meer arbeidskrachten en zonder de daaruit voortvloeiende verergering van het probleem van de betaalbaarheid en organiseerbaarheid van de zorg.

Maar ook als het lukt om voor genoeg geschikte woningen te zorgen en het normaal wordt om digitaal te leven en te zorgen, zullen er veel ouderen zijn die persoonlijke professionele zorg en ondersteuning nodig hebben. Daarop richt zich ons derde belangrijke advies: werk samen! We zullen de komende decennia in de zorg voor ouderen moeten woekeren met schaarse middelen, zowel wat betreft de financiën als minstens zozeer de mensen. Gegeven die krapte is lokale en regionale samenwerking, teneinde schaarse middelen doelmatig te kunnen inzetten, belangrijker dan keuzevrijheid en concurrentie.

Wij vinden het belangrijk dat ons advies kan rekenen op draagvlak bij alle partijen die verantwoordelijkheid dragen bij het bieden van zorg aan thuiswonende ouderen. In samenspraak met onze opdrachtgever nodigen wij dan ook uit om de komende maanden op het advies te reageren. Wij zullen nog een aantal keren bij elkaar komen om ons te buigen over de binnengekomen reacties en commentaren. Voor de zomer van 2020 zullen we ze verwerken in een versie 2.0 van ons advies.



# 1 Inleiding

## 1.1 Achtergrond

Steeds meer mensen worden steeds ouder. Verreweg de meeste ouderen blijven zelfstandig wonen, ook als ze in toenemende mate afhankelijk worden van informele en formele zorg. Het behoud van zelfstandigheid is voor velen een groot goed en het zelfstandig wonen gaat de meesten gelukkig ook goed af. Toch is er reden tot zorg. Door de demografische ontwikkeling dreigen toenemende tekorten aan mantelzorgers, vrijwilligers en professionals in zorg en welzijn. De toenemende complexiteit van wetten en regelingen maakt het voor ouderen steeds moeilijker overzicht te houden en regie te nemen. En hoewel het ouderen vaak goed lukt om overeind te blijven, kan het bestaan dat zij met hulp van gezin, familie, buurt en vrijwilligers weten op te bouwen ook een kaartenhuis blijken te zijn, dat instort bij een zuchtje tegenwind. Voor de Tweede Kamer waren dit redenen om aan het kabinet te vragen hoe de zorg voor thuiswonende ouderen ook in de toekomst op peil kan worden gehouden.

## 1.2 Opdracht

Op 14 november 2018 stelde het kabinet onze commissie in, onder de naam ‘commissie Toekomst zorg thuiswonende ouderen’. Conform de vraag van de Tweede Kamer kregen we de opdracht advies uit te brengen over wat er nodig is om ook in het jaar 2030 de zorg voor thuiswonende ouderen op peil te houden, rekening houdend met demografische, maatschappelijke en technologische ontwikkelingen en de betaalbaarheid van de zorg.<sup>a</sup>

## 1.3 Werkwijze

Ter voorbereiding van ons werk vroeg het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) om te beschrijven hoe de zorg thuis voor ouderen er nu uitziet en welke trends en ontwikkelingen gevolgen hebben voor die zorg. Dit resulteerde in het rapport *Zorgen voor thuiswonende ouderen*,

---

a Zie bijlage A voor de opdracht aan de commissie, zoals verwoord in de Regeling instelling adviescommissie Toekomst zorg thuiswonende ouderen. Staatscourant nr. 65546, 22 november 2018. Voor de samenstelling van de commissie zie bijlage B.



dat voor ons een belangrijke bron van informatie was. Na onze installatievergadering voerden we een groot aantal gesprekken, met ouderen zelf en met mensen die bij de zorg voor ouderen thuis betrokken zijn: mantelzorgers en ervaren én jonge professionals en studenten op het gebied van zorg en ondersteuning. Ook spraken we met deskundigen van verschillende organisaties, waaronder ministeries, over wonen, burgerinitiatieven, technologie, bekostiging, betaalbaarheid en arbeidsmarkt.<sup>b</sup> De commissievoorzitter voerde een gesprek met D66-kamerlid Vera Bergkamp, de indiener van de door de Tweede Kamer aangenomen motie die de aanleiding was voor de instelling van de commissie.

Op basis van deze gesprekken en bestudering van relevante literatuur formuleerden we na de zomer ons advies. De publicatie gaat vergezeld van een open uitnodiging aan geïnteresseerden om (digitaal) op het advies te reageren. We nemen ons voor om ons advies op basis van de reacties voor de zomer van 2020 waar nodig en mogelijk te actualiseren.

## 1.4 Opzet

In het volgende hoofdstuk formuleren we allereerst vanuit welk perspectief we naar de opdracht hebben gekeken en welke criteria we hebben aangelegd bij het beoordelen van mogelijke oplossingsrichtingen. In hoofdstuk 3 beschrijven we vervolgens hoe ouderen in Nederland er nu voorstaan en welke veranderingen daarin op grond van de demografische ontwikkeling te verwachten zijn. In hoofdstuk 4 brengen we de kansen en risico's in kaart die we op weg naar 2030 ontwaren en formuleren we de richting waarin we de oplossing willen zoeken.

Onze aanbevelingen vallen vervolgens in vier groepen uiteen. In hoofdstuk 5 leggen we de nadruk op de eigen verantwoordelijkheid van elke burger om na te denken over wat ouder worden betekent en hoe daarop vroegtijdig geanticipeerd kan, en misschien wel moet, worden. In hoofdstuk 6 leggen we het accent op wat burgers voor elkaar kunnen betekenen en hoe met name de woonsituatie de wederzijdse zorg kan ondersteunen.

In hoofdstuk 7 draait het vooral om hoe we de werelden van zorg, wonen en welzijn weer met elkaar kunnen verbinden, een wat ons betreft hoogst noodzakelijke ontwikkeling. Daarna beschrijven we in hoofdstuk 8 wat dit met zich meebrengt voor de verschillende bij het vraagstuk betrokken partijen en de regels en wetten die hierbij relevant zijn. In hoofdstuk 9 sluiten we beschouwend af, met onder meer een korte toelichting op de adviezen die we niet hebben gegeven.

---

<sup>b</sup> De personen met wie de commissie heeft gesproken zijn vermeld in bijlage C.

## 2 Op weg naar een nieuwe realiteit

**Dat de Nederlandse bevolking aan het verouderen is en dat dit de nodige vragen oproept: dat is, op z'n zachtst gezegd, geen nieuw gegeven. Betrekkelijk nieuw is wel de verandering die het denken over ouder worden doormaakt en parallel daaraan, voor dit advies niet minder belangrijk, ook het denken over gezondheid en zorg. Dat veranderende denken opent een nastrevenswaardig vergezicht. En leidt tot gedachten over hoe te komen waar we willen wezen.**

### 2.1 Het denken verandert

Het denken in Nederland over ouder worden, gezondheid en zorg verandert. Met het stijgen van de levensverwachting verandert de positie van ouderen in de maatschappij. Vele ouderen staan tot op hoge leeftijd volop in het leven. Er is meer oog voor ouder worden als een langlopend proces dat hoort bij het leven, waarop je je kunt voorbereiden, dat vraagt om aanpassingen, maar dat ook nieuwe kansen en mogelijkheden biedt. De meeste ouderen zijn goed in staat om zelf te bepalen wat zij nodig hebben om te kunnen leven zoals ze willen.

Tegelijkertijd verandert het denken over gezondheid. Werd gezondheid voorheen primair opgevat als afwezigheid van ziekte, nu staat de positieve gezondheid centraal: het vermogen van mensen om zich aan te passen en zelf te beslissen hoe om te gaan met de sociale, fysieke en emotionele uitdagingen van het leven.

Het denken over zorg maakt een complementaire ontwikkeling door. Niet langer staat het diagnosticeren en behandelen van ziekten centraal, maar het versterken van de mogelijkheden van mensen om met de realiteit van hun bestaan om te gaan, ook als er beperkingen om de hoek komen kijken. Vanuit de optiek van positieve gezondheid komen naast het medische domein ook de domeinen van wonen en welzijn in beeld. Er wordt gepleit voor een integrale visie op moeilijke situaties waarmee mensen, zeker op oudere leeftijd, te maken kunnen krijgen. Een visie die uitgaat van wat mensen zelf willen en kunnen en die levensproblemen niet bij voorbaat vertaalt in medische problemen.

## 2.2 Wenkend perspectief

Dit nieuwe denken leidt tot een nieuwe kijk op ouderenzorg. Een ouderenzorg die aansluit bij de behoeften van mensen zelf en bij de verantwoordelijkheid die zij voor hun eigen leven dragen. Een ouderenzorg die allereerst investeert in het vermogen van mensen om te leven zoals voor henzelf, gegeven hun mogelijkheden, passend is. Die de verantwoordelijkheid van ouderen voor de wijze waarop zij wonen, hun sociale contacten onderhouden en hun welzijn en gezondheid op peil houden, ondersteunt en zo nodig activeert, maar niet overneemt, en die zeker problemen niet bij voorbaat medicaliseert.

In deze ouderenzorg werken verschillende disciplines en organisaties probleemloos samen, niet gehinderd door verschillende wettelijke regimes of financieringsregelingen. Coördinatieproblemen zijn onzichtbaar voor de ouderen, die ondervinden dat elk loket het goede loket is (*no wrong door*). Elke oudere krijgt maatwerk geleverd, zonder dat de ongelijkheid die daarmee ontstaat, gezien wordt als een aantasting van rechten. De meeste ouderen zoeken én vinden zelf hun weg in de wereld van zorg, ondersteuning, welzijn en wonen, met vaste, aanspreekbare partners, die allemaal hetzelfde belang voor ogen hebben. Ouderen voeren zelf zo lang en zoveel mogelijk de regie, ondersteund door buurt, familie en vrijwilligers. En de ouderen die daartoe niet meer in staat zijn, kunnen tijdig terecht in een andere, ondersteunende en beschermende omgeving, waarin nog steeds hun persoonlijke behoeften centraal staan.



## 2.3 De REIS

Maar dit beeld is helaas nog geen realiteit. Tussen droom en daad staan ook hier wetten in de weg en praktische bezwaren. Niettemin willen wij denken vanuit dit wenkend perspectief. Concreet betekent dit dat we enerzijds begrijpen dat het niet goed mogelijk is de hier geschetste ideale wereld op korte termijn tot stand te brengen; anderzijds vinden we het belangrijk om alleen stappen aan te bevelen die passen in een, weliswaar langdurige, transitie in de richting van het geschetste doel. Zoals ouderen die steeds afhankelijker worden van zorg, in het Haagse zorgjargon, een ‘zorgreis’ maken, zo hebben we ook collectief een reis voor de boeg. We stellen voor ons daarbij te laten leiden door vier REIS-principes:<sup>c</sup>

- Regie: wij willen de mogelijkheden voor mensen vergroten om, wanneer zij ouder worden, zo nodig met ondersteuning, tijdig de regie te nemen over zorg, wonen en welzijn en die regie zo lang mogelijk te behouden, ook als de gebreken van de ouderdom zich aandienen;
- Eenvoud: wij willen de werelden van zorg, wonen en welzijn en de onderlinge verbanden daartussen, zoveel mogelijk vereenvoudigen, omdat dit de positie van zowel ouderen als professionals versterkt;
- Integrale benadering: de visie op ouder worden, de zorg en ondersteuning die ouderen nodig hebben en de financiering daarvan moeten integraal zijn; het zou voor ouderen niet moeten uitmaken onder welke wet of uit welk potje zorg en ondersteuning gefinancierd worden;
- Samenwerking: partijen horen effectief en efficiënt samen te werken om schaarse middelen (mensen, geld) doelmatig in te zetten en ervoor te zorgen dat ouderen zelf zo min mogelijk last hebben van de veelheid aan partijen die bij het leveren van zorg en ondersteuning betrokken is. In deze tijden van (dreigende) krapte aan middelen is samenwerking en regionalisering een groter goed dan keuzevrijheid en concurrentie.

Deze vier principes worden vaak met de mond beleden. Ze ook werkelijk in praktijk brengen zal echter vragen om doorbreken van huidige gewoonten, andere manieren van werken en organiseren, nakomen van gemaakte afspraken en elkaar daarop aanspreken, bewaken van voortgang en gezamenlijk leren van opgedane ervaringen.

---

c In de hoofdstukken 5 t/m 8 geven we bij elke aanbeveling aan welk(e) van de REIS-principes we bij die aanbeveling het meest relevant achten.

# 3 Ouderen in Nederland, nu en straks

**Om te beginnen is het goed een paar feiten op een rij te hebben. Ze zijn inmiddels uit een karrenvracht rapporten, adviezen en toekomstverkenningen, en steeds meer ook uit de algemeen bekende media, in grote lijnen wel bekend. Maar voor ons advies is het van belang ze scherp in beeld te hebben: de grote mate van gezondheid van de Nederlandse bevolking, tot op hoge leeftijd; de grote verschillen die er helaas ook zijn, tussen ouderen van dezelfde leeftijd; en de demografische ontwikkeling die ons tot 2030 te wachten staat.**

## 3.1 Tot op hoge leeftijd vitaal en zelfstandig

De resterende levensverwachting van Nederlandse 65-jarigen is sinds 1970 voor mannen met bijna vijf, voor vrouwen met ruim vierenhalf jaar toegenomen en bedraagt nu gemiddeld ruim twintig jaar.<sup>1</sup> Ruim twaalf jaar daarvan wordt doorgebracht in een als goed ervaren gezondheid, veertien jaar zonder of met slechts lichte lichamelijke beperkingen en achttien jaar in goede geestelijke gezondheid.<sup>2</sup>

De overgrote meerderheid van de ouderen, 92 procent van de 75-plussers, woont zelfstandig. Dat hoge percentage is het voorlopig resultaat van een stijging gedurende de afgelopen decennia. In 1980 woonde van de 80-plussers nog maar 37 procent zelfstandig, in 2010 was dat al 86 procent, nu ongeveer 89 procent. Het percentage zelfstandig wonenden neemt af met het ouder worden: van de 75-79-jarigen woont 98 procent zelfstandig, van de 80-84-jarigen 94 procent, van de 85-89-jarigen 87 procent, van de 90-plussers 71 procent. Met het stijgen van de leeftijd woont een toenemend aantal alleen: van de 75-79 jarigen een derde, van de 90-plussers bijna drie kwart. Van de ruim 1,4 miljoen 75-plussers zegt desgevraagd 83 procent (zeer) gelukkig te zijn en tevreden met het eigen leven.<sup>3</sup>

In 2016 maakte bijna drie kwart van de drie miljoen 65-plussers alleen gebruik van eerstelijns, medisch-specialistische of ziekenhuiszorg. Drie procent (96 duizend personen) maakte daarnaast gebruik van Wmo-ondersteuning (vooral huishoudelijke hulp); zestien procent deed, behalve op Wmo-ondersteuning, ook een beroep op tijdelijk verblijf, verzorging of verpleging (korter dan drie maanden: 172 duizend

personen; langer dan drie maanden: 329 duizend personen). Slechts zes procent, 189 duizend ouderen in totaal, woonde in een verpleeghuis of ontving een ‘volledig pakket thuis’ (VPT). Veertig procent van de uitgaven aan zorg voor ouderen ging naar deze groep.<sup>4</sup>

## 3.2 Grote verschillen, ook in zorgafhankelijkheid

Dit over het geheel genomen, zeker in vergelijking met vroeger tijden, rooskleurige beeld, laat onverlet dat er grote verschillen zijn tussen ouderen van eenzelfde leeftijd. De relatie tussen sociaaleconomische positie enerzijds en gezondheid en beperkingen anderzijds is onmiskenbaar. 65-jarigen in de hoogste inkomensklasse hebben gemiddeld ongeveer zes meer gezonde levensjaren voor de boeg dan hun leeftijdgenoten in de laagste inkomensklasse; het verschil in levensverwachting zonder lichamelijke beperkingen is ruim zeven jaar.<sup>5</sup> Het aandeel ‘kwetsbare ouderen’ is in de laagste inkomensklasse drie keer zo hoog als in de hoogste.<sup>6</sup> Ook factoren als het niet (meer) hebben van een partner, een klein sociaal netwerk en een niet-westerse migratieachtergrond hebben een aantoonbaar ongunstige invloed op de levensloop van ouderen.<sup>3,7</sup> Een bijkomende complicerende factor is dat kwetsbare ouderen in steden vaak wonen in wijken waar ook veel andere kwetsbare mensen wonen, zodat het ontbreekt aan veerkrachtige sociale netwerken.



Hoewel verreweg de meeste ouderen zich prima redden, neemt met het stijgen van de leeftijd in de groep ouderen als geheel de zelfredzaamheid af en de zorgafhankelijkheid toe. In 2016 maakte negentig procent van de 1,8 miljoen 65-75 jarigen alleen gebruik van medische zorg, in eerste lijn of een ziekenhuis. Voor de 950 duizend 75-85 jarigen gold dat nog voor circa 67 procent; van de overige 33 procent ontving 12 procent naast medische zorg alleen ondersteuning of tijdelijke verzorging of verpleging; de resterende 21 procent kreeg structureel verzorging of verpleging. Van de veel kleinere groep van 340 duizend 85-plussers was ongeveer zestig procent structureel afhankelijk van verzorging of verpleging.<sup>4</sup>

De groep ouderen die in een verzorgings- of verpleeghuis wonen is de afgelopen jaren, mede ten gevolge van de afschaffing van de lichtere zorgzwaartepakketten sinds 2013, kleiner én kwetsbaarder en meer afhankelijk van zorg geworden.<sup>8</sup> Het ligt voor de hand dat tegelijkertijd de groep kwetsbare ouderen die zelfstandig woont, gegroeid is. Hoe groot die groep is, is onbekend. Van belang is vooral de omvang van de groep bij wie, volgens de recente, in het veld breed gedragen *Handreiking Kwetsbare ouderen thuis*, een proactieve, geïntegreerde aanpak van zorg en ondersteuning geboden is, omdat er sprake is van regieverlies ten gevolge van een combinatie van verschillende soorten problemen, lichamelijke, psychische of op het vlak van mobiliteit of cognitie.<sup>9</sup> Op grond van de ervaringen van de zorggroepen die de afgelopen jaren al volgens de principes van de *Handreiking* hebben gewerkt, gaan we ervan uit dat naar schatting 1 à 1,5 procent van de gehele Nederlandse bevolking, dus zo'n 170 à 250 duizend zelfstandig wonende ouderen en 5 à 8 procent van alle 65-plussers, in de zin van de *Handreiking* 'kwetsbaar' is.

Maar de groep ouderen die enige vorm van professionele zorg en ondersteuning nodig heeft is groter dan deze groep van maximaal een kwart miljoen. Daarop wijzen niet alleen de cijfers van het daadwerkelijke zorggebruik, maar ook een onderzoek van het Nivel onder bijna duizend 57-plussers. De Nivel-onderzoekers onderscheidden op basis van hun onderzoek vier profielen van ouderen: de zorgwensende, de proactieve, de afwachtende en de machteloze. De proactieve en zorgwensende ouderen (respectievelijk 46 en 28 procent) willen zo lang mogelijk zelfstandig wonen, weten raad met toegankelijke technologie, kunnen zelf betalen voor ondersteuning en zorg en hebben een goed sociaal netwerk, al willen ze hier niet altijd een beroep op doen. De 'afwachtenden' en 'machtelozen' echter (10 en 16 procent) hebben het gevoel dat het leven hen overkomt en ervaren weinig regie over hun leven. Het gaat om ouderen die veelal alleenstaand zijn en lager opgeleid, weinig geld en een beperkt sociaal netwerk hebben en relatief vaak geen of slecht Nederlands spreken.<sup>10</sup>



### 3.3 Demografie richting 2030

Het komende decennium zal de Nederlandse bevolking verder verouderen. Het aandeel 75-plussers zal stijgen van 8 procent nu naar bijna 12 procent in 2030. In 2030 zullen er ruim 2 miljoen 75-plussers zijn, zo'n 600.000 meer dan nu. De groep 85-plussers, die relatief veel zorg nodig heeft, zal toenemen van circa 380.000 mensen nu, tot bijna 540.000 mensen in 2030.<sup>11</sup> Vooral in de krimpgebieden Oost-Groningen, Zuid-Limburg en Zeeuws-Vlaanderen zal het aandeel 75-plussers hoog zijn.<sup>12</sup>

Ouderen zullen in 2030 niet alleen talrijker zijn dan nu, maar ook vaker kinderloos. Van de 75-jarige vrouwen in 2018 (geboren in 1943) was 10 procent kinderloos, van de 75-jarige vrouwen in 2030 (geboren in 1955) zal dat 17 procent zijn. Toekomstige ouderen zullen ook veel minder vaak drie of meer kinderen hebben dan nu. Daarbij zullen ouderen in de toekomst vaker van niet-westerse komaf zijn. Het aantal 75-plussers met een niet-westerse migratie-achtergrond zal stijgen van ruim 40.000 in 2018 naar bijna 95.000 in 2030.<sup>3</sup>

Door de veranderende leeftijdsopbouw van de bevolking zal het aantal 65-plussers per 100 20-64-jarigen, ook wel de 'grijze druk' genoemd, stijgen van 32 naar 43 in 2030. Het aantal 20-64-jarigen per 75-plusser zal dalen van ruim zeven naar ruim vijf. Ook zal er een daling zijn van het aantal 50-74 jarigen, een groep die relatief vaak mantelzorg geeft, ten opzichte van het aantal 85-plussers, van 15 per 85-plusser nu, naar 10 in 2030.<sup>3</sup>

De prevalentie van leeftijdsgerelateerde ziekten als artrose, diabetes, coronaire hartziekten, gezichts- en gehoorstoornissen, ziekte van Parkinson en dementie zal de komende decennia een duidelijke stijging te zien geven. Doordat mensen minder vaak aan andere ziekten overlijden wordt dementie een veelvoorkomende doodsoorzaak. Het aantal mensen met dementie zal tussen 2015 en 2040 naar alle waarschijnlijkheid verdubbelen, van 154.000 naar 330.000.<sup>13</sup>

# 4 Kansen en risico's

Wat gaan we tegenkomen wanneer we, geleid door onze REIS-principes, op weg gaan naar 2030? Waar onze opdracht om te adviseren over het 'op peil houden' van de zorg makkelijk de suggestie kan wekken dat er vooral grote problemen in het verschiet liggen, stellen wij allereerst vast dat er niet alleen sprake is van problemen, maar zeer zeker ook van nieuwe mogelijkheden. In dit hoofdstuk zetten we zowel kansen als risico's op een rij. We sluiten af met een koersbepaling die onzes inziens perspectief biedt.

## 4.1 Kansen

Er zijn een paar belangrijke ontwikkelingen die gunstig zijn voor de kwaliteit van het leven van zelfstandig wonende ouderen en die de zorg en ondersteuning die zij nodig hebben makkelijker te organiseren maken:

### De levensverwachting in goede gezondheid neemt toe

Gemiddeld zal naar verwachting zowel de totale levensverwachting, als die in goede ervaren gezondheid en zonder beperkingen, de komende jaren blijven toenemen.<sup>14</sup> Een van de gevolgen van de stijgende levensverwachting is dat het percentage 75-plussers dat alleenstaand is tot 2030 licht zal dalen (van 48 naar 45 procent; na 2030 zal het percentage echter weer stijgen).<sup>3</sup>

### Het opleidingsniveau van ouderen stijgt

In 2006 was van de 65-74-jarigen 54 procent laag opgeleid, 30 procent middelbaar en 15 procent hoog; eind 2018 waren die percentages respectievelijk 44, 33 en 21 procent. Een toename van het gemiddelde opleidingsniveau van de 75-plussers, en daarmee van het vermogen om zelf informatie te verwerken en regie te voeren, ligt dus in het verschiet.<sup>3</sup>

### De digitale vaardigheden van ouderen groeien

In 2012 had twee derde van alle 75-plussers nog nooit internet gebruikt; zes jaar later gold dit voor nog maar een derde. Het is te verwachten dat de digitale vaardigheden en mogelijkheden van ouderen verder zullen toenemen. Van de 64-74-jarigen heeft inmiddels een bijna even groot deel toegang tot internet als van de bevolking

als geheel.<sup>3</sup> Ook dit vergroot het (gemiddelde) vermogen van ouderen om informatie tot zich te nemen, regie te voeren en gebruik te maken van technologische innovaties, waaronder mogelijkheden om afhankelijkheid van zorg te verminderen.

### **De financiële mogelijkheden van ouderen nemen toe**

Toekomstige 75-plussers zullen gemiddeld naar verwachting vaker en langer hebben deelgenomen aan de arbeidsmarkt en dus meer aanvullend pensioen hebben opgebouwd dan de huidige 75-plussers.<sup>3</sup> Behalve het inkomen speelt ook het vermogen een belangrijke rol. In 2015 was het vermogen van 65-plus huishoudens gemiddeld vijfmaal zo hoog als van een doorsnee huishouden (respectievelijk 86,5 duizend en 17,3 duizend euro). Ouderen geboren tussen 1945 en 1950 zijn vaak welvarender en hebben vaker een koophuis met overwaarde dan oudere 65-plussers.<sup>15</sup> Al met al lijkt het erop dat de toekomstige 75-plussers beter in staat zullen zijn om de voorzienbare kosten die met veroudering gepaard gaan zelf te dragen. Twee kanttekeningen zijn hier echter op hun plaats. Ten eerste zegt de vergelijking van verschillende leeftijdscohorten van ouderen niets over hoe het de ouderen van nu de komende tien jaar zal vergaan. Ten tweede maakt ons pensioenstelsel een transitie door die waarschijnlijk zal leiden tot een pensioenrecht dat minder zekerheid biedt dan het huidige stelsel pretendeert te geven.

### **Aan de versterking van de zelfredzaamheid wordt gewerkt**

In de Wmo 2015 is vastgelegd dat gemeenten moeten zorgen dat voor hun ingezetenen kosteloos cliëntondersteuning beschikbaar is die, zo staat het in de wet, 'bijdraagt aan het versterken van de zelfredzaamheid en participatie en het verkrijgen van een zo integraal mogelijke dienstverlening op het gebied van maatschappelijke ondersteuning, preventieve zorg, zorg, jeugdhulp, onderwijs, welzijn, wonen, werk en inkomen'. Het belang van de betrokkene dient bij de ondersteuning het uitgangspunt te zijn. De invoering gaat niet over rozen, maar er wordt hard aan gewerkt.<sup>3,16</sup> In de praktijk zien we veel bloemen bloeien. Naast de cliëntondersteuners zijn er professionele en vrijwillige ondersteuners met een meer specifieke of deels overlappende missie, zoals ouderenadviseurs en -consulenten, wooncoaches, verhuismakelaars, flatcoaches en casemanagers dementie.

### **Nieuwe woon(zorg)mogelijkheden zijn in opkomst**

Verspreid over het hele land is de afgelopen jaren een grote diversiteit aan nieuwe woonmogelijkheden voor ouderen ontstaan, al of niet met een eigen aanbod van professionele zorg en ondersteuning: hofjes, geclusterde woningen, woongemeenschappen, woonzorgcentra en -complexen, gestippelde woonzorggroepen, zorgvilla's, kangoeroewoningen etc. De teller van de 'monitor geclusterd wonen' – waarin het gaat om clusters van minimaal vijf wooneenheden, met een gezamenlijke ontmoetingsruimte, overwegend bewoond door ouderen – staat begin 2020 op ruim 91 duizend

wooneenheden, waarvan 87 procent in bezit van woningcorporaties, verspreid over 1900 locaties, waarmee 66 procent van de gemeenten is gedekt.<sup>17</sup>

### **Overheden, burgers en organisaties investeren in de sociale infrastructuur**

Niettegenstaande ook door ons niet te onderschatten (financiële) problemen, zien wij rijksoverheid, gemeenten, individuele burgers en organisaties tal van initiatieven ontplooiën om de sociale inbedding van ouderen te versterken. Het aantal burgerinitiatieven rond zorg en welzijn is sinds 2005, toen in Hoogeloon in Brabant de eerste zorgcoöperatie werd opgericht, sterk gegroeid. In 2014 waren het er ruim 100; in 2018 waren er ruim 500 zorgcoöperaties, stadsdorpen, zorgzame dorpen en naobezorgpunten ontstaan.<sup>18,19</sup> Al sinds de jaren negentig zijn verspreid over het land ontmoetingscentra voor mensen met dementie en hun mantelzorgers opgezet.<sup>20,21</sup> Veel aandacht, landelijk en lokaal, gaat uit naar het verminderen van eenzaamheid van ouderen.<sup>22</sup> Verspreid over het land zijn goede ervaringen opgedaan met woonservicegebieden, waarin gemeenten, vaak samen met zorgaanbieders, welzijnsorganisaties en woningcorporaties, zich inspinnen om zelfstandig wonen van ouderen beter mogelijk te maken.<sup>23</sup> Woningcorporaties laten zich ook op andere manieren niet onbetuigd.<sup>24</sup>

### **De mogelijkheden van digitale technologie groeien**

Digitale technologieën die ouderen kunnen helpen hun zelfstandigheid te behouden en hun kwaliteit van leven te bevorderen bestrijken uiteenlopende levensdomeinen: huishouden, sociale interactie, mobiliteit, veiligheid, (vrijwilligers)werk, vrijetijdsbesteding, gezondheid en zorg. De ontwikkeling en toepassing ervan wordt krachtig gestimuleerd met Europese en landelijke subsidieregelingen.<sup>25,26</sup> Gerichte financiële ondersteuning is er voor aanbieders die samen met inkopers grootschaliger gebruik en structurele inbedding van bestaande digitale toepassingen in ondersteuning of zorg thuis willen realiseren.<sup>27</sup> Het ministerie van VWS brengt mensen en organisaties bij elkaar om de toepassing van slimme technologieën bij ouderen thuis te stimuleren.<sup>28</sup> Op diverse plekken in het land zijn speciale woningen ingericht om ouderen met de nieuwe mogelijkheden kennis te laten maken.

### **Overall in het land wordt gewerkt aan samenwerking en efficiëntie in zorg en ondersteuning**

De afgelopen jaren zijn verspreid in het hele land, zowel spontaan als gestimuleerd door het ministerie van VWS, talloze initiatieven genomen om de samenwerking in zorg en ondersteuning voor zelfstandig wonende ouderen te verbeteren en de efficiëntie te verhogen. Een inventarisatie in opdracht van het Bestuurlijk Overleg Eerste Lijn bracht in 2016 122 samenwerkingsverbanden in beeld, voornamelijk op gemeentelijk en regionaal niveau, waarbij in de meeste gevallen huisartsen, wijkverpleegkundigen, specialisten ouderengeneeskunde en ouderenconsulenten

betrokken waren en vaak ook paramedici, apothekers, gerieters en geestelijke gezondheidszorg.<sup>29</sup> De programma's *De Juiste Zorg op de Juiste Plek* en *Langer Thuis* etaleren aansprekende voorbeelden van voorkómen van (duurdere) zorg, verplaatsen van zorg (dichterbij mensen) en vervangen van zorg (door bijvoorbeeld e-health).<sup>30-32</sup>

### **Er is meer aandacht voor de positieve kanten van ouder worden**

Van verschillende kanten wordt gewezen op de positieve bijdragen die mensen in hun 'derde levensfase' leveren aan de maatschappij.<sup>33-35</sup> Een gunstiger beeld van ouder worden, als een volwaardige fase in het leven van mensen, waarin mensen niet alleen verliezen lijden, maar ook nieuwe mogelijkheden kunnen ontplooiën en geestelijk verder groeien, is ook goed voor het zelfbeeld, het gevoel van eigenwaarde en de veerkracht van ouderen zelf.<sup>34</sup>

## 4.2 Risico's

Tegenover de kansen staat een aantal risico's en bedreigingen:

### **Mensen anticiperen niet tijdig op de consequenties van ouder worden, inclusief de kosten**

Dit is geen nieuw verschijnsel. Het creëert afhankelijkheid van zorg en overheid en bemoeilijkt het tijdig en betaalbaar organiseren van de zorg voor zelfstandig wonende ouderen. Ouderen zijn bijvoorbeeld weinig geneigd hun woonsituatie vroegtijdig aan te passen aan een toekomstige oude dag met beperkingen. Van de 75-plussers die vinden dat ze niet levensloopbestendig wonen heeft circa de helft geen verbouw- of verhuisplannen en 29 procent 'weet het nog niet'.<sup>3</sup> Ook een tijdige financiële planning met het oog op de extra kosten in de derde levensfase is van belang, zeker nu de veranderingen in ons pensioenstelsel grotere onzekerheid over het toekomstig inkomen met zich mee zullen brengen. Opvallend is dat er in Nederland in vergelijking met het buitenland weinig nieuwe financiële producten op de markt komen waarin bijvoorbeeld het verband wordt gelegd tussen pensioensparen, sparen voor de eigen woning en sparen voor toekomstige zorgkosten. Van een heel andere orde is het gegeven dat te weinig mensen anticiperen op mogelijke wilsonbekwaamheid, door tijdig iemand aan te wijzen die hen kan vertegenwoordigen bij medische en andere beslissingen.

### **Tussen thuis en verpleeghuis is een 'gat' ontstaan**

Doordat de verzorgingshuizen verdwenen zijn, ervaren ouderen, wanneer zij eraan toe zijn om te verhuizen – omdat de kinderen uit huis zijn, de eerste gebreken zich aandienen of ze de aansluiting verliezen bij de buurt –, dat er een tekort is aan geschikte woonmogelijkheden. Het gebrek aan woonmogelijkheden tussen 'thuis'

en ‘verpleeghuis’ ontmoedigt het tijdig anticiperen op verhuizen. Het tekort manifesteert zich vooral op pijnlijke wijze in de sociaaleconomisch zwakke wijken in steden, waar kwetsbare ouderen vaak sociaal geïsoleerd raken. Geclusterde en collectieve woonvormen waarin ouderen en ook verschillende generaties elkaar kunnen ondersteunen zouden in de ervaren leemte kunnen voorzien.<sup>36</sup> Aan de ontwikkeling ervan wordt gewerkt, maar van een voldoende, landelijk dekkend aanbod is nog geen sprake.<sup>3,37</sup> Ook lijkt het aanbod in de praktijk meer gericht op de meer dan op de minder vermogende oudere.

### **‘Langer thuis’ wordt verabsoluteerd**

‘Langer thuis’ wonen wordt door velen begrepen, terecht of niet, als ‘blijven wonen in het huis waar je altijd gewoond hebt’. Het benadrukken van de wenselijkheid ervan draagt het gevaar in zich het zicht te ontnemen op de voordelen van nieuwe woonvormen. Het kan daarmee leiden tot vereenzaming, tot onnodig dure zorg op een suboptimale locatie en tot onnodig beslag op dure ziekenhuisbedden als er iets mis gaat. Wanneer ouderen te lang in een te groot huis blijven wonen belemmert dat ook de doorstroming op de woningmarkt. Verabsoluteren van ‘langer thuis’ staat haaks op tijdig anticiperen op veranderende woonbehoeften bij het ouder worden.

### **De wet- en regelgeving is complex**

Voor ouderen is het vaak niet duidelijk welke vormen van zorg en ondersteuning beschikbaar zijn, welke zorg onder welke wet valt, of ze ervoor in aanmerking komen en hoe ze zorg kunnen krijgen. De mogelijkheid een onafhankelijke cliëntondersteuner in te schakelen is weinig bekend en de kennis en ervaring van cliëntondersteuners sluiten vaak ook niet aan op de vragen van ouderen.<sup>3</sup> Deze bezwaren gelden a fortiori naarmate ouderen met meer verschillende wettelijke regimes, financieringsregelingen en zorgaanbieders te maken krijgen en al helemaal als zich dan zeer concrete drempels manifesteren, zoals de zogenaamde zorgval.

### **De druk op mantelzorgers neemt toe**

De druk op mantelzorgers zal de komende jaren verder toenemen doordat er minder mensen zijn met wie zij de zorg kunnen delen, door de daling van aantal 20-64-jarigen per 75-plusser, de daling van het aantal 50-74-jarigen per 85-plusser en doordat ouderen in de toekomst minder vaak drie of meer kinderen zullen hebben dan nu en vaker kinderloos zullen zijn.<sup>3</sup>

### **Het aanbod van tijdelijke bedden is onvoldoende**

De mogelijkheid om tijdelijk ergens anders te kunnen verblijven, kan cruciaal zijn, zowel voor zelfstandig wonende ouderen zelf, om een ziekenhuisopname te voorkomen of om na een opname te kunnen revalideren, als ook voor hun mantelzorgers, om er daarna weer tegenop te kunnen. In het aanbod van voorzieningen voor

een tijdelijk verblijf – eerstelijnsverblijf, geriatrische revalidatiezorg, ‘respijtzorg’, Wlz-crisisbedden – worden echter tekorten ervaren.<sup>38</sup>

### **Het aantal betrokken partijen is enorm en hun onderlinge verhouding complex**

Er is enorme hoeveelheid aan partijen die een bepaalde verantwoordelijkheid dragen in de integrale benadering van de behoeften van ouderen. Te denken valt allereerst aan partijen op het gebied van wonen (gemeenten, woningcorporaties, particuliere verhuurders), welzijn (gemeenten, welzijnsorganisaties) en zorg (verzekeraars, zorgkantoren, vele verschillende zorgaanbieders), maar de lijst kan naar believen met andere domeinen (veiligheid, ruimtelijke ordening, openbaar vervoer) worden uitgebreid. Het is daardoor vaak erg moeilijk om in een regio tot samenwerking te komen op grond van een gedeelde visie op ouderenzorg. Daar komt bij dat de onderlinge verhoudingen tussen zorgverzekeraars en tussen zorgaanbieders conform de Zvw primair gebaseerd zijn op de grondgedachte van onderlinge concurrentie. Dit maakt samenwerking in de praktijk vaak moeilijk en stimuleert de opkomst van nieuwe aanbieders.<sup>d</sup>

### **Het veld van aanbieders in de thuiszorg is versnipperd**

In grote steden waar veel zorgafhankelijke ouderen wonen zijn in één wijk vaak vele verschillende aanbieders van verpleging en verzorging thuis actief, wat de noodzakelijke samenwerking, onderling en met andere professionals in zorg en ondersteuning, ernstig bemoeilijkt.<sup>39</sup> Grotere en gecontracteerde partijen blijken beter aanspreekbaar op samenwerking dan de kleinere en ongecontracteerde partijen.

### **De organiseerbaarheid van de zorg staat onder druk**

Doordat de omvang van de potentiële beroepsbevolking afneemt in verhouding tot het aantal ouderen dat zorg nodig heeft, ontstaan er nu al tekorten aan zorgpersoneel. Eind juni 2019 was het aantal openstaande vacatures in de zorg opgelopen tot 38 duizend.<sup>40</sup> Vooral in krimpgebieden dreigt het tekort verder te zullen oplopen.<sup>12</sup> De organiseerbaarheid van de zorg voor ouderen komt daardoor toenemend onder druk te staan. Het feit dat ook elders in de collectieve sector, bijvoorbeeld in het onderwijs en bij de politie, sprake is van grote tekorten maakt een oplossing moeilijk.

---

d De recente ‘ACM beleidsregel over afspraken in het kader van de beweging *De Juiste Zorg op de Juiste Plek*’ – zie <https://www.acm.nl/sites/default/files/documents/beleidsregel-acm-juiste-zorg-op-de-juiste-plek.pdf> – doet daar niets aan af. Concurrentie blijft immers de grondgedachte en samenwerking een uitzondering, waarvan nut en noodzaak steeds weer bewezen dient te worden.



### De betaalbaarheid van de langdurige zorg is een groeiend probleem

Nederland telt op dit moment, in vergelijking met andere landen, nog relatief weinig 80-plussers. De uitgaven aan langdurige zorg van ons land zijn echter, als percentage van het bruto binnenlands product, met 3,7 procent nu al de hoogste van alle OECD-landen, terwijl het aandeel 80-plussers in de bevolking de komende twee decennia bijna gaat verdubbelen.<sup>41</sup> Het CPB voorziet dat de collectieve uitgaven aan curatieve en langdurige zorg van 2016 tot 2040 als percentage van het bruto binnenlands product zullen stijgen van negen naar vijftien procent.<sup>42</sup> Bij ongewijzigd beleid wordt de hoogste jaarlijkse groei (3,6 procent) verwacht in de uitgaven aan de Wlz.<sup>43</sup>

## 4.3 Koersbepaling

Waar staan we en hoe komen we waar we willen zijn? We stellen om te beginnen vast dat het op dit moment een grote meerderheid van de ouderen in Nederland goed gaat. En omdat ouderen in de toekomst gemiddeld langer gezond, hoger opgeleid, computervaardiger en financieel draagkrachtiger zullen zijn, is het aannemelijk dat dat zo zal blijven. Bovendien wordt er volop gewerkt aan het bevorderen van de zelfredzaamheid van ouderen, het creëren van nieuwe woon(zorg)mogelijkheden, het versterken van de sociale infrastructuur, het benutten van de nieuwe digitale technologieën, efficiënter samenwerken en een beter imago van ouder worden. Dat zal allemaal helpen om in de toekomst de kwaliteit van leven van zelfstandig wonende ouderen op peil te houden en de nodige zorg en ondersteuning goed te organiseren.



Een tweede constatering moet daar wel onmiddellijk op volgen: het beeld kan regionaal enorm verschillen. De organiseerbaarheid van de zorg aan thuiswonende ouderen staat nu al onder grote druk in een aantal regio's. In het algemeen zijn de problemen buiten de Randstad groter dan binnen de Randstad. Vooral in krimpgebieden met grote reisafstanden loopt men nu al tegen grote problemen aan.

Ten derde constateren we dat een aantal problemen die we in dit hoofdstuk benoemden niet specifiek zijn voor zelfstandig wonende ouderen. De macro-betaalbaarheid (houdbaarheid) van de gehele gezondheidszorg staat onder druk, al is de bijdrage van de langdurige zorg aan deze problematiek op dit moment relatief wel groot. Ook de arbeidsmarktproblematiek is niet uniek voor, bijvoorbeeld, de thuiszorg.

Een aantal problemen spitst zich echter wel degelijk toe op de groep van thuiswonende ouderen. Dat is onze vierde constatering. We denken dan bijvoorbeeld aan de dreigende verminderende beschikbaarheid van mantelzorg, de tekorten aan nieuwe woonvormen en de toenemende complexiteit van tenminste drie stelselwetten en de vele daarbij betrokken partijen waarmee ouderen en professionals te maken kunnen krijgen.

Onze conclusie is dat we in het decennium dat voor ons ligt met vereende krachten moeten doorgaan met het ondersteunen van het vermogen van ouderen om goed voor zichzelf en voor elkaar te zorgen, onder andere door digitalisering en door te voorzien in geschikte woonmogelijkheden. Bovendien zullen we de samenwerking op het gebied van wonen, welzijn en zorg verder moeten intensiveren en moeten werken aan het reduceren van de complexiteit van het stelsel van zorg en ondersteuning. De doelmatigheidswinst die door samenwerking en regionalisering valt te boeken, is op dit moment, gegeven de dreigende en reeds manifeste schaarste van middelen (mantelzorgers, vrijwilligers, professionals in zorg en welzijn, financiën), urgenter en belangrijker dan keuze- en aanbodvrijheid. De weg die voor ons ligt zal niet gemakkelijk zijn, maar lijkt zeker begaanbaar, niet in het minst omdat er al veel gebeurt dat de goede kant op gaat.

# 5 Zorgen voor jezelf

Oud worden we allemaal, met een beetje geluk. Het is in hoge mate voorspelbaar, en dat geldt ook voor sommige van de kosten die de ouderdom met zich meebrengt. Bovendien zijn de meeste ouderen tot op hoge leeftijd tot veel in staat en het spreekt vanzelf dat zij, zolang dat het geval is, goed voor zichzelf blijven zorgen, zoals ze dat hun hele leven gedaan hebben. Maar de praktijk leert dat velen van hen wel een steuntje in de rug kunnen gebruiken. We bevelen aan:

## 1 Aan gemeenten

**R E I S** *Bied op transitiemomenten actief voorlichting en ondersteuning aan en zorg dat ouderen weten waar ze met vragen en problemen terecht kunnen.*

Er zijn verschillende momenten die het begin kunnen zijn van een nieuwe fase in het leven van ouder wordende mensen, met mogelijk een toenemende kwetsbaarheid: pensionering, de eerste val, de eerste aanschaf van een hulpmiddel, het verliezen van een partner, een verhuizing, een ziekenhuisopname, het niet meer verlengen van het rijbewijs etc. Dit zijn momenten die benut zouden moeten worden om actief voorlichting en advies aan te bieden, over bijvoorbeeld leefstijl, wonen, voorzieningen en technologische mogelijkheden. Gemeenten hebben hierin een sleutelrol. Zij kunnen bij de ouderen nagaan wat zij, maar ook woningcorporaties, zorgaanbieders, verzekeraars, werkgevers en werknemersorganisaties, voor hen kunnen betekenen. Op zijn minst moeten zij ervoor zorgen dat de ouderen weten waar zij met hun vragen en problemen terecht kunnen. Voor ouderen die dat nodig hebben dient adequate cliëntondersteuning beschikbaar te zijn.

## 2 Aan gemeenten en woningcorporaties

**R E I S** *Ondersteun en stimuleer de doorstroming naar geschikte woningen.*

Veel ouderen ervaren dat hun woning niet meer geschikt is of dat hun woonomgeving niet meer biedt wat zij nodig hebben. Ze zien hun sociale netwerk afkalven en dreigen te vereenzamen, maar zien niet hoe zij hun woonsituatie zouden kunnen verbeteren. Ze schrikken terug voor de vragen die de mogelijkheid van een verhuizing bij hen oproept: waar is dan die andere woning, kan ik die wel betalen, moet ik dan weg uit mijn buurtje, wie helpt me met opruimen en inpakken? Wooncoaches of verhuismakelaars en goede doorstroomregelingen kunnen deze ouderen helpen om toch de nodige stappen te zetten ter verbetering van hun woonsituatie.<sup>44</sup> De behoefte aan dit soort hulp kan bijvoorbeeld blijken bij de ondersteuning op transitiemomenten. Essentieel is natuurlijk dat er wel voldoende geschikte woningen zijn. Op dit moment ontbreekt het daaraan; we komen hierop terug in het volgende hoofdstuk.

### 3 Aan het ministerie van VWS

REISS

***Heroverweeg het motto 'langer thuis'.***

Het woord 'thuis' zorgt voor veel verwarring. Zelfstandig wonende 75-plussers denken begrijpelijkerwijs aan het huis waarin zij nú wonen. In de publieke receptie dreigt het motto 'langer thuis' een dogma te worden dat het zicht ontnemt op de voordelen van nieuwe woonmogelijkheden, dat een tijdig gesprek over woningaanpassing of verhuizen in de weg staat en dat de doorstroming op de woningmarkt belemmert. Het werkt in de hand dat in een ongeschikte thuissituatie zorg geleverd wordt die zeer duur is of over de grens gaat van wat nog veilig en verantwoord is. Indirect leidt het zo tot onnodige ziekenhuisopnamen of spoedopnamen in een verpleeghuis. We stellen vast dat aan thuis (blijven) wonen geen onbepaald recht te ontlenen is om de daarmee gepaard gaande kosten op de samenleving af te wentelen. Onzes inziens is de wijkverpleegkundige degene die grenzen zou moeten stellen aan wat mensen redelijkerwijs aan zorg thuis mogen verlangen en wat in het licht van kwaliteit en veiligheid nog verantwoord is. We komen hierop terug in hoofdstuk 8.

### 4 Aan de ministeries van SZW, Financiën en VWS, banken en pensioenfondsen

REISS

***Blaas de discussie over (combinaties van) pensioensparen en sparen of liquide maken van de eigen woning voor woningaanpassing, verhuizen en gezond blijven nieuw leven in.***

Nederland kent in vergelijking met het buitenland weinig producten en diensten op dit gebied. De mogelijkheden van bijvoorbeeld de Blijvers- en Verzilverlening van het Stimuleringsfonds Volkshuisvesting zijn bij slechts zeer weinig ouderen bekend.<sup>15</sup> Banken ontwikkelen de laatste tijd nieuwe mogelijkheden om de overwaarde van de eigen woning te verzilveren. Verder voorziet het Pensioenakkoord in de mogelijkheid om maximaal tien procent van het gespaarde pensioen direct op te nemen. De mogelijkheden die er zijn, zijn relatief nieuw en onbekend en verdienen het actiever onder de aandacht gebracht te worden.

### 5 Aan het ministerie van VWS, woningcorporaties en private investeerders

REISS

***Kies voor een geleidelijke doorvoering van de financiële scheiding van wonen en zorg door deze in te laten groeien met de toename van nieuwe woonvormen.***

Verzekeren is voor onvoorziene kosten. De kosten van wonen, maaltijden en huishouden, inclusief huishoudelijke hulp, horen dus niet in een collectieve verzekering. Aan de middelen (geld en menskracht) die ermee gemoeid zijn bestaat elders in de zorg een dringender behoefte. Zouden we vanuit deze op zich juiste constatering op dit moment de scheiding van wonen en zorg rigoureus doorvoeren in de gehele ouderenzorg, met name ook de verpleeghuiszorg, dan zou dat leiden tot grote effecten op inkomens van bewoners en op de bedrijfsvoering van instellingen, met grote gevolgen voor de meest kwetsbare ouderen. Nieuwe woon(zorg)vormen,



die qua financiering toch al vaak berusten op de scheiding van wonen en zorg, lenen zich daar beter voor. De verruiming van het aanbod op dit punt is een belangrijke opgave voor, onder meer, woningcorporaties. In het volgende hoofdstuk komen we hierop terug. De mogelijkheden en onmogelijkheden van het doorvoeren van de scheiding van wonen en zorg in de verpleeghuiszorg zouden nader onderzocht kunnen worden. Wat de huishoudelijke hulp betreft kan het wellicht de moeite waard zijn overheveling naar de bijzondere bijstand te overwegen, zodat deze voorziening voor de meest kwetsbaren beschikbaar blijft.

## 6 Aan het ministerie van VWS

**R E I S**

***Geef hoge prioriteit aan de ontwikkeling van een reablement programma naar Deens voorbeeld.***

In Denemarken zijn goede ervaringen opgedaan met een trainingsprogramma dat erop gericht is om ouderen die vragen om professionele zorg of ondersteuning, te helpen hun fysieke, mentale en sociale functionaliteit te hervinden en hun kwaliteit van leven te verhogen. De inhoud van de training wordt bepaald door doelen die zijn afgestemd op de capaciteiten en behoeften van de ouderen in kwestie.<sup>45</sup> Zo kan bijvoorbeeld iemand die vraagt om een maaltijdvoorziening, omdat de partner die altijd het eten bereidde, overleden is, in plaats van ‘Tafeltje dekje’ een kookcursus aangeboden krijgen. Wanneer ook in Nederland, in verschillende geografische en sociale omstandigheden, goede ervaringen met een dergelijk programma zijn opgedaan, zullen gemeenten en zorgverzekeraars regionale afspraken moeten maken over invoering en financiering.

In een wereld waarin bijna alles en iedereen communiceert via digitale kanalen, vormen zorg en ondersteuning steeds meer een merkwaardig achterblijvend, niet-digitaal eiland, dat weliswaar vergeven is van de experimenten, ‘pilots’ en projecten, maar waar de structurele implementatie van digitale technologieën uiterst traag verloopt. Er zijn vele goede redenen om daarin niet te berusten, ook waar het

ouderen betreft, die immers – gemiddeld – toenemend computer- en taalvaardig zijn. Talloze digitale technologieën kunnen door en voor zelfstandig wonende ouderen worden toegepast: om het zelfstandig wonen makkelijker en aangenamer te maken (denk aan boodschappen doen, koken en eten, veiligheid binnens- en buitenshuis, het onderhouden van contacten, dagstructuur, ontspanning en vermaak), maar ook om professionele zorg en ondersteuning te ontvangen en te verlenen (telemonitoring, zelfmeting, medicatie- en andere begeleiding, diagnostiek en behandeling).

Grootschalige toepassing van deze technologieën in dagelijks leven, zorg en ondersteuning kan leiden tot een andere levenswijze van zelfstandig wonende ouderen en tot een fundamentele herinrichting van het landschap van preventie, zorg en ondersteuning, met als gevolg meer eigen regie, een hogere kwaliteit van leven en een doelmatiger inzet van schaarse zorgverleners. Het is één van de weinige manieren om de kwaliteit van de zorg voor ouderen te verhogen zónder grotere inzet van formele of informele zorgverleners. De financiering is een verantwoordelijkheid van de ouderen zelf of hun familie, voor zover het gaat over het veraangemen en vergemakkelijken van het dagelijks leven en het bevorderen van de maatschappelijke participatie. De gemeente kan zo nodig bijdragen op grond van de Wmo of, bijvoorbeeld in de vorm van bijzondere bijstand, de Participatiewet. Als het gaat om medische voorzieningen of om middelen die leiden tot minder inzet van professionele zorg of een hogere doelmatigheid, dan is financiering ook een verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraar. De betaaltitel daarvoor is beschikbaar.

Hoewel dus de financiering in principe geregeld is, de potentie van de digitale mogelijkheden groot is en er inmiddels ook talloze voorbeelden zijn van succesvolle toepassing in de praktijk, blijft het tempo waarin deze technologieën hun weg vinden naar ouderen thuis tergend laag. Daarom bevelen wij aan:

## 7 Aan het ministerie van VWS, zorgverzekeraars, gemeenten, aanbieders en ouderenorganisaties

**R E I S**

***Ga bij zorg en ondersteuning van zelfstandig wonende ouderen uit van digital first.***

We zijn ons bewust van de radicaliteit van deze aanbeveling, maar denken dat het essentieel is dat ‘digitaal’ de norm wordt bij zorg en ondersteuning voor thuiswonende ouderen. Inzetten op ‘digitaal’ als norm leidt tot meer doelmatigheid en meer regie bij de ouderen die ermee kunnen omgaan. Daardoor komen tijd en capaciteit vrij om de meest kwetsbaren de aandacht te geven die zij nodig hebben. Dat rechtvaardigt een strategie waarin die inzet radicaal centraal staat. Tot nu toe zijn we gewend in zorg en ondersteuning mensen naar mensen toe te laten gaan. Dat kost veel tijd en geld, van ouderen zelf, van professionele ondersteuners en zorgverleners en, niet te vergeten, van mantelzorgers en hun werkgevers. Dat kan en moet anders. We zullen het toenemend potentieel van computer- en taalvaardige ouderen moeten benutten.

Zij hebben bij *digital first* veel te winnen: gemak, meer eigen regie, beschikbaarheid *on demand*. Het moet ruimschoots kunnen lukken om in 2030 in zorg en ondersteuning ‘digitaal het nieuwe normaal’ te laten zijn, maar dan moeten wel aanbieders en inkopers van zorg en ondersteuning daar vanaf nu voluit op inzetten. Succesvolle voorbeelden zijn er volop, het ontbreekt vooral aan het structureel implementeren van die successen. Zowel vanuit het ministerie als vanuit zorgverzekeraars mag daarbij wat ons betreft van een minder vrijblijvende aanpak sprake zijn. Zie ook de volgende aanbevelingen.

## 8 Aan zorgverzekeraars, aanbieders, ouderenorganisaties en gemeenten

**R E I S**

***Sluit regionale innovatie-akkoorden om grootschalige toepassing te bevorderen van digitale technologie die het leven van, en zorgen voor, ouderen thuis makkelijker en aangenamer kan maken.***

Eén van de problemen is dat in de Nederlandse situatie in één regio bij de toepassing van digitale technologie bij zelfstandig wonende ouderen al gauw vele verschillende partijen betrokken zijn. Opschaling van innovatie wordt daardoor bemoeilijkt. Innovatie-akkoorden waarin opschaling van succesvolle innovatie centraal staat kunnen hier een oplossing bieden. Het lijkt logisch de primaire verantwoordelijkheid hiervoor bij de zorgverzekeraars te leggen. Die hebben zicht op succesvolle innovaties en zijn in staat hierover bindende afspraken met elkaar en met aanbieders te maken. Samenwerking met ouderenorganisaties, die zich ook in het verleden op dit gebied actief hebben getoond, kan hierbij cruciaal zijn. Om de mogelijkheden van de digitalisering van het dagelijks leven volop te benutten zullen ook woningcorporaties, bedrijfsleven (technologie, logistiek, detailhandel), banken en (pensioen)fondsen bij de akkoorden betrokken moeten worden. De Mededingingswet staat deze vormen van samenwerking in veel gevallen niet in de weg. De innovatie-akkoorden kunnen aansluiten bij de regiobeelden en regiovisies die in het kader van *De Juiste Zorg op de Juiste Plek* worden opgesteld.<sup>46</sup> Het is duidelijk dat daarnaast sommige innovaties, voor kleine doelgroepen, vragen om besluitvorming op bovenregionaal of nationaal niveau.

## 9 Aan het ministerie van VWS, Zorginstituut, NZa en IGJ

**R E I S**

***Spreek aanbieders van zorg en ondersteuning, zorgverzekeraars, zorgkantoren en gemeenten aan op hun rol in de toepassing van bewezen effectieve en doelmatige technologieën.***

De Tweede Kamer heeft de regering gevraagd een lijst op te stellen van bewezen effectieve en doelmatige ‘digitale innovaties en e-healthtoepassingen’<sup>47</sup> en het ministerie van VWS is daarmee aan de slag. Wij denken dat zo’n gezaghebbende actuele, overzichtelijke en goed onderbouwde lijst van aanbevolen digitale technologieën een goed middel is om de patstelling te doorbreken die nu ten aanzien van de toepassing van deze technologieën in zorg en ondersteuning bestaat. Zij zou centraal kunnen staan in de af te sluiten innovatie-akkoorden. De minister voor Medische Zorg en Sport heeft



al laten weten zorgaanbieders, zorgverzekeraars, zorgkantoren en gemeenten te willen stimuleren om deze technologieën in te zetten. Zorginstituut, NZa en IGJ zullen het hunne moeten doen om de verschillende betrokken partijen, met een ‘pas toe of leg uit’ benadering, in beweging te krijgen. Daarbij gaat het niet alleen om de inrichting van nieuwe doelmatige processen, maar ook om aanpassing of afbouw van ondoelmatige processen. *Up to date* houden van de lijst aanbevolen technologieën is essentieel, wil deze aanpak effect sorteren.

### 10 Aan de ministeries van VWS en EZK en private investeerders

**R E I S**

***Investeer in de aanleg van snelle en betrouwbare internetverbindingen in landelijke gebieden.***

Juist in de dunbevolkte gebieden waar e-health en domotica vanwege een laag voorzieningsniveau, schaarste aan mantelzorgers en zorgpersoneel en lange reisafstanden veel te bieden hebben, komt de aanleg van glasvezelinternet niet op gang doordat de rentabiliteit bij een lage abonneedichtheid beperkt is. Niet alleen het welzijn van zelfstandig wonende ouderen, maar maatschappelijke voorzieningen, zorg, onderwijs en lokale economie in het algemeen hebben bij snelle internetverbindingen veel te winnen.<sup>48</sup> Aangezien de markt op dit punt zijn werk niet doet, zien we een belangrijke rol weggelegd voor de rijksoverheid. Hierbij kan worden voortgebouwd op ervaringen met 5G-pilots, zoals in Noord Nederland.

Met bovenstaande aanbevelingen zetten we in op het benutten en bevorderen van de capaciteit van de grote meerderheid van de ouder wordende Nederlanders om door middel van de nieuwe digitale mogelijkheden in de eigen behoeften te voorzien en de doelmatigheid van zorg en ondersteuning te verhogen. Maar natuurlijk zijn er ook veel ouderen die van deze aanbevelingen niet of nauwelijks zullen kunnen profiteren. We bevelen aan:

### 11 Aan het ministerie van VWS, aanbieders, gemeenten en zorgverzekeraars

**R E I S**

***Besteed bij de inrichting van ondersteuning en zorg gerichte aandacht aan de verschillende groepen kwetsbare ouderen.***

Alleen als we de zorg zo doelmatig mogelijk organiseren, zullen we de middelen voor de zorg voor de meest kwetsbare ouderen op peil kunnen houden. Dat is een van de redenen waarom we pleiten voor versterking van zelfredzaamheid, voor digitalisering en, ook verderop in dit advies, voor het bevorderen van doelmatigheid. Alleen zo zal de persoonlijke zorg en ondersteuning voor de groep ouderen die niet zonder kan, te organiseren en collectief te betalen blijven. Die groep ouderen is heterogeen. Het kan gaan om ouderen die laaggeletterd zijn, verstandelijke beperkingen hebben of een niet-westerse migratieachtergrond, om ouderen met psychische problemen of beperkte sociale vaardigheden, of om ouderen die lichamelijk of geestelijk heel kwetsbaar zijn geworden. Aanbieders van zorg en ondersteuning, zorgverzekeraars

en gemeenten zullen deze ouderen maatwerk moeten leveren, dat er op gericht zal moeten zijn de kwaliteit van hun leven zoveel mogelijk te bevorderen. Voor een subgroep, de groep met regieverlies ten gevolge van een combinatie van verschillende soorten problemen, is de eerder genoemde *Handreiking Kwetsbare ouderen thuis* ontwikkeld.<sup>9</sup> We komen hierop terug in hoofdstuk 7.

## 12 Aan de ministeries van VWS en BZK

### REIS **Zorg voor voldoende verpleeghuiscapaciteit.**

Voor een klein deel van de ouderen komt er een moment waarop de nodige zorg en ondersteuning in de eigen woning niet langer verantwoord en doelmatig te verlenen is. De omvang van deze groep zal de komende jaren onvermijdelijk groeien; de verpleeghuiscapaciteit zal moeten meegroeien. De inschatting van de omvang van de bouwopgave die hieruit voortvloeit en de overige kwesties die hier een rol spelen vallen buiten het bestek van onze opdracht en dus van dit advies.

# 6 Zorgen voor elkaar

**Goed zorgen voor jezelf betekent ook: zorgen dat je sociale netwerk sterk en gevarieerd is. Goede sociale contacten zijn essentieel om vereenzaming te voorkómen.<sup>49</sup> Vele ouderen – op dit moment bijna een op de vijf 75-plussers – ontvangen bovendien hulp bij het huishouden of persoonlijke verzorging, verpleging of begeleiding van familie, vrienden of kennissen.<sup>3</sup>**

Om de zorg voor thuiswonende ouderen op peil te houden zullen we al het mogelijke moeten doen om deze informele steun en zorg, die ouderen van elkaar en van andere generaties ontvangen, te stimuleren en te ondersteunen. Op dit moment geven in Nederland zo'n 3 miljoen mensen mantelzorg; zo'n tien procent van hen voelt zich zwaar belast.<sup>50</sup> Om overbelasting te voorkómen is het van groot belang mantelzorgers tijdig ondersteuning te bieden, door hun draagkracht te versterken (door cursussen, informatie, advies, lotgenotencontact) of hun last te verlichten (door respijtzorg of door materiële of financiële tegemoetkomingen). Gemeenten hebben op dit punt een wettelijke taak en vele hebben een mantelzorgsteunpunt ingericht, waarmee zij mantelzorgers helaas niet altijd goed bereiken. Werkgevers kunnen hun werknemers die mantelzorg verlenen eveneens ondersteunen, onder andere door ruimte en flexibiliteit te bieden. Ook een open communicatie en soepele samenwerking met professionele zorgverleners zijn van groot belang.<sup>50</sup> We bevelen aan:

## **13 Aan gemeenten, zorgaanbieders, zorgverzekeraars en werkgevers**

**REIS**

***Maak lokale en regionale afspraken over de ondersteuning van mantelzorgers.***

Mantelzorgers zijn zich vaak nauwelijks bewust van wat er bij hun taak komt kijken, laat staan dat ze weten op welke vormen van ondersteuning ze aanspraak kunnen maken. De drempel om om hulp te vragen lijkt vaak hoog te liggen. Het is een taak van zorgverleners, gemeenten en werkgevers om tijdig te signaleren dat overbelasting op de loer ligt, in een gesprek met de mantelzorger een inschatting te maken wat nodig is en de juiste vorm van ondersteuning aan te bieden. Dit vraagt om heldere afspraken tussen gemeenten, zorgaanbieders, zorgverzekeraars en werkgevers. De *Handreiking Kwetsbare ouderen thuis* biedt een goede leidraad.<sup>9</sup>

Essentieel om bij het ouder worden een zelfstandig leven te kunnen blijven leiden zijn de woning en woonomgeving. Op dat punt is er veel te doen. In 2015 woonde slechts 20 procent van de 2,2 miljoen 65-plus huishoudens in een woning die min of meer was aangepast voor bewoning door ouderen.<sup>51</sup> Het merendeel van de niet aangepaste woningen was weliswaar in technische zin voor beperkte kosten (minder dan 10.000

euro) voor ouderen geschikt te maken, maar woningaanpassingen kwamen om diverse redenen – weinig spaargeld bij de ouderen, gemeenten en corporaties die niet willen bijspringen – niet tot stand.<sup>51</sup> 43 duizend 65-plussers met somatische beperkingen woonden eind 2015 in een ‘ongeschikte’ woning, bijvoorbeeld in een appartement zonder lift of in een eengezinswoning waarin geen ruimte voor een traplift is.<sup>52</sup> Ruim de helft van de door 65-plus huishoudens bewoonde woningen die technisch gesproken geschikt of geschikt te maken waren, stond bovendien in een fysieke woonomgeving die voor ouderen ongeschikt is, doordat voorzieningen en ontmoetingsplekken niet op loopafstand bereikbaar zijn.<sup>48</sup>

Een goede woonsituatie die het onderling contact bevordert, helpt ouderen om hun leven betekenis te geven, eenzaamheid te vermijden en met elkaar de onvermijdelijke tegenslagen op te vangen. We achten het met name van belang om een toereikend aanbod van vormen van (semi-)collectief wonen te realiseren en om dat positief onder de aandacht te brengen. Maar ook voor ouderen die zelfstandig in eigen woningen (blijven) wonen moeten er ontmoetingsmogelijkheden zijn. We bevelen aan:

#### 14 **Aan de ministeries van VWS en BZK, gemeenten, woningcorporaties, zorgaanbieders en zorgverzekeraars**

**R E I S**

***Bevorder de totstandkoming van woonvormen die het ouderen makkelijk maken om elkaar bij te staan.***

De afgelopen jaren zijn met verschillende woonvormen, waaronder vormen van (semi-)collectief en geclusterd wonen, goede ervaringen opgedaan. Deze nieuwe woonvormen vragen niet per se om nieuwbouw, maar zijn ook te realiseren door verbouw van bestaande panden, zoals zorgvastgoed en flats, onder meer door ruimten te creëren voor ontmoeting en gezamenlijke activiteiten. Het is belangrijk dat deze ontwikkeling verder gestimuleerd wordt. Wij zijn ervan overtuigd dat er onder jongere én oudere ouderen een potentieel aan onderlinge mantelzorgcapaciteit bestaat dat de komende jaren aanzienlijk van omvang zal blijven, ook al zal het aantal jongere ouderen dalen in verhouding tot het aantal oudere ouderen. De nieuwe semi-collectieve (of semi-zelfstandige) woonvormen, zoals de bekende ‘hofjes’, kunnen bevorderen dat dit potentieel benut wordt. Omdat bij deze woonvormen – anders dan bij de verpleeghuizen (zie aanbeveling 5) – de scheiding van wonen en zorg goed vorm te geven is zonder grote herverdelingseffecten, zijn met de verruiming van dit aanbod verschillende vliegen in één klap te slaan. Natuurlijk moet er bij nieuw- en verbouw rekening gehouden worden met de mogelijkheden van slimme technologie.

## 15 Aan de ministeries van VWS en BZK

**R E I S**

*Verplicht gemeenten tot het opstellen van woonzorgvisies en stimuleer het maken van hierbij aansluitende prestatieafspraken conform de Woningwet tussen (oudere) huurders, gemeenten en woningcorporaties; betrek hierbij welzijnsorganisaties, zorgaanbieders en private investeerders.*

Er moet een einde komen aan de vrijblijvendheid. Op dit moment wordt er in te veel gemeenten onvoldoende woningaanbod gerealiseerd dat geschikt is voor (zorg-behoevende) ouderen. In de planning van bouwen en verbouwen voor ouderen dienen de partijen die werkzaam zijn in wonen, welzijn en zorg, de grenzen tussen hun domeinen te slechten. Uiteraard zijn wij ons ervan bewust dat de woningmarkt-problematiek op dit moment meer omvat dan alleen het onvoldoende woningaanbod voor ouderen. Dat is echter geen reden om op dit punt niet voor specifieke afspraken en verplichtingen te pleiten.

## 16 Aan de ministeries van VWS, BZK en Financiën

**R E I S**

*Breed de Woningwet uit met een verlicht regime voor geclusterde of collectieve woonvormen en zonder deze woonvormen uit van de Verhuurderheffing.*

Woningcorporaties die collectieve of geclusterde woonvormen voor ouderen willen realiseren in overwegend de sociale huursector, worden daarin belemmerd door de huidige Woningwet. De bestaande regels maken het moeilijk om gemeenschappelijke ruimten te realiseren en te financieren en ook het mengen van inkomensgroepen en het toewijzen op grond van groepskenmerken, nodig om een groep gelijkgestemden bij elkaar te kunnen laten wonen, stuit op problemen. De introductie van een verlicht regime in de Woningwet kan woningcorporaties de regelruimte bieden die zij op deze punten nodig hebben. Het uitzonderen van de Verhuurderheffing zal een belangrijke stimulans zijn om deze nieuwe woonvormen ook werkelijk in hoog tempo te realiseren.

## 17 Aan gemeenten en woningcorporaties

**R E I S**

*Geef actief voorlichting over vormen van geclusterd en collectief wonen voor ouderen.*

Ouderen die nu wonen in nieuwe (semi-)collectieve woonvormen zijn daar enthousiast over. Hun woonomgeving doet recht aan de waarden die – zo bleek uit de gesprekken die we voerden – in de woonwensen van vele ouderen centraal staan: autonomie, privacy, gelijkgezindheid en zingeving. Deze positieve ervaringen zijn echter slechts in kleine kring bekend.<sup>51</sup> Breed uitdragen van de voordelen van (semi-)collectieve woonvormen is van belang om een grootschalige realisatie te bevorderen.

## 18 Aan woningcorporaties en gemeenten

**R E I S**

*Zorg voor ruimten waar zelfstandig wonende ouderen, met elkaar en met andere wijkbewoners, gezamenlijke activiteiten kunnen ondernemen.*

De afgelopen jaren zijn in verschillende plaatsen aan groepen wijkbewoners kleine ruimten – bijvoorbeeld een voormalige winkel, een slecht verhuurbare woning, een kamer in een groter buurtcomplex – ter beschikking gesteld om ontmoeting

en activiteiten te faciliteren van vaak kwetsbare bewoners, waaronder vele ouderen. De activiteiten lopen uiteen van eet-, lees- en kaartclubs tot een 'wijkwinkel', waar je iets kunt printen of kopiëren, medicijnen van de apotheek kunt afhalen of één vuilniszak kopen als een hele rol te duur is.<sup>53</sup> Deze goede voorbeelden verdienen navolging in het hele land. Woningcorporaties zijn aan zet, in interactie met wijkbewoners, gemeenten en maatschappelijke organisaties.

Wonen in (semi-)collectieve woonvormen, ontmoetingsplekken en gezamenlijke activiteiten zorgen voor sociale cohesie en bevorderen onderlinge hulp op basis van wederkerigheid. Maar de mogelijkheden om wederzijdse steun en zorg te stimuleren zijn hiermee niet uitgeput. We bevelen aan:

### 19 Aan burgerorganisaties, woningcorporaties en gemeenten

**R E I S**

*Experimenteer met nieuwe vormen van mantelzorg op basis van wederkerigheid.*

Een aantrekkelijk idee, voor zover ons bekend in Nederland nog niet beproefd, is dat van de transgenerationale coöperatie: grootouders investeren bij de geboorte van hun kleinkinderen, in tijd of geld, in een coöperatie om kinderopvang mogelijk te maken; wanneer zij zelf behoefte aan zorg krijgen worden ze opgevangen in dezelfde coöperatie.<sup>54</sup> Een andere mogelijkheid: studenten kunnen gaan wonen in een wooncomplex waarin ook ouderen wonen, op voorwaarde dat ze toezeggen hun 'naoberschap' serieus te zullen nemen. Als tegenprestatie kan de studenten, behalve een woning, ook – als de rente weer gaat stijgen – een verlaging van de rente op hun studielening worden aangeboden.



Nieuwe afspraken tussen werkgevers en werknemers zijn van groot belang om het belang van wederkerigheid en zorg voor elkaar in de maatschappij te verankeren. Het percentage werkenden dat informele hulp geeft lag tussen 1996 en 2002 stabiel op 8 à 9 procent, maar is van 2004 tot 2014 van 13 naar 19 procent toegenomen. Nu al zijn er tekenen dat het combineren van werken en zorgen spanningen oproept: een vijfde van vooral de vrouwelijke werkenden met zorgverplichtingen ervaart ‘combinatiedruk’, er zijn ongunstige effecten op gezondheid en verzuim, mantelzorgers zijn niet gerust op hun toekomst.<sup>55</sup> De afspraken tussen werkgevers en werknemers opnieuw bezien in het licht van de zorgopgave die de komende jaren op ons afkomt is ook om andere redenen relevant: Nederlandse mannen en, vooral, vrouwen werken uitzonderlijk vaak in deeltijd<sup>56</sup> én vele 55-plussers zijn bereid om, onder voorwaarden, ook na hun pensioengerechtigde leeftijd door te werken.<sup>57</sup> We bevelen aan:

## 20 Aan werknemers- en werkgeversorganisaties



*Maak in cao's meer ruimte voor het recht op het geven van mantelzorg, liefst in combinatie met flexibele mogelijkheden voor langer doorwerken na de pensioengerechtigde leeftijd.*

‘Generatiepacten’ tussen werkgevers en werknemers waren er tot nu toe vooral op gericht oudere werknemers in hun cao de mogelijkheid te bieden om met behoud van een groot deel van hun financiële rechten minder te gaan werken of eerder te stoppen met werken. Wij zouden echter graag zien dat in cao-besprekingen wordt bekeken of het recht op korter werken kan samengaan met het verlenen van mantelzorg en of de afspraken zo kunnen worden ingericht dat ze ouderen in staat stellen langer door te werken in plaats van eerder de arbeidsmarkt te verlaten. Flexibilisering van werk, door ruimere mogelijkheden om zelf werktijden te bepalen, betaald en onbetaald verlof op te nemen en thuis en op afstand te werken, kan het combineren van werken en zorgen vergemakkelijken. Een grotere ruimte om het eigen werk in te richten zoals men dat zelf wil, maakt het ook aantrekkelijker om meer uren per week te werken én om door te werken na het pensioen, wat kan helpen om de dreigende tekorten aan (zorg)arbeidskrachten op te vangen. Ouderen kunnen bijvoorbeeld hun vakmanschap overdragen aan jongere generaties door een bijdrage te leveren aan (praktijk)onderwijs. De verkenning van deze mogelijkheden kan worden meegenomen in de adviesaanvraag aan de SER over werk en mantelzorg waar de Tweede Kamer om heeft gevraagd.



# 7 Zorgen, wonen en welzijn

**Al lukt het ouderen in de toekomst om beter dan nu voor zichzelf en, samen met jongere generaties, voor elkaar te zorgen, er zal ook professionele hulp nodig zijn voor al diegenen die zichzelf met behulp van hun eigen sociale netwerk niet weten te redden: professionele ondersteuning, verzorging, verpleging en (para) medische zorg. Gelukkig zijn er wetten en regelingen die het mogelijk maken om deze professionele zorg en ondersteuning, solidair gefinancierd, te leveren. Wel zullen we moeten woekeren met de – in termen van arbeidskrachten en geld – in toenemende mate beperkte middelen. Gegeven deze krapte is in de komende decennia doelmatige organisatie belangrijker dan verdere stimulering van vrijheid van aanbod en keuze, en is samenwerking belangrijker dan concurrentie.**

Wetswijzigingen – de invoering van de Zvw, de Woningwet 2015, de Wmo 2015, de Wlz – hebben in de laatste decennia de werelden van wonen, welzijn en zorg uit elkaar getrokken en bedoeld en onbedoeld de concurrentie tussen aanbieders van zorg en ondersteuning bevorderd. De afgelopen jaren is een tegengestelde beweging op gang gekomen, erop gericht deze werelden weer bij elkaar te brengen en de verschillende vormen van zorg en ondersteuning voor zelfstandig wonende ouderen te integreren.

Dat is geen geringe opgave. Een kwetsbare oudere heeft soms te maken met meer dan tien zorgverleners, die kunnen werken op grond van verschillende zorgwetten. Idealiter zouden die zorgverleners hetzelfde beeld moeten hebben van de situatie van de oudere en moeten werken volgens eenzelfde aanpak en visie. Eventuele discussies of onduidelijkheden over de verdeling van taken en verantwoordelijkheden over deze professionals zouden niet ten koste moeten gaan van de kwaliteit van zorg voor de oudere. Dit vraagt om een soepele samenwerking tussen de verschillende disciplines. De verschillen tussen de drie zorgwetten maken dat niet gemakkelijker. Tegelijkertijd zien we dat het op sommige plekken ook binnen het huidige stelsel wel lukt om, zonder coördinatielasten voor de oudere cliënt of patiënt, goed en soepel samen te werken. Kennelijk speelt ook de houding van verschillende partijen in de praktijk een rol bij het overwinnen van allerlei barrières.

In vele organisaties en disciplines – woningcorporaties, verpleeghuizen, (wijk) verpleegkundigen, sociaal werkers, huisartsen, specialisten ouderengeneeskunde, apothekers, geriaters etcetera – heeft de gedachte dat samenwerking, over, om en door bestaande schotten heen, dringend geboden is, al stevig wortel geschoten. Waar verbindende krachten in gunstige lokale situaties, soms gedwongen door lokale personeelstekorten, samenkomen, blijkt dat te kunnen leiden tot prachtige vernieuwende samenwerkingsinitiatieven. Op alle niveaus – werkvloer, bestuur, toezicht, inkoop, opleiding, kennisontwikkeling en –verspreiding, gemeentelijke en landelijke politiek en beleidsvorming – komt het er nu op aan om, uitgaand van de eigen regie van ouderen en van hun vermogen zich aan te passen, deze verbindende krachten te bevorderen en ruim baan te geven. We bevelen aan:

## 21 Aan bestuurders, beleidsmakers en interne toezichthouders

REIS

*Genereer, voed en benut verbindende krachten.*

Bestuurders en interne toezichthouders dragen een zware verantwoordelijkheid. Zij zullen actief de samenwerking met maatschappelijke partners moeten zoeken en daarin de maatschappelijke (regionale) opgave moeten laten prevaleren boven het belang van hun eigen organisatie. Dit vraagt van toezichthouders aandacht voor maatschappelijk toezicht, naast aandacht voor kwaliteit van zorg, toegankelijkheid en betaalbaarheid. Bestuurders zullen niet alleen aandacht moeten hebben voor de continuïteit van de eigen organisatie, de kwaliteit van zorg en dienstverlening en goed werkgeverschap, maar ook voor hun bijdrage aan de gezamenlijke maatschappelijke opgave. Ook externe toezichthouders zullen bij hun taakuitoefening hierop in moeten spelen.

## 22 Aan woningcorporaties, zorgverzekeraars, burgerorganisaties, aanbieders en gemeenten

REIS

*Zorg per regio voor één leidende visie op wonen, welzijn en zorg en streef naar meerjarige inkoopcontracten.*

Samenwerking in de zorg en ondersteuning voor zelfstandig wonende ouderen vraagt om goede afspraken tussen woningcorporaties, burgerorganisaties, aanbieders van zorg en ondersteuning, gemeenten en zorgverzekeraars op regionaal niveau. Voor wat betreft de inbreng van de zorgverzekeraars in het regionale overleg, zal de visie van de zorgverzekeraar die in een regio dominant is, leidend moeten zijn. Meerjarige inkoopcontracten zijn noodzakelijk om complexe regionale samenwerkingsrelaties daadwerkelijk tot stand te laten komen.



### 23 Aan IGJ, NZa en gemeenten

R E I S

**Eis dat zorgverzekeraars en gemeenten verantwoording afleggen over de wijze waarop zij invulling geven aan hun wettelijke plicht om met elkaar samen te werken.**

De Wet maatschappelijke ondersteuning (artikel 5.4.1) bepaalt dat gemeenten en zorgverzekeraars met elkaar en met andere relevante organisaties afspraken moeten maken over het beleid ten aanzien van 'maatschappelijke ondersteuning, publieke gezondheid, zorg, jeugdzorg, welzijn en preventie, teneinde te komen tot een integrale dienstverlening aan cliënten en verzekerden'. Volgens de Zorgverzekeringswet (artikel 14a) dienen zorgverzekeraars de uitvoering van hun taken af te stemmen op deze afspraken. Momenteel werken gemeenten, zorgverzekeraars en zorgkantoren landelijk aan een werkstructuur voor regionale samenwerking, met als leidende bestuurlijke regio-indeling de indeling in zorgkantoorregio's. Dit proces leidt voorsnog tot veel bestuurlijke activiteit, maar tot weinig zichtbare resultaten in de praktijk. Het is zaak erop toe te zien dat deze ontwikkeling versneld wordt en inzichtelijk gemaakt.

### 24 Aan beroepsgroepen, ouderen- en patiëntenorganisaties, gemeenten, zorgverzekeraars

R E I S

**Maak concrete samenwerkingsafspraken over zorg en ondersteuning voor kwetsbare ouderen.**

Veldpartijen hebben consensus bereikt over de *Handreiking Kwetsbare ouderen thuis*, die beschrijft hoe de zorg en ondersteuning voor zelfstandig wonende kwetsbare ouderen – zo'n 5 à 8 procent van alle 65-plussers – het beste georganiseerd kan worden.<sup>9</sup> Uitgangspunten zijn: nauwe samenwerking van 'zorg' en 'welzijn'; samenwerking in een 'brede eerste lijn', die naast huisartsen en wijkverpleegkundigen bijvoorbeeld ook tandartsen, apothekers, fysiotherapeuten en diëtisten omvat; regie van de oudere zelf, zo nodig met ondersteuning; vroege signalering en proactief handelen. Centraal in de Handreiking staat het vaste kernteam van huisarts, wijkverpleegkundige en sociaal werker, ondersteund door een (vaste) specialist ouderengeneeskunde. Op basis van de Handreiking zullen samenwerkingsverbanden op lokaal en regionaal niveau concrete afspraken moeten maken.

## 25 Aan zorgverzekeraars, zorgkantoren en gemeenten

### REIS *Stimuleer en beloon effectieve samenwerking.*

Overleg tussen professionals en coördinatie van samenwerkingsverbanden en netwerken kosten tijd, maar zijn noodzakelijk om goede en efficiënte zorg en ondersteuning mogelijk te maken. Tijd voor coördinatie en interdisciplinair overleg – bijvoorbeeld het multidisciplinair overleg dat conform de *Handreiking Kwetsbare ouderen thuis* nodig is – zou een onderdeel van betaaltitels van zorgverzekeraars, zorgkantoren en gemeenten moeten zijn. Samenwerken kan ook gehanteerd worden als voorwaarde bij de inkoop. Besparingen die door verbeteringen bereikt worden zouden (ten dele) moeten terugvloeien naar het samenwerkingsverband.

## 26 Aan het ministerie van VWS, beroepsgroepen, organisaties van ouderen en patiënten

### REIS *Geef hoge prioriteit aan de ontwikkeling van effectieve en efficiënte digitale gegevensuitwisseling tussen ouderen, mantelzorgers en aanbieders van zorg en ondersteuning.*

Samenwerking gaat niet zonder naadloze overdracht van informatie. Een goede uitwisseling van informatie helpt ouderen om regie te voeren over de zorg en ondersteuning die zij ontvangen en is bijvoorbeeld ook van groot belang om een adequaat gebruik van medicatie, een punt van zorg bij vele kwetsbare ouderen, te bevorderen.<sup>58</sup> Er moeten informatiestandaarden ontwikkeld worden voor de gegevensuitwisseling in de zorg voor ouderen en landelijke afspraken over de technische specificaties van de koppelingen tussen de informatiesystemen. Juridische en privacy-technische belemmeringen voor de gegevensuitwisseling tussen zorgverleners, de ouderen zelf en hun mantelzorgers moeten worden opgeheven. Daarbij dient onderscheid gemaakt te worden tussen gegevensuitwisseling binnen en tussen het medische en het sociale domein. De regels op het gebied van privacy verschillen tussen deze beide domeinen en staan gegevensuitwisseling nog te vaak in de weg.<sup>59</sup>

## 27 Aan NZa, wijkverpleegkundigen en zorgverzekeraars

### REIS *Maak vaart met de invoering van een nieuwe bekostiging voor de wijkverpleging.*

De wijkverpleging dient gefinancierd te worden op een manier die preventie belooft en productie en onnodige doorverwijzing naar duurdere zorg ontmoedigt. De financiering dient tevens bij te dragen aan de mogelijkheden voor zorgverzekeraars en zorgaanbieders om samen te werken. Een financieringssysteem op basis van cliënt- en populatiekenmerken, *casemix* en uitkomstindicatoren lijkt zich hier het beste voor te lenen.

# 8 Zorgen, wetten, regels en rollen

**Een zelfstandig wonende oudere heeft – potentieel – te maken met drie verschillende wetten op het gebied van zorg en ondersteuning: Zvw, Wmo en Wlz. Dat zou zo erg niet zijn als die wetten helder van elkaar afgebakend waren, maar dat is helaas niet het geval. Verschillende vormen van zorg en ondersteuning thuis kunnen bekostigd worden op grond van twee, soms – bijvoorbeeld in het geval van tijdelijk verblijf – zelfs drie zorgwetten en elke zorgwet kent zijn eigen, vaak op zichzelf al behoorlijke ingewikkelde, regels voor de uitvoering en voor het toekennen van vergoedingen. Het is voor ouderen en degenen die hen bijstaan dan ook een hele opgave om in de wereld van zorg en ondersteuning hun weg te vinden.**

Daar komt bij dat iemand die zorg ontvangt vanuit de ene wet soms moet overstappen op zorg vanuit een andere wet. Die overgangen verlopen vaak verre van soepel. Ouderen die overgaan van Zvw-zorg en Wmo-ondersteuning naar Wlz-zorg thuis, omdat ze intensievere zorg nodig hebben, kunnen bijvoorbeeld te maken krijgen met een andere zorgaanbieder, een hogere eigen bijdrage en een (tijdelijke) verlaging van het aantal uren zorg waar ze recht op hebben. Het probleem van de zorgval, de verlaging van het aantal uren zorg, lijkt door maatregelen van het kabinet min of meer opgelost. Dat geldt echter niet voor het verschil in de hoogte van de eigen bijdragen.

Ook professionals in zorg en ondersteuning hebben last van de wettelijke complexiteit. Ze hebben te maken met verschillende inkopende partijen, verschillende indicatiestellers en verschillende toezichts- en verantwoordingsregimes. Dat kost tijd en energie en het bemoeilijkt de samenwerking met hulpverleners die werken onder een ander wettelijk regiem. Het is voor hen lastig om ouderen maatwerk te bieden en door de hele zorgreis heen de behoefte van de oudere zelf leidend te laten zijn en niet de wet- of regelgeving, die kan veranderen bij de overgang van het ene systeem naar het andere.

Door de complexe verkaveling van zorg en ondersteuning over drie verschillende wetten ontstaan er bovendien financiële prikkels die onwenselijk gedrag van inkopende partijen stimuleren. Zo kan het voor gemeenten en zorgverzekeraars verleidelijk zijn om hun uitgaven binnen de perken te houden door ouderen naar

de Wlz te laten overgaan. Gemeenten worden financieel niet beloond voor het ondersteunen van zelfstandig wonende ouderen in de vorm van, bijvoorbeeld, woningaanpassingen of het bieden van tijdelijke opvang. En de zorgkantoren beschikken niet over mogelijkheden om de toestroom naar de Wlz te beperken.

De meest vergaande oplossing om deze problemen definitief te verhelpen zou zijn alle zorg en ondersteuning voor ouderen, integraal, op basis van één wet te leveren. Te denken valt dan aan een volledige integratie van het sociale en medische domein. Dat zou niet slechts herverkaveling betekenen tussen Zvw, Wlz en Wmo, maar het zou bijvoorbeeld ook een volledige integratie van de financiering vergen, die nu deels landelijk, deels gemeentelijk, deels via zorgverzekeraars verloopt.

Eén stap minder radicaal is de optie waarbij alle medische en verpleegkundige zorg voor ouderen in één wet wordt ondergebracht, de Zvw. De Wlz zou alleen nog blijven bestaan voor de gehandicaptenzorg en (langdurige intramurale) geestelijke gezondheidszorg. Ook deze variant heeft als voordeel dat een aantal coördinatieproblemen en verkeerde financiële prikkels verdwijnt en overzicht en eenvoud toenemen. Er komen echter nieuwe coördinatieproblemen voor terug, bijvoorbeeld tussen de zorg voor ouderen, de zorg voor gehandicapten en de zorg voor gehandicapte ouderen. Ook gaat het per saldo, omdat het domein van de Zvw groter wordt, om een verdere privatisering van de ouderenzorg wat de nodige vragen zal oproepen over publieke waarborgen en democratische controle.

Beide varianten leiden tot forse ingrepen in het huidige stelsel en kennen derhalve hoge transitiekosten. Dat alleen al betekent dat zo'n transitie waarschijnlijk alleen zinvol is bij groot draagvlak in het veld en bij overduidelijk hogere baten dan kosten. Aan beide voorwaarden is op dit moment niet voldaan. Toch vinden wij het belangrijk om dit perspectief overeind te houden in een zogenaamde *no regret* strategie: het zetten van de grote stap, met de bijbehorende grote stelselwijziging, is misschien nu niet realistisch, maar bij de kleinere stappen, die wel degelijk mogelijk zijn, moet getoetst worden of ze een integrale zorg en ondersteuning voor zelfstandige ouderen dichterbij brengen of in elk geval niet tegenwerken. We bevelen aan:

## 28 Aan regering en parlement

REIS

**Hanteer een *no regret* toets: doe niets waar je later spijt van krijgt.**

Het is niet realistisch te pleiten voor het op korte termijn totaal integreren van de werelden van zorg en welzijn. Maar je kunt er wel voor zorgen dat dit perspectief niet verder weg raakt. Dat is de essentie van de *no regret* benadering: houd steeds het wenkend perspectief van integrale zorg en ondersteuning voor zelfstandig wonende ouderen voor ogen, ongeacht wet of financiering, en doe niets wat dat doel minder makkelijk te bereiken maakt.

Een interventie die onzes inziens de *no regret* toets doorstaat is het onder één wettelijk regime brengen van de zorg en ondersteuning voor alle zelfstandig wonende ouderen. Het is een ingreep die de eenvoud van het stelsel zeer ten goede komt. Professionals kunnen zich hierdoor, zolang ouderen zelfstandig kunnen wonen, helemaal richten op de behoeften van de oudere. De mogelijkheid tot het bieden van maatwerk wordt groter, omdat er sprake is van minder systeemovergangen. De enige principiële systeemovergang die overblijft is die van niet-verpleeghuiszorg naar verpleeghuiszorg. We bevelen aan:

## 29 Aan het ministerie van VWS

REIS

***Haal alle zorg en ondersteuning voor zelfstandig wonende ouderen uit de Wlz en hevel deze over naar Zvw en Wmo.***

Door deze ingreep wordt de overgang naar een verpleeghuis gelijk aan de overgang van Zvw/Wmo naar Wlz. Drempels bij de overgang naar een intensievere vorm van zorg, in de vorm van bijvoorbeeld een hogere eigen bijdrage of een noodzakelijke wisseling van zorgaanbieder, bestaan niet meer zolang ouderen (semi-)zelfstandig wonen. Dit leidt tot een verbreding van de aanspraken op grond van Wmo en Zvw. Uitgangspunt is dat de zorg voor de zelfstandig wonende oudere kan meegroeien met de zorgbehoefte, zonder dat de oudere naar een ander regime hoeft over te gaan, totdat Wlz-zorg nodig is. De Wlz wordt voor ouderen teruggebracht tot het domein waarvoor de wet oorspronkelijk bedoeld was: dat van de langdurige institutionele, intramurale zorg. Voor de woonzorginitiatieven die op dit moment vanuit de Wlz via VPT, MPT of PGB worden gefinancierd, dient een overgangsregeling getroffen te worden.

Deze ingreep biedt onder andere een oplossing voor het verschil in eigen bijdrage bij de overgang van Zvw/Wmo naar Wlz-zorg thuis. De flexibiliteit in de zorg en ondersteuning neemt erdoor toe en het wordt makkelijker om, bij alle veranderingen die zich in het leven van zelfstandig wonende ouderen voordoen, maatwerk te blijven leveren. De maatregel leidt daarbij tot een vermindering van de administratieve lasten van wijkverpleegkundigen. De verandering zou volgens ons alleen moeten gelden voor de ouderenzorg. De zorg voor zelfstandig wonende mensen die al voor hun 65<sup>e</sup> levensjaar vanwege aandoeningen of beperkingen zorgafhankelijk werden, zou op grond van de Wlz geleverd moeten kunnen blijven worden.

VPT, MPT en ook PGB op grond van de Wlz houden hiermee voor zelfstandig wonende ouderen op te bestaan. Wij zijn ons ervan bewust dat juist op basis van deze financieringsvormen veel nieuwe woonvormen voor ouderen ontwikkeld worden, maar constateren dat bij deze initiatieven de keuze voor VPT, MPT of PGB niet alleen gemotiveerd wordt door verschillen in zorgbehoefte of zorgaanbod, maar ook, ten minste gedeeltelijk, door het perspectief op een betere marge voor de aanbieder.

Elders in de zorg wordt dat onwenselijk geacht. We denken dat het verstandig is ook hier aan het streven naar winst tegenwicht te bieden door deze initiatieven in de Zvw onder te brengen en daarmee in het bereik van de inkoopkracht van zorgverzekeraars.

Zelfstandig wonende ouderen behouden hierdoor, wanneer zij van zorg afhankelijk worden, ten aanzien van de eigen huisvesting hun keuzevrijheid en verantwoordelijkheid. Zij delen deze verantwoordelijkheid, net als andere burgers zonder Wlz-indicatie, met gemeenten, woningcorporaties of investeerders, die op hun beurt aanbieders van zorg en ondersteuning aan zich zullen moeten binden om te kunnen voorzien in de nodig zorg en ondersteuning.

Volgens ons hoeft deze verandering niet ten koste te gaan van innovaties in het aanbod van woonzorgvormen. De zorg zou kunnen zijn dat onzekerheden en complexiteiten in de financiering op grond van de Zvw innovatie zouden ontmoedigen. Wij willen die zorg nuanceren. Zorgverzekeraars, verzekerden en zorgaanbieders zijn allen gebaat bij continuïteit en kwaliteit van zorg en dienstverlening. Natuurlijk zullen enkele voorwaarden vervuld moeten zijn. We noemden al de uitbreiding van de aanspraken op grond van Zvw en Wmo. We wezen ook op het belang van meerjarige inkoopcontracten van zorgverzekeraars, die niet alleen essentieel zijn om samenwerkingsrelaties tot stand te laten komen, maar ook om innovaties mogelijk te maken. Verder vergt het zo lang mogelijk zelfstandig laten wonen van ouderen investering in de eerste lijn, conform de gesloten hoofdlijnenakkoorden, en een financiële beschouwingswijze die over de grenzen van domeinen en organisaties heen kijkt en zich laat leiden door het algemeen maatschappelijke belang. De NZa zal erop moeten toezien dat adequate financiering en continuïteit van de zorg voor zelfstandig wonende ouderen gewaarborgd worden.





Eerder wezen we al op de essentiële rol die de wijkverpleging onzes inziens te vervullen heeft. De wijkverpleegkundige is een belangrijke steunpilaar voor zelfstandig wonende ouderen die afhankelijk zijn van zorg en ondersteuning en maakt samen met huisarts en sociaal werker deel uit van het kernteam dat verantwoordelijk is voor de proactieve en geïntegreerde zorg die kwetsbare ouderen nodig hebben (aanbeveling 24). Mits de financiering daarop is ingericht kan de wijkverpleging een belangrijke bijdrage leveren aan het voorkómen van verslechtering van de gezondheid en van onnodige zorg en doorverwijzingen (aanbeveling 27). De wijkverpleegkundige is bovendien het best gepositioneerd om aan te geven wanneer het in redelijkheid niet meer te verantwoorden is dat iemand thuis blijft wonen en de kosten van de zorg die daarvoor nodig is op de gemeenschap afwentelt (aanbeveling 3). Om de wijkverpleegkundigen in staat te stellen hun centrale rol in de zorg voor zelfstandig wonende ouderen goed te vervullen, bevelen wij aan:

### 30 Aan de zorgverzekeraars

**R E T S**

***Koop wijkverpleging in bij een beperkt aantal aanbieders en volg daarbij de grootste verzekeraar.***

De versnippering van verpleging en verzorging thuis over vele, vaak kleine aanbieders, vooral in bepaalde wijken in de grote steden, is een groot obstakel voor de samenwerking in de wijk tussen de professionals in zorg en ondersteuning voor ouderen. Het aantal aanbieders van wijkverpleging zou beperkt moeten blijven tot 2 à 3 per wijk. De zorgverzekeraars zullen per wijk contracten moeten sluiten met dezelfde aanbieders. Het ligt voor de hand dat zij daarbij de verzekeraar die in de regio het grootste is, volgen.

### 31 Aan het ministerie van VWS

**R E T S**

***Stel artikel 13 van de Zvw buiten werking voor de wijkverpleging.***

Artikel 13, lid 1, van de Zvw bepaalt dat verzekerden vrij zijn om een zorgverlener uit te kiezen met wie hun verzekeraar geen contract gesloten heeft en dat zij dan recht hebben op een 'door de verzekeraar te bepalen vergoeding'. Toepassing van deze regel op de wijkverpleging zou ertoe kunnen leiden dat alsnog allerlei niet gecontracteerde aanbieders van wijkverpleging in een bepaalde regio aan de slag kunnen, terwijl juist de kleinere, niet gecontracteerde aanbieders vaak minder goed aanspreekbaar zijn op samenwerking met andere partijen. Het effect van het contracteren van een klein aantal aanbieders zou daarmee teniet worden gedaan. Wij pleiten er dan ook voor om met een gerichte ingreep de wijkverpleging uit te zonderen van de werking van artikel 13, lid 1 van de Zvw.

### 32 Aan gemeenten en CIZ

REIS

*Geef wijkverpleegkundigen de taak om, rekening houdend met de mogelijkheden en beperkingen van ouderen en hun omgeving, gemeenten en CIZ zwaarwegend te adviseren over respectievelijk de toekenning van Wmo-voorzieningen en de indicering voor Wlz-zorg.*

De wijkverpleegkundige stelt al indicaties voor het verlenen van verpleging en verzorging thuis op grond van de Zvw. Wanneer de wijkverpleegkundige, die de mogelijkheden van een oudere en zijn of haar omgeving kent, daarnaast ook een belangrijke rol krijgt in de indicatiestelling voor Wmo en Wlz, dan zou dat goed sluitend maatwerk in zorg en ondersteuning mogelijk maken en veel bureaucratische rompslomp kunnen voorkómen. De rol in de indicering voor de Wmo leidt er tevens toe dat de wijkverpleegkundige zich al in een vroeg stadium van de situatie van een oudere op de hoogte stelt, waardoor het mogelijk wordt zowel een onnodig vroeg, als een te laat beroep op formele zorg te voorkómen. De precieze omschrijving van de taak van de wijkverpleegkundige ten aanzien van de Wmo is een zaak van de gemeente. Artikel 2.6.3 van de Wmo biedt gemeenten zelfs de mogelijkheid om wijkverpleegkundigen te mandateren om zorg en ondersteuning voor een cliënt vast te stellen. Ten aanzien van de Wlz denken wij dat het CIZ voorsnog de uiteindelijke bevoegdheid om mensen al of niet toe te laten tot Wlz-zorg moet behouden, om te voorkómen dat ouderen ten onrechte in de Wlz terechtkomen. De taak van de wijkverpleegkundige is dan een zwaarwegend advies uit te brengen, dat het CIZ volgt, tenzij er goed onderbouwde en doorslaggevende redenen zijn om anders te besluiten. Op termijn, wanneer de Zvw en Wlz stapsgewijs integreren voor wat betreft de ouderenzorg, kan de bevoegdheid om te indiceren voor Wlz-zorg geheel bij de wijkverpleegkundige worden gelegd.

### 33 Aan wijkverpleegkundigen, NZa en Zorginstituut

REIS

*Ontwikkel een leidraad op grond waarvan wijkverpleegkundigen kunnen bepalen wanneer de noodzakelijke zorg niet langer verantwoord en doelmatig in de eigen woning van een oudere kan worden verleend en opname in een verpleeghuis noodzakelijk is.*

Verzekerden hebben recht op zorg op grond van de Wlz wanneer zij blijvend aangewezen zijn op permanent toezicht of op 24 uur zorg per dag in de nabijheid. Ouderen met een dergelijke zware zorgbehoefte die niet naar een verpleeghuis willen, moeten echter de mogelijkheid hebben om de overgang naar het verpleeghuis te vermijden door eigen financiële middelen in te zetten of een beroep te doen op hun sociale netwerk, zonder dat dit hun recht om later alsnog de overgang naar een verpleeghuis te maken in de waagschaal stelt. Dat neemt niet weg dat er grenzen zijn aan wat mensen redelijkerwijs aan collectief gefinancierde zorg thuis mogen verlangen. Wanneer de zorg ondanks de inzet van eigen hulpbronnen niet langer verantwoord en doelmatig in de eigen woning te verlenen is, moet de wijkverpleegkundige op grond van een duidelijke leidraad kunnen vaststellen dat opname in een verpleeghuis noodzakelijk is. Een maximaal aantal uren zorg en ondersteuning dat op basis van Wmo en Zvw verleend wordt, zal deel moeten uitmaken van het doelmatigheidscriterium dat in de leidraad

moet worden uitgewerkt. Een tijdelijke verzwaren van de zorg, bijvoorbeeld in de palliatieve fase, zal wel binnen Zvw en Wmo opgevangen moeten kunnen worden.

### 34 Aan het ministerie van VWS

**R E T S**

*Pas de Wmo zodanig aan dat gemeenten Wmo-ondersteuning niet mogen weigeren zolang de zorg thuis verantwoord en doelmatig te verlenen is.*

Op dit moment is de Wlz voor de Wmo een ‘voorliggende voorziening’, wat wil zeggen dat gemeenten Wmo-ondersteuning mogen weigeren of beëindigen, wanneer dezelfde ondersteuning ook op grond van de Wlz te verkrijgen is. Wij denken dat dit niet langer mogelijk moet zijn, zodat ouderen in staat gesteld worden mede met behulp van eigen middelen en mensen opname in een verpleeghuis te vermijden of uit te stellen, ook wanneer zij volgens de Wlz voor Wlz-zorg in aanmerking kunnen komen.

Rond Wlz, Zvw en Wmo speelt nog iets. Gemeenten moeten natuurlijk over voldoende middelen beschikken om hun taken op grond van de Wmo goed te kunnen uitvoeren. Op dit moment ontvangen zij een – vrij besteedbaar – bedrag uit het gemeentefonds, dat onafhankelijk is van het feit of hun inwoners zorg en ondersteuning ontvangen uit Wmo en Zvw of uit de Wlz. Zij hebben er daardoor, financieel gezien, belang bij om kwetsbare ouderen die ondersteuning nodig hebben zo snel mogelijk de overgang naar de Wlz te laten maken. In de praktijk zijn er heel wat ouderen die voor Wlz-zorg in aanmerking komen, maar die ook, zelfstandig wonend, met zorg en ondersteuning op basis van Wmo en Zvw, goed overeind kunnen blijven. Gemeenten kunnen hun overstap op Wlz-zorg versnellen, bijvoorbeeld door hun een maatwerkvoorziening te weigeren als ze niet meewerken aan een aanvraag van een indicatie voor de Wlz. Omgekeerd kunnen gemeenten ook de instroom in de Wlz beperken, door een aantrekkelijk woon(zorg)aanbod en door samen met zorgaanbieders en zorgverzekeraars in te zetten op, bijvoorbeeld, tijdige signalering van risico's, valpreventie en goede ondersteuning van mantelzorgers.

Om te voorkómen dat gemeenten baat hebben bij het afwentelen van kosten op de Wlz en te bevorderen dat zij investeren in het vermogen van ouderen om goed voor zichzelf en voor elkaar te zorgen, formuleren wij dan ook als onze laatste aanbeveling:

### 35 Aan de ministeries van VWS en BZK

**R E T S**

*Richt de verdeling van het gemeentefonds zó in dat gemeenten met een vergelijkbare bevolkingssamenstelling een hogere uitkering uit het fonds ontvangen naarmate de instroom van hun inwoners in de Wlz lager is.*

Op deze manier worden gemeenten beloofd voor de besparingen die zij weten te realiseren op de uitgaven aan de Wlz. Wanneer tegelijkertijd het geld dat op deze manier op de Wlz bespaard is, wordt toegevoegd aan het gemeentefonds, is het nettoresultaat een budget-neutrale investering in de ondersteuning van zelfstandig wonende ouderen.

## 9 Tot besluit

**De aanbevelingen die we in dit advies formuleren zijn erop gericht het vermogen van ouderen om goed voor zichzelf en voor elkaar te zorgen te ondersteunen, onder andere door digitalisering en door te zorgen voor geschikte woonmogelijkheden, de samenwerking op het gebied van wonen, welzijn en zorg te verbeteren, en de complexiteit van het stelsel van zorg en ondersteuning op een paar cruciale punten te verminderen. We kunnen niet garanderen dat daarmee op de lange termijn de zorg voor zelfstandig wonende ouderen op peil gehouden kan worden. Dé oplossing voor het probleem dat de minister ons heeft voorgelegd ligt niet voor het grijpen.**

We zijn ons ervan bewust dat de betaalbaarheid van de gezondheidszorg, en die van de ouderen- en verpleeghuiszorg in het bijzonder, een belangrijk punt van zorg is. We hebben er daarom van afgezien om aanbevelingen te formuleren die leiden tot structureel hogere uitgaven aan de gezondheidszorg of aan de zorg voor thuiswonende ouderen in het bijzonder.

Met name in krimpregio's is er door arbeidsmarktproblematiek en vergrijzing nu al sprake van schaarste aan mantelzorgers en professionele krachten. De organiseerbaarheid van de zorg voor ouderen is in deze regio's hierdoor – en door de lage bevolkingsdichtheid en lange aanrijtijden – nu al een probleem. Vergroting van het aanbod van verzorgenden en verpleegkundigen op de arbeidsmarkt brengt echter het risico met zich mee het betaalbaarheidsprobleem te verergeren. We hebben daarom geen aanbevelingen gedaan gericht op vergroting van het aanbod van verzorgenden en verpleegkundigen.

De aanbevelingen die we in het voorafgaande wel hebben geformuleerd, richten zich op versterking en versnelling van een beweging die al gaande is: een ontwikkeling in de richting van een nieuwe manier om te voorzien in de behoeften van zelfstandig wonende ouderen, die de eigen regie en het aanpassingsvermogen van de ouderen zelf centraal stelt. We zijn ervan overtuigd dat versterking van deze beweging veel vraag naar professionele zorg en ondersteuning zal kunnen voorkómen. Jong en oud, werknemers en werkgevers, woningcorporaties, zorgverzekeraars, aanbieders van zorg en ondersteuning, lokale en landelijke overheid: iedereen zal hierin zijn of haar verantwoordelijkheid moeten nemen. Dit is geen oplossing die panklaar op de plank ligt en gegarandeerd alle problemen oplost, maar wel een beweging in de goede richting.



# Referenties

1. <https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/levensverwachting/cijfers-context/trends#node-prognose-levensverwachting>.
2. <https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/71950ned/table?ts=1520605251933>.
3. de Klerk M, Verbeek-Oudijk D, Plaisier I, den Draak M. Zorgen voor thuiswonende ouderen. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau; 2019.
4. Nederlandse Zorgautoriteit. Zorg voor ouderen 2018. April 2018. [https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC\\_234967\\_22/1/](https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_234967_22/1/).
5. <https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/80298ned/table?ts=1570105518030>.
6. van Campen C, red. Kwetsbare ouderen Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau; 2011.
7. van Campen C, Broese van Groenou M, Deeg D, Iedema J. Met zorg ouder worden. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau; 2013.
8. Verbeek-Oudijk D, van Campen C. Ouderen in verpleeghuizen en verzorgingshuizen. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau; 2017.
9. Wind A, te Velde B. Handreiking Kwetsbare ouderen thuis. Handreiking voor integrale zorg en ondersteuning in de wijk. Mei 2019.
10. Doekhie KD, de Veer AJ, Rademakers JJ e.a. Ouderen van de toekomst. Verschillen in de wensen en mogelijkheden voor wonen, welzijn en zorg. Utrecht: Nivel; 2014.
11. Statline. Prognose intervallen van de bevolking. 19 december 2017. <https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/83786NED/table?fromstatweb>.
12. Daalhuizen F, de Groot C, van Amsterdam H. Zorg om banen in de ouderenzorg. Den Haag: PBL; 2018.
13. <https://www.vtv2018.nl/aandoeningen>.
14. <https://www.vtv2018.nl/Levensverwachting>.
15. I&O research. Geld (over) voor langer thuis. Provincie Overijssel, september 2018.
16. <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2019/06/20/kamerbrief-over-voortgang-clientondersteuning>.
17. <https://www.monitorgeclusterdwonen.nl/>.
18. <https://www.vilans.nl/artikelen/320-burgerinitiatieven-in-de-zorg-in-kaart-gebracht>.
19. Smelik J, Bardoel I. Actieprogramma Zorgzame Gemeenschappen: Nederland Zorgt Voor Elkaar. Mei 2018.
20. <http://ontmoetingscentradementie.nl/>.

21. <https://odensehuizen.nl/odensehuis-algemeen/>.
22. <https://www.eentegeneenzaamheid.nl/>.
23. de Kam G, Ledelmeijer K. Leren van 20 jaar ervaring met woonservicegebieden Den Haag: Platform31; 2019.
24. Aedes Actiz Kenniscentrum Wonen Zorg, Aedes. Bouwen aan sociale netwerken. Den Haag, 2018.
25. <http://www.aal-europe.eu/>.
26. <https://www.zonmw.nl/nl/onderzoek-resultaten/ouderen/dementie/programmas/programma-detail/ambient-assisted-living-aal/>.
27. <https://www.zonmw.nl/nl/over-zonmw/ehealth-en-ict-in-de-zorg/programmas/programma-detail/stimuleringsregeling-ehealth-thuis/>.
28. <https://www.aanmelder.nl/slimmerthuis>.
29. van Linschoten CP, te Velde BP. Inventarisatie en analyse van multidisciplinaire zorg voor kwetsbare ouderen. Groningen: Argo; 2016.
30. Taskforce Zorg op de Juiste Plek. De juiste zorg op de juiste plek. Wie durft? April 2018.
31. <https://www.dejuistezorgopdejuisteplek.nl/>.
32. <https://programmalingertthuis.nl/>.
33. Raad voor Volksgezondheid en Samenleving. De derde levensfase: het geschenk van de eeuw. Den Haag: RVS; 2020.
34. Raad van Ouderen. Campagne De waarde van ouder worden. Januari 2019.
35. Technopolis/Oxford Economics. The Silver Economy. European Union, 2018.
36. Samen zelfstandig. Ouderenhuisvesting nieuwe stijl. Habion, Stadgenoot, Woonzorg Nederland, 2019.
37. Plaisier I, den Draak M. Wonen met zorg. Den Haag: SCP; 2019.
38. <https://www.skopr.nl/actueel/id36240-capaciteitsproblemen-blijven-kort-herstel-achterevoelgen-.html>.
39. Brief aan Tweede Kamer, vergaderjaar 2018–2019, 23 235, nr. 181.
40. <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2019/33/bijna-net-zoveel-vacatures-als-werklozen>
41. OECD. Health at a glance 2019. OECD Indicators.
42. Wouterse B, ter Rele H, van Vuuren D. Financiering van de zorg op de lange termijn. CPB Policy Brief 2016/10.
43. Zeilstra A, den Ouden A, Vermeulen W. Middellangetermijn-verkenning zorg 2022-2025. CPB Notitie, 2019.
44. de Groot Y, Koopman R, Bes S. Evaluatie verhuisregelingen Amsterdam. Van Nimwegen, mei 2019.
45. Nies H, Herps M, Vreeken E e.a. Ouderen- en gehandicaptenzorg in Scandinavië. Op zoek naar bronnen voor duurzame vernieuwing. Utrecht: Vilans; 2019.
46. <https://www.dejuistezorgopdejuisteplek.nl/themas/toekomstige-zorgvraag-in-beeld>.
47. Motie Veldman en Van den Berg, 31 oktober 2019. Vergaderjaar 2019-2020, 35 300 XVI, nr 36.

48. Planbureau voor de Leefomgeving. Zelfstandig thuis op hoge leeftijd. Den Haag: PBL, 2019.
49. de Jong Gierveld J, Fokkema T. Strategies to prevent loneliness. In: Sha'ked A, Rokach A, eds. Addresssing loneliness; Coping, Prevention and Clinical Interventions. New York: Routledge, 2015.
50. de Boer A, Plaisier I, de Klerk M. Mantelzorgers in het vizier. Den Haag: SCP; 2019.
51. Planbureau voor de Leefomgeving. Aanpassen of verkassen? Langer zelfstandig in een geschikte woning. Den Haag: PBL, 2019.
52. Leidelmeijer K, van Iersel J, Leering D. Monitor investeren in de toekomst. Ouderen en langer zelfstandig wonen. Amsterdam: Rigo, 2017.
53. Vastgoed voor de buurt. Corporaties investeren in leefbaarheid. De Vernieuwde Stad/Platform 31, Amsterdam/Den Haag, 2016.
54. De Moor T. De herontdekking van het collectief. Sampoll, april 2013.
55. van Campen C, Kooiker S, de Boer A. Zorgen. Hoe gaan we als samenleving zorgen voor de groeiende groep ouderen? In: van Broek A e.a., red. De toekomst tegemoet. Sociaal en Cultureel Rapport 2016. Den Haag: SCP; 2016.
56. <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2018/12/10/tk-bijlagaetaak-opdracht-ibo-deeltijdwerk>.
57. Leyden Academy on Vitality and Ageing. Grijs is niet zwart wit, ambities van 55+. Medical Delta, 2013.
58. <https://www.rijksoverheid.nl/actueel/nieuws/2019/06/04/start-alliantie-medicatie-veiligheid>.
59. Raad voor Volksgezondheid en Samenleving. Heft in eigen hand. Zorg en ondersteuning voor mensen met meervoudige problemen. Den Haag: RVS; 2017.





# Bijlagen

# A Opdracht

In de *Regeling instelling adviescommissie Toekomst zorg thuiswonende ouderen* is de opdracht aan de commissie als volgt verwoord:

1. De commissie heeft tot taak onderzoek te doen naar en een advies uit te brengen over wat er nodig is om de zorg voor thuiswonende ouderen ook in de toekomst op peil te houden, rekening houdend met de demografische, maatschappelijke en technologische ontwikkelingen en de betaalbaarheid van de zorg.
2. In aanvulling op de taakomschrijving in het eerste lid oefent de commissie haar taak uit met inachtneming van de volgende vragen:
  - a. Hoe ziet de zorg thuis voor ouderen er nu uit?
  - b. Welke trends en ontwikkelingen hebben gevolgen voor de zorg voor ouderen thuis?
  - c. Wat betekenen deze trends en ontwikkelingen voor de zorg thuis in 2030?
  - d. Wat betekent dit voor de organisatie van de zorg en de betaalbaarheid van de zorg – gegeven deze trends – in 2030?
  - e. Wat betekent dat voor de inrichting van de stelsels?
  - f. Wat is een langetermijnoplossing voor de zorgval van mensen bij de overgang van de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 en Zorgverzekeringswet naar de Wet langdurige zorg?

## B Commissie

- Leon van Halder†, voorzitter Raad van Bestuur Radboudumc (tot 27 maart 2019); Wouter Bos, bestuursvoorzitter Invest-NL, *voorzitter*
- Nienke Bleijenberg, lector Proactieve ouderenzorg, Hogeschool Utrecht
- Joris van Eijck, directeur Zorg, Menzis
- Han de Jager, wethouder Alphen aan de Rijn
- Maarten Klomp, huisarts, bestuurslid InEen
- Marien de Langen, bestuurder woningcorporatie Stadgenoot, Amsterdam
- Mirella Minkman, bestuurder Vilans, bijzonder hoogleraar Innovatie van organisatie en governance van integrale zorg, Universiteit Tilburg
- Tamara Pieterse, bestuurder Zorgbalans
- Maarten van Rixtel, voorzitter Raad van Bestuur Sensure
- Michiel van Roozendaal, voorzitter Raad van Bestuur Rivas Zorggroep
- Pieter Vos, oud algemeen secretaris Raad Volksgezondheid en Zorg
- Jan de Vries, voorzitter CNV Connectief

Waarnemer namens het ministerie van VWS was Reinier Koppelaar, programmamanager Langer Thuis. Secretaris was Nico de Neeling, senior wetenschappelijk medewerker, directie Maatschappelijke Ondersteuning, ministerie van VWS.

## C Gesprekspartners

- Peter Alders, ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
- Arend Arends, klinisch geriater
- Mathieu Arendse, TanteLouise
- Annemieke Bambach, Het Gastenhuis
- Ronald Batenburg, Nivel
- Ronald Bellekom, Vereniging Nederlandse Gemeenten
- Elly Beunk, verzorgende
- Bas Jan van Bochove, gemeente Weesp
- Jan de Boer, Wedotrust
- Peter Boerefijn, Habion
- Arnoud Boot, hoogleraar economie
- Dian Bos, student verpleegkunde
- Doortje Boshuizen, Vilans
- Glen Brennand, verpleegkundige
- Jan Derk Brillman, ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
- Karen Bruysters, Cordaan
- Arnold Copier, ANBO
- Marleen Damen, gemeente Leiden
- Ingrid Doude van Troostwijk, De Argumentenfabriek
- Jan Festen, KBO Brabant
- Chris Flim, ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
- Lieke Franken, ministerie van Financiën
- Andrea Gnoth, diëtist
- Jacobijn Gussekloo, hoogleraar huisartsgeneeskunde
- Peter Hendriks, Omring
- Christina van den Heuvel, Jong RAAT
- Eric van der Hijden, Vrije Universiteit
- Eric Hisgen, Amstelring
- Marjolein ten Hoonte, Randstad Groep Nederland
- Ellen Huijbers, zorggroep DOH
- Safaa Isgoowe, verpleegkundige
- Gerrit Jeulink, ANBO
- Patrick Jeurissen, ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
- Lia Joosen, Mezzo
- Fatma Karapinar, apotheker
- Pim Ketelaar, VitaValley
- Sjef van der Klein, sociaal werker

- Jamal Kleiboer, student verpleegkundig-begeleider
- Marieke Kleiboer, ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
- Gelle Klein Ikkink, ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
- Mirjam de Klerk, Sociaal en Cultureel Planbureau
- Kevin Klop, ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties
- Ernst van Koesveld, ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
- Tomas Kooiman, ministerie van Economische Zaken en Klimaat
- Kees Kraaijeveld, De Argumentenfabriek
- Ingrid Kroon, specialist ouderengeneeskunde
- Nienke Kuijvenhoven, Sociaal Werk Nederland
- Chris Kuijpers, ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties
- Joost Kuijpers, ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
- Annemarie Künn, onderzoeker Researchcentrum voor Onderwijs en Arbeidsmarkt
- Rob van de Laar, ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
- Geja Langerveld, ZonMw
- Maire-Anne Lassing, Mezzo
- Miranda Laurant, lector organisatie van zorg en dienstverlening
- Catharina Lavrijssen, Nederlandse Zorgautoriteit
- Goos van der Lee, KBO-PCOB
- Nettie Lensink, specialist ouderengeneeskunde
- Peter van Linschoten, Argo
- Rafael Lizanzu, ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
- Paul van Maanen, ROC Midden Nederland
- Joke Melenhorst, casemanager dementie
- Yentl Mesters, wijkverpleegkundige
- Marc Mispelblom Beijer, student sociaal werk
- Klaas Muis, ANBO
- Henk Herman Nap, Vilans
- Valentin Neevel, ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
- Marielle van Oort, KBO-PCOB
- Zainab Osman, verzorgende
- Ad Pijnenborg, KBO Brabant
- Bente van Pinxteren, student toegepaste psychologie
- Inger Plaisier, Sociaal en Cultureel Planbureau
- Johan Polder, RIVM
- Wouter Pronk, ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties
- Gert Anne van Pruisen, ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
- Kim Putters, Sociaal en Cultureel Planbureau
- Johan Rijneveld, Nederlandse Zorgautoriteit
- Inge Rinzema, verpleegkundig specialist ouderenzorg eerstelijns
- Don van Sambeek, KBO-Brabant

- Han Schellekens, Dagelijks Leven
- Erik Schut, hoogleraar economie van de gezondheidszorg
- Jan Smelik, Nederland Zorgt Voor Elkaar
- Lex Tabak, SoloPartners
- Hsiao Ching Tan, ANBO
- Richard Olde Voshaar, hoogleraar ouderenpsychiatrie
- Hanna Scharnhorst, student fysiotherapie
- Martijn Schut, ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties
- Caroline Smeets, ambassadeur wijkverpleegkunde
- Jesper Stegeman, Jong RAAT
- Joost Trienekens, ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
- Theo van Uum, ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
- Linda de Valk, Jong RAAT
- Liena Veenstra, ANBO
- Esther Veldhuis, ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
- Dorien Verbeek, ministerie van Financiën
- Jeanny Vreeswijk-Manusiwa, KBO-PCOB, NOOM
- Ans Willemse-van der Ploeg, KBO-PCOB
- Jurriana Wijshof, verzorgende
- Annet Wind, huisarts
- Yvonne Witter, Aedes
- Wouter Wolters, Buro Wisselstroom
- Raoul Zaal, FocusCura
- Boris van Zalk, wijkverpleegkundige
- Tessy Zwakenberg, Jong RAAT

## D Afkortingen

<b>BZK</b>	Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties
<b>CIZ</b>	Centrum Indicatiestelling Zorg
<b>CPB</b>	Centraal Planbureau
<b>EZK</b>	Economische Zaken en Klimaat
<b>IGJ</b>	Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd
<b>MPT</b>	Modulair Pakket Thuis
<b>NZa</b>	Nederlandse Zorgautoriteit
<b>OECD</b>	Organisation for Economic Co-operation and Development
<b>PGB</b>	Persoonsgebonden budget
<b>SCP</b>	Sociaal en Cultureel Planbureau
<b>SER</b>	Sociaal-Economische Raad
<b>SZW</b>	Sociale Zaken en Werkgelegenheid
<b>VPT</b>	Volledig Pakket Thuis
<b>VWS</b>	Volksgezondheid, Welzijn en Sport
<b>Wlz</b>	Wet langdurige zorg
<b>Wmo</b>	Wet maatschappelijke ondersteuning
<b>Zvw</b>	Zorgverzekeringswet





Dit is een uitgave van de commissie  
Toekomst zorg thuiswonende ouderen

Het advies is te downloaden van  
[www.rijksoverheid.nl/tzto](http://www.rijksoverheid.nl/tzto)

De commissie is te bereiken via  
[nico.de.neeling@minvws.nl](mailto:nico.de.neeling@minvws.nl)

Foto voorkant: Mediatheek Rijksoverheid  
Opmaak: VormVijf  
Druk: Edauw+Johannissen

Den Haag, 15 januari 2020

