



OVERZICHTSTUDIËS

Ouderen van de toekomst

Verschillen in de wensen en mogelijkheden voor wonen, welzijn en zorg

> % > ± <

> % > ± <

> % > ± <

> % > ± <

> % > ± <

> % > ± <

> % > ± <

> % > ± <

> % > ± <

> % > ± <

> % > ± <

> % > **±** <

> % > ± <

> % > ± <



OVERZICHTSTUDIËS

Ouderen van de toekomst

Verschillen in de wensen en mogelijkheden voor wonen, welzijn en zorg

NIVEL 2014

Kirti D. Doekhie

Anke J.E. de Veer

Jany J.D.J.M. Rademakers

François G. Schellevis

Anneke L. Francke

NIVEL OVERZICHTSTUDIES – OUDEREN VAN DE TOEKOMST

ISBN 978-94-6122-239-8

www.nivel.nl

nivel@nivel.nl

Telefoon (030) 2 729 700

Fax (030) 2 729 729

© 2014 NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN Utrecht

Eerste druk

Vormgeving: Jan van Waarden/RAM vormgeving

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt worden door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het NIVEL te Utrecht. Het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning in artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

Inhoud

Voorwoord	5
Beleidssamenvatting	7
1 Inleiding	11
1.1 <i>Steeds meer ouderen en hogere zorgkosten</i>	11
1.2 <i>Hervormingen in wonen, welzijn en zorg</i>	12
1.3 <i>Beleidsaannames over eigen regie en zelfredzaamheid van ouderen</i>	14
1.4 <i>Deze overzichtstudie</i>	17
1.5 <i>Hoe is deze overzichtstudie tot stand gekomen?</i>	17
2 Eigen regie en zelfredzaamheid: profielen van ouderen	19
2.1 <i>Ervaren eigen regie en het belang van zelfredzaamheid</i>	19
2.2 <i>Profielen van ouderen</i>	20
2.3 <i>Factoren die ervaren eigen regie en belang van zelfredzaamheid bepalen</i>	22
3 Waar ga ik wonen?	25
3.1 <i>De woonwensen van ouderen</i>	25
3.2 <i>De mogelijkheden van ouderen en het aanbod van woningen</i>	31
4 Wie betaalt mijn zorg?	32
4.1 <i>De wensen van ouderen</i>	32
4.2 <i>De mogelijkheden van ouderen</i>	34
5 Mantel- en vrijwilligerszorg: wie helpt mij?	36
5.1 <i>De wensen van ouderen</i>	36
5.2 <i>Mogelijkheden van meer mantelzorg</i>	40
5.3 <i>Mogelijkheden van meer vrijwilligerswerk</i>	44
6 Helpt technologie?	48
6.1 <i>De wensen van ouderen</i>	48
6.2 <i>De mogelijkheden van (toekomstige) ouderen en de effecten van technologie</i>	53

7	Beschouwing	55
7.1	Conclusies	55
7.2	Aanbevelingen	56
	Literatuur	59
	Bijlagen	
1	Voorbeelden uit de praktijk	66
2	Lijst van geïnterviewde deskundigen	75
3	Vragenlijst (NIVEL Consumentenpanel Gezondheidszorg)	76
4	Groepsdiscussiebijeenkomst met ouderen	84

Voorwoord

Door de enorme groei van het aantal informatiebronnen groeit bij beleidsmakers, praktijkmensen en onderzoekers de behoefte aan syntheses van bestaande informatie. Het NIVEL brengt daarom regelmatig overzichtstudies uit (zie www.nivel.nl/dossier/nivel-overzichtstudies-en-kennisvragen).

In deze overzichtstudie staan de wensen en mogelijkheden voor wonen, welzijn en zorg van ouderen en toekomstige ouderen centraal. Daarvoor zijn bestaande onderzoeksgegevens en beleidsdocumenten geanalyseerd, maar zijn ook deskundigen geïnterviewd en is vragenlijstonderzoek gedaan onder (toekomstige) ouderen (zie Bijlage 2 en 3). Tevens is in de laatste fase van de overzichtstudie een groepsdiscussie met ouderen gehouden (zie Bijlage 4). Wij willen alle deelnemers heel hartelijk danken voor hun bijdrage.

Deze overzichtstudie maakt onderdeel uit van een serie die de hervormingen in de langdurige zorg betreffen. Naast deze overzichtstudie verschijnen in 2014 de volgende boekjes:

De wijkverpleegkundige van vandaag en morgen. Een kennissynthese over rollen, samenwerking en deskundigheid van wijkverpleegkundigen (ID de Putter, AL Francke, AJE de Veer, JDDJM Rademakers, NIVEL, 2014)

Monitoren van veranderingen in de Langdurige Zorg. Inventarisatie van indicatoren, instrumenten en 'witte vlekken' (J. Peeters en J. Rademakers, NIVEL, 2014). Hierin wordt behandeld welke bestaande indicatoren en instrumenten voorhanden zijn en welke nog ontwikkeld moeten worden om de hervorming van de langdurige zorg te monitoren.

Utrecht, april 2014

*Kirti Doekhie, Anke de Veer, Jany Rademakers,
François Schellevis, Anneke Francke*

Beleidsamenvatting

Nederland staat voor grote uitdagingen in de zorg voor ouderen.

Vanwege de vergrijzing en de stijgende zorgkosten zijn hervormingen in de langdurige zorg in gang gezet. Uitgangspunt bij de hervormingen is dat ouderen eigen regie over hun leven moeten krijgen en zelfredzaamheid belangrijk is. De nadruk op eigen regie en zelfredzaamheid komt terug in vier beleidsaannames:

- ouderen willen zo lang mogelijk zelfstandig wonen;
- zij willen en kunnen meer zelf betalen voor ondersteuning en zorg;
- mantelzorg en vrijwilligerswerk kunnen professionele zorg grotendeels vervangen;
- inzet van technologie helpt om ouderen langer zelfstandig te laten wonen.

Als mensen echt niet meer zelfstandig kunnen blijven wonen dan moet er professionele opvang zijn.

Verschillen tussen ouderen groter dan beleid veronderstelt

Deze overzichtstudie laat zien dat de voornoemde beleidsaannames niet bij alle (toekomstige) ouderen passen. Ouderen zijn niet allemaal in staat eigen regie over het leven te ervaren en willen niet allemaal zelfredzaam zijn.

Kwart heeft extra steun nodig

Uit vragenlijstonderzoek onder mensen tussen 57 en 77 jaar, de toekomstige ouderen, komen vier profielen van ouderen naar voren:

- De pro-actieve ouderen (46%). Deze mensen vinden het belangrijk om over hun eigen leven te beslissen en zelf te bepalen wanneer ze zorg en ondersteuning nodig hebben. De pro-actieve ouderen regelen hun zaken graag zelf. Zij wonen vaak met hun partner en dichtbij hun kinderen, hebben een hoge kwaliteit van leven en een goede algemene en psychische gezondheid. Ze hebben relatief veel financiële middelen en een goede opleiding. De vier genoemde beleidsaannames passen het best bij deze groep ouderen.
- De zorgwensende ouderen (28%) hebben het gevoel dat zij zelf kunnen beslissen over hun leven, maar zij vinden, in tegenstelling tot de pro-actieve ouderen, zelfredzaamheid niet erg belangrijk. Zij hebben een goed sociaal netwerk, veelal een goede opleiding en ruime financiële middelen. Hun gezondheid en kwaliteit van leven zijn relatief goed. Als

hun gezondheid achteruit zou gaan en ze hulp nodig hebben, is het voor hen min of meer vanzelfsprekend dat anderen hen ondersteunen om die hulp te krijgen.

- De afwachterende ouderen (10%) hebben het gevoel niet zelf te kunnen bepalen hoe hun leven eruit ziet; het leven overkomt hen. De afwachterende ouderen hebben vaak een slechte kwaliteit van leven en psychische gezondheid en een laag opleidingsniveau. Deze groep heeft minder financiële middelen en een beperkter sociaal netwerk dan de eerste twee groepen. De afwachterende oudere hecht weinig belang aan zelfstandigheid, stelt zich afhankelijk op en accepteert makkelijk hulp.
- De machteloze ouderen (16%) hebben ook het idee dat het leven hen overkomt. Zelf beslissingen nemen over de invulling van hun eigen leven lukt vaak niet. Zij wonen vaak alleen, hebben weinig geld, zijn laag opgeleid en hebben een lage kwaliteit van leven. Ze wonen vooral in stadswijken met een lage sociale status. Deze ouderen willen zo lang mogelijk zelfstandig blijven, maar zij kunnen dat niet zonder professionele ondersteuning.

De toekomstige ouderen verschillen dus niet alleen in hoe zij in het leven staan maar ook in de mogelijkheden die zij hebben om zelf hun zorg te regelen. Ongeveer een kwart van de ouderen (de 'afwachterende' en machteloze' groepen) ervaart weinig regie over hun leven en zal het niet lukken om op eigen kracht zo lang mogelijk zelfredzaam te blijven.

Verskillende wensen en mogelijkheden

Als ouderen in de toekomst meer behoefte krijgen aan zorg en ondersteuning, dan verschillen zij in hun wensen en mogelijkheden om die zorg en ondersteuning te realiseren. Veel, nu nog, zelfstandig wonenden wil zo lang mogelijk thuis blijven wonen, ook als hun behoefte aan zorg toeneemt. Veel (toekomstige) ouderen kiezen ervoor om dan hun woning aan te passen, maar er zijn ook ouderen die dat niet willen of kunnen en liever verhuizen. Bij een verhuizing willen zij graag dichtbij voorzieningen en hun sociale contacten wonen.

Er zijn toekomstige ouderen die onvoldoende geld hebben om hun eigen woning aan te passen. Zij hebben veelal ook onvoldoende financiële middelen voor het zelf betalen van extra professionele hulp. Dit zijn juist vaak de ouderen met de grootste zorgbehoefte. Tweederde van de (toekomstige) ouderen vindt dat zorg en ondersteuning deels door hen zelf betaald moet worden. Slechts één op de tien ouderen is bereid om in de toekomst eigen spaargeld daarvoor te gebruiken. Dit zijn vooral ouderen die ook de middelen hebben om zelf meer te betalen (de zorgwensende en pro-actieve ouderen).

Sommige ouderen hebben een sociaal netwerk dat mantelzorg kan geven en willen die zorg ook van hun naasten krijgen. Niet alle ouderen

hebben echter sociale contacten of mantelzorgers waar zij een beroep op kunnen doen. Daarnaast willen niet alle ouderen dit. Ouderen hebben een sterkere voorkeur voor professionele zorg naarmate hun zorgzwaarte en ernst van de beperkingen toeneemt. Huishoudelijke hulp en persoonlijke verzorging willen ouderen wel van een mantelzorger ontvangen, maar dan het liefst van hun partner.

Tenslotte verschillen de toekomstige ouderen in hun wensen en mogelijkheden ten aanzien van technologiegebruik. Veel toekomstige ouderen willen gebruik maken van domotica en ICT technologie als zij hierdoor langer zelfstandig kunnen blijven wonen en zijn al 'internetvaardig'. Maar er is er ook nog steeds een groep die niet met de computer overweg kan en die weinig verwacht van nieuwe techniek. Kortom, de ene oudere is de andere niet.

Aanbevelingen voor beleid en praktijk

- ***Houd rekening met diversiteit***

De zorgwensende ouderen zouden door gemeenten en zorgprofessionals gestimuleerd kunnen worden om gebruik te maken van hun hulpbronnen en sociale netwerk, omdat zij daar wel over beschikken. Voor de afwachtende en machteloze ouderen is meer professionele ondersteuning nodig.

- ***Zorg voor passende ondersteuning***

De gemeenten zijn druk bezig om multidisciplinaire sociale wijkteams op te zetten, die sterk inzetten op aanspreken van de eigen kracht en hulpbronnen van burgers. Echter voor die ouderen die geen netwerk of geld hebben om op terug te vallen, bevelen we aan dat sociale wijkteams de toegang tot professionele ondersteuning en zorg faciliteren.

- ***Breng ouderen die zorg en ondersteuning nodig hebben in beeld***

In de sociale wijkteams participeren onder meer wijkverpleegkundigen. Wijkverpleegkundigen hebben, naast huisartsen, in principe de mogelijkheden en deskundigheid om tijdig problemen en zorgbehoeften van ouderen te signaleren. Kennis van de sociale netwerken in buurten en wijken en de mogelijkheid hebben om 'achter de voordeur' bij mensen te komen, is daarbij van belang.

- ***Zorg voor een passend woningaanbod***

Een deel van de ouderen vindt de eigen woning niet geschikt om te blijven wonen als men zorg nodig heeft. Woningcoöperaties kunnen hierop anticiperen door te investeren in bijvoorbeeld kleinschalige woonvoorzieningen of gelijkvloerse woningen met mogelijkheden voor woningaanpassingen, die ook beschikbaar zijn voor mensen die (nog)

geen beperkingen hebben. Daarnaast is het wenselijk dat (toekomstige) ouderen zelf ook tijdig nadenken over hun toekomstige woonbehoeften.

- ***Faciliteer en ondersteun mantelzorgers en vrijwilligers***

De sociale wijkteams dienen na te gaan of de kring van bestaande mantelzorgers (veelal vrouwelijke familieleden) uitgebreid kan worden, met andere familie of met vrienden of buren. Burenhulp kan vanzelfsprekender worden als de samenhang in buurten bevorderd wordt.

Ook vrijwilligers kunnen, naast mantelzorgers, ondersteuning bieden aan ouderen. Een potentieel van vrijwilligers zit bij de (toekomstige) ouderen zelf. Expliciete aandacht voor het activeren van ouderen die in staat zijn om vrijwilligerswerk te doen is daarom zinvol.

- ***Investeer in gebruiksvriendelijke technologie***

Zorgorganisaties en woningcoöperaties die ICT technologie en domotica inzetten of aanbieden aan ouderen moeten aandacht hebben voor gebruiksvriendelijkheid en duidelijke instructies. Eventuele weerstanden tegen technologie kunnen verminderen als ouderen bekend gemaakt worden met 'goede voorbeelden' van technologie.

1 Inleiding

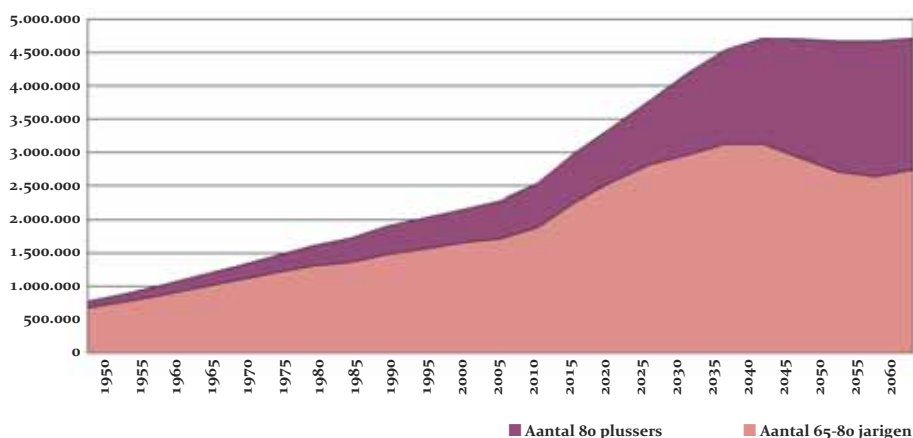
Hoe gaan we in de toekomst de zorg voor ouderen organiseren? Dat is de grote uitdaging waar Nederland in de komende jaren voor staat. De zorgkosten zijn hoog, onder andere door de vergrijzing en de toegenomen levensverwachting en zullen - bij ongewijzigd beleid - alleen maar verder stijgen. De overheid richt zich daarom op het hervormen van de langdurige zorg. In deze overzichtstudie gaan we in op de vraag hoe de toekomstbestendige zorg voor ouderen georganiseerd moet worden en of de beleidsvoornemens aansluiten bij de diversiteit in de wensen en behoeften van toekomstige ouderen. In deze inleiding laten we eerst zien hoe de vergrijzing en de verwachte zorgkosten zich ontwikkelen. Vervolgens bespreken we de voorgenomen hervormingen in de langdurige zorg, waarin we ingaan op de centrale concepten eigen regie en zelfredzaamheid. Hierbij introduceren we vier aannames in het beleid over de toekomstige ouderen(zorg), waarbij we ingaan op de standpunten van de overheid en andere belanghebbende partijen, zoals brancheorganisaties en belangenvertegenwoordigers. Aan het eind van dit hoofdstuk beschrijven we de opzet van deze overzichtstudie.

1.1 *Steeds meer ouderen en hogere zorgkosten*

De Nederlandse bevolking wordt steeds ouder. De komende decennia zal er sprake zijn van een dubbele vergrijzing, doordat enerzijds het aantal ouderen toeneemt en anderzijds deze ouderen ook langer blijven leven. De zogenoemde 'babyboomers', geboren tussen 1945 en 1955, en de generatie daarna passeren de komende jaren massaal de leeftijdsgrens van 65 jaar. Anno 2013 zijn er bijna 3 miljoen 65-plussers, maar dat aantal zal stijgen tot ongeveer 4,6 miljoen (25% van de totale Nederlandse bevolking) in 2050 (figuur 1.1) (Stoeldraijer e.a., 2012). Daarnaast neemt volgens voorspellingen van het CBS ook de levensverwachting van ouderen toe. Het CBS verwacht dat in 2060 vrouwen gemiddeld 89,9 jaar (in vergelijking met 82,9 jaar in 2011) en mannen 87,1 jaar (in vergelijking met 79,2 jaar in 2011) oud worden (Stoeldraijer e.a., 2012).

Figuur 1.1

Aantal 65-80 jarigen en 80-plussers tussen 1950 en Nederland; absolute aantallen.



Bron: CBS, 2013

Naast een dubbele vergrijzing is er sprake van een sterke stijging van de zorgkosten. Ten opzichte van 2011 zijn de kosten voor gezondheids- en welzijnszorg in 2012 met 3,7 procent gestegen naar 92,7 miljard euro (CBS, 2013a). Vooral de kosten van de via de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) gefinancierde langdurige zorg – voor een groot deel de ouderenzorg – stijgen enorm (figuur 1.2). In de notitie bij de beleidsbrief *Hervorming van de langdurige ondersteuning en zorg*, wordt aangegeven dat vanaf de invoering van de AWBZ in 1968, de uitgaven van AWBZ gefinancierde zorg tot 2011 zijn gestegen van € 275 miljoen naar € 25,1 miljard, wat gelijk staat aan een jaarlijkse stijging van 8,6% (VWS, 2013b).

Figuur 1.2

Uitgaven voor AWBZ-gefinancierde zorg 1972-2011 (in miljarden euro's)



Bron: CBS, 2013

Het aantal ouderen en hun levensverwachting stijgt substantieel, maar het aantal werkenden blijft min of meer gelijk. Hierdoor wordt de lastenverdeling steeds schever en moet de werkende bevolking voor een steeds groter aantal ouderen financieel gezien ‘zorgen’. Door deze steeds schever wordende verhouding tussen het aantal werkenden en ouderen boven de 65 jaar, worden de kosten van AWBZ gefinancierde langdurige zorg volgens het kabinet onhoudbaar (vws, 2013b). Daarom zijn hervormingen in de langdurige zorg volgens het kabinet nodig, die in de volgende paragraaf worden toegelicht.

1.2 *Hervormingen in wonen, welzijn en zorg*

De stijgende zorgkosten, de toenemende vergrijzing en de economische crisis met de daaraan verbonden bezuinigingen versterken de noodzaak van een verandering in de manier waarop wonen, welzijn en zorg georganiseerd zijn. De beleidsbrieven *Van systemen naar mensen* en *Hervorming langdurige zorg: naar een waardevolle toekomst* schetsen in grote lijnen de gewenste hervormingen voor de langdurige zorg (vws, 2013a b). De hervormingen kennen drie uitgangspunten: het verbeteren van de kwaliteit van ondersteuning en zorg, het vergroten van de betrokkenheid in de samenleving en de financiële houdbaarheid van de langdurige zorg en ondersteuning.

In de hervormingen is er sprake van de overheveling van een groot deel van de huidige AWBZ-gefinancierde zorg en ondersteuning naar zorgverzekeraars via de Zorgverzekeringswet (Zvw) en naar gemeenten via de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo). In de Zorgverzekeringswet wordt een nieuwe aanspraak ‘verpleging in de wijk’ opgenomen, waaronder extramuraal verpleging en persoonlijke verzorging vallen (vws, 2013d). Met de overheveling naar gemeenten via de Wmo wordt de rol van gemeenten in de organisatie van wonen, welzijn en zorg groter. Met deze grotere rol wordt geprobeerd meer ‘zorg op maat’ te leveren en tegelijkertijd de kosten van AWBZ-gefinancierde zorg beheersbaar te maken. Gemeenten krijgen de middelen, maar ook de vrijheid om te zorgen voor goede voorzieningen passend bij de individuele behoeften en mogelijkheden van burgers, om op die manier recht te doen aan diversiteit tussen mensen (vws, 2013b). Voor mensen die vanwege hun beperkingen niet meer thuis kunnen wonen en een intramuraal, beschermde en veilige woonomgeving nodig hebben, wordt de zorg geregeld binnen de nieuwe Wet langdurige zorg (Wlz) (vws, 2013d).

De beleidsbrief *Hervormingen langdurige zorg: naar een waardevolle toekomst* en nadere uitwerkingen daarvan voeren niet alleen financiële motieven aan, maar gaan ook uit van de gedachte dat de ouderen van de toekomst meer eigen regie over hun leven willen hebben en ook zelfred-

zamer kunnen en willen zijn. Daarmee samenhangend heeft de overheid het beeld dat burgers andere verwachtingen hebben van de kwaliteit van leven en de organisatie van zorg die horen bij het “ouder worden” dan voorheen en dat hervormingen nodig zijn om aan deze verwachtingen te voldoen. Volgens de overheid willen mensen zo lang mogelijk zelfstandig wonen en verwachten zij dat de organisatie van wonen, welzijn en zorg daaromheen georganiseerd is (VWS, 2013b).

1.3 *Beleidsaannames over eigen regie en zelfredzaamheid van ouderen*

Kwaliteit van leven en welbevinden van mensen staan in het nieuwe overheidsbeleid voorop. Vrijheid om je eigen leven in te kunnen richten wordt van “onschatbare waarde” genoemd. Eigen regie en zelfredzaamheid staan daarbij centraal: mensen moeten, meer dan nu het geval is, de mogelijkheid krijgen om eigen regie over hun leven te hebben, zelfredzaam te zijn en deel te nemen aan de samenleving (VWS, 2012 ab). Verschillende belanghebbende partijen delen de gedachte dat eigen regie en zelfredzaamheid van ouderen belangrijk zijn (VNG, 2012; Actiz, 2013; NHG, 2007; ANBO, 2012). Actiz heeft in het kader van de geplande hervormingen een ‘Deltaplan Ouderenzorg’ opgesteld, waarin zij ook het belang van financiële eigen regie noemt. Als verantwoordelijkheden meer bij ouderen worden gelegd dan moeten zij de zeggenschap krijgen over wie de zorg levert en wat die zorg precies inhoudt (Actiz, 2012). De visie op eigen regie en zelfredzaamheid klinkt door in hoe de overheid en belanghebbende partijen in de ouderenzorg kijken naar wonen, financiering van zorg, het inzetten van informele zorg en het gebruik van technologie. In elk van deze aspecten is een aanname terug te zien over de toekomstige ouderen (box 1-1).

Box 1-1

Aannames in het beleid

- 1 Ouderen willen zo lang mogelijk zelfstandig blijven wonen.
- 2 Ouderen kunnen en zijn bereid meer zelf betalen voor hun ondersteuning en zorg.
- 3 Professionele zorg voor ouderen kan grotendeels vervangen worden door mantelzorg en vrijwilligerswerk.
- 4 Technologie is een belangrijk hulpmiddel om ouderen langer zelfstandig te laten wonen (en de zorg goedkoper te maken).

- **Ouderen willen zo lang mogelijk zelfstandig blijven wonen**

Volgens het kabinet hebben alle ouderen de behoefte om zo lang mogelijk zelfstandig (thuis) te wonen. Zelfstandig wonen moet volgens het kabinet samengaan met zelfredzaamheid en daarom is het van belang om zorg zoveel mogelijk dichtbij de mensen en in de eigen buurt te organiseren (vws, 2013b). Binnen de voorgenomen hervormingen zullen gemeenten de belangrijkste rol in het woonbeleid hebben, zoals nader beschreven is in de kamerbrief *Vergrijzing, extramuralisering en toezegging actieplan ouderenhuisvesting* (Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties, 2013). Gemeenten moeten samenwerken met woningcorporaties om geschikte woningen, zoals seniorenwoningen en kleinschalige woonvoorzieningen, te bouwen zodat ouderen langer zelfstandig kunnen blijven wonen. De kwetsbare ouderen die niet meer zelfstandig thuis kunnen blijven wonen, kunnen via de Wet langdurige zorg aanspraak doen op veilig en beschermd wonen, bijvoorbeeld in een verpleeghuis (vws, 2013b).

Actiz, Aedes (Vereniging van woningcorporaties), ANBO en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) ondersteunen deze beleidsaanneme (Actiz, 2012; Aedes 2012; ANBO, 2012; ZN, 2013). Volgens de ANBO is het ook belangrijk dat geschikte woningen voor ouderen dichtbij voorzieningen, zoals openbaar vervoer en winkels, gebouwd worden (ANBO, 2012).

Een groot deel van de ouderen wil zolang mogelijk in de eigen woning blijven wonen. Maar geldt dat voor iedereen? Het is de vraag of ook de minder kwetsbare ouderen, die nu nog regie over hun leven hebben, zelfstandig willen blijven wonen. Maatwerk houdt in dat er ook oog is voor mensen die de zorg niet thuis willen ontvangen.

- **Ouderen kunnen en zijn bereid meer zelf betalen voor hun zorg en ondersteuning**

Om de zorgkosten meer beheersbaar te maken, ligt er in de hervormingen een grotere druk op burgers om meer zelf te betalen of een beroep op hun sociale omgeving te doen voordat zij collectief gefinancierde voorzieningen aanspreken. Burgers moeten meer dan voorheen, bijvoorbeeld vervoersmiddelen als een scootmobiel of eenvoudige woonvoorzieningen- en aanpassingen, zelf betalen (vws, 2013b). Burgers kunnen wel bij het zelf betalen van voorzieningen gebruik maken van de voordelen van een gezamenlijke inkoop door de gemeente (vws, 2013b).

Ook ANBO en NPCF gaan ervan uit dat toekomstige ouderen meer zelf moeten betalen, maar het is volgens hen niet vanzelfsprekend dat alle ouderen ook meer zelf kunnen betalen (ANBO, 2012; NPCF, 2012). Een fatsoenlijk inkomen is een belangrijke voorwaarde om mee te kunnen doen aan de samenleving, omdat anders het gevaar bestaat van het ontstaan van een 'kansloze groep' die afhankelijk is van de sociale voorzieningen (ANBO, 2012).

Van de toekomstige ouderen wordt verwacht dat zij meer zelf gaan betalen voor aanvullende zorg. Maar kunnen en willen alle ouderen dit wel? Hebben alle ouderen bijvoorbeeld voldoende pensioen of spaargeld om meer te gaan betalen? En hoe wordt de zorg geregeld voor de ouderen die dit niet hebben?

- **Professionele zorg voor ouderen kan voor een deel vervangen worden door mantelzorg en vrijwilligerswerk**

In de beleidshervormingen worden mantelzorg en de inzet van vrijwilligers belangrijker. De beleidsbrief *Versterken, verlichten en verbinden* werkt de gewenste positie van mantelzorgers en vrijwilligers nader uit. Kernpunten zijn een toenemende focus op een meer betrokken samenleving, maar dat mensen niet verplicht moeten worden tot mantelzorg. Als iemand beslist om mantelzorg te verlenen aan een naaste, zijn voldoende ondersteuning en een goede samenwerking tussen professionele en mantelzorg belangrijk (VWS, 2013c).

De landelijke vereniging voor mantelzorgers en vrijwilligerszorg Mezzo noemt goede ondersteuning van informele zorgverleners als centrale doelstelling en streeft ernaar om in 2014 informele zorg maatschappelijk erkend en juridisch verankerd te krijgen (Mezzo, 2009).

Brancheorganisaties Actiz en VNG onderschrijven het belang van een meer betrokken samenleving (Actiz, 2012; VNG, 2012).

Zijn professionele zorg en informele zorg wel uitwisselbaar? Zijn mantelzorgers in staat om meer te doen voor hun familie of leidt dit juist tot overbelasting van de mantelzorgers? Zijn vrijwilligers en burens bereid elkaar te helpen en zo ja, hoever ga je in elkaar helpen? En zijn ouderen bereid deze hulp te accepteren? Het is niet vanzelfsprekend dat elke zelfstandig wonende oudere een sociaal netwerk om zich heen heeft en ook voor deze ouderen moet voldoende ondersteuning zijn.

- **Technologie is een belangrijk hulpmiddel om ouderen beter en langer zelfstandig te laten wonen (en zorg goedkoper te maken)**

De inzet van nieuwe technologie zou essentieel zijn om in te spelen op de vraag naar langdurige ondersteuning van thuiswonende ouderen (VWS, 2013b). In de beleidsbrief *Van systemen naar mensen* en in de notitie *Hervorming van de langdurige ondersteuning en zorg*, wordt de inzet van technologie bij de zorg en ondersteuning van ouderen gezien als belangrijke ontwikkeling genoemd die bijdraagt aan het verhogen van de zelfredzaamheid van burgers (VWS, 2013ab). Het ministerie heeft daarom voornemens om de inzet van technologie voor thuiswonende ouderen meer te stimuleren.

Ook de NPCF, ANBO en Actiz zijn van mening dat technologie de eigen regie en zelfredzaamheid van ouderen kan verhogen (NPCF, 2009; ANBO, 2012; Actiz, 2012). Een slimme en verantwoorde inzet van

technologie kan volgens Actiz leiden tot meer zorg op maat (Actiz, 2007).

Van het gebruik van technologie zijn hoge verwachtingen om enerzijds ouderen zelfstandiger te maken, en anderzijds kosten te besparen. Maar niet iedere oudere kan met technologie omgaan. Voor wie kan technologie helpen om zelfredzaam te blijven? En worden daarmee kosten bespaard?

1.4 Deze overzichtstudie

In deze overzichtstudie richten we ons op de concepten ‘eigen regie’ en ‘zelfredzaamheid’ en op de vier beleidsaannames over de toekomstige zelfstandig wonende ouderen. We kijken naar zelfstandig wonende ouderen, omdat de hervormingen van het kabinet zich specifiek richten op ouderen langer zelfstandig te laten wonen. We proberen in de toekomst te kijken door de wensen en behoeften van de huidige 57-plussers erbij te betrekken. Zij worden over het algemeen nog niet gerekend tot de groep mensen die ouderenzorg nodig heeft, maar zij vormen wel een belangrijke groep om te kijken of de richting van het overheidsbeleid aansluit bij de wensen, behoeften en mogelijkheden van de toekomstige ouderen generatie.

In de overzichtstudie beschrijven we relevante onderzoeken en projecten op het gebied van wonen, welzijn en zorg voor toekomstige ouderen. De overzichtstudie wordt afgesloten met conclusies en de beleidsagenda. In bijlage 1 geven we voorbeelden van nationale en internationale projecten gericht op zelfstandig wonende ouderen, die als inspiratiebron voor anderen kunnen dienen.

1.5 Hoe is deze overzichtstudie tot stand gekomen?

Gestart is met het bestuderen van beleidsdocumenten, op grond waarvan de concepten ‘eigen regie’ en ‘zelfredzaamheid’ als centrale concepten naar voren kwamen en de vier beleidsaannames zijn geformuleerd. Daarna zijn interviews gehouden met zeven deskundigen op het gebied van wonen, welzijn en zorg voor ouderen (bijlage 2), waarbij we hun mening vroegen over deze concepten en de beleidsaannames. De antwoorden van de deskundigen hebben bijgedragen aan het verscherpen van de focus van de overzichtstudie.

De meningen van 57-plussers (toekomstige ouderen) zijn gepeild middels een vragenlijst onder leden van het NIVEL Consumentenpanel Gezondheidszorg (bijlage 3). Met behulp van de gegevens uit deze vragenlijst stellen we rondom eigen regie en zelfredzaamheid vier profielen

van ouderen op. Deze profielen illustreren dat (toekomstige) ouderen geen uniforme groep vormen.

Daarnaast is relevante nationale en internationale wetenschappelijke literatuur over de geformuleerde aannames bestudeerd. Voor het vinden van de nationale literatuur is gebruik gemaakt van de zogenoemde sneeuwbalmethode. Voor het vinden van internationale literatuur is gezocht in de bibliografische databases CINAHL, Pubmed, Psyclit en Embase, waarbij de zoektocht zich vooral richtte op review- of overzichtstudies tussen 2000-2013.

De beleidsagenda is tot stand gekomen in samenwerking met een groep ouderen met wie de bevindingen van de studie besproken zijn.

2 Eigen regie en zelfredzaamheid: profielen van ouderen

Kernboodschappen

- Bijna de helft van de ouderen (46%) ervaart eigen regie en hecht belang aan zelfredzaamheid, echter,
 - er zijn ouderen die wel zelfredzaam willen zijn, maar het niet kunnen (16%) en
 - er zijn ouderen die het niet willen en ook niet kunnen (10%).
- Daarnaast zijn er ouderen die belang hechten aan collectieve regie en zelfredzaamheid (bijvoorbeeld Turkse en Marokkaanse ouderen).
- Ouderen die bij het overheidsbeleid buiten de boot dreigen te vallen zijn vaker ouderen die alleenstaand zijn, een lagere opleiding hebben, uit een lagere inkomensgroep komen, een beperkt sociaal netwerk hebben en geen/slecht Nederlands spreken.

2.1 Ervaren eigen regie en het belang van zelfredzaamheid

De toekomstige oudere wil de eigen regie over het leven houden en zelfredzaam zijn. Dat is de aanname achter het overheidsbeleid voor de toekomstige ouderenzorg. Interventies kunnen de ervaren eigen regie en zelfredzaamheid versterken, waardoor ouderen beter kunnen omgaan met achteruitgang in gezondheid en andere verlieservaringen zoals partnerverlies (Stevens, 2013). Hoewel eigen regie en zelfredzaamheid vaak in één adem worden genoemd, betekenen zij niet hetzelfde. In deze overzichtstudie kijken we naar de ervaren eigen regie en het belang van zelfredzaamheid onder toekomstige ouderen (box 2-1). Ervaren eigen regie gaat over de mate waarin ouderen ervaren dat zij zelf aan het roer staan: hebben zij het gevoel dat zij zelf kunnen beslissen over de invulling van hun leven, of juist dat het leven hen overkomt? Het belang van zelfredzaamheid gaat over hoe belangrijk ouderen het vinden om greep te hebben om het eigen leven: hechten ouderen veel waarde aan dingen zelf doen, of vinden zij het juist prettig om deze uit handen te geven?

Box 2-1

Definities van ervaren eigen regie en belang van zelfredzaamheid

Ervaren eigen regie: *de mate waarin iemand greep ervaart op gebeurtenissen en situaties in zijn/haar leven.*

Belang van zelfredzaamheid: *de houding ten aanzien van de mate waarin iemand greep wenst te houden op gebeurtenissen en situaties in zijn/haar leven.*

Bron: Galenkamp e.a., 2012

2.2 Profielen van ouderen

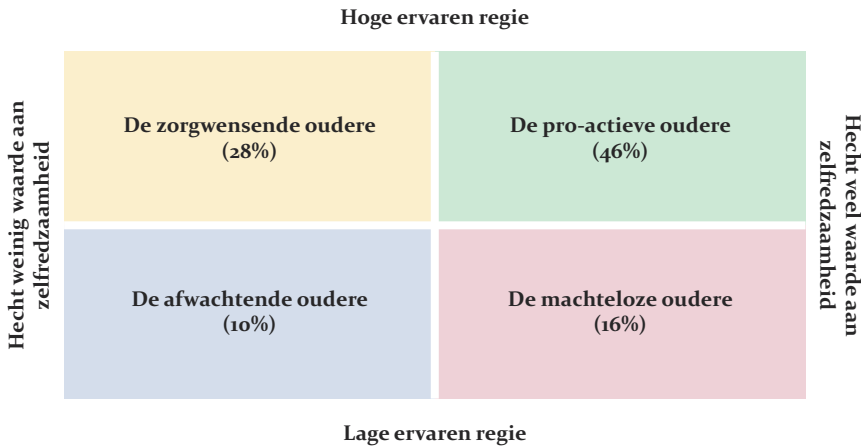
De verschillen tussen (toekomstige) ouderen in de mate waarin zij eigen regie ervaren en zelfredzaam willen zijn, zijn terug te zien in de vier ouderenprofielen die gebaseerd zijn op een vragenlijstonderzoek onder het NIVEL Consumentenpanel Gezondheidszorg (bijlage 3). Ervaren eigen regie en het belang van zelfredzaamheid staan op twee assen tegenover elkaar, waardoor vier ouderenprofielen ontstaan: de zorgwensende oudere, de pro-actieve oudere, de afwachterende oudere en de machteloze oudere (figuur 2.1). Deze benadering gebruiken we in de verdere hoofdstukken om verschillen tussen ouderen aan te geven. Tegelijkertijd is dit ook de beperking van het werken met profielen. Immers, daar waar we juist willen kijken naar de diversiteit tussen ouderen en het belang van zorg op maat, worden de ouderen tegelijkertijd weer ‘gereduceerd’ tot vier profielen. De lezer moet er dan ook op bedacht zijn dat binnen de profielen de verschillen tussen ouderen groot zijn.

Bij elk van de ouderenprofielen horen bepaalde achtergrondkenmerken, waarmee we aangeven wat voor ‘type’ ouderen in elk profiel zit. De ouderenprofielen geven aan dat er diversiteit is tussen ouderen in wat zij kunnen, willen en in hun persoonlijke achtergrond.

Onderstaande figuur laat zien dat de grootste groep wordt gevormd door de pro-actieve ouderen, die veel eigen regie ervaren en ook zelfredzaam willen zijn. Dit zijn de ouderen die passen binnen de gedachten van de beleidshervormingen, omdat dit ouderen zijn die meer zelf kunnen doen of ondersteuning en zorg zelf binnen hun sociale netwerk kunnen regelen wanneer zij dit nodig hebben. Maar er zijn ook zorgwensende ouderen, die wel veel eigen regie ervaren, maar minder zelfredzaam willen zijn. Daarnaast ervaren de afwachterende ouderen en de machteloze ouderen weinig eigen regie en voelen zich minder in staat om over hun eigen leven te beslissen. Hoewel de machteloze oudere weinig eigen regie ervaart, is zelfredzaamheid wel heel belangrijk voor hem. Deze twee groepen ouderen zouden bij uitvoering van de kabinetsplannen buiten de boot kunnen vallen, omdat zij minder in staat zijn ondersteuning en zorg zelf of in hun omgeving te regelen.

Figuur 2.1

Ouderenprofielen (N = 985; percentage toekomstige ouderen dat in de groep valt)



De zorgwensende oudere: Zorgwensende ouderen hebben het gevoel zelf te kunnen beslissen over de invulling van hun leven. Zij zijn in staat om zelf te bepalen wanneer hulp nodig is. Zij kunnen die hulp ook zelfstandig regelen, maar zij willen dat niet perse zelf doen en daarom doen zij het ook niet altijd. Voor de zorgwensende oudere is het min of meer vanzelfsprekend dat wanneer hulp nodig is, anderen ondersteuning bieden om die hulp ook echt te krijgen.

De zorgwensende oudere woont het vaakst samen of is getrouwd. De oudere is vaak een man en relatief jong. Hij ervaart over het algemeen meer kwaliteit van leven, een betere algemene gezondheid en psychische gezondheid dan afwachtende en machteloze ouderen. De zorgwensende oudere heeft goede sociale steun, een goede opleiding en relatief veel financiële middelen.

De pro-actieve oudere: Net als de zorgwensende ouderen ervaren de pro-actieve ouderen dat zij over hun eigen leven beslissen en zelf kunnen bepalen wanneer zorg en ondersteuning nodig is. Maar de pro-actieve oudere laat niet graag dingen aan anderen over en wil alles zoveel mogelijk zelf regelen en bepalen. Zelfstandigheid en onafhankelijkheid staan hoog in het vaandel.

De pro-actieve oudere is iets ouder dan de zorgwensende oudere en de pro-actieve oudere is even vaak man als vrouw. Net als de zorgwensende oudere woont de pro-actieve oudere meestal niet alleen. De pro-actieve ouderen wonen vaak dichtbij hun kinderen. Net als de zorgwensende ouderen ervaren zij een hoge kwaliteit van leven, een goede algemene en psychische gezondheid en hebben zij goede hulpbronnen.

De afwachtende oudere: De afwachtende ouderen hebben het gevoel dat zij niet zelf kunnen bepalen hoe hun leven eruit ziet. Zij hebben het idee dat het leven hen overkomt en zij nemen het leven zoals het is. Het is voor hen ook niet zo belangrijk om dingen zelfstandig te doen. Zij stellen zich afhankelijk op van anderen en accepteren hulp heel gemakkelijk.

Wat opvalt is dat de afwachtende ouderen vaker gescheiden zijn en weinig of niet in stedelijke gebieden wonen. Zij zijn veelal wel gehuwd, maar vaak zonder kinderen. De afwachtende ouderen ervaren over het algemeen slechte kwaliteit van leven en psychische gezondheid. Daarnaast zijn zij vaak laag opgeleid en hebben ze weinig geld.

De machteloze oudere: Net als de afwachtende oudere ervaren machteloze ouderen weinig regie over hun leven. Zelf beslissen over de invulling van hun leven lukt hen niet. Maar toch is het voor de machteloze oudere belangrijk om zo veel mogelijk zelf te doen. De oudere wil zelfstandig en onafhankelijk in het dagelijkse leven zijn, ook al lukt het niet om de regie in eigen handen te krijgen.

De machteloze oudere is vaak een vrouw met een hoge leeftijd. Zij hebben de minste hulpbronnen van alle vier de groepen. Zij hebben weinig geld en een laag opleidingsniveau. Deze ouderen wonen vaak alleen, zijn vaak weduwnaar/weduwe of nooit getrouwd geweest. Zij wonen vaak in een stedelijk gebied, in wijken met een lage sociale status. Net als de afwachtende oudere ervaart de machteloze oudere een relatief slechte kwaliteit van leven.

2.3 *Factoren die ervaren eigen regie en belang van zelfredzaamheid bepalen*

Bij de omschrijving van de vier ouderenprofielen zijn enkele factoren genoemd die op grond van het vragenlijst onderzoek in het NIVEL Consumentenpanel een rol spelen bij de mate van ervaren eigen regie en het belang van zelfredzaamheid. Deze factoren komen grotendeels overeen met bevindingen uit de literatuur:

- A Zorgbehoefte en -gebruik;
- B Etnische afkomst;
- C Kennis, motivatie en zelfvertrouwen;
- D Persoonlijke en situationele kenmerken.

A *Zorgbehoefte en -gebruik*

Onderzoek onder ruim 600 55-plussers laat zien dat 97% van de ouderen het belangrijk vindt om eigen regie en verantwoordelijkheid over de

eigen gezondheid te hebben (Lindenberg e.a., 2013). Hoewel veel ouderen het belangrijk vinden om eigen regie te behouden en zelfredzaam te zijn, blijkt dat (een zwaardere) zorgbehoefte of (meer) zorggebruik van invloed is op de eigen regie en zelfredzaamheid. Wanneer ouderen meer behoefte hebben aan zorg ervaren zij minder eigen regie en zelfredzaamheid (Galenkamp e.a., 2012). Uit onderzoek blijkt ook dat ouderen met lichte cognitieve problemen en/of depressieve symptomen zelfredzaamheid belangrijk vinden, maar dat het voor hen niet altijd mogelijk is om ook daadwerkelijk zelfredzaam te zijn. Hun zelfredzaamheid neemt af naarmate hun problemen of symptomen ernstiger worden (Galenkamp e.a., 2012; van Campen e.a., 2013; Ursum e.a., 2011). Mensen met een chronische ziekte blijken vaak een grote mate van eigen regie te ervaren, maar hebben soms ook zorg nodig ter ondersteuning van hun zelfredzaamheid (Ursum e.a., 2011).

De mate van eigen regie en zelfredzaamheid blijkt verder samen te hangen met de hoeveelheid zorggebruik van een oudere: ouderen die meer uren AWBZ-gefinancierde zorg ontvangen hebben in mindere mate een gevoel van eigen regie en vinden zelfredzaamheid minder belangrijk (Galenkamp e.a., 2012; Van Campen e.a., 2013).

B *Etnische afkomst*

Ook etnische afkomst hangt samen met eigen regie en zelfredzaamheid. Bij sommige mensen van allochtone afkomst gaat het niet om het individueel behoud van regie, maar meer om het collectieve behoud van regie en redzaamheid binnen de familie. Mensen van allochtone afkomst vinden het over het algemeen zeer belangrijk om als familie elkaar te helpen en voor elkaar te zorgen. Wanneer een oudere hulpbehoevend is, wordt ondersteuning en zorg vaak binnen de eigen familie opgevangen. Onderzoeken laten zien dat een sterker plichtbesef om voor elkaar te zorgen vooral bij mensen van Turkse en Marokkaanse afkomst aanwezig is (de Graaff & Francke, 2003; de Jong e.a., 2004; Kullberg, 2010). Ouderen van Zuid-Europese, Antilliaanse en Surinaamse herkomst blijken juist liever zo lang mogelijk zelfredzaam te willen zijn en willen zo lang mogelijk de eigen regie over het leven houden (de Jong e.a., 2004). In vergelijking met Surinaamse en Antilliaanse oudere vrouwen zijn Turkse en Marokkaanse vrouwen minder zelfredzaam en hebben zij minder eigen regie. Deze vrouwen hebben vaker een lager opleidingsniveau en 80% van de Turkse en 90% van de Marokkaanse oudere vrouwen beheerst de Nederlandse taal beperkt tot zeer beperkt. Zij zijn hierdoor vaker afhankelijk van hun kinderen en andere familieleden (Distelbrink e.a., 2007).

c *Kennis, motivatie en zelfvertrouwen*

Bijna de helft van alle Nederlanders beschikt over onvoldoende of geringe kennis, motivatie en zelfvertrouwen om een actievere rol te spe-

len bij het omgaan met ziekte en zorg (Rademakers, 2013). Een internationale review laat zien dat zelfredzaamheid ('empowerment') interventies onder chronisch zieke ouderen de zelfredzaamheid en eigen regie van deze ouderen kunnen verhogen en kunnen leiden tot betere gezondheidsuitkomsten. Belangrijk element in de interventies is educatie, waarin ouderen geïnformeerd worden over hun ziekte, maar ook over dieetvoorschriften, het belang van bewegen en therapietrouw. Hierdoor krijgen zij meer grip op hun (chronische) ziekte. Daarnaast blijkt dat een individuele aanpak gericht op het maximaliseren van iemands potenties effectiever is dan groepsinterventies waarbij geprobeerd wordt iemands gedrag te veranderen. Ouderen moeten actief bezig zijn in het verhogen van hun eigen zelfredzaamheid (Shearer e.a., 2012).

D *Persoonlijke en situationele kenmerken*

Persoonlijke en situationele kenmerken hangen ook samen met de ervaren eigen regie en het belang dat ouderen hechten aan zelfredzaamheid. Onderzoek onder 75 ouderen van wie de meerderheid alleen woont, een grote zorgbehoefte heeft en een beperkt sociaal netwerk heeft, laat zien dat bij de helft van deze ouderen de regie bij de professionele hulpverlener ligt. Maar één op de tien ouderen is van mening dat zij eigen regie over hun zorg hebben (Zwart-Olde e.a., 2013a).

Ouderen die weinig regie en zelfredzaamheid ervaren zijn vaker man, vaak alleenwonend, hebben een lagere sociaal economische status, een lager opleidingsniveau en/of een beperkter sociaal netwerk (Galenkamp e.a., 2012). Als we kijken naar de ouderenprofielen zijn dit vooral de machteloze ouderen. Ouderen kunnen hun leven lang minder zelfredzaamheid ervaren, maar zij kunnen ook opeens hun zelfredzaamheid verliezen. Plotselinge gebeurtenissen, zoals het verlies van een partner, kunnen ertoe leiden dat de zelfredzaamheid bij een voorheen zelfredzame oudere vermindert (Galenkamp e.a., 2012; Gezondheidsraad, 2009).

3 Waar ga ik wonen?

Kernboodschappen

- Een groot deel (79%) van de (toekomstige) zelfstandig wonende ouderen wil zo lang mogelijk thuis blijven wonen wanneer hun behoefte aan zorg toeneemt. Er zijn ouderen die ervoor kiezen om hun woning aan te passen, maar er zijn ook ouderen die dat niet willen of kunnen en er voor kiezen om te verhuizen naar een andere woning.
- Ouderen willen dichtbij voorzieningen en hun sociale contacten wonen. Het liefst blijven ouderen in hun oude vertrouwde omgeving wonen.

3.1 De woonwensen van ouderen

In de hervormingen van de langdurige zorg is de veronderstelling dat mensen zo lang mogelijk zelfstandig (thuis) willen blijven wonen.

Onderzoeken die we hierna bespreken laten echter diversiteit in de woonwensen van ouderen zien. We kijken naar:

- A de wens om zo lang mogelijk thuis te blijven wonen
- B de wens om de eigen woning aan te passen
- C de wens om te verhuizen naar een andere woning
- D wensen voor de woonomgeving, onderverdeeld in:
 - dichtbij voorzieningen wonen
 - sociale contacten in de buurt

A Wens om zo lang mogelijk thuis te blijven wonen

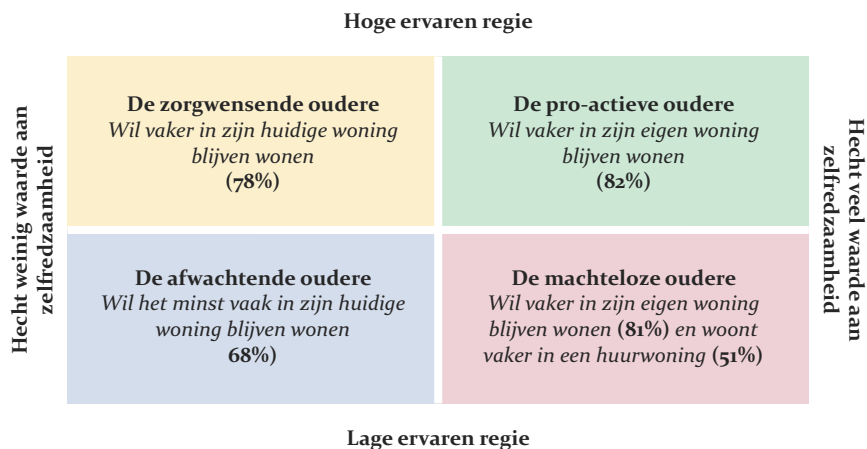
Uit het vragenlijstonderzoek onder het NIVEL Consumentenpanel Gezondheidszorg blijkt dat 79% van de zelfstandig wonende (toekomstige) ouderen thuis wil blijven wonen, ook als de behoefte aan zorg toeneemt. Naarmate mensen ouder worden, neemt de wens om in de eigen woning te blijven wonen toe. Van de ouderen tussen de 57 en 61 jaar wil driekwart in de huidige woning blijven, terwijl van de 72-77 jarigen 84% daar wil blijven wonen (NIVEL Consumentenpanel Gezondheidszorg, 2013). Deze bevindingen komen overeen met de WoON gegevens: zeven op de tien 75-plussers willen het liefst 'tot de dood' in de eigen woning blijven wonen (van Iersel & Leidelmeijer, 2010)¹.

¹ Het Woononderzoek Nederland (WoON) is een grootschalig driejaarlijks onderzoek naar de woonsituatie van de Nederlandse bevolking en wordt uitgevoerd in opdracht van het Ministerie van Binnenlandse Zaken & Koninkrijksrelaties. Een groot aantal van de in dit hoofdstuk besproken onderzoeken ten aanzien van wonen zijn gebaseerd op gegevens uit het WoON.

Figuur 3.1

Waar woont u het liefst als u in de toekomst meer zorg nodig heeft?

(N = 976; percentages naar ouderenprofielen)



Bron: NIVEL Consumentenpanel Gezondheidszorg, 2013.

B Wens om de eigen woning aan te passen

Wanneer een oudere ervoor kiest om zo lang mogelijk thuis te wonen, kunnen woningaanpassingen nodig zijn. Hierbij gaat het bijvoorbeeld om het aanpassen van een woning naar een nultredenwoning, zodat de toegankelijkheid van de woning vergroot wordt (van Iersel & Leidelmeijer, 2010) (box 3-1). Deze woningen worden vaak levensloopgeschikte woonvormen genoemd (box 3-1). Woningaanpassingen kunnen bijdragen aan een grotere zelfstandigheid van ouderen in hun dagelijks leven, waarmee hun kwaliteit van leven toeneemt (Hwang e.a., 2011). Daarnaast zijn voor woningaanpassingen op korte termijn forse investeringen nodig, maar zijn deze aanpassingen op langere termijn kosteneffectief, doordat vaak minder professionele ondersteuning nodig is (Lansley e.a., 2004).

Box 3-1

Omschrijvingen van gebruikte termen met betrekking tot wonen

Zelfstandig wonen betreft alle woonvormen buiten een intramurale instelling. Ouderen kunnen zelfstandig in hun eigen huis wonen of samen met anderen, eventueel met (professionele) ondersteuning.

Kangoeroewoning: woning waarin meerdere generaties (oudere ouders, kinderen en eventueel kleinkinderen) uit één familie samenwonen.

De oude ouders en kinderen hebben beiden een zelfstandige woning, die met een tussendeur of -trap onderling verbonden zijn (van Iersel & Leidelmeijer, 2010).

Levensloopgeschikte woningen: woningen die geschikt zijn of eenvoudig met aanpassingen geschikt zijn te maken voor bewoning tot op hoge leeftijd, ook in het geval van fysieke beperkingen of chronische ziekten (www.kcwz.nl/dossiers/levensloopgeschikt).

Nultredenwoning: een appartement of eengezinswoning die aan twee eisen voldoet (Van Galen e.a., 2013):

- *Externe toegankelijkheid:* de woonkamer van de woning of woonruimte is vanaf de straat te bereiken zonder traplopen (eventueel wel met lift);
- *Interne toegankelijkheid:* de primaire ruimten (keuken, toilet, badkamer en tenminste één slaapkamer) bevinden zich op dezelfde woonlaag en drempels zijn laag of ontbreken (eventueel wel met een traplift).

Verzorgd wonen: situatie waarin een oudere boven de 55 jaar zelfstandig in een eigen huis woont en zo nodig gebruik kan maken van verpleging en/of verzorging vanuit een nabijgelegen zorgsteunpunt (van Galen e.a., 2013).

Wonen met diensten: woning voor ouderen boven de 55 jaar als onderdeel van een wooncomplex met extra diensten als maaltijdverzorging, receptie en een gemeenschappelijk recreatiecentrum (van Galen e.a., 2013).

Woonservicegebied: een wijk in een stad of dorp waar onder andere ouderen zo zelfstandig mogelijk blijven wonen. Binnen zo'n wijk is sprake van wonen, welzijn en zorg op maat, variërend van aanpassingen aan de woning tot 24-uurs zorg. Kenmerken zijn 1) gewoon woongebied waar de zorg niet domineert, 2) integrale zorg- en dienstverlening die is georganiseerd in multifunctionele wijkcentra en 3) levensloopgeschikte woningen en een woonomgeving met een goed voorzieningenniveau (www.kcwz.nl/dossiers/woonservicegebieden).

c Wens om te verhuizen naar een andere woning

Eén op de vijf (toekomstige) ouderen wil verhuizen naar een andere woning als zij meer zorg nodig hebben (NIVEL Consumentenpanel Gezondheidszorg, 2013). Onderzoek met gegevens uit het WoON laat zien dat een meerderheid van de zelfstandig wonende ouderen minimaal één keer na het 55ste levensjaar is verhuisd en 15% wil verhuizen

wanneer dit naar hun inzicht nodig is (van Iersel & Leidelmeijer, 2010; Post e.a., 2012). Ouderen met een koopwoning en ouderen met een hoog inkomen zijn minder geneigd te verhuizen dan ouderen met een huurwoning of laag inkomen (van Iersel & Leidelmeijer, 2010; Post e.a., 2012). Als we kijken naar de wensen van de ouderen in de vier verschillende ouderenprofielen, dan zijn afwachtende ouderen vaker geneigd om te verhuizen als zij meer zorg nodig hebben. De afwachtende oudere heeft ook een lager inkomen. De machteloze oudere woont het vaakst in een huurwoning, maar heeft minder de wens om te verhuizen (figuur 3.1). Pro-actieve en zorgwensende ouderen willen vaak in hun eigen woning blijven wonen, ook als ze meer zorg nodig hebben. Deze ouderen hebben doorgaans ook de hulpbronnen om dit te verwezenlijken.

Zelfstandig wonende ouderen hebben verschillende redenen om wel of niet te willen verhuizen. Driekwart van de ouderen wil niet verhuizen, omdat zij tevreden zijn met hun huidige woning en/of woonomgeving (van Iersel & Leidelmeijer, 2010). Ouderen die op korte termijn willen verhuizen, doen dit om woning gerelateerde redenen, zoals een te grote woning of een niet gelijkvloerse woning, of gezondheidsredenen (van Iersel & Leidelmeijer, 2010). Ouderen tussen de 55-64 jaar verhuizen vaker om woning gerelateerde redenen dan ouderen van 75 jaar en ouder. Daarnaast blijken ook acht op de tien ouderen tussen de 55 en 64 jaar die aangeven om gezondheidsredenen te willen verhuizen, geen daadwerkelijke beperkingen in het dagelijks leven te ondervinden (van Iersel & Leidelmeijer, 2010). Hieruit kan worden opgemaakt dat jonge ouderen die verhuizen, rekening houden met eventuele afnemende mobiliteit en toenemende zorgbehoefte, waar zij in de keuze voor een andere woning op anticiperen.

Als ouderen willen verhuizen, wil 85% verhuizen naar een woning waarin ze zelfstandig kunnen blijven wonen, maar wel graag dichtbij een zorgcentrum of in een seniorenwoning (van Iersel & Leidelmeijer, 2010, Kullberg, 2005). Uit focusgroepen met ouderen met hoge zorgbehoefte bleek dat een deel van deze ouderen liever naar een verzorgingshuis verhuist, omdat zij daar de zekerheid hebben voldoende zorg te kunnen krijgen (Bunge e.a., 2008). Het onderzoek in het NIVEL Consumentenpanel Gezondheidszorg sluit aan bij deze bevindingen en laat zien dat als ouderen willen verhuizen, zij het liefst verhuizen naar een appartement, seniorenwoning of aanleunwoning (tabel 3.1).

Tabel 3.1

Waar willen (toekomstige) ouderen naar toe verhuizen als ze meer zorg nodig hebben? (N = 198; percentages)*

	%
Naar een appartement	43
Naar een ouderen-, senioren- of bejaardenwoning	38
Naar een aanleunwoning dicht bij een zorgcentrum (zelfstandig wonen en naar behoefte gebruik maken van voorzieningen in het zorgcentrum)	26
Naar een serviceflat of woning bij een zorgcentrum (zelfstandig wonen en tegen betaling gebruik maken van de diensten van het zorgcentrum)	24
Naar een eengezinswoning	8
Naar een specifieke woonvorm voor mensen die niet meer zelfstandig kunnen wonen	3

**Meerdere antwoorden mogelijk*

Bron: NIVEL Consumentenpanel Gezondheidszorg, 2013

D Wensen voor de woonomgeving

Ouderen hechten veel waarde aan de voorzieningen en de sociale contacten in de buurt. Ouderen die tevreden zijn met hun huidige woonsituatie willen daar blijven wonen, omdat zij er al jaren hebben gewoond, een leven met herinneringen hebben opgebouwd en een netwerk van vrienden, kennissen en burens hebben (Lindenberg e.a., 2013). Ruim driekwart van de ouderen die wil verhuizen wil graag in de eigen omgeving blijven wonen. Ouderen in landelijke gebieden zijn meer geneigd om te verhuizen naar een stad of dichtbij een stad, zodat ze betere toegang hebben tot voorzieningen als winkels, openbaar vervoer of zorgvoorzieningen (Post e.a., 2012). Daarnaast willen ouderen graag in een buurt met mensen van alle leeftijden en dichtbij voorzieningen wonen (Lindenberg e.a., 2013; van Iersel en Leidelmeijer, 2010; NIVEL Consumentenpanel Gezondheidszorg, 2013) (tabel 3.2).

Tabel 3.2

Woonwensen van (toekomstige) ouderen voor de buurt of gemeente waarin zij willen wonen als ze in de toekomst (meer) zorg nodig hebben (N= 198; percentages)*

	%
Dichtbij winkels, een gezondheidscentrum en andere voorzieningen	55
In een buurt waarin mensen van alle leeftijden wonen	47
Dichtbij de eigen kinderen	26
In een buurt waar mensen wonen die me willen helpen als ik (meer) hulp en zorg nodig heb	22
In een buurt met gelijkgestemden (mensen met dezelfde voorkeuren, hobby's en andere interesses)	12
Dichtbij eigen vrienden	9
Dichtbij familieleden (anders dan eigen kinderen)	7
In een buurt met veel andere ouderen	4
Geen speciale voorkeuren of wensen	10

**Meerdere antwoorden mogelijk*

Bron: NIVEL Consumentenpanel Gezondheidszorg, 2013

Box 3-2**Feiten en cijfers over zelfstandig wonende ouderen**

- In 2008 woonde bijna 95% van ouderen boven de 65 jaar zelfstandig (Schoenmaker & van der Wilk, 2011)
- 850.000 zelfstandig wonende 55-plussers hebben matige of ernstige beperkingen. Dat is bijna een kwart van het totaal aantal zelfstandig wonende ouderen (de Klerk e.a., 2004)
- De helft van de zelfstandig wonende 65-plussers heeft één of meer chronische ziekten (Post, 2011)
- De helft van de zelfstandig wonende ouderen boven de 65 jaar ervaart een goede kwaliteit van leven en negen op de tien ervaren een goede psychische kwaliteit van leven (Post, 2011)
- In 2007 ontvingen ongeveer 500.000 zelfstandig wonende ouderen boven de 65 jaar AWBZ en/of Wmo zorg thuis. Het zorggebruik neemt toe naarmate de leeftijd toeneemt (van Wieren & Busch, 2011):
 - 65-69 jarigen: 6% krijgt thuiszorg
 - 85-89 jarigen: ongeveer de helft krijgt thuiszorg
- Van de 75-plussers gebruikt 40% hulpmiddelen ten behoeve van mobiliteit zoals een rollator (van Wieren & Busch, 2011).

3.2 De mogelijkheden van ouderen en het aanbod van woningen

Onderzoek met gegevens uit het WoON laat zien dat er een tekort is aan geschikte woningen voor ouderen (van Galen e.a., 2013), zoals 'verzorgd wonen', 'wonen met diensten', 'levensloopgeschikte woningen' en 'nultredenwoningen' (box 3-1). Een kwart van de totale voorraad aan woonruimte kan bestempeld worden als geschikt voor ouderen en mensen met een beperking. De vraag naar geschikte woningen is echter groter dan het aanbod. Op dit moment zijn er ongeveer 2 miljoen woningen geschikt voor ouderen maar bestaat er een tekort van 84.000 woningen (4%), vooral in de categorieën 'wonen met diensten' en 'verzorgd wonen' (van Galen e.a., 2013). Opvallend is dat er geen sprake lijkt te zijn van een tekort in nultredenwoningen. Ongeveer de helft van de nultredenwoningen wordt bewoond door mensen jonger dan 55 jaar. Wanneer zij verhuizen, verhuizen ze vaak niet naar een andere nultredenwoning waardoor er voor ouderen een mogelijkheid komt om naar een nultredenwoning te verhuizen (van Galen e.a., 2012).

Een deel van de gemeenten onderschrijft dat er een tekort is aan geschikte woningen. In een onderzoek onder 122 gemeenten geeft de helft aan dat er een tekort aan ouderenwoningen in de gemeente is. Een groter deel van de gemeenten (65%) verwacht in 2020 een tekort (Ipsos Facto, 2012).

Burgerinitiatieven bij huisvesting voor ouderen lijken nog weinig voor te komen. Een meerderheid van de respondenten namens de gemeenten geeft aan dat er geen burgerinitiatieven bij huisvesting voor ouderen in de gemeente bestaan, maar een deel van de gemeenten (68%) ondersteunt dit soort initiatieven wel, bijvoorbeeld door het beschikbaar stellen van bouwlocaties (Ipsos Facto, 2012).

Daarnaast geeft de helft van de respondenten namens de gemeenten aan dat er in hun gemeente een woonservicegebied is gerealiseerd en is ongeveer een kwart bezig met het realiseren hiervan (box 3-1) (Ipsos Facto, 2012). Een vergelijkingsstudie tussen 30 woonservicegebieden en niet-woonservicegebieden met gegevens uit het WoON laat zien dat er gemiddeld meer 65-plussers in een woonservicegebied wonen en zich vestigen dan in een niet-woonservicegebied (Janse & van Rossum, 2011). Of ouderen ook langer zelfstandig wonen kan met de gegevens uit het WoON niet beantwoord worden. Wel blijkt dat ouderen in een woonservicegebied een slechtere gezondheid ervaren en meer huishoudelijke hulp ontvangen dan ouderen wonend in een niet-servicegebied. Dit kan komen doordat voornamelijk ouderen met een grote(re) zorgvraag naar een woonservicegebied verhuizen, omdat zij hier de zorg kunnen krijgen die zij nodig hebben. Daarnaast blijkt ook dat ouderen wonend in een woonservicegebied minder tevreden zijn met de leefbaarheid van het gebied. Uit dit onderzoek blijkt dat woonservicegebieden kunnen voorzien in de behoefte aan voorzieningen en zorg die ouderen nodig hebben om zelfstandig te wonen, maar dat ouderen niet altijd tevreden zijn met de woonomgeving (Janse & van Rossum, 2011).

4 Wie betaalt mijn zorg?

Kernboodschappen

- Tweederde van de (toekomstige) ouderen vindt dat zorg en ondersteuning deels door hen zelf betaald moet worden, en deels door de gemeenschap. Slechts één op de tien ouderen is bereid om in de toekomst eigen spaargeld daarvoor te gebruiken. Dit zijn vooral ouderen die ook de middelen hebben om zelf meer te betalen (de zorgwensende en pro-actieve ouderen).
- Eén op de zes ouderen (de machteloze ouderen) wil minder vaak zorg en ondersteuning zelf betalen en heeft vaak ook onvoldoende financiële middelen. Dit zijn vaak de ouderen met de grootste zorgvraag.

4.1 De wensen van ouderen

De overheid gaat ervan uit dat ouderen meer zelf kunnen en willen betalen voor hun zorg en ondersteuning. Als we kijken naar wie volgens (toekomstige) ouderen de zorg in de toekomst moet betalen, blijkt dat tweederde vindt dat ondersteuning en zorg (gedeeltelijk) door henzelf betaald zou moeten worden (tabel 4.1). Het minst geldt dit voor verpleging, waarvan vier op de tien mensen vindt dat dit volledig door de gemeenschap (de zorgverzekeraar, gemeente of andere overheid) betaald moet worden. Slechts een klein deel van de mensen van 45 jaar en ouder (14%) vindt dat kinderen moeten meebetalen aan de zorg voor hun ouders (de Klerk e.a., 2010). De ouderen in de vier ouderprofielen denken enigszins verschillend over wie hun zorg in de toekomst zou moeten betalen (figuur 4.1). De percentages in de figuur geven de grootste verschillen aan in vergelijking met de andere profielen. De zorgwensende en proactieve ouderen vinden dat zij huishoudelijke hulp volledig zelf zouden moeten betalen, maar dit zijn ook de ouderen met een hoger inkomen die daardoor de financiële middelen hebben om dit te doen. De machteloze ouderen vinden dat hulpmiddelen, woningaanpassingen en huishoudelijke hulp vanuit de gemeenschap betaald zouden moeten worden. Deze ouderen vormen een financieel minder daadkrachtige groep, waardoor zij ook minder vaak in staat zullen zijn om zorg en ondersteuning zelf te betalen.

Tabel. 4.1

'Wie zou in de toekomst de zorg moeten betalen?'

(N = 1014; percentages naar type hulp of zorg)

	Woningaanpassingen en hulpmiddelen %	Huishoudelijke hulp %	Persoonlijke verzorging %	Verpleging %
Volledig zelf	13	26	13	5
Deels zelf, deels door de gemeenschap*	67	66	65	53
Volledig door de gemeenschap	20	8	22	42

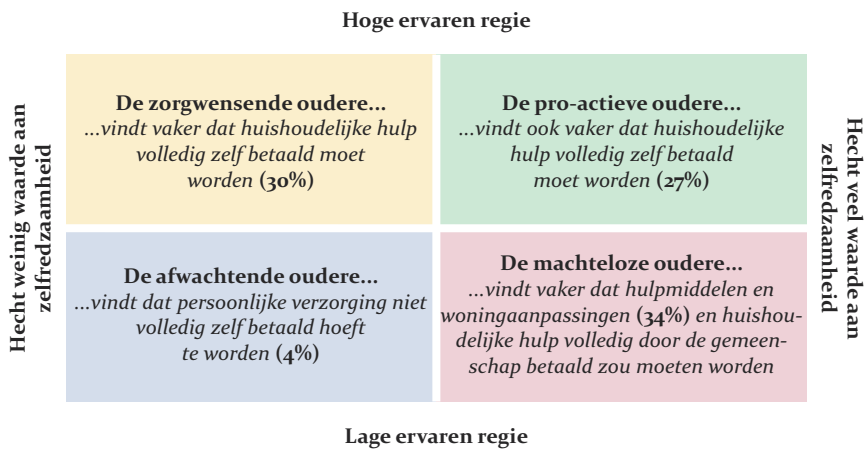
*Gemeenschap: zorgverzekeraar, gemeente of andere overheid

Bron: NIVEL Consumentenpanel Gezondheidszorg, 2013

Figuur 4.1

'Wie zou in de toekomst mijn zorg moeten betalen?'

(N = 985; percentages naar ouderenprofiel)



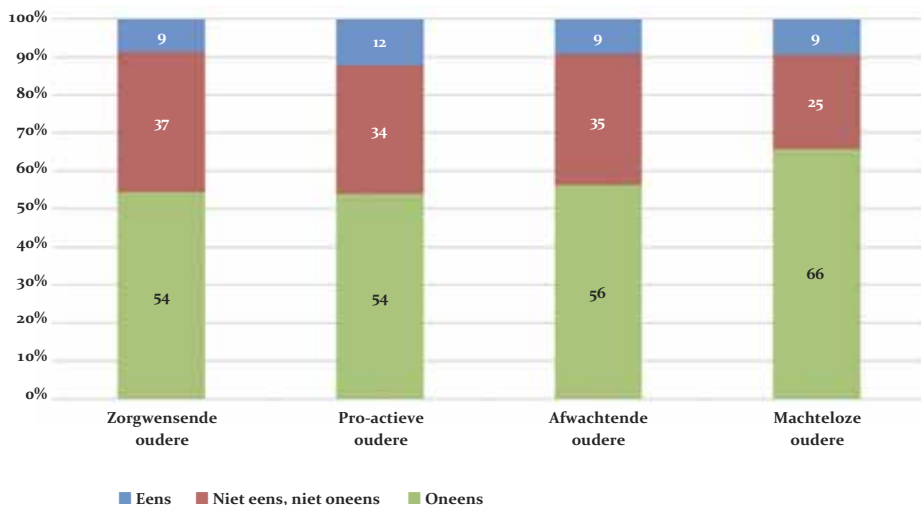
Bron: NIVEL Consumentenpanel Gezondheidszorg, 2013

Hoewel het overgrote deel van de (toekomstige) ouderen aangeeft dat zorg en ondersteuning deels zelf betaald zou moeten worden, is maar één op de tien ouderen echt bereid eigen (spaar)geld te gebruiken om nu of in de toekomst zorg te kopen (NIVEL Consumentenpanel Gezondheidszorg, 2013). De machteloze ouderen zijn het minst bereid in de toekomst met eigen (spaar)geld zorg in te kopen, maar hebben daar ook vaker de middelen niet voor (figuur 4.2). Onderzoek met de WoON gegevens laat zien dat een derde van de ouderen bereid is om het eigen vermogen te gebruiken om de eigen woning aan te passen (van

Iersel & Leidelmeijer, 2010). Daarnaast is een kwart van 650 onder-
vraagde ouderen bereid om voor extra voorzieningen binnen de domei-
nen wonen, welzijn en zorg te betalen (Castelijns e.a., 2013).

Figuur 4.2

'Ik zou mijn eigen (spaar)geld gebruiken om nu of in de toekomst zorg te kunnen kopen' (N = 985; percentages naar antwoordmogelijkheid)



Bron: NIVEL Consumentenpanel Gezondheidszorg, 2013

4.2 De mogelijkheden van ouderen

Onderzoeken naar de mogelijkheden om mensen een hogere eigen bijdrage voor ondersteuning en zorg te laten betalen zijn vooral gericht op de hele Nederlandse bevolking en vaak niet specifiek op ouderen. Uit die onderzoeken is wel af te leiden dat vooral mensen die een slechte gezondheid ervaren en/of in een slechte financiële positie verkeren zich zorgen maken over de betaalbaarheid en toegankelijkheid van de toekomstige zorg (box 4-1) (Dekker e.a., 2013; Post e.a., 2012). Een eigen bijdrage tussen 300 en 550 euro zal vooral mensen met een slechte of matige gezondheid en mensen met een lager inkomen (netto maandinkomen van minder dan 1750 euro) belemmeren in het noodzakelijke zorggebruik (Reitsma – van Rooijen e.a., 2012). De mensen die zich zorgen maken over de toegankelijkheid en betaalbaarheid van (toekomstige) zorg zijn ook vaak de mensen met het hoogste zorggebruik. Vijfenzestig-plussers met een relatief laag inkomen, een beperkt sociaal netwerk en die ook weinig eigen regie over het leven ervaren hebben een hoger zorggebruik (van Campen e.a., 2013; Post e.a., 2012). Deze ouderen kunnen op basis van de ouderenprofielen beschreven worden

als afwachterende of machteloze ouderen. Tweederde van deze 65-plussers doet een beroep op ondersteuning betaald vanuit de Wmo of AWBZ-gefinancierde zorg, terwijl dit maar een derde is bij de 65-plussers met relatief veel financiële middelen, een groot sociaal netwerk en die veel eigen regie ervaren (van Campen, e.a., 2013).

Een hoger eigen risico kan leiden tot vermindering van zorg door mensen die eigenlijk zorg nodig hebben (box 4-1) (Intomart GfK bv, 2013). Het vermijden of afzien van zorg is ongewenst bij ernstige klachten die verergeren als geen professionele zorg wordt ingezet. Ook kan het gaan om gevallen waarin iemand afziet van zorg uit angst voor de aandoeningen of behandeling of weinig vertrouwen in professionals heeft (Intomart GfK bv., 2013). Vooral mensen met lage inkomens blijken vaak ongewenst zorg te mijden (Intomart GfK bv., 2013). Doordat ouderen meer zelf zouden moeten betalen, dreigt er dus een tweedeling te ontstaan tussen ouderen die de financiële middelen hebben om zorg zelf te regelen, en ouderen die dit niet hebben en mogelijk daardoor ongewenst zorg gaan vermijden. Deze laatste groep zijn ook vaak de ouderen met een slechtere gezondheid.

Box 4-1

Feiten en cijfers over de mogelijkheden van (toekomstige) ouderen

- Een derde van ruim 1000 ondervraagde Nederlanders maakt zich (tamelijk veel) zorgen of zij door de bezuinigingen in de zorg en hogere eigen risico's in de toekomst nog wel de benodigde zorg kunnen krijgen (Dekker e.a., 2013):
 - De helft van alle ondervraagden ervaart een slechte gezondheid en/of is niet tevreden over de eigen financiële situatie
 - Een derde van de 55-plussers maakt zich zorgen over de toegang tot (medische) zorg in de toekomst.
- Ongeveer 5% van de Nederlandse bevolking boven de 18 jaar heeft wel eens ongewenst zorg gemeden, terwijl zorg eigenlijk nodig was. Voor de helft van de mensen die zorg hebben gemeden, blijkt de hoogte van het eigen risico een belangrijk argument te zijn (Intomart GfK bv, 2013).
- 65-plussers zien minder vaak af van zorg vanwege de kosten. Naarmate het inkomen lager is zien mensen vaker af van zorg vanwege de kosten (Faber e.a., 2013).
- 3% van de mensen boven de 65 jaar had in 2011 een laag inkomen (minder dan 9249 euro per jaar) Voor de gehele Nederlandse bevolking ligt dit cijfer op 9% (Ministerie van Financiën, 2013).
- De inkomenspositie van ouderen boven de 65 jaar is tussen 1990 en 2010 met een kwart gestegen; steeds meer ouderen hebben ook een aanvullend pensioen opgebouwd (Ministerie van Financiën, 2013).

5 Mantel- en vrijwilligerszorg: wie helpt mij?

Kernboodschappen

- Niet alle ouderen hebben sociale contacten of mantelzorgers waar zij een beroep op kunnen doen en niet alle ouderen willen dit ook.
- Ouderen hebben een sterkere voorkeur voor professionele zorg naarmate hun zorgzwaarte en ernst van de beperkingen toeneemt. Huishoudelijke hulp en persoonlijke verzorging willen ouderen wel van een mantelzorger ontvangen, maar dan het liefst van hun partner.

5.1 De wensen van ouderen

Informele zorg is de verzamelnaam voor mantelzorg en vrijwilligerswerk (box 5-1). Informele zorg is alleen een effectieve substitutie voor professionele zorg, wanneer de zorgbehoefte van ouderen beperkt is tot huishoudelijke hulp en persoonlijke verzorging, waarvoor geen specifieke kennis of kunde vereist is. Naarmate de ernst van de beperkingen van thuiswonende ouderen toeneemt, kan informele zorg professionele zorg niet voldoende vervangen en neemt de inzet van professionele zorg sterker toe dan de inzet van informele zorg (Bonsang, 2009; de Boer & de Klerk, 2013).

Wanneer we kijken naar de wensen van ouderen, blijkt uit verschillende onderzoeken die we hierna bespreken dat een meerderheid van de ouderen professionele hulp boven mantelzorg verkiest. Ouderen willen vooral een plezierige band met hun kinderen en geen structureel beroep op hen doen voor ondersteuning en zorg (Struijs, 2006).

Driekwart van ruim 3500 informele zorgontvangers wil zijn familieleden of vrienden niet nog meer tot last en zijn en 63% wil niet nog meer hulp van hen ontvangen (de Klerk, e.a., 2009). Vier op de vijf mensen met een matige of ernstige beperking vinden dat zij rekening horen te houden met de drukke levens van anderen in hun omgeving en niet teveel van hen kunnen verlangen, maar driekwart vindt het wel vanzelfsprekend om door hun partner of kinderen in het huishouden geholpen te worden (De Boer & De Klerk, 2013). Onderzoek onder 1750 chronisch zieken laat zien dat 40% zich bezwaard voelt om mantelzorg van een naaste te accepteren, maar tegelijkertijd vindt 30% tot 40% het ook vanzelfsprekend om door hun sociale netwerk te worden geholpen (Calsbeek, 2004).

Uit het vragenlijstonderzoek onder het NIVEL Consumentenpanel Gezondheidszorg blijkt dat (toekomstige) ouderen nog wel huishoudelijke hulp van hun sociale omgeving willen, maar bij persoonlijke ver-

zorging en verpleging een sterke voorkeur voor professionele zorg hebben (Tabel 5.1). Wanneer ouderen persoonlijke verzorging en verpleging door iemand uit het sociale netwerk willen ontvangen, willen zij dit het liefst van hun partner krijgen. Ouderen willen veelal geen persoonlijke verzorging of verpleging van andere familieleden, buren of vrienden ontvangen; ouderen geven dan vaker de voorkeur aan een vrijwilliger. De bevindingen uit het vragenlijstonderzoek onder het NIVEL Consumentenpanel komen overeen met andere onderzoeken, die laten zien dat bij incidentele hulp – bijvoorbeeld boodschappen doen of een klusje in het huis – ouderen nog wel hulp van hun sociale netwerk willen krijgen, maar bij intensievere en langdurige zorg geen hulp van hun sociale netwerk verwachten en willen krijgen (de Boer & de Klerk, 2013; Dykstra & Fokkema, 2007).

Tabel 5.1.

Van wie willen (toekomstige) ouderen zorg en ondersteuning krijgen?
(N = 1014; percentages naar type zorg)*

hulp	Huishoudelijke	Persoonlijke	Verpleging
	verzorging		
	%	%	%
Partner	53	50	34
(één van) Mijn kinderen	33	19	13
Andere familieleden	6	2	1
Buren	11	2	1
Vrienden	16	5	2
Vrijwilligers	29	17	9
Professionals	68	83	92

* Meerdere antwoorden mogelijk

Bron: NIVEL Consumentenpanel Gezondheidszorg, 2013

Tussen de ouderen in de ouderenprofielen zitten onderlinge verschillen (figuur 5.1). De afwachtende oudere vindt het minder belangrijk om dingen zelf te regelen, zal zich afhankelijker opstellen van anderen en snel hulp van professionals accepteren. De zorgwensende en pro-actieve ouderen staan het meest open voor informele ondersteuning en zorg, maar hebben ook meer financiële middelen en een groter en gevarieerder sociaal netwerk. De machteloze ouderen wil niet alleen liever professionele ondersteuning en zorg, maar kunnen vaak ook geen informele zorg krijgen doordat zij weinig financiële middelen en een klein sociaal netwerk hebben.

Figuur 5.1

Wensen van (toekomstige) ouderen ten aanzien van wie zij ondersteuning en zorg willen ontvangen (N= 985; percentages naar type zorgverlener per ouderenprofiel)



Bron: NIVEL Consumentenpanel Gezondheidszorg, 2013

Onderzoek onder voorkeuren van allochtone ouderen voor de zorg in de palliatieve fase laat zien dat zij veelal een sterke voorkeur hebben voor informele zorg boven professionele zorg. Uit interviews met Turkse en Marokkaanse mantelzorgers en betrokken professionals bleek dat ouderen verwachten dat hun kinderen voor hen zorgen en hier ook een sterke voorkeur aan gaven. Maar een beperkt deel van de ouderen maakte gebruik van de geboden mogelijkheden van professionele zorg (Graaf & Francke, 2003).

Box 5-1

Definities van mantelzorg en vrijwilligerswerk

Mantelzorg: ‘onbetaalde, niet beroepsmatige ondersteuning en zorg door een mantelzorger die voor meer dan acht uur per week of minimaal drie maanden geboden wordt aan mensen met een fysieke, verstandelijke of psychische beperking in hun familie, huishouden of sociale netwerk. Het gaat hierbij om zorg die rechtstreeks voortvloeit uit de sociale relatie en meer is dan in een persoonlijke relatie gebruikelijk is’ (De Boer & De Klerk, 2013; Expertisecentrum Mantelzorg, 2013; Mezzo, 2013; Struijs, 2006).

Mantelzorger: ‘een partner, familielid, buur of vriend waarmee een hulpbehoevend persoon al een emotionele band heeft’ (Expertisecentrum Mantelzorg, 2013).

Vrijwilligerswerk: ‘werk dat onbetaald en onverplicht wordt verricht, al dan niet in georganiseerd verband, wat ten goede komt aan anderen buiten het sociale netwerk’ (De Boer & De Klerk, 2013; Struijs, 2006).

Vrijwilliger: ‘een niet-professionele helper, maar een persoon waarmee de hulpbehoevende bij de start nog geen emotionele band heeft. In gevallen waarin er geen emotionele band tussen burens bestaat, kunnen burens onder deze definitie ook als vrijwilliger worden gezien’ (De Boer & De Klerk, 2013; Struijs, 2006).

Box 5-2

Feiten en cijfers over mantelzorg

Hoeveel mantelzorgers zijn er?

- Er bestaan verschillen in het aantal mantelzorgers in Nederland, afhankelijk van de gehanteerde definitie en manier van meten (Nationaal Kompas Volksgezondheid, 2013)
 - CBS: 1,5 miljoen volwassen mantelzorgers (18 jaar of ouder) (CBS, 2013b);
 - SCP: 2,6 miljoen volwassen mantelzorgers (18 jaar of ouder) (De Boer & De Klerk, 2013)
- De helft van de Nederlanders met minstens één ouder in leven is bereid om voor een aantal maanden zijn/haar ouder te verzorgen, terwijl een derde bereid is om voor een langere periode mantelzorger te zijn (De Klerk e.a., 2010)

Wie is mantelzorger?

- 60% is vrouw (De Boer & De Klerk, 2013).
- De helft van de mantelzorgers is tussen de 45 en 65 jaar (De Boer & De Klerk, 2013).
- Vier op de vijf van de mantelzorgers heeft een gezin. Mantelzorgers met kinderen onder de 12 jaar geven minder mantelzorg dan mantelzorgers met kinderen boven de 12 jaar (Hoefman, 2009; de Vries & van der Mooren, 2010).
- Driekwart van de mantelzorgers heeft een betaalde baan (Oudijk e.a., 2010).
- Het aantal verleende uren mantelzorg neemt vanaf de pensioenleeftijd toe van 14 uur (65-75 jarige) tot 24 uur (85 jaar-plussers) per week (CBS, 2013b).
- Van de 1,5 miljoen mantelzorgers in Nederland voelen 220.000 mantelzorgers zich zwaar belast. Overbelaste mantelzorgers geven gemiddeld 23 uur per week mantelzorg, ten opzichte van gemiddeld 9 uur per week door niet overbelaste mantelzorgers (CBS, 2013b).

Wat doen mantelzorgers?

- Mantelzorg bestaat vooral uit emotionele steun, begeleiding bij bijvoorbeeld dokter- of familiebezoeken en hulp bij administratie. Persoonlijke verzorging en verpleging worden minder gegeven (Hoefman, 2009).
- De meeste mantelzorg wordt verleend aan een (schoon)ouder en aan de partner (Expertisecentrum Mantelzorg, 2013).
- Vrouwen zorgen voor zowel personen binnen als buiten hun familie; mannen zorgen vaak voor hun partner (Morée & Visser, 2007).

5.2 Mogelijkheden van meer mantelzorg

Door de geplande hervormingen in de langdurige zorg en de focus op meer informele zorg moeten huidige mantelzorgers meer doen, en moeten er meer nieuwe mantelzorgers bij moeten komen. Meer mantelzorg is echter niet voor alle ouderen mogelijk. Zo zijn er bijvoorbeeld ouderen die alleen wonen of een beperkt sociaal netwerk hebben waardoor zij minder potentiële mantelzorgers om zich heen hebben. In 2008-2009 is de toegang tot AWBZ gefinancierde voorzieningen aangescherpt (Pakketmaatregel AWBZ). AWBZ zorg werd begrensd tot mensen die als gevolg van een ziekte of stoornis blijvende beperkingen en een zwaardere zorgbehoefte hebben. Uit een evaluatie onder bijna 2300 mensen die vanwege deze maatregel niet (meer) in aanmerking kwamen voor AWBZ-zorg, bleek dat de helft niet voldoende mantelzorg kon krijgen om hun zorgbehoefte op te vangen en eenderde geen sociaal netwerk had om zorg uit te krijgen (Cliëntenmonitor AWBZ, 2010). Deze

evaluatie geeft aanwijzingen dat bij een verscherping van de AWBZ, niet alle ouderen een groter beroep op hun sociale netwerk kunnen doen. Onderzoeken naar mantelzorg richten zich vooral op mantelzorg door een partner of door volwassen kinderen. Dit zijn ook de vormen van mantelzorg die het meest geleverd worden (zie box 5-2). Uit verschillende onderzoeken die we hierna bespreken komen de volgende punten naar boven die een rol spelen bij de mogelijkheid van meer mantelzorg: (a) de motivatie en mogelijkheden van de mantelzorger, (b) de belasting van de mantelzorger en (c) het potentieel aan mantelzorgers in het sociale netwerk.

A *Motivatie en mogelijkheden van de mantelzorger*

Uit verschillende onderzoeken die we hierna bespreken blijken de volgende punten een rol spelen bij de motivatie en mogelijkheden van een mantelzorger:

- motieven voor het geven van mantelzorg;
- reisafstand tussen mantelzorger en hulp vragende oudere;
- combinatie mantelzorg en betaald werk.

Mantelzorgers hebben verschillende motieven voor het helpen van een naaste. Vragenlijstonderzoek onder 950 mantelzorgers laat zien dat driekwart van de mantelzorgers voldoening ervaart in het geven van mantelzorg (van Exel, 2002). De belangrijkste motieven van mantelzorgers zijn: vanzelfsprekendheid (vooral bij volwassen kinderen), liefde en genegenheid voor een naaste (vooral bij partners) en een plichtgevoel (vooral bij volwassen kinderen). Andere motieven, die echter maar zelden genoemd worden, zijn bijvoorbeeld het helpen voorkomen dat een naaste wordt opgenomen in een verzorgingshuis en geen beschikbaarheid van een andere mantelzorger in de sociale omgeving. Andere familieleden, vrienden en buren verlenen vaak mantelzorg, omdat zij een goede band met een hulpbehoevend persoon hebben en daarom iets voor hem over hebben.

Allochtone ouderen zien mantelzorg van hun familie vaak als vanzelfsprekend en in het bijzonder hulp van (schoon)dochters. De volgende generatie ziet deze vanzelfsprekendheid minder en (schoon)dochters zien het vaak als een verplichting om een (schoon)ouder te helpen (Schellingerhout, 2008). Mantelzorgers uit andere Europese landen voelen zich minder genoodzaakt of verplicht om een naaste te helpen dan Nederlandse mantelzorgers. Van de Nederlandse mantelzorgers tussen de 50 en de 64 jaar voelen negen op de tien zich genoodzaakt en voelt de helft zich verplicht. In vergelijking voelen zeven op de tien Zuid-Europese mantelzorgers zich genoodzaakt en voelen vier op de tien zich verplicht tot mantelzorg. Het helpen van naasten is in Zuid-Europese landen meer een traditie en onderdeel van de cultuur, waardoor het vanzelfsprekender is om elkaar te helpen (de Boer & de Klerk,

2013; Hoefman, 2009; Oudijk e.a., 2011; Suanet e.a., 2011).

Door de toenemende migratie en globalisering gaan familieleden steeds verder uit elkaar wonen. Zo heeft 13% van de ouderen boven de 65 jaar alle familieleden op meer dan afstand wonen (de Boer e.a., 2005; Van der Meer & Mulder, 2007). Mantelzorgers die reizen zorgen veelal voor hun (schoon)ouder(s) en minder vaak voor andere familieleden, vrienden of kennissen. Zij reizen ook verder voor de zorg voor een (schoon)ouder of ander familieleden (gemiddeld 25 minuten), dan voor de zorg voor vrienden en kennissen (gemiddeld 11 minuten), maar verlenen minder mantelzorg (vooral minder persoonlijke verzorging) dan inwonende mantelzorgers (de Boer e.a., 2005).

Personen die geen betaald werk hebben of minder dan 28 uur per week werken zijn vaker mantelzorger en geven ook meer mantelzorguren.

Een vergelijkend onderzoek tussen mensen zonder een betaalde baan en mensen die tussen de 20 en 27 uur per week werken laat zien dat 28% van degenen zonder betaalde baan meer dan acht uur per week mantelzorg verleent, in tegenstelling tot 15% van de mantelzorgers met een betaalde baan (de Boer & Keuzekamp, 2009; Kwekkeboom, 2012, Morée & Visser, 2007). Ander onderzoek laat zien dat een vijfde van de werkende mantelzorgers minder uren werkt dan zij wensen en een vijfde van de mantelzorgers te maken heeft met inkomensderving doordat zij minder kunnen werken (de Boer e.a., 2003). Tevens blijkt dat mantelzorgers met betaald werk vaker vrouwen dan mannen zijn. Van de tien vrouwen met een betaalde baan die met een zorgvraag van een naaste te maken heeft, gaan er acht hier daadwerkelijk op in. Onder de mannen is dit zes van de tien mannen (Morée & Visser, 2007).

Nederlandse mannen vinden een betaalde baan geen belemmering voor het eventueel verlenen van mantelzorg, terwijl voor vrouwen een betaalde baan wel een belemmering kan zijn (Dykstra & van Putten, 2010).

Maar een klein deel van de mantelzorgers maakt gebruik van verlofregeelingen op zijn werk (14%), maar deze gelden ook alleen voor de (kortdurende) zorg voor een kind, partner of ouder. Daarnaast geeft 40% van de werkende mantelzorgers aan dat de aard van hun werk het niet toelaat om extra verlof te nemen. Uit hetzelfde onderzoek blijkt dan ook dat mantelzorgers meer behoefte hebben aan flexibiliteit op de werkvloer dan de mogelijkheid van verlof (Souren, 2007).

B Belasting van de mantelzorger

Een deel van de mantelzorgers is overbelast (box 5-2). Uit onderzoek blijkt dat overbelasting kan leiden tot (1) mogelijk ontspoord gedrag, zoals mishandeling, mede veroorzaakt door stress en frustratie, (2) tijdsproblemen doordat zij bijvoorbeeld geen tijd meer hebben voor het huishouden, (3) een grotere financiële belasting door bijvoorbeeld extra reiskosten en (4) een sociaal isolement (de Boer & de Klerk, 2013;

Struijs, 2006; van Male e.a., 2010). Door overbelasting kan de gezondheid van mantelzorgers zelf achteruit gaan, wat vooral een risico is bij inwonende mantelzorgers en/of mantelzorgers die zelf op hoge leeftijd zijn en voor hun partner moeten zorgen (de Boer & de Klerk, 2013; Struijs, 2006; Zwart-Olde e.a., 2013b).

Overbelasting bij de zorg voor een dementerende naaste is veelvoorkomend. Van de 300.000 mantelzorgers voor mensen met dementie, is naar schatting de helft overbelast en lopen twee op de vijf mantelzorgers een groot risico op overbelasting (Alzheimer Nederland, 2013). Ander onderzoek onder ruim 3800 mantelzorgers voor mensen met dementie laat lagere percentages zien, namelijk dat één op de tien zich zeer zwaar tot overbelast voelt. Mantelzorgers die zorg geven aan hun partner met dementie voelen zich meer overbelast dan (schoon)dochters of (schoon)zonen die mantelzorg bieden aan een dementerende (schoon)ouder (Peeters, 2012). Uit internationaal onderzoek blijkt dat wanneer mantelzorgers zich overbelast voelen, er een grotere kans is dat professionele thuiszorg eerder nodig is of dat een oudere moet verhuizen naar een instelling (Kuzuya e.a., 2011).

c *Potentieel aan mantelzorgers in het sociale netwerk*

Uit onderzoek is bekend dat ouderen met een groter en gevarieerder sociaal netwerk relatief vaker (1) een partner en/of kinderen hebben, (2) betrokken zijn bij een kerkelijke gemeenschap, (3) goede relaties onderhouden met burens en vrienden en (4) een hoger opleidingsniveau en/of inkomen hebben (Broese van Groenou & van Tilburg, 2007). Ouderen van 85 jaar en ouder, met een zeer laag inkomen en geen kinderen in de nabije omgeving lopen een grotere kans op een sociaal isolement (Broese van Groenou & van Tilburg, 2007; Kwekkeboom, 2012). Onderzoek naar het potentieel aan mantelzorgers in het sociale netwerk van ouderen laat zien dat er wel veel ouderen zijn die wel personen in hun sociale omgeving hebben die eventueel zorg kunnen verlenen, maar dat er nauwelijks beroep op deze personen wordt gedaan, maar dat er ook ouderen zijn met een beperkt of geen potentieel (zie box 5-3). Hierbij gaat het om de mogelijkheden van andere, nog niet bij de mantelzorg betrokken, mensen uit het sociale netwerk van een oudere die potentieel als mantelzorger kunnen optreden. Onderzoek onder ruim 1300 ouderen toont aan dat ouderen gemiddeld drie tot vier relaties in hun sociale netwerk hebben wie als potentiële mantelzorgers kunnen worden gezien (Broese van Groenou & van Tilburg, 2007). Criteria voor een potentiële mantelzorger zijn onder andere: de intensiteit van het contact (ten minste één keer per maand) en steunuitwisseling (enige uitwisseling van emotionele en instrumentele steun in het afgelopen jaar). Volwassen kinderen (de helft) en burens (eenderde) worden door ouderen het vaakst als potentiële mantelzorgers gezien. Toch blijkt dat maar drie op de tien van de ouderen met potentiële mantelzorgers in

hun sociale netwerk daadwerkelijk hulp ontvangt van een kind en maar 4% van de ouderen daadwerkelijk hulp ontvangt van andere familieleden, vrienden, kennissen of burens (Broese van Groenou & van Tilburg, 2007).

Box 5-3

Ouderen met een beperkt sociaal netwerk

- Een klein deel van de ouderen heeft één potentiële mantelzorger (13%) of geen potentiële mantelzorger (7%) in de sociale omgeving (Broese van Groenou & van Tilburg, 2007).
- 6% van de volwassen Nederlandse bevolking leeft in een sociaal isolement, doordat het contact met familie of vrienden verbroken is of zij de sociale vaardigheden missen om nieuwe contacten te leggen (Timmermans & Pommer, 2008).
- 4% van de volwassen Nederlandse bevolking heeft geen kinderen en een deel daarvan heeft ook een onvoldoende toereikend vriendennetwerk om een beroep op te kunnen doen (Timmermans & Pommer, 2008).

5.3 Mogelijkheden van meer vrijwilligerswerk

Vrijwilligers kunnen worden ingezet ter ondersteuning van ouderen en mantelzorgers. Hoewel er wel onderzoek is gedaan naar de mogelijkheden van vrijwilligerswerk, is er nog weinig onderzoek verricht naar de mogelijkheden van vrijwilligerswerk binnen de zorg. Vier op de tien ouderen tussen 65 en 74 jaar doet vrijwilligerswerk. Vrijwilligers in de zorg geven vooral sociaal-emotionele steun en praktische hulp aan de ouderen. De hulp kan ook gericht zijn op ontlasten van de mantelzorger (respijtzorg) (box 5-4). Onderzoek onder zorg- en welzijnsorganisaties laat zien dat ongeveer de helft kampt met een tekort aan vrijwilligers. In deze paragraaf gaan we in op de vraag of er meer vrijwilligerswerk in de zorg mogelijk is. Daarvoor kijken we eerst naar de motivatie van vrijwilligers: wat beweegt mensen om al dan niet als vrijwilliger in de zorg te gaan werken? Daarna laten we zien dat deze vrijwilligers vooral oudere mensen zijn. Vertegenwoordigers van vrijwilligersorganisaties geven aan dat de vergrijzing zowel kansen biedt als bedreigingen geeft. Door de vergrijzing zijn er meer ouderen die actief kunnen zijn in vrijwilligerswerk, maar kunnen er ook tekorten ontstaan wanneer ouderen geen vrijwilligerswerk meer kunnen doen (van Overbeek, 2007).

Hoeveel vrijwilligers zijn er?

- Er zijn naar schatting 450.000 vrijwilligers in de zorg, waarvan 250.000 actief via vrijwilligersorganisaties (Scholten, 2011).
- 40.000 vrijwilligers zijn actief op het gebied van welzijn voor ouderen (Oudenampsen & van der Klein, 2011).
- 25.000 mensen geven intensieve vrijwilligerszorg, zoals thuishulp, vriendendiensten, buddyzorg of georganiseerde burenhulp (De Boer & De Klerk, 2013).
- In 2009 werd 14% van vrijwilligerswerk (ook buiten de zorgsector) besteed aan verzorging en verpleging (Arts & te Riele, 2010).
- Meer dan de helft van de zorgorganisaties en bijna de helft van de welzijnsorganisaties ervaart een tekort aan vrijwilligers (Oudenampsen & van der Klein, 2011).

Wie is vrijwilliger?

- Drie keer zo veel vrouwen als mannen zijn actief (Arts & Ten Riele, 2010).
- Ouderen en laagopgeleiden doen vaker vrijwilligerswerk dan jongeren en hoogopgeleiden (Elferink & Scholten, 2009; De Boer & De Klerk, 2013).
 - 65-74 jaar: 41% doet vrijwilligerswerk
 - 75 jaar en ouder: een kwart doet vrijwilligerswerk
- Onderzoek onder 700 zorgvrijwilligers: ruim een derde is maar tijdelijk vrijwilliger (eenmalig, voor een korte periode of alleen op gezette tijden).
- Allochtonen (Dekker e.a., 2007; Struijs, 2006):
 - vooral Turken en Marokkanen zijn in vergelijking met andere allochtone groepen (Surinamers en Antilianen) het minst actief in vrijwilligerswerk
 - voor zover zij wel actief zijn, ondernemen zij vaak activiteiten gericht op hun eigen etnische gemeenschap.
 - Taalbarrières en hun onbekendheid met vrijwilligerswerk kunnen een groter aandeel in vrijwilligerswerk door allochtonen belemmeren

Wat doen vrijwilligers?

- Voor ouderen: voornamelijk sociaal-emotionele steun en praktische hulp zoals (De Boer & De Klerk, 2013; Devilee, 2008):
 - bezoeken afleggen
 - activiteiten begeleiden
 - lotgenotencontact
 - vriendendiensten/maatjescontact (sociaal contact tussen

- vrijwilligers en mensen met psychiatrische problemen).
- buddyzorg (sociaal-emotionele steun aan mensen die lijden aan de belasting van een ernstige, chronische of levensbedreigende aandoening/ziekte)
- vervoer
- meegaan met vakanties, dagtochten etc.
- boodschappen doen
- maaltijden aanleveren
- Voor ontlasten mantelzorger: respijtzorg (mantelzorg wordt tijdelijk (voor een deel) overgenomen).

Vrijwilligers hebben verschillende redenen om vrijwilligerswerk te doen, maar er zijn ook belangrijke redenen om (vooralsnog) geen vrijwilligerswerk te doen. Uit focusgroepgesprekken met mensen tussen de 18 en 34 jaar en 55-plussers, blijkt dat jongeren geen vrijwilligerswerk doen, omdat ze daar geen tijd voor hadden of omdat ze er nooit over hadden nagedacht om vrijwilligerswerk te gaan doen. Ook willen jongeren zich vaak minder langdurig binden (de Boer & de Klerk, 2013; Dekker & Steenvoorden, 2008). De ouderen die geen vrijwilligerswerk deden gaven in dezelfde focusgroepen aan dat zij het gevoel hadden al zo lang te hebben gewerkt en dat zij hun steentje al hadden bijgedragen aan de maatschappij. Daarnaast blijkt dat ouderen geen vrijwilligerswerk doen, omdat zij er niet voor zijn gevraagd (Dekker & Steenvoorden, 2008). Mensen die wel vrijwilligerswerk in de zorg doen hebben daar verschillende motieven voor (Scholten, 2011), namelijk:

- Iets doen voor een ander
- Maatschappelijk betrokken voelen
- Zinvolle (vrije) tijdsbesteding
- Andere mensen ontmoeten
- Persoonlijke ontwikkeling
- Kennis en kunde inzetten
- Werkervaring opdoen.

Vertegenwoordigers van vrijwilligerswerkorganisaties geven aan dat ouderen vrijwilligerswerk bij zorgorganisaties doen om invulling te geven aan hun dagelijkse leven, graag iets voor een ander willen betekenen, en graag betrokken willen blijven bij de maatschappij (Elferink & Scholten, 2009). Zowel zorgvragers als mantelzorgers hebben veel waardering voor het werk van een vrijwilliger. De vertrouwensrelatie tussen een vrijwilliger en een mantelzorger zorgt ervoor dat mantelzorgers zich emotioneel ondersteund voelen en minder belast wanneer een vrijwilliger aanwezig is (van Overbeek, 2007).

De mensen die vrijwilligerswerk doen, zijn voornamelijk ouderen (box

5-4). Een verminderde gezondheid en functionele beperkingen leiden ertoe dat ouderen minder vrijwilligerswerk kunnen doen dan zij willen. Vanaf 75 jaar is er daarom ook een afname te zien in het aantal ouderen dat vrijwilligerswerk doet (de Klerk & Schellingerhout, 2006). Ouderen die vrijwilligerswerk doen helpen niet alleen anderen, maar vrijwilligerswerk heeft ook een positieve invloed op hun eigen leven. Hoe meer uren een oudere actief is in vrijwilligerswerk, hoe tevredener hij is met zijn eigen leven (de Boer & de Klerk, 2013; van Campen & de Klerk, 2012).

Uit onderzoek blijkt dat er enerzijds nieuwe vormen van vrijwilligerswerk ontstaan, maar dat er anderzijds ook sprake is van een tekort aan vrijwilligers in de zorg (van den Berg e.a., 2011). Nieuwe vormen zijn bijvoorbeeld initiatieven waarin burgers gezamenlijk vrijwilligerswerk organiseren, zoals een online 'marktplaats' met vraag en aanbod van vrijwillige diensten (de Boer & de Klerk, 2013). Maar deze initiatieven blijken nog schaars (van den Berg e.a., 2011), en er is een tekort aan vrijwilligers in de zorg. Het vrijwilligersbestand bij vrijwilligerswerkorganisaties vergrijsst, waardoor steeds meer vrijwilligers stoppen. Het toenemend aantal ouderen in de samenleving biedt ook een kans en kan ertoe leiden dat er meer ouderen actief worden (van Overbeek, 2007). Het grootste potentieel aan vrijwilligers in de zorg zit bij de ouderen. Jongeren geven de voorkeur aan een eenmalige of kortdurende inzet en willen zich niet gedurende langere tijd te binden. Zij worden ook wel 'flitsvrijwilligers' genoemd (de Boer & de Klerk, 2013). Een deel van de ouderen doet geen vrijwilligerswerk, omdat zij daar niet expliciet voor uitgenodigd zijn. Hen actief uitnodigen kan ze over de drempel halen om vrijwilligerswerk te doen.

6 Helpt technologie?

Kernboodschappen

- Domotica en ICT kunnen worden ingezet om mensen langer zelfstandig te laten wonen. Een grote meerderheid van de (toekomstige) ouderen wil gebruik maken van domotica (83%) of ICT (71%) als zij hierdoor langer zelfstandig kunnen blijven wonen.
- Maatwerk is belangrijk. Veel ouderen kunnen overweg met technologie maar er zijn ouderen die dat niet kunnen of willen.
- Het is nog niet aangetoond dat technologie de zorg goedkoper maakt. Technologie is vaak een aanvulling op face-to-face zorg en geen vervanging van deze zorg.

6.1 De wensen van ouderen

In het beleid is de aanname dat technologiegebruik ervoor kan zorgen dat ouderen beter en langer zelfstandig kunnen wonen. In box 6-1 staan verschillende typen technologie gericht op het zelfstandig wonen.

Box 6-1

Definities en overzicht van typen technologie

Technologie kan worden onderverdeeld in domotica en ICT (informatie- en communicatietechnologie).

- 1 **Domotica (technologische toepassingen):** elektronische woonautomatiseringssystemen, veelal geïntegreerd met elkaar, die op afstand bedienbaar zijn. Domotica kan worden ingezet in de eigen woning en richt zich op veiligheid, communicatie en/of het verhogen van comfort en gemak. Voorbeelden van domotica zijn: een traplift, persoonsalarmering, nachtpadverlichting, automatische gordijnenbediening en verlichting, sensoren (inactiviteitsmeting en valdetectie) en camerabewaking.
- 2 **ICT:** E-Health is een verzamelnaam van verschillende ICT-toepassingen in de zorg zoals het e-consult, elektronische inzage in het eigen medisch dossier. Ook **telemedicine/telemonitoring**, het op afstand bewaken en begeleiden van patiënten met specifieke aandoeningen (bijvoorbeeld bij hartfalen of diabetes) valt onder ICT. **Zorg op afstand** (beeldschermzorg), door bijvoorbeeld **videocommunicatie** (beeldbellen) of camerasystemen tussen een cliënt en medewerker van een thuiszorgorganisatie is een ICT-toepassing.

Bron: Peeters e.a., 2013

Veel (toekomstige) ouderen zijn al vertrouwd met domotica en willen het graag in huis halen als zij daardoor langer zelfstandig kunnen blijven wonen. Ouderen verwachten dat domotica ervoor kunnen zorgen dat zij langer zelfstandig blijven wonen, makkelijker hun leven kunnen leiden en zich veiliger voelen in hun eigen huis (tabel 6.1). Wel lijken er twijfels te bestaan over of de techniek goed werkt: minder dan de helft van de ouderen verwacht dat domotica betrouwbaar zijn of goed werken (tabel 6.1). Uit een verkennend onderzoek onder 1000 70-plussers blijkt dat de betalingsbereidheid van ouderen boven de 70 jaar met een lichamelijke beperking voor ten minste één domotica toepassing groter is dan ouderen zonder een lichamelijke beperking (Lahuis & Blokland, 2012). Als we kijken naar de algehele betalingsbereidheid van ouderen, blijkt uit hetzelfde onderzoek dat ouderen vooral bereid zijn om te betalen voor domotica op het gebied van veiligheid en comfort (bijvoorbeeld personalarmering en automatische verlichting in huis). Deze bereidheid neemt af wanneer de kosten van domotica meer dan 100 euro bedragen (Lahuis & Blokland, 2012).

Tabel 6.1

‘Wanneer ik in de toekomst (meer) zorg nodig heb, verwacht ik dat domotica in huis...’ (N= 1014; percentages)*

	(helemaal) mee eens %
ervoor zorgt dat ik langer zelfstandig kan blijven wonen	71
ervoor zorgt dat ik makkelijker mijn eigen leven kan leiden	69
ervoor zorgt dat ik me veiliger in huis voel	68
makkelijk te combineren is met mijn dagelijkse activiteiten	63
makkelijk is om te leren gebruiken	62
eenvoudig te gebruiken is	54
betrouwbaar is	46
goed werkt	43
iets is dat mijn familie of vrienden willen gebruiken	42

**Meerdere antwoorden mogelijk*

Bron: NIVEL Consumentenpanel Gezondheidszorg, 2013

Anno 2013 maakt een groot deel van de ouderen gebruik van internet. Internet kan gebruikt worden voor het onderhouden van sociale contacten, bijvoorbeeld via sociale media, of voor zorg gerelateerd gebruik (e-health). Sociale media hebben vooral invloed op het verlagen van de eenzaamheid onder mensen, doordat mensen beter hun sociale contacten kunnen onderhouden maar ook nieuwe contacten kunnen leggen (Fokkema & Steyaert, 2005; van Wensveen, 2010).

E-health blijkt vooral invloed te hebben op de eigen regie en zelfred-

zaamheid in het dagelijks leven en in de zorg, zoals blijkt het uit vragenlijstonderzoek onder het NIVEL Consumentenpanel Gezondheidszorg. Zeven op de tien (toekomstige) ouderen zou gebruik van E-health willen maken als zij hierdoor langer zelfstandig kunnen blijven wonen (box 6-2). Als ouderen in de toekomst meer zorg nodig zouden hebben, verwacht 57% daadwerkelijk door het gebruik van E-health langer zelfstandig te kunnen blijven wonen, dat is minder dan bij domotica. Ouderen denken vooral dat E-health hun regie over de mogelijkheid tot contact met een zorgverlener verhoogt (tabel 6.2). Opvallend is dat maar 38% van de ouderen verwacht dat contact hebben met een zorgverlener via internet prettig zal zijn. Dit indiceert dat veel ouderen het toch prettig vinden om (ook) face-to-face contact met zorgverleners te hebben. Uit een onderzoek naar de verwachtingen van zorgverleners, blijkt dat ongeveer de helft verwacht dat e-health via mobiele apparaten de communicatie tussen een patiënt/cliënt en de zorgverlener zal bevorderen (VvAA, 2013).

Tabel 6.2

‘Wanneer ik in de toekomst meer zorg nodig heb, verwacht ik dat via internet contact hebben met zorgverleners...’ (N = 1014; percentages)*

	(helemaal) mee eens %
ervoor zorgt dat ik zelf kan bepalen of contact met een zorgverlener nodig is	67
makkelijk is om te leren gebruiken	66
te combineren is met mijn dagelijkse activiteiten	63
eenvoudig is om te doen	59
ervoor zorgt dat ik langer zelfstandig kan blijven wonen	57
iets is dat mijn familie of vrienden willen gebruiken	46
betrouwbaar is	45
goed werkt	45
een prettige manier is om contact te hebben met een zorgverlener	38

**Meerdere antwoorden mogelijk*

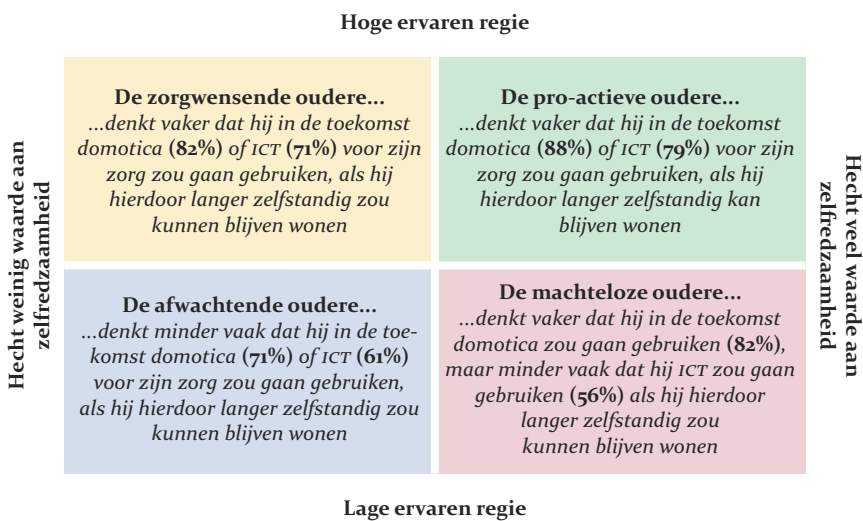
Bron: NIVEL Consumentenpanel Gezondheidszorg, 2013

Als we kijken naar de verschillen tussen de vier ouderenprofielen, valt allereerst op dat de pro-actieve ouderen het vaakst denken domotica en internet in de toekomst te gaan gebruiken, als zij hierdoor langer zelfstandig zouden kunnen wonen (figuur 6.1). Dit zijn de ouderen voor wie zelfredzaamheid belangrijk is, die veel eigen regie ervaren en goede hulpbronnen hebben, waardoor zij niet alleen vaker zo lang mogelijk zelfstandig willen wonen, maar dit waarschijnlijk ook vaker kunnen. Ook de zorgwensende ouderen zouden domotica of internet willen gebruiken, maar dit zijn ook de ouderen die graag professionele zorg willen.

Daarnaast komt naar voren dat de machteloze ouderen relatief vaak denken domotica te gaan gebruiken, maar minder van plan zijn om internet te gebruiken om langer zelfstandig te blijven wonen (figuur 6.1). De machteloze ouderen hechten, hoewel dit niet altijd lukt, veel waarde aan zelfredzaamheid en domotica kunnen invloed hebben op deze zelfredzaamheid. Bij het gebruik van internet speelt onmacht een rol bij de machteloze ouderen, doordat zij minder dan de andere ouderen toegang hebben tot internet (82%), en het gebruik soms ook (zeer) moeilijk vinden (26%).

Figuur 6.1

Verschillen tussen de ouderenprofielen bij verwacht domotica- en internetgebruik voor langer zelfstandig wonen (N = 985; percentages naar ouderenprofiel)



Bron: NIVEL Consumentenpanel Gezondheidszorg, 2013

Box 6-2

Feiten en cijfers over technologiegebruik onder (toekomstige) ouderen

Domotica

- Van de ouderen tussen 57 en 77 jaar (NIVEL Consumentenpanel Gezondheidszorg, 2013):
 - heeft driekwart domotica in huis
 - denkt driekwart in de toekomst domotica in de zorg te gaan gebruiken
 - denkt 83% in de toekomst domotica in de zorg te gaan gebruiken als zij hierdoor langer zelfstandig kunnen blijven wonen. Ongeveer drie-

kwart van de 70-plussers die thuis willen blijven wonen, denkt dat het gebruik van domotica hieraan kan bijdragen (Lahuis & Blokland, 2012).

- Mensen ouder dan 60 jaar hebben vaker domotica dan mensen jonger dan 60 jaar. Zo maken bijvoorbeeld twee keer zoveel mensen boven de 60 jaar gebruik van persoonsalarmering (Peeters e.a., 2013).

ICT technologie

- Van de ouderen tussen 57 en 77 jaar (NIVEL Consumentenpanel Gezondheidszorg, 2013):
 - maken negen op de tien gebruik van internet. Van de 75-plussers maakt een derde gebruik van internet (Sleijpen, 2013);
 - denken zes op de tien in de toekomst internet voor de zorg te gaan gebruiken;
 - denken zeven op de tien in de toekomst internet voor de zorg te gebruiken als zij hierdoor langer zelfstandig kunnen blijven wonen.

Driekwart van de verpleegkundigen en een derde van de verzorgenden in de thuiszorg vindt het hun taak om cliënten te helpen bij het gebruik van nieuwe ICT-technologieën. In de praktijk komt dit minder voor: ongeveer de helft van de verpleegkundigen en een kwart van de verzorgenden in de thuiszorg heeft dit wel eens daadwerkelijk gedaan (NIVEL Panel Verpleging & Verzorging, 2013).

- Maar 8% van 400 mensen met een chronische longaandoening heeft weleens van de term E-health gehoord. De meeste e-health toepassingen worden door minder dan 20% van de mensen met astma of COPD gebruikt (Hofstede & Heijmans, 2012).
- 40% van de 400 mensen met een chronische longaandoening gelooft dat E-health patiënten meer verantwoordelijkheid geeft in de eigen zorg en dat zij meer mee kunnen beslissen over de zorg (Hofstede & Heijmans, 2012).
- Evaluatie van zorg op afstand laat positieve effecten zijn: zeven op de tien cliënten voelt zich veiliger en een derde denkt dat zorg op afstand bijdraagt aan hun zelfstandigheid, zodat ze langer thuis kunnen blijven wonen (Peeters & Francke, 2009).

Sociale media

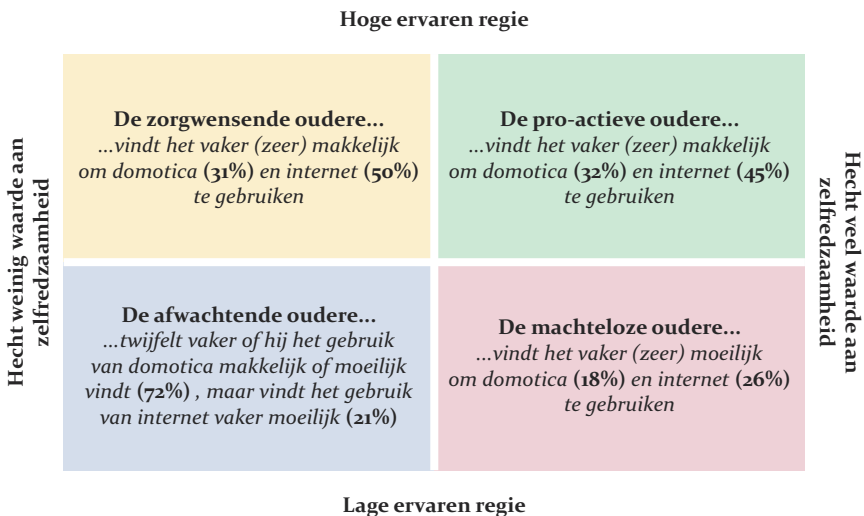
- Naarmate de leeftijd toeneemt, neemt het gebruik van sociale media af (Sleijpen, 2013; van den Bighelaar & Akkermans, 2013):
 - 55-65 jaar: van de ouderen die actief zijn op internet (90%), maakt de helft gebruik van sociale media;
 - 75-plussers: van de ouderen die actief zijn op internet (30%), maakt 18% gebruik van sociale media.

6.2 De mogelijkheden van (toekomstige) ouderen en de effecten van technologie

Het overgrote deel van de (toekomstige) ouderen maakt al gebruik van domotica (76%) en internet (91%). Uit een vergelijking tussen de ouderprofielen komt naar voren dat ouderen verschillend denken over of zij het gebruik hiervan makkelijk of moeilijk vinden. Vooral de zorgwensende en pro-actieve ouderen vinden het gebruik van domotica en internet (zeer) makkelijk, maar dit zijn ook de ouderen met een hoger opleidingsniveau. De machteloze ouderen vinden het zowel het gebruik domotica als internet moeilijker, maar hebben ook vaker een lager opleidingsniveau (figuur 6.2). Dit zijn ook de ouderen die minder gebruik maken van internet, maar zij maken niet minder gebruik van domotica.

Figuur 6.2

Verschillen tussen de ouderenprofielen over het gebruik van domotica en internet voor de zorg (N = 985; percentages naar ouderenprofiel)



Bron: NIVEL Consumentenpanel Gezondheidszorg, 2013

Naar de gevolgen van technologiegebruik voor ouderen is nog beperkt onderzoek gedaan. De meeste studies richten zich op technologiegebruik door zorggebruikers in het algemeen. Technologie in de zorg wordt door gebruikers en zorgaanbieders vooral gezien als een aanvulling op de reguliere zorg en niet als een substituut daarvan (Peeters e.a., 2013). Hoewel de kosteneffectiviteit van technologie nog niet is aangetoond, blijkt uit een review naar de effecten van de inzet van technologie in de zorg thuis dat er aanwijzingen zijn dat het gebruik van techno-

logie kan leiden tot kostenbesparingen. Dit zou komen, omdat mogelijk minder gebruik wordt gemaakt van (acute) zorg door mensen en er minder her- en spoedopnamen in het ziekenhuis zijn (Peeters e.a., 2013). Op mensen die technologie gebruiken in hun zorg kan technologie positieve invloed hebben, bijvoorbeeld blijkt bij zorg op afstand (zie box 6-2). Zorg op afstand kan het gevoel van veiligheid onder gebruikers vergroten en hen zelfstandiger maken in hun dagelijks leven (Peeters & Francke, 2009). Een systematische review over de ondersteuning van zelfzorg bij diabetici via e-health laat echter slechts een beperkt of tijdelijk effect zien (Pal e.a., 2013). E-health kan helpen om mensen bewuster te maken over hun leefstijl, maar leidt in de meeste gevallen niet tot een blijvende gedragsverandering.

Voor mantelzorgers kan het bieden van trainingen en ondersteuning via internet hun kennis en vaardigheden positief beïnvloeden en hen ontlasten, omdat bepaalde mantelzorgtaken voor technologie kunnen worden overgenomen (Carretero e.a., 2012; Peeters e.a., 2013). Hoewel veel ouderen gebruik zouden willen maken van technologie en zorgorganisaties veel plannen hebben voor toepassing van technologie in de zorg, blijkt dat de implementatie van technologie een probleem is.

Succesvolle implementatie strategieën zijn nog niet ontwikkeld (Hilders-Modderman & de Bruijn, 2013; Peeters e.a., 2013).

7 Beschouwing

7.1 Conclusies

Deze overzichtstudie gaat over diversiteit tussen toekomstige ouderen en de organisatie van wonen, welzijn en zorg binnen het kader van de hervormingen in de langdurige zorg. Om hierin inzicht te krijgen ligt de focus op vier ouderenprofielen rondom de concepten eigen regie en zelfredzaamheid en vier beleidsaannames over toekomstige zelfstandig wonende ouderen. Figuur 7.1 geeft de belangrijkste conclusies per ouderenprofiel weer. De wensen van zorgwensende en pro-actieve ouderen zijn nagenoeg gelijk. Ouderen in beide groepen verschillen echter in de mate waarin zij intrinsiek gemotiveerd zijn zelfredzaam te blijven. De zorgwensende oudere vindt zelfredzaamheid minder van belang en zal daarom een andere benadering behoeven (zie paragraaf 7.2).

Figuur 7.1

Conclusies per ouderenprofiel

<p>De zorgwensende oudere</p> <ul style="list-style-type: none">• wil het liefst in zijn eigen huis blijven wonen• wil zorg en ondersteuning vaker zelf betalen en heeft hier ook de financiële middelen voor• staat open voor informele zorg en heeft ook een groot en gevarieerd sociaal netwerk• wil graag technologie gebruiken kan dit ook (voldoende financiële middelen en vindt het gebruik makkelijk)	<p>De pro-actieve oudere</p> <ul style="list-style-type: none">• wil het liefst in zijn eigen huis blijven wonen• wil zorg en ondersteuning vaker zelf betalen en heeft hier ook de financiële middelen voor• staat open voor informele zorg en heeft ook een groot en gevarieerd sociaal netwerk• wil graag technologie gebruiken kan dit ook (voldoende financiële middelen en vindt het gebruik makkelijk)
<p>De afwachterende oudere</p> <ul style="list-style-type: none">• wil vaker verhuizen naar een andere woning• vindt vaker dat zorg en ondersteuning deels door hemzelf en deels door de gemeenschap betaald moet worden (en heeft ook een lager inkomen)• staat wel open voor informele zorg, maar wil liever professionele zorg (en heeft ook een klein sociaal netwerk)• denkt minder vaak om technologie te gaan gebruiken en weet niet of hij het gebruik makkelijk of moeilijk vindt	<p>De machteloze oudere</p> <ul style="list-style-type: none">• woont vaker in een huurwoning en in een stedelijk gebied met een lage statusscore en wil het liefst in zijn eigen huis blijven wonen• wil minder vaak zorg en ondersteuning zelf betalen, maar heeft hier ook niet de financiële middelen voor• heeft een sterke voorkeur voor professionele zorg, maar heeft ook een klein of geen sociaal netwerk• wil graag technologie gebruiken, maar kan dit niet altijd (te weinig financiële middelen of vindt het gebruik moeilijk)

Op basis van de ouderenprofielen en de beleidsaannames kunnen twee algemene conclusies getrokken worden. Op de eerste plaats is de diversiteit tussen ouderen groter dan we vaak denken. Ouderen vormen geen uniforme groep, maar verschillen wezenlijk in hun wensen, behoeften en mogelijkheden. De pro-actieve en zorgwensende ouderen zijn in staat om eigen regie te hebben, zijn nog relatief gezond en beschikken over goede hulpbronnen. De zorgwensende oudere hecht weinig waarde aan zelfredzaamheid en heeft meer stimulans nodig om zelfredzaam te blijven. Zowel de groep machteloze, als de groep afwachtede ouderen hebben meer steun nodig. Deze ouderen hebben het gevoel dat het leven hen overkomt. De machteloze oudere wil, in tegenstelling tot de afwachtede oudere, heel graag zo veel mogelijk zelfredzaam zijn. Op de tweede plaats zijn de beleidsaannames minder van toepassing op de machteloze en afwachtede ouderen. Daarmee dreigt er een tweedeling te ontstaan tussen ouderen die over de hulpbronnen beschikken om wonen, welzijn en zorg grotendeels zelf te regelen (via het informele netwerk en/of financiële middelen) en ouderen die minder over deze hulpbronnen beschikken en daardoor onvoldoende ondersteuning en zorg zouden krijgen, terwijl zij wel vaak de grootste zorgvraag hebben.

7.2 Aanbevelingen

In de laatste fase van de overzichtstudie zijn groepsdiscussies met ouderen georganiseerd. De resultaten uit de overzichtsstudie en de discussies daarover met de ouderen, vormden input voor de aanbevelingen:

- ***Houd rekening met diversiteit***

Vanwege de verschillen in wensen en mogelijkheden van ouderen, zal per oudere gekeken moeten worden in welke mate hij zichzelf, met zijn sociale netwerk, kan redden of juist extra steun nodig heeft. De pro-actieve ouderen kunnen veel zelf doen en willen dit ook. De zorgwensende ouderen zouden door professionals op de terreinen van zorg, wonen en welzijn gestimuleerd kunnen worden om gebruik te maken van hun hulpbronnen en sociale netwerk, omdat zij daar wel over beschikken. Voor de afwachtede en machteloze ouderen is meer professionele ondersteuning nodig.

- ***Zorg voor passende ondersteuning***

De afwachtede en machteloze ouderen hebben als zij zorgbehoevend worden, vaak een zeer beperkt sociaal netwerk en weinig financiële middelen om op terug te vallen. Voor hen is het belangrijk dat er een 'vangnet' van voorzieningen en professionele ondersteuning overblijft. Het overheidsbeleid is erop gericht dat mensen die niet zelfredzaam zijn eerst hulp moeten zoeken in hun eigen sociale netwerk. Maar als

dit niet voldoende is, is het belangrijk dat iemand terecht kan bij de gemeente. De gemeenten zijn druk bezig om multidisciplinaire sociale wijkteams op te zetten. De ondersteuning vanuit de wijkteams is er sterk op gericht om de eigen kracht van de burger en zijn sociale netwerk optimaal in te zetten. Maar waar mensen geen netwerk of geld hebben om op terug te vallen, bevelen we aan dat sociale wijkteams ook de toegang tot professionele ondersteuning en zorg faciliteren, op een manier die past bij de persoonlijke situatie van ouderen.

- ***Breng ouderen die zorg en ondersteuning nodig hebben in beeld***

Maar hoe kan worden bepaald wie professionele ondersteuning of zorg echt nodig heeft en hoe komen die mensen bij gemeenten en zorgverleners in beeld? Het is in dit kader van belang dat in de sociale wijkteams ook wijkverpleegkundigen participeren en samengewerkt wordt met huisartsen. Wijkverpleegkundigen en huisartsen zijn in principe professionals die de mogelijkheden en deskundigheid hebben om tijdig problemen en zorgbehoeften van ouderen te signaleren. Dat zij de sociale netwerken in buurten en wijken kennen en de mogelijkheid hebben om ‘achter de voordeur’ bij mensen te komen, is daarbij van belang.

- ***Zorg voor een passend woningaanbod***

De meeste zelfstandig wonende ouderen willen zo lang mogelijk in de eigen woning blijven wonen. Maar er is ook een groep, die wil verhuizen als ze meer zorg behoeven, omdat ze hun woning niet geschikt vinden om tot het eind van het leven te blijven wonen. Woningcoöperaties kunnen hierop anticiperen door ook te investeren in woningen die geschikt zijn voor zorgbehoevende ouderen, zoals kleinschalige woonvoorzieningen of gelijkvloerse woningen met mogelijkheden voor woningaanpassingen.

Daarnaast is het wenselijk dat (toekomstige) ouderen zelf ook tijdig nadenken over hun toekomstige woonbehoeften, als hun zelfredzaamheid en mobiliteit afnemen. Hierbij kan gedacht worden aan dichterbij naaste familie wonen of door tijdig aanpassingen in de woning te realiseren. De overheid en gemeenten kunnen de randvoorwaarden daarvoor creëren, bijvoorbeeld door het soepele procedures voor het aanpassen van woningen.

- ***Faciliteer en ondersteun mantelzorgers***

Vaak wordt mantelzorg gegeven door hooguit enkele personen, veelal vrouwen, wat de druk op deze mantelzorgers hoog maakt. Ook heeft een deel van de ouderen geen familie waar men een beroep op kan doen. Om bestaande mantelzorgers te ondersteunen en om meer gebruik te maken van de mogelijkheden van informele, niet betaalde zorg raden we het volgende aan:

- De sociale wijkteams, inclusief de daarin deelnemende wijkverpleegkundigen, dienen na te gaan of de kring van mantelzorgers uitgebreid kan worden, bijvoorbeeld met mannelijke familieleden of met vrienden of buren.
- Een beroep doen op buren in de wijk wordt steeds belangrijker. Gemeenten zouden de sociale samenhang in de wijk kunnen bevorderen, waardoor burenhulp vanzelfsprekender wordt. Dit kan bijvoorbeeld door het organiseren van buurtactiviteiten, waarbij ook ouderen met een beperkt of geen sociaal netwerk, zoals de afwachterende en machteloze ouderen, actief betrokken worden. Naast het vergroten van ondersteuning uit de eigen buurt, kan het bevorderen van de sociale samenhang een positieve invloed hebben op sociale isolatie van ouderen.

- ***Werfen ondersteun vrijwilligers***

Ook vrijwilligers kunnen, naast mantelzorgers, ondersteuning bieden bij bepaalde zorg- en regeltaken (bijvoorbeeld boodschappen doen, administratieve taken, vervoer, gezelschap houden e.d.). Een potentieel van vrijwilligers zit bij de (toekomstige) ouderen zelf. Een deel van de ouderen doet op dit moment al vrijwilligerswerk, maar dit aantal kan nog toenemen. Expliciete aandacht voor het activeren van vitale ouderen die in staat zijn om vrijwilligerswerk te doen is daarom zinvol. Dit zijn vooral de pro-actieve en zorgwensende ouderen. Het betrekken van de afwachterende en machteloze ouderen vergt een actievere benadering, omdat zij niet snel zullen reageren op algemene oproepen. Voor de ouderen uit deze groepen, die relatief vaak een slechtere kwaliteit van leven ervaren en meer gezondheidsproblemen hebben, kan vrijwilligerswerk hun sociale netwerk en welbevinden vergroten.

- ***Investeer in gebruiksvriendelijke technologie***

Veel ouderen staan open voor nieuwe technologie als ze daardoor langer zelfstandig kunnen wonen, terwijl er ook een groep is die daar weinig van verwacht. Maatwerk en gebruiksvriendelijkheid zijn dan belangrijk. Het is raadzaam dat bijvoorbeeld (thuis)zorgorganisaties en woningcoöperaties die ICT technologie en domotica inzetten of aanbieden aan ouderen veel aandacht hebben voor de gebruiksvriendelijkheid en voor duidelijke instructies.

Het verdient ten slotte ook aanbeveling om 'goede voorbeelden' van technologie die volgens ouderen zelf belangrijk is voor hun zelfstandigheid en zelfredzaamheid, onder andere ouderen bekend te maken.

Literatuur

- Actiz: *Programma Zorg op afstand dichterbij*, Utrecht: Actiz, 2007.
- Actiz: *Deltaplan Ouderenzorg*, Utrecht: Actiz, 2012.
- Alzheimer Nederland: *Feiten en cijfers over dementie*. Amersfoort: Alzheimer Nederland, mei 2013 [www.alzheimer-nederland.nl/media/708271/factsheet_dementie_algemeen_-_publieksversie_17-05-2013.pdf] (laatst geraadpleegd op 25-10-2013).
- ANBO: *Maatschappelijk kapitaal. Volwaardige participatie tot op hoge leeftijd*. ANBO, 2012.
- Arts K, Riele S te: *Vrijwilligerswerk*. In: Schmeets H (red). *Sociale samenhang: participatie, vertrouwen en integratie*. Den Haag: Centraal Bureau voor de Statistiek, 2011.
- Berg E van den, Houwelingen P van, Hart de J: *Informeel groepen. Verkenningen van eigentijdse bronnen van sociale cohesie*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau, 2011.
- Berg Jeths van den A, Timmermans JM, Hoeymans N, Woittiez IB: *Ouderen nu en in de toekomst. Gezondheid, verpleging en verzorging 2000-2020*. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2004.
- Bighelaar S van den, Akkermans M. *Bevolkingstrends 2013. Gebruik en gebruikers van sociale media*. Den Haag: Centraal Bureau voor de Statistiek, 2013.
- Bleijenberg N. *Personalized Primary Care for Older People: An evaluation of a multicomponent nurse-led care program*. Proefschrift Universiteit Utrecht, 2013.
- Blijie B, Hulle R van, Poulus C, Hooimeijer P: *Het wonen overwogen. De resultaten van het WoonOnderzoek Nederland 2009*. Delft/Utrecht: ABF Research/Universiteit Utrecht, in opdracht van: Den Haag/Den Haag: Centraal Bureau voor de Statistiek/Ministerie van VROM/WWI, 2010.
- Boer AH de, Schellingerhout R, Timmermans JM: *Mantelzorg in getallen*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau, 2003.
- Boer AH de, Iedema J, Mulder CH: *Geografische kenmerken en informele zorg*. In: Boer de A (red). *Kijk op informele zorg*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau, 2005.
- Boer AH de, Campen C van: *Ondersteuning van mantelzorgers*. In: Boer de AH e.a. *Een overzicht van de steun van en aan mantelzorgers in 2007*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau, 2009.
- Boer AH de, Keuzekamp S. *Vrouwen, mannen en mantelzorg. Beelden en feiten*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau, 2009.
- Boer AH de, Klerk M de: *Informeel zorg in Nederland. Een literatuurstudie naar mantelzorg en vrijwilligerswerk in de zorg*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau, 2013.
- Bonsang, E: *Does informal care from children to their elderly parents substitute for formal care in Europe?* Journal of Health Economics, 2009, 28:143-154.
- Broek A van den, Bronneman-Helmers R, Veldheer V: *Nederland in generatieperspectief*. In: Broek van den A, Bronneman-Helmers R, Veldheer V. *Wisseling van de wacht: generaties in Nederland. Sociaal en Cultureel rapport 2010*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau, 2010.
- Broese van Groenou M, Tilburg T van: *Het zorgpotentieel in de netwerken van ouderen*. In: Boer de A (red). *Toekomstverkenning informele zorg*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau, 2007.
- Broese van Groenou M, Boer AH de: *Hoofdstuk 9. Uitkomst: ervaren belasting*. In: Boer AH de, Broese van Groenou M, Timmermans J (red). *Mantelzorg. Een overzicht van steun van en aan de mantelzorgers in 2007*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau, 2009.
- Bunge EM, Kellert IM, Cammen TJM van der, Smilde-van den Doel DA: *Zorg en welzijn: wensen en behoeften van ouderen en mantelzorgers. Een kwalitatieve inventarisatie via interviews binnen GENERO*. Rotterdam: Pallas Health research and consultancy, 2008.
- Calsbeek H: *Factsheet PPCZ. Chronisch zieken over mantelzorg: prettig maar ook bezwaarlijk*. Utrecht: NIVEL, 2004.
- Campen C van, Draak M den: *Verpleging en Verzorging*. In: Van Campen C (red). *Kwetsbare ouderen*. Den

- Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau, 2011.
- Campen C van, Klerk M de: *Actieve ouderen in vrijwilligerswerk en mantelzorg*. In: Nimwegen N van, Praag C van (red). *Bevolkingsvraagstukken in Nederland anno 2012. Actiefouder worden in Nederland*. Den Haag: Nederlands Interdisciplinair Demografisch Instituut, 2012.
- Campen C van, Broese van Groenou M, Deeg D, Iedema J: *Met zorg ouder worden. Zorgtrajecten van ouderen in 10 jaar*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau, 2013.
- Carretero S, Stewart J, Centeno C, Barbabella F, Schmidt A, Lamontagne-Godwin F, Lamura G: *Can Technology-based services support long-term care challenges in home care? Analysis of evidence from social innovation good practices across the EU: CARICT project summary report. JRC Scientific and Policy Reports*. Brussel (België): European Commission, 2012.
- Castelijns E, Kollenburg A van, Meerman W te: *De vergrijzing voorbij*. Utrecht: Berenschot, 2013.
- Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS): *Persbericht. Uitgaven aan zorg met 3,7 procent gestegen*. Den Haag: Centraal Bureau voor de Statistiek, mei 2013a.
- Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS): *Persbericht. 220 duizend Nederlanders voelen zich zwaar belast door mantelzorg*. Den Haag: Centraal Bureau voor de Statistiek, april 2013b.
- Clënten monitor AWBZ (CG-Raad, CSO, Landelijk Platform GGZ, LOC, NPCF, Per Saldo, Platform VG): *Clëntenmonitor langdurige zorg. Veranderende toegang tot de AWBZ. Ervaringen van zorgvragers en cliënten, voorjaar 2010*. Utrecht: Clëntenmonitor AWBZ, 2010.
- Cramm JM, Dijk HM van, Nieboer AP: *The importance of neighborhood social cohesion and social capital for the well being of older adults in de community*. *The Gerontologist*, 2013, 53(1):142-152.
- Dekker P, Hart J de, Faulk L: *Toekomstverkenning vrijwillige inzet 2015*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau, 2007.
- Dekker P, Steenvoorden E: *Burgerperspectieven 2008*|2. *Kwartalbericht van het Continu Onderzoek Burgerspectieven*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau, 2008.
- Dekker P, Ridder JM den: *Meer eigen verantwoordelijkheid?* In: Ridder J den, Dekker P, Houwelingen P van. *Continu Onderzoek Burgerperspectieven*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau, 2011.
- Dekker P, Houwelingen P van, Pommer E: *Burgerperspectieven 2012*|3. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau, 2012.
- Devilee J: *Vrijwillig verzorgd. Over vrijwilligerswerk voor zorgbehoevende en mantelzorgers buiten de instellingen*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau, 2008.
- Dijk HM van, Cramm JM, Lotters FJB, Nieboer AP: *Even Buurten: Een wijkgerichte aanpak voor thuiswonende ouderen in Rotterdam*. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam, Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg, 2013.
- Distelbrink M, Gruijter M de, Pels T: *Zelfredzaamheid bevorderen voor allochtone vrouwen. Handreiking aan gemeenten*. Utrecht/Den Haag: Verwey-Jonker Instituut/NICIS Instituut, November 2007.
- Dykstra PA, Putten A van: *Persoonlijke zorgnormen: bereidheid te geven én te ontvangen*. In: Boer A de (red). *Toekomstverkenning informele zorg*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau, 2007.
- Dykstra PA, Putten van A: *Mantelzorgende mannen: een kwestie van moeten, kunnen of willen*. *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, 2010, 88(6):320-328
- Elbert KB, Neufeld PS: *Indicators of a successful naturally occurring retirement community: A case study*. *Journal of Housing for the Elderly*, 2010, 23(3-4):322-334.
- Elferink, J, Scholten C: *Met pensioen als vrijwilliger? Onderzoek naar de inzet van oudere vrijwilligers*. Utrecht/Utrecht: Vilans/Movisie, 2009.
- Exel NJA van, Berg B van den, Bos T van den, Koopmanschap M, Brouwer W: *Mantelzorg in Nederland. Een situatieschets van mantelzorgers bereikt via de Steunpunten Mantelzorg. iMTA rapport 02.58 & RIVM rapport 282701003*. Rotterdam: Erasmus MC, 2002.
- Expertisecentrum Mantelzorg: *De begrippen mantelzorg, vrijwillige zorg en informele zorg worden nogal eens door elkaar gebruikt, maar zijn zeker niet gelijk aan elkaar*. [www.expertisecentrummantelzorg.nl/smart-site.dws?id=141865] (laatst geraadpleegd op 24-10-2013).

- Expertisecentrum Mantelzorg: *Cijfers*. [www.expertisecentrummantelzorg.nl/smartsite.dws?id=141831](laatst geraadpleegd op 25-10-2013).
- Galen J van, Willems J, Poulus C: *Monitor Investeren voor de Toekomst 2012*. Delft: ABF Research, 2013.
- Galenkamp H, Plaisier I, Huisman M, Braam AW, Deeg DJH: *Trends in gezondheid en het belang van zelfredzaamheid bij zelfstandig wonende ouderen*. Advies Raad voor de Volksgezondheid & Zorg. Amsterdam: Vrije Universiteit Amsterdam/ VU Medisch Centrum, februari 2012.
- Gezondheidsraad: *Preventie bij ouderen: focus op zelfredzaamheid*. Den Haag: Gezondheidsraad, 2009.
- Graaf FM de, Francke AL: *Home care for terminally ill Turks and Moroccans and their families in the Netherlands: carers' experiences and factors influencing ease of access and use of services*. International Journal of Nursing Studies, 2003, 40:797-805.
- Greef M de: *Onderzoeksrapportage effecten Studiekringen*. 's-Hertogenbosch: Arteduc, 2012.
- Grootegeod E, Dijk D van, Tonkens E: *Opinie. Zorgbehoevenden voelen zich met hulp uit hun sociale netwerk juist verre van redzaam*. Volkskrant, 13 februari 2013.
- Hilders-Modderman ESM, Bruijn ACP de: *Domotica in de langdurige zorg. Inventarisatie van technieken en risico's. Handreiking voor risicobeheersing door zorgaanbieders*. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2013.
- Hoefman R: *Aanbieders van Mantelzorg*. In: Boer de A, Broese van Groenou M, Timmermans J (red). *Mantelzorg. Een overzicht van steun van en aan mantelzorgers in 2007*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau, 2009.
- Hofstede J, Heijmans M: *Kennis en ervaringen met e-health van mensen met een chronische longziekte*. Utrecht: NIVEL, 2012.
- Hwang E, Cummings L, Sixsmith A, Sixsmith J: *Impacts of home modifications on aging-in-place*. Journal of Housing for the Elderly, 2011, 25(3):246-257.
- Iersel J van, Leidelmeijer K: *Senioren op de woningmarkt. Nieuwe generaties, andere eisen en wensen*. Amsterdam: RIGO Research en Advies BV. In opdracht van: Den Haag: Ministerie van VROM/WWI, 2010.
- Intomart GfK bv: *Keuzegedrag bij zorg*. [www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/rapporten/2013/10/25/keuzegedrag-bij-zorg.html] (laatst geraadpleegd op 26-11-2013).
- Ipsos Facto: *Landelijk onderzoek lokaal beleid ouderenhuisvesting*. Gouda: Ipsos Facto beleidsonderzoek, 2012.
- Janse A, Rossum F van: *Dat is het verschil! Een analyse van woonservicegebieden t.o.v. overige gebieden uit het WoON*. Amsterdam: RIGO Research en Advies, 2011.
- Jong Y de, Lier W van, Morée M: *Zorg inkleuren. Ondersteuning van zorg in allochtone families*. Utrecht: Expertisecentrum Informele Zorg/NIZW Zorg, 2007.
- KAW Architecten en Adviseurs: *GoudOud in Warffum. Dorpsinitiatief voor haalbaarheidsonderzoek naar een vernieuwend concept voor wonen, zorg en welzijn. Eindrapport*. Groningen: KAW Architecten en Adviseurs, 2013.
- Klerk MMY de, Schoemakers-Salkinoja I, Geerlings S: *Kwetsbare ouderen*. In: Klerk MMY de. *Zorg en wonen voor kwetsbare ouderen*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau, 2004.
- Klerk MMY de, Schellingerhout R: *Ondersteuning gewenst. Mensen met lichamelijke beperkingen en hun voorzieningen op het terrein van wonen, zorg, vervoer en welzijn*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau, 2006.
- Klerk MMY de, Marangos AM, Dijkgraaf M, Boer A de: *De ondersteuning van Wmo-aanvragers. Een onderzoek onder aanvragers en hun mantelzorgers*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau, 2009.
- Klerk de MMY, Timmermans J, Boer de A: *Hoofdstuk 10. Uitwisseling van steun tussen kinderen en hun oude ouders*. In: Broek van der A e.a. *Wisseling van de wacht: Generaties in Nederland Sociaal en Cultureel rapport 2010*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau, 2010.
- Kullberg J: *Ouderen van nu en van de toekomst. Hun financiële spankracht, zorgbehoefte en woonwensen. Werkdocument 113*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau, 2005.
- Kullberg, J: *Gepaste afstand. Over ruimtelijke nabijheid van ouders en kinderen*. In: Van den Broek A,

- Bronneman-Helmers R, Veldheer V (red). *Wisseling van de wacht: generaties in Nederland*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau, 2010.
- Kwekkeboom R: *Zorg in Nederland – beelden, feiten en (on)mogelijkheden*. In: Steyaert J, Kwekkeboom R. *De zorgkracht van sociale netwerken*. Utrecht: Movisie, 2012.
- Kuzuya M, Hasegawa J, Hirakawa Y, Enoki Y, Izawa S, Hirose T, Iquchi A: *Impact of informal care levels on discontinuation of living at home in community-dwelling dependent elderly using various community-based services*. Archives of Gerontology and Geriatrics, 2011, 52:127-132.
- Lahuis A, Blokland A: *Verkennd onderzoek bekendheid en behoefte thuishetchnologie in Zwolle en Kampen. Eindrapportage. Gemeente Zwolle namens Netwerkstad Zwolle-Kampen*. Houten: Atrivé, 2012.
- Lansley P, McCreddie C, Tinker A: *Can adapting the homes of older people and providing assistive technology pay its way?* Age and Ageing 2004, 33:571-576.
- Lewin GF, Vandermeulen S: *A non-randomised controlled trial of the Home Independence Program (HIP): an Australian restorative programme for older home-care clients*. Health and Social Care in the Community, 2010, 18(1):91-99.
- Lewin GF, Alfonso HS, Alan JJ: *Evidence for the long term cost effectiveness of home care reablement programs*. Dove Press Journal: Clinical Interventions in Aging, 2013, 3(8):1273-1281.
- Lindenberg J e.a.: *Grijs is niet zwart wit. Ambities van 55+*. Leiden/Amsterdam: Leyden Academy on Vitality and Ageing/ Trendbox. In opdracht van: Medical Delta, 2013.
- Male J van, Duimel M, Boer A de: *Iemand moet het doen. Ervaringen van verzorgers van partners*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau, 2010.
- Meer MJ van der, Mulder CH: *Informeel zorg en de afstand tot familie en vrienden*. In: Boer A de (red). *Toekomstverkenning informeel zorg*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau, 2007.
- Mezzo: *Samen sterk voor informeel zorg. Strategisch beleidskader 2010-2014*, Mezzo, 2009.
- Mezzo: *De definities van mantelzorg*. [www.mezzo.nl/definitie_mantelzorg] (laatst geraadpleegd op 24-10-2013).
- Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties & Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (S.A. Blok en M. van Rijn). *Vergrijzing, extramuralisering en toezegging actieplan ouderenhuisvesting*. Brief aan de Voorzitter van de Tweede kamer, 6 juni 2013, Den Haag: Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties, 2013.
- Ministerie van Binnenlandse zaken en Koninkrijksrelaties & Ministerie van VWS. (R.Plasterk en M van Rijn). *Reactie op de uitslag van de VNG-ledenraadpleging over het overlegresultaat decentralisatie van de langdurige zorg en maatschappelijke ondersteuning*. Den Haag, 29 januari 2014.
- Ministerie van Financiën: *IBO rapport: Inkomen en vermogen van ouderen: analyse en beleidsopties. IBO inkomens- en vermogenspositie en subsidiering 65+'ers*. Den Haag: Ministerie van Financiën, augustus 2013.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (E.I. Schippers en M. Veldhuijzen van Zanten-Hyllner): *'Zorg en ondersteuning in de buurt'* Brief aan de Tweede Kamer 14 oktober 2011, Den Haag: Ministerie van VWS, 2011.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. *Strategische kennisagenda 2020*, Den Haag: Ministerie van VWS, 2012a.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport: *Beleidsagenda 2013*. Den Haag: Ministerie van VWS, 2012b.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (E.I. Schippers en M. van Rijn): Brief aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal. *Gezamenlijke agenda VWS 'Van systemen naar mensen'*. Den Haag: Ministerie van VWS, 8 februari 2013a.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (M.J. van Rijn): Brief aan de Tweede Kamer der Staten-Generaal *'Hervorming langdurige zorg: een waardevolle toekomst.'* & Notitie: *'Hervorming van de langdurige ondersteuning en zorg.'* Den Haag: Ministerie van VWS, 25 april 2013b.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (M.J. van Rijn): Brief aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal *'Versterken, verlichten en verbinden'*. Den Haag: Ministerie van VWS, 20 juli 2013c.

- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (M.J. van Rijn): Brief aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal 'Nadere uitwerking brief hervorming langdurige zorg'. Den Haag: Ministerie van VWS, 6 november 2013d.
- Minister voor Wonen en Rijksdienst (S.A. Blok): Brief aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal 'Vergrijzing, extramuralisering en toezegging actieplan ouderenhuisvesting'. Den Haag: Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties, 2013.
- Morée M, Visser G: *Mantelzorg en arbeid. Facts en trends*. Utrecht: Expertisecentrum Informele zorg (Samenwerking tussen Vilans en Movisie), 2007.
- NHG: *NHG-standpunt. Huisartsengeneeskunde voor ouderen: Er komt steeds meer bij*. Nederlands Huisartsen Genootschap, 2007.
- Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie, *Visiedocument Zelfmanagement 2.0. Over zelfmanagement van de patiënt en wat eHealth daaraan kan bijdragen*. Utrecht: NPCF, 2009.
- Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie, *Oplossing ouderenzorg niet zozeer meer betalen, maar anders organiseren*. Utrecht: NPCF, 2012.
[www.npcf.nl/?option=com_content&view=article&id=4520&catid=2:nieuws&Itemid=26] laatst geraadpleegd op 27-05-2013).
- Ogtrop J van, Vlist A van der: *Woonbeleid en mantelzorg. Een handreiking voor gemeenten*. Bunnik: Mezzo, 2009.
- Oudenampsen D, Klein M van der: *Leren van elkaar in sport, welzijn en zorg. Kennisuitwisseling over werving en behoud van (nieuwe groepen) vrijwilligers*. Den Haag: Verwey-Jonkers Instituut, 2011.
- Oudijk D, Boer A de, Woittiez I, Timmermans J, Klerk M de: *Mantelzorg uit den doeken*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau, 2010.
- Oudijk D, Woittiez I, Boer A de: *More family responsibility, more informal care? The effect of motivation on the giving of informal care by people aged over 50 in the Netherlands compared to other European countries*. Health Policy, 2011, 101:228-235.
- Overbeek R van: *Vrijwilligers(werk) in de zorg in beeld. Vrijwillige Inzet Onderzocht/Movisie*, 2007, 4(1):18-29.
- Pal K, Eastwood SV, Michie S, Farmer AJ, Barnard ML, Peacock R, Wood B, Inniss JD, Murray E: *Computer-based diabetes self-management interventions for adults with type 2 diabetes mellitus*. Cochrane Database Systematic Review, 2013, 3.
- Peeters JM, Francke AL: *Monitor Zorg op Afstand. Verslaglegging van de peiling najaar 2008, begin 2009*. Utrecht: NIVEL, 2009.
- Peeters, J, Werkman W, Francke A: *Dementiemonitor Mantelzorg. Problemen, zorgbehoeften, zorggebruik en oordelen van mantelzorgers*. Utrecht/Amersfoort: NIVEL/ Alzheimer Nederland, 2012.
- Peeters J, Wiegers T, Bie J de, Friele R, *Overzichtsstudies. Technologie in de zorg thuis, nog een wereld te winnen!* Utrecht: NIVEL, 2013.
- Penninx K: *Zin in Meedoen. Werkzame principes voor het stimuleren van vrijwillige inzet van mensen in de derde levensfase*. Utrecht: Movisie, 2010.
- Peters A, Wilbrink I: *Krimp achter de voordeur. De toekomst van mantelzorg voor ouderen*. Utrecht: Movisie. Kennis en advies voor maatschappelijke ontwikkeling, 2011.
- Portegijs W, Cloin M, Keuzekamp S, Merens A, Steenvoorden E: *Verdeelde tijd. Waarom vrouwen in deeltijd werken*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau, 2008.
- Post N: *Maatschappelijke participatie en kwaliteit van leven*. In: Zantinge EM, Wilk EA van der, Wieren S van, Schoemaker CG. *Gezonder ouder worden in Nederland*. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2011.
- Post H, Poulus C, Galen J van, Staalduinen W van: *Wonen, zorggebruik en verhuisgedrag van ouderen: een kwantitatieve analyse. TNO-rapport 2012 R10797*. Utrecht: TNO, 2012.
- Raad voor de Volksgezondheid: *Redzaam ouder worden. Zorg voor niet-redzame vraagt om voorzorg voor door iedereen*. Den Haag: Raad voor de Volksgezondheid, 2012.
- Rademakers JJDJM: *De Nederlandse patiënt en zorggebruiker in beeld. Kennissynthese*. Utrecht: NIVEL, 2013.
- Reitsma- van Rooijen M, Brabers AEM, Jong J de: *Veel zorggebruikers verwachten belemmeringen voor noodzakelijk zorggebruik bij een verplicht eigen risico van*

- 350 euro. Utrecht: NIVEL, 2012.
- Sadiraj K, Timmermans J, Ras M, Boer A de: *De toekomst van de mantelzorg*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau, 2009.
- Schellingerhout R: *Mantelzorg*. In: Broek van den A, Keuzenkamp S (red). *Het dagelijks leven van allochtonen stedelingen*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau, 2008.
- Schoemaker C, Wilk E van der: *Ouderen nu en in de toekomst*. In: Zantinge EM, Wilk EA van der, Wieren S van, Schoemaker CG. *Gezonder ouder worden in Nederland*. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2011.
- Scholten C: *Zonder cement geen bouwwerk. Vrijwilligerswerk in de zorg, nu en in de toekomst*. Utrecht: Vilans/Movisie/NOV, 2011.
- Shearer NBC, Fleury J, Ward KA, O'Brien AM: *Empowerment Interventions for Older Adults*. *Western Journal of Nursing Research*, 2012, 34(1):24-51.
- Sleijpen G: *Een derde van de 75-plussers maakt gebruik van internet*. *Webmagazine*. Den Haag: Centraal Bureau voor de Statistiek, 2013. [www.cbs.nl/nl-NL/menu/themas/dossiers/vergrijzing/publicaties/artikelen/archief/2013/2013-3834-wm.htm] (laatst geraadpleegd op 26-11-2013).
- Souren M: *Mantelzorgers maken weinig gebruik van verlofregelingen*. *Sociaaleconomische trends*, 2^e kwartaal 2007. Den Haag: Centraal Bureau voor de Statistiek, 2007.
- Stoeldraijer L, Duin C van, Janssen F, *Bevolkingsprognose 2012-2060. Model en veronderstellingen betreffende sterfte*. Den Haag: Centraal Bureau voor de Statistiek, 2012.
- Struijs AJ: *Informeel zorg. Het aandeel van mantelzorgers en vrijwilligers in de langdurige zorg*. Den Haag: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 2006.
- Suanet B, Broese van Groenou M, Tilburg T van: *Informal and formal home-care use among older adults in Europe: can cross-national differences be explained by societal context and composition?* *Ageing and Society*, 2011:1-25.
- Timmermans J, Pommer E: *Familiezorg*. In: Schnabel P, Bijl R, Hart J de (red). *Betrekkelijke betrokkenheid. Studies in sociale cohesie*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau, 2008.
- Tonkens E, Broeke J van den, Hoijsink M: *Op zoek naar weerkaatst plezier. Samenwerking tussen mantelzorgers, vrijwilligers, professionals en cliënten in een multi-culturele stad*. Den Haag: NICIS Institute, 2008.
- Ursum J, Rijken M, Heijmans M, Cardol M, Schellevis F: *NIVEL Overzichtstudies. Zorg voor chronisch zieken: organisatie van zorg, zelfmanagement, zelfredzaamheid en participatie*. Utrecht: NIVEL, 2011.
- Vermeij L: *Goede schuttingen maken goede burens*. In: Schnabel P, Bijl R, Hart J de (red). *Betrekkelijke betrokkenheid. Studies in sociale cohesie*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau, 2008.
- VNG: *Bouwen op de kracht van burgers. Naar een krachtige en samenhangende aanpak op het sociale domein*. VNG, 2012.
- Vries J de, Mooren F van der: *Mantelzorgers op de arbeidsmarkt. Sociaaleconomische trends, 3^e kwartaal 2010*. Den Haag: Centraal Bureau voor de Statistiek, 2010.
- VvAA (red: Ginkel A van, Faas R, Wijgergangs L): *Wat geld(t) in de zorg. VvAA trendonderzoek onder zorgaanbieders. Mobile Health*. Utrecht: VvAA, 2013.
- Weeks LE, Keefe J, Macdonald DJ: *Factors predicting relocation among older adults*. *Journal of Housing for the Elderly*, 2012, 26(4):355-371.
- Wensveen van D: *Eenzaamheid in relatie tot digitale communicatie*. Amsterdam/Utrecht: TNS Nipo/ Coalitie Erbij, 2010. [www.eenzaam.nl/sites/eenzaam/files/rapportage_relatie_tussen_digitale_communicatie_en_eenzaamheid_26-08-2010_o.pdf] (laatst geraadpleegd op 26-11-2013).
- Wieren M van, Busch M: *Zorg*. In: Zantinge EM, Wilk EA van der, Wieren S van, Schoemaker CG. *Gezonder ouder worden in Nederland*. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2011.
- Witter, Y: *Op een leuke manier oud worden in een studentenhuis voor ouderen. Waar professionals vrijwilligers ondersteunen*. Utrecht: Aedes-Actis Kenniscentrum Wonen-Zorg, januari 2008.

Zorgverzekeraars Nederland, *Persbericht. ZN over kabinetsbrief hervorming langdurige zorg: goede basis voor samenhang in Nederlandse gezondheidszorg*. Zeist: Zorgverzekeraars Nederland, 2013.
[www.zn.nl/concept/nieuws/pers/persbericht/?newsId=b58cf370-f225-44bb-84cd-a89cc294cb29] (laatst geraadpleegd op 24-09-2013).

Zwart-Olde I, Jacobs M, Broese van Groenou M:
Zorgnetwerken van kwetsbare ouderen. Onderzoeksrapportage voor hulpverleners, onderzoekers en (beleids)medewerkers in de ouderenzorg. Amsterdam: Vrije Universiteit Amsterdam, Faculteit der Sociale Wetenschappen, 2013a.

Zwart-Olde I, Jacobs M, Broese van Groenou M, Wieringen van M: *Samen zorgen voor thuiswonende ouderen. Onderzoeksrapportage over de samenwerking tussen mantelzorgers, professionals en vrijwilligers in de thuiszorg*. Amsterdam: Vrije Universiteit Amsterdam. Faculteit der Sociale Wetenschappen, 2013b.

Bijlage 1

Voorbeelden uit de praktijk

Zowel in Nederland als in het buitenland bestaan verschillende projecten die gericht zijn op het bevorderen van de eigen regie en zelfredzaamheid van zelfstandig wonende ouderen. In dit hoofdstuk geven we voorbeelden van dergelijke projecten, die we hebben ontleend aan Nederlandse en internationale literatuur en de interviews met de deskundigen (zie bijlage 2). De genoemde voorbeelden geven geen totaaloverzicht van alle bestaande projecten, maar dienen ter illustratie en inspiratie voor anderen. Alle projecten zijn gericht op zelfstandig wonende ouderen en hebben te maken met één of meerdere aannames uit de overzichtstudie. Een aantal van deze projecten is reeds geëvalueerd.

Om U (Utrecht)

Om U is een binnen huisartsenpraktijken proactieve, gestructureerde strategie bestaande uit een integraal behandelplan en gecoördineerde zorg voor ouderen met meerdere chronische ziekten en/of meerdere soorten medicatie. Het project richt zich op het verbeteren van hun zelfredzaamheid en het voorkomen van toenemende kwetsbaarheid. De huisartsen en praktijkverpleegkundigen inventariseren welke ouderen in de praktijk kwetsbaar zijn. Met deze ouderen wordt een op de oudere toegesneden zorgplan opgesteld, waarbij ook de mantelzorger betrokken is. Verpleegkundige interventies zijn mogelijk, waaronder interventies gericht op het fysiek functioneren, voeding, incontinentie, stemming en depressie, eenzaamheid en mantelzorgontlasting. De praktijkverpleegkundige houdt contact met de oudere en zijn mantelzorger, ziet erop toe dat het zorgplan wordt uitgevoerd en bezoekt de ouderen ook thuis. Daarnaast overlegt de huisarts regelmatig met andere zorgverleners waardoor de ouderen een optimale behandeling krijgen. Evaluatie van het *Om U* project laat zien dat de ouderen die de interventie kregen over een periode van één jaar fysiek beter functioneerden dan de controle groep die de gebruikelijke zorg kreeg. Vooral de hoger opgeleide ouderen profiteerden van de interventie. Er is geen effect op de kwaliteit van leven gevonden (Bleijenberg, 2013).

Meer informatie: www.nationaalprogrammaouderenzorg.nl

Home Independence Program (HIP) (Australië)

Het *Home Independence Program* (HIP) is een Australisch project gericht op thuiswonende ouderen (65 jaar en ouder) die voor het eerst thuiszorg krijgen of waarvan de thuiszorghulp wordt uitgebreid. Het programma duurt ongeveer zes weken, waarin thuiswonende ouderen een alternatieve manier van thuiszorg aangeboden krijgen. In plaats van huishoudelijke hulp en persoonlijke verzorging ligt de focus op het verhogen van de zelfredzaamheid, de eigen regie en het vertrouwen van ouderen in dat zij (grotendeels) zelfstandig kunnen leven.

Kernelementen zijn: (1) educatie over zelfredzaamheid, het gebruik van medicijnen en preventie van ziekte en ongelukken, (2) het betrekken van de familie en hen stimuleren om samen met een oudere betrokken te zijn in alle beslissingen en zich niet afhankelijk op te stellen en (3) samen met een oudere doelen met betrekking tot zelfredzaamheid opstellen die hij/zij wil bereiken. Evaluatie van het HIP programma laat zien dat ouderen binnen het programma een hogere mate van zelfredzaamheid en betere mobiliteit bereiken in vergelijking met ouderen die 'reguliere' thuiszorg kregen. Daarnaast blijkt dat 63% van de ouderen binnen het programma drie maanden na afloop van het programma geen thuiszorg meer nodig had, tegenover 11% van de ouderen met 'reguliere' thuiszorg. Een kosteneffectiviteitsstudie van het HIP programma laat zien dat het programma op langere termijn kosteneffectief is: per oudere wordt gemiddeld 12.500 Australische dollars over vijf jaar aan zorgkosten bespaard vergeleken met de kosten voor ouderen met 'reguliere' thuiszorg (Lewin & Vandermeulen, 2010; Lewin e.a., 2013). Meer informatie: www.silverchain.org.au

Studiekringen van en voor ouderen (Gelderland)

De Studiekevingen zijn erop gericht om ouderen (55 jaar en ouder) met elkaar in contact te laten komen en gebruik te laten maken van elkaars kennis en expertise. Het achterliggende doel is het verminderen of voorkomen van eenzaamheid en sociaal isolement. Tijdens de bijeenkomsten van een Studiekeving bespreken de deelnemers verschillende maatschappelijke en/of actuele onderwerpen, waarbij iedere deelnemer een bijdrage levert aan de kennisvergaring (bijvoorbeeld door informatie op internet op te zoeken). Een ervaren Studiekevingbegeleider (professional of vrijwilliger) leidt in het begin de Studiekeving, maar dient op enig moment terug te treden zodat de Studiekeving zelfstandig kan functioneren. De Studiekevingen worden ondersteund door het Gelders Platform Studiekevingen van en voor Ouderen (www.geldersestudiekringen.nl/). Evaluatie van 11 Studiekevingen geeft positieve effecten: 40% van de respondenten die in een sociaal isolement zaten komt hieruit en

verbetert het contact met vrienden, familie of kennissen. Daarnaast neemt ruimt 60% deel aan activiteiten in het verenigingsleven en heeft bijna 70% nieuwe contacten opgedaan (de Greef, 2012).

Meer informatie: www.movisie.nl

Vitaliteit ontmoet kwetsbaarheid: elkaar wat te bieden hebben (Vught)

Het project *Vitaliteit ontmoet kwetsbaarheid: elkaar wat te bieden hebben*, is een project met als doel om met de inzet en ondersteuning van vitale ouderen (vrijwilligers) ervoor te zorgen dat kwetsbare (hulpbehoevende) ouderen langer zelfstandig kunnen wonen, zelfredzamer zijn en (meer) mee gaan doen met sociale activiteiten in de buurt. De vitale ouderen zijn vrijwilligers van seniorenvereniging Ouderen Samen in Vught en de kwetsbare ouderen zijn bewoners van een wijk in Vught. Een vitale oudere houdt via een tablet dagelijks online contact met een kwetsbare oudere over de ondersteuning, bijvoorbeeld het herinneren dat de medicatie moet worden ingenomen. De vitale oudere gaat ook mee naar activiteiten die door de seniorenvereniging Ouderen Samen voor kwetsbare ouderen worden georganiseerd. Indien nodig nemen de vitale ouderen contact op met professionele hulpverleners, wiens hulp dan kan worden ingezet.

Meer informatie: www.vugherstede.nl

Dementievriendelijke buurt Overvecht (Utrecht)

Het project 'Dementievriendelijke buurt' is gericht op het zo lang mogelijk thuis laten wonen van ouderen met dementie door gebruik te maken van hulp door buurtbewoners. Het project richt zich op de inzet van ouderen als vrijwilligers ten behoeve van andere ouderen. Aan een oudere met dementie worden drie vitale oudere buurtgenoten gekoppeld, op wie zij ongepland en gepland een beroep kunnen doen, bijvoorbeeld wanneer iemand zijn sleutels is kwijtgeraakt. De ouderen met dementie en vrijwilligers ontvangen ondersteuning van professionele zorgverleners en eens in de 6 weken vindt er een gesprek plaats tussen de vrijwilligers en de professionele zorgverleners.

Meer informatie: www.vitok.nl

'Als mantelzorg ontspooort'

'Als mantelzorg ontspooort' is een project gericht op het vroegtijdig signaleren van overbelasting van mantelzorg en het bieden van adequate

hulp aan mantelzorgers. Het project richt zich op zorgprofessionals en vrijwilligers die met mantelzorgers te maken hebben alsmede mantelzorgers zelf. Voor de mantelzorgers is een 'drie minuten check' ontwikkeld, een korte vragenlijst waarmee de mantelzorger kan achterhalen of hij/zij overbelast is. Voor de zorgprofessionals en de vrijwilligers is een signaleringskaart ontwikkeld met aanwijzingspunten met specifieke actiepunten met betrekking tot overbelasting bij mantelzorgers.

Daarnaast worden voorlichtingsbijeenkomsten georganiseerd voor professionele zorgverleners, vrijwilligers en mantelzorgers waarin zij kunnen oefenen met het bespreekbaar maken van signalen van overbelasting. Het project is een samenwerkingsverband tussen Markant en Prenzis en wordt ondersteund door de Dienst Wonen, Zorg en Samenleven van de gemeente Amsterdam en het Steunpunt Huiselijk Geweld Amsterdam.

Meer informatie: www.markant.org

Thuishuis Deurne

Het thuishuis in Deurne is een woonvorm gericht op eenzame ouderen die graag met leeftijdgenoten willen wonen en tegelijkertijd zelfstandig willen blijven wonen. Net als in een studentenhuis delen de ouderen de huiskamer en keuken, maar hebben zij ieder een eigen slaap- en klein woongedeelte. Interessant aan dit concept is dat vrijwilligers de bewoners van het thuishuis ondersteunen, in plaats van dat professionals dit doen. Vrijwilligers luisteren naar de wensen van de ouderen en ondersteunen in het ondernemen van activiteiten. Professionals kunnen ter ondersteuning van de vrijwilligers en de familieleden worden ingezet. Daarnaast zijn buurtbewoners welkom om de sociale samenhang en leefbaarheid van de buurt te vergroten. Belangrijk kenmerk van het Thuishuis is dat de ouderen zelf bepalen wat ze willen doen. Niets is verplicht. Hierdoor wordt het gevoel van zelfstandig wonen behouden, met de sociale cohesie om eenzaamheid te voorkomen.

Meer informatie: www.thuishuisdeurne.nl

Project Bloemrijk (Krimpen aan de IJssel)

Bloemrijk is een buurt in Krimpen aan de IJssel waar jong en oud naast elkaar woont. Om de sociale cohesie in de buurt te verhogen tekenen alle burens een 'buurcontract' waarin zij afspraken maken over burenhulp en hoe ze met elkaar om moeten gaan. Daarnaast wordt de wijk ondersteund met professionele ondersteuning en is er een complex gebouwd voor sociale activiteiten.

Meer informatie: www.krimpenaandenijssel.nl

Laan van Spartaan (Amsterdam)

Laan van Spartaan is een nieuwbouwwijk in aanbouw waar generaties kunnen samenwonen. De wijk kenmerkt zich doordat sporten centraal staat; de wijk wordt omringd door verschillende sportfaciliteiten, zoals een badmintonvereniging, klimhal en voetbalvelden. Voor ouderen vanaf 55-jaar zijn er levensloopgeschikte seniorenwoningen. Daarnaast zijn er zogenoemde zorgwoningen voor zorgbehoevende ouderen, chronisch zieken en verstandelijk gehandicapten. Laan van Spartaan is daarom gericht op sportieve mensen (o.a. ouderen) die zo lang mogelijk zelfstandig willen blijven wonen.

Meer informatie: www.laanvanspartaan.nl

GoudOud (Warffum)

GoudOud is een dorpsinitiatief van de vereniging voor dorpsbelangen in Warffum en Stichting Zorg voor Warffum (Groningen), om ervoor te zorgen dat ook ouderen woonachtig in kleine dorpen zo lang mogelijk (zelfstandig) in hun eigen buurt kunnen blijven wonen. Het project richt zich op de oudere bewoners van Warffum en omstreken, die behoefte hebben aan wonen, welzijn en zorg en niet willen verhuizen, maar dit toch overwegen, omdat ze bang zijn dat er in hun dorp onvoldoende zorg is. Aanleiding voor dit project is de aangekondigde sluiting van het nabijgelegen verzorgingshuis Warfheem in 2015. Het project bestaat uit drie concepten: (1) een virtueel verzorgingshuis, waarin met behulp van ICT de informele en professionele zorg rondom een oudere via gestructureerde zorgpaden wordt afgestemd, (2) een coördinatiepunt van vrijwilligers, waardoor het dorp een herkenningspunt heeft voor het aanbod van ondersteunende activiteiten en diensten en (3) een zorgpension, een plek waar ouderen kunnen logeren en zorg krijgen vanuit het virtueel verzorgingshuis (KAW Architecten en adviseurs, 2013).

Meer informatie: www.goudoudinwarffum.nl

Even Buurten (Rotterdam)

Het *Even Buurten* project is een project binnen het Nationaal Programma Ouderenzorg (NPO) en betreft een samenwerkingsverband tussen de gemeente Rotterdam, de Erasmus Universiteit Rotterdam, Hogeschool Rotterdam, GENERO en verschillende samenwerkingspartners in de wijk. Het project heeft als doel om door vroegsignalering en het bieden van concrete hulp en ondersteuning de kwaliteit van leven en zelfstandigheid van zelfstandig wonende, kwetsbare ouderen (ouderen met meerdere, veelal lichamelijke, problemen) vanaf 70 jaar te

bevorderen. Zowel informele (o.a. buren en familieleden) als professionele hulpverleners (o.a. huisartsen, maar ook wijkagenten) in de wijk worden gezien als 'sleutelfiguren'. Doordat zij de wijk kennen hebben ze een signalerende functie in het in een vroeg stadium ontdekken van kwetsbaarheid bij ouderen in de wijk. Deze sleutelfiguren kunnen terecht bij een 'spil' in de wijk: een professional die naar aanleiding van de signalen van de sleutelfiguren op bezoek gaat bij de oudere en hun behoefte inventariseert. Op basis hiervan wordt een actieplan opgezet, waarbij gezocht wordt naar passende ondersteuning binnen het (bij voorkeur) informele netwerk. Tussentijdse evaluatie van het Even Buurten project laat positieve resultaten zien: (1) contacten in de wijk en onderlinge verbondenheid tussen buren levert een positieve bijdrage aan het welzijn van ouderen, (2) ouderen hebben een groter gevoel van veiligheid en voelen zich meer 'thuis' in de buurt en (3) de sociale cohesie wordt versterkt (Cramm e.a., 2012; van Dijk e.a., 2013).
Meer informatie: www.nationaalprogrammaouderenzorg.nl

We Helpen

www.wehelpen.nl is een website waarin vraag en aanbod op het gebied van hulp aan mensen bij elkaar komt. Deze webomgeving is ontworpen ter ondersteuning van de sociale draagkracht in de samenleving en richt zich dus op alle mensen in de samenleving. Op een digitale 'marktplaats' hebben mensen de mogelijkheid om hulp te vragen, hulp aan te bieden en hulp te organiseren binnen een hulpnetwerk van familie en vrienden. Mensen die hulp nodig hebben kunnen een bericht op een prikbord achterlaten. Hierbij kan het bijvoorbeeld gaan om hulp bij het boodschappen doen, administratieve hulp of vervoer naar het ziekenhuis. Mensen die hulp willen aanbieden hebben de mogelijkheid om te reageren op deze prikbordberichten. Daarnaast hebben mensen die hulp in hun eigen sociale netwerk regelen (familie, vrienden, kennissen en buren) de mogelijkheid om een zogenaamd digitaal 'hulpnetwerk' aan te maken met toegang tot een gedeelde agenda en logboek, zodat iedereen op de hoogte is van de taken en afspraken. Wehelpen.nl is een coöperatie opgericht door Achmea, BureauVijftig, CZ, Menzis, PGGM, Rabobank, The Caretakers en VitaValley.
Meer informatie: www.wehelpen.nl

- **NB. Er bestaan verschillende (lokale) soortgelijke projecten, zoals:**
 - **Hulp in je buurt** (www.hulpinjebuurt.nl);
 - **Tijd voor elkaar in Utrecht** (www.tijdvoorelkaar-utrechtzuid.nl/);
 - **Zorgruil Brabant** in Breda, Best en Gilze (www.zorgruilbrabant.nl);
 - **BUUV** in Haarlem, waar een medewerker van een welzijnsorganisatie hulpvragers en hulpaanbieders aan elkaar koppelt (www.buuv.nu);

- **Burencentralehulp** in Den Haag, waar een medewerker van een welzijnsorganisatie hulpvragers en hulpaanbieders aan elkaar koppelt (www.burenhulpcentrale.nl).

Zorg- en WelzijnsInfoPortaal (ZWIP) (Regio Nijmegen)

Het *Zorg- en WelzijnsInfoPortaal* (ZWIP) wordt gebruikt in het transitieproject *Zorg en Welzijnsstandaard* (zws) in de regio Nijmegen. Het ZWIP is een gratis online tool gericht op een betere communicatie en samenwerking bij de zorg voor ouderen met een complexe zorgvraag. ZWIP is daarom bedoeld voor ouderen die met meerdere hulpverleners te maken hebben, waardoor afstemming van zorg nodig is. Via het ZWIP kunnen hulpverleners online snel en veilig informatie over een specifieke patiënt uitwisselen, waardoor een oudere niet aan elke hulpverlener zijn/haar situatie hoeft uit te leggen. Het ZWIP helpt ouderen (en hun mantelzorgers) regie te houden over hun eigen zorg(plan), doordat ouderen alle berichten kunnen lezen die hulpverleners onderling sturen, vragen kunnen stellen en mee kunnen beslissen hoe hun zorg eruit ziet. De huisarts moet beoordelen of ouderen multidisciplinaire zorg en daarom een zorgplan nodig hebben en biedt daarbij het ZWIP aan. Voor deze beoordeling gebruiken zij een vragenlijst op basis waarvan een schattig kan worden gemaakt van de mate van kwetsbaarheid van een oudere. Hierdoor is het ZWIP is een stimulans voor vroeg signalering van gezondheidsproblemen van ouderen.

Meer informatie: www.zwip.nl en Magazine Nationaal Programma Ouderenzorg: de opbrengst van 5 jaar NPO: www.zonmw.nl

WeAct Dagritmeprogramma (Bathmen)

In het *WeAct Dagritme programma* wordt met behulp van een virtuele assistente getracht ouderen wonend in een wooneenheid zo lang mogelijk zelfstandig te houden, een dagritme te geven. ANNE, de virtuele persoonlijke assistente, volgt ouderen in hun dagritme en ondersteund hen in allerlei praktische activiteiten. ANNE heeft gezicht- en spraakherkenning en via de televisie kunnen ouderen met haar communiceren. ANNE kan voor verschillende functies worden ingezet, waaronder het bijhouden van agenda's, op internet opzoeken van informatie en het voorlezen van de krant of een boek. Daarnaast kan ANNE gekoppeld worden aan domotica en kan zij bijvoorbeeld automatisch de gordijnen dichtdoen. Wanneer ouderen behoefte hebben aan zorg, fungeert ANNE als schakel tussen een oudere en een professionele hulpverlener, doordat zij via beeld en geluid een oudere en zorgverlener kan laten communiceren. Meer informatie: www.weact.nl/wp/nl

Het Buurtpensioen (België/Brussel)

Het *Buurtpensioen* is een Belgisch project van het Kenniscentrum Woonzorg Brussel, waarin vrijwilligers klusjes voor hulpbehoevenden uit de buurt doen om op die manier de eigen toekomstige zorgbehoefte te verzekeren. In ruil voor het verrichten van eenvoudige klusjes, zoals boodschappen doen, kunnen mensen op hun eigen rekening kredieturen sparen. Deze kredieturen kunnen op twee manieren worden ingezet: (1) mensen kunnen deze op een latere leeftijd voor zichzelf gebruiken om vrijwilligerswerk te ‘kopen’ of (2) doorgeven aan een ander, bijvoorbeeld aan een hulpbehoevende ouder. Het laatste geval is vooral nuttig voor kinderen die ver van hun oudere ouders vandaan wonen. Deze kinderen kunnen klusjes doen voor ouderen in hun eigen buurt, om vervolgens hun opgebouwde kredieturen te geven aan een ouder die deze voor vrijwilligerswerk uit de eigen buurt kan gebruiken. Het project is afgeleid van het soortgelijke project Care4Care uit Engeland, uitgevoerd op het eiland Wight.

Meer informatie: www.brusselnieuws.be

www.flanderscare.be

www.care4care.org

Wat leren we van deze voorbeelden?

Een vergelijking van de projecten laat zien dat alle projecten een preventief element bevatten. De meerderheid van de projecten, behalve het project Mantelzorg ontspoort dat gericht op het vroegtijdig signaleren van mantelzorgoverbelasting, is gericht op het (vroegtijdig) voorkomen van een (verdere) vermindering of verlies van de eigen regie en zelfredzaamheid bij ouderen. Uit de genoemde voorbeelden van projecten kunnen we vier aspecten halen die belangrijk kunnen zijn voor toekomstige projecten gericht op zelfstandig wonende ouderen:

- **Focus op wat ouderen zelf kunnen doen:** cruciaal is dat binnen een project ouderen zo veel mogelijk zelf moeten doen, in plaats van dat een projectgroep de organisatie in handen heeft. Hierdoor wordt de eigen regie van ouderen bevordert (o.a. HIP, Thuishuis Deurne en Laan van Spartaan).
- **Groepsprojecten/focus op sociale steun:** groepsprojecten in plaats van specifiek op een oudere gerichte projecten kunnen bijdragen aan het voorkomen van (verdere) eenzaamheid en sociale isolatie (o.a. Studiekringen en Thuishuis Deurne). Daarnaast kan de ontmoeting van vitale ouderen en kwetsbare ouderen de kwaliteit van leven voor hen beiden versterken.
- **Buurtgerichte projecten:** het helpen van elkaar in de buurt met kleine activiteiten als het doen van boodschappen levert een bijdrage aan het

voorkomen van afnemende eigen regie en verbetert het sociale contact in de buurt (o.a. Bloemrijk, GoudOud, Even Buurten; Dementievriendelijke Buurt).

- **Technologie als ondersteuning in projecten:** het gebruik van technologie ter ondersteuning is nuttig ter bevordering van de zelfstandigheid van ouderen, het organiseren van buurthulp en het afstemmen van de zorg met professionele zorgverleners (o.a. ZWIP, WeAct, Vitaliteit ontmoet Kwetsbaarheid).

Bijlage 2

Lijst van geïnterviewde deskundigen

- Hr. Drs. R. Bellekom, Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG)
- Mw. I. Borghuis, Osira Groep
- Mw. L. den Haan, ANBO (Belangenorganisatie voor senioren)
- Hr. Dr. M.E. Homan, Nederlandse Zorgautoriteit (NZA)
- Hr. Dr. C. Smit, Vereniging Samenwerkende Ouder- en Patiëntorganisaties (VSOP)
- Mw. Drs. R. M. J. Verheggen, Mezzo (Landelijke vereniging voor mantelzorgers en vrijwilligerszorg)
- Mw. Drs. Y. Witter, Aedes-Actiz Kenniscentrum Wonen-Zorg

Bijlage 3

Vragenlijst (NIVEL Consumentenpanel Gezondheidszorg)

NIVEL Consumentenpanel Gezondheidszorg

Het Consumentenpanel Gezondheidszorg van het NIVEL (www.nivel.nl/consumentenpanel-gezondheidszorg) verzamelt onder de algemene bevolking in Nederland informatie over de meningen over de gezondheidszorg en de ervaringen hiermee. Het panel bestaat uit circa 6.000 personen van 18 jaar en ouder. Ten behoeve van dit onderzoek zijn twee aselecte steekproeven getrokken van 750 mensen van 57-66 jaar en 750 mensen van 67-77 jaar. In het totaal ontvingen dus 1500 ouderen een vragenlijst. De vragenlijst werd ingevuld door 1014 mensen (respons 68%).

De vragenlijst

De vragenlijst is online en schriftelijk aangeboden afhankelijk van de beschikbaarheid van een e-mail adres en bevatte de volgende zeven onderdelen:

A Achtergrondgegevens

Leeftijd, geslacht, gezinssamenstelling, opleidingsniveau, inkomen, type woning, samenstelling van het huishouden, afstand tot de kinderen, ervaren algemene gezondheid, ervaren geestelijke gezondheid, ervaren kwaliteit van leven.

B Ervaren regie en gewenste zelfredzaamheid

De ervaren eigen regie is de mate waarin iemand greep ervaart op gebeurtenissen en situaties (Galenkamp e.a., 2012). Ervaren eigen regie is gemeten met de Mastery schaal, zoals die ook gebruikt worden in de Longitudinal Agingkoo Study Amsterdam (Lasa) (Cooper e.a., 2011). De schaal meet ervaren regie over het leven. De schaal bestaat uit vijf stellingen, bijvoorbeeld 'soms voel ik dat ik een speelbal van het leven ben'. De invuller kan kiezen uit vijf antwoorden, lopend van helemaal mee oneens (1) tot helemaal mee eens (5).

Het belang dat de oudere hecht aan zelfredzaamheid zegt iets over de mate waarin men greep wenst te behouden op gebeurtenissen en situaties (Galenkamp e.a., 2012). Ook hier is gebruik gemaakt van een meetinstrument uit de Lasa-studie (Dixon e.a., 1983, 1984, Auman e.a., 2005, Cooper e.a. 2012). Gebruik is gemaakt van veertien uitspraken, bijvoorbeeld 'het is belangrijk om in staat te zijn dingen voor mezelf te doen'

en ‘ik doe mijn best om mijn vermogen om zelfstandig te functioneren te verbeteren’. Ook hier kon de invuller kiezen uit vijf antwoorden, lopend van helemaal mee oneens (1) tot helemaal mee eens (5).

C *Woonwensen*

Kenmerken van het type woning en van het type buurt waar men zou willen wonen als men in de toekomst (meer) zorg nodig heeft.

D *financiering van de zorg*

Gevraagd werd in hoeverre men het eens is met de stelling ‘ik wil mijn eigen (spaar)geld gebruiken om nu of in de toekomst zorg te kunnen komen’ (5-punsschaal). Vervolgens werd gevraagd wie er in de toekomst bepaalde (zorg)voorzieningen zou moeten financieren waarbij de respondent kon kiezen uit drie mogelijkheden, namelijk ik zelf, deels ik zelf en deels de gemeenschap, de gemeenschap. Met gemeenschap wordt bedoeld dat het betaald wordt door de zorgverzekering, de gemeente of andere overheid. De vraag werd gesteld voor woningaanpassingen en hulpmiddelen, hulp bij het huishouden, hulp bij persoonlijke verzorging en hulp bij verpleging.

E *Gewenste zorgverleners*

Ouderen werd gevraagd van wie zij hulp willen krijgen als zij in de toekomst vanwege hun gezondheid hulp nodig hebben (partner, kinderen, andere familieleden, vrijwilligers, burens, vrienden of professionals). Daarbij werd onderscheid gemaakt tussen hulp bij het huishouden, hulp bij persoonlijke verzorging en hulp bij verpleging.

F *Houding ten aanzien van zorg via internet*

Dit onderdeel startte met uitleg over dat in de toekomst voor het regelen en uitvoeren van zorg steeds vaker internet gebruikt zal worden, zoals bij afspraken maken met een zorgverlener, een vraag stellen aan een zorgverlener, behandeling en begeleiding krijgen door een beeldschermverbinding en voor monitoren van bijvoorbeeld gewicht, bloeddruk en bloedsuikers. Vervolgens werd gevraagd ‘denkt u dat u in de toekomst één of enkele van dit soort internettoepassingen gaat gebruiken als u die mogelijkheid geboden wordt?’, waarbij de respondent uit vijf antwoorden kon kiezen (ja zeker, ja waarschijnlijk wel, dat weet ik nog niet, nee waarschijnlijk niet, nee zeker niet). Daarna werd deze vraag nog een keer gesteld met de toevoeging ‘als u daardoor langer zelfstandig kunt blijven wonen’.

De derde vraag binnen dit onderdeel luidde: ‘Hoe makkelijk of moeilijk vindt u het gebruik van internet?’ (5 antwoordmogelijkheden lopend van zeer moeilijk naar zeer makkelijk en ‘weet ik niet, ik maak geen gebruik van internet’).

Vervolgens werden negen stellingen voorgelegd over internetgebruik bij

contacten met zorgverleners, bijvoorbeeld 'is eenvoudig om te doen' en 'zorgt ervoor dat ik langer zelfstandig kan blijven'. Bij elke stelling kon de respondent aangeven of hij/zij het er (helemaal) mee eens was of (helemaal) mee oneens (vierpuntsschaal) of 'weet ik niet'.

G Houding ten aanzien van technologische toepassingen:

Dit onderdeel had dezelfde opbouw als het onderdeel zorg via internet. In de toelichting werd aangegeven dat er allerlei technologische mogelijkheden voor in huis zijn, zoals elektronische toepassingen in de woning om functies (zoals de verwarming, ventilatie, verlichting) automatisch te besturen, een apparaat waarmee u in geval van nood een alarm kunt verzenden naar een familielid of een medewerker van de thuiszorg, signalering op afstand, waarbij iemand automatisch wordt gewaarschuwd als u bijvoorbeeld valt of een tijd het toilet niet bezoekt.

De respondenten

Onderstaande tabellen geven een overzicht van de kenmerken van de respondenten.

Tabel 1

Achtergrondkenmerken van de respondenten (n=1014)

	%
Geslacht	
man	48,9
vrouw	51,1
Leeftijd	
57 tot en met 66 jaar	46,6
67 tot en met 77 jaar	53,4
Burgerlijke staat	
gehuwd inclusief geregistreerd partnerschap	60,1
gescheiden	12,7
weduwe, weduwnaar	18,9
nooit gehuwd geweest	8,2
onbekend	0,1
Opleidingsniveau	
laag	21,3
midden	54,8
hoog	20,3
onbekend	3,6
Netto maandinkomen in 2012 van het huishouden (excl. vakantiegeld)	
minder dan € 1250	14,0
tussen € 1250 en € 1750	21,8
tussen € 1750 en € 2300	26,4
tussen € 2300 en € 2900	14,9
tussen € 2900 en € 3500	8,8
hoger dan € 3500	8,6
onbekend	5,4

Tabel 2**Woonomgeving van de respondenten (n=1014)**

	%
Type woning	
koop	64,9
huur	34,0
onbekend of anders	1,1
Woont in wijk met lage statusscore*	
ja	27,9
nee	67,0
onbekend	5,1
Stedelijkheid van het gebied**	
(zeer) sterk verstedelijkt gebied	37,3
matig verstedelijkt gebied	19,5
weinig/niet verstedelijkt gebied	38,9
onbekend	4,3

* De statusscore berekent het SCP en zegt iets over de sociale status van een wijk in vergelijking met andere wijken in Nederland. De sociale status van een wijk is afgeleid van vier kenmerken van de mensen die er wonen: het gemiddeld inkomen in een wijk, het percentage mensen met een laag inkomen, het percentage laag opgeleiden en het percentage mensen dat niet werkt. Naarmate de status hoger is, is de woonomgevingskwaliteit dat ook (bron: SCP. Veel gestelde vragen over statusscores. Versie 28 november 2012). Een wijk heeft een lage statusscore als de score valt binnen het laagste quintiel van statusscores in Nederland in 2010.

** Gebaseerd op omgevingsadressendichtheid van het CBS

Tabel 3

Gezinskenmerken van de respondenten (n=1014)

	%
Samenstelling huishouden	
alleenwonend	38,1
met partner	53,4
met partner en kind(eren)	6,6
met kind(eren)	1,5
onbekend	0,5
Heeft kinderen?	
ja	83,7
nee	15,6
onbekend	0,7
Heeft kinderen thuis wonen?	
ja	6,2
nee	90,5
onbekend	3,3
Heeft kinderen wonen op maximaal half uur reisafstand	
ja	55,3
nee	41,4
onbekend	3,3

Tabel 4

Ervaren gezondheid en kwaliteit van leven van de respondenten (n=1014)

	%
Hoe zou u over het algemeen uw gezondheid noemen?	
uitstekend	8,3
zeer goed	20,6
goed	49,6
matig	17,0
slecht	1,3
onbekend	3,2
Hoe zou u over het algemeen uw geestelijke/psychische gezondheid noemen?	
uitstekend	20,3
zeer goed	33,1
goed	39,2
matig	4,1
slecht	0,3
onbekend	3,0
Hoe is in het algemeen uw kwaliteit van leven?	
uitstekend	16,1
erg goed	28,5
goed	42,2
redelijk	9,8
slecht	0,7
onbekend	2,7

Samenstelling ouderenprofielen

De peiling onder de (toekomstige) ouderen van het Consumentenpanel gezondheidszorg laat zien dat ouderen eigen regie over het leven ervaren en veel belang hechten aan zelfredzaamheid:

Gemiddeld scoren de respondenten 2,3 op de ervaren eigen regie schaal wat betekent dat zij het over het algemeen oneens zijn met de stellingen over dat het leven hen overkomt.

Gemiddeld scoren de respondenten 4,1 op de schaal die het belang van zelfredzaamheid meet. Dit houdt in dat zij het over het algemeen eens zijn met de stellingen dat men graag taken zo lang mogelijk zelfstandig taken wil blijven uitvoeren.

Op basis van de ervaren eigen regie en de gewenste zelfredzaamheid zijn zogenaamde ouderenprofielen opgesteld. Er is een tweedeling gemaakt in ouderen die regie ervaren en ouderen die ervaren dat het leven hen overkomt. Ouderen die, gemiddeld genomen over de vijf items, het oneens zijn met de stellingen (gemiddelde <3) ervaren dat ze regie hebben over hun leven. De overige ouderen (gemiddelde >=3)

hebben eerder het gevoel dat het leven hen overkomt. Dan blijkt dat 76 procent van de ouderen ervaart dat zijzelf de regie hebben over hun leven en 24 procent dat het leven hen overkomt.

Ook wat betreft gewenste zelfredzaamheid is er een tweedeling gemaakt in ouderen die het eens zijn met de uitspraken en zelfredzaamheid dus belangrijk vinden (gemiddelde ≥ 4) en ouderen die zelfredzaamheid minder belangrijk vinden (gemiddelde < 4). Dan blijkt dat 71 procent van de ouderen hecht belang aan zelfredzaamheid en 29 procent vindt dit minder belangrijk.

Het verschil tussen eigen regie en zelfredzaamheid is dat eigen regie gericht is op het zelf kunnen beslissen over het leven en zelfredzaamheid op het zelf willen doen. Er is een zeer zwakke samenhang tussen de ervaren en gewenste zelfredzaamheid ($r=.10$, $p<.05$). Eigen regie en zelfredzaamheid zijn op twee assen tegenover elkaar gezet, waardoor vier 'profielen' ontstaan : (1) de zorgwensende oudere, (2) de pro-actieve oudere, (3) de afwachtende oudere en (4) de machteloze oudere (zie hoofdstuk 2). Met deze profielen geven we aan dat er een diversiteit is in wat ouderen zelf kunnen en willen doen en dus in de wensen en behoeften van ouderen.

Analyse

Vergeleken met de samenstelling van de bevolking dd. 15 juli 2011 (CBS) is de leeftijdscategorie 57-67 jaar ondervertegenwoordigd in de onderzoeksgroep, wat veroorzaakt wordt door de manier waarop de steekproef getrokken is (zowel de groep 57-66 jaar als de groep 67-77 jaar). Bekeken is wat dit betekent voor de verdeling van de ouderen in de vier ouderenprofielen. Daaruit bleek dat de maximale verschuiving in percentage 0,79% was. Vanwege deze marginale verschuivingen is besloten geen verdere weging toe te passen.

Verschillen in de ouderenprofielen wat betreft hun voorkeuren en visies op zorg zijn onderzocht met chi-kwadraattoetsen ($p<.05$).

Bijlage 4

Groepsdiscussiebijeenkomst met ouderen

De resultaten van de overzichtstudie zijn bediscussieerd in een groepsbijeenkomst met ouderen. Tijdens de bijeenkomst werden vier profielen van ouderen gepresenteerd. Vervolgens is aan de hand van vijf stellingen gepraat over (1) of men het eens of oneens was met de stelling, (2) wat de consequenties zouden zijn voor beleid, rekening houdend met de diversiteit tussen ouderen. De bijeenkomst vormde input voor het formuleren van de beleidsadviezen in deze studie.

Stelling 1

Mensen moeten rond hun 60ste jaar gaan zorgen voor een woning waar ze kunnen blijven wonen, óók als ze meer zorg nodig hebben

Stelling 2

Vaak wordt mantelzorg gegeven door hooguit enkele naaste familieleden, veelal vrouwen. Uitbreiding van de kring van mantelzorgers met mannelijke familieleden, vrienden of burens is een goede zaak

Stelling 3

Gepensioneerden willen best vrijwilligerswerk doen (bijv. boodschappen doen, rijden, gezelschap houden) en moeten daar meer toe gestimuleerd worden

Stelling 4

Ouderen kunnen barrières ervaren om via de computer of ander beeldscherm contact te hebben met zorgverleners. Als een oudere dat niet wil of kan moet er 'gewoon' contact met een zorgverlener zijn.

Stelling 5

Er zijn voorzieningen nodig voor ouderen die zelf niet genoeg ondersteuning kunnen regelen.