

AAN

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
T.a.v. minister H.M. de Jonge
Parnassusplein 5
2511 VX DEN HAAG

DATUM

15.03.2021

ONDERWERP

Reactie Dialoognota Ouder worden 2020-2040

Geachte meneer De Jonge, geachte lezer,

Als onderzoekers vanuit verschillende onderzoeksinstituten, het Ben Sajet Centrum, het Institute for Societal Resilience en het Talma Instituut (laatste twee zijn onderdeel van de Vrije Universiteit Amsterdam) reageren wij graag op de Dialoognota 'Ouder worden 2020-2040'. De toekomst van de ouderenzorg is direct en indirect een thema dat in onze onderzoeksprojecten een centrale rol speelt. Zo doen wij onderzoek naar ouderen en hun woon(zorg)omgeving (Mol); informele en formele zorg voor ouderen (Broese van Groenou), de organisatie van de langdurige zorg (verpleeghuiszorg en wijkverpleging) (Beersma, Nies, Van Wieringen), de positie en inzet van zorgprofessionals in de langdurige zorg (Beersma, Nies, Van Wieringen), de besturingsvormen van de (langdurige) zorg (Bannink), de toegankelijkheid en betaalbaarheid van het stelsel (Bannink, Van der Hijden) en de bekostiging van zorg (Van der Hijden). Vanuit deze expertisegebieden reageren wij op de door u gestelde vragen. We beschrijven tevens hoe onderzoek kan bijdragen aan het verbeteren van de ouderenzorg in de nabije toekomst en op de langere termijn (vraag 7).

1. We willen graag de ouderenzorg kwalitatief goed, toegankelijk en betaalbaar houden. Wat maakt dit vraagstuk voor u urgent om stevige maatregelen te nemen?

Wat ons betreft leiden de onderstaande – veelal samenhangende – ontwikkelingen en omstandigheden, die op zichzelf al uitdagingen vormen, tot de noodzaak voor het nemen van maatregelen:

- Allereerst is er de feitelijke vergrijzing van de populatie, waarbinnen een groeiend aantal ouderen een langdurige en complexe zorgvraag heeft.
- Als gevolg van het huidige beleid woont een groeiende groep 80-plussers langer thuis en moet daar zorg ontvangen. Het goed organiseren van deze thuiszorg is een acuut probleem.
- We signaleren tevens dat er voor verschillende groepen (kwetsbare) ouderen lang niet altijd een passende woon(zorg)omgeving (buiten het verpleeghuis) is.
- Een van de gevolgen daarvan is dat langer thuiswonende ouderen in veel gevallen verstoken zijn van sociaal contact, waardoor eenzaamheid een steeds groter probleem wordt.
- Daarnaast vindt er een verschuiving plaats in de ratio van het aantal kwetsbare ouderen dat afhankelijk is van zorg en het aantal beschikbare informele zorgverleners; het eerste neemt toe, het laatste neemt af.
- Tegelijk zien we dat het personeelstekort in de (ouderen)zorg in de komende jaren nog verder zal toenemen.

Als het gaat om de houdbaarheid van de solidariteit in het (ouderen)zorgsysteem treden de volgende spanningen op.

- Allereerst heeft de werkende populatie een dubbele rol, die naar verwachting onhoudbaar is: zij geven én mantelzorg aan ouderen én zijn betaler van de kosten van de professionele zorg voor (diezelfde) ouderen.

- Daarnaast staat de toegang tot ouderenzorg tot op heden los van inkomen, en is deze dus voor iedereen gelijk. Dit gebrek aan inkomenssolidariteit tussen ouderen maakt het huidige model niet houdbaar.

2a. Als u volledige vrijheid van handelen zou hebben, hoe zou u dit vraagstuk oplossen?

We signaleren dat het huidige systeem een medisch curatief systeem is. In plaats daarvan pleiten we voor sturing, door middel van het stelsel (zie ook 2b en 6, vanaf pagina 5), naar een *preventief gezondheidssysteem waarin wet- en regelgeving, financiering, alsook de houding en gedrag van professionals en burgers gericht zijn op het voorkomen van ziekte (preventie) en het bevorderen van positieve gezondheid*. Dit preventief gezondheidssysteem heeft als doel het voorkomen van zorggebruik waardoor de druk op de zorg zal afnemen (in termen van organisatie, capaciteit en financiën), en het vergroten van de kwaliteit van leven van ouderen en de kwaliteit van zorg. Wat ons betreft verdienen de volgende punten daarbij speciale aandacht. Daarbij maken we onderscheid tussen de *inhoud* en de *besturing* van het stelsel:

INHOUD (vraag 3 t/m 5)

- Beslis over de inhoud van zorg met en door ouderen in plaats van voor en over ouderen.
- Verschil moet er zijn: erken diversiteit en de noodzaak tot maatwerk.
- Laat informele zorg geen vervanging zijn voor formele zorg, maar een aanvulling daarop.
- Doe meer met hetzelfde aantal zorgprofessionals, én behoud ze.
- Investeer in gepaste woon(zorg)omgevingen met aandacht voor de fysieke, functionele én sociale dimensie.
- Keer de 'hiërarchie' in de ouderenzorg om: de juiste zorg op de juiste plek.
- Investeer in (arbeidsbesparende) technologie en in sociale communicatie technologie.
- Faciliteer burgerinitiatieven gericht op woonzorginitiatieven en de organisatie van informele zorg.

BESTURING VAN HET STELSEL (vraag 2b & 6)

- Stuur op integrale / integratieve samenwerking en uitwisseling tussen domeinen.
- Bestuur vanuit visie op zorg en gezondheid.
- Leer van de Jeugdzorg in de WMO.
- Werp licht op de opbrengsten van preventie: focus op kosten creëert blinde vlek voor opbrengsten van preventie.

In de beantwoording van de vragen lichten we deze aandachtsgebieden en aanbevelingen verder toe, en plaatsen we kanttekeningen.

INHOUD

3. 'Wat kan ik zelf?'

Een groot aantal van de beschreven beleidsopties, met name bij "Zelf doen", gaan over preventie. Wij onderschrijven deze beleidsopties gericht op preventie volledig. Tegelijk willen we opmerken dat dergelijke beleidsopties en projecten erkenning vereisen van etnische diversiteit en verschillen in sociaal economische status. Hierover lezen we nauwelijks iets terug in de Dialoognota. Samen genomen benoemen wij derhalve graag de volgende aandachtpunten en kanttekeningen:

- **Beslis over de inhoud van zorg met en door ouderen in plaats van voor en over ouderen**
 - Ouderen kunnen zelf zeker meer doen aan voorbereiding op het ouder worden. Betrek ouderen daarom in de ontwikkeling en uitvoering van beleid: niet voor en over de ouderen, maar met en door ouderen.
 - Activeer en informeer ouderen met betrekking tot gezond leven en positieve gezondheid. Voor de meeste ouderen vereisen beleidsopties gericht op preventie wel het creëren van bewustwording en het verbeteren van de gezondheidsvaardigheden, want: op dit moment beheerst de helft van de ouderen niet de gezondheidsvaardigheden die nodig zijn om regie te nemen over hun gezondheid, zorg en woonomgeving. Als ouderen meer controle hebben over hun chronische ziekten en betere

gezondheidsvaardigheden bezitten, zal de herkenning van achteruitgang verbeteren en anticipatie op verdere problematiek in een vroeger stadium mogelijk zijn.

- De focus op de zes levensdomeinen van "positieve gezondheid" (zie Relevante publicaties en bronnen) dragen mogelijk ook bij aan deze beleidsopties.
- Voor de bekostiging hiervan pleiten wij ervoor om cursussen gezondheidsvaardigheden voor ouderen op te nemen in de Zorgverzekeringswet, net als op dit moment al het geval is voor cursussen die helpen bij stoppen met roken.
- Maak het zorgsysteem makkelijker te doorgronden zodat cliëntondersteuning verminderd kan worden. De hoge mate waarin zorgontvangers ondersteuning nodig hebben om de juiste zorg op de juiste plaats te krijgen is feitelijk een zwak punt van het huidige systeem: cliëntondersteuning is in essentie een lapmiddel om de complexiteit van het systeem te compenseren. Op de korte termijn kunnen casemanagers worden ingezet om ouderen te begeleiden om hun weg te vinden in het systeem of kan gekozen worden voor een grotere rol van de zorgkantoren bij zorgbemiddeling. Voor de langer termijn pleiten wij echter voor vereenvoudiging van het stelsel (zie daarvoor onder "Stelsel").

➤ **Verschil moet er zijn: erken diversiteit en de noodzaak tot maatwerk**

Verschillen in sociaal economische status (SES) en etnische diversiteit, leiden tot verschillen in gezondheidsvaardigheden, zorgbehoeften en -gebruik (zie Relevante publicaties en bronnen). Daar moet speciale aandacht voor zijn. Dergelijke verschillen maken maatwerk noodzakelijk.

- Zo is "meer zelf doen" geen optie voor heel kwetsbare groepen (oude) ouderen. Bij mensen met een migratieachtergrond kan de taalbarrière hierbij nog een grote rol spelen. Ook bij mensen met een lage SES werken beleidsopties gericht op preventie minder goed. Om vitaliteit te vergroten heeft de ene oudere misschien maar een klein zetje nodig en de andere juist heel veel aandacht. In lijn hiermee willen we opmerken dat voor veel van deze groepen juist een integrale aanpak vereist is, vanuit de verschillende domeinen (wonen, zorg en welzijn): nogmaals *met* ouderen!
- Oog hebben voor diversiteit in achtergronden en vaardigheden van ouderen, en daarmee ook oog hebben voor diversiteit in wensen, behoeften en mogelijkheden, is nodig om efficiënter met kosten om te gaan en te zorgen voor de juiste zorg op de juiste plaats.

4. 'Wie zorgt er voor mij?'

➤ **Laat informele zorg geen vervanging zijn voor formele zorg, maar een aanvulling daarop**

We signaleren dat een expliciete beleidskeuze over de taakverdeling tussen formele en informele zorgverleners niet gemaakt wordt. Ons inziens is helderheid met betrekking tot de taakspecificiteit voor deze twee "soorten" zorg noodzakelijk. We zien in onderzoek dat informele zorgverleners vaak graag bereid zijn om, complementair aan specialistische formele zorg, te ondersteunen met bijvoorbeeld het doen van boodschappen (De Boer et al. 2020), terwijl het verlenen van persoonlijke verzorging en verpleging belastend kan zijn voor de informele zorgverlener en voor de relatie tussen informele zorgverleners en zorgontvangers (Swinkels et al, 2019).

- Laat zowel thuis als in het verpleeghuis de uitvoering van verzorgende en verpleegkundige (specialistische) handelingen over aan zorgprofessionals, terwijl informele zorgverleners de warme (sociale) zorg en ondersteuning geven. Dit maakt dat informele zorgverleners hun rol in de zorg en ondersteuning langer kunnen volhouden.
- Een dergelijke duidelijke verdeling van taken, verduidelijkt ook wie waarover verantwoordelijkheid draagt. Zorgprofessionals zijn nu soms terughoudend voor het overdragen van zorgtaken en handelingen aan informele zorgverleners, omdat zij vaak wel de verantwoordelijkheid blijven dragen voor de zorgverlening als geheel.
- Maak meer informele zorg onder werkenden mogelijk door dat in CAO's vast te leggen. Daarvoor is overleg met werkgeversorganisaties mogelijk. Wij hebben in Nederland al kort en langdurig zorgverlof, maar dat wordt weinig gebruikt omdat het onvoldoende past bij wat mantelzorgers nodig hebben. Afspraken maken over het in delen kunnen opnemen mantelzorguren ("mantelzorgverlof")

zou erg helpen de positie van werkende mantelzorgers te verbeteren en kan bijdragen aan voldoende mantelzorgpotentieel in de toekomst.

➤ **Doe meer met hetzelfde aantal zorgprofessionals, én behoud ze**

Tekorten aan zorgpersoneel vormen een toenemend probleem. Uit ons lopende onderzoek blijkt echter dat het mogelijk is om de inzet van bestaande zorgprofessionals te verbeteren, vergroten en/of veranderen. Dit raakt aan de opleiding van zorgprofessionals, maar ook aan de heersende *mindset* bij zorgontvangers, zorgprofessionals en het management van zorgorganisaties (organisatie van zorg).

- Investeer in aanvullende competenties van zorgprofessionals om de juiste zorg op de juiste plek te bieden: zoals aandacht voor positieve gezondheid van ouderen, preventie, digitale vaardigheden, persoonsgerichte zorg, gezamenlijke besluitvoering, interprofessionele samenwerking, actief betrekken van mantelzorgers en naasten, en wijkgerichte zorg. Dit kan door aanpassing van de bestaande curricula van opleidingen voor verpleegkundigen en verzorgenden, maar ook door “training on the job”.
- Laat zorgprofessionals meer werken. Met name jonge, startende, zorgprofessionals hebben vaak kleine, parttime contracten, maar kunnen en willen vaak graag meer uren werken. Beperkte contractgrootte, en daarmee te lage inkomsten, is een van de redenen voor (jonge) zorgprofessionals om de langdurige zorg te verlaten (RVS, 2020). Zorgorganisaties zijn terughoudend om grote contracten aan te bieden, ingegeven door een ogenschijnlijk ongegronde angst voor een daling van het aantal zorgvragers, terwijl menig zorgprofessional vele “overuren” maakt. Als we organiseren dat de zorgprofessionals die dat willen al een halve dag meer zouden kunnen werken, verkleint dat het personeelstekort al enorm en draagt dat bij aan het behoud van deze mensen voor de sector.
- Flexibiliteit en spreiding in zorgmomenten. Verander de *mindset* dat “alle bewoners om 10:00 uur aangekleed moeten zijn”, “zodat het hele team dan aan de koffie kan”. In samenspraak met zorgontvangers kunnen zorgprofessionals bepaalde zorg – bijvoorbeeld douchen – buiten de noodzakelijke (en drukke) zorgmomenten in de ochtend en/of avond gaan leveren. Dat draagt niet alleen bij aan afname van de druk op de ochtend- en avond-zorgmomenten, maar zorgt zeer waarschijnlijk ook voor aansluiting bij de (uiteenlopende) wensen van zorgontvangers.
- Organiseer en faciliteer laagdrempelige medezeggenschap voor zorgprofessionals. Zich gehoord voelen is een belangrijke voorwaarde voor ervaren waardering en daarmee voor het behoud van zorgpersoneel. Er bestaan in zorgorganisaties echter nog verschillende barrières die zorgprofessionals verhinderen om mee te praten, en dus dat zij zich gehoord voelen. Daarmee gaat het gebruik van hun unieke kennis en creatieve oplossingen verloren (zoals bovenstaande suggestie om zorgmomenten meer te spreiden). Een belangrijke barrière is het gebrek aan facilitering in de vorm van tijd door de focus op productie. Organiseer en faciliteer lokale en laagdrempelige vormen van ‘meepraten’: niet op het hoofdkantoor, maar tijdens het koffiemoment aan de team-tafel (Van Wieringen, Nies & Kee, 2020).

5. ‘Waar woon ik?’

➤ **Investeer in gepaste woon(zorg)omgevingen met aandacht voor de fysieke, functionele én sociale dimensie**

Als het gaat om het wonen vraagstuk pleiten wij, zoals eerder aangegeven, voor bijzondere aandacht voor de groter wordende groep thuiswonende 80-plussers. Voor hen, maar ook voor de genoemde diverse andere groepen, zijn meer gepaste woon(zorg)omgevingen nodig. Maak daarbij zowel sociale huurwoningen, vrije sector- als koopwoningen mogelijk. In lijn met onze suggestie voor een preventief gezondheidssysteem, pleiten we voor de ontwikkeling voor woon(zorg)omgevingen, vooral buiten het verpleeghuis, waarbij er meer aandacht is voor hoe ouderen niet alleen op fysiek vlak maar vooral ook op sociaal vlak lokaal kunnen blijven functioneren en participeren. De focus op het sociale ontbreekt volgens ons in de Dialoognota. Het realiseren van woon(zorg)omgevingen waarin aandacht is voor de fysieke, functionele én sociale dimensie draagt bij aan:

- Het verminderen, uitstellen of voorkomen van kwetsbaarheid en daarmee de zorgbehoeften van ouderen en het bevorderen van de positieve gezondheid van ouderen.

- Het bevorderen van lokale informele zorg en ondersteuning en (daarmee) het verminderen, uitstellen of voorkomen van zwaardere en duurdere zorg. Oftewel: als ouderen op dezelfde plek kunnen blijven wonen kan de lokale *sociale omgeving*, als dat nodig is, als informeel zorgnetwerk gaan fungeren.
- Het bevorderen van intergenerationeel contact, bijvoorbeeld in leeftijdsheterogene woonvoorzieningen en daarmee mogelijk vergroting van de mogelijkheden tot participatie van ouderen.
- Het vergroten van de doelmatigheid van professionele zorg.

➤ **Keer de 'hiërarchie' in de ouderenzorg om: de juiste zorg op de juiste plek**

- Wij pleiten ervoor om de wijkverpleging (zorg thuis) leidend te maken ten opzichte van de verpleeghuiszorg. Door de inzet van lichtere zorg en ondersteuning in een vroeg stadium (dichter bij) (t)huis, kan de inzet van zwaardere en duurdere (verpleeghuis)zorg verminderen, uitstellen of voorkomen. Dit vereist nog meer investeringen in de ontwikkeling van de zorg (dichter bij) (t)huis. Daarbij gaat het dan om de eenvoudige zorg, zoals hulp bij het huishouden, basiszorg en ondersteuning, alsook de specialistische zorg thuis.
- In lijn met onze aanbevelingen en kanttekeningen op het gebied van preventie, benoemen we dat het bij "meer zorg thuis" ook belangrijk is om de toegang tot hulp(zorg)middelen te vereenvoudigen. Hetzelfde geldt voor toegang tot informatie, ondersteuning en advies op buurt/wijkniveau.

➤ **Investeer in (arbeidsbesparende) technologie en in sociale communicatie technologie**

Technologie (domotica en e-health) kan ouderen ondersteunen in het langer zelfstandig thuis wonen, het besparen van (zorg)arbeid en bijdragen aan sociaal contact. Ook hierbij geldt dat het betrekken van de eindgebruikers – dus ouderen en formele en informele zorgverleners – bij de ontwikkeling van dergelijke toepassingen van belang is. Zo kan aansluiting op de daadwerkelijke behoeften van de eindgebruikers en daarmee daadwerkelijk gebruik worden gewaarborgd.

➤ **Faciliteer burgerinitiatieven gericht op woonzorginitiatieven en de organisatie van informele zorg**

Burgerinitiatieven bevorderen het lokale zorggebruik buiten de publieke sector om. Stimuleren mag, faciliteren moet, en belemmeringen door regels moeten hoe dan ook weggenomen worden. Een voorbeeld is dat respijtzorg in particuliere logeerhuizen ook door zorgverzekeraars vergoed kan worden. Nu moet het via de ingewikkelde route van de PGB betaald worden, omdat zorgverzekeraars maar met een beperkt aantal organisaties contracten willen afsluiten.

BESTURING VAN HET STELSEL

2b. Wat staat voor u centraal in de realisatie hiervan? Formeel via stelsel, wet en regelgeving, of informeel via samenwerkingsafspraken en akkoorden? Kunt u kort toelichten waarom?

➤ **Stuur op integrale / integratieve samenwerking en uitwisseling tussen domeinen**

Het stelsel heeft een belangrijke formele rol in de transitie naar een preventief gezondheids(zorg)systeem. Die belangrijke rol zit hem vooral in het stimuleren en faciliteren van het bij elkaar brengen en uitwisselen van verschillende doelen en belangen. Daarbij moet de focus liggen op zowel de kwaliteit van zorg als betaalbaarheid én bemensing (i.p.v. "het een of het ander"). Zo moet het stelsel structurele samenwerking tussen (nu nog veel gescheiden) domeinen (o.a. wonen, zorg en welzijn) stimuleren – m.b.v. regelgeving en / of financiële stimulansen – en faciliteren – d.m.v. financiële ondersteuning. In ieder geval moet het stelsel dit niet tegenwerken met regelgeving. Een ouderencommissaris kan hierin een coördinerende en faciliterende rol spelen, mits diegene voldoende doorzettingsmacht krijgt. De nota is op dit moment niet duidelijk over hoe dit gerealiseerd kan worden. Er wordt gesproken over de rol van de ouderencommissaris als "fluisteraar" en "verleider", dit doet vermoeden dat er weinig doorzettingsmacht belegd wordt bij deze commissaris en dat lijkt ons problematisch voor de rol die de commissaris kan spelen.

- Als er meer gecoördineerde samenwerking is, bevordert dat naar verwachting bovendien het uitwisselen van ervaringen tussen bestaande initiatieven en projecten. Dit vermindert het "steeds

opnieuw het wiel moeten uitvinden”, en stimuleert het lerend vermogen en de effectiviteit op de langer termijn.

Bovenstaande is geschreven met een systeem in gedachten waarin verschillende wet- en regelgevingen naast elkaar bestaan. Hieronder reflecteren wij op andere stelsel- en besturingsvormen. Die reflectie is nodig, want de Dialoognota ademt een vanuit bestuurskundig perspectief enigszins naïef te noemen uitgangspunt. De Dialoognota suggereert namelijk dat er door het weghalen van schotten in het stelsel van zorg en gezondheid een oriëntatie ontstaat op een gezamenlijke doelstelling. Maar: hierin worden zowel (1) de verschillen tussen de opvattingen en belangen van partijen ten aanzien van die doelstelling, als (2) de potentiële interne strijdigheid van de set doelstellingen van het stelsel als geheel, namelijk kwaliteit, betaalbaarheid en bemensing, miskend.

We achten het van belang erop te wijzen dat er naast een inhoudelijke heroriëntatie op wat het stelsel van gezondheid en zorg moet leveren – zie het voorgaande stuk over zorginhoud, waarin we pleitten voor meer preventie van zorg, meer inzet op gezond gedrag en een meer integrale aanpak van zorg en gezondheid – ook aandacht nodig is voor de vraag hoe het stelsel aan deze doelstellingen tegemoet kan komen. Simpelweg bij elkaar brengen van verschillende onderdelen van het stelsel (door weghalen van schotten, door het stimuleren van overleg en afstemming, door het integreren van financiering) brengt de integratie van zorg *niet* dichterbij. Ook in een ontschot stelsel is het moeilijk om de verschillende taken in het stelsel van zorg en gezondheid op elkaar af te stemmen. Die afstemming, met andere woorden, is een eigenstandige taak die specifieke aandacht behoeft.

6. Beleidsopties thema ‘Stelsel en betaalbaarheid’

De Dialoognota gaat over de periode 2020-2040. De genoemde beleidsopties bestrijken veelal een veel kortere periode, zonder dat duidelijk is in wat voor stelsel dit vormgegeven moet worden. Wij pleiten er dan ook voor om een stip op de horizon van 2040 te formuleren, om vervolgens tot een samenhangend palet aan maatregelen, wetgeving en financiering te komen. Anders gezegd: bepaal eerst samen met de verschillende partijen / stakeholders de uitgangspunten voor het te bouwen stelsel en de te kiezen sturing. Dat brengt meteen een uitdaging met zich mee, want iedere bestuursvorm heeft voor- en nadelen; er is daarom geen simpel antwoord te geven op de vraag welke het meest effectief is.

Dat maakte dan ook dat voor ons consortium dit vraagstuk zonder twijfel het moeilijkste was om een gezamenlijke reactie op te formuleren. Het maakt ook iets anders duidelijk: het gaat hier om een keuze, de formulering van een visie op zorg en gezondheid. Hierover binnen de zorgsector in gesprek gaan zal vooral duidelijk maken dat er verschillende visies op zorg en gezondheid zijn. Het herzien van een stelsel van zorg naar preventief gezondheidssysteem is niet ‘gratis’, maar vereist een bestuurlijke inspanning. Op basis van onze expertise over en lessen uit (onderzoek in) andere sectoren en landen beschrijven we enkele af- en overwegingen in relatie tot het stelsel en de besturing.

➤ Bestuur vanuit visie op zorg en gezondheid

Besturing van zorg en gezondheid vereist een visie op zorg en gezondheid. Het vereist dat een financierer beslist wat hij wel en niet financiert. Dit op zijn beurt vereist *kennis* over het uitvoeringsproces en de uitkomsten daarvan en het besef dat die visie niet vanzelf wordt gedeeld, dus dat er verschillende *belangen* bestaan. We denken, in weerwil van wat er uit de Dialoognota lijkt te spreken, niet dat er overeenstemming bestaat over de “juiste zorg op de juiste plek”. Althans, de verschillende partijen delen de gedachte dat preventief beleid de zorgkosten kan beperken. Het is echter veel minder duidelijk wie, op grond van welke financiering, welke inspanning zou moeten doen om preventie te bereiken, alsook hoe de beloning van preventie en de compensatie van het omzetverlies door de aldus vermeden zorg eruit moet zien. De overeenstemming over het belang van preventie is een startpunt, maar het eigenlijke bestuurlijke proces begint dan pas.

De beleidsoptie "alle ouderenzorg in één domein" levert interessante overwegingen op, waarbij we ook belangrijke kanttekeningen en aandachtspunten benoemen.

- Alle “ouderenzorg in de WLZ” lijkt ons een onverstandige beleidsoptie. De WLZ is in de basis namelijk een volksverzekering, dus als gekozen wordt voor deze optie zal geen enkele prikkel richting beperking van de zorg meer bestaan, tenzij de eigen bijdragen sterk inkomensafhankelijk wordt gemaakt.
- Voor “alle ouderenzorg in de WMO” of “alle ouderenzorg in de ZVW” zijn deels dezelfde afwegingen en kanttekeningen te maken (de verschillen bespreken we hieronder). Enerzijds zijn dit beleidsopties die ervoor zouden kunnen zorgen dat gemeenten en verzekeraars (wel) meer gaan investeren in preventie omdat daar dan een prikkel voor ontstaat en afwenteling wegvalt. Investeren in preventie is een taak die gemeenten nu al hebben, maar nog niet hebben opgepakt, omdat de kosten en opbrengsten van preventie zo uitvallen dat gemeenten geen mogelijkheid hebben om extra investeringen in preventief beleid in het eigen budgettaire kader te verantwoorden. Verzekeraars op hun beurt achten zich (nu) niet gerechtigd om preventief beleid rechtstreeks te financieren en ze zien niet goed hoe investeringen in preventie zichtbaar worden in afgenomen zorgkosten.

Naast deze problemen in de sfeer van de (financiële) belangen van betrokken partijen, zijn er ook problemen in beleids capaciteit: het ontwerpen en uitvoeren van preventief beleid vraagt veel van gemeenten en verzekeraars en zij zijn op dit moment niet toegerust om deze omvangrijke taak en verantwoordelijkheid te dragen. Zie de volgende punten.

- Bij “alle ouderenzorg in de WMO” kan een probleem van bovengemeentelijke afstemming ontstaan. Sterk specialistische zorg is niet vaak nodig, maar vereist wel het in stand blijven van deskundigheid bij zorgaanbieders. Deze deskundigheid is daarom gebaat bij het ondersteunen van de beschikbaarheidsfunctie van die zorg. Dit is een probleem van bovengemeentelijke afstemming: de gemeenten hebben een gezamenlijk belang bij het in stand houden van de sterk specialistische deskundigheid. Maar het gemis van die deskundigheid wordt pas gevoeld door de individuele gemeente waarin zich een casus voordoet waarbij behoefte bestaat aan de sterk gespecialiseerde zorg. Dat leidde ertoe dat de kosten voor de beschikbaarheid van sterk gespecialiseerde zorg worden ontweken op het collectieve niveau. De bekostiging van sterk gespecialiseerde zorg vereist, met andere woorden, afstemming op een hoger niveau dan gemeenten.
 - Dit probleem laat zich makkelijk vertalen naar de *ouderenzorg*. Alle gemeenten samen hebben belang bij een goede ouderenzorgvoorziening. Maar de gemeente die deze voorziening binnen zijn grenzen heeft, betaalt de hoofdprijs. Dit leidt ertoe dat gemeenten hun verantwoordelijkheden voor het bekostigen van dergelijke voorzieningen zullen willen ontwijken. Dit probleem is te verwachten als integrale bekostiging van ouderenzorg op het niveau van de gemeente zal plaatsvinden.
- De beleidsoptie van “alle ouderenzorg in de ZVW” zien we als kansrijk. Een eerste reden hiervoor is dat verzekerden dan een keus hebben: ze kunnen naar een andere verzekeraar als het preventieve beleid hen niet bevalt, terwijl mensen minder snel van gemeente zullen verhuizen. Ten tweede hebben verzekeraars het schaalniveau om bovenlokale afstemmingsproblemen aan te pakken.
 - Deze beleidsoptie vereist wel een stevige investering in de beleids capaciteit bij verzekeraars en een versterking van de interne afstemming tussen de inkoopprocessen rond preventief beleid en die rond curatief beleid. Als die gescheiden zijn, dan kopiëren we simpelweg de afstemmingsproblematiek die al bestaat in de relatie tussen WMO en ZVW.

Het belang van de juiste toerusting en van een goed ontwerp van een stelsel in relatie tot de belangen kwestie blijkt uit lessen die te leren zijn uit de stelselherziening van de Jeugdzorg, waar we hieronder op ingaan.

➤ **Leer van Jeugdzorg in de WMO**

Heel kort gezegd heeft het de stelselherziening van de Jeugdzorg (de transitie van 2014) niet geleid tot het gewenste effect. Het idee was onder andere om met minder bureaucratie meer taken bij gemeenten te beleggen, maar de algemene klacht is dat er meer bureaucratie is gekomen en de kwaliteit en toegankelijkheid niet per se verbeterd zijn.

- Gebrekkige toerusting van inkoopers. Wat ons betreft ligt de oorzaak hiervan grotendeels bij het aanbesteding- en inkoopproces. Bij gemeenten zien we bijvoorbeeld dat de ambtenaren die gaan over ingewikkelde aanbesteding- en inkoopprocessen, en die dus uiteindelijk beslissen wat een gemeente

wel en niet aan zorg inkoop en financiert, niet noodzakelijkerwijs veel kennis hebben over jeugdproblematiek en jeugdzorg. Illustratief in dit verband is dat veel, vooral kleine, gemeenten wel een 'afdeling zorginkoop' maar geen "afdeling Jeugdzorg" hebben die zich bezighoudt met de inhoud van de Jeugdzorg. Gemeenten hebben verstand van inkoop "als zodanig", maar combineren dit niet met de specifieke inzichten die nodig zijn rond Jeugdzorg.

- Focus op kosten. Gevolg van het bovenstaande is dat de focus sterk ligt op de kosten, terwijl een meer zorginhoudelijke sturing van het aanbestedingsproces wenselijk zou zijn. Dat vereist o.a. dat gemeenten bij de start van het aanbestedingsproces de juiste zorginhoudelijke vragen en indicatoren uitzetten bij aanbieders, opdat deze primair op inhoud en niet op kosten gaan concurreren.
- Echt sturen op de inhoud, waar wij voor pleiten, vereist voor zowel gemeenten als verzekeraars, derhalve: een stevige investering in eigen, inhoudelijke beleids capaciteit. Inkoop van Jeugdzorg behoeft inkopers die toegerust zijn om in het aanbestedingsproces de juiste zorginhoudelijke vragen te stellen, om vervolgens zorginhoudelijk in te kunnen kopen. De verwachting is dat dit voor ouderenzorg vergelijkbaar is.

➤ **Werp licht op de opbrengsten van preventie: focus op kosten creëert blinde vlek voor opbrengsten van preventie**

We weten uit onderzoek, in Nederland, maar ook Amerika, dat een klein percentage kwetsbare mensen het grootste deel van de zorgkosten maken. Een kleine investering in preventie bij, en gezondheidsvaardigheden van, deze groep, zoals eerder geschreven, levert op de langer termijn lagere zorgkosten op. Maar: dat zie je niet als je op kosten stuurt, want in eerste instantie is deze groep duurder. Gevolg is dat, vanuit een korte termijn kostenoverweging, niet op preventie wordt ingezet.

Waar wij, aansluitend bij het idee van een preventief gezond(zorg)stelsel, derhalve voor pleiten is de gedachte van *re-ablement*: als je vroegtijdig investeert zijn mensen op de langer termijn zelfstandiger en de zorgkosten lager. Dit vereist wel dat degene die de kosten maakt, inzicht zal willen hebben in de potentiële opbrengsten van preventie. Van verzekeraars vraagt dit dat zij veel sterker dan nu investeren in analyse van hun data om zo te kunnen identificeren op welke groep kwetsbare mensen preventie-inspanningen zich zouden moeten richten. Ook aanvullende financiering van onderzoeksinstituten gericht op dit vraagstuk is dan geëigend. Hoofdpijn is dat een gerichte investering in preventie vereist dat we begrijpen waar die preventie moet worden gepleegd.

7. Hoe ziet u uw eigen rol? Wat heeft u nodig om te kunnen starten? Met wie zou u daarin willen samenwerken?

In de Dialoognota wordt herhaaldelijk benoemd dat bepaalde oplossingen effectief zouden *kunnen* zijn, maar dat we dat niet zeker weten. Bij de door BeBright georganiseerde discussiemiddagen was dit ook opvallend: er werd vaak gesproken over wat deelnemers "*aansprak*", voorbijgaand aan het feit dat met gericht onderzoek empirische data verzameld zouden kunnen worden die belichten wat de daadwerkelijke *effecten* van verschillende beleids opties zijn.

Voor interventies die zoveel implicaties hebben voor burgers in Nederland mag worden verwacht dat de overheid besluiten neemt op basis van solide empirische resultaten ten aanzien van zorginhoud en bestuurlijke afstemming (i.e., *evidence based*). Anders gezegd, de enige manier om erachter te komen of iets werkt is het met beleid en op kleine schaal implementeren en onderzoeken of het de gewenste resultaten oplevert (en misschien ook wel gewenste én/of ongewenste resultaten die men niet had verwacht). Wij pleiten daarom voor gerichte *pilots* en begeleidend evaluatief onderzoek: dit moet gericht zijn op zorginhoudelijke aspecten én op de bestuurlijke aspecten. De noodzaak en het belang van gedegen onderzoek naar de effecten van beleidskeuzes op kwaliteit en uitvoerbaarheid van zorg klinkt impliciet in de Dialoognota, maar wordt nergens expliciet benoemd.

Als onderzoekers zien wij het als onze taak om bij te dragen aan het toekomstbestendig maken van de ouderenzorg. We hebben verschillende beleids opties geïdentificeerd waarover wij, op basis van onze gebundelde expertise al inzichten over hebben opgedaan in voorgaande onderzoek (zie relevante publicaties en bronnen) en we zien tevens de noodzaak voor verder onderzoek op gebieden als effecten/uitkomsten van de verschillende beleids opties (financieel, stelsel, zorginhoudelijk), randvoorwaarden, werkzame elementen, ervaringen van betrokkenen.

Belangrijke onderwerpen waar onderzoek nodig is om *evidence based* uitspraken te kunnen doen over "wat werkt" zijn volgens ons met name:

- Monitoren van zorggebruik door ouderen en hun kwaliteit van leven in een veranderende beleidscontext, met bijzondere aandacht voor de complementariteit tussen formele en informele zorg.
- Inzichtelijk maken wat investeren op preventie bij (heel) kwetsbare ouderen qua kostenbesparing en kwaliteit van leven op de langere termijn oplevert.
- Inzichtelijk maken hoe veranderingen in de inzet en toerusting van zorgprofessionals leidt tot een efficiëntere inzet en betere kwaliteit van zorg.
- Samenbrengen van kennis uit verschillende domeinen (zorg, welzijn, wonen en ontwerp) om optimale woon(zorg)omgevingen te creëren waarin aandacht is voor de fysieke, functionele en sociale dimensie van de woon(zorg)omgeving.
- Ex ante beleidsevaluaties van verschillende vormen van financiering en afstemming, voortbouwend op eerdere inzichten over de toepassing van die vormen.

Indien u naar aanleiding van onze reactie verder met ons in gesprek zou willen gaan over het verbeteren van de ouderenzorg en hoe wij daar met onderzoek aan zouden kunnen bijdragen, dan maken wij daarvoor graag een afspraak.

Met vriendelijke groet,

prof. dr. Bianca Beersma, Wetenschappelijk directeur *Talma Instituut en Themaleider Zorg en Welzijn, Institute for Societal Resilience, VU Amsterdam*

namens de onderzoekers die verbonden zijn aan het Ben Sajet, ISR en het Talma Instituut

dr. Duco Bannink, *Talma Instituut en Institute for Societal Resilience*

prof. dr. Marjolein Broese van Groenou, *Institute for Societal Resilience*

dr. Eric van der Hijden, *Talma Instituut*

drs. Clementine Mol, *Ben Sajet Centrum*

drs. Han Spanjaard, *Ben Sajet Centrum*

dr. Marieke van Wieringen, *Talma Instituut en Institute for Societal Resilience*

Voor meer informatie over de onderzoeksinstituten:

[Ben Sajet Centrum](#)

[Institute for Societal Resilience](#)

[Talma Instituut](#)

Enkele relevante publicaties en bronnen

Aaltonen, M., Raitanen, J., Comijs, H., & Broese van Groenou, M. (2020). Trends in the use of care among people aged 65–85 with cognitive impairment in the Netherlands. *Ageing and Society*, 40(1), 43-72. <https://doi.org/10.1017/S0144686X18000752>

Bannink, D. (2020). Proeftuinen zonder wij. *Bestuurskunde*, 29 (3), 66-72.

Bannink, D. (2019). *Besturen zonder wij*. VU University Press.

Beter Oud (2015). [Een breed gedragen toekomstvisie en veranderagenda voor wonen, welzijn en zorg voor ouderen in een kwetsbare positie.](#)

- Broese Van Groenou, M. I., Breebaart, H., & Dautzenberg, M. G. H. (2015). [Digitale communicatie in zorgnetwerken van kwetsbare ouderen](#). Amsterdam: VU Amsterdam.
- Broese Van Groenou, M., & Colder, L. (2019). LASA: Sociaal-economische ongelijkheid in informele zorg. *Geron*, 21(3). <https://gerontijdschrift.nl/artikelen/lasa-sociaaleconomische-ongelijkheid-in-informele-zorg/>
- Buurman-van Es, B.M. (2019). [Kortdurende zorg bij ouderen als antwoord op spoedzorg](#). *Huisarts en Wetenschap*, 62, 37-40.
- De Boer, A., De Klerk, M., Verbeek-Oudijk, D., & Plaisier, I. (2020). [Blijvende bron van zorg](#). Den Haag: SCP.
- Heijmans, M., Brabers, A., & Rademakers, J. (2018). [Health Literacy in Nederland](#). Utrecht: Nivel.
- Jacobs, M. T., Aartsen, M. J., Deeg, D. J. H., & Broese Van Groenou, M. I. (2018). Diversity in older adults' care networks: the added value of individual beliefs and social network proximity. *The Journals of Gerontology. Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 73(2), 326–336. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbw012>
- La Grouw, Y., D. Bannink and H. Van Hout (2020). Care professionals manage the future, frail older persons the past. Explaining why frailty management in primary care doesn't always work, *Frontiers in Medicine*, 7, 1-12. <https://doi.org/10.3389/fmed.2020.00489>
- Leyerzapf, H., Klokgieters, S. S., Ghorashi, H., & Broese Van Groenou, M. I. (2017). [Kleurrijke zorg: een verkennende literatuurstudie naar culturele en seksuele diversiteit in de langdurige ouderenzorg](#). Amsterdam: Cordaan, Institute for Societal Resilience en Medical Humanities VUmc.
- Mol, C.A.F.M. (2020). [Ouderen Langer Zelfstandig Thuis! Maar hoe dan?](#) Amsterdam: Ben Sajet Centrum.
- RVS (2020). [Applaus is niet genoeg](#). Den Haag: RVS
- Swinkels, J., van Tilburg, T., Verbakel, E., & Broese van Groenou, M. (2019). Explaining the gender gap in the caregiving burden of partner caregivers. *The Journals of Gerontology. Series B : Psychological Sciences and Social Sciences*, 74(2), 309-317. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbx036>
- Tolkacheva, N. V., & Broese Van Groenou, M. I. (2014). [Wat heeft de werkgever eraan? Een literatuurstudie naar de kosten en baten van 'mantelzorgvriendelijk beleid' in arbeidsorganisaties](#). Amsterdam: VU Amsterdam.
- Van Aartsen, C. (2021). [Gestippeld wonen of toch liever een kangoeroewoning? Zorgvisie](#).
- Van der Hijden, E. & J. van der Wolk (2021). Chapter 2. Financing care integration. In A. Kaehne & H. L. G. R. Nies (Eds.), *How to deliver integrated care: A guide book for managers*. Emerald Publishing Limited
- Van Wieringen, M., Broese Van Groenou, M. I., & Groenewegen, P. (2014). [Hoe thuiszorgorganisaties samenwerking organiseren: visies, praktijken en dilemma's](#). Amsterdam: VU Amsterdam.
- Van Wieringen, M., Nies, H. L. G. R., & Kee, K. (2020). [Beleidsmensen, zorg dat verzorgenden je als mens kennen](#). *Zorgvisie*.
- WRR (2019). Policy Brief 7: *Van Verschil naar Potentieel*. <https://www.wrr.nl/publicaties/policy-briefs/2018/08/27/van-verschil-naar-potentieel.-een-realistisch-perspectief-op-de-sociaaleconomische-gezondheidsverschillen>