



*Advies*

**“Ouderenbeleid, -zorg en -welzijn;  
de omslag!”**

**December 2019**

## **De Sociaal Economische Raad**

De Sociaal Economische Raad (SER) is een bij landsverordening ingesteld onafhankelijk overleg- en adviesorgaan dat de regering adviseert over allerlei belangrijke onderwerpen van sociaal-economische aard.

In de SER hebben vertegenwoordigers van werknemers- en werkgevers-organisaties en onafhankelijke deskundigen zitting. De leden van de SER bespreken allerhande aangelegenheden op sociaal-economisch gebied en brengen hierover gevraagd en ongevraagd adviezen, nota's en rapporten uit.

Met de instelling van de SER heeft de overheid het mogelijk gemaakt voor sociale partners om zich vrijelijk en ongebonden, gevraagd of ongevraagd uit te spreken over het sociaal economische beleid.

De adviezen, rapporten en nota's van de SER zijn, nadat zij door de regering openbaar zijn gemaakt, digitaal verkrijgbaar bij de SER.

### Contactgegevens van de SER

Adres : L.G. Smith Boulevard 134  
Oranjestad  
Aruba  
Telefoon : 00297-5832713  
Fax: : 00297-5838956  
E-mail : [info@ser.aw](mailto:info@ser.aw)  
Website : [www.ser.aw](http://www.ser.aw)

## Inhoudsopgave

<b>Samenvatting</b> .....	<b>2</b>
<b>Aanleiding</b> .....	<b>4</b>
<b>1. Ouderen als kwetsbare groep</b> .....	<b>7</b>
1.1 Inkomsten.....	7
1.1.1 Inkomsten uit pensioen .....	8
1.1.2 Inkomsten uit Arbeid.....	9
1.2 Sociaal-emotionele ontwikkeling.....	12
1.3 Fysiek-en cognitief functioneren.....	13
1.3.1 Fysiek functioneren .....	13
1.3.2 Cognitief functioneren .....	14
1.4 Gezondheid en (mantel)zorg .....	15
<b>2. Uitdagingen in de (welzijns)zorg</b> .....	<b>17</b>
2.1 De samenwerking/afstemming tussen instanties/specialisten .....	17
2.2 ‘Cure & care’ .....	17
2.3 Kwaliteit van zorg.....	18
2.4 Uitgebrachte adviezen/rapporten .....	19
<b>3. Ouderdom overkomt ons allen</b> .....	<b>20</b>
<b>4. Aanbevelingen, randvoorwaarden en acties: de omslag!</b> .....	<b>24</b>
4.1 Advies op centrale vraagstelling.....	24
4.2 Aanbevelingen t.a.v. mantelzorg ondersteuning.....	25
4.3 Aanbevelingen t.a.v. participatie van ouderen .....	25
4.4 Aanbevelingen t.a.v. kwaliteit van zorg .....	26



## Samenvatting

De Sociaal-Economische Raad (SER) heeft in haar advies zich gebogen over de kwaliteit van (intra- en extramurale)zorg, financieringsstructuur, mantelzorg en participatie van ouderen. De Raad pleit voor een totale omslag in de wijze waarop er op Aruba gekeken en omgegaan wordt met zorgstructuur, -beleid en welzijn van ouderen in haar totaliteit.

Deze omslag betreft verandering op het gebied van:

- een systeem van 'cure' naar een systeem van 'cure & care';
- een leeftijdsgebonden zorgstructuur naar een op basis van zorgbehoefte systeem;
- een inkomenstoets naar een vermogenstoets (bij plaatsing in verpleeg-/bejaardentehuizen);
- de acceptatie van de sociale realiteit zijnde vergrijzing en zich richten op de mogelijke voordelen hiervan;
- het besef dat ouderdom niet het probleem is, maar het ongezond ouder worden;
- het stimuleren van een gezonde levensstijl in alle fasen van iemands leven.

In dit advies wordt de situatie van de ouderen als kwetsbare groep beschreven aan de hand van factoren die hun welzijn in gevaar kunnen brengen. Genoemde factoren zijn gecategoriseerd onder:

- Inkomsten;
- Sociaal-emotioneel ontwikkeling;
- Fysiek- en cognitief functioneren;
- Gezondheid en (mantel)zorg

Het advies bevat de voornaamste knelpunten in de ouderenzorg met betrekking tot de samenwerking/afstemming tussen instanties/specialisten, 'cure & care', kwaliteit van zorg en uitgebrachte adviezen/rapporten. Daarnaast wordt stilgestaan bij de "ouderdom" en het fenomeen van "ouder worden" en de implicaties hiervan voor zowel het individu als voor de samenleving.

Tot slot wordt in het advies aanbevelingen en randvoorwaarden gepresenteerd. De SER stelt dat het bereiken en waarborgen van een goede kwaliteit van ouderenzorg onderhevig is, aan de mate waarin gezondheid en een actieve deelname door de hele samenleving wordt beleefd en erkend vanaf geboorte tot

aan de laatste adem. Zolang er geen een andere kijk op gezondheid, zorg en vergrijzing plaatsvindt, zal de draagbaarheid en duurzaamheid van de fondsen van de AZV en SVB een uitdaging blijven.

De SER concludeert verder in haar advies dat een integraal beleid, die aansluit bij de visie en regelgeving van de diverse gebieden noodzakelijk is. Hiermee kan, teneinde de omslag op het gebied van zorg en gezondheid ten behoeve van een participatieve samenleving gerealiseerd worden.



## Aanleiding

De Minister van Volksgezondheid heeft op 26 maart 2018 een adviesverzoek bij de SER ingediend met de volgende onderzoeks(deel-)vragen;

*“Wat kan de overheid doen om een goede kwaliteit van de intra- en extramurale ouderenzorg te bieden en te waarborgen?”*

1. Hoe kunnen de zorgkosten (intra- en extramuraal) zo optimaal mogelijk worden ingericht en vergoed door bijvoorbeeld de AZV en/of derden?
2. Hoe kan de mantelzorg verder worden ondersteund en/of uitgebreid zodat ouderen langer thuis kunnen blijven wonen?
3. Hoe kan de participatie van ouderen in de samenleving worden gestimuleerd?

Gezien (de omvang van) de onderzoeksvragen heeft de Raad besloten om het advies in deelrapporten uit te brengen.

In december 2018 heeft de Raad al het adviesrapport “Herstructurering van de (ouderen)zorgfinanciering” uitgebracht, waarin de eerste deelvraag van het verzoek van de minister, vanuit een meer financieel-sociaal aspect bekeken, is behandeld.

Teneinde beantwoording op de eerste deelvraag te geven heeft de Raad in bovengenoemd adviesrapport haar visie op zorg, als volgt geformuleerd:

*“Een gezonde samenleving waar zorg voor alle zorgbehoevenden centraal staat - de juiste zorg op de juiste plaats, met de juiste kwaliteit en de juiste prijs-, waarin de burgers bewust is van de eigen gezondheid en de eigen verantwoordelijkheid hierin draagt.”*

Om bovengenoemde visie in het kader van gezondheidszorg waar te kunnen maken, dienen er volgens de Raad, allereerst belangrijke verschuivingen plaats te vinden in de zienswijze en in het huidige beleid ten aanzien van de zorg, alsmede vanuit nieuwe uitgangspunten gewerkt te worden, namelijk:

1. Het kiezen voor zorg impliceert dus een definitie van zorg en een omslag binnen de huidig zorgsysteem/-stelsel waarin zowel herstel/genezing (‘cure’) als welzijn en welbevinden (‘care’/langdurige zorg) onderdeel van uitmaken.
2. In het kader van een zorgsysteem/-stelsel waarbij ‘cure’ én ‘care’ onderdeel van moeten uitmaken, is het van belang om de zorgbehoefte

van de patiënt als uitgangspunt te nemen en te werken met zorgprofielen (ongeacht de leeftijd).

3. Aansluitend op punt 2, kunnen zorgzwaartemetingen gehanteerd worden waar een prijskaart aangehangen kan worden. De zorgzwaartemeting is een inventarisatielijst van zorghandelingen (inclusief de puur medische handelingen) die nodig worden geacht binnen de verschillende zorgprofielen (op basis dus van de zorgbehoefte).

In voorgenoemd rapport is gesteld dat een verantwoord ouderenzorgbeleid zich niet kan permitteren om slechts naar de zorg voor en naar ouderen te richten (dus niet aan een leeftijd gerelateerde zorgstructuur). Een totale omslag binnen de bestaande zienswijze geeft een bredere 'scope' en draagt zorg voor alle zorgbehoevende binnen de samenleving ongeacht leeftijd.

De belangrijkste conclusies en aanbevelingen van bovengenoemd adviesrapport zijn:

1. *Wet- en regelgeving*: artikel 17 van de Landsverordening AZV, waarin zowel kruiswerk als kraamzorg staan opgenomen, dient te worden bekrachtigd door middel van een landsbesluit.
2. *Zorgplicht*: burgers dienen als financieel zorgplichten voor hun hulpbehoevende ouder(s) en hun andere zorgbehoeftige bloedverwanten (in de opgaande lijn) te worden beschouwd.
3. *Zorgprofielen*: het introduceren van de zorgprofielen binnen een wettelijk kader.
4. *Introduceren van een vermogenstoets bij plaatsing binnen zorg- en verpleegtehuizen*: in het kader van de duurzaamheid van de beheerskosten en het introduceren van een eigen bijdrage, acht de Raad het van belang om naast een inkomenstoets ook een vermogenstoets toe te passen en in te voeren.
5. *Het instellen van een indicatiecommissie*: teneinde de patiënt c.q. zorgbehoeftige zorg op maat aan te kunnen bieden en zijn/haar eigen bijdrage te kunnen bepalen.

Conform het besluit van de Raad worden in onderhavig document de deelvragen 2 en 3 alsmede de hoofdvraag behandeld. Ten behoeve hiervan zijn er gesprekken gevoerd en data verzameld, alsmede informatie, standpunten en ideeën geïnventariseerd van verschillende instanties en stakeholders waaronder, Stichting SABA, Directie Volksgezondheid (DVG), Directie Sociale Zaken (DSZ), Centro di Memoria (CDM), Stichting Club Kibrahacha en Stichting Wit Gele Kruis (WGK). Dit adviesrapport bevat in grote mate een



compilatie van hun inbreng, ideeën en aandachtspunten, resultaten van deskresearch, alsmede de visie en uitgangspunten van de Raad.

Two blue ink signatures are located in the bottom right corner of the page. The top signature is a stylized, cursive mark, and the bottom signature is a more complex, multi-stroke cursive mark.



## 1. Ouderen als kwetsbare groep

Het ouder worden brengt verschillende beperkingen op verschillende gebieden met zich mee. Deze beperkingen kunnen ervoor zorgen dat ouderen kwetsbaar worden. In dit hoofdstuk wordt aandacht besteed aan de kwetsbare ouderen in onze samenleving. Hier volgt een aantal knelpunten en uitdagingen rondom kwetsbare ouderen. Dit vanuit de invalshoek van de instanties en stakeholders die met en voor ouderen werken en die op de één of andere wijze zich inzetten voor de welzijnsbevordering van deze doelgroep.

Het welzijn van ouderen kan in gevaar gebracht worden door bijvoorbeeld daling van inkomsten, isolatie en gezondheidsproblemen. Genoemde factoren kunnen worden gecategoriseerd onder:

- Inkomsten;
- Sociaal-emotionele ontwikkeling;
- Fysiek- en cognitief functioneren;
- Gezondheid en (mantel)zorg.

### 1.1 Inkomsten

Inkomsten, hetgeen voor elk individu van essentieel belang is, komen in het geval van ouderen voornamelijk uit arbeid en/of pensioen. Naast het voorzien in de basisbehoeften, hebben inkomsten en arbeid invloed op verschillende delen van iemands leven, waaronder de zelfstandigheid, de productiviteit en de (sociale) participatie. Alhoewel Land Aruba nog geen bestaansminimum hanteert en/of heeft vastgesteld, geeft het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) in een recente publicatie aan dat het bestaansminimum voor een éénpersoonshuishouden in 2019, AWG. 2300,00 bedraagt<sup>1</sup>. De Raad heeft tot op heden geen aanzet van de regering geconstateerd om –bijvoorbeeld op basis van de indicaties van het CBS- een wettelijk bestaansminimum in te stellen. Reden hiervoor is niet bekend maar aangenomen kan worden dat de enorme (financiële) implicaties van het vaststellen van een bestaansminimum vast en zeker een rol spelen.

---

<sup>1</sup> <http://cbs.aw/wp/wp-content/uploads/2019/07/PR-CPI-0819.pdf>

### 1.1.1 Inkomsten uit pensioen

Op Aruba ontvangt een oudere in de zin van de Landsverordening Algemeen Ouderdomsverzekering, bij het bereiken van de pensioenleeftijd op grond van voornoemde landsverordening, een AOV/AWW uitkering. Deze uitkering bedraagt voor een ongehuwde een bedrag van AWG. 1.132,00 en voor een samenwonend echtpaar maximaal AWG. 1.906,00<sup>2</sup>.

Aangezien voornamelijk data uit 2010 beschikbaar is, zal hierna een beeld geschetst worden van de inkomenssituatie van 60 plussers uit 2010.

In 2010 is door het CBS het bestaansminimum vastgesteld op AWG. 1.985,00 per éénpersoonshuishouden<sup>3</sup>.

Onderstaand tabel geeft het percentage en het aantal personen aan in de leeftijdsgroep vanaf 60 jaar met een inkomen onder AWG. 2.000,00.

*Tabel 1: Percentage en aantal personen met inkomen gelijk of minder dan AWG. 2.000,00 leeftijdsgroep 60+ in 2010.*

Leeftijdsgroep	% met inkomen ≤1551-2000	Totaal
60-64	45.1%	1 791
65-69	53.9%	667
70-74	61.0%	266
75-79	68.4%	62
80+	61.1%	19

Bron: census 2010, ECLAC/CELADE Redatam+SP 11/06/2019

Volgens de cijfers van de Sociale Verzekeringsbank Aruba (SVb) waren er in 2010 een totaal van 16.885 gepensioneerden<sup>4</sup>. Indien deze cijfers vergeleken worden met de cijfers van de Censo 2010 (representatief voor de bevolking) kan van eenzelfde verdeling worden gesproken. Dit betekent dat er van de 16.885 gepensioneerden tussen de 45% en 60% een maandelijks inkomen hebben van AWG. 2.000,00 of minder en dus rond of onder het bestaansminimum leven.

<sup>2</sup> <https://www.SVbaruba.org/pensioen/seguero-di-biehes/>

<sup>3</sup> [http://cbs.aw/wp/wp-content/uploads/2015/11/Report\\_Bestaansminimum\\_2010.pdf](http://cbs.aw/wp/wp-content/uploads/2015/11/Report_Bestaansminimum_2010.pdf)

<sup>4</sup> <https://www.SVbaruba.org/wp-content/uploads/2010/07/Overview-social-funds-2005-20131.pdf>

Voor 2019 meldt de SVb dat het aantal AOV gepensioneerden<sup>5</sup> rond 23.000 is geworden. Dit zou dus kunnen betekenen dat indien dezelfde ontwikkeling zich heeft doorgezet dat er ongeveer 10.000 gepensioneerden rond of onder het bestaansminimum leven, waardoor ze tot de groep van financieel kwetsbaren in de samenleving behoren. Een groep van ongeveer 3.000 gepensioneerden van het totaal aantal gepensioneerden op Aruba, doen het een stuk beter aangezien zij gepensioneerde ambtenaren zijn die extra pensioen hebben opgebouwd en dus naast de AOV extra inkomsten ontvangen. Maar ook zij hebben, door het bereiken van de pensioenleeftijd, te maken met de gevolgen van een achteruitgang in inkomen.

Binnen de totale groep van gepensioneerden op Aruba, bestaat nog een groep waarvan hun situatie nog schrijnender lijkt te zijn: de gepensioneerde gastarbeiders/migranten. Het gaat hier om mensen die naar Aruba zijn gekomen om de tekorten op de arbeidsmarkt aan te vullen en bij te dragen aan de economische groei. Echter, hun pensioen/AOV wordt ingekort omdat zij niet “lang genoeg” op Aruba hebben gewoond. Deze groep mensen kunnen bij het bereiken van de pensioenleeftijd vaak in grote financiële nood verkeren. De heer Jacobs (2018) van de (SVB) stelt dat: “The AOV system is not a friendly system to migrants: as consequences of the reductions applied to them, the provision provided can be classified as not adequate”<sup>6</sup>.

Naast de financiële problemen doen zich onder deze groep ook vaak sociale problemen voor. Hun beperkte sociale (opvang)netwerk speelt hierbij ook een rol. Deze twee factoren maken dat de gepensioneerde migranten in een economisch extra kwetsbare situatie verkeren.

### **1.1.2 Inkomsten uit Arbeid**

Gezien de informatie voorgaande paragraaf 1.1.1 kan er worden gesteld dat voor een grote groep ouderen (inkomen uit) arbeid een uitdaging en/of een noodzaak is. Er is weinig data bekend over de wens van ouderen om (wel of niet uit noodzaak of uit sociale drijfveren) na hun pensioenleeftijd door te werken. Wel kan de vraag gesteld worden of er ter verlichting van hun penibele

---

<sup>5</sup> [www.svbaruba.org](http://www.svbaruba.org)

<sup>6</sup> Jacobs. (2018): Presentatie: ‘Does the AOV provide an adequate provision to the Aruban elderly?’ ‘The struggle for a decent pension in an aged society’ SVb Aruba.

economische situatie hun verdere participatie op de arbeidsmarkt na het bereiken van de pensioenleeftijd op zijn minst mogelijk moet zijn. Althans voor degenen die de wens hebben en fysiek/cognitief in staat zijn, om door te werken.

Beschikbare data uit de Censo 2010 laat zien dat er in de leeftijdsgroep van 60 tot 69 jaar een totaal van 2572 personen hebben aangegeven, werkzaam te zijn, dit tegenover een totaal van 6024 inactieven<sup>7</sup>(zie tabel 2). Van de inactieven wordt aangenomen dat ze gepensioneerd zijn daar het aantal overeenkomt met het aantal ondervraagde gepensioneerde respondenten.

Tabel 2: Kernarbeidsmarktcijfers 2010 60-plussers

Leeftijdsgroep	Werkenden	Werklozen	Inactieven	Totaal
60 - 64	1863	174	3075	5112
65 - 69	709	67	2949	3725
70 - 74	280	16	2628	2925
75 - 79	70	3	1890	1964
80 - 84	15	-	1078	1093
80+	6	-	776	496

Bron: census 2010, ECLAC/CELADE Redatam+SP 11/06/2019

In het onderzoek van de Censo 2010 is ook aan deelnemers (uit dezelfde leeftijdscategorie) gevraagd naar de reden waarom ze niet werkzaam zijn. Tabel 3 geeft een overzicht hiervan.

<sup>7</sup> Inactieven zijn personen die niet werkzaam zijn maar ook niet op zoek zijn naar werk.

Tabel 3: Reden zonder werk 60-plussers

Leeftijdsgroep	Gepensioneerden /levens van AOV	Huisvrouw /huisman	Gezondheidsredenen	Andere	Totaal	% Gepensioneerde AOV, Huisvrouw/huisman en andere
60 - 64	2 589	248	124	89	3 073	95%
65 - 69	2 676	145	63	56	2 949	98%
70 - 74	2 419	106	55	41	2 627	98%
75 - 79	1 734	74	34	44	1 890	98%
80+	1 703	32	38	78	1 851	98%

Bron: census 2010, ECLAC/CELADE Redatam+SP 11/06/2019

Uit bovenstaande gegevens geven slechts 276 personen aan om gezondheidsredenen niet te (kunnen/willen) werken. Dit maakt de potentiële groep uit deze categorie die eventueel zouden kunnen (indien de wens bestaat) participeren aanzienlijk groot.

Uit de verschillende gesprekken met stakeholders, ten aanzien van de huidige mogelijkheden tot verdere participatie van ouderen op de arbeidsmarkt, kan het volgende worden geconcludeerd:

1. *Het fiscaal systeem is onvriendelijk voor arbeidsparticipatie van ouderen:* het huidige belastingsysteem op Aruba is uitermate onvriendelijk voor ouderenparticipatie- waarbij de gezonde ouder die nog veel bij te dragen heeft, totaal wordt uitgezonderd. Indien een persoon bij het bereiken van zijn/haar pensioenleeftijd nog wenst of de noodzaak heeft om door te werken, wordt hij/zij fiscaal beschouwd als een “zelfstandige ondernemer”, waardoor hij/zij zowel het werkgeversdeel als het werknemersdeel van de premies moet betalen. Hierdoor is het financieel zeer onvoordelig om verder (part- of fulltime) door te werken.
2. *Dure kracht:* bij het bereiken van de pensioenleeftijd wordt de werknemer indien deze in dienstverband wordt gehouden een dure kracht voor werkgevers. Dit komt o.a. doordat deze werknemer (in de privésector<sup>8</sup>) die na het bereiken van zijn/haar pensioenleeftijd nog in dienst wordt gehouden, het recht op cessantia blijft houden en dit uit te keren bedrag

<sup>8</sup> In de publieke sector geldt er geen cessantiaregeling.

alsmaar hoger wordt. Terwijl aan de andere kant van deze werknemer verwacht mag worden dat zijn/haar productiviteit gaandeweg zal dalen en het ziekteverzuim zal toenemen. Dus de cessantia-regeling en de beperkte mogelijkheden voor het instellen van flexibele uren zijn bepalende overwegingen voor de werkgever om een werknemer op pensioenleeftijd, ongeacht zijn capaciteit en potentiële bijdrage, in dienst te houden.

## 1.2 Sociaal-emotionele ontwikkeling

Ouderdom gaat gepaard met verschillende veranderingen voor wat betreft de aan deze levensfase gebonden sociaal-emotionele ontwikkeling. De kijk op ouderdom en het ouder worden voor een groot deel bepaald door de wijze waarop met deze veranderingen wordt omgegaan. Het natuurlijke verouderingsproces kan in een zekere fase door plotselinge gebeurtenissen versneld worden. Bijvoorbeeld het overlijden van de partner of een ziekte, waardoor de persoon plotseling fysiek/emotioneel sterk achteruit gaat.

Belangrijke kenmerken binnen de sociaal-emotionele ontwikkeling van ouderen betreffen o.a. isolatie/eenzaamheid en de mate van participatie binnen de samenleving. Het gevoel van eenzaamheid is één van de gevolgen van isolatie en komt onder de groep van ouderen in grote mate voor. Het Nationaal Ouderenfonds in Nederland stelt als volgt: “Eenzaamheid verhoogt de bloeddruk, het stressniveau en de kans op een depressie. Eenzame ouderen blijken 14% meer kans te hebben op een vroege dood dan de gemiddelde persoon. Daarmee is de kans op vroeg overlijden bij eenzaamheid twee keer zo groot als bij overgewicht”<sup>9</sup>.

Eenzaamheid en isolatie kunnen het gevolg zijn van het hedendaagse (steeds kleiner wordende) gezin maar kunnen ook het gevolg zijn van een gebrek aan maatschappelijke participatie. Het bereiken van de pensioenleeftijd wordt door velen als een val in de leegte ervaren. Dit terwijl ouderen, ook al zijn ze niet meer actief op de arbeidsmarkt, nog altijd veel nuttige kennis en ervaringen hebben die ze (graag) aan de jongere generaties kunnen overdragen. Gezien de omvang dan deze groep (21% van de totale bevolking)<sup>10</sup> is het opmerkelijk dat er op Aruba geen enkele formele belangenbehartigende organisatie, die

<sup>9</sup> <https://www.ouderenfonds.nl/activiteiten/eenzaamheid>

<sup>10</sup> Bron: Quarterly Demographic Bulletin, CBS, 3de kwartaal, 2019. (21% is gelijk aan 23.988 mensen).

representatief voor deze doelgroep is, bestaat, noch een politieke partij opgericht van en voor ouderen.

Een factor die invloed heeft op de maatschappelijke participatie van -en op het bestrijden van isolatie onder ouderen is vervoer. Hoewel het openbaar vervoer op Aruba niet het meest gebruikte transportmiddel is, is het voor degenen die wel hiervan afhankelijk zijn, een regelrechte nachtmerrie. Voor wat betreft de mate van toegankelijkheid, bruikbaarheid en klantvriendelijkheid is het openbaar vervoer ver onder de maat, in het bijzonder voor de mensen met een handicap of die minder mobiel zijn. Een handicap/beperking vriendelijk openbaar vervoer beleid zou routes en opstapplaatsen moeten bieden die dicht bij “huis” zijn, met korte loopafstanden en met makkelijke (toegankelijke) in/uitstap bus drempels. De stichting Club Kibrahacha verzorgt samen met de Arubus aangepaste transport voor ouderen, echter kunnen zij door een gebrek aan middelen niet aan de totale vraag voldoen.

### **1.3 Fysiek-en cognitief functioneren**

Ouderen behoren tot de grootste groep mensen met een (gezondheid)beperking/handicap, wat deze groep ook kwetsbaarder maakt ten opzichte van andere leeftijdsgroepen. In de volgende paragrafen wordt er aandacht besteed aan mobiliteit, de digitale drempel en de toenemende gezondheidsproblemen die van invloed kunnen zijn op het fysiek- en cognitief functioneren en op de algehele gezondheid van ouderen.

#### **1.3.1 Fysiek functioneren**

Het fysiek functioneren van ouderen speelt een belangrijke rol voor hun mobiliteit. De mate van mobiliteit staat in direct verband met de mate van zelfstandigheid dus met de mate van welzijn en kwaliteit van leven. Problemen bij de mobiliteit kunnen enigszins opgevangen worden door het gebruik van hulpmiddelen. Hierbij kan gedacht worden aan rolstoel, rollator, scootmobiel maar ook aan aanpassingen in/of rondom de woning zoals een stoeprand met hellingbaan, handgrendels in de badkamer e.d. Aan al deze hulpmiddelen hangt er echter een prijskaartje. Voor de financieel kwetsbare ouderen vormt dit een knelpunt waardoor de woonomgeving, in veel gevallen, in plaats van een

veilige en gelukkige plek, juist een grote belemmering en gevaar voor het welzijn van ouderen kan zijn.

### 1.3.2 Cognitief functioneren

Men vindt het heel “normaal” dat ouderen naarmate de leeftijd toeneemt vergeetachtig worden en cognitieve problemen hebben. Naast geheugenstoornissen kan na verloop van tijd ook één of meerdere van de volgende verschijnselen ontstaan, namelijk<sup>11</sup>:

- afasie (taal in woord of geschrift niet meer goed kunnen uitdrukken);
- apraxie (doelbewuste handelingen niet goed meer kunnen uitvoeren);
- agnosie (objecten niet meer kunnen herkennen);
- niet meer kunnen plannen en organiseren.

Als één of meer van deze symptomen zo ernstig zijn dat ze het dagelijks leven sterk beïnvloeden, spreekt men van dementie.

De regering van Aruba heeft onlangs aangekondigd meer gebruik te willen gaan maken van digitalisatie. De digitalisering van onze samenleving is voor deze doelgroep een extra uitdaging. De theorie van de technologiegeneratie gaat uit dat een mens met die technologische toepassingen kan omgaan die zij in de adolescentietijd zijn tegengekomen<sup>12</sup>. Een studie (Kort e.a., 2016)<sup>13</sup> naar de stimulatie van sociale binding en mobiliteit van ouderen door middel van technologie, wijst op de volgende factoren die een drempel vormen voor de ouderen, namelijk angst voor hoge kosten, ‘privacy issues’, gebruiksgemak, mate van controle over de technologie, beschikbaarheid van alternatieven en gevolgen voor de gezondheid (door bestraling) en eventuele extra belasting voor de mantelzorger. De lange rijen van gepensioneerden bij de banken op de betalingsdagen van het pensioen is een bekend gegeven. Het heeft te maken met een “angst” voor de technologie en digitalisering en tegelijkertijd is het ook een gelegenheid om in sociaal contact met anderen te komen. Voor het gebruik van technologie door ouderen is het van belang dat er sprake is van motivatie, geen angst hebben voor de nieuwigheid, bereidheid om het uit te proberen, gebruiksgemak, makkelijk te leren, mogelijkheid voor het ontvangen van

---

<sup>11</sup> <https://www.vilans.nl/docs/producten/WMOouderen.pdf>

<sup>12</sup> [https://issuu.com/hogeschoolutrecht/docs/technologie\\_voor\\_stimulatie\\_sociale](https://issuu.com/hogeschoolutrecht/docs/technologie_voor_stimulatie_sociale)

<sup>13</sup> Kort, H, Huisman, C., Van den Berg, P. (2016). Technologie voor de stimulatie van sociale binding en mobiliteit van ouderen, een deskstudie. Universiteit van Utrecht.



advies, training en aanmoediging (Tacken e.a., 2005)<sup>14</sup>. Er zal voor deze leeftijdsgeneratie het nodige gedaan moeten worden zodat zij niet achterblijven in hun deelname in deze digitalisering.

#### 1.4 Gezondheid en (mantel)zorg

Het ontstaan van of een toename in gezondheidsproblemen bij het ouder worden is een bekend verschijnsel. Echter gaat dit ook gepaard met een groeiende zorgbehoefte. Het nodig hebben van zorg hoort bij het ouder worden. Ten aanzien van de professionele zorg zijn de knelpunten uitgebreid aan bod gekomen in o.a. hoofdstuk 3 van de SER-advies inzake de financiering van de (ouderen)zorgkosten van december 2018<sup>15</sup>. Naast het aanbod aan (medische)zorg en hulp is een actieve rol van de oudere (lees ook patiënt) in zijn behandeling/zorg van belang. Reden waarom er ook in dit SER-advies nogmaals aandacht wordt besteed aan het respecteren van de wilsbekwaamheid van de oudere als patiënt en/of zorgbehoevende. Een gebrek hieraan geldt als een directe aanslag op hun zelfstandigheid en autonomie. Stakeholders geven aan dat de patiënt (ouderen) nog onvoldoende inspraak in hun behandeling en zorg hebben, alsmede in de beëindiging hiervan. In de laatstgenoemde gaat het dus over euthanasie, een thema waar in de Arubaanse samenleving uit “religieuze” overwegingen, en/of uit angst van de politicus om politieke zelfmoord te plegen, niet over wordt gesproken.

Ouderen lijken de groeiende zorgbehoefte te kunnen accepteren, echter hebben zij veelal de wens om zolang mogelijk thuis te kunnen blijven wonen en het liefst door hun kinderen (naasten) te worden verzorgd. De zogenoemde mantelzorg speelt naast de professionele zorg een belangrijke rol. Mantelzorg wordt volgens het Sociaal Cultureel Planbureau (SCP) in Nederland omschreven als alle hulp aan een hulpbehoevende door iemand uit diens directe sociale omgeving<sup>16</sup>.

---

<sup>14</sup> Tacken, M., Marcellini F., Mollenkopf H., Ruoppila I., Széman Z. (2005). Use and acceptance of new technology by older people. Findings of the international MOBILATE survey: ‘Enhancing mobility in later life’. *Gerontechnology*, 5(3), 178-179.

<sup>15</sup> SER advies: “Herstructurering van de (ouderen)zorgfinanciering” december 2018.

<sup>16</sup> [https://www.scp.nl/Publicaties/Alle\\_publicaties/Publicaties\\_2003/Mantelzorg](https://www.scp.nl/Publicaties/Alle_publicaties/Publicaties_2003/Mantelzorg)



De betreffende instanties en stakeholders geven aan dat er op het gebied van mantelzorg verschillende knelpunten zijn:

1. Er is geen duidelijk beeld (omvang/profiel) van de mantelzorg op Aruba, waardoor structurele en effectieve ondersteuning door (professionele) instanties moeilijk is. Hierdoor kunnen de uitdagingen van de mantelzorg niet duidelijk in kaart gebracht worden;
2. De mantelzorgers hebben onvoldoende toegang tot informatie en soms beseffen ze niet eens dat ze mantelzorgers zijn. Er bestaat een grote behoefte aan nationale voorlichting en aan een centraal meldpunt voor mantelzorgers;
3. Doordat het begrip “mantelzorg” nog een redelijk onbekend begrip is binnen de Arubaanse samenleving is er ook weinig voor deze groep geregeld op het gebied van ondersteuning, kennis alsmede eventuele tegemoetkoming/flexibiliteit van werkgevers en mogelijke fiscale voordelen.

Sankatsing (2011) stelt dat uit onderzoek is gebleken dat er een groep ouderen op Aruba is ( $\leq 10\%$ ) waarvan de leefomstandigheden niet goed zijn. Deze groep ouderen heeft vaak niemand die zij voor hulp kunnen benaderen of zijn ontevreden over de zorg die zij van hun kinderen krijgen. Dit wordt ontspoorde mantelzorg genoemd. Bij ontspoorde mantelzorg is er geen sprake van opzet of moedwil. Het is namelijk goede zorg die sluipenderwijs omslaat in verwaarlozing of verkeerde behandeling. Dit verschijnsel wordt ook door hulpverleners in het veld gesignaleerd als een groeiend probleem in de zorg van ouderen. Deze problematiek manifesteert zich op verschillende gebieden waarvan de twee voornaamste gebieden, het gezin en de (particuliere-) bejaardentehuizen/opvangcentra, zijn. Sankatsing (2011) trekt in zijn onderzoek de volgende conclusie ten aanzien van de ouderenzorg namelijk, dat “De slagader van het ouderenbeleid blijft de eigen natuurlijke omgeving”. Dit zou dus volgens Sankatsing het belangrijkste uitgangspunt binnen de zorg moeten zijn.

## 2. Uitdagingen in de (welzijns)zorg

In de gesprekken met de betrokken instellingen op Aruba, omtrent hun streven om een kwalitatief goede ouderenzorg te bieden, zijn de volgende belangrijke knelpunten naar voren gebracht:

1. Samenwerking/afstemming tussen instanties/specialisten.
2. ‘Cure & care’.
3. Kwaliteit van zorg.
4. Uitgebrachte adviezen/rapporten.

### 2.1 De samenwerking/afstemming tussen instanties/specialisten

Binnen de overheid en in de zorg- en dienstverlening bestaat al jaren een dynamiek tussen overheidsinstanties om “elkaar de hete bal toe te spelen”. De Directie Volksgezondheid en de Directie Sociale Zaken vormen geen uitzondering als het op zorg aankomt. Valt het vergoeden van een incontinentieluier onder een medisch- of een sociaal probleem/aspect? Dit lijkt een zeer simpel vraagstuk maar haar implicatie is veel ingewikkelder, vanwege de onduidelijkheden en meningsverschillen tussen diensten en directies, ten aanzien van de oorzaak van de zorgbehoefte, taakverdeling, de service, de wet- en regelgeving en de betaalbaarheid (begroting) van en rondom deze zorg.

### 2.2 ‘Cure & care’

Het feit dat ‘care’ vooralsnog niet toegevoegd is aan ‘cure’ komt meteen als volgend probleem naar voren. Dit probleem en de voorstellen om dit probleem op te lossen zijn uitgebreid aan bod gekomen in paragraaf 4.1.1 van het SER-advies inzake de financiering van de (ouderen) zorgkosten van december 2018<sup>17</sup>.

Een voorbeeld van de problematiek van de financiering van ‘cure & care’ is het invoeren van een ‘Transfer Unit’ bij het ziekenhuis. De ‘transfer unit’ is een aparte afdeling van het ziekenhuis die speciaal bedoeld is voor mensen die na ontslag uit het ziekenhuis meer behandeling/zorg nodig hebben maar die nog niet naar huis zouden kunnen gaan. Hoewel het ziekenhuis vanuit

---

<sup>17</sup> Idem 15.

kostenbesparende overwegingen dit besluit heeft genomen, zijn andere instanties van mening dat er andere “goedkopere” oplossingen zijn. Immers, een ziekenhuisbed (ook op een ‘transfer unit’) blijft altijd duurder dan een bed in bijvoorbeeld SABA. Het is ook nog frappant dat het Uitvoerend Orgaan van de AZV, de SABA (nog steeds) niet financiert (vanwege o.a. het huidige ‘cure’/‘care’ financieringsregeling) maar ondertussen worden de kosten voor een bed in de ‘transfer unit’ wel door het ziekenhuis aan de AZV gedeclareerd, met alle kostenverhogende gevolgen van dien.

### **2.3 Kwaliteit van zorg**

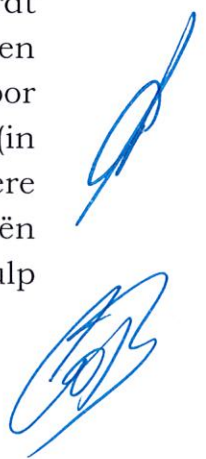
Vooralsnog lijken de betreffende instanties en stakeholders een verschillende visie te hebben en verschillende richtlijnen te hanteren ten aanzien van de (kwaliteit van de) zorg en het welzijn. De knelpunten ten aanzien van de kwaliteit van de zorg en het welzijn zijn tot overmaat voor een groot deel te wijten aan het feit dat zolang er niet wordt gewerkt volgens een systeem met zorgprofielen en zorgzwaarte, het moeilijk is om na te gaan wat kwaliteit van de zorg is en waar de zorgbehoeftes precies liggen. Immers de kwaliteit van de zorg van een “categorie 1 zorgbehoefte” zal toch verschillen met de kwaliteit van de zorg van een “categorie 7” (zie verder SER-advies: “Herstructurering van de (ouderen)zorgfinanciering”)<sup>18</sup>.

Een positief geluid is dat de Inspectie Volksgezondheid Aruba (IVA) bezig is met het vaststellen van een kwaliteitsstandaard, meetinstrumenten en minimum eisen.

Daarnaast zijn er onlangs voor verzorgingstehuizen bepaalde randvoorwaarden en minimum eisen via wet- en regelgeving geïntroduceerd. Dit feit op zich wordt toegejuicht, echter de kwaliteit van de zorg binnen bejaarden/verpleeghuizen vormt slechts een deel van het totale aanbod op het gebied van zorg (voor ouderen). Bij een omslag in de zorg waarin volgens zorgzwaartesysteem (in plaats van leeftijdgebonden zorgsysteem) wordt gewerkt zouden de particuliere bejaarden/verzorgingstehuizen in principe niet met zwaardere categorieën mogen werken. Voor deze categorieën wordt namelijk meer specialistische hulp nodig geacht.

---

<sup>18</sup> Idem 15.



## 2.4 Uitgebrachte adviezen/rapporten

De betreffende instanties en stakeholders geven aan dat er onvoldoende rekening wordt gehouden met hun uitgebrachte rapporten en aanbevelingen over het welzijn van ouderen. Zo zijn er over de laatste jaren verschillende adviezen/rapporten uitgebracht ter zake, echter lijkt het erop dat er geen of onvoldoende gehoor hieraan wordt gegeven. Deze instellingen uiten de wens om meer betrokken te worden op het gebied van beleidsvorming ten aanzien van ouderen. Er bestaat een ouderenplatform maar deze ligt in een “non-actieve”-status. Verder bestaat de wens uit het veld voor het instellen van een ouderenraad voor Aruba, waar ook zij onderdeel van vormen.

De Raad wil in dit kader aangeven dat bij het opstellen van adviezen en rapporten steeds weer blijkt een structureel gebrek te zijn aan data om strategische beleidsspeerpunten vast te stellen. Het lijkt meer een cultureel of structureel gegeven te zijn. Dit blijkt ook in het tot standkoming van dit advies het geval te zijn. Hierdoor ontbreekt er een compleet beeld over de zorgbehoeftes van de samenleving (en in het bijzonder van de kwetsbare groepen) op het gebied van armoede, zorg, gezondheid(pijlers) en voorzieningen, waardoor beleidsvorming te vaak op het niveau van ad hoc-beleid en “brandjes blussen” blijft, in plaats van effectief en duurzaam.

Two blue ink signatures are located in the bottom right corner of the page. The top signature is a stylized, cursive mark, and the bottom signature is a more complex, multi-looped cursive mark.

### 3. Ouderdom overkomt ons allen

Dit advies zou onvolledig zijn indien er niet wordt stilgestaan bij de “ouderdom” en het fenomeen van het “ouder worden” en diens implicaties voor zowel het individu als voor de samenleving. Immers, ouder worden is onvermijdelijk.

(Gezonde) ouderen kunnen een primaire rol hebben in het behouden van bepaalde waarden binnen de samenleving. De waardering van hun kennis, ervaring en functie in de samenleving wordt getoetst aan de mate van hun (mogelijkheid tot) participatie in de samenleving. Ook binnen het gezin kunnen ouderen een bijzondere rol vervullen. Ouderen (60-plussers) bezitten bruikbare kennis die op verschillende gebieden gebruikt kan worden. Het niet mogelijk maken om van deze kennis gebruik te maken kan eenzelfde effect hebben als ‘braindrain’ binnen de samenleving.

De invloed van een steeds meer geïndividualiseerde en gematerialiseerde samenleving drukt het zwaarst op de kwetsbare groepen binnen de samenleving en in dit geval worden ouderen niet gespaard. Gezinnen worden kleiner en de kinderen werken meestal voltijd waardoor er minder aandacht is voor de zorgbehoefte van de ouderen. Dit betekent dat het belangrijk is om aandacht te besteden aan het welzijn van ouderen en de samenleving in haar totaliteit.

De sociale realiteit van Aruba (en tevens over de hele westerse wereld) is vergrijzing (en alle gevolgen van dien). Gezien de huidige trend ten aanzien van geboortecijfers van de bevolking is het zeer onwaarschijnlijk dat er in de komende periode voldoende kinderen zullen worden geboren die de vergrijzing zou kunnen afremmen, evenals het onwaarschijnlijk is dat de overheid op de één of andere manier een verhoging van de geboortecijfers zal stimuleren. Daarnaast is het ook zeer onwaarschijnlijk dat de levensverwachting van de Arubaanse bevolking zal dalen.

De SVb<sup>19</sup> stelt dat volgens de ECLAC<sup>20</sup>, Aruba al in fase 4 van vergrijzing is beland –‘advanced aging’- en dat Aruba in de top 5 van de Amerikaanse landen met de meeste vergrijzing, staat. Dat dit verschijnsel zich zal voortzetten en dat

---

<sup>19</sup> Idem 6.

<sup>20</sup> ECLAC= United Nations Economic Commission for Latin America and the Caribbean

het de nodige aandacht vereist, wordt steeds vanuit verschillende instanties en stakeholders en vanuit verschillende invalshoeken binnen de samenleving op het hart van de regeringen gedrukt. Het is de verscheidenheid aan invalshoeken, deskundigheid, (sociale en financiële) belangen, uitgangspunten en principes ten aanzien van het ouder worden (en vergrijzing) en alles wat daaronder valt wat een alles omvattend verantwoord en duurzaam ouderenbeleid over de laatste jaren zo complex heeft gemaakt. Kortom, vergrijzing is de sociale realiteit, echter lijkt het erop dat de acceptatie hiervan door de overheid nog op zich laat wachten.

Het heeft lang geduurd, maar de nodige omslag is zowel op nationaal als internationaal niveau bekend: Ouder worden is niet het probleem, echter ongezond ouder worden met allerlei beperkingen (handicap en ziekte) wel. Met andere woorden: het gaat niet om de leeftijd maar om de gezondheid. In dezelfde adem kan dus ook worden gesteld dat vergrijzing op zich dus geen probleem hoeft te zijn. Het standpunt van de Directie Sociale Zaken (DSZ) hierover wordt in een onderzoek van Diaz (2014) samengevat tot: “het ouder worden op zichzelf mag niet gezien worden als een sociaal probleem. Eerder gaat het om mentaliteitsveranderingen en aanpassingen van de sociale structuren”<sup>21</sup>.

Volgens het onderzoek van Sankatsing (2011) beschouwt de 60-plusser zichzelf maatschappelijk niet als uitgespeeld en kent zichzelf integendeel een belangrijke rol toe in de samenleving<sup>22</sup>. Dus het tegenovergestelde kan hiermee geconcludeerd worden: vergrijzing is een bevestiging van het succes van je gezondheidszorg waarbij (gezonde) ouderen mee zouden kunnen draaien -en hun bijdrage zouden kunnen leveren- op verschillende gebieden (economisch, sociaal en/of cultureel). Het is wanneer de vergrijsde populatie met veel beperkingen (handicap en ziekte) te maken heeft, dat de uitdagingen zich manifesteren.

De World Health Organization (WHO) stelt ten aanzien van handicap/beperkingen dat bijna iedereen op enig moment in het leven, tijdelijk of permanent beperkt zal zijn. Een handicap/beperking is immers een onderdeel van de menselijke conditie en degenen die tot hoge leeftijd “overleven” zullen steeds meer moeite hebben met het functioneren<sup>23</sup>. Het

---

<sup>21</sup> Herbert I. Diaz (2014), Programmatische Welzijnsbevordering 2014. Ouderen op Aruba: een situatie schets, Cede Aruba (2013).

<sup>22</sup> Glenn Sankatsing (2011), Een goede oude dag, De stem van de zestigplusser op Aruba, Caribbean Reality Studies Center.

<sup>23</sup> World Health Organization (WHO). ‘Summary World report on disability’, (2011.)

belangrijke in deze stelling is dat het WHO hierbij “bijna iedereen” als uitgangspunt neemt en geen onderscheid maakt in leeftijd!

Vornoemde omslag wordt ook impliciet bevestigd via het Verdrag inzake “de rechten van personen met een handicap” die sinds 2006 in werking is gesteld<sup>24</sup>. Sinds 2006 zijn de mondiale beleidsmakers er van bewust dat de aandacht gericht moet zijn op het leven met een handicap. Het stimuleren van participatie (inclusie), het creëren van aangepaste infrastructuur en het bereiken van kwalitatieve zorg zouden niet slechts moeten gelden voor personen met een hogere leeftijd maar voor alle personen met een handicap of beperking. Dat personen van respectabele leeftijd een hoger risico ondervinden en dat de meerderheid van de populatie van mensen met een handicap - ouderen- zijn, is “slechts” een gegeven.

Kortom: Het belang dat er een omslag dient te komen van leeftijdgebonden (ouderen)zorg naar (chronische) zorg gerelateerd aan gezondheid, wordt door de Raad onderschreven. Dus met andere woorden een zorg die aan een profiel (behoefte/zwaarte afhankelijk van de beperking) gebonden is.

In dit kader kan dus gesteld worden dat een effectief ouderenbeleid begint bij een strategisch gezondheid(zorg)beleid, die als een rode lijn door de hele samenleving loopt. De speerpunt is om een gezonde levensstijl te stimuleren in alle fase van iemands leven. De WHO stelt dat over de hele wereld mensen met een handicap slechtere gezondheidsresultaten en lagere onderwijsresultaten hebben, minder economisch participeren en met hogere armoede kampen dan mensen zonder een handicap. Eventuele knelpunten dienen te worden gezocht in de mate waarin (gezondheid)beperkingen zich voordoen. Aandacht moet worden besteed aan de kern van de oorzaak van de beperkingen en op welke wijze deze kunnen worden opgevangen middels effectieve beleidsplannen (preventie) ten aanzien van gezondheid en zorgstructuur.

Beleidsvorming vindt haar wortels in een visie. Het is daarom van belang dat een visie wordt geformuleerd ten aanzien van welzijn (van ouderen/en of mensen met een gezondheidsbeperking). Het WHO stelt als visie hierin: “Een inclusieve wereld waarin we allemaal in staat zijn een leven van gezondheid, comfort en waardigheid te leiden<sup>25</sup>”. Uitgaande van het bovengenoemde is in het kader van dit advies nagegaan in hoeverre deze visie voor Aruba gedeeld zou kunnen worden en/of welke componenten ten aanzien van ouderen hierbij aan het huidige beleid toegevoegd zou kunnen worden.

---

<sup>24</sup> <https://verdragenbank.overheid.nl/nl/Verdrag/Details/011595>

<sup>25</sup> Idem 23.



Uit de gesprekken met de instanties en stakeholders kwamen er steeds drie belangrijke indicatoren naar voren bij de definiëring van het begrip welzijn van ouderen, namelijk:

1. De mate van mobiliteit;
2. De mate van zelfstandigheid (en behouden van autonomie);
3. De mate van participatie ('active aging')<sup>26</sup>.

Op basis van bovenstaande zou, indien er een poging gewaagd wordt om een visie voor Aruba te formuleren voor wat betreft het welzijn van ouderen, dit als volgt luiden:

*“Een inclusieve Arubaanse samenleving waarin iedereen in staat is een leven van gezondheid, comfort en waardigheid te leiden waarin de mate van mobiliteit, zelfstandigheid (autonomie) en participatiegraad als belangrijke welzijnsfactoren worden beschouwd”.*

Two blue ink signatures are located on the right side of the page. The top signature is a stylized, cursive mark, and the bottom signature is a more complex, multi-looped cursive mark.

---

<sup>26</sup> World Health Organization: Actief ouder worden, benadrukt de noodzaak van actie in meerdere sectoren en het mogelijk maken van ouderen om een bron te blijven voor hun families, gemeenschappen en economieën. <https://www.who.int/ageing/healthy-ageing/en/>

## 4. Aanbevelingen, randvoorwaarden en acties: de omslag!

In dit hoofdstuk zullen de aanbevelingen en randvoorwaarden aan de hand van dit onderzoek gepresenteerd worden.

### 4.1. Advies op centrale vraagstelling

*Wat kan de overheid doen om een goede kwaliteit van de intra- en extramurale ouderenzorg te bieden en te waarborgen?"*

In zijn beantwoording van deze vraag stelt de Raad het volgende:

Er zijn verschillende invalshoeken, gedachten, onderzoeken en deskundigheid op dit gebied (zowel op lokaal als op internationaal niveau), echter komt het volgende steeds naar voren: de omslag in de kijk (visie) op gezondheid en zorg moet komen! Verandering begint bij het accepteren van vergrijzing als de sociale realiteit, het vaststellen van gezondheidsstrategieën, het definiëren van welzijn voor een ieder en hiermee het vaststellen van de normen van kwaliteit van leven en zorg. Laatstgenoemde kan niet genoeg worden herhaald en vormt de rode draad van dit advies. Het hebben van voornamelijk gezonde 60-plussers in je samenleving die nog actief mee kunnen doen op de arbeidsmarkt zou de migratiebehoefte direct kunnen beïnvloeden. Indien een plaatje van de toekomstige arbeidsmarkt zou kunnen worden geschetst, dan zouden we kunnen stellen dat de arbeidsplaatsen, in bepaalde beroepsgroepen voor een groot deel door lokale oudere werknemers zouden kunnen worden gevuld. Dit zou voor zowel de werknemer als voor de samenleving verschillende voordelen met zich kunnen meebrengen.

Kortom, een goede kwaliteit van ouderenzorg bereiken en waarborgen is onderhevig aan de mate waarin gezondheid en actieve deelname door de hele samenleving vanaf geboorte tot aan de laatste adem, wordt beleefd en erkend. Zolang er geen andere kijk op gezondheid, zorg en vergrijzing plaatsvindt, zal de draagbaarheid en duurzaamheid van de fondsen van de AZV en de SVb een uitdaging blijven.

Preventie, het stimuleren van een gezonde levensstijl en (volks)voorlichting dienen basisonderdelen van een effectief gezondheidsbeleid te zijn teneinde langer gezond ouder worden.



Als randvoorwaarde voor de regering in de omslag van de kijk (visie) op gezondheid en zorg geldt: daadkracht!

Naast dit aangedragen advies doet de Raad vervolgens een aantal concrete aanbevelingen met betrekking tot de deelvragen van het adviesverzoek van de minister.

#### **4.2 Aanbevelingen t.a.v. mantelzorg ondersteuning**

Ten aanzien van mantelzorg draagt de Raad de volgende aanbevelingen voor;

1. Het openen van een dialoog tussen de overheid, werknemers en werkgevers teneinde met wet- en regelgeving te komen ten behoeve van mantelzorgondersteuning: met name op het gebied van (tijdelijke) flexibilisering van arbeid en voor eventuele fiscale prikkels en/of verzekering voor werkgevers die mantelzorgers ondersteunen.
2. Het instellen van een kennis- en informatiecentra (meldpunt/infolijn) voor en van mantelzorgers. De doelstelling is om mantelzorgers hiermee beter te ondersteunen en te begeleiden in hun taak als verzorgenden.

#### **4.3 Aanbevelingen t.a.v. participatie van ouderen**

Ten aanzien van de participatie van ouderen draagt de Raad de volgende aanbevelingen voor;

1. Het opzetten van een centraal meldpunt en informatielijn voor en van ouderen en andere hulp- en zorgbehoeftigen, met als doel ze wegwijs te kunnen maken in het zorgsysteem maar ook om als steunpunt te kunnen gelden in hun praktische (levens)vragen.
2. Met voorzieningen komen voor financieel kwetsbaren gericht op mobiliteit (transport). Middelen beschikbaar stellen in gespecialiseerd (ouderen)transport, mogelijk te plaatsen onder Stichting Club Kibrahacha;
3. Met (ouderen)voorzieningen komen, gericht op het behouden van zelfstandigheid en autonomie zoals: het instellen van een aan artikel 10 (DSZ), gelijke regeling om bijvoorbeeld kleine aanpassingen thuis te kunnen realiseren.
4. Het voorzien van informatie, cursussen en begeleiding teneinde de participatie van ouderen in de steeds verder digitaliserende samenleving te vergroten.

5. Het respecteren van de wilsbekwaamheid van de patiënt/zorgbehoevende binnen het zorgsysteem.
6. Het instellen van een ouderenraad of platform voor organisaties binnen het veld die de overheid adviseert ten aanzien van het welzijn van ouderen. De Raad is op de hoogte van de instelling van een Technische Commissie ten behoeve van de instelling van een ouderenraad en juicht deze actie van de Minister-President toe.
7. Het herzien van het fiscale systeem en (cessantia) wet- en regelgeving op het gebied van arbeid teneinde ouderen die in staat zijn en de wens (of noodzaak) hebben om door te werken, hierdoor langer op de arbeidsmarkt kunnen participeren. Het gaat, in het bijzonder, om het creëren van een win-win situatie waardoor zowel de werkgever als de werknemer er voordeel uit kunnen halen.

#### **4.4 Aanbevelingen t.a.v. kwaliteit van zorg**

Ten aanzien van de kwaliteit van zorg draagt de Raad de volgende aanbevelingen voor;

1. Het introduceren van een meldcode/'safetycode' voor verwaarlozing en mishandeling van ouderen en alle andere hulp- en zorgbehoeftigen. Hiermee kunnen burgers die zich schuldig hebben gemaakt aan één of andere verwaarlozing/mishandeling van deze doelgroep, juridisch (strafrechtelijk) vervolgd worden.
2. Meer aandacht voor het gezin binnen de samenleving, om de nadelige gevolgen van een geïndividualiseerde en gematerialiseerde samenleving af te remmen: Bijvoorbeeld door het invoeren van flexibilisering van arbeidstijden die dus gepaard zou moeten gaan met het invoeren van verlengde schooltijden/brede scholen (zie hiervoor SER-advies "Invoering Brede school, het belang van vorming binnen het onderwijssysteem", 2014)<sup>27</sup>.
3. Het creëren van een ouderen (gehandicapt) vriendelijke samenleving door zich te richten op interventies op de verschillende leefgebieden en infrastructuur, denk hierbij aan drempels, grendels, liften enz.
4. Het introduceren van kwalitatieve richtlijnen en sancties voor zorg- en verpleeghuizen aan de hand van vastgestelde zorgprofielen.
5. Het inzetten van meer specialistische deskundigheid voor de verschillende zorgprofielen. Denk hierbij aan specialisten voor de

---

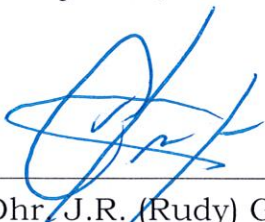
<sup>27</sup> <http://www.ser.aw/pages/wp-content/uploads/2017/05/Invoering-BREDE-SCHOOL-Dec-2014.pdf>

geestelijke zorg, geriatrie en mensen met lichamelijk en/of verstandelijk beperkingen.

6. Het gebruiken van data en onderzoek voor het maken van beleid: Allereerst zal er meer onderzoek moeten worden gedaan die betrouwbare gegevens oplevert voor het formuleren van beleidsvoorstellen. Deze gegevens zouden niet alleen de knelpunten moeten aangeven maar ook de mogelijkheden en haalbaarheden van een duurzaam beleid moeten kunnen concretiseren en specificeren. CBS CENSO onderzoeken zouden vragen met betrekking tot leefwijze en zorg van ouderen en personen met een handicap kunnen stellen.
7. Een eenduidige verdeling maken van de taken/verantwoordelijkheden tussen de Directie Volksgezondheid en de Directie Sociale Zaken. Aanbevolen wordt om een Dienst (of afdeling) Zorg (ouderen en gehandicapten) onder de DVG te laten ressorteren.
8. Het uitbreiden van Wijkzorg- en verpleging (door WGK)<sup>28</sup>

Op basis van bovenstaande is een integraal beleid, dat aansluit op de visie en regelgeving van de diverse gebieden, noodzakelijk ten einde de omslag op het gebied van zorg en gezondheid te kunnen realiseren en ten behoeve van de bevordering van een participatieve samenleving. Denk hierbij aan een fiscale hervorming, het introduceren van een degelijk migratiebeleid (denk aan geïmporteerde armoede), het aanpassen (flexibilisering) van arbeidstijden en arbeidswet- en regelgeving, herziening onderwijssysteem enzovoorts. Moge een holistische benadering op de samenleving het uitgangspunt van beleid en visie zijn.

Oranjestad, 13 december 2019



---

Dhr. J.R. (Rudy) Geerman  
Voorzitter  
Sociaal Economische Raad



---

Dhr. drs. Felix R.E. Bijlhout  
Algemeen Secretaris  
Sociaal Economische Raad

---

<sup>28</sup> Idem 14.



L.G. Smith Boulevard 134, Oranjestad, Aruba  
Telefoon: (297) 583-2713  
Fax: (297) 5838956