

Vergaderjaar 2018–2019

34 948

Initiatiefnota van het lid Ellemeet: «Lachend tachtig. Voor een toekomstbestendige ouderenzorg.»

Nr. 9

VERSLAG VAN EEN NOTAOVERLEG

Vastgesteld 4 januari 2019

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft op 17 december 2018 overleg gevoerd met de heer De Jonge, Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Vice-Minister-President, over:

- **de initiatiefnota van het lid Ellemeet d.d. 17 mei 2018: «Lachend tachtig. Voor een toekomstbestendige ouderenzorg» (Kamerstuk 34 948);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Vice-Minister-President d.d. 14 september 2018 inzake reactie op de initiatiefnota van het lid Ellemeet: «Lachend tachtig. Voor een toekomstbestendige ouderenzorg» (Kamerstuk 34 948, nr. 3).**

Van dit overleg brengt de commissie bijgaand geredigeerd woordelijk verslag uit.

De voorzitter van de commissie,
Lodders

De griffier van de commissie,
Post

Voorzitter: Slootweg
Griffier: Krijger

Aanwezig zijn tien leden der Kamer, te weten: Agema, Bergkamp, Ellemeet, Geleijnse, Geluk-Poortvliet, Hermans, Hijink, Kerstens, Renkema en Slootweg,

en de heer De Jonge, Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Vice-Minister-President.

Aanvang 14.01 uur.

De voorzitter:

Welkom iedereen. Een welkom ook aan mevrouw Ellemeet en haar ondersteuning en aan Minister De Jonge als adviseur, die ook nog ondersteuning heeft meegebracht. Verder zijn aanwezig de heer Geleijnse namens 50PLUS, de heer Renkema namens GroenLinks, de heer Hijink namens de SP, mevrouw Hermans namens de VVD, mevrouw Geluk-Poortvliet namens het CDA en volgens mij komen mevrouw Agema en mevrouw Bergkamp ook nog. Na de eerste termijn is er een pauze van 45 minuten. In de tweede termijn is er een mogelijkheid om moties in te dienen.

Ik wou aan de heer Geleijnse vragen om het spits af te bijten.

De heer Geleijnse (50PLUS):

Gaan we doen, voorzitter. Dank. Ik zeg ook veel dank aan collega Ellemeet, de indiener van de initiatiefnota «Lachend tachtig. Voor een toekomstbestendige ouderenzorg.», en aan haar team. 50PLUS is het eens met haar constatering dat ouderen zo lang mogelijk de regie over hun leven willen houden en dat, terwijl het aantal bewoners in tehuizen afnam, de ontwikkeling van goede voorwaarden om fijn thuis te wonen niet is toegenomen. Ook 50PLUS heeft dat geluid keer op keer laten horen.

Wat betreft de beslispunten over de paragraaf over wonen: hoe ziet de indiener de bindende prestatieafspraken voor zich? Ziet zij ook een rol voor de provincies en de rijksoverheid? Ik hoor ook graag de visie van de Minister hierop. Het aantrekkelijker maken van investeringen voor grote investeerders is een prima optie, maar die investeerders beslissen daar echt zelf over. Daar wil 50PLUS duidelijk over zijn.

Wij zijn het eens met de indiener dat gezondheid meer is dan alleen de fysieke gezondheid. Naast het functioneren van de lichaamsfuncties maken mentaal welbevinden, zingeving en kwaliteit van leven evenzeer deel uit van iemands gezondheid. 50PLUS is dan ook voorstander van het bevorderen en belonen van samenwerking tussen de verschillende zorg- en welzijnsorganisaties.

50PLUS heeft wel vragen over het voorstel om de groep kwetsbare ouderen in kaart te brengen en een beeld te maken van hun zorgbehoeften en over het voorstel om kwetsbare 65-plussers met check-ups intensief te ondersteunen op het gebied van zorg, wonen en welzijn. Hoe ziet de indiener dit precies voor zich? Door wie? Ziet zij ook een rol weggelegd voor de huisarts? En wat verstaat zij onder permanente monitoring van thuiswonende ouderen? Wellicht kan zij daar straks op ingaan.

De Minister stelt 90 miljoen beschikbaar voor het stimuleren van het gebruik van technologie die professionals en mantelzorgers helpt bij hun taken en bijdraagt aan een betere ondersteuning van en zorg voor ouderen die thuis wonen. Hoe zorgt de Minister ervoor dat we deze middelen ook echt in de praktijk gaan gebruiken?

Mevrouw Ellemeet constateert dat het opvallend is dat zorg en welzijn in wet- en regelgeving uit elkaar zijn getrokken. Zij komt met meerdere voorstellen om beter samen te werken binnen de huidige regels. Maar is

het eigenlijk gewoon niet beter om de wet- en regelgeving te herzien? Zij spreekt over één multidisciplinair triageproces per regio voor alle aanvragen voor een tijdelijk verblijf. Kan zowel de indiener als de Minister hier nog eens uitvoerig op ingaan? Ik vraag aan de Minister of in elke regio voldoende respijtzorg beschikbaar is voor mensen met dementie. Dan de paragraaf over zinnige ziekenhuiszorg voor ouderen. 50PLUS vindt het een goed idee om artsen die gespecialiseerd zijn in ouderenzorg, eerder erbij te betrekken. 50PLUS vindt met GroenLinks dat iedereen behandeld moet kunnen worden. In de Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst is vastgelegd dat de zorgverlener de patiënt ook moet informeren over de gevolgen en eventuele risico's van behandeling of onderzoek. Doen artsen dat naar de mening van de indiener onvoldoende? Moet extra inzet worden gepleegd om overbehandeling te voorkomen en om behandeling eventueel tijdig te stoppen? Is het daarbij niet van belang om te kijken naar de algehele situatie en niet uitsluitend naar de leeftijd van een patiënt? Mag ik zowel de indiener als de Minister vragen hierop te reageren?

De indiener wil elke oudere bij binnenkomst in het ziekenhuis screenen op kwetsbaarheid. Hoe wil zij die screening inrichten? En vanaf welke leeftijd? Hoe verhoudt zich dat tot haar eerdere voorstel om kwetsbare ouderen sowieso in kaart te brengen?

Heeft de indiener nog een idee van de financiële en personele gevolgen van haar nota? Dat vraag ik ook in relatie tot haar voorstel voor een polikliniek ouderenzorg en een wijkkliniek acute ouderenzorg.

Voorzitter, ik rond af. Afgelopen weekend heeft EenVandaag uitgebreid aandacht besteed aan de gevolgen van langer thuis wonen door ouderen. Meer dan de helft van de ondervraagde mantelzorgers maakt zich vaak zorgen: is het nog wel verantwoord om de dementerende vader of moeder alleen thuis te laten? Alzheimer Nederland dringt bij de overheid aan op beter gecoördineerde zorg voor dementerenden en op gespecialiseerde huisvesting voor als het echt niet meer thuis kan. Er moeten meer complexe woonvormen komen voor mensen die het niet lukt thuis veilig te leven. Kunnen de Minister en de indiener ingaan op deze oproep? Dank u vriendelijk.

De voorzitter:

Dank u wel, meneer Geleijnse. Ik geef nog even aan dat meneer Kerstens, mevrouw Bergkamp en mevrouw Agema het veld compleet hebben gemaakt. Als de heer Kerstens er akkoord mee gaat, ga ik het rijtje af. Dan bent u het slotstuk van vanmiddag.

De heer **Kerstens** (PvdA):

Prima, voorzitter.

De voorzitter:

Goed. Dan geef ik het woord aan de heer Renkema namens GroenLinks.

De heer **Renkema** (GroenLinks):

Voorzitter, dank u wel. Er is een inmiddels redelijk bekend Afrikaans spreekwoord dat zegt: je hebt een dorp nodig om een kind op te voeden. Ik wil vandaag graag een eigen variant introduceren: je hebt de wijk nodig om lachend 80 te worden. In beide gevallen ligt de nadruk op onderlinge verbondenheid. Ik denk dat we niet enkel als individu tegemoet getreden moeten worden, maar ook vooral als lid van een gemeenschap, ook, of misschien beter juist als je oud bent geworden.

Graag bedank ik mijn collega Ellemeet voor het schrijven van deze nota. De groeiende groep thuiswonende ouderen verdient wat GroenLinks betreft meer aandacht. Als eerste vraag ik haar waarom zij heeft besloten om deze nota te schrijven. De Minister heeft ook een plan gepresenteerd, het programma Langer Thuis. Mijn vraag aan zowel de initiatiefnemer als

de Minister is: waarin verschilt de voorgestelde aanpak van de initiatiefnemer precies met de voorstellen van de Minister? Graag dus een reactie van zowel de initiatiefnemer als de Minister.

Voorzitter. De groep ouderen die hulp nodig heeft, wordt groter. We zien dat steeds vaker een beroep wordt gedaan op mantelzorgers, meestal kinderen of andere familie. We horen dat zij overbelast raken. Ze hebben dringend behoefte aan betere ondersteuning. Voor zowel mantelzorgers als kwetsbare ouderen is de wijkverpleegkundige vaak de belangrijkste contactpersoon. Deze wordt steeds vaker de verwijzer naar andere zorg, bijvoorbeeld het ziekenhuis. In de nota wordt benadrukt dat prettig thuis wonen niet alleen vraagt om goede zorg maar ook om goede sociale ondersteuning in de eigen omgeving in de wijk. Daarvoor is het belangrijk dat mensen elkaar kennen en weten te vinden in deze nu nog gescheiden werelden van zorg en sociaal domein. Daarvoor zijn scholing en bijscholing belangrijk. Vindt de Minister dat ook? Wat wil hij daarin betekenen?

Voorzitter. De samenwerking tussen zorg en welzijn, bijvoorbeeld tussen het plaatselijke ziekenhuis, de wijkteams en de wijkverpleging, is in het bijzonder belangrijk voor kwetsbare ouderen. Zij dreigen nu tussen wal en schip te vallen. We hebben in de initiatiefnota kunnen lezen dat zo'n 20% van de ouderen kwetsbaar is en dat hun zorgkosten hoog zijn. Wat moet er gebeuren om de samenwerking rond deze specifieke groep kwetsbare ouderen van de grond te krijgen? Welke rol ziet de initiatiefnemer, maar ook de Minister, hierbij voor de landelijke overheid en voor regio's en gemeenten?

Voorzitter. Als ouderen langer thuis wonen, kan de situatie ontstaan dat ze tijdelijk buitenshuis extra hulp en ondersteuning nodig hebben. Met een groeiende groep ouderen thuis wordt het nog belangrijker om deze tijdelijke zorg goed te organiseren. Onderdeel van het tijdelijke verblijf is het eerstelijnsverblijf, het elv. Daar schort nog het een en ander aan. Wat gaat hier volgens de initiatiefnemer maar ook volgens de Minister mis? Hoe denken ze dit probleem op te lossen? Graag een reactie.

Voorzitter. Ook wanneer de zorg voor thuiswonende ouderen verbetert en ook als we nieuwe woonzorgvormen ontwikkelen, zal met de toenemende vergrijzing de druk op de acute zorg groeien. Nu zien we vaak dat ouderen op de spoedeisende hulp terechtkomen, waar ze na een lange rondgang in het ziekenhuis en vele behandelingen verder verzwakt uit komen. Bovendien kunnen ziekenhuizen de grote toestroom nauwelijks aan. Nieuwe organisatievormen voor acute zorg, zoals de WijkKliniek in Amsterdam Zuidoost, kunnen ervoor zorgen dat deze acute hulp beter wordt toegesneden op ouderen. Ziet de initiatiefnemer mogelijkheden om kennisdeling over dit soort initiatieven te bevorderen? Hoe kunnen we ervoor zorgen dat deze initiatieven breder gedeeld worden? Graag een reactie.

Voorzitter. Ouderen hebben recht op goede zorg. Daar zal niemand het niet mee eens zijn. Maar daarbij gaat het niet alleen om behandelingen en operaties. Goede ziekenhuiszorg voor ouderen vereist ook kennis van de impact van medische behandelingen op kwetsbare ouderen. Het is minstens even belangrijk dat er bewust en samen met de ouderen wordt overwogen welke behandeling het best bij hen past. Uit die overweging kan soms blijken dat een minder ingrijpende medische behandeling leidt tot de meest gewenste uitkomst. Ook de Patiëntenfederatie onderschrijft dat een tijdig gesprek over de wensen van de patiënt in deze laatste levensfase overbehandelen kan voorkomen. Nu stelt de initiatiefnemer voor om alle ouderen bij binnenkomst in het ziekenhuis te screenen op kwetsbaarheid. Hier is de nodige discussie over ontstaan. Zijn er momenten geweest dat de initiatiefnemer dacht: had ik dit nou maar niet voorgesteld? Kan de initiatiefnemer aangeven waarom zo'n screening volgens haar toch noodzakelijk is? Mijn vraag aan de Minister is: deelt hij

deze oplossingsrichting en wil hij zich inzetten om screening op kwetsbaarheid voor alle ouderen in te voeren?

Voorzitter, tot slot. Uit elk onderdeel van deze nota spreekt de urgentie om de zorg voor thuiswonende ouderen te verbeteren. Dat is in de eerste plaats van groot belang voor de ouderen zelf, maar zeker ook voor mantelzorgers en voor alle zorgverleners. Mijn fractie hoopt dan ook dat het overleg van vandaag de Minister extra zal motiveren om z'n programma Langer Thuis spoedig om te zetten in concrete acties en onze suggesties daarin mee te nemen.

Dank u wel.

De voorzitter:

Dank je wel, meneer Renkema. Dan gaan we nu naar de heer Hijink namens de Socialistische Partij.

De heer Hijink (SP):

Dank u, voorzitter. Allereerst natuurlijk hartelijk dank aan mevrouw Ellemeet en de ondersteuning voor het schrijven van deze nota. Ik denk dat het wel weer gelukt is om een aantal dilemma's waar volgens mij alle partijen op dit moment mee te maken hebben, op een goede manier onder woorden te brengen. Die dilemma's betreffen bijvoorbeeld de manier waarop we nu en vooral in de toekomst om moeten gaan met de groeiende groep ouderen, die steeds meer zorg nodig heeft, of de manier waarop we met z'n allen om moeten gaan met het sluiten van de verzorgingshuizen, waardoor een grote groep mensen tussen wal en schip is komen te vallen. Ook kun je denken aan hoe de verschillende zorgwetten die we op dit moment hebben, elkaar regelmatig in de weg zitten en het feit dat wij een Minister hebben die over het welzijn van mensen gaat, terwijl een ander juist over de medische zorg gaat en weer een ander, de Staatssecretaris, over preventie gaat. Het maakt ons stelsel ingewikkeld en soms merken we ook dat de verschillende zorgwetten tegen elkaar in werken.

De nota van mevrouw Ellemeet sluit op sommige punten aan bij het bestaande beleid. Daarover gaat mijn vraag aan de indiener. GroenLinks sluit zich namelijk aan bij de visie van deze regering en van vorige regeringen dat ouderen zo lang mogelijk thuis moeten blijven wonen. Als SP begrijpen wij heel goed dat dat voor de groep ouderen die dat graag wil, heel erg goed en verstandig is, maar dat geldt niet voor iedereen. Gezien het beperkte aantal mantelzorgers dat er straks nog voor deze mensen is, is mijn vraag of dat wel houdbaar is en of we er wel goed aan doen om daar specifiek op te sturen. Moeten we niet juist ook kijken hoe mensen gezamenlijk, bij elkaar, oud kunnen worden en samen een fijne oude dag kunnen hebben, in plaats van hen te dwingen om, met alle ondersteuning die daar dan bij nodig is, zo lang mogelijk thuis te blijven? Zou het voor de effectiviteit van zorg maar ook voor het tegengaan van eenzaamheid niet juist goed zijn als ouderen al veel eerder de gelegenheid krijgen om bij elkaar in de buurt in een huis te gaan wonen? Daarmee hengel ik natuurlijk een beetje – dat is iedereen allang duidelijk – naar het antwoord van mevrouw Ellemeet op ons eigen voorstel, het voorstel voor de zorgbuurthuizen, dat wij hier in september hebben besproken. Mijn vraag aan de indiener is hoe dit voorstel in haar plannen past. Of vindt zij misschien dat het botst met het uitgangspunt om zo lang mogelijk thuis te blijven wonen?

Voorzitter. Een interessant idee van GroenLinks is om tot lokale plannen te komen voor de bouw van kleinschalige woonvormen. Dat lijkt ons een heel goed plan. De SP vraagt zich wel af hoe de indiener bindende afspraken denkt te kunnen maken met de wethouders op dit punt. Moet er niet een duidelijke keuze worden gemaakt tussen de verantwoordelijkheid van de Minister, die vanuit Den Haag kan sturen op aanbod, en de verantwoordelijkheid van de gemeenten, zodat lokaal besloten kan

worden wat er precies nodig is? Mij lijkt het heel ingewikkeld om vanuit hier bindende afspraken te maken met wethouders en daarop te kunnen sturen.

Voorzitter. Dan een punt dat ik niet zo goed begrepen heb, misschien. In de nota wordt geschreven over een nieuwe vorm van doelgroepbepaling, waarbij kwetsbare ouderen dan de doelgroep zouden zijn. Zorgverleners en -instellingen zouden op basis van gemaakte gezondheidswinst gefinancierd moeten worden. Wat wordt hiermee nou precies bedoeld? Is dit niet een vorm van prestatiebepaling, die eigenlijk niet thuishoort in de ouderenzorg? Hoe kijkt de indiener aan tegen de bureaucratie die het inzichtelijk maken van geboekte gezondheidswinst met zich mee zal brengen? We weten allemaal dat daar een hele waslijst aan indicatoren aan te pas zal komen. Ik vrees dat het met indicatoren voor eenzaamheid, geluk en gezondheid een razend ingewikkelde exercitie zal worden, als je dat al voor elkaar krijgt.

Hetzelfde punt maakt GroenLinks over de verzekeraars. Zij zouden ook moeten sturen op gezondheidswinst. Mijn vraag is of dat niet botst. Botst dat niet met een ander uitgangspunt van de nota, namelijk niet doorbehandelen als daarmee maar een beperkte verbetering van de gezondheid te behalen valt? Dat is ook een beetje het punt dat de heer Geleijnse net maakte. Hoe kun je dus enerzijds betalen op gezondheidswinst en tegelijkertijd vaker aanraden om niet te behandelen?

Voorzitter. Een erg interessant punt in het voorstel van GroenLinks is om regionaal te kijken hoe, dwars door alle wetten heen, de zorg voor ouderen slimmer kan worden geregeld. De indiener overweegt dan een taak neer te leggen bij één verzekeraar, die deze rol op zich moet nemen. Mijn vraag aan mevrouw Ellemeet is of zij hier ook risico's ziet. Zou het niet logischer zijn om te kiezen voor een experiment waarbij niet een verzekeraar, maar een publieke organisatie die taak op zich neemt? Tot slot nog een vraag over de ouderenzorg in ziekenhuizen. Tijdens de presentatie van de nota is hierover veel discussie ontstaan. Bij sommige mensen leefde de vrees dat bij de vraag «wel of niet behandelen van ouderen in een ziekenhuis» financiële en medische argumenten misschien wel door elkaar zijn gaan lopen. De SP vindt dat de vraag of er wel of niet behandeld moet worden thuishoort in de spreekkamer, in vertrouwen tussen de arts, de patiënt en de familie. Is de indiener het daarmee eens? Is zij van mening dat dit gesprek nu in ziekenhuizen niet goed of onvoldoende wordt gevoerd?

Dat was het, voorzitter. Ik dank mevrouw Ellemeet nogmaals voor het schrijven van dit mooie stuk.

De voorzitter:

Dank u wel, meneer Hijink. Dan geef ik het woord aan mevrouw Hermans.

Mevrouw Hermans (VVD):

Dank u wel, voorzitter. We wonen het liefst zo lang mogelijk thuis, in onze vertrouwde omgeving met de mensen om ons heen die we goed kennen. Maar als je dan even of misschien wel de rest van je leven zorg nodig hebt, hoe is dat dan geregeld? Waar kun je terecht? Zijn de mensen er wel? Kun je het nog betalen? Dat zijn vragen die mensen bezighouden en waarvan we samen werk moeten maken. Juist in dat «samen» zit de mogelijkheid om mijn dank uit te spreken aan mevrouw Ellemeet en haar ondersteuners, hier aan tafel en op de publieke tribune, voor de initiatiefnota die voor ons ligt. Het voorstel raakt aan veel thema's en vragen die mensen bezighouden in de zorg voor ouderen en zet aan tot discussie. Het is daarom goed dat we er vandaag met elkaar een debat over voeren. Voor de VVD-fractie is het samenspel tussen al die organisaties die een rol spelen in de zorg voor ouderen een belangrijk punt, dat ook in de nota van mevrouw Ellemeet aan de orde komt, in het bijzonder daar waar zorg en welzijn in de wijk en in het ziekenhuis elkaar raken. Dat gaat nog te vaak

mis. In elk geval halen we er niet alles uit wat erin zit. Organisaties weten elkaar niet te vinden of hebben het gevoel dat regels en wetten in de weg staan, terwijl er juist ook zo veel mooie voorbeelden zijn van waar het wel goed gaat. Het kan dus, maar op de een of andere manier lukt het nog onvoldoende om dit op veel meer plekken zo te organiseren. De heer Renkema stelde hier ook al een aantal vragen over. Ik sluit me daar graag bij aan en hoor graag de reactie van mevrouw Ellemeet daarop.

In de initiatiefnota wordt ook gepleit voor het stimuleren van innovatie in de ouderenzorg. De VVD deelt die mening van GroenLinks. Slimme zorg kan heel veel betekenen voor mensen, of je nu cliënt, patiënt of medewerker in de zorg bent. We moeten dus nadenken over die slimme zorg en hoe we die bij veel meer mensen op een veel snellere en gemakkelijker manier terecht kunnen laten komen. Dat gaat niet alleen maar over techniek. Het gaat ook over het combineren van kennis. Ik heb het dan over kennis uit de wijk met bijvoorbeeld kennis uit het verpleeghuis en het ziekenhuis. Mevrouw Ellemeet en ik hebben daar tijdens de begrotingsbehandeling een motie over ingediend. Mijn vraag aan de Minister zou zijn of hij een stand van zaken kan geven van wat het onderzoek naar de belemmeringen in de kennisuitwisseling nu oplevert. Voorzitter. Dan een ander thema uit de initiatiefnota: de overbehandeling. Ik vind dat eigenlijk een beetje een rotterm, omdat er een hele wereld achter zit die dit woord niet vat. Waar het de VVD-fractie om gaat, is de kwaliteit van leven. Die zou altijd voorop moeten staan. En wat dat is, dat kunnen u en ik of wij allemaal eigenlijk alleen voor onszelf bepalen. Maar het gesprek tussen de arts en de patiënt daarover is wel belangrijk, of je nu 25, 53 of ouder dan 65 bent. Het is daarom goed dat er voor deze gesprekken meer ruimte in de financiering is gekomen. Maar de vraag is nu of er van die ruimte ook goed gebruik wordt gemaakt. Die vraag zou ik de Minister eigenlijk willen stellen. Heeft hij nu zicht op het gebruik van die mogelijkheid? Wordt die mogelijkheid om financiering te krijgen benut voor dat gesprek om samen te beslissen welke behandeling nog echt kwaliteit van leven toevoegt? Wat zouden we nou nog kunnen doen om dat meer onder de aandacht te brengen?

Mevrouw Ellemeet stelt in haar initiatiefnota voor om de vitaliteit of de kwetsbaarheid van ouderen verplicht te screenen bij binnenkomst in een ziekenhuis. Mijn vraag is hoe zij zich dit precies voor zich ziet. Betekent dit nu dat straks elke 65-plusser niet meer het ziekenhuis binnen kan komen zonder helemaal gescreend te worden, ook als dat voor een gebroken pols is? En als dat dan een verplichting wordt, hoe gaan we dat dan vormgeven? Hoe moet dat er in de praktijk uit gaan zien?

Voorzitter. Een aantal van de voorstellen van mevrouw Ellemeet kost geld, zoals bijvoorbeeld een fonds voor wonen, investeringen in technologie, het toevoegen van betaaltitels en dan waarschijnlijk ook het gebruik daarvan. Het is mij eigenlijk onduidelijk waar het geld voor deze maatregelen vandaan moet komen, want ik heb in de nota geen financiële paragraaf gezien. Graag een reactie van mevrouw Ellemeet daarop.

Voorzitter. Tot slot. We mogen trots zijn op onze zorg voor ouderen, maar het kan nog beter. De werelden van zorg, wonen en welzijn voor ouderen liggen bijvoorbeeld nog ver uit elkaar. Slimme zorg vindt nog te weinig zijn weg naar al die mensen die er zo veel aan kunnen hebben en dat is jammer. Kortom, er valt nog veel te winnen en daar moeten we samen aan gaan werken. Zo kunnen we de zorg beter maken en daar gaat het volgens mij om.

Ik kijk uit naar de beantwoording van mevrouw Ellemeet.

De voorzitter:

Dank u wel, mevrouw Hermans. Dan geef ik nu het woord aan mevrouw Geluk.

Mevrouw **Geluk-Poortvliet** (CDA):

Voorzitter. Ik dank collega Ellemeet en haar ondersteuning voor haar initiatiefnota Lachend tachtig. Deze nota maakt duidelijk dat er de afgelopen decennia heel erg veel veranderd is, niet alleen door de veranderingen op het terrein van de zorg zelf, maar ook doordat de periode van pensionering tot overlijden een veel langere levensfase is geworden. Ouderen bereiden zich daarin niet voor op het naderende einde, maar willen vooral lange tijd blijven meedoen en meedenken. En, voorzitter, de nota toont aan dat er een verschil is tussen oud worden en oud zijn. Ik zie het om me heen: grootouders die op kleinkinderen passen; ze zitten in allerlei besturen, van de Wmo-raad tot de kerkenraad; ze zijn actief bezig bij de sportvereniging en oudere mensen houden allerlei vrijwillige initiatieven levend. Er zijn heel veel mensen op latere leeftijd die ongelooflijk veel bieden aan onze samenleving.

Voorzitter. De initiatiefneemster stelt dat de urgentie om de zorg voor mensen op leeftijd thuis te verbeteren nu groot is vanwege drie redenen: de groep thuiswonende ouderen neemt in omvang toe, van de mantelzorgers neemt de gemiddelde leeftijd toe en door de toename van het aantal ouderen daalt het aantal mantelzorgers. Zorgverleners staan onder druk. Het CDA herkent alle drie de redenen, maar denkt dat er meer redenen zijn. De gemiddelde oudere bestaat niet. De groep thuiswonende ouderen neemt toe, maar ook de diversiteit in de zorg en de ondersteuning die ze nodig hebben. Ziet de initiatiefneemster dit punt van de CDA-fractie en in hoeverre verhoudt het collectieve aanbod zich tot de steeds meer individueel wordende vraag?

Dan heeft de initiatiefneemster het over de ouderen in een kwetsbare positie, uitgaande van de definitie van het SCP. Deze oudere lijkt nog weinig profijt te hebben van de omslag naar langer thuis wonen en dreigt daarvoor de hoogste prijs te betalen. Daarmee bedoelt zij de groep laagopgeleide ouderen, 80-plussers en de groep inwoners met een niet-westerse migratieachtergrond. Het CDA herkent dat het voor ouder wordende ouderen, ouderen die lager opgeleid zijn of de taal niet helemaal machtig zijn lastig is om zorg thuis te kunnen aanvragen of te weten wat ze moeten aanvragen. Het is een ingewikkeld systeem waarin je goed de weg moet weten om bij het juiste aanbod terecht te komen. De aanbevelingen in de nota van de initiatiefneemster zijn gericht op een aantal knoppen aan de aanbodkant van de zorg. Het CDA vraagt zich af of er niet ook iets is aan de vraagkant en of daar niet iets moet gebeuren. Daarbij denkt het CDA aan belangenorganisaties van ouderen om hen beter in staat te stellen om de kwetsbare ouderen beter voor het voetlicht te brengen. Onze vragen richting de initiatiefneemster. Wat kunnen de maatschappelijke organisaties doen om ouderen die nu een zorgvraag hebben beter bij te staan? Hoe kijkt zij aan tegen de rol van de onafhankelijke cliëntondersteuning daarin? Of is er meer nodig? En hoe kijkt de initiatiefneemster aan tegen meer onderzoek op het terrein van de ouderenzorg? Hoogleraar Buurman pleit voor dit laatste, omdat veel beleidsbeslissingen genomen worden op gevoel vanuit het perspectief van volwassen mannen van middelbare leeftijd waarbij de wensen van ouderen zelf te weinig meegenomen worden.

Dan stelt de initiatiefneemster een beslispunt voor om kwetsbare ouderen te benaderen met check-upacties en samenwerking tussen verpleegkundige en sociaal werker mogelijk te maken. Het CDA heeft hier wel wat vragen bij, met name op het specifieke punt van een extra medische check-up. Creëren we hiermee niet een schijnzekerheid? Moeten we niet juist de energie steken in een betere samenwerking tussen thuiszorg, wijkverpleging, gemeente, huisarts et cetera? En heeft zij specifieke ideeën hoe dit te doen?

Het CDA is voorstander van het rekening houden met ouderen en hun wensen. Dat houdt ook in dat een arts een moeilijk gesprek niet uit de weg moet gaan of het gezien de leeftijd nog zinvol is om door te behandelen. De initiatiefneemster brengt dit op in deze nota, juist in relatie met de

kosten van de zorg. Dat vind ik lastig. Kan de initiatiefneemster hier eens haar licht over laten schijnen? Waarom betreft ze het onderwerp van het besparen van kosten en de behandeling van zorgbehoeftige ouderen op elkaar? Wordt het dan ook niet gauw een economische discussie?

Voorzitter. In het St. Antonius Ziekenhuis werken ze met transferverpleegkundigen. De reden was dat ze merkten dat veel ouderen onnodig een beroep doen op de zorg in het ziekenhuis, vaak omdat het thuis even niet meer gaat. De mantelzorger is overbelast of er moet dringend meer thuiszorg komen; zaken waarvan de Minister in zijn reactie op de nota van de initiatiefneemster stelt dat hij ze oppakt. Ze zijn opgenomen in het programma Langer Thuis. Hij onderscheidt daarin drie actielijnen: goede ondersteuning en zorg thuis, mantelzorg en vrijwilligers in zorg en welzijn, en wonen. Dit programma bespreken we nog in een ander algemeen overleg, maar het CDA wil alvast er twee zaken uitlichten. De Minister heeft in zijn programmaplan een aantal elementen uit de nota van de initiatiefneemster meegenomen. Om het aanbod van ondersteuning en respijtzorg te verbeteren komt er een landelijke adviseur respijtzorg en maken gemeenten het aanvragen van ondersteuning eenvoudiger. Maar moeten we niet eerst eens kijken naar wat er nog aan tijdelijk verblijf is en wat er in de toekomst nodig is voor deze zorgbehoevende ouderen? Hoe kijkt de Minister ertegen aan om aan gemeenten en zorgverzekeraars te vragen om per gemeente te inventariseren hoeveel plekken ze in de eerstelijnsverblijfszorg nodig hebben om het aantal ouderen die langer thuis wonen te kunnen opvangen, nu en in de toekomst? Een soort van verwachtingsmanagement richting gemeenten en zorgverzekeraars. Ten slotte. Recentelijk kwam de Landelijke Huisartsen Vereniging naar buiten met het bericht dat steeds meer huisartsen aan de bel trekken omdat medische zorg in de steeds populairdere kleinschalige wooninstellingen op hun bord terechtkomt, terwijl de complexiteit van de zorgvraag die van de huisartsenzorg overstijgt. De huisarts wordt in zijn praktijk steeds meer geconfronteerd met ingewikkeldere zorgvragen door toename van zorgvragen van ouderen. Een oplossing zou kunnen zijn dat dan een specialist ouderengeneeskunde meer en meer met de huisarts gaat samenwerken. Naarmate de zorgbehoefte van de oudere en de complexiteit van de behandeling toenemen, kan de specialist ouderengeneeskunde betrokken worden in een behandeltraject, zo stelt ook Verenso. We weten uit de beantwoording van de Minister naar aanleiding van de vragenronde Langer Thuis dat hier subsidiemogelijkheden voor zijn. De vraag van het CDA is: wordt hier ook al veel gebruik van gemaakt? Wat moet er allemaal gebeuren om meer specialisten ouderengeneeskunde in het sociaal domein te krijgen? En zijn er problemen in de wetgeving die het outreachende werk van de specialist ouderengeneeskunde tegenhoudt? En wat is volgens de Minister de reden dat zo weinig basisartsen kiezen voor een opleiding tot SOG, terwijl de opleidingsplaatsen bij wijze van spreken voor het oprapen liggen?

Dank u wel.

De voorzitter:

Dank u wel, mevrouw Geluk. Dan zou ik nu het woord willen geven aan mevrouw Bergkamp namens D66.

Mevrouw Bergkamp (D66):

Dank u wel, voorzitter. Een initiatiefnota schrijven is natuurlijk altijd ontzettend veel werk, dus ik wil mevrouw Ellemeet en haar ondersteuning bedanken voor deze nota. Van het onderwerp waar de nota over gaat, zien we natuurlijk Kamerbreed de urgentie en het doel. Het is ook een lastig onderwerp als het gaat over die concretisering. Want we willen allemaal dat ouderen goede zorg krijgen, dat er een goede samenwerking is tussen zorg, welzijn, gemeenten, zorgaanbieders, maar hoe krijg je dat nou voor elkaar? Ik ben dus blij dat mevrouw Ellemeet met haar nota die discussie

heeft aangezwengeld. Die urgentie is ook belangrijk, want we zien de krapte op de arbeidsmarkt, de vergrijzing en de druk op de mantelzorgers. Het is dus een urgent onderwerp.

We zijn ook blij dat steeds meer mensen ook gelukkig langer thuis kunnen wonen en verantwoord oud kunnen worden in hun vertrouwde omgeving, maar dat vergt natuurlijk wel iets van onze huizen, van onze zorg en van onze ondersteuning. Want ik zie in de praktijk ook dat onze woon-, zorg- en welzijnsvoorzieningen soms los van elkaar, soms langs elkaar en soms zelfs tegen elkaar werken. Dat kan natuurlijk niet de bedoeling zijn. Je ziet vaak dat mensen van het kastje naar de muur worden gestuurd of soms tussen wal en schip vallen. De Nationale ombudsman besprak dit onderwerp ook al met betrekking tot de toegang. Ik loop daar zelf ook tegenaan, vanuit een persoonlijke ervaring: als je iets als persoonlijke verzorging moet regelen voor mensen, zie je dat gemeentes dit verhaal vertellen, zorgaanbieders dat verhaal en de zorgverzekeraars weer een ander verhaal. Het zit «m soms niet alleen in hele grote abstracte systeemwijzigingen, maar is soms ook een kwestie van binnen het systeem kijken hoe zaken verbeterd kunnen. Ziet mevrouw Ellemeet ook dat je op basis van deskundigheidsbevordering en communicatie eigenlijk al veel voor mensen zou kunnen verbeteren?

Voorzitter. Mijn collega van GroenLinks zei het ook al: ik zie veel overeenkomsten tussen de nota van mevrouw Ellemeet en het programma Langer Thuis. In zijn brief zie ik ook dat de Minister veelvuldig verwijst naar het programma Langer Thuis en de actielijn wonen van dat programma. Herkent de initiatiefnemer dit ook en kan zij de verschillen concretiseren? Als ik inzoom, zie ik wel dat een aantal zaken wat meer geconcretiseerd worden, dus volgens mij zit daar de toegevoegde waarde in, maar ik ben ook benieuwd naar de mening van de initiatiefnemer en de Minister. Voorzitter. Naast de probleemanalyse van de initiatiefnemer deel ik ook veel van de oplossingsrichtingen. Langer thuis wonen vraagt om een goed samenspel tussen zorg en welzijn. Ik zou het zelfs breder willen trekken: het vraagt om een goed samenspel van alle betrokkenen, inclusief de mantelzorger, familie en natuurlijk de betrokkene zelf. Zij dienen elkaar makkelijk te vinden en, zoals ik net ook al zei, makkelijk kennis over te dragen. Dat punt van communicatie en deskundigheid vind ik een hele belangrijke.

Voorzitter. Je moet demente ouderen niet geforceerd thuis laten wonen. Als het toch niet anders kan, zorg dan voor betere zorg en alternatieve huisvesting. Ik ben het volledig eens met die uitspraak van mevrouw Ellemeet in EenVandaag; die kon ik in ieder geval lezen op de site. De vraag is wel: hoe dan? Dat is een lastige vraag om te beantwoorden, maar ik ben wel heel erg benieuwd naar haar antwoord daarop.

Voorzitter. De realiteit is dat de meeste ouderen, ook demente ouderen, thuis willen blijven wonen. Ik pleit dan ook voor aandacht voor een andere invalshoek. Naast het feit dat ik, zoals duidelijk moge zijn, voorstander ben van nieuwe woon-zorgcombinaties, vind ik het ook belangrijk om te kijken hoe we mensen kunnen faciliteren om in hun eigen huis te kunnen blijven wonen en het zogenaamd dementieproof te maken. Technologie en innovatie spelen daarin een heel belangrijke rol. In aanloop naar dit overleg kreeg ik mailtjes van mensen die zeiden: goh, het zou zo mooi zijn als we innovatie veel meer thuis kunnen gebruiken, ook kijkend naar de mantelzorgers. Er is nog zo weinig bekend over die hulpmiddelen. Waarom wordt dat niet meer ingezet en toegepast? Ik merk dat casemanagers dementie vaak ook niet helemaal op de hoogte zijn van de mogelijkheden en oplossingen. Het lijkt ons heel goed om alle kennis daarover te bundelen en de casemanagers daarin te scholen. Graag een reflectie hierop van de initiatiefnemer en de Minister.

Passende woningen, de woonomgeving en passende herstel mogelijkheden buitenshuis zijn onderwerpen waar wij vaker over gesproken hebben. Nog niet zo lang geleden heb ik samen met mevrouw Hermans

van de VVD zelf een plan gelanceerd over logeerszorg en parttimeverpleeghuizen. Ik vraag aan de Minister hoever het daarmee staat. Het is onderdeel van zijn programma. Ik merk – en mevrouw Hermans volgens mij ook – dat er heel veel zorgaanbieders zijn die aan ons vragen: «Waar blijft het nou? Wij willen ons inschrijven. Wij willen dat aanbieden.» Het zou heel mooi zijn als dit project al wat verder gebracht wordt en dat die urgentie ook wordt gevoeld.

Voorzitter. Het is ook goed om ouderenzorg zo dicht mogelijk bij mensen te organiseren. De Minister schrijft in zijn reactie dat het opzetten van poli- en wijkklinieken ouderenzorg binnen het huidige stelsel ook goed mogelijk is. Wel stelt hij dat verzekeraars vroeg erbij betrokken moeten worden en dat de reguliere bekostiging mogelijk knelt, waardoor de experimenteerruimte gebruikt moet worden. Mijn vraag aan de Minister is dan ook: komen dit soort initiatieven nou vaak voor? Deelt hij de mening dat er knelpunten zijn, aangezien hij er geld voor vrijmaakt in zijn programma? En wat zijn die knelpunten dan? Welke andere mogelijkheden ziet hij om dit soort initiatieven te ondersteunen?

Voorzitter. Een van de punten uit de nota waar mijn fractie meer vraagtekens bij had was de zinnige ziekenhuiszorg. Uiteraard is een warme overdracht tussen ziekenhuisartsen en verpleegkundigen enerzijds en wijkverpleegkundigen en huisartsen anderzijds van groot belang. Voor mensen die ontslagen worden uit het ziekenhuis maar nog niet naar huis kunnen, moeten er andere plekken beschikbaar zijn om ze intensiever te laten herstellen. Maar met de kwetsbaarheidscheck vanaf 65 jaar heb ik moeite. Juist de behandeling van ouderen vereist maatwerk. Ik vond dat mevrouw Geluk dat heel mooi zei: het is niet één groep van ouderen; er is heel veel diversiteit. Het is ook belangrijk dat er veel meer geriatische expertise is. Niet iedereen boven de 65 jaar is kwetsbaar. Iedere patiënt in een ziekenhuis is uniek en heeft dus misschien ook wel behoefte aan andere zinnige ziekenhuiszorg. Was dat nou ook de bedoeling van mevrouw Ellemet? Want het kwam toch wel een beetje over als: iedereen boven de 65 zo'n check. Eerlijk gezegd vind ik het gedurfd van GroenLinks dat het de discussie over de economische en financiële waarden van zorg wil aanzwengelen. Want we weten allemaal dat de kosten toenemen, mensen ouder worden en er grenzen zitten aan de mantelzorg. Ik denk alleen wel dat dat gesprek thuishoort bij de persoon zelf, bij de familie en de mantelzorgers, en dat het eventueel ook in overleg met de arts plaatsvindt.

Voorzitter. De huisarts, de wijkverpleegkundige, het ziekenhuis en de familie hebben allen een rol. Ik denk ook zelf dat dat keukentafelgesprek – we hebben daar vaker discussies over gehad – veel meer waarde kan hebben. Het gebeurt nu vaak eenmalig om te kijken naar de huishoudelijke hulp. Kunnen we niet met elkaar bekijken of dat ook wat effectiever wordt ingezet?

Voorzitter. Ik deel de mening van de Minister over de financiering. Er is inderdaad veel mogelijk binnen de huidige financieringssysteem en wet- en regelgeving. Zo concludeert ook de Taskforce De juiste zorg op de juiste plek. Mijn vraag aan de Minister is dan ook: waar zitten de grootste knelpunten voor professionals, instellingen, verzekeraars en gemeentes om domeinoverstijgend te werken? Want feit is wel, en ik vind ook dat mevrouw Ellemet daar terecht aandacht voor vraagt: domeinoverstijgend werken gebeurt nog niet; of het gebeurt nog onvoldoende, moet ik zeggen. Deelt de Minister de mening van de taskforce en, zo ja, hoe gaat hij partijen daar beter bij ondersteunen? Het is ook goed dat de Minister een aantal innovatieregelingen aankondigt op het gebied van wonen en zorg. Wanneer krijgen we daar als Kamer meer informatie over? Voorzitter, afrondend. De toekomstbestendigheid van onze ouderenzorg is een punt dat gelukkig bij dit kabinet hoog op de agenda staat. Ik dank mevrouw Ellemet nogmaals voor haar nota en kijk uit naar de beantwoording van de vragen.

Dank u wel.

De voorzitter:

Dank u wel, mevrouw Bergkamp. Dan wil ik nu het woord geven aan mevrouw Agema namens de PVV.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Dank u wel, voorzitter. Ik complimenteer mevrouw Ellemeet met haar initiatiefnota. Dat is mooi. Ik vind het ook gaaf dat mevrouw Ellemeet deze nota heeft gemaakt. Ik vind het leuk om mevrouw Ellemeet op de stoel van de Minister te zien zitten. Het staat u goed. De opkomst is ook hoog. Die hoge opkomst laat ook zien hoe belangrijk we dit onderwerp met z'n allen vinden. Ik vind het ook goed dat GroenLinks hiermee laat zien dat het een visie heeft. Dat kun je van het kabinet niet zeggen. Wat het kabinet heeft, is meer een verzameling actieplannen dan een visie op hoe de ouderenzorg georganiseerd zou moeten zijn.

Ik begin mijn bijdrage met kritiek en daarna word ik steeds aardiger. In de inleiding schrijft de indiener dat de verzorgingshuizen in korte tijd gesloten zijn en dat verpleeghuizen alleen nog maar ouderen met een hoge zorgzwaarte toelaten. Dat klopt natuurlijk. Dat hebben we onlangs allemaal gezien. Ze schrijft ook dat ouderen zich niet goed hebben kunnen voorbereiden op die nieuwe maatschappelijke norm van nieuwe woon- en zorgvormen, die onmisbaar zijn voor die groeiende groep ouderen die langer thuis wil wonen. Ze constateert ook dat daar een groot gebrek aan is en dat die nieuwe woonvoorzieningen in rap tempo ontwikkeld worden. Hier komt natuurlijk mijn grote kritiekpunt: het was GroenLinks dat hiertoe besloten heeft op 26 april 2012. Als je het hebt over lachend 80, dan heb je het ook over een lachende Jolande Sap, die heel trots was op het Kunduzakkoord, waarmee besloten werd om de zorgzwaartepakketten per 1 januari 2013 en 1 januari 2014 niet langer meer te financieren. Ik denk dat ons een hoop ellende bespaard was gebleven als het scheiden van wonen en zorg gewoon doorgang had gehad en de voorkeur had gekregen boven het abrupt stoppen met de financiering van de verzorgingshuizen. Maar goed, dat ligt inmiddels alweer heel veel jaren achter ons en ik vind het tegelijkertijd goed dat GroenLinks het initiatief neemt om vanuit deze benarde positie de weg omhoog te vinden.

Het hoofdstuk over de zes pijlers van Huber vond ik wat vaag. Misschien kan mevrouw Ellemeet nog eens toelichten hoe ze het meer technische van de medische wetenschap en de Huber-pijlers voor zich ziet.

Mevrouw Ellemeet maakt zich ook zorgen over het feit dat zorg en welzijn in ons beleid, in onze wet- en regelgeving, uit elkaar getrokken zijn. Dat is natuurlijk ook al gebeurd met de overheveling van de Wmo in 2007 naar de gemeenten. Mijn vraag aan de indiener is hoe ze daar nu tegen aankijkt, want volgens mijn partij is het altijd een vergissing geweest om die uit elkaar te halen. Hoe denkt zij daarover?

Dan heb ik het ook over de signaleringsfunctie bij de beslispunten. We hadden vroeger bijvoorbeeld HH2. Dat waren thuiszorgmedewerkers die ook even in de koelkast keken of er bedorven spulletjes in lagen, of vroegen of ze misschien even konden helpen met de administratie of wat dan ook. Dat is allemaal wegbezuinigd. Hoe kijkt zij daartegen aan?

Voor de rest zie ik heel veel krulletjes. Het gaat dan over samenwerken met het sociaal domein, aanbieders uit het sociaal domein, het betrekken en ondersteunen van mantelzorg. Dat voorinvesteringsfonds, hoe ziet de indiener dat voor zich? Heeft zij daar ook dekking voor? Hoe wil zij dat bekostigen?

Het punt over de eerstelijnsbedden, over hoe die allemaal wel niet verschillend gefinancierd en genoemd worden, vind ik ook heel goed. Er wordt uiteindelijk gewoon een bed gezocht, een bed en een instelling. Ik denk dat het heel verkeerd is dat dat zo veel verschillende namen en vormen heeft gekregen. Huisartsen, maar ook ziekenhuizen zoeken zich

ongans en uiteindelijk zitten mensen alsnog verkeerd, want het is inderdaad zo dat mensen die eigenlijk meer in een hospice thuishoren uiteindelijk op een revalidatieafdeling zitten. Ik denk dat mevrouw Ellemeet hier dus echt een goed punt te pakken heeft. Ze spreekt over een «multidisciplinair triageproces». Noem het maar gewoon een «instellingsbed» of iets in die richting. Ik denk dat ze daar echt een heel goed punt te pakken heeft.

Dan de acute ouderenzorg. Ze geeft aan dat ze de spoedeisendehulp-posten zo veel mogelijk in de wijk wil situeren. Dat vind ik ook een heel goed punt. Ik heb wel mijn zorgen over de acuteopnameafdelingen die we op dit moment in streekziekenhuizen zien verdwijnen ten behoeve van grote ziekenhuizen, of vanwege een gebrek aan personeel of geld. Eigenlijk zien we nu een gang die tegengesteld is aan wat de indiener constateert. Ik maak mij daar zorgen over. Hoe zouden we dat kunnen keren?

Met wat zij schrijft over de specifieke betaaltitels en over de samenwerking met huisartsen ben ik het ook helemaal eens.

Dan komen we bij hoofdstuk 5 over het langer thuis wonen en de zinnige ziekenhuiszorg. Ik heb daar echt een heleboel vraagtekens bij. Ik heb ook mijn collega's daarover gehoord en ik denk dat veel collega's daar ook mee zitten. Je kunt bijvoorbeeld constateren dat de ziekenhuiszorg te weinig aansluit bij de wensen van mensen die zich in hun laatste levensfase bevinden, maar hoe weet je dan wat die wensen zijn? Iemand kan het ziekenhuis binnenlopen met een dikke knie en als er dan gevraagd wordt «wilt u reanimatie als er iets mis zou gaan?», kan die persoon zeggen: ja hoor, dat wil ik; ik heb kleindochters en ik sta goed in het leven. Maar een uur later kan die persoon zomaar op de intensive care liggen, nog wakker worden en er totaal anders in staan. Dat soort dingen gebeuren. Het is soms een kwestie van dag en nacht dat mensen in het ziekenhuis van wensen veranderen.

Ik denk dat het dus lastig is om middels formulieren in te schatten hoe mensen er eigenlijk in staan en in welke fase ze zich bevinden. Een ogenschijnlijke onschuldige situatie kan heel ernstig blijken te zijn en een hele ernstige situatie – iemand komt bijvoorbeeld binnen met een hemoglobinegehalte 3 – kan worden opgelost met een pilletje Omeprazol. De situatie waarmee je het ziekenhuis binnenkomt, kan zo verschillen, niet alleen per persoon of per leeftijd, maar een heel ernstige situatie kan licht zijn en een ogenschijnlijk lichte situatie kan ertoe leiden dat iemand er een paar uur later gewoon niet meer is. Dat kan door een aneurysma zijn of door een levensbedreigende bacterie. Het lijkt me heel moeilijk om dat te screenen. Ik vind het wel goed dat daar oog voor is, maar ik denk dat dat heel moeilijk in formulieren of in standaarden te vatten is. Ik denk ook dat het juist in die situaties heel belangrijk is om als professional met eigen ogen te kijken naar vragen als «wat is de situatie?», «wat gebeurt er hier?» en «wat zie ik voor me?», in plaats van te gaan screenen. Ik vond dat een heel lastig hoofdstuk, maar ik vind het goed dat mevrouw Ellemeet daar zo veel punten over heeft ingebracht.

In hoofdstuk 6 schrijft ze dat in het complexe stelsel het verdienmodel de behandeling van ziekte is, terwijl gezondheid voorop zou moeten staan. Ik vond dat een hele rake opmerking. Ik denk dat het in het licht van de hele discussie die we op dit moment voeren rondom ziekenhuiszorg – het is ook wel jammer dat Minister Bruins er niet bij is, maar goed – wel opvallend is dat er iets niet klopt aan ons systeem. Hoe krijgen we daar nou de vinger achter? Ik denk dat het toch heel vaak het verdienmodel is dat zorgt voor die productie. Soms is het hartstikke onterecht. Je wordt er niet altijd gezonder van in het ziekenhuis. Soms worden mensen heel snel juist minder gezond. Het zou toch niet zo mogen zijn dat het verdienmodel een spaak in de wielen steekt van de gezondheid van mensen, waardoor ze juist achteruitgaan omdat er omzet gedraaid moet worden. Daar gaat ook de constatering over dat een deel van het volume van de ziekenhuis-

uitgaven onverklaarbaar is en niets te maken heeft met de vergrijzing of betere zorg en dat dit aanbodgedreven lijkt te zijn. Ik denk dat we daar vandaag nog niet over uitgesproken zijn. Ik vind het een goed punt dat mevrouw Ellemeet dit zo naar voren heeft gebracht. Ook alle slotconclusies van mevrouw Ellemeet kan ik onderschrijven. Dat was mijn bijdrage.

De voorzitter:

Dank u wel, mevrouw Agema. Dan gaan we nu naar de heer Kerstens namens de Partij van de Arbeid.

De heer Kerstens (PvdA):

Dank u wel, voorzitter. In de eerste plaats natuurlijk ook van mijn kant de complimenten aan het adres van mevrouw Ellemeet en haar collega's voor de heldere nota Lachend tachtig, die we vandaag bespreken. Het is een belangrijk onderwerp, want Nederland telt steeds meer mensen met heel veel levenservaring. Steeds meer ouderen dus, die gemiddeld ook steeds ouder worden. Ouderen die steeds vaker thuis blijven wonen. Zelfstandig als dat kan en met hulp en ondersteuning door mantelzorgers, vrijwilligers en professionals als dat nodig is. Ouderen ook die steeds langer thuis blijven wonen, midden in de samenleving en midden in hun buurt.

Dat is hartstikke mooi natuurlijk, want 80 is het nieuwe 60. Aan de andere kant komt ouderdom nog steeds met gebreken. Wellicht steeds later, nu velen van ons niet alleen ouder worden, maar ook langer gezond blijven, maar toch. Bovendien wordt niet iedereen even oud en blijft niet iedereen even lang gezond. Ik kom daar op het eind van mijn inbreng nog op terug. Net zoals ouderen zich op hun ouder worden moeten voorbereiden, moet ook de samenleving zich op steeds meer midden in het leven staande ouderen instellen. Dat vergt aanpassingen in hoe we dat doen, maar vooral ook in hoe we tegen die ontwikkeling aankijken – positief wat mij betreft.

Op veel plaatsen, door veel organisaties en door veel mensen, wordt over een en ander nagedacht. Zo werd nadat verschillende ouderenorganisaties, zoals de ANBO, hun visie daarover al eerder hadden toevertrouwd, in maart van dit jaar het pact voor de ouderenzorg ondertekend. Toen mevrouw Ellemeet haar nota dit voorjaar presenteerde, legde de Minister de laatste hand aan zijn nota Langer Thuis, die een dikke maand later verscheen. Die ging over hetzelfde vraagstuk en dezelfde uitdaging, met dezelfde analyse en grotendeels dezelfde oplossingsrichtingen. Dat komt behalve in de nota's zelf ook tot uiting in de reactie van de hand van de Minister op de nota van mevrouw Ellemeet.

De vraag aan beiden is dan ook waar zij de voornaamste verschillen in elkaars nota's zien. Zijn dat fundamentele verschillen, bijvoorbeeld als het gaat over de wijze van financiering en het geld dat daarmee gemoeid is? Of zijn het meer verschillen in nadruk die oplossingsrichtingen krijgen, qua maatvoering en qua tempo?

Voorzitter. Om datgene voor elkaar te krijgen wat volgens mij iedereen van ons hier aan tafel bindt, zijn veel partijen nodig: niet alleen hier in de Kamer, maar ook daarbuiten. In het veld, van zorgverzekeraars tot woningcorporaties, van gemeenten tot zorgprofessionals en niet in de laatste plaats van onze senioren zelf uiteraard.

In dat veld gebeurt inmiddels een hele hoop. Ieder van ons is ongetwijfeld al eens op bezoek geweest bij en in gesprek geweest met mensen met mooie initiatieven. Die initiatieven worden soms vanuit de overheid gedwarsboomd, maar worden gelukkig steeds vaker gestimuleerd en gefaciliteerd. Daarvan is onder meer sprake in de programma's en de actieplannen die de laatste jaren al vanuit het ministerie worden geïnitieerd. Dat is mooi en nodig. Een betere praktijk kan nu eenmaal het best in de praktijk ontstaan.

Mijn vraag aan de Minister is wel hoe hij ervoor gaat zorgen dat die beste praktijken straks gemeengoed gaan worden en dat het niet van de gemeente, de zorgverzekeraar, de lokale of regionale zorgprofessionals of de woningcorporatie afhangt als het gaat om hoe en wat in de kern geregeld is. Met welke van die partijen jij als oudere te maken hebt, mag niet uitmaken of je pech of geluk hebt, om het zo te zeggen.

Op een fijne manier thuis in je eigen omgeving oud kunnen worden moet voor zo veel mogelijk mensen zijn weggelegd. Het is onze taak, samen met alle spelers die ik net noemde, om dat voor elkaar te krijgen. Hoe gaat de Minister dat doen? Hoe vindt mevrouw Ellemeet dat de Minister dat zou moeten doen? Heeft de Minister er bijvoorbeeld vertrouwen in dat gemeenten met een integrale woon-leefvisie komen als je dat landelijk niet afdwingt en faciliteert? Is hij bijvoorbeeld bereid om samen met zijn collega van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties, die ook Wonen in haar portefeuille heeft, er wat steviger, wat dwingender bovenop te zitten dan nu? Hoe denkt de Minister zaken voor elkaar te krijgen als het verplaatsen van ziekenhuiszorg naar de zogenaamde eerste lijn, dus dichterbij mensen, of het meer inzetten van de specialist ouderengeneeskunde in die eerste lijn? Kortom, is de Minister bereid op zaken als deze wat sturender op te treden? En als hij dat niet wil, hoe gaat hij het dan voor elkaar krijgen? Is het wat hem betreft geregeld met zijn vorige maand gepresenteerde plan van aanpak Samen aan de slag, de uitwerking van zijn eerdere programma?

Voorzitter. Het overgrote deel van onze ouderen woont thuis, en steeds meer ouderen wonen ook langer thuis. Op welke wijze hebben de Minister en het kabinet rekening gehouden met de extra kosten die dat bijvoorbeeld voor gemeenten meebrengt, kosten om ouderen te ondersteunen om midden in de samenleving te blijven staan? Gemeenten laten zich immers steeds steviger horen als het gaat om de financiële problemen die ze daarbij voorzien en die ze in toenemende mate ook al ondervinden, bijvoorbeeld tegen de achtergrond van nieuw kabinetsbeleid – denk aan het abonnementstarief in de Wmo met zijn aanzuigende werking – of tegen de achtergrond van de recente geluiden dat terwijl het ministerie geld overhoudt op de zorg, zij straks juist minder gaan krijgen uit het Gemeentefonds dan verondersteld.

Vindt de Minister dat gemeenten overdrijven? Of ziet hij hun problemen, mede tegen de achtergrond van hetgeen we vandaag bespreken en de rol die gemeentes daarbij hebben? En als dat zo is, doet hij er dan ook wat aan en, zo ja, wat? Nou weet ik natuurlijk dat je met geld niet alles oplost, maar we weten allemaal dat het wel kan helpen.

Voorzitter. Onlangs bracht de Ombudsman Borg de zorg uit, een onderzoek naar de knelpunten die mensen met dementie en hun mantelzorgers ervaren bij de toegang tot zorg en ondersteuning. Mijn vraag aan de Minister is of en hoe hij de aanbevelingen van de Ombudsman, waaronder het creëren van één toegang tot zorg en ondersteuning en het meer beschikbaar komen van casemanagers dementie, in zijn plannen gaat verwerken.

Bijna tot slot, voorzitter. Zowel mevrouw Ellemeet als de Minister stippen in hun nota's de zogenaamde sociaaleconomische gezondheidsverschillen aan. In gewoon Nederlands betekent dat dat mensen die in een gezin met niet zo veel centen worden geboren en die niet de hoogste opleiding en de beste baan hebben, eerder wat gaan mankeren en ook eerder doodgaan dan mensen die het wat afkomst en inkomsten betreft beter hebben getroffen. De Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid bracht daar deze zomer nog een belangwekkend rapport over uit.

Mijn vraag aan de Minister is wat het kabinet daarmee gaat doen, bijvoorbeeld in het kader van de nota en het daarin aan de orde gestelde vraagstuk dat we vandaag bespreken, en hoe hij daarbij bijvoorbeeld de rol van de huishoudelijke hulp, de wijkverpleegkundige en de huisarts ziet. Hetzelfde vraag ik overigens aan mevrouw Ellemeet.

Voorzitter. Helemaal tot slot sluit ik me graag aan bij de vragen en de opmerkingen die diverse collega's hebben gesteld en geplaatst over de screening, de check, van ouderen die in het ziekenhuis terechtkomen.

De voorzitter:

Hartelijk dank, meneer Kerstens. Dan is hiermee de eerste termijn van de Kamer afgerond. Ik zou willen pauzeren tot 15.40 uur, als dat ook goed is wat betreft de Minister, die hier is als adviseur.

Minister De Jonge:

Zo relaxed heb ik het nooit!

De voorzitter:

Goed. Dan komen we hier weer tezamen om 15.40 uur.

De vergadering wordt van 14.55 uur tot 15.46 uur geschorst.

De voorzitter:

We zijn aangekomen bij de beantwoording van de vragen van de Kamer door mevrouw Ellemeet. Daarna zal de Minister de vragen die aan hem gericht zijn beantwoorden. Ik wil de tweede termijn er meteen op laten aansluiten. Daarin kunnen moties worden ingediend. Die moties wil ik op donderdag in stemming laten brengen als dat oké is.

Mevrouw Ellemeet, voor de beantwoording.

Mevrouw Ellemeet (GroenLinks):

Voorzitter, dank u wel. Dank aan alle collega's voor hun inbreng en voor de moeite die zij hebben genomen om de nota goed en kritisch te lezen. Dank daarvoor. Het is toch echt heel bijzonder om hier je eigen nota te mogen verdedigen. Ik wil heel kort in het bijzonder even Rozemarijn noemen, die daar zit. Zij is de stagiair met wie ik de nota samen heb geschreven en met wie ik door het land crosste om zo veel mogelijk mensen te spreken om input te krijgen voor dit verhaal. Leuk dat je er bent.

Voorzitter, dan naar de inhoud. Ik heb de antwoorden geprobeerd wat samen te voegen rond een aantal thema's. Ik heb zo veel mogelijk de indeling van mijn eigen nota aangehouden. Ik wil beginnen met een inleiding en daarna stilstaan bij vragen rond wonen. Dan kom ik op de samenwerking tussen zorg en welzijn, inclusief de check-ups. Dan zal ik stilstaan bij het tijdelijk verblijf. Daarna komt de zinnige ziekenhuiszorg en een apart kopje onderzoek. Ten slotte zal ik ingaan op de bekostiging. Zo wil ik het dus indelen. Ik hoop dat ik daarbij alle vragen heb meegenomen. Voorzitter. Waarom deze nota? Dat is een redelijk cruciale vraag. Waarom ga je dit schrijven? Dat is eigenlijk redelijk voor de hand liggend. We hebben hier in de Kamer de afgelopen jaren heel veel gesproken over de ouderenzorg, maar met name over de verpleeghuiszorg. Daar was ook reden toe, want daar moest veel verbeterd worden. Dat zien we ook terug in dit regeerakkoord. Er is veel geld voor uitgetrokken: 2,1 miljard. En toch mogen we de grote groep ouderen die thuis woont niet vergeten. Meer dan 90% van de ouderen woont op dit moment thuis, volgens mij 93%. Ik begon met de vraag: hoe gaat het met deze groep? Hoe staan ze ervoor? Waar hebben ze mee te maken? Op welke manier zouden wij in politieke zin wat voor hen kunnen betekenen? Dat was voor mij de aanleiding om deze nota te schrijven. Daarvoor heb ik met heel veel mensen in het veld gesproken, uiteraard met ouderen zelf, maar ook met mensen die professioneel betrokken zijn bij deze groep. Op basis daarvan ben ik gekomen tot deze voorstellen.

Ik heb dit voorjaar – ik weet niet eens meer precies wanneer het was – de nota gepresenteerd en een symposium gehouden. Daarbij was de Minister ook aanwezig. Dat is toch best bijzonder: vanuit de oppositie een

voorstel doen dat de Minister in ontvangst wil nemen. Dat heb ik toen enorm gewaardeerd. Wil dat zeggen dat wij helemaal op een lijn zitten? Ik heb gelukkig gezien dat een aantal van mijn voorstellen een plek hebben gevonden in de voorstellen van de Minister; dat is mooi. Tegelijkertijd zijn er nog best wat verschillen, denk ik. In de reactie van de Minister viel op dat hij vaak zei: dat is ook wat ik wil. Voor een deel is dat ook zo, want er zijn zeker overeenkomsten, maar de interpretatie was wel heel erg toegeschreven naar die grote overeenkomsten. Ik denk dat het interessant is om te kijken waar de verschillen zitten.

Wat zijn naar mijn idee de belangrijkste verschillen tussen mijn nota en het plan Langer Thuis van de Minister? Het begint ermee dat ik de patiënt, de oudere als vertrekpunt heb genomen. Wat kan de patiëntreis zijn van de oudere die thuis woont? Sommige mensen blijven heel lang thuis wonen en komen niet in het ziekenhuis of in een tijdelijk verblijf terecht. Maar het kan ook zo zijn dat mensen doordat ze bijvoorbeeld hun heup breken of door een andere crisissituatie, in het ziekenhuis terecht komen en van daaruit weer terug naar huis gaan. Ik heb het zo breed mogelijk bekeken vanuit het perspectief van de patiënt en daar bijvoorbeeld de ziekenhuiszorg in meegenomen. Deze Minister gaat niet over de ziekenhuiszorg en dat zien we ook terug in de voorstellen. Het is op zich niet heel gek dat het programma Langer Thuis niet direct betrekking heeft op ziekenhuiszorg, maar tegelijkertijd denk ik dat het vanuit de patiënt gezien wel belangrijk is dat we integraal kijken. Dat heb ik geprobeerd te doen. Verder heb ik in mijn nota ook bijzondere aandacht voor de groep kwetsbare ouderen. De voorstellen kunnen ook van nut zijn voor ouderen die niet in een kwetsbare positie zitten. Daar zijn er gelukkig ook een heleboel van, maar we weten dat zo'n 20% van de ouderen in een kwetsbare positie zit. Ik heb mij eigenlijk vooral gericht op hen. Wat kunnen we doen voor deze groep kwetsbare ouderen? Die focus is wat sterker aanwezig in mijn voorstellen dan in de plannen van de Minister. Verder heb ik ook bijzondere aandacht voor nieuwe woonvormen. Die zijn belangrijk. Daar kom ik later nog op terug. Ik denk dat ik op dat vlak een stapje verder ga dan de Minister. Ik vind dat we echt concrete en harde afspraken moeten maken over de ontwikkeling van nieuwe woonvormen. Ik kijk ook naar de mogelijkheden of wenselijkheid om wet- en regelgeving aan te passen. Er kan heel veel binnen het huidige systeem. Dat ben ik met bijvoorbeeld mevrouw Bergkamp en anderen eens. Maar ik denk dat we er daar niet helemaal mee komen. We moeten onze ogen niet sluiten voor aanpassingen die gewenst zijn, bijvoorbeeld als het gaat om de financiering. Dat doe ik duidelijk wat sterker dan de Minister. Hij kijkt heel erg naar wat er binnen het huidige systeem kan.

Daarnaast heb ik geprobeerd om vooral het gezondheidsperspectief aan te houden, dus niet de ziekte van mensen centraal te stellen, maar te kijken op welke manier we de gezondheid van mensen kunnen bevorderen. Dat heeft ook alles te maken met de visie van Machteld Huber. Daar vroeg mevrouw Agema naar. Ik kom er nog op terug wat ik daarmee bedoel. Ik zet dus de gezondheid meer centraal dan de ziekte. Er is bovendien aandacht voor de sociale ondersteuning. Ik neem dus niet alleen het zorgelement mee, maar vraag me ook af hoe we mensen beter sociaal kunnen ondersteunen. Dat zijn enkele aandachtspunten die ik sterk heb neer willen zetten in mijn nota. Ik denk dat ik dat misschien net wat meer doe dan de Minister, maar ik ben ook benieuwd naar zijn reactie zo meteen. Dat wat betreft de redenen waarom ik deze nota geschreven heb en wat mijn invalshoeken daarbij waren.

Dan ga ik naar het onderdeel wonen. Er zijn een aantal vragen gesteld over de voorstellen die ik daaromtrent doe, onder andere door de collega's van de SP en 50PLUS. De heer Hijink zei dat GroenLinks heel erg lijkt uit te gaan van het bestaande en van het idee dat mensen langer thuis zouden moeten blijven wonen. Hij vroeg: zouden ze soms niet beter samen kunnen wonen en niet allemaal in hun eigen woning kunnen

blijven? Dat ben ik met de heer Hijink eens. Wat ik met mijn nota heb willen doen, is kijken hoe we de zorg en de ondersteuning voor mensen die graag thuis willen blijven wonen, kunnen verbeteren. Maar ik zeg ook dat er alternatieven moeten zijn als die wens er niet meer is of als er gevaarlijke of onveilige situaties ontstaan. Die zijn er nu te weinig, dus die moeten ontwikkeld worden. Ik ben er dus helemaal niet voor dat iedereen, die hele grote groep die nu thuis woont – meer dan 90% van de ouderen – per se thuis zou moeten blijven wonen. Dat zou ook anders moeten kunnen en die mogelijkheden zijn er nu te weinig.

Dan kom ik op de meest kritische vraag van mevrouw Agema over de verzorgingstehuizen, want die hebben we een aantal jaren geleden gesloten. Laat ik gewoon heel open en eerlijk zijn: dat is geen goede beslissing geweest. Dat hadden we niet zo radicaal moeten doen. We hebben niet goed overzien wat we toen in gang hebben gezet. Zeg ik daarmee dat we terug moeten naar vroeger? Nee. Ik denk dat ouderen ook andere woonvormen wensen. Maar de combinatie van het sluiten van de verzorgingstehuizen en de bezuinigingen bij de decentralisaties is funest geweest. Laat ik daar ook het volgende over zeggen. Mijn fractie heeft toen om die reden tegen het Gemeentefonds gestemd. Wij vonden inderdaad dat het onverantwoord was om die decentralisaties gepaard te laten gaan met die grote bezuinigingen. Zeg ik daarmee dat het in één keer sluiten van de verzorgingshuizen wel had gekund als we een flinke zak geld hadden meegegeven aan de gemeenten? Nee, ik denk dat we dat niet zo radicaal hadden moeten doen.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Ik vind dat het mevrouw Ellemeet siert dat zij dit naar voren brengt. Ik wil haar daarvoor complimenteren.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Voorzitter. Wat mijn fractie betreft investeren we dus meer in nieuwe woon-zorgvormen. Dat is heel hard nodig, onder andere voor mensen met dementie, maar ook voor andere ouderen die in een kwetsbare positie zitten. Ik vind dus ook dat daar door gemeenten bindende afspraken over gemaakt moeten worden. Daar waren ook een aantal vragen over. Dat begrijp ik wel, want voor je het weet lijkt het erop dat het gaat om afspraken tussen het Rijk en de gemeenten. Het punt dat ik heb willen maken, is dat er nu al jaarlijks prestatieafspraken gemaakt worden tussen gemeenten, woningcorporaties en huurders. Dat gebeurt al. Maar we zien ook dat die prestatieafspraken in veel gemeentes – niet in alle gemeentes – eigenlijk sec over wonen gaan en dat daar de hele zorgcomponent niet in meegenomen wordt. Wat mijn fractie betreft zou verplicht moeten worden dat gemeenten samen met woningcorporaties en huurders, maar ook in samenspraak met bijvoorbeeld ouderenorganisaties, ook afspraken maken over nieuwe woon-zorgvormen. Dat wordt dan een vast element in die prestatieafspraken. Lossen we daarmee de problemen in één keer op? Nee, dat denk ik niet. We maken wel veel inzichtelijker waar het knelt. Want het zou natuurlijk zomaar kunnen dat, als een gemeente die afspraken samen met woningcorporaties, ouderenorganisaties en huurders maakt, dan heel zichtbaar wordt waar het knelt. Is er voldoende investeringsruimte, bijvoorbeeld bij corporaties? Nou, wat mij betreft is de vraag stellen hem ook beantwoorden. We hebben natuurlijk gezien dat de corporaties de afgelopen jaren steeds minder ruimte hebben gekregen om breder te investeren, bijvoorbeeld in ouderenwoningen. Dat heeft alles te maken met de verhuurderheffing. Die is opgelopen tot zo'n 2 miljard per jaar. Dat is ontzettend veel geld. Die is gestegen. Dat is een extra belasting bovenop de belasting die corporaties al betaalden. Mijn fractie heeft ook gezegd dat die verhuurderheffing gehalveerd moet worden. Dat hebben wij ook in onze eigen begroting zo laten doorrekenen. Je kan je natuurlijk voorstellen dat tegenover dat

gebaar of die korting op de verhuurderheffing een investeringsplicht zou moeten staan; als corporaties minder heffing hoeven te betalen, dan verwachten wij ook van hen dat zij daartegenover zetten dat zij investeren in ouderenwoningen. Ik weet niet of het gebruikelijk is om het tijdens mijn beantwoording te zeggen, maar ik ben heel benieuwd wat de Minister daarvan vindt. Dus ik zou daar eigenlijk heel graag een reactie van de Minister op willen horen. Dit over de bindende afspraken. Zo had ik dat bedoeld.

De voorzitter:

Er is allereerst een vraag van de heer Geleijnse.

De heer Geleijnse (50PLUS):

Dank zover voor de beantwoording, maar ik heb nog even een vraag. U ziet dus wel een rol voor de rijksoverheid weggelegd om de gemeenten te dwingen die afspraken te maken? U laat het dus niet aan de gemeenten over om dat met organisaties te arrangeren, te regelen? U wil vanuit de landelijke overheid een dwingende maatregel opleggen. Begrijp ik dat goed?

Mevrouw Ellemeet (GroenLinks):

Die prestatieafspraken worden al gemaakt. Wat ik inderdaad wil, is dat daarover integrale afspraken worden gemaakt en dat inderdaad wordt verplicht dat de woon-zorgvisie onderdeel uitmaakt van die prestatieafspraken. Ik denk niet dat we vanuit het Rijk moeten zeggen hoe dat vervolgens moet worden ingevuld, zo van «en nu moeten er 20% extra seniorenwoningen komen». Dat niet. Maar dat dit een vast onderdeel wordt van de prestatieafspraken: ja.

De heer Hijink (SP):

Een van de grootste knelpunten is natuurlijk het wegvallen van de indicaties voor wat vroeger het verzorgingshuis was. We hebben die discussie in september ook gehad. Als je het hebt over dingen dwingend aan de gemeente opleggen, zou het dan niet veel slimmer zijn om te sturen op de indicaties? Daarop kun je wel vanuit het Rijk sturen. Dan komen mensen gewoon al eerder in aanmerking voor een plek in een kleinschalige woonvorm. Daarmee geef je lokale projecten toch eigenlijk de perfecte stimulans om daarmee aan de slag te gaan. Dat zou eigenlijk een veel positievere manier van stimuleren zijn dan het opleggen van een verplichting.

Mevrouw Ellemeet (GroenLinks):

Ik denk dat het belangrijk is dat ouderen, als zij in een andere woonvorm willen wonen, die mogelijkheid hebben. De vraag is inderdaad voor welke aanvliegroete je kiest. Ga je dat van bovenaf via indicaties opleggen? Ik zou er eerder voor kiezen om ruimte, letterlijk woonruimte, te creëren voor die oudere door deze route te volgen, dus door deze afspraken te maken bij gemeenten, dan door indicaties op die manier te stellen. Want dan ga je wonen en zorg weer bij elkaar trekken. Ik weet niet of dat de juiste route is. Ik stel voor om dit te doen, wel met behoud van de ruimte om een scheiding tussen wonen en zorg te houden, om te kijken of dit een oplossing biedt.

De heer Hijink (SP):

Het risico van deze aanpak is dat je dan wel een mooi project hebt waar mensen kleinschalig kunnen wonen, maar dat het geld vervolgens uit alle drie de zorgwetten bij elkaar geschaapt moet worden om voor de financiering te zorgen. Volgens mij zit daar wel een groot risico. Dat zie je nu op sommige plekken al gebeuren. Een van de grootste bezwaren van al

die verschillende potjes met geld is dat het aan de achterkant heel moeilijk te regelen is om de juiste financiering te vinden.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Ik moest heel even mijn adviseur raadplegen. Dat is wel echt een heel vergaande stap, want dan ga je wonen weer onderbrengen in de Zorgverzekeringswet. Die zaken hebben we nu juist van elkaar gescheiden. Ik weet bijvoorbeeld dat het in Scandinavische landen ook gescheiden is. Dan kan je juist heel makkelijk opschalen. Er zijn woonvoorzieningen, ook voor ouderen, en als zorg nodig is, kan die geleverd worden. Ik weet dus niet of je die zaken per se moet koppelen. Het belangrijkste knelpunt, denk ik, is dat die woonvormen er niet zijn. Die moeten we creëren. We zien ook dat corporaties geen ruimte voelen of hebben om daarin te investeren. We moeten dus eerder kijken hoe we aan die knop kunnen draaien en meer ruimte kunnen creëren bij bijvoorbeeld woningcorporaties, zodat er ook voor mensen met een kleine portemonnee weer woningen beschikbaar gemaakt worden.

De voorzitter:

Dank u wel. Gaat u verder met het volgende blokje.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Ja. Voorzitter. De heer Hijink heeft ook gevraagd hoe de zorgbuurthuizen in dit concept passen. Ik denk dat die er heel goed in passen. Dat is een vorm van wonen waar mensen volgens mij behoefte aan hebben. Zeg ik daarmee dat dit de enige vorm moet zijn? Nee. Dat is een belangrijk verschil, denk ik. Volgens mij moeten we juist kijken wat de wensen van ouderen zijn. Die zullen uiteenlopen, zoals bijvoorbeeld het CDA ook benoemde. Het is een hele diverse groep, met hele diverse wensen. Laten we vooral niet één standaardaanbod creëren voor iedereen. Ik denk dat we daarmee geen recht doen aan de diversiteit onder ouderen. Maar ik twijfel er niet aan dat het zorgbuurthuis voorziet in een vraag onder ouderen. Tot zover het blokje wonen.

Er is gevraagd hoe we de samenwerking rond kwetsbare ouderen kunnen bevorderen. Mevrouw Bergkamp zei, heel terecht denk ik, dat er veel mogelijk is, maar dat het nog te weinig gebeurt. Die samenwerking komt nog maar mondjesmaat tot stand. In de praktijk blijkt het dus ingewikkeld te zijn om dat te doen. Er zijn gelukkig wel goede voorbeelden, op verschillende plekken in Nederland. Ik noem bijvoorbeeld Amsterdam Noord, waar een hele mooie samenwerking is opgezet tussen het plaatselijke ziekenhuis, het BovenIJ ziekenhuis, de gemeente, het stadsdeel daar, de wijkteams en de GGD'en. Ze hebben met elkaar gekeken hoe ze de zorg voor kwetsbare ouderen beter kunnen organiseren, omdat ze bijvoorbeeld zagen dat ze in het ziekenhuis heel veel ziekenhuisbezoeken hadden van die groep, terwijl er dan vaak geen sprake was van medische vragen. Daar is in geïnvesteerd. Dat was geen makkelijk project. Daar zijn jaren aan voorbereiding aan voorafgegaan, maar het is ze gelukt. Dat is heel mooi, denk ik.

Je zou dit natuurlijk het liefst op veel meer plekken willen zien. Daarbij zeg ik weer dat het niet alleen om samenwerking gaat tussen zorgaanbieders voor zorg thuis maar ook voor het ziekenhuis. Zeker de algemene ziekenhuizen, dus de kleinere ziekenhuizen, kunnen hier een belangrijke rol in spelen. Hoe zie ik dat voor me? Ik denk dat het ermee begint dat we de goede voorbeelden die er al zijn breed onder de aandacht brengen, dat we bij wijze van spreken inspiratiemiddagen organiseren waarbij de betrokken partijen die hiermee bezig zijn van elkaar kunnen leren. Er is inderdaad, zoals mij verteld werd, sprake van maatwerk. Je moet altijd kijken naar de specifieke omstandigheden van jouw wijk of jouw stad, maar voor zo'n 80%, voor een heel groot deel, zijn goede voorbeelden zeker wel over te nemen en te kopiëren. Ik denk dus dat we die goede

voorbeelden zichtbaar moeten maken. Tegelijkertijd hoor ik ook dat het systeem inderdaad heel ingewikkeld is. Voordat je als wijkteam of ziekenhuisbestuurder doorhebt hoe die wet- en regelgeving in elkaar zit, ben je zo weer een aantal maanden verder. Het zou dus heel wenselijk zijn dat VWS daar een actieve rol in zou vervullen, bijvoorbeeld doordat ambtenaren van VWS, als daar vraag naar is, even meedenken, instappen en kijken wat de problemen zijn. Zij kunnen dan de wetten uitleggen en vertellen wat de financieringsmogelijkheden en experimenteeruimtes zijn. Zij kunnen dat uitleggen en vervolgens een stapje terugzetten, want ik hoor dat bij de initiatieven die al wel opgezet zijn, het gevoel van eigenaarschap heel belangrijk is. Het is dus niet zozeer wenselijk dat VWS het overneemt, maar dat je het initiatief juist bij de regio laat en zo'n soort samenwerking opzet.

De **voorzitter**:

Had u een vraag, mevrouw Hermans?

Mevrouw **Hermans** (VVD):

Ja. De laatste toevoeging van mevrouw Ellemeet is wel duidelijk. Het gaat dus niet om het overnemen, maar om het even invliegen en delen van kennis. Misschien aanvullend dan nog dit. Ik kan me voorstellen dat zo'n team of persoon die even langs komt, veel goede voorbeelden ziet en inspiratie opdoet. Is het voor mevrouw Ellemeet denkbaar dat daar een koppeling in zit en dat je die goede voorbeelden dan ook zichtbaar gaat maken?

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Ja, zeker. Ik denk dat het heel nuttig is als we dat doen: dat het niet alleen de initiatieven zijn van de regio's zelf, maar dat we alle informatie die samenkomt bij het ministerie ook weer breed delen. Ik denk dus dat dat heel verstandig is.

Mevrouw **Bergkamp** (D66):

Eens. Dat opdrachtgeverschap is ontzettend belangrijk. Ik ervaar soms het volgende. Als je bijvoorbeeld persoonlijke verzorging nodig hebt, bel je de zorgverzekeraar op om te checken of het gecontracteerd of ongecontracteerd is. Dan word je doorverwezen naar een aantal zorgaanbieders en dan moet je gaan zoeken. Maar op dit moment is er een tekort aan mensen. Het is dus ontzettend lastig om die zorg dan voor iemand te regelen. Er is eigenlijk nergens inzichtelijk wat de wachtlijsten zijn of wat de kwaliteit van die zorgaanbieders is. Daar komt nog bij dat zorgaanbieders zelf de regels soms ook niet kennen. Zij verwijzen soms door naar de gemeenten, die de regels soms ook niet kennen. Welke oplossing ziet de initiatiefnemer hiervoor? Want dit zijn praktische problemen waar mensen tegen aanlopen. Hoe zouden we die kunnen oplossen?

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Ik denk dat het ermee begint dat we ons de vraag stellen: wat weten we niet? Dat is vaak een hele pijnlijke vraag, ook voor zorgaanbieders of zorgverzekeraars, want je wilt altijd doen alsof je alles weet. Dat willen wij ook altijd: wij willen het doen voorkomen alsof we alles weten. Maar dat is niet zo. Het begint er, denk ik, mee dat we die vraag stellen, voor de verandering: wat weten we eigenlijk niet? Vandaaruit kunnen we dan kijken hoe we die informatie in kaart gaan brengen. Als je als zorgverzekeraar vaak vragen krijgt over een aanbieder, maar eigenlijk niet weet wat de wachtlijsten zijn, kan je dat melden. Dan moet je dat aangeven en inzichtelijk maken: dit weten we niet; we hebben geen inzage in of overzicht van de wachttijden bij verschillende zorgaanbieders. Dat is wel wenselijk. Ik denk dat dat het vertrekpunt moet zijn. Iedereen moet dat vanuit zijn eigen rol – zorgverzekeraars, aanbieders, het departement,

maar ook bijvoorbeeld de patiëntenorganisaties – in kaart proberen te brengen.

Mevrouw **Bergkamp** (D66):

Ik vind de behandeling van initiatiefnota's vaak een moment om wat te reflecteren. Dat hebben we ook gedaan bij de behandeling van de initiatiefnota van de heer Hijink, over het zorgbuurthuis. Ik heb soms het idee dat we er heel veel bij verzinnen, maar als iedereen nou wat meer tijd zou hebben om gewoon zijn eigen rol in te vullen, zouden we volgens mij heel ver kunnen komen. Hoe kunnen we dat vanuit Den Haag wat meer stimuleren, zodat mensen weten hoe de regels werken en zodat er voor de mensen een overzicht van de wachtlijsten en de kwaliteit van de zorg is? Want daar zit volgens mij voor heel veel mensen een probleem op het moment dat ze zorg moeten regelen.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Dat ben ik met mevrouw Bergkamp eens. Dat is eigenlijk de basis. We moeten daar niet te makkelijk overheen stappen. Juist uw perspectief, als zorgvrager in dit geval, moet eigenlijk centraal komen te staan. Dat is gewoon nog lang niet altijd het geval. Daar is nog wel wat werk te verzetten.

De **voorzitter**:

Ik zag ook nog een vraag bij mevrouw Geluk.

Mevrouw **Geluk-Poortvliet** (CDA):

Zou daar de rol van de cliëntondersteuner niet veel meer benadrukt kunnen worden?

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Ik denk dat de cliëntondersteuner heel vaak in een positie is waarin hij tegen deze problemen aanloopt, dus dat duidelijk wordt welke informatie er niet is. In die zin is het antwoord dus ja. We moeten ons wel afvragen welke verantwoordelijkheid we dan nog extra neerleggen bij de cliëntondersteuner. We zien dat ze al niet altijd even goed toekomen aan hun kerntaken. Ik zou er dus wel een beetje voor willen waken dat we hun hier nu weer een sleutelrol in geven. Tegelijkertijd hebt u wel een punt, want ik denk dat er veel kennis is bij de cliëntondersteuners. We zouden dan wel moeten kijken hoe we kunnen gebruikmaken van die kennis zonder de cliëntondersteuners extra te belasten met nog meer nieuwe taken.

Mevrouw **Geluk-Poortvliet** (CDA):

Ik kom nog even terug op de specialist ouderengeneeskunde. Ik zou me kunnen voorstellen dat die samenwerkt met de huisarts, die een heleboel problemen ondervangt op geriatrisch gebied. In Velp is daar een heel goed voorbeeld van. Dat zou eigenlijk nog veel beter moeten zijn. Vindt u dat ook?

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Ja, ik denk dat daar heel veel kansen liggen. Ik denk ook dat in de Kamer de wens breed leeft om de specialist ouderenzorg nog meer in te zetten in de wijk. Dus ja, dat lijkt me ook.

De **voorzitter**:

Helder. Ik zou u willen vragen om verder te gaan, mevrouw Ellemeet.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Ja, voorzitter, dank u wel. Ik heb hopelijk helder genoeg toegelicht hoe we de samenwerking rondom kwetsbare ouderen kunnen opzetten.

Dan waren er een aantal vragen, onder andere van het CDA, over de check-ups. Hoe zie je dat nou voor je? Hoe gaat dat dan in zijn werk? Waarom is dat eigenlijk nodig? Om te beginnen met de vraag waarom het eigenlijk nodig is: er is helaas nog een grote groep ouderen die niet of pas veel te laat in beeld is bij zorgverleners, dus bijvoorbeeld pas in beeld komt op het moment dat er al een crisissituatie is ontstaan. Dit kunnen bijvoorbeeld ouderen zijn – die verhalen heb ik ook gehoord – die denken: ik meld mij maar niet met mijn klachtjes, want zo meteen word ik opgesloten in een verpleeghuis. Ik zeg het even in mijn woorden, maar er zijn ouderen die daar bang voor zijn. Ze denken: «Als ik me meld, dan word ik mijn huis uitgesleept. Ik wil helemaal niet mijn huis uit, maar zo meteen is dat misschien nog de enige route». Er is dus ook veel angst bij ouderen, die denken dat dat het perspectief is en daar helemaal geen zin in hebben. Ze zorgen dan zelf voor hun kwalen, totdat het echt niet meer gaat en iemand met spoed in het ziekenhuis moet worden opgenomen. Er is ook een grote groep verwaarloosde ouderen. Ik zou bijna willen zeggen: ook politiek verwaarloosd. Dat zijn de ouderen met een migratieachtergrond. We hebben het in de Kamer eigenlijk heel weinig over deze groep. Dit weekend stond er een heel mooi artikel in de Volkskrant over deze groep ouderen met een migratieachtergrond. Ik weet niet of u het gelezen hebt. Ze hebben een heel slechte gezondheid en hebben vanwege die slechte gezondheid drie tot vier keer meer kans op dementie. Ook hebben zij vaak te kampen met een hoge mate van eenzaamheid. Het is ook een groep die nog is opgegroeid met het idee dat de generatie onder hen voor hen moet zorgen als ze oud zijn. Dat is vaak niet meer zo in Nederland. De jongere generatie neemt de zorgtaak niet meer volledig op zich. Daar speelt heel veel schaamte omheen. Ouderen schamen zich ervoor dat hun kinderen niet meer voor ze zorgen. Door die redenen bij elkaar ontstaat een situatie waarin deze grote groep veel te laat en veel te weinig in beeld is. Bedenk daarbij dat ze zo veel meer kans hebben op dementie en kijk dan naar de cijfers van Alzheimer Nederland. Daaruit blijkt dat zij slechts bij 1% van de Marokkaans-Nederlandse ouderen over de vloer komen en bij maar 7% van de Turks-Nederlandse ouderen, terwijl ze bij 16% van de «meerdere generatie Nederlandse ouderen» – ik weet niet wat de politiek correcte term is – over de vloer komen. Dat is een enorm verschil. En als je dan bedenkt dat die groep veel kwetsbaarder is, zijn er redenen genoeg om deze ouderen actief op te zoeken, maar niet alleen hen, ook ouderen die al generaties lang in Nederland te wonen. Er is een groep die we nog niet bereiken en dat is juist een groep die heel kwetsbaar is. Daarom zeg ik: die moeten we opzoeken en actief benaderen. Ik heb dat gevat onder het begrip «check-up». Wat versta ik daar dan onder en wie zou dat dan moeten doen? Ik denk niet dat wij hier in Den Haag alles moeten verzinnen, maar ik zou me kunnen voorstellen dat je bijvoorbeeld een praktijkondersteuner van de huisarts die rol geeft en het gesprek laat aangaan met deze groep ouderen. Het kan ook een wijkverpleegkundige zijn of iemand uit het wijkteam. Ik ben er niet zo voor om dat hier helemaal te bedenken. Volgens mij moeten we daarover in gesprek gaan met de sector en met de mensen uit de zorg, maar het is wel heel wenselijk om die mensen actief op te zoeken. Het kan natuurlijk ook zo zijn dat deze praktijkondersteuner bij mijn ouders op de stoep komt te staan en die zeggen dan: «Wat kom jij hier doen? Met mij gaat het prima». Nou, dan zijn we snel klaar. Ik denk dus niet dat we ons heel bemoeizuchtig met iedereen moeten bezighouden, maar dat het wel de kunst is om deze groep tijdig in beeld te krijgen.

De voorzitter:

Mevrouw Geluk, het zou wel uw tweede en laatste interruptie zijn.

Mevrouw **Geluk-Poortvliet** (CDA):

Als het de laatste is, spaar ik «m op».

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Voorzitter. Ik ga door met twee andere vragen van het CDA over de cliëntondersteuning en over de toeleiding naar zorg. Mevrouw Geluk vroeg of ik die cliëntondersteuning ook belangrijk vind en of we nog meer zouden moeten doen. Jazeker is die cliëntondersteuner belangrijk. Tegelijkertijd kunnen we ons natuurlijk de pijnlijke vraag stellen: hoe heeft het zover kunnen komen? Hoe kan het dat we een cliëntondersteuner nodig hebben om ons door dit héle ingewikkelde zorgsysteem heen te loodsen? Daar zit dan toch wel een probleem achter. Maar zolang we dit hele ingewikkelde systeem hebben, hebben we ook iemand nodig die deze ouderen toeleidt naar de zorg die nodig is. Dus ik denk dat die cliëntondersteuner heel belangrijk is.

Het CDA had ook een wat bredere vraag en zei: u doet een aantal voorstellen voor het aanpassen of het verbeteren van het aanbod. Ik zeg absoluut niet dat dat een collectief standaardaanbod moet zijn. Volgens mij moeten we juist uitgaan van de diversiteit in de zorgvraag van ouderen. Maar kunnen we niet meer doen om mensen toe te leiden naar de juiste zorg? Zie ik daar bijvoorbeeld ook niet een rol weggelegd voor maatschappelijke organisaties als ouderenorganisaties? Dat denk ik zeker wel. Ik denk dat we ook niet moeten onderschatten wat de ouderenbonden en de ouderenorganisaties al doen. Ik heb natuurlijk ook uitvoerig met hen gesproken en zij zetten zich al in om zo goed mogelijk informatie over de juiste zorg over te dragen aan ouderen. Maar goed, het is zeker belangrijk om te kijken hoe we dat nog zouden kunnen verbeteren en hoe we ook die maatschappelijke organisaties kunnen inzetten om mensen toe te leiden naar de juiste zorg.

Voorzitter. Mevrouw Bergkamp had nog een vraag over mensen met dementie: we willen eigenlijk dat die situatie verbetert, maar hoe doen we dat nou? Dat is inderdaad best ingewikkeld, maar tegelijkertijd moest ik na die uitzending van EenVandaag ook denken aan de motie die wij samen hebben ingediend over de social trials voor dementie. We hebben daarbij allebei aandacht gevraagd voor juist die sociale ondersteuning, want die is, naast de medische zorg, ook nodig voor de mensen met dementie en voor hun mantelzorgers. Dat is precies de richting waar ik aan denk. Het gaat juist om die vroege periode waarin mensen de diagnose dementie krijgen en hun mantelzorgers eigenlijk in een zwart gat vallen.

Zij worden soms voor een hele lange periode aan hun lot overgelaten. Pas als er echt een medisch acute zorgvraag is, kunnen zij hulp inroepen. Daarmee gaan we wel voorbij aan hele wezenlijke vragen. Hoe zorg je dat je je sociale netwerk in stand houdt? Hoe zorg je dat mantelzorgers ook tijd voor zichzelf houden? Hoe helpen we deze mantelzorgers bij het aanvragen van ondersteuning? Maar ook: kunnen we mantelzorgers die daaraan behoefte hebben, in contact brengen met een gespreksgroep of lotgenoten? Ik denk dat er allerlei sociale vragen zijn die even belangrijk zijn als die zorgvraag. Dus daar dacht ik aan.

Daarnaast zijn er heel veel mogelijkheden als het gaat om innovatie en technologie. We weten van pilots die al gedraaid hebben dat bijvoorbeeld bewegingssensoren in het huis van mensen met dementie enorm veel rust kunnen geven aan mantelzorgers. Zij kunnen in de gaten houden of hun dementerende moeder of vader 's nachts bijvoorbeeld heel onrustig wordt. Dat is informatie die je met die technologie hebt. Je kan je oudere moeder of vader dus ook op afstand in de gaten houden. Dat hoef je niet alleen te doen, want dat doet de wijkverpleegkundige bijvoorbeeld ook. Ik denk dat dit ook weer een hele interessante inzet van technologie kan zijn om juist de mantelzorgers te ontlasten.

De voorzitter:

Mevrouw Bergkamp heeft een vraag.

Mevrouw **Bergkamp** (D66):

Helemaal eens met het betoog van mevrouw Ellemeet. De social trials zijn heel erg belangrijk en innovatie is belangrijk. Wij zitten samen in een werkgroep om te leren van Scandinavië. Het is heel goed om na te denken over nieuwe woon-zorgcombinaties, prima. Maar je ziet bijvoorbeeld in Zweden dat het instituut verpleeghuis eigenlijk helemaal geen optie meer is, maar dat er veel meer geprobeerd wordt om mensen langer thuis te laten wonen. Erkent GroenLinks dat daar de meeste winst zit?

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Ja, maar er zijn natuurlijk ook veel tussenvormen. Dat vond ik ook wel interessant. We gaan het nog met de hele Kamer over Scandinavië hebben. Daar zie je inderdaad meer collectieve woonvormen, maar dat staat los van de zorg die geboden wordt. Het is dus niet alleen maar: of je komt in een verpleegtehuis terecht of je moet het helemaal zelf thuis uitzoeken. Het gaat juist om die tussenvormen. Die kunnen heel interessant zijn. Je hebt daar meer lotgenoten bij elkaar, meer mensen met misschien wel dezelfde zorgvraag die dichter bij elkaar wonen en elkaar makkelijker kunnen opzoeken. Ik denk dat het heel interessant is om juist die tussenvarianten nog verder te onderzoeken en dat daar ook echt behoefte aan is.

Mevrouw **Bergkamp** (D66):

Daar is zeker behoefte aan. Alleen, de belangrijkste vraag is natuurlijk: hoe krijgen we zo snel mogelijk die woon-zorgcombinaties? Maar goed, daar heeft mevrouw Ellemeet het een en ander over gezegd. Als het gaat om innovatie en technologie: bijna alle partijen zijn het er wel ongeveer over eens dat dat belangrijk is, maar hoe krijgen we dat nou wat meer van de grond?

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Dat is best een hele ingewikkelde vraag. Je ziet sowieso met innovaties in de zorg dat we vaak van alles starten, maar dat alles weer in schoonheid sterft. Dat is een heel ingewikkeld probleem. Volgens mij heeft dat ermee te maken – ik kom daar nog op onder het kopje onderzoek – dat we veel beter en in een vroeger stadium moeten kijken op welke manier we de bekostiging van innovaties kunnen verankeren in de zorg. We moeten niet alleen maar aparte innovatiepotjes hebben, hoe aantrekkelijk dat ook kan lijken, maar we moeten uiteindelijk kijken: hoe maakt het integraal onderdeel uit van de financiering? Ik denk dat dat een van de verklaringen is waarom die innovaties vaak weer ten onder gaan. Ik denk dat we daar meer aandacht voor zouden moeten hebben.

De **voorzitter**:

Gaat u verder, mevrouw Ellemeet.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Dank u wel, voorzitter. Dan kom ik bij het onderwerp tijdelijk verblijf. Ik vond dat mevrouw Agema het heel mooi zei: zorg gewoon voor een bed voor mensen die dat nodig hebben, een passend bed voor mensen die tijdelijk niet meer thuis kunnen wonen. Ik denk dat zij daar gelijk in heeft. We hebben er een heel ingewikkeld systeem van gemaakt met al die tijdelijke verblijfvoorzieningen. Al die bedden zijn gelabeld. Waarschijnlijk kent mevrouw Agema de voorbeelden net zo goed als ik van wijkverpleegkundigen die zeggen: help me, ik ben op zoek naar een bed, maar het moet onder het label Wmo en er zijn nu alleen maar bedden onder het label elv beschikbaar; daar mag ik geen gebruik van maken. Nou ja, zo word je van het kastje naar de muur gestuurd. Ik denk dat we het moeten omdraaien en dat we eerst moeten denken vanuit de patiënt. Een patiënt of een oudere die thuis woont redt het even niet meer thuis. Daar moet gewoon een bed voor zijn. Vervolgens moet je de tijd nemen, want je hebt

vaak een observatieperiode nodig, om te kijken wat precies de zorgvraag is. Is het een zorgvraag of is het alleen een ondersteuningsvraag? En welke wet hoort daar dan bij? Vanuit welke wet moet dit gefinancierd worden? Ik denk dus dat we het moeten omdraaien, dat we die volgorde moeten aanhouden in plaats van gegoochel met labels, wat nu toch vaak het geval is.

Collega Renkema vroeg ook nog: wat gaat er nou mis met het eerstelijnsverblijf? Nou, onder andere dit dus, maar ook nog wel meer, ben ik bang. We hebben het eerstelijnsverblijf opgedeeld in hoogcomplex en laagcomplex. Ik krijg ook veel terug dat het hoogcomplex eersteelijnsverblijf alsnog een heel beperkt aantal uren medische zorg heeft. Dus als jij tijdelijk echt zorg nodig hebt in je verblijf, dan is dat niet altijd toereikend. Wat gebeurt er dan? Patiënten worden dan doorgeschoven naar weer een bed met een ander label, namelijk de grz-bedden, de geriatrische revalidatiezorg, ook al is er eigenlijk helemaal geen sprake van een revalidatievraag. Dat is alleen maar omdat je dan meer uren zorg kunt inzetten voor die ouderen. Dat is onverstandig, omdat het veel duurder is. Uiteindelijk zijn we op die manier veel meer geld kwijt, omdat het gewoon echt een dure zorgvorm is. En eigenlijk is het ook niet van toepassing. Het gaat dan niet om geriatrische zorg. Ik denk dus dat we ruimer moeten kunnen indiceren als het gaat om die eerstelijnsverblijfsbedden. Ook daar moeten we kijken: wat is de zorgvraag? Wat hebben mensen nodig? En dan moeten we een passend aantal uren zorg leveren, want dan komen mensen ook weer zo snel mogelijk thuis en komen ze niet op een verkeerd, veel te duur bed terecht.

Ik gaf al aan dat het belangrijk is om de goede diagnose te stellen, dus daar moeten we ook de tijd voor nemen. Ik vind het toch ook een schokkend gegeven dat 40% van de ouderen die op een eerstelijnsverblijfbed terechtkomen, doorgaat naar een verpleeghuis. 40% van die mensen komt niet meer thuis, terwijl die bedden bedoeld zijn voor tijdelijk verblijf en om weer naar huis te gaan. Dit zegt dus wel iets over het nog niet goed genoeg indiceren voor het verpleeghuis of er niet snel genoeg bij zijn als mensen eigenlijk niet meer thuis kunnen wonen. Dan moeten we mensen niet op een tijdelijk bed leggen; dan moeten mensen gewoon naar het verpleeghuis. Daar horen ze thuis. Nu ontstaat er een vertraging met een tijdelijk verblijf en komen de mensen uiteindelijk dan in het verpleeghuis terecht. Dat is dus ook wel iets wat we volgens mij niet moeten willen.

Voorzitter. Dan ga ik door naar het volgende onderwerp. Dat gaat over de zinnige ziekenhuiszorg en de acute zorg. Collega Renkema vroeg: die nieuwe organisatievormen rond de acute ouderenzorg, hoe kunnen we die nu bevorderen? Want die zijn er; we hebben al een aantal mooie voorbeelden gehoord, bijvoorbeeld de WijkKliniek in Zuidoost, die u ook noemde. Ik denk dat ook hier weer voor geldt: laten we het zichtbaar maken, laten we de goede voorbeelden actief delen. Er is een heel projectteam, de Taskforce De juiste zorg op de juiste plek. Ik denk dat het heel interessant is als we ook kijken of die acute zorg wel op de juiste plek is. Moet die per se in het ziekenhuis of kan het een samenwerking zijn tussen verpleging, verzorging, thuiszorg en het ziekenhuis? Zo kan je ook echt kijken naar de zorgvraag van de oudere patiënt en ook zorgen dat er weer voldoende begeleiding naar huis is als er een acute zorgvraag is, want dat gaat nu toch ook nog te vaak mis. Dan moet je vanuit het ziekenhuis naar huis en is de overgang niet goed geregeld. Dat moeten we dus beter bevorderen, denk ik.

Mevrouw Agema vroeg nog naar de sluiting van de acute zorg in streekziekenhuizen. Ook hier denk ik: maken we hier inderdaad niet de verkeerde beweging? Maar zou het ook niet interessant zijn om te kijken naar intensievere samenwerking tussen vvt en ziekenhuizen als het gaat om de acute zorg voor ouderen?

Dan de screening. Daar waren heel wat vragen over, en dat kan ik mij ook voorstellen. Laat ik beginnen bij misschien wel de belangrijkste vraag: wat is screening op kwetsbaarheid en waarom is dat nou zo belangrijk? Het komt erop neer dat je met een screening in kaart wil brengen wat de specifieke, individuele omstandigheden van de patiënt zijn. Wat mij betreft zijn dat niet formuliertjes die je invult, maar gaat dat ook heel erg over het gesprek tussen de patiënt en de arts, om met elkaar in kaart te brengen hoe iemand er eigenlijk voor staat. Waarom is dat belangrijk? Dat is belangrijk omdat je die oudere patiënt de beste zorg wil geven, en de beste zorg is niet altijd de meest intensieve, medische behandeling. Maar om een goede inschatting te kunnen maken van de herstelkracht van een patiënt moeten we wel in kaart brengen hoe die patiënt ervoor staat. Uiteindelijk is het aan de patiënt om de keuze te maken. Dus die keuze nemen we niet weg bij de oudere patiënt. Nee, we geven hem of haar zo veel mogelijk informatie over de verschillende opties en zeggen dan bijvoorbeeld: «Kiest u voor een heel ingrijpende operatie, dan is bij u, gezien uw kwetsbaarheid, de kans groot dat u niet meer volledig mobiel zult zijn, of is de kans op verwardheid heel groot. Maar het is nog steeds aan u om de keuze te maken.» Patiënten vinden kwaliteit van leven vaak het allerbelangrijkst. Met zo'n screening geef je deze groep patiënten zo veel mogelijk informatie waarmee zij de juiste keuze kunnen maken. Wat mij betreft is het het startpunt voor het gesprek en, ja, dat gesprek moet plaatsvinden tussen de arts en de patiënt. Uiteindelijk beslist de patiënt. Waarom is die screening zo relevant voor deze hele brede groep? Zoals mevrouw Bergkamp ook zei: heel veel ouderen zijn hartstikke fit. Maar je ziet dat ook deze groep ouderen nu soms benadeeld worden, want je kan 70 zijn maar een hart hebben van iemand van 40 en bij wijze van spreken nog een marathon rennen. Nu zie je vaak in de praktijk dat de leeftijd bepalend is voor de zorg die je krijgt. Er is nu soms sprake van overbehandeling maar ook van onderbehandeling. Mij gaat het erom dat we bij deze groep, waar de verschillen enorm groot kunnen zijn, groter dan bij jongere mensen, zo goed mogelijk de omstandigheden en verwachte uitkomsten van de verschillende behandelingen inzichtelijk maken, om vervolgens aan de patiënt de keuze te laten. Dat als inleiding op de screening. Zijn hier vragen over?

De voorzitter:

Ik zie een vraag bij de heer Hijink.

De heer Hijink (SP):

Het dilemma bij dit punt blijft dat dit de normale gang van zaken zou moeten zijn in het contact tussen arts en patiënt. Ik vraag me af of we daar nu iets apart voor moeten optuigen, wat weer een soort checklist gaat opleveren. Bovendien, waarom dan bij ouderen? Als ik een ziek kind heb, zou ik ook willen weten wat alle consequenties en mogelijke gevolgen van een behandeling zijn, en hoe mijn kind uit een bepaalde operatie komt bij een serieus probleem. Wat doe je zorgverleners aan als je hier weer een aparte procedure voor gaat maken?

Mevrouw Ellemeet (GroenLinks):

Die vraag werd ook gesteld door 50PLUS. Uiteindelijk hebben alle individuele patiënten er baat bij dat je zo goed mogelijk inschat hoe een behandeling uitpakt en rekening houdt met de omstandigheden. We weten ook dat vanaf ongeveer 65 jaar – daar is veel wetenschappelijk onderzoek naar gedaan – de kans op een slechter herstel enorm toeneemt. Dat is wel relevante informatie. Tegelijkertijd nemen de verschillen ook toe, want zoals ik al zei, zullen er ook ouderen zijn die heel goed herstellen van een operatie. Zou dit niet eigenlijk al de gewone gang van zaken moeten zijn in een ziekenhuis? Ja, dat zou eigenlijk zo moeten zijn.

Toen ik deze nota aan het schrijven was, heb ik uitgebreid gesproken met geriateren in verschillende ziekenhuizen. Die geven aan dat dit echt een cultuuromslag vraagt van heel veel artsen. Ik chargeer een beetje, maar ik hoor van geriateren dat ze niet bij hun collega-chirurgen aan hoeven te kloppen over kwetsbaarheid van ouderen, want die chirurgen – toch een beetje de macho's van het ziekenhuis – zeggen dan: «Joh, ik doe dit al 30 jaar. Wat kom jij nou met je kwetsbaarheid van ouderen? Ik weet heel goed wat ik doe.» Dat geldt lang niet voor alle chirurgen of artsen, maar er zit een cultuur die om verandering vraagt. Er moet meer oog zijn voor de kwetsbaarheid en de specifieke omstandigheden van ouderen, zodat we betere zorg kunnen leveren.

Vind ik niet dat wij dit hier in Den Haag allemaal moeten verzinnen? Nee, ik heb dit ook opgehaald uit het veld. Een mooi voorbeeld is het LUMC, waar ze bij de acute zorg nu zelf een screening hebben opgezet van ouderen die met de ambulance binnengereden worden in de zin van: hoe kunnen we hun de beste zorg geven? Dat is niet altijd de heftigste operatie. Deze initiatieven ontstaan dus in ziekenhuizen. Ik wil ze daarin ondersteunen.

De heer **Renkema** (GroenLinks):

De nota bevat volgens mij vrij nadrukkelijk de gedachte dat artsen nu worden beloond voor behandelingen. Zou u er iets over kunnen zeggen hoe we ook niet behandelen zouden kunnen belonen?

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Ik ben het met mevrouw Hermans eens dat die term overbehandeling een rotterm is. Want eigenlijk hebben we het over het zo goed mogelijk inzichtelijk maken van de herstelkansen van een patiënt en daar de zorg op toesnijden. Het is niet een keuze tussen wel of niet behandelen. Het is een keuze tussen een hele intensieve operatie en een wat minder intensieve operatie. Wel of niet behandelen is hierbij niet zozeer aan de orde. Het is meer kiezen voor de juiste operatie. Ik geloof ook wel dat de meeste artsen zich niet laten leiden door zo veel mogelijk behandelen. Tegelijkertijd kan die productieprikkel van hoe meer operaties des te meer omzet in zo'n hele organisatie wel meespelen. Dat is natuurlijk niet wenselijk. Het is verstandig om soms minder te opereren. Dus ik denk dat het mogelijk kan helpen, maar ik wil wel heel voorzichtig zijn met het wegnemen van die productieprikkel, want ik ga er toch nog steeds van uit dat de meeste artsen wel het belang van de patiënt voorop hebben staan.

De **voorzitter**:

Meneer Renkema, nog een reactie hierop?

De heer **Renkema** (GroenLinks):

Zou u iets meer kunnen zeggen over de gezondheidswinst als prikkel in de bekostiging?

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Daar kom ik later nog op terug.

De heer **Geleijnse** (50PLUS):

Ik laat de antwoorden nog even op mij inwerken, ook naar aanleiding van de interruptie van collega Hijink. Ik heb toch nog een vraag voor mevrouw Ellemeet. In hoeverre is zij van mening dat dit alleen voor ouderen vanaf een bepaalde leeftijd geldt? U noemt soms 65, sommigen zeggen 70. Want ik hoor de heer Hijink zeggen: het kan ook voor een kind of voor een 40-plusser. U zegt dat ook in uw eigen beantwoording. U schrijft dat nu in deze nota over ouderenzorg, maar kunt u heel duidelijk maken dat het ook echt voor iedereen geldt? Dat is voor mij echt wel cruciaal.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Uiteindelijk wil je de beste zorg per patiënt. Wat die beste zorg is, zal afhangen van de patiënt. Die vraag is relevant voor alle patiënten, niet alleen voor de oudere patiënten. Waarom nu beginnen bij de ouderen? Dat is omdat onder die groep de verschillen veel sterker uiteenlopen dan onder mensen van andere leeftijden. Het maakt nogal wat uit voor een oudere patiënt of hij een of meerdere chronische ziekten heeft en hoe hij kan herstellen van een ziekte. Ik denk dus niet dat dit alleen interessant is voor ouderen. Ik denk dat dit uiteindelijk is waar we naartoe willen voor alle patiënten: zo goed mogelijk in beeld brengen wat de omstandigheden van patiënten zijn, daarop inspelen en de keuze bij de patiënt leggen.

De voorzitter:

Voldoende? Nee, meneer Geleijnse heeft nog een vervolgvraag.

De heer **Geleijnse** (50PLUS):

U vindt dus met ons dat leeftijd nooit het allesbepalende criterium mag zijn bij het al of niet starten van een behandeling of het stoppen van een behandeling? Want ik zal u eerlijk zeggen: deze nota heeft ook bij onze achterban behoorlijk wat stof doen opwaaien. In allerlei gesprekken ter voorbereiding op dit debat hebben best wel veel ouderen toch een beetje dat gevoel gekregen, ook omdat kostenbesparing er een beetje bij werd gehaald. Ik twijfel echt niet aan uw intentie, mevrouw Ellemeet, maar daarom vraag ik het u heel duidelijk: het criterium leeftijd mag dus geen rol spelen in al of niet behandelen, al of niet stoppen met een behandeling enzovoort?

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Alle mensen hebben recht op de beste zorg, ook oudere patiënten. En wat die beste zorg is voor die oudere patiënt moeten we zo goed mogelijk in kaart brengen. Vervolgens moeten we die oudere patiënt laten beslissen over welke behandeling hij of zij wil. Dát is wat ik beoog.

De voorzitter:

Gaat u door, mede met het oog op de klok. Ik meen dat u hierna nog twee blokjes heeft.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Ja, voorzitter, dat klopt. Het CDA heeft een aantal vragen gesteld over onderzoek. Wat vind ik nou van meer onderzoek op het gebied van de ouderenzorg? Ik denk dat dat heel belangrijk is, maar dat het onderzoek wel gekoppeld moet worden aan beleid. We hebben een heel nationaal onderzoeksprogramma ouderenzorg gehad. Dat is afgerond. Wat ik toch wel van veel mensen terugkrijg, is dat de uitkomsten van dat hele brede onderzoeksprogramma een beetje tegenvielen. Het is geëvalueerd en het bleek dat maar 5% van al het onderzoek dat in dat programma is gedaan de praktijk heeft bereikt. Dat is toch niet de bedoeling, denk ik. Volgens mij is onderzoek relevant als we het juist weten in te zetten in de praktijk. Ik denk dat dat dus wel een belangrijke insteek moet zijn. Dan is het wel heel belangrijk is om dat onderzoek te doen, want we moeten ervoor waken dat we een richting inslaan op basis van aannames. Het motto is nu «zorg op de juiste plek». Ik ben daar ook voorstander van, maar we moeten wel blijven toetsen of het ons ook oplevert wat we ervan verwachten. Het gevaar is toch in de zorg, en niet alleen daar, dat iets op een gegeven moment helemaal hip is – eerst was het marktwerking en nu is het zorg op de juiste plek – en dat we daar dan met z'n allen helemaal voor gaan. Maar als we een beweging inzetten, laten we dan vooral toetsen of die ons ook oplevert wat we verwachten.

Ik denk dus dat het heel belangrijk is om onderzoek te koppelen aan beleid. Ik zou zomaar drie hele interessante onderzoeksvragen kunnen

verzinnen. Een daarvan gaat bijvoorbeeld over het inzetten op het behoud van het functioneren van ouderen, wat wil zeggen dat als ze operaties ondergaan, we echt inzetten op vragen als «kunnen ze weer naar huis?», «kunnen ze weer zelfstandig wonen?» en «kunnen ze alles weer doen?». Een hele relevante vraag lijkt mij of dat ook leidt tot een verhoging van de kwaliteit van leven en een kostenbesparing.

Een andere relevante vraag is hoe we bijvoorbeeld crisisopnamen kunnen voorkomen. Hoe kunnen we klachten en signalen in een vroeg stadium detecteren en dan een opname op de spoedeisende hulp voorkomen? Ik denk dat dat een hele relevante onderzoeksvraag is die ook aansluit op de praktijk. Ook een hele interessante vraag is: is het nu nog wel zo dat langer thuis wonen ook echt de kwaliteit van leven verhoogt en kosten bespaart? Dat is een aanname geweest. Je hebt bijvoorbeeld het bekende Gupta-rapport gehad, waar veel beleidsmakers mee schermen van zo «zorg thuis organiseren levert een enorme kostenbesparing op», maar ik hoor toch ook steeds meer signalen dat dat nog maar zeer de vraag is. De zorgvraag thuis wordt namelijk steeds complexer. Het is nog maar de vraag of we dan ook kosten besparen. Ik zeg niet dat dat het enige doel moet zijn, maar het is wel interessant om dat te onderzoeken, net als de vraag of langer thuis wonen wel leidt tot een hogere kwaliteit van leven. Dat lijken me nou wat onderzoeksvragen die heel relevant zijn om op te pakken.

Ik wilde daar nog één opmerking over maken. Ik vind dat we bij onderzoek in een vroeg stadium al moeten kijken naar de bijbehorende bekostigingsvragen. Ik zei daar net al kort iets over. Het is nu toch vaak zo dat we om iets te onderzoeken een pilot of een innovatie starten en dat we als die is afgerond, vervolgens de NZa de opdracht geven om eens te kijken naar de bekostiging. Ik vind dat zonde. Ik denk dat de NZa ook heel veel zou kunnen leren van onderzoek of van een pilot als zij in een vroeg stadium meegenomen wordt en ook alvast gaat nadenken over bekostigingsvragen. Ik zou dat in een veel vroeger stadium meenemen.

Voorzitter. Dan ben ik bij mijn laatste kopje. Dat gaat ook over bekostiging. Er waren vragen van de SP over de doelgroepbekostiging. Is dat nou een vorm van prestatiebekostiging? Wat ik met die doelgroepbekostiging beoog, is dat er juist veel meer ruimte komt voor zorgverleners om in te zetten op de juiste zorg. Dat houdt in dat we niet de verkeerde prikkels hebben om zo veel mogelijk productie te draaien, maar dat er intensief kan worden samengewerkt, waarbij het bedrag dat je per patiënt krijgt vaststaat en dus niet afhangt van de vraag hoeveel zorg je verleent. Ik denk dat dat heel interessant is voor deze groep kwetsbare ouderen, want daar had ik het over.

Hoe zou je die gezondheidswinst dan kunnen meenemen? Leidt dat niet tot veel meer bureaucratie? Het interessante is dat de GGD'en al heel veel informatie hebben over de gezondheidsstatus van bewoners. Ik denk dus niet dat het zozeer interessant is om weer heel veel nieuwe informatie uit te vragen, maar dat we de informatie die al bekend is bij de GGD'en over de gezondheidsstatus veel meer kunnen gebruiken. Wat leveren de intensieve samenwerking rond de kwetsbare ouderen en bijvoorbeeld de doelgroepbekostiging op aan gezondheidswinst? Ik zou zeggen: laten we niet allemaal extra informatie uitvragen, maar laten we wel monitoren waar de nieuwe werkwijze toe leidt. Ik ben er altijd wel voor om te kijken of het ons oplevert wat we ervan hadden gedacht. Dat is op zich een relevante vraag. Dus dat had ik voor ogen met de doelgroepbekostiging. Dan waren er nog wat vragen gesteld over het laten doorrekenen van de voorstellen. Dat hebben wij niet gedaan. We hebben een visiedocument uitgewerkt waarbij ik aannames heb gemaakt dat ik verwacht dat deze manier van organiseren van de zorg zal leiden tot besparingen, maar we hebben het niet laten doorrekenen.

Voorzitter. Daar wilde ik het bij laten.

De voorzitter:

Hartelijk dank, mevrouw Ellemeet. Ik kijk nog even rond of er nog nabranders zijn. Zo niet, dan zou ik het woord willen geven aan de Minister.

Minister De Jonge:

Voorzitter, dank u wel. De letterlijke vertaling van het woord «Minister» uit het Latijn is «dienaar». Dat ben ik dus alle dagen van het jaar, maar zeker vandaag. Blijkens een tweet die ik hedenochtend las, is het vandaag «in aanwezigheid ván» en «die ook af en toe nog wat mag zeggen». Dat is geloof ik de duiding van mijn rol hier vanmiddag als adviseur, humble advisor, van initiatiefneemster mevrouw Ellemeet.

In alle ernst: zeer veel dank voor de initiatiefnota, die inderdaad in belangrijke mate aansluit bij het programma dat het kabinet heeft gemaakt om het langer thuis wonen beter te ondersteunen en die aansluit bij de enorme opdracht die we hebben überhaupt als het gaat over het aantal ouderen dat de komende tijd beter ondersteund zal moeten gaan worden. Dat moet niet per se met meer mensen gebeuren. Zie hier ook de grote puzzel die wij voor deze kabinetsperiode hebben gelegd vanuit het pact voor de ouderenzorg, met de drie programma's daaronder: het programma Langer Thuis, het programma aanpak verpleeghuiszorg en ook de aanpak van eenzaamheid. We weten dat we na deze kabinetsperiode ook een grote opdracht te doen hebben. Daarvoor is een commissie aan de slag naar aanleiding van de motie van mevrouw Bergkamp om ook te kijken hoe de zorg thuis anders en beter georganiseerd kan worden, gegeven het feit dat we de komende tijd heel veel meer ouderen zullen hebben. Nu zijn er 1,3 miljoen mensen ouder dan 75 jaar. In 2030 – dat is helemaal niet zo ver van hier – zullen dat er 2,1 miljoen zijn. Dat zijn 800.000 mensen meer. Dat is dus de hele stad Amsterdam erbij aan 75-plussers. Zij zullen wel weer vitaler zijn; dat is zo. Men leeft langer en blijft langer vitaal, maar men leeft ook langer met een chronische ziekte. Dat veronderstelt toch dat we de ondersteuning thuis echt anders en beter zullen moeten organiseren. Zeer veel dank dus voor de initiatiefnota. Ik wil mij beperken tot de gestelde vragen. Daarbij loop ik de fracties af. Als er een vraag in zat die door meerdere fracties is gesteld, probeer ik dat zo goed als ik kan te combineren.

Voorzitter. Ik begin met de vraag van 50PLUS, die ook door de VVD is gesteld. Nee, sorry. Ik begin eerst met een andere vraag van 50PLUS. Dat is de eerste vraag die 50PLUS heeft gesteld. De initiatiefnota spreekt over het maken van bindende prestatieafspraken. Hoe zien die er dan uit? Ook de heer Kerstens heeft deze vraag gesteld. Als we nu kijken naar de huidige Woningwet, is de gemeente regisseur. Als de gemeente een woonvisie opstelt – dat doet het merendeel van de gemeenten – is de woningcorporatie die in die gemeente actief is, verplicht om een bod te doen op haar bijdrage aan de invulling van de opgaven. Zo is het nu georganiseerd. Vervolgens ontstaan in overleg tussen huurders, gemeenten en corporaties prestatieafspraken. In de huidige situatie wordt bij meer dan 80% van de gesloten prestatieafspraken ingegaan op de combinatie van wonen en zorg. Kortom: als een gemeente een woonvisie opstelt, is een corporatie verplicht om daaraan bij te dragen, uiteraard wel met de kanttekening «indien zij daar financieel toe in staat is».

Er is gevraagd of we daar nog meer verplichtingen aan zouden moeten verbinden. Ik wil niet vooruitlopen op de evaluatie die op dit moment door collega Ollongren wordt gedaan, namelijk de evaluatie van de Woningwet, de governance binnen de huidige Woningwet en de rol van de gemeenten, de rol van die woonvisie en de rol van de prestatieafspraken. Dan de vraag – dat is eigenlijk een vervolgvraag – wat we op dit moment doen om ervoor te zorgen dat die woon-zorgarrangementen, waarvan iedereen eigenlijk zegt «dat is wel echt waar we naartoe moeten», beter van de grond kunnen komen. Daar hebben we vrij intensief over

gesproken naar aanleiding van de initiatiefnota van de heer Hijink – het regent initiatiefnota's op dit terrein. We hebben in het programma Langer Thuis een drietal mogelijkheden om dat verder te stimuleren. Nog los van datgene wat voortvloeit uit de Woningwet hebben we in samenwerking met het Ministerie van BZK vanuit VWS een agenda wonen en zorg gemaakt. Daarin wordt gesproken over drie elementen. De eerste is een stimuleringsregeling om woon-zorginitiatieven mogelijk te maken. Die initiatiefregeling wordt half februari gepubliceerd en wordt opengesteld per april. Ik weet dat vrij precies, omdat ik daar vorige week nog over heb gesproken. Ik zorg dat die zo snel mogelijk uw kant op komt zodra ze klaar is. Het tweede wat we doen is een ondersteuningsteam ter beschikking stellen aan gemeenten en aan woningcorporaties om te ondersteunen waar dat nodig is, maar ook om goede voorbeelden, waar die er zijn, beschikbaar te stellen aan anderen. Dat doen we ook met het kennisprogramma dat wordt opgesteld, want heel veel van het succes van deze woon-zorgcombinaties staat of valt ermee of het lukt om de exploitatie rond te krijgen. Hoe doe je dat dan? Daar is van alles mogelijk, maar het is wel heel erg zinnig om degenen die daar al in geslaagd zijn ook echt goed in de etalage te zetten om daarvan te leren. Wij stimuleren dit dus met een ondersteuningsteam, een stimuleringsregeling en een kennisprogramma. Dan is er een vraag gesteld door een aantal partijen, in ieder geval door 50PLUS, maar ook door de VVD, over samen beslissen, althans over uitkomstgerichte zorg. Hoe zorgen we er nou voor dat alles wat er gebeurt rond samen beslissen en alles wat we hebben ingezet om dat verder vorm en inhoud te laten krijgen in de behandelkamers, ook in alle gevallen daadwerkelijk wordt gebruikt en echt de nieuwe praktijk wordt? Dat sluit aan bij het punt uit de nota van GroenLinks. In het programma Uitkomstgerichte zorg werken we er met veldpartijen aan dat betere informatie beschikbaar is voor patiënten, zodat er meer gelijkwaardigheid komt in de relatie tussen artsen en patiënten en ze samen kunnen beslissen. Ik denk dat dat ook de achtergrond is van het feit dat dat zo nadrukkelijk aandacht heeft gekregen in de initiatiefnota van GroenLinks. Juist voor de generatie die ouder is dan wij zoals we hier bij elkaar zitten, geldt namelijk misschien wel meer dan voor onze generatie dat de witte jas altijd gelijk heeft en heel erg leidend is in de beslissingen die worden genomen. Dat is in delen van de zorg ook wel echt de cultuur. Samen beslissen is dus ook echt een cultuurverandering; dat geloof ik wel.

In het hoofdlijnenakkoord is met partijen afgesproken dat in 2022 voor 50% van de ziektelast informatie beschikbaar is over wat de zorg voor de kwaliteit van leven van patiënten oplevert. Die informatie kan ook gebruikt worden in het gesprek tussen zorgverlener en patiënt over de vraag of het echt zin heeft om de behandeling te ondergaan. Met het hoofdlijnenakkoord msz, medisch-specialistische zorg, wordt het samen beslissen in de spreekkamer gestimuleerd en ondersteund, ook als het gaat om de communicatiestrategie. Het doel is om patiënten ervan bewust te maken dat ze hun eigen doelen, vragen en twijfels altijd kunnen bespreken met hun zorgverlener. Samen beslissen zal worden opgenomen in de WGBO, de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst. Sinds juli 2018 is het samen beslissen opgenomen in het toetsingskader voor kwaliteitsstandaarden. We zetten erop in om het samen beslissen ook te borgen in opleidingen, en we willen een platform creëren om partijen in de zorg en zorgverleners van elkaar te laten leren hoe je dat samen beslissen in de praktijk organiseert.

Daarnaast, en dat was meer de vraag van mevrouw Hermans, is er in 2016 al een subsidie gegeven via het Zorginstituut van 5 miljoen, en is er in 2017 een subsidie gegeven voor projecten waarin patiënten met een ernstige somatische aandoening informatie krijgen over de psychosociale gevolgen van hun aandoening. Dat was ook 5 miljoen. En dit jaar is via een subsidieregeling 11 miljoen subsidie beschikbaar gesteld aan voorlopers die uitkomst-informatie gebruiken bij het samen beslissen. Als

subsidievoorwaarde geldt nou juist dat dit soort projecten uiteindelijk ook daadwerkelijk opgeschaald kan worden. Dus het opschalen van deze praktijk is bij uitstek onderdeel van deze subsidie.

Dan de ondersteuning voor mantelzorg. 50PLUS vroeg daarnaar, maar ik meen ook het CDA. Dat doen we op verschillende manieren via het programma Langer Thuis. De tweede actielijn van het programma Langer Thuis is het beter ondersteunen van mantelzorgers door onder andere die aanjager van respijtzorg. Die heeft een uitgebreide taakomschrijving en moet bijvoorbeeld in kaart brengen wat er al bestaat aan respijtzorg en op welke punten we witte vlekken zien. We weten namelijk dat die er zijn, maar we weten eigenlijk veel te weinig van hoe dat exact bij gemeenten zit. Dat is dus een belangrijke taak. Het zorgen dat gemeenten voldoende respijtzorg gaan inkopen is ook een belangrijke taak van die aanjager respijtzorg. Daarnaast moet de aanjager allerlei vormen van mantelzorgondersteuning geven. Ik zit te citeren uit eigen werk, maar dit is allemaal te vinden in het programma Langer Thuis.

Een aantal partijen hebben vragen gesteld over vormen van tijdelijk verblijf. Wat doen wij daar eigenlijk aan? Onder anderen de heer Geleijnse en de heer Renkema hebben daar vragen over gesteld, en ik meen ook mevrouw Agema. Ja, inderdaad. In het programma Langer Thuis hebben we afgesproken dat we naar een verbreding toe moeten van de coördinatiepunten tijdelijk verblijf. Die coördinatiepunten zijn eigenlijk in het leven geroepen omdat huisartsen over de elv-plekken Zvw, dus plekken gefinancierd door de Zorgverzekeringswet, zeiden: we bellen ons suf als we een plek nodig hebben, dus geef ons het overzicht van waar er nog plek is, dan kunnen we veel sneller en veel beter verwijzen. Door de zorgverzekeraars is afgesproken dat er coördinatiepunten moeten zijn en die zijn ook ingericht, maar die geven vooral het overzicht over de elv-plekken en niet over de Wlz-crisisbedden en ook niet over de intensievere vormen van respijtzorg vanuit gemeenten. Zou je niet juist naar een verbreding toe moeten op alle vormen van tijdelijk verblijf? Dat is dus de afspraak geweest zoals die in het programma Langer Thuis zit, ook vertaald in het plan van aanpak dat u onlangs heeft ontvangen. Daarin is eigenlijk het programma vertaald in alle acties die we te doen hebben. Zo lees ik eigenlijk ook de inzet van GroenLinks op dit punt, namelijk: we hebben nu alles gelabeld per financieringsstroom, maar je moet eigenlijk met name aan de toegangskant kijken naar een verbreding van die labeling. Dat hebben we in gang gezet; die afspraak hebben we gemaakt en die verbreding zal naar verwachting eind 2019 gereed zijn. Dan gaat het natuurlijk over het actuele inzicht in de beschikbare capaciteit, maar ook over de 24/7-bereikbaarheid, het 24/7 kunnen regelen van een opname, ondersteuning bij de beoordeling van de juiste zorgvorm voor tijdelijk verblijf en de monitoring en de evaluatie.

Voorzitter. Dan ga ik door met de vragen van GroenLinks. GroenLinks vraagt mij wat nou eigenlijk het verschil is tussen de initiatiefnota van collega Ellemeet en het programma Langer Thuis. Eigenlijk zou ik willen zeggen, ook in de beste traditie van het GroenLinks-gedachtegoed, dat we niet de hele dag op zoek moeten gaan naar wat ons scheidt, maar dat we juist moeten kijken naar wat ons bindt. Ik denk eerlijk gezegd dat we, als we op die manier willen kijken, vooral heel erg veel overeenkomsten zullen zien. Je zou hooguit kunnen zeggen dat er een graduëel verschil in zit. Ik zie inderdaad dat er iets meer Zvw bij betrokken is, dus met name de ziekenhuiskant is er iets meer bij betrokken dan in Langer Thuis.

Overigens is de ziekenhuiszorg in de keten ook wel degelijk betrokken bij het programma Langer Thuis, maar wat er in een ziekenhuis gebeurt, zit bij ons in andere trajecten, bijvoorbeeld in Zorg Op De Juiste Plek. Daarmee bijt het niet. Het zijn hooguit graduële accentverschillen. Kortom, ik zou niet zozeer willen inzetten op de verschillen, maar op de overeenkomsten. Overigens is dat wat meer in precisie uitgewerkt in de reactie

van 14 september. Daarin heb ik wat meer benoemd waar die accentverschillen daadwerkelijk uit bestaan.

Ook GroenLinks heeft het gehad over het multidisciplinair triageproces. Daar heb ik net iets over gezegd.

Over de screening op kwetsbaarheid is veel gezegd en daar is veel over gevraagd. Ik denk dat je eigenlijk twee zaken kunt onderscheiden, namelijk de screening op kwetsbaarheid en het samen beslissen. Op samen beslissen ben ik zojuist ingegaan. Screening op kwetsbaarheid kan eigenlijk op verschillende manieren en zie je ook op verschillende manieren voorkomen. Die zijn niet noodzakelijkerwijs overlappend. Er zijn mooie vormen waarbij de screening op kwetsbaarheid plaatsvindt vanuit de huisarts en de praktijkondersteuner bij de huisarts. Dat vind ik een mooie vorm, heel dicht bij huis. Dat is trouwens geen one-size-fits-all-screening. Ik heb dat pas gezien in de gemeente Leerdam, waar ik was om het onvolprezen abonnementstarief in de praktijk te zien, want die gemeente heeft dat namelijk al eigener beweging ingevoerd. Zij hebben ook een heel mooi project als het gaat over kwetsbaarheid en eenzaamheid. Daarbij willen ze alle ouderen vanaf 75 jaar, dacht ik, die ze niet al heel vaak zien, want heel veel ouderen ziet een huisarts natuurlijk wel vaak, bezoeken. Dat is een heel proactieve vorm van screening, heel dicht bij huis vanuit huisartsen. Dat is prachtig. In de initiatiefnota gaat het eigenlijk meer over een vorm van screening vanuit met name de ziekenhuiszorg, ook wel gekoppeld aan Samen Beslissen. Dat kan, maar het zijn niet noodzakelijkerwijs allemaal dezelfde dingen. Ik vind het mooi hoe het LUMC daar op dit moment mee omgaat. Dat is minder one-size-fits-all in de risicogerichte benadering. Daar is leeftijd wel aan de orde. Mijn adviseur zegt dat het daar 70 is. Het zijn belangrijke vormen om een wat meer proactieve benadering te kiezen in het bekijken of ouderen kwetsbaar zijn en op welke manier die kwetsbaarheid het best tegemoet kan worden getreden. Ik denk dat dat gewoon een heel zinvolle ontwikkeling is. Ik wil bekijken wat er op dit moment gebeurt en daarbij aansluiten, in plaats van vanmiddag hier tot een one-size-fits-all-benadering besluiten. Dat lees ik overigens ook niet in de initiatiefnota van GroenLinks en dat hoor ik ook in uw inbreng nergens terug, maar dit is een pre-emptive strike, mocht daar in tweede termijn door u op gehint worden.

GroenLinks vraagt ook nog of er in de verschillende domeinen niet veel meer contact moet zijn en of er over de domeinen heen met elkaar moet worden samengewerkt. Hij vroeg of ik dat ook vind en waar dat beter kan. Ja, dat vind ik ook. Overigens is dat ook een van de redenen waarom in deze kabinetsperiode is besloten, nu we allemaal nog een beetje aan het uithijgen zijn van de enorme grote beweging die met de decentralisaties zijn gemaakt, om eventjes geen nieuwe wilde stelselwijziging te doen en even de olifantenpaadjes die nodig zijn in de wijk om elkaar te kunnen vinden, te laten ontstaan. Dat is ook een antwoord op uw vraag.

Daarnaast ondersteunen we binnen Langer Thuis het vormen van netwerken in de wijken. Ook financieel doen we hetzelfde via De juiste zorg op de juiste plek, maar dan een beetje anders, namelijk door via vouchers budget ter beschikking te stellen zodat er in een regio kan worden gewerkt aan een gedeeld beeld van wat er nodig is en welke coördinatie er nodig is om te komen tot integrale ouderenzorg. Daarnaast vinden er in tal van programma's allerlei handreikingen plaats om die samenwerking ook tussen het sociaal domein en het medische domein vorm te geven. En er is natuurlijk een aantal stimuleringsregelingen, waarop ik zo nog wat nader zal ingaan, voor het gebruik van e-health en gegevensuitwisseling bijvoorbeeld. Kortom, er gebeurt eigenlijk van alles op dat punt.

Dan ga ik over op de vragen van de VVD, want de SP heeft geen vragen in mijn richting gesteld. De vraag over Samen beslissen heb ik net al beantwoord in de richting van 50PLUS. Mevrouw Bergkamp, of nee,

mevrouw Hermans – excuus voorzitter dat ik twee van uw leden door elkaar haal – heeft gevraagd naar de motie die ging over de vraag hoe je zorgt voor een warme overdracht tussen thuis en het verpleeghuis door juist vanuit het verpleeghuis alvast te reiken richting de wijk. Mevrouw Ellemeet heeft daar eerder ook al naar gevraagd. Maar dit was een motie van uw hand, naar ik meen, bij de behandeling van het programma Thuis in het Verpleeghuis of bij de begrotingsbehandeling. Naar aanleiding van die motie hebben wij een onderzoek uitgezet dat begin 2019 van start gaat. Dat is een onderzoek van V&VN en ActiZ samen naar de knelpunten, want daar vroeg die motie om. Daarin stond: breng in beeld wat de knelpunten zijn. Op basis van de uitkomsten van dat onderzoek zal een plan van aanpak worden opgezet. Overigens geldt dat überhaupt in de ondersteuning van Thuis in het Verpleeghuis meerdere van dit type voorbeelden naar voren komen in het kader van het programma Waardigheid en trots op elke locatie. Als dat goede voorbeelden zijn, worden die ook nu al verspreid.

Daar hoort natuurlijk de specialist ouderengeneeskunde bij. Wat we doen, is extra budget ter beschikking stellen via de ophoging van de subsidieregeling voor extramurale behandeling. Daardoor is het al mogelijk dat de specialisten ouderengeneeskunde de wijk ingaan en zich aansluiten bij het team rond kwetsbare ouderen. Daarnaast is het budget per uur opgehoogd, zodat het beter aansluit bij de praktijk en de inzetbaarheid daadwerkelijk beloond wordt.

Dan het stimuleren van innovatie en slimme zorg. In dit kader doen we dat eigenlijk vooral via de Stimuleringsregeling E-health Thuis. Die wordt per 1 maart opengesteld. Dan gaat het over 30 miljoen die beschikbaar is om de zorg thuis juist makkelijker mogelijk te maken. Dit is dus een belangrijke regeling voor de komende tijd. Daarnaast proberen we juist mooie voorbeelden van slimme zorg en innovatie te laten zien via zorgvanu.nl. Dat is ook te volgen via ieder socialmedia-account. We hebben ook de e-healthweek. Het is afgesproken in de hoofdlijnenakkoorden. De prestatiebeschrijvingen maken e-health mogelijk waar dat in het verleden nog niet bestond. We hebben een stimuleringsregeling in zicht die met name gericht is op het mogelijk maken van gegevensuitwisseling. Dus we proberen het op tal van manier te stimuleren.

Dan ga ik over naar de vragen van het CDA. De vragen over de specialist ouderengeneeskunde heb ik zojuist al beantwoord. De vragen over de taken van de aanjager respijtzorg heb ik half beantwoord in de richting van de heer Geleijnse. Het gaat om het inventariseren van de behoefte naar vormen van respijtzorg onder mantelzorgers en hun naasten, maar ook om de vindbaarheid van het ondersteuningsaanbod. Het gaat erom welke respijtzorg nu wordt ingekocht en hoe die ingekocht wordt door gemeenten. Hoe betrekken gemeenten de vraag naar de verschillende vormen van respijtzorg bij hun inkoopproces? Het gaat erom dat we ons een goed beeld vormen van de werkzame elementen in goede respijtzorg en ook om de vraag hoe partijen van elkaar kunnen leren. Verder gaat het om het stimuleren van individuele gemeenten. Hoe kan hun respijtzorg beter? Dat is dus een vrij brede taak. Op dit moment wordt er volop geworven voor een goede invulling van de aanjager respijtzorg.

Dan ga ik door met de vragen van D66. De vraag naar de verschillen heb ik inmiddels wel beantwoord, denk ik.

Dan de vraag over de WijkKliniek. Komt het vaak voor dat zorg verplaatst wordt van het ziekenhuis naar de wijk? Hoe kun je dat stimuleren? Dit is natuurlijk de portefeuille van mijn collega, maar in alle eerlijkheid denk ik dat het op dit moment niet zo heel veel voorkomt, in ieder geval niet in de hoedanigheid van de WijkKliniek in Amsterdam, waarnaar is verwezen. Ik denk dat dit een vrij uniek voorbeeld is, zeker in die vormgeving. Ik heb ook begrepen dat het best wel taai was om het zo vorm te geven. Daarnaast is het natuurlijk van belang dat de omgeving ook zo moet zijn. Als het te intensief wordt, moet de achterwacht in een ziekenhuis ook

door kunnen stappen. Dat moet er ook naar zijn. Ik weet dat het Havenziekenhuis in Rotterdam in de nieuwe vormgeving een vergelijkbare combinatie biedt van poliklinische zorg en allerlei vormen van eerstelijnsverblijf. Ik denk dat dat ook een kansrijke vormgeving is en dat we de komende tijd meer van dat type vormgeving gaan zien.

Hoe stimuleren we dit? Kijk naar de hoofdlijnakoorden. Het gaat om de juiste zorg op de juiste plek. Als je zorg verplaatst van het ziekenhuis naar dichterbij huis, kan dat winst opleveren, omdat het dichterbij huis gebeurt. Maar dat veronderstelt wel dat er goede condities zijn in de vormgeving daarvan. Ik denk dus dat we heel erg moeten leren van de initiatieven die op dit moment bestaan en ontstaan.

Naar aanleiding van de motie van mevrouw Bergkamp en mevrouw Hermans zijn we aan de slag gegaan met de pilots. Platform31 is daarbij betrokken. We zijn dus aan de slag gegaan met het starten van die pilots. Het gaat om het uitwerken van een mogelijke vorm van respijtzorg en een wenvorm van de situatie in het verpleeghuis. Die proberen we te combineren. We zijn inmiddels gestart met het vinden van gemeenten waar deze pilots gestart kunnen worden. We moeten de behoefte aan en de financiering van deze verblijfsvorm onderzoeken. Dat is denk ik het doel van deze pilot. Daarom doen we dat samen met gemeenten, zorgaanbieders en zorgkantoren. Daarbij zal ook aandacht zijn voor de sociale benadering die aan de orde komt in de pilots van mevrouw The. Dan de innovatieregeling. Ik heb net al iets gezegd over de Stimuleringsregeling e-Health Thuis. In het vroege begin van 2019 kan ik u die toesturen. Per 1 maart gaat die open voor inschrijving. Daarnaast hebben we de regeling InZicht, om gegevensuitwisseling tussen cliënten en professionals onderling te vergemakkelijken.

Over de nulmeting bent u op 16 oktober geïnformeerd. Het eerste gedeelte van de regeling wordt begin volgend jaar opengesteld, voor de heel langdurige zorg. We hebben het dan over 1.200 aanbieders. Er is dan dus ook de mogelijkheid om subsidie aan te vragen. In het voorjaar van 2019 wordt u ook hierover verder geïnformeerd. De stimuleringsregeling voor woonzorginitiatieven volgt ook in het eerste kwartaal. Kortom, we gaan er in het eerste kwartaal mee verder.

De PVV, mevrouw Agema, heeft aan mij geen vragen gesteld. De Partij van de Arbeid wel. Ik denk dat ik al ben ingegaan op de vraag hoe we die woonzorginitiatieven verder realiseren en concretiseren.

Dan de vraag over een sturender optreden. Dat is een beetje dezelfde vraag die we vorige week aan de orde hadden. Ik ben gewoon aanspreekbaar op alles wat met langer thuis wonen te maken heeft, maar we richten de sturing niet zo in dat we alle eigenaarschap overnemen van datgene wat er in de regio's gebeurt. Ik zou het een beetje flauw vinden om nu naar Amsterdam toe te stappen en eens even stevig regie te gaan voeren op die WijkKliniek. Ik denk dat ik dat niet moet doen. Ze hebben juist zelf iets prachtigs tot stand gebracht. Soms is het ook gewoon je taak om daar met enige bewondering naar te kijken en te kijken of je de lessen daarvan kunt overbrengen op een andere regio. Zo hebben we het een beetje ingericht.

Het programma Langer Thuis heeft een vervolg gekregen in een plan van aanpak voor hoe de uitwerking gestalte krijgt. Bij al die maatregelen – het zijn tientallen concrete maatregelen – ziet u wie daar de trekker van is. Soms is dat inderdaad het ministerie en soms is het een maatschappelijke organisatie die haar vinger op heeft gestoken en heeft gezegd: ik wil hier eigenlijk wel eigenaar van zijn en ik wil dit verder brengen. Dan ben ik vooralsnog geneigd om het op die manier te sturen en te laten gebeuren. We komen nog uitgebreid te spreken over het programma Langer Thuis, dus dan hoor ik graag van u of u het daarmee eens bent.

De vraag over de verschillen is beantwoord. Er zijn natuurlijk sociaaleconomische gezondheidsverschillen; die spelen in alle domeinen van de zorg een rol. Over het in kaart brengen van de sociaaleconomische

gezondheidsverschillen ben ik het zeer eens met mevrouw Ellemeet, die zegt: dat heeft de GGD best heel goed in beeld. Gemeenten en zorgverzekeraars doen daar ook hun voordeel mee, bijvoorbeeld door dat mede te betrekken bij de omvang van de zorg die men inkoop in een bepaalde wijk, bijvoorbeeld door vanuit gemeenten de omvang en expertise van wijkteams daarop af te stemmen. Dat komt voor. Op welke manier een zorgvraag het beste beantwoord kan worden, is uiteindelijk een hele individuele vraag. Die beantwoord je juist weer niet op groepsniveau. Er ligt nog één vraag, over het rapport van de Ombudsman: hoe komen we tot één toegang tot zorg en ondersteuning voor mensen met dementie? We hebben die vraag weleens eerder aan de orde gehad, toen we spraken over één loket. De charme van één loket is dat het zo heerlijk simpel klinkt, maar de werkelijkheid van mensen is natuurlijk vaak dat het net iets ingewikkelder in elkaar zit. Ik zou bijvoorbeeld kunnen zeggen dat het heel helder is wat het ene loket voor medisch-specialistische zorg is. Dat is namelijk gewoon de huisarts. Dat is niet zo moeilijk. Ook voor de toegang tot wijkverpleging of de toegang tot casemanagement bij dementie is dat de huisarts. Dus eigenlijk hebben we al één loket, maar zo wordt het op dit moment niet ervaren; laten we daar ook eerlijk over zijn. Er kan ook weleens vanuit de gemeentekant, bijvoorbeeld omwille van schulden of een melding van een overbelaste mantelzorger, een wijkteam bij de mensen thuis komen en daar zien dat er sprake is van een toegenomen vorm van dementie. Dan hoop ik, eerlijk gezegd, dat de gemeente ervoor zorgt dat die zorg wel wordt opgestart. Is er dan nog sprake van één loket? Want eigenlijk was het loket in dit geval misschien wel stiekem de gemeente. Dat vind ik eigenlijk niet zo erg. Eerlijk gezegd ben ik dus niet zozeer van de eenloketbenadering; dat klinkt ook zo «loketterig». De mensen die het meest zorg mijden of de mensen bij wie de zorg het moeilijkst op gang te brengen is, zijn vaak ook de mensen die niet zozeer geneigd zijn om naar een loket toe te stappen. Wat ik zelf een net iets mooiere benadering vind, is een benadering van «no wrong door», geen verkeerde deur: welke deur je ook bent binnengestapt, aan de achterkant leidt het altijd tot de aanpak die je nodig hebt. Die benadering proberen we voor elkaar te krijgen.

De voorzitter:

Dank u wel. De heer Kerstens heeft nog een vraag.

De heer Kerstens (PvdA):

Ja, niet zozeer over de laatste opmerkingen van de Minister, als wel over de woon-leefvisie. In de beantwoording van mijn vragen daarover heeft de Minister gezegd: eigenlijk valt het percentage gemeentes dat voor de prestatieafspraken met de woningcorporaties ook een woon-leefvisie opneemt in datgene wat ze aan het papier toevertrouwen, in wat bredere zin, ontzettend mee. Hij verwees naar de evaluatie daarvan die onder verantwoordelijkheid van Minister Ollongren van Binnenlandse Zaken gaat plaatsvinden. Dat snap ik en die wachten we dan ook af, maar misschien kan de Minister iets meer vertellen over die evaluatie. De 80% die de Minister noemde, is een kwantitatief gegeven. Ik kan me voorstellen dat zeker deze Minister er baat bij heeft om te weten wat die afspraken nou daadwerkelijk voorstellen en wat het kwalitatieve karakter daarvan nou daadwerkelijk is, om het zo maar te zeggen. Weet de Minister of dat in die evaluatie wordt meegenomen, of zijn er andere manieren waarop hij daar als Minister van VWS zicht op kan krijgen? Ik hoorde hem al ja zeggen toen ik sprak over het belang van zicht daarop, op wat die afspraken nou daadwerkelijk voorstellen. Dat is minstens net zo belangrijk als weten hoeveel gemeentes hierover een visie aan het papier hebben toevertrouwd.

De voorzitter:

De Minister, liefst een beetje kort.

Minister **De Jonge**:

Dat deel ik zeer, ook dat het kort moet. Het enkele feit dat je een visie hebt of op dat thema prestatieafspraken maakt, zegt nog onvoldoende over de vraag of het afdoende is. Ik denk eerlijk gezegd dat we daar met elkaar gewoon nog heel wat werk te verzetten hebben. Ja, natuurlijk, er bestaan volop woon-zorginitiatieven, maar we weten ook dat niet alle segmenten daarmee even goed bediend worden. Ik denk dat er voor het hogere inkomenssegment meer voorhanden is dan voor met name het middensegment. Voor de doelgroep die is aangewezen op de woningcorporaties zijn er wel weer behoorlijk wat initiatieven, die door woningcorporaties worden genomen, maar ik denk dat er juist in het middensegment een grote opdracht ligt voor alle gemeenten. Ik ben daar dus niet ontspannen over in de zin dat ik denk dat het wel ongeveer oké is.

Ik denk dat we vraag en aanbod goed in beeld moeten brengen. Dat is ook de ondersteuning die wordt geboden vanuit het ondersteuningsteam: om vraag en aanbod goed in beeld te brengen. Het tweede dat we moeten doen is allerlei ideeën die op dit moment in het hoofd van de initiatiefnemer zitten, omzetten in een schop in de grond. Er moet gewoon geheid gaan worden. Er moet gewoon gebouwd gaan worden. Dat betekent dat onze stimuleringsregeling met name daarop gericht is: om initiatieven die in het hoofd van mensen zitten, ook daadwerkelijk tot uitvoer te brengen. Daar gaat de wooninitiatievenregeling eigenlijk over. Daarnaast denk ik dat we heel veel te leren hebben van initiatieven die al gestart zijn en waarin al die hoepels waar anderen nog doorheen moeten, op een goede manier zijn overwonnen. Je hoeft niet allemaal het wiel uit te vinden. Het kennisprogramma, het ondersteuningsprogramma en de stimuleringsregeling zijn dus zeer hard nodig voor datgene wat meneer Kerstens terecht aangeeft. Er is nog heel veel werk te doen.

De heer **Kerstens** (PvdA):

Ik vond dit antwoord voor het doen van de Minister ontzettend kort. Ik zal een nog wat kortere vraag stellen. Gaan de acties die de Minister net de revue liet passeren en waarmee ik het overigens erg eens ben, volgens hem dat inzicht opleveren waarnaar ik vroeg, dus een kwalitatief inzicht?

Minister **De Jonge**:

Ik ben geneigd ja te zeggen op die vraag. Ik zal op het departement nog even heel goed checken of dat inderdaad ook zo is, maar ik zou vinden dat dat moet, want je moet weten of je genoeg doet om een antwoord te geven op die +800.000 ouderen in de komende twaalf jaar.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Tot zover de beantwoording van de Minister. Ik geef het woord aan de heer Geleijnse voor zijn tweede termijn.

De heer **Geleijnse** (50PLUS):

Dank, voorzitter. Allereerst natuurlijk dank aan mevrouw Ellemet en aan de Minister voor alle antwoorden die we hebben gekregen. Ik moet eerlijk zeggen dat mijn gedachten af en toe wat afdwaalden richting een aantal situaties in mijn privéomgeving. Ik hoorde ook collega's daarover spreken. Ik denk dat we hier allemaal wel de voorbeelden kennen van hoe moeilijk het nu soms is om langer thuis te wonen en de juiste zorg en ondersteuning te krijgen. Dat is ook wel een beetje wat blijft hangen na dit debat. Hoeveel tijd hebben we nog en gunnen we elkaar nog? Het is echt nu een probleem. Iedereen aan tafel onderkent wel de urgentie, maar ik heb toch de behoefte om daar nog eens naar te vragen en het nog eens te benoemen, want het speelt nu, ook voor heel veel ouderen thuis op dit

moment. We hebben niet heel veel tijd om allerlei onderzoeken te doen en tot allerlei wijzigingen te komen.

Tot slot had ik een aantal moties in voorbereiding, maar de beantwoording was zodanig dat ik die terug stop in mijn mapje. Immers, wij spreken elkaar ook in februari nog uitgebreid over dit onderwerp langs de lijnen van twee algemeen overleggen.

Dank u wel.

De voorzitter:

Hartelijk dank, meneer Geleijnse. Dan de heer Renkema.

De heer Renkema (GroenLinks):

Voorzitter. Hartelijk dank voor de beantwoording van mijn vragen. De Minister benadrukte zonet vooral de overeenkomsten tussen zijn eigen programma en de initiatiefnota. Dat is heel mooi, vooral ook als je de volgtijdelijkheid van deze twee producten nog even in gedachten neemt. Er kwam een initiatiefnota en een paar weken later lag er een heel mooi programma. Dat gun ik de initiatiefnemer van deze nota. Ik werd even getriggerd door het woord «olifantenpaadjes» dat de Minister gebruikte. Dat zijn eigenlijk alternatieven voor de officiële ontworpen route. Een stadsarchitect heeft een mooie route bedacht, maar mensen kiezen dan een andere route. We hebben het vanmiddag gehad over allerlei instellingen – gemeenten, wijkverpleging, huisartsen, ziekenhuizen – en de vraag is hoe zij elkaar vinden in de zorg voor ouderen. De officiële route is er vaak niet. Daarom hebben wij drie moties, juist om te helpen elkaar te vinden. Ze hebben eigenlijk allemaal samenwerking en het delen van kennis als onderwerp. Ik ga ze snel voorlezen.

Motie

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

constaterende dat bijna een vijfde van onze bevolking 65 jaar of ouder is, en dat deze groep ouderen de komende decennia zal blijven stijgen;

constaterende dat het merendeel van deze ouderen tot op hoge leeftijd een relatief goede gezondheid geniet en vergelijkbare zorgkosten heeft als andere generaties, maar dat 20% van de ouderen zich in een kwetsbare positie bevindt en hele hoge zorgkosten heeft;

overwegende dat in meerdere regio's verschillende organisaties uit de zorg en het sociaal domein – waaronder ziekenhuizen, gemeenten, wijkteams, huisartsen en wijkverpleegkundigen – de samenwerking met en voor kwetsbare ouderen verbeteren of willen verbeteren;

verzoekt de regering via inrichting van een gemakkelijk vindbare en toegankelijke «vraagbaak kwetsbare ouderen» initiatieven gericht op regionale samenwerking rond kwetsbare ouderen te ondersteunen met expertise en advies over mogelijkheden om domeinoverstijgend samen te werken;

verzoekt de regering tevens de onderlinge uitwisseling van regionale samenwerking rondom kwetsbare ouderen te bevorderen, onder meer met bijeenkomsten waar de goede voorbeelden en geleerde lessen gedeeld kunnen worden,

en gaat over tot de orde van de dag.

De voorzitter:

Deze motie is voorgesteld door de leden Renkema en Ellemeet. Naar mij blijkt, wordt de indiening ervan voldoende ondersteund.

Zij krijgt nr. 4 (34 948).

Motie

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

constaterende dat het belangrijk is dat kwetsbare ouderen de juiste zorg krijgen als zij het thuis tijdelijk niet meer redden, en niet onnodig in het ziekenhuis worden opgenomen;

overwegende dat tijdelijk verblijf een alternatief kan zijn voor een ziekenhuisopname, maar dat er niet altijd meteen aangegeven kan worden op welke wet – de Wlz, Wmo of Zorgverzekeringswet – dit verblijf betrekking heeft;

overwegende dat er nog weinig bekend is over de mogelijkheden om verschillende vormen van tijdelijk verblijf samen te nemen, waarbij ná opname van de oudere onderzocht wordt wat de passende zorg is en onder welk zorgdomein dit verblijf valt;

verzoekt de regering initiatieven te inventariseren waar de verschillende vormen van tijdelijk verblijf via één ingang worden georganiseerd en te onderzoeken op welke wijze een dergelijke aanpak breder in Nederland ingezet kan worden,

en gaat over tot de orde van de dag.

De voorzitter:

Deze motie is voorgesteld door de leden Renkema en Ellemeet. Naar mij blijkt, wordt de indiening ervan voldoende ondersteund.

Zij krijgt nr. 5 (34 948).

Motie

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

constaterende dat met de toenemende vergrijzing de druk op de spoedeisende hulp in het ziekenhuis groeit en zal blijven groeien;

overwegende dat kwetsbare ouderen relatief veel negatieve bijwerkingen ondervinden van medische behandelingen in het ziekenhuis en baat hebben bij een medische behandeling die rekening houdt met hun kwetsbaarheid, en een zorgvuldig herstelproces;

overwegende dat verschillende nieuwe organisatievormen van acute zorg, waaronder de WijkKliniek in Amsterdam-Zuidoost, en de nieuwe opnamemethodieken voor acute ouderenzorg, zoals het APOP in het LUMC, zijn ontwikkeld met veel aandacht voor en inzet op de specifieke omstandigheden van de oudere patiënt;

verzoekt de regering binnen de virtuele vindplaats en het kennisplatform die worden ontwikkeld in het kader van «De juiste zorg op de juiste plek» ook de goede voorbeelden van op ouderen toegesneden acute hulp binnen en buiten het ziekenhuis te inventariseren en een plek te geven,

en gaat over tot de orde van de dag.

De voorzitter:

Deze motie is voorgesteld door de leden Renkema en Ellemeet. Naar mij blijkt, wordt de indiening ervan voldoende ondersteund.

Zij krijgt nr. 6 (34 948).

De voorzitter:

Dank u wel, meneer Renkema. Dan ga ik over naar de heer Hijink.

De heer Hijink (SP):

Voorzitter. Ik heb eigenlijk niet meer zo heel veel in te brengen, behalve dat ik graag mevrouw Ellemeet en haar ondersteuning zou willen danken voor de beantwoording en natuurlijk voor het schrijven van het stuk. Het is veel werk, weet ik uit ervaring. Volgens mij is het mooi geweest. Veel succes met de verdere plannen!

De voorzitter:

Dank u wel voor deze lovende woorden, meneer Hijink. Dan mevrouw Hermans.

Mevrouw Hermans (VVD):

Dank u wel, voorzitter. Ik sluit me aan bij de woorden van de heer Hijink. Dank aan mevrouw Ellemeet en de Minister voor de beantwoording en ook de ondersteuning van de Minister en van mevrouw Ellemeet voor alle antwoorden. Ik heb nog één opmerking. Ik denk dat het terecht is dat zowel mevrouw Ellemeet als de Minister het onderscheid duidelijk maakte tussen zinnige zorg, samen beslissen en alles wat daarmee samenhangt en het screeningspunt, als ik het even zo mag noemen, uit de initiatiefnota. Wat dat betreft zou ik me wel willen aansluiten bij de woorden van de Minister dat er hele mooie voorbeelden zijn. Het LUMC is al even genoemd, maar ik weet dat er in Groningen ook een aanpak mee loopt. We moeten niet gaan bedenken dat het overal in het hele land op dezelfde manier moet gebeuren. We kunnen er heel veel aan hebben als we op die manier kijken naar kwetsbaarheid, passend bij de regionale situatie, maar het is goed om aan te sluiten op wat er al is en niet vanuit hier één aanpak uit te gaan rollen. Verder heb ik voor dit moment geen vragen. Er komen nog genoeg debatten om verder te praten over dit onderwerp, dus nogmaals dank.

De voorzitter:

Hartelijk dank, mevrouw Hermans. Mevrouw Geluk.

Mevrouw Geluk-Poortvliet (CDA):

Ik dank mevrouw Ellemeet nogmaals voor het schrijven van deze initiatiefnota. Zo kun je maar zien dat je vanuit verschillende vertrekpunten toch een hele goede samenspraak kunt hebben over de problemen die er zijn met een verouderende samenleving, degene die er nu is maar

ook degene waar we met z'n allen naartoe willen. Dat heeft een mooi debat opgeleverd; dank u wel. Ik dank ook de Minister voor de beantwoording, want we kunnen zien dat er veel werk in uitvoering is. We werken mee!

De voorzitter:

Hartelijk dank, mevrouw Geluk. Mevrouw Bergkamp.

Mevrouw Bergkamp (D66):

Dank u wel, voorzitter. Ik wil mevrouw Ellemeet en mevrouw Verheul bedanken voor de nota. Ook complimenten voor de presentatie van mevrouw Ellemeet. Ik vind dat ze het zeer deskundig, prettig en passievol gedaan heeft. Nog één vraag tot slot. Mevrouw Ellemeet geeft aan dat de financiële doorrekening lastig is bij een visiestuk, maar ik ben benieuwd of zij vindt dat een aantal onderwerpen misschien nog verder onderzocht zouden kunnen worden. Ik denk namelijk dat het in ons aller voordeel is om misschien toch nog in te zoomen op een aantal onderwerpen. Verder wil ik de Minister bedanken als adviseur van de Kamer. Dank u wel.

De voorzitter:

Hartelijke dank, mevrouw Bergkamp. Mevrouw Agema.

Mevrouw Agema (PVV):

Dank u wel, voorzitter. Ik dank de indiener, mevrouw Ellemeet, voor haar inzet en haar bijdrage. Ze heeft het vakkundig en uitstekend toegelicht en verwoord. Ik vond het een mooie bijeenkomst. Ik denk dat er veel onderwerpen zijn aangestipt waar we het nog heel vaak over zullen hebben. Die actualiteiten zullen ons voorlopig niet meer loslaten; goed om ze allemaal bij elkaar te zien. Daar gaan we mee aan de slag. Ik heb nog een vraag voor de Minister. Ik heb hem een aantal keren, ook in het verleden al, gevraagd naar die sterfhuisconstructie van de verzorgingshuizen. Hoeveel plekken worden er nou nog gefinancierd? Dat waren er 17.500 van de 80.000 in de begroting 2015. Als je in al die dorpjes en steden langs de verzorgingshuizen rijdt, dan zie je die sterfhuisconstructie. Dan zie je overal wel een vleugel leegstaan. Ik denk dat het verstandig zou zijn om te inventariseren hoeveel van die plekken er nou nog zijn en om die te gaan herfinancieren, en dan heel snel over te gaan naar scheiden van woon en zorg. Nu staan ze als loden last op de balans van al die instellingen en worden ze toch mondjesmaat steeds meer afgebroken, terwijl het eigenlijk plekken zijn die je ook in de nieuwe situatie zou willen behouden, omdat steeds meer partijen hier in de Kamer zien dat het abrupt stoppen van de financiering van zzp 1 tot 3 eigenlijk gewoon een vergissing is geweest.

De voorzitter:

Hartelijk dank, mevrouw Agema. Meneer Kerstens.

De heer Kerstens (PvdA):

Dank u wel, voorzitter. Ook ik uit natuurlijk mijn dank aan mevrouw Ellemeet en de Minister voor de beantwoording van de gestelde vragen. De Minister heeft in mijn richting aangegeven dat we nog even terughoren over de acties die hij heeft genoemd rondom die wooninitiatieven. Gaan die voldoende kwalitatief inzicht opleveren, waarvan we met z'n allen vinden dat we dat toch wel echt nodig hebben, of is er misschien wat meer nodig?

Ik heb één korte motie. Die heeft te maken met het rapport van de Ombudsman, waar het kort even over ging. Dat rapport gaat vooral over andere dingen dan het ene loket; die term komt er ook niet meer in voor.

Het is volgens mij wel belangrijk dat er in ieder geval naar dat rapport gekeken wordt in het kader van het actieprogramma en dergelijke.

Motie

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

overwegende dat op 5 november jongstleden een plan van aanpak is gepresenteerd met daarin een verdere uitwerking van het programma Langer Thuis;

constaterende dat kort daarna, te weten op 21 november, het rapport Borg de zorg (een onderzoek naar de knelpunten die mensen met dementie en hun mantelzorgers ervaren bij de toegang tot zorg en ondersteuning) van de Nationale ombudsman is verschenen;

overwegende dat veel mensen met dementie al wat ouder zijn én nog thuis wonen;

verzoekt de regering de bevindingen en aanbevelingen zoals verwoord in bovenbedoeld rapport te betrekken bij de verdere uitwerking van het programma Langer Thuis en de Kamer te informeren over de wijze waarop dat gebeurt.

en gaat over tot de orde van de dag.

De voorzitter:

Deze motie is voorgesteld door het lid Kerstens. Naar mij blijkt, wordt de indiening ervan voldoende ondersteund.

Zij krijgt nr. 7 (34 948).

De voorzitter:

Hartelijk dank, meneer Kerstens. Dat was uw bijdrage?

De heer **Kerstens** (PvdA):

Dat was het, voorzitter.

De voorzitter:

Er is volgens mij één directe vraag gesteld door mevrouw Bergkamp aan mevrouw Ellemeet. Ik weet niet of ze deze al kan beantwoorden?

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Ja, dat kan heel kort. Dat doe ik graag, ik kijk inderdaad welke onderwerpen ik verder nog zou kunnen onderzoeken, juist met betrekking tot de financiering.

De voorzitter:

Hartelijk dank, mevrouw Ellemeet. Er is een vraag aan de Minister over het aantal plekken in verzorgingshuizen dat nog financieel ondersteund wordt. Is deze eenvoudig te beantwoorden?

Minister **De Jonge**:

Ik meen dat mevrouw Agema deze vraag heeft gesteld bij de begroting. Ik zit ontzettend in mijn geheugen te graven: wat waren de getallen ook alweer die daarbij hoorden? We weten dat sinds de jaren tachtig, even

grosso modo, het aantal plekken in verpleeg- en verzorgingshuizen gehalveerd is en dat het aantal 80-plussers is verdubbeld. De hele trend van langer thuis wonen is eigenlijk al een hele tijd aan de gang. In de afname van het aantal plekken in de verpleging en verzorging zie je een knikje vanaf 2015. Ik vind de veronderstelling dat dit een hele abrupte stop zou zijn, niet helemaal juist. Ik hoorde dat net ook in de discussie tussen mevrouw Agema en mevrouw Ellemeest. Daarnaast zien we dat veel eigenaren van voormalige verzorgingshuizen omwille van de leegstand bezig zijn geweest met het herontwikkelen van het vastgoed. Daarvoor had ik aantallen gegeven die ik eventjes niet uit het blote hoofd kan reproduceren. Maar we hebben wel een inschatting van de aantallen voormalige verzorgingshuisplekken die inmiddels een transformatie hebben ondergaan tot een nieuwe vorm van wonen en zorg. Dat is een serieus aantal. Ik stel u eigenlijk gewoon voor om dat eens eventjes te hernemen en ook te kijken of we die getallen misschien nog verrijken. We hebben naar ik meen in februari weer een debat over het programma Langer Thuis. Voorafgaand aan die behandeling zal ik u even het laatste beeld op dit punt schetsen. Ik denk dat het belangrijk is en ik denk ook dat het aansluit bij de vraag van de heer Kerstens. Langs de andere kant – daar gaat het eigenlijk vooral om – is de vraag namelijk: lukt het ons om tijdig te gaan voldoen aan de vraag naar een nieuwe vorm van wonen en zorg die natuurlijk toeneemt? Daar moet je een gekwalificeerd antwoord op willen kunnen geven.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Volgens de NZa werden op 31 december 2012 nog 78.231 plekken gefinancierd. Bij de begroting 2015 waren dat er nog 17.500, dus ruim 60.000 minder in drie jaar tijd. Dat lijkt me vrij abrupt. Daar kunnen we over discussiëren, over steggelen, maar dat is vrij abrupt. Je ziet dat in de sterfhuisconstructie niet alleen de plekken niet meer worden gefinancierd – dat is één ding – maar dat ook, het andere ding, de fysieke plek, het huisje, het kamertje noem maar op, voor een deel weliswaar is afgebroken maar voor een heel groot deel er nog fysiek is. Het staat leeg. Ook hier in Den Haag rijd je langs verzorgingshuizen: vleugel leeg, vleugel leeg. Het zou zo interessant zijn om in plaats van te weten hoeveel er nu nog gefinancierd worden – dat is een sterfhuisconstructie; het is de bedoeling dat het stopt – te weten hoeveel plekken er van die 78.231 fysiek nog zijn. Daar zou je iets mee moeten. Als je dat niet doet, staan ze op de balans van de instellingen, zijn ze een loden last en zullen ze uiteindelijk ook worden afgeschreven en afgebroken. Daar ligt mijn zorg. Het zijn toch huisjes, verzorgingshuisplekken die je zelfstandig zou kunnen maken, die je zou kunnen ombouwen. Als overheid zou je er misschien wat meer achteraan moeten zitten om ze van de balans af te halen.

De **voorzitter**:

Is de vraag van mevrouw Agema helder, Minister? Zou deze ook beantwoord kunnen worden?

Minister **De Jonge**:

Ja, zeer helder. Maar niet real-life op dit moment. Ik ga aansluiten bij de toezegging die ik zojuist heb gedaan. Ik zal u naar beste kunnen alles wat we kwantitatief hebben op dit punt doen toekomen voorafgaand aan het algemeen overleg in februari, omdat met deze observatie op het netvlies in het geval van corporatiebezit heel veel corporaties of, in het geval van bezit door de zorginstelling zelf, heel veel zorginstellingen bezig zijn en bezig zijn geweest met een herontwikkeling van dit type vastgoed, namelijk tot nieuwe vormen van wonen en zorg. Daar waar op dat punt meters zijn gemaakt de afgelopen periode, zijn het juist herontwikkelingen geweest van de voormalige verzorgingshuizen tot nieuwe vormen van

wonen en zorg. Ik zal proberen dat zo goed mogelijk kwantitatief in beeld te brengen.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Maar het punt is nou juist: omdat die financiering van ruim 60.000 plekken per 1 januari 2013 en 2014 gestopt is, staan ze niet meer op de balans. Ze zijn gewoon een dode last op de balans: ze worden niet meer gefinancierd. Dus ze zijn een last voor die instellingen. En dát is het punt dat ik hier eigenlijk wil maken. Hoeveel van die plekken zijn er nog die een last zijn, en die, als we er niets mee doen, uiteindelijk gewoon afgebroken zullen worden?

De **voorzitter**:

Volgens mij... Tenminste, voor mij is uw vraag helder, mevrouw Agema. Ik heb het gevoel dat het voor de Minister ook zo is. Zijn verzoek is: is het oké als dat toegezonden wordt voor het AO waarin wij over Langer Thuis door gaan praten?

Mevrouw **Agema** (PVV):

En die 78.231: dat is zzp 1 tot 3,5. Want eerst was het zzp 1 tot 3 en toen tot 4 en toen tot 3,5. Nou, dat is 3,5.

De **voorzitter**:

Goed, nog een detail erbij. En het is oké als die vraag dán beantwoord gaat worden? En als het vroegtijdig is en de informatie die mevrouw Agema vraagt er nog net niet mocht zijn, dan is er nog enige tijd. Dus ik zou het niet in het weekend vóór de behandeling willen vragen, maar net even iets eerder.

Dan zijn we bij de beoordeling van de moties gekomen. En er kan niet overgenomen worden, geloof ik. Dus het is echt aan de Minister om ze te beoordelen, of hij moet nu aftreden...

Minister **De Jonge**:

Wat ongezellig, zo'n opmerking op woensdagmiddag voor de kerst! Voorzitter. Ik dacht dat ik hier ook alleen maar adviseur was, maar ik begrijp dat ik hier überhaupt de adviseur van uw Kamer ben, want uw Kamer gaat natuurlijk zelf over de appreciaties van de moties.

De motie op stuk nr. 4 van de leden Renkema en Ellemeet. Het zou inderdaad wel merkwaardig zijn als u daar zelf over zou adviseren, mevrouw Ellemeet. Het eerste dictum gaat over de inrichting van een vraagbaakfunctie om initiatieven die gericht zijn op regionale samenwerking te ondersteunen. Het tweede dictum gaat dan over de uitwisseling van voorbeelden van die regionale samenwerking. Ik denk dat dat heel erg in lijn is, of eigenlijk een combinatie is van enerzijds datgene wat we doen bij Langer Thuis en bij De juiste zorg op de juiste plek, en van anderzijds de hoofdlijnenakkoorden. Maar daarin is De juiste zorg op de juiste plek eigenlijk verankerd. Dus ik zou bij de motie op stuk nr. 4 het oordeel graag aan de Kamer willen laten.

De motie op stuk nr. 5 heeft als dictum: verzoekt de regering initiatieven te inventariseren waarbij de verschillende vormen van tijdelijk verblijf via één ingang worden georganiseerd, en te onderzoeken op welke wijze een dergelijke aanpak breder in Nederland kan worden ingezet. Die lees ik eigenlijk in het licht van de overweging die daarvoor stond, want anders zou ik zeggen: dat doen we al. Maar in de overweging daarvoor wordt eigenlijk ook gezegd: je moet over de verschillende labels van de verschillende financieringsvormen heen willen werken, waarbij je soms eerst plaatst en daarna pas kijkt in welke wet het eigenlijk gefinancierd hoort te worden. Ik ken geloof ik één voorbeeld van waar dat op dit moment gebeurt – of eigenlijk een half voorbeeld. Dus ik wil hier graag mee aan de slag, want volgens mij is het een goeie volgende stap

onderweg naar wat we eigenlijk willen: brede coördinatie van alle vormen van thuisverblijf.

De voorzitter:

Oordeel Kamer, hoor ik.

Minister De Jonge:

En inderdaad, het oordeel laat ik aan de Kamer.

Dan de motie op stuk nr. 6, die de regering verzoekt goede voorbeelden van op ouderen toegesneden acute hulp binnen en buiten het ziekenhuis te inventariseren, en de goede voorbeelden samen met de initiatiefnemers breed onder de aandacht te brengen in de zorgsector, en met de initiatiefnemers te onderzoeken op welke wijze het breder inzetten van goede voorbeelden tot stand kan worden gebracht. Kijk, we doen op dit vlak al best wel veel. Er zit wel enige aarzeling bij mij. Collega Bruins is daar volop mee bezig. Ik heb hier uitvoerig uitgewerkt wat we allemaal doen, maar laat ik het zo zeggen: als de motie eigenlijk zo mag worden gelezen...

De voorzitter:

Ik begrijp dat er enige onduidelijkheid over de motie is.

Minister De Jonge:

Het is een improved version, excuus.

Nogmaals, laat ik het zo zeggen: als ik uw motie zo mag lezen dat we niet weer allerlei nieuwe dingen moeten organiseren, maar dat we dit mogen laten aansluiten op die virtuele vindplaats en op dat kennisplatform, en dat we dat nader mogen toespitsen op de vormen van acute zorg die voor ouderen worden ontwikkeld, dan zou ik het oordeel graag aan de Kamer willen laten.

De voorzitter:

Ik kijk even naar de heer Renkema. Na de uitleg van de Minister is het oordeel over deze motie aan de Kamer.

Dan gaan we naar de motie op stuk nr. 7 van de heer Kerstens.

Minister De Jonge:

Daarin wordt de regering verzocht «de bevindingen en aanbevelingen zoals verwoord in bovenbedoeld rapport te betrekken bij de verdere uitwerking van het programma Langer Thuis en de Kamer te informeren over de wijze waarop dat gebeurt». De reactie is u al toegestuurd. De aanbevelingen passen eigenlijk heel goed bij waar we mee bezig zijn. Als u niet bedoelt dat ik in elke brief over het programma Langer Thuis moet refereren aan het rapport van de Ombudsman, dan laat ik het oordeel graag aan de Kamer. Het sluit zo op elkaar aan dat het heel logisch is om dit te doen.

De voorzitter:

Ook de laatste motie krijgt dus oordeel Kamer. Dank u wel.

Volgens mij rest mij niets meer dan de initiatiefneemster en de ondersteuning te bedanken, net als de Minister en alle deelnemers aan dit debat. Mevrouw Agema was helaas verhinderd om het laatste stukje bij te wonen. Ik wens u allemaal een goede avond.

Sluiting 17.39 uur.