

Vragen gesteld door de leden der Kamer, met de daarop door de regering gegeven antwoorden

3060

Vragen van de leden **Dijk** en **Dobbe** (beiden SP) aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over *het bericht «Ouderen onnodige lang in het ziekenhuis»* (ingezonden 14 juli 2025).

Antwoord van Minister **Bruijn** (Volksgezondheid, Welzijn en Sport) en Staatssecretaris **Pouw-Verweij** (Volksgezondheid, Welzijn en Sport) (ontvangen 9 september 2025)

Vraag 1

Bent u bekend met het artikel «Ouderen onnodig lang in het ziekenhuis» van 10 juli 2025 in het AD, waarin wordt gesteld dat ouderen wekenlang onnodig in het ziekenhuis verblijven en dit duizenden euro's kost? Wat is uw reactie hierop?¹

Antwoord 1

Ja.

Vraag 2

Wat vindt u van de bevinding van de Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie (NVKG) dat meer dan een kwart van de oudere patiënten onnodig lang in het ziekenhuis verblijft? Deelt u de mening dat dit onaanvaardbaar is?

Antwoord 2

Het is belangrijk dat ouderen passende zorg ontvangen en dat een (te lang) verblijf in het ziekenhuis voorkomen wordt. Daarbij richten wij ons niet alleen op de overgang van het ziekenhuis naar een Wlz-instelling (verpleeghuis). Samen met partijen werken we aan de versterking van de eerste lijn², zorgcoördinatie³ en het verbeteren van de kortdurende zorg⁴. We willen voorkomen dat mensen onnodig in het ziekenhuis terecht komen of lang verblijven.

Daarnaast heeft de Staatssecretaris Langdurige en Maatschappelijke Zorg in het Hoofdlijnenakkoord Ouderenzorg (HLO) afgesproken dat partijen samen werken aan betere ondersteuning en zorg thuis voor kwetsbare ouderen. Ook

¹ AD, 10 juli 2025, <https://www.ad.nl/gezond/ouderen-onnodig-lang-in-het-ziekenhuis-een-patient-wachtte-twee-weken-dat-kost-14-000-euro~a37ba6cf/>

² Kamerstukken II 2024/2025, 33 578, nr. 122

³ Kamerstukken II 2024/2025, 29 247 nr. 460

⁴ Hierover verschijnt binnenkort een nieuw advies van het Zorginstituut

is de Staatssecretaris bezig met de opgave om het gat tussen thuis en het verpleeghuis te dichten. Zij zal u hier voor het verkiezingsreces per brief over informeren.

Wanneer terug naar huis gaan echt niet meer gaat, dan moet verblijf in een verpleeghuis beschikbaar zijn. In het HLO is afgesproken dat het Zorginstituut Nederland -samen met de betrokken organisaties- één landelijk afwegingskader ontwikkelt om te bepalen of verblijf in een verpleeghuis noodzakelijk is. Zo wordt voorkomen dat zeer kwetsbare ouderen die deze zorg het hardst nodig hebben, onnodig op een wachtlijst belanden of te lang in het ziekenhuis verblijven.

Vraag 3

Hoe beoordeelt u de huidige samenwerking tussen ziekenhuizen, thuiszorgorganisaties en verpleeghuizen? In hoeverre draagt gebrekkige samenwerking bij aan de vertraagde doorstroom van ouderen?

Antwoord 3

Er zijn veel factoren van invloed op de vertraagde doorstroom, zoals inzicht in capaciteit, verschillende vormen van kortdurende zorg met eigen spelregels en personeelsschaarste. Inzetten op een betere samenwerking is slechts één van de verbeterpunten om de doorstroom te verbeteren.

De regionale samenwerking om vraag en aanbod in de regio te matchen gaat steeds beter. Dit betreft zowel de zorgcoördinatie binnen de acute keten, als de coördinatiefunctie voor het tijdelijk verblijf: de geriatrische revalidatie (GRZ) en het eerstelijnsverblijf (ELV). De zorgverzekeraars bekostigen deze laatste functie. Zie ook het antwoord bij vraag 7.

Vraag 4

Welke concrete stappen heeft u sinds eerdere signalen genomen om het doorstroomprobleem van ouderen in ziekenhuizen aan te pakken? Wat is hiervan het resultaat?

Antwoord 4

Wij willen de inzet van het kortdurend verblijf verbeteren om opname in het ziekenhuis te voorkomen en de doorstroom uit het ziekenhuis te bevorderen. Kortdurend verblijf betreft verschillende vormen van zorg om mensen met een kwetsbare gezondheid, met name kwetsbare ouderen, extra zorg te kunnen bieden. Waaronder de GRZ, de ELV, de zorg vanuit de WijkKliniek en zorgtrajecten die thuis onder regie van de specialist ouderengeneeskunde kunnen worden ingezet (MESO). Het Zorginstituut stelt op dit moment zijn advies op over kortdurende zorg in het tijdelijk verblijf en thuis. Ik zal u dit najaar dit rapport en mijn reactie op dit advies toesturen. Daarnaast hebben we de NZa een aanwijzing gegeven om per 1 januari 2026 te starten met een experiment om de inzet van tijdelijk verblijf makkelijker te maken en ervoor te zorgen dat er meer maatwerk kan worden geleverd, via een modulaire bekostiging.

Daarnaast zijn er de afgelopen jaren gerichte stappen gezet om de doorstroom van ouderen vanuit ziekenhuizen naar de wijkverpleging te verbeteren. Onderzoek van Equalis naar de toegankelijkheid van wijkverpleging⁵ uit 2023 laat zien dat ziekenhuizen voor het merendeel van de cliënten geen problemen ervaren met het aanvragen van wijkverpleging. De gemiddelde zoektijd is minder dan één dag en meer dan 70% van de cliënten die wijkverpleging nodig heeft wordt op de gewenste dag ontslagen uit het ziekenhuis. Daarnaast blijkt dat juist het beter organiseren van samenwerking en coördinatie in de wijkverpleging bijdraagt aan het tijdig en passend regelen van vervolgzorg.

Tegen deze achtergrond werkt het veld aan de doorontwikkeling van herkenbare en aanspreekbare (H&A) wijkverpleging. Uit onderzoek van het RIVM⁶ blijkt dat dit concept de samenwerking tussen zorgprofessionals versterkt en zorgt voor een duidelijk aanspreekpunt in de wijk voor het coördineren van zorgvragen. Hier wordt in verschillende regio's al succesvol invulling aan gegeven. Om de samenwerking en organisatie in de wijkverple-

⁵ Clientvolgend Onderzoek in de Wijkverpleging | Rapport | Rijksoverheid.nl

⁶ Eindrapport Herkenbare en Aanspreekbare Wijkverpleging | Rapport | Rijksoverheid.nl

ging verder te verbeteren zijn in het kader van de Visie Eerstelijnszorg 2030 aanvullende bestuurlijke afspraken gemaakt. Deze afspraken worden momenteel verder uitgewerkt door ActiZ, Zorgthuisnl en Zorgverzekeraars Nederland. Een eerste inventarisatie laat zien dat veel regio's inmiddels concrete stappen zetten. Daar waar dit nog niet het geval is, worden zorgverzekeraars geacht het initiatief te nemen via contractafspraken.

Vraag 5 en 6

Is u bekend dat in sommige regio's de samenwerking in de zorgketen aanzienlijk beter verloopt? Welke regio's hebben hierin een voorbeeldfunctie, en welke lessen kunnen andere regio's daaruit trekken?

Acht u landelijke uniformiteit in de aanpak van dit probleem wenselijk? Of is het beter om maatwerk en regionale verschillen toe te staan?

Antwoord vragen 5 en 6

Wij realiseren ons dat er regionale verschillen zijn rondom de samenwerking in de zorgketen. Het is immers aan de partijen in de regio om landelijke afspraken regionaal en lokaal concreet vorm te geven. Iedere regio heeft zijn eigen successen en uitdagingen. Uiteraard vinden wij het belangrijk dat ouderen passende zorg ontvangen en dat een te lang verblijf in het ziekenhuis voorkomen moet worden. Daarom werken we samen met partijen aan verschillende initiatieven die hieraan bijdragen, zoals een sterkere eerstelijnszorg, zorgcoördinatie en het verbeteren van de kortdurende zorg. Daarbij is juist aandacht voor de regionale context en behoefte nodig in de samenwerking tussen zorgpartijen, omdat er geen «one size fits all»-oplossing is. Daarnaast zijn er in het HLO, dat op 10 juli 2025 is ondertekend, afspraken gemaakt over onder andere betere ondersteuning en zorg thuis en één landelijk afwegingskader om te bepalen of verblijf in een verpleeghuis noodzakelijk is.⁷ Dit laatste draagt bij aan het voorkomen dat zeer kwetsbare ouderen, die deze zorg het hardst nodig hebben, onnodig op een wachtlijst belanden of te lang in het ziekenhuis verblijven.

Vraag 7

Wat is de status van de aangekondigde regionale coördinatiepunten voor het matchen van patiënten met beschikbare zorgplekken? Hoeveel zijn er inmiddels operationeel en hoe effectief zijn ze?

Antwoord 7

Er is een landelijk dekkend netwerk van regionale coördinatiefuncties ELV ingericht om zorgverleners te helpen bij het vinden van een geschikt en beschikbaar tijdelijk verblijfsbed. In totaal zijn er verspreid door het land 47 van deze regionale coördinatiefuncties. Ze bevorderen de samenwerking in de eerstelijns tussen ziekenhuis, huisarts en ouderenzorgorganisaties door de beschikbare capaciteit van tijdelijke zorg inzichtelijk te maken. Daarnaast wordt in iedere Regionaal Overleg Acute Zorgketen (ROAZ)-regio gewerkt aan de implementatie van zorgcoördinatie. Daarmee wordt ook in de acute situatie voor patiënten met een niet-levensbedreigende zorgvraag de best passende zorg op de juiste plek gezocht. In de loop van 2025 wordt door iedere regio een transformatieplan opgesteld voor de implementatie van zorgcoördinatie. Ook de doorontwikkeling van het krijgen van inzicht in beschikbare zorgcapaciteit is onderdeel van de plannen voor zorgcoördinatie. Dit is van belang voor het matchen van patiënten met beschikbare zorgplekken. In april 2025 zijn hier bestuurlijke afspraken over gemaakt.⁸

Vraag 8

Hoe staat het met de ontwikkeling van zorgbuurthuizen? Ziet u hierin een structurele oplossing om ouderen sneller uit het ziekenhuis te laten doorstromen?

⁷ Hoofdpijnenakkoord Ouderenzorg | Publicatie | Rijksoverheid.nl

⁸ Bestuurlijke afspraken «Inzicht in Zorgcapaciteit» | Rapport | Rijksoverheid.nl

Antwoord 8

Er zijn diverse woonconcepten waarbij er een vorm is van omkijken naar elkaar en waar er ook zorg (op afroep) aanwezig is. Zorgbuurthuizen zijn op de buurt gerichte woonvormen waar ook mensen kunnen verblijven die meer aandacht nodig hebben. Een zorgbuurthuis is echter geen geriatrische revalidatie instelling. Wel kan een woonvorm zoals het zorgbuurthuis er voor zorgen dat mensen wat eerder naar huis kunnen ten opzichte van de situatie dat mensen alleen wonen, omdat andere bewoners een oogje in het zeil kunnen houden en steun geven in aanvulling op de zorg van een wijkverpleegkundige. Er is op dit moment één zorgbuurthuis ontwikkeld. De Kamer heeft een amendement aangenomen om een ondersteuningsteam op te richten die lokale initiatiefnemers, gemeenten, woningcorporaties en zorgaanbieders actief moet gaan ondersteunen bij het opzetten van zorgbuurthuizen en vergelijkbare kleinschalige en betaalbare woonzorgvormen voor ouderen. Op dit moment wordt onderzocht of het huidige Aanjaagteam Wonen en Zorg voor Ouderen hier een rol in kan spelen.

Vraag 9

Wat doet u om personeelstekorten in de thuiszorg en verpleeghuiszorg aan te pakken, met name in vakantieperiodes zoals de zomer, zodat de zorgcontinuïteit gewaarborgd blijft?

Antwoord 9

Het HLO en het onderhandelaarsakkoord van het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA) zijn beide gericht op het verminderen van de vraag naar personeel. Er zijn daarom afspraken gemaakt om het werk in de sector aantrekkelijker en efficiënter te maken, zoals de afspraken over het verminderen van de administratieve lasten van zorgverleners en het verbeteren van de scholing- en ontwikkelingsmogelijkheden. Zo wordt ernaar gestreefd werknemers in de sector te blijven boeien en binden. Met deze afspraken streven de partijen van de akkoorden ernaar dat zorg en ondersteuning voor iedere oudere die dat nodig heeft beschikbaar is en blijft door het hele jaar heen.

Daarnaast is per 2025 structureel € 60 miljoen beschikbaar om werkgevers te compenseren voor het opleiden van zij-instromers in de wijkverpleging. Op die manier zetten wij in op wijkverpleging die nu en in de toekomst beschikbaar is voor iedereen die dat nodig heeft.

Vraag 10

Klopt het dat er soms wel plekken beschikbaar zijn voor ouderen, maar dat bureaucratische of financiële belemmeringen de doorstroom verhinderen?

Antwoord 10

Wij hebben geen signalen dat bureaucratische of financiële factoren de doorstroom ernstig belemmeren als er wel plekken beschikbaar zijn. Zoals wij bij vraag 3 aangaven kunnen wel factoren, zoals inzicht in capaciteit, verschillende vormen van kortdurende zorg met eigen spelregels en personeelsschaarste, van invloed zijn op de vertraagde doorstroom. Het is aan de betrokken partijen om regionaal afspraken te maken over hoe de uitstroom van patiënten uit het ziekenhuis efficiënt vorm gegeven kan worden en te voorkomen dat patiënten onnodig lang in het ziekenhuis verblijven. Het is niettemin belangrijk dat de doorstroom van ziekenhuis naar een geschikte plek in een verpleeghuis of zorg thuis wordt verbeterd. Initiatieven als regionale coördinatiepunten, zoals beschreven bij vraag 7, helpen daarbij.

Vraag 11

Welke invloed hebben de omzetplafonds op de overgang van ouderen vanuit een ziekenhuis naar een verpleeghuis?

Antwoord 11

Omzetplafonds zijn een belangrijk instrument voor zorgverzekeraars om zorgcapaciteit zo goed mogelijk te benutten. Als een omzetplafond bereikt is kan de zorgaanbieder de patiënt doorverwijzen naar een andere zorgaanbieder of naar de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar moet er dan in het kader van zorgplicht voor zorgen dat deze zorg elders beschikbaar is. Als de

zorgverzekeraar alleen een alternatief kan bieden buiten het gecontracteerd aanbod van de polis, is de zorgverzekeraar verplicht deze zorg volledig te vergoeden. Ook kan er altijd extra worden gecontracteerd, in situaties waarbij de zorgplicht in het gedrang komt.

Vraag 12

Bent u bereid deze financiële en administratieve belemmeringen met spoed aan te pakken? Zo ja, binnen welk tijdpad? Zo nee, waarom niet?

Antwoord 12

Zoals wij in het antwoord op vraag 10 en 11 hebben aangegeven, zijn financiële of administratieve factoren niet de primaire oorzaak waardoor de doorstroom wordt belemmerd. Tegen deze achtergrond wordt vooral ingezet op de activiteiten die in antwoord 4 zijn genoemd om de doorstroom te bevorderen.

Vraag 13

Bent u bekend met het voorstel van V&VN Transferverpleegkundigen dat «het geld de patiënt moet volgen» in plaats van andersom? Deelt u deze visie en bent u bereid dit uitgangspunt te omarmen?

Antwoord 13

De kern van het voorstel is dat de financiering van de zorg moet meebewegen met de patiënt, in plaats van dat de patiënt zich moet aanpassen aan bestaande financieringsstructuren. In dat kader verwijs ik naar de afspraak in hoofdstuk 2 «Naar een nieuwe perspectief voor ondersteuning en zorg voor ouderen» in het HLO. Daarnaast wordt in het bekostigingsexperiment rondom de tijdelijke verblijfsbedden (ELV, GRZ en WijkKliniek) gekeken of modulaire bekostiging beter aansluit bij het bieden van zorg die gebaseerd is op de behoeften van de patiënt. Hiermee streven we naar het aanbieden van passende zorg die de patiënt nodig heeft, in plaats van standaard zorgtrajecten vanuit verschillende «hokjes» van het systeem.

Vraag 14

In het hoofdlijnenakkoord ouderenzorg is afgesproken dat alleen de meest kwetsbare ouderen nog in aanmerking komen voor een verpleeghuisplek. Deelt u de zorg dat dit leidt tot extra druk op ziekenhuizen en tot onwenselijke situaties voor ouderen?

Antwoord 14

Met de afspraken in het HLO sluiten we aan bij de maatschappelijke ontwikkelingen. Ouderen willen en kunnen zo lang mogelijk zelfstandig wonen in de voor hen vertrouwde omgeving met behoud van hun zelfstandigheid en eigen regie. Op het moment dat het nodig is, is het van belang dat voor hen goede ondersteuning en zorg beschikbaar is, aanvullend op wat zij zelf kunnen of met behulp van mantelzorgers of hun informele netwerk. De specifieke afspraak in het HLO om alleen de meest kwetsbare ouderen nog in aanmerking te laten komen voor een plek in het verpleeghuis sluit hierbij aan. Op basis van een afwegingskader zal bepaald worden of een oudere in aanmerking komt voor verblijf in een verpleeghuis. Een belangrijk onderdeel van dit afwegingskader is dat ook de sociale context wordt meegewogen. Het doel is om te voorkomen dat (zeer) kwetsbare ouderen te lang op een plek in het verpleeghuis moeten wachten met alle gevolgen van dien. Daarnaast is er ook bij een specifieke groep ouderen, die nog niet zijn aangewezen op de Wlz, behoefte aan een meer beschutte woonomgeving. Via het bouwprogramma voor ouderen dat de Minister van Volkshuisvesting en Ruimtelijke Ordening (VRO) samen met ons ontwikkelt, wordt ingezet op de creatie van extra zorggeschikte en geclusterde woningen. Daarnaast doen wij ook onderzoek hoe het concept van moderne verzorgingshuizen voor deze doelgroep daarbinnen kan worden vormgegeven. Indien deze extra woningen beschikbaar komen zal ook de doorstroom vanuit het ziekenhuis worden bevorderd.

Wij begrijpen dat er zorgen zijn over extra druk op ziekenhuizen en onwenselijke situaties voor ouderen maar tegelijkertijd staan we voor de uitdaging ondersteuning en zorg anders te organiseren vanwege de demografische ontwikkelingen en krapte op de arbeidsmarkt. Opnames in een ziekenhuis zijn

helaas niet altijd te voorkomen. Op het moment dat verblijf in een ziekenhuis niet langer nodig is, is het nodig om te zorgen voor een goede doorstroming naar huis waar thuiszorg geregeld is of naar een verpleeghuis indien nodig. In onze antwoorden op de vragen 4 en 7 hebben we aangegeven welke concrete stappen wij hierin zetten.

Vraag 15

Wat is uw reactie op de gemeentelijke bezuinigingen op huishoudelijke hulp en ondersteuning thuis?

Antwoord 15

De situatie die in dit artikel wordt geschetst is herkenbaar. Veel gemeenten en aanbieders hebben moeite met het organiseren van huishoudelijke hulp en ondersteuning en hebben wachtlijsten vanwege de krappe arbeidsmarkt en een groeiende vraag door de vergrijzing.

Het Kabinet voert daarom o.a. een brede studie naar de houdbaarheid en toekomst van de Wmo 2015 uit. Uw Kamer is daar reeds meermaals over geïnformeerd en naar verwachting zal uw Kamer in november het eindrapport van deze studie ontvangen. Het Kabinet en gemeenten zijn verder structureel met elkaar in gesprek over de bredere balans tussen taken, middelen en uitvoeringskracht. Bijvoorbeeld in het overhedenoverleg. Het Kabinet houdt daarbij ook aandacht voor de wijze waarop de taken die gemeenten hebben zich ontwikkelen ten opzichte van de beschikbare middelen.

Vraag 16

Bent u bereid hiervan een overzicht te maken en deze bezuinigingen, gezien het beleid dat ouderen langer thuis moeten wonen, terug te draaien?

Antwoord 16

Hoewel een overzicht van bezuinigingen niet beschikbaar is, krijgen wij wel signalen dat gemeenten verschillend omgaan met de hoge vraag naar ondersteuning, wachtlijsten voor de huishoudelijke hulp en de arbeidsmarkt-krapte in algemene zin. Daar zijn creatieve oplossingen in te zien, zoals het verlenen van voorrang aan inwoners met urgente problematiek of het uitkeren van een financiële tegemoetkoming per jaar in geld aan de inwoner, waarmee deze zelf hulp regelt. Deze oplossingen kunnen per gemeente verschillen. Ook hier is geen overzicht van beschikbaar en betreft het een lokale verantwoordelijkheid.

Vraag 17

Ziet u ook dat bezuinigingen op langdurige zorg en ondersteuning thuis leiden tot hogere kosten op andere plekken in de zorg, zoals ziekenhuizen?

Antwoord 17

Op de langdurige zorg en ondersteuning thuis is de afgelopen jaren niet bezuinigd, maar zijn per saldo juist extra middelen beschikbaar gesteld. De uitgaven aan Wlz-ouderenzorg in natura zijn volgens het Zorginstituut toegenomen van € 15,3 miljard in 2022 naar € 18,6 miljard in 2024.⁹ Dat is een stijging van ruim 21,5 procent (dus meer dan 10 procent per jaar). De door het Kabinet Rutte IV ingeboekte tariefmaatregelen voor de langdurige zorg hebben tot nog toe niet geresulteerd in lagere uitgaven, grotendeels omdat diverse maatregelen in 2024 niet zijn doorgegaan (en vervolgens ook voor 2025 en 2026 controversieel zijn verklaard). Ook in de komende jaren zullen de beschikbare middelen voor de Wlz-ouderenzorg toenemen. De hogere kosten in ziekenhuizen hangen niet zozeer samen met bezuinigingen op langdurige zorg en ondersteuning thuis als wel met de organisatie van de zorg en de krapte op de arbeidsmarkt. Het is niettemin belangrijk dat de doorstroom van ziekenhuis naar een geschikte plek in een verpleeghuis of zorg thuis wordt verbeterd. Regionale coördinatiepunten helpen daarbij. In het HLO zijn daarnaast onder meer afspraken gemaakt over een andere organisatie van de Wlz-om de randvoorwaarden te scheppen om het arbeidsmarkt tekort te verkleinen.

⁹ Totale zorgkosten Wet langdurige zorg | Zorgcijfersdatabank.nl

Vraag 18

Bent u bereid de aangekondigde bezuinigingen op de Wet langdurige zorg (Wlz), die alleen dit jaar al 282 miljoen euro bedragen, en de komende jaren nog verder zullen oplopen, van tafel te halen?» Alsmede de bezuinigingen op het Wlz kader?

Antwoord 18

Nee. Deze besparingen zijn al verwerkt in het Wlz-kader en hebben niet geleid tot beleidsmatige tariefkortingen. De besparingen vloeien voort uit preventie, de inzet van passende zorg en kostenonderzoek van de NZa. In het Wlz-kader wordt voorts afdoende rekening gehouden met hogere uitgaven als gevolg van groei en loon- en prijsstijgingen. Er is op dit moment, ook gegeven de februaribrief van de NZa, geen aanleiding om middelen toe te voegen aan het Wlz-kader. Sterker nog de NZa signaleerde dat er ruim voldoende middelen beschikbaar zijn in 2025 om zorg in te kunnen kopen. Er is op dit moment geen sprake van een tekort in het kader en daarmee kan Wlz zorg worden geboden aan cliënten die dit nodig hebben.

Vraag 19

Deelt u de mening dat zorg vooral georganiseerd moet worden rond de behoeften van de patiënt, en niet volgens de «hokjes» van het systeem? Zo ja, hoe wilt u dit bereiken? Zo nee, waarom niet?

Antwoord 19

Zorgwetten zijn versnipperd georganiseerd. Daardoor komen mensen soms knel te zitten tussen de wettelijke systemen. Zeker voor kwetsbare groepen, die zorg nodig hebben uit meerdere wetten, zoals ouderen, is dit onwenselijk. In het regeerprogramma is daarom opgenomen dat het kabinet ervoor zal zorgen dat zorgwetten beter op elkaar worden afgestemd. Daar waar doorrekeningen aantonen dat het goedkoper en efficiënter kan, worden voorbereidingen getroffen om ze ook samen te voegen. Wij hebben ook afspraken met partijen hierover gemaakt in het Hoofdlijnenakkoord Ouderenzorg. Parallel werken we, naar aanleiding van de motie van het lid Krul (CDA)¹⁰, aan de voorbereidingen voor de instelling van een staatscommissie die onderzoek gaat doen naar en met voorstellen komt voor een toekomstbestendige en weerbare inrichting van het zorgstelsel.

Vraag 20

Heeft u ouderen gesproken die tegen dit probleem aanlopen? Zo ja, wat vertellen zij en wat voelt u daarbij? Zo nee, waarom heeft u hen niet gesproken?

Antwoord 20

De Staatssecretaris Langdurige en Maatschappelijke Zorg heeft vanuit haar werk in de verpleeghuiszorg veel contact gehad met ouderen en ook over deze problematiek gehoord. Het motiveert haar om zich in te blijven zetten voor deze groep.

¹⁰ Kamerstukken II 2024/2025, 36 600-XVI nr. 69