

Vergaderjaar 2007–2008

29 549

Themacommissie Ouderenbeleid

Nr. 47

**BRIEF VAN DE STAATSECRETARIS VAN VOLKSGEZONDHEID,
WELZIJN EN SPORT**

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 7 februari 2008

Op 6 februari 2008 is tijdens het plenair debat over ouderenbeleid een aantal vragen gesteld die ik mede namens de minister van Financiën schriftelijk wil beantwoorden.

Ouderenmishandeling

Het CDA heeft gevraagd om het campagneteam «stop ouderen-mishandeling» het werk te laten afmaken. Ik onderneem rond de bestrijding van ouderenmishandeling de volgende twee acties. Ik heb Vilans, Movisie en de ambassadeur ouderenmishandeling gevraagd om een voorstel op te stellen voor de structurele inbedding van de resultaten van de campagne. Binnenkort verwacht ik dit voorstel, waarna ik een besluit neem over de financiering daarvan. Daarnaast wil ouderenmishandeling meenemen in de aanpak voor hulpverlening en opvang aan slachtoffers van geweld in afhankelijkheidsrelaties zoals ik die heb geschetst in mijn brief van 10 december 2007, «Beschermd en Weerbaar». Ik denk hierbij aan koppeling met de Advies- en steunpunten huiselijk geweld. Met deze trajecten wil ik bewerkstellingen dat er in Nederland een landelijk dekkend netwerk van contactadressen voor ouderenmishandeling is.

Intramurale plaatsen

Het CDA en de SP vragen hoe de realisering van 6000 plaatsen intramuraal tot 2011 zich verhoudt tot de raming in het rapport «Lang zullen we Leven» van 40 000 plaatsen in 2020. Het aantal van 40 000 betreft de totale groei van de behoefte voor plaatsen zware zorg (verpleeghuiszorg) voor zowel dementerenden als somatisch zieken. Dit cijfer is gerelateerd aan de capaciteit in het jaar 2000. Dit betekent een bouwopgave van gemiddeld 2000 plaatsen per jaar. Daarbij werd er vanuit gegaan dat de zorgvraag die in het jaar 2000 alleen intramuraal kon worden bediend ook in het jaar 2020 intramuraal moet worden geboden. Inmiddels is er een aantal extramurale zorgproducten in ontwikkeling dat

de vraag naar intramurale zorg kan reduceren. Bovendien is met de minister van WWI een actieplan «Beter (t)huis in de buurt» ontwikkeld voor de bouw van meer voor zorg geschikte woningen. Deze beleidsontwikkelingen kunnen ertoe leiden dat in 2020 niet het genoemde aantal intramurale plaatsen helemaal nodig is.

Toch wordt een forse bouwinspanning geleverd. Vanaf het jaar 2000 tot nu toe zijn beschikkingen voor de uitbreiding van capaciteit afgegeven aan instellingen. Tot 2005 waren dit ongeveer 12 000 plaatsen. In de periode 2007–2011 zijn nog eens voor circa 7000 plaatsen beschikkingen afgegeven (of worden binnenkort afgegeven). Bij elkaar zijn er tot nu toe 19 000 plaatsen die in de periode tot 2011 beschikbaar komen. De 6000 plaatsen voor dementerenden behoren hierbij. Daarbij plaats ik nog de opmerking dat een deel van de nieuwe capaciteit voor dementerenden in de vorm van kleinschalige voorzieningen wordt gerealiseerd. Deze voorzieningen behoeven geen goedkeuring vooraf en zitten dus niet in de bovengenoemde cijfers. Volgens een raming van het Aedes-Actiz Kenniscentrum Wonen en Zorg betreft dit 4000 plaatsen.

Al met al ziet het er naar uit dat de realisering van capaciteit goed in lijn is met de geconstateerde en verwachte behoeftetoename.

Leren van innovatieve projecten

Ik wil graag horen welke kansen en problemen zich voor hebben gedaan en nog voordoen bij innovatieve projecten rond wonen met zorg en ondersteuning. Specifiek vroeg de SGP aandacht voor de knelpunten die zich hebben voorgedaan – én zijn overwonnen – bij Boerderij Dorpzigt in Korendijk. Zoals aangekondigd in «Beter (t)huis in de buurt» start dit jaar het ondersteuningsprogramma rond de lokale regierol bij het wonen met ondersteuning en zorg. Het ondersteuningsprogramma bevat een verkenning, een reeks ronde tafels en een ondersteuningsaanbod dat zal worden toegesneden op de lokale vraag. Ik zal Boerderij Dorpzigt meenemen in dit programma.

Levensverwachting

Volgens het GR rapport «Met ambitie vergrijzen» blijft de stijging van de levensverwachting voornamelijk onder ouderen in Nederland achter in vergelijking bij andere landen, waardoor Nederland relatief daalt in Europees verband. De sterfte boven de 85 jaar neemt licht toe. De SP vraagt wat hiervan de oorzaken zijn.

De oorzaken van trends in levensverwachting zijn een bijzondere complexe materie en een optelsom van plussen en minnen in de incidentie en prevalentie van vele verschillende ziekten, risico- en omgevingsfactoren. In Nederland brengt het Centrum Volksgezondheid Toekomstverkenning (VTV) van het RIVM vierjaarlijks alle relevante kennis op dit terrein bij elkaar. De laatste publicatie is van medio 2006, de volgende verschijnt medio 2010. Zo ontstaat een robuust inzicht over alles wat we weten en niet weten inclusief de trends over een reeks van jaren, soms ook aangevuld met o.a. gegevens van de voormalige 15 EU landen resp. de huidige EU landen. Het RIVM rapporteert regelmatig over verschillende aspecten, maar ook in vierjaarlijkse samenvattende rapporten, laatstelijk in het rapport «Zorg voor Gezondheid» uit 2006. Deze analyses vormen ook de basis voor de huidige speerpunten in het nationale preventie- en gezondheidsbeleid: roken, overmatig alcoholgebruik, overgewicht, diabetes en depressie, omdat deze drie risicofactoren en twee ziektes collectief gezien tezamen de grootste ziektelast veroorzaken, en waarvan we weten dat een niet onbelangrijk deel hiervan gedragsgerelateerd en dus ook beïnvloedbaar is.

Een opvallende factor en een deel van de verklaring van de stagnerende levensverwachting bij vrouwen in vergelijking met andere landen is het rookgedrag van Nederlandse vrouwen en de daarmee verband houdende hogere en sneller stijgende incidentie van en sterfte aan longkanker bij Nederlandse vrouwen in vergelijking met de rest van Europa. Overigens zijn internationale vergelijkingen bijzonder ingewikkeld door definitie- en registratieverschillen, al dan niet cultureel bepaald. In EU, WHO en OECD-verband wordt, o.a. door het RIVM, hard gewerkt aan een betere vergelijkbaarheid van de data, om daarmee het beleid beter op elkaar te kunnen afstemmen en dat beleid ook op de juiste gegevens te kunnen baseren. Naast de integratie van kennis rond incidentie en prevalentie van vele verschillende ziekten, risico- en omgevingsfactoren heeft het RIVM ook recentelijk een vergelijking van het gezondheidsbeleid in andere landen gemaakt in het rapport «Leren van de burens» van juli 2007. Dat rapport concludeert dat Nederland er goed aan doet gezondheidsproblemen vaker aan te pakken met een nationale strategie of actieplan. Ervaring uit het buitenland leert dat een dergelijk nationaal actieplan bijdraagt aan een systematischer beleid en minder versnippering van maatregelen. Bij de bestrijding van gezondheidsachterstanden bij bevolkingsgroepen ontbreekt in Nederland een integrale aanpak. Uit de internationale vergelijking blijkt dat veel maatregelen effectiever en meer in samenhang kunnen gebeuren. Zo is groeiende dit inzicht enkele jaren geleden door onze ambtsvoorganger de minister van VWS o.a. besloten deel te nemen aan het Nationaal Programma Kankerbestrijding 2005–2010 (www.npknet.nl).

Het rapport van de GR brengt de achterblijvende stijging van de levensverwachting gedeeltelijk in verband met rookgedrag. Omdat de onderzochte risicofactoren en ziekten niet alle verschillen verklaren, worden in de wetenschappelijke discussie andere mogelijkheden aangedragen zoals verschraving of veranderingen in de zorg. In de wetenschappelijke discussie over de onderzoeksresultaten wordt door een aantal geriatrische experts in Nederland de gefragmenteerde zorg ook wel in verband gebracht met de achterblijvende stijging van de levensverwachting onder mensen boven de 85 jaar.

De staatssecretaris heeft het Programma multimorbiditeit en ouderen aangekondigd. Het programma richt zich op mensen met multimorbiditeit en complexe problematiek. Het doel van het programma is door het bevorderen van betere integrale zorg meerwaarde te scheppen voor deze mensen. Een van de terreinen van aandacht is hier secundaire en tertiaire preventie. Meerwaarde betekent hier o.a. minder functieverlies en meer zelfredzaamheid. Het is denkbaar dat betere integrale zorg ook effect op de levensverwachting zal hebben.

Kortom, het gezondheidsbeleid en zorgbeleid in algemene zin is een weging van kennis en de feiten van vroegtijdige sterfte, verlies aan kwaliteit van leven, en van alles wat je als mogelijkheid hebt om in te grijpen. Daarom heeft het kabinet mede op basis van bovenstaande bevindingen besloten om in september 2007 de kaderbrief visie op gezondheid en preventie uit te brengen, waarin een meer integrale benadering bepleit wordt en een aantal maatregelen voorgesteld worden.

Mevrouw Kant (SP) vraagt naar een afschrift van mijn reactie aan het LOC en LPR over hun brief over verblijfszorg thuis. Ik voeg bij deze beantwoording als bijlage een afschrift van de brief aan deze partijen bij¹.

Vergrijzingssommen

Het lid Koşer Kaya (D66) vraagt naar de stand van zaken van de toezegging tijdens de Algemene Financiële Beschouwingen om aan het lid Pechtold (D66) een brief te sturen over hoe wij omgaan met de vergrijzingssommen van het CPB.

¹ Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer.

Zoals toegezegd tijdens de Algemene Financiële Beschouwingen zal ik in het voorjaar de Kamer nader informeren over de mogelijkheden om de discussie over de houdbaarheid van de overheidsfinanciën te verbreden. Hierbij wordt bijvoorbeeld gekeken of het ook mogelijk is om ook de lange termijn-relaties tussen houdbaarheid en fenomenen anders dan vergrijzing, zoals bijvoorbeeld klimaatverandering, beter in kaart te brengen om zo de informatie op basis waarvan wij beleid formuleren te verbeteren. In deze brief zal ik uiteraard ook ingaan op de punten die door de heer Pechtold naar voren zijn gebracht.

De staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
M. Bussemaker