



Sociaal en Cultureel Planbureau

Zorgen voor thuiswonende ouderen



Kennissynthese over de zorg voor zelfstandig wonende
75-plussers, knelpunten en toekomstige ontwikkelingen

Zorgen voor thuiswonende ouderen

Kennissynthese over de zorg voor zelfstandig wonende
75-plussers, knelpunten en toekomstige ontwikkelingen

Mirjam de Klerk
Debbie Verbeek-Oudijk
Inger Plaisier
Maaïke den Draak

Het Sociaal en Cultureel Planbureau is een interdepartementaal, wetenschappelijk instituut, dat – gevraagd en ongevraagd – sociaal-wetenschappelijk onderzoek verricht. Het SCP rapporteert aan de regering, de Eerste en Tweede Kamer, de ministeries en maatschappelijke en overheidsorganisaties. Het SCP valt formeel onder de verantwoordelijkheid van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Het SCP is opgericht bij Koninklijk Besluit op 30 maart 1973. Het Koninklijk Besluit is per 1 april 2012 vervangen door de ‘Regeling van de minister-president, Minister van Algemene Zaken, houdende de vaststelling van de Aanwijzingen voor de Planbureaus’.

© Sociaal en Cultureel Planbureau, Den Haag 2019

SCP-publicatie 2019-3

Opmaak binnenwerk: Textcetera, Den Haag

Figuur: Mantext, Moerkapelle

Vertaling samenvatting: AVB-vertalingen, Amstelveen

Omslagontwerp: Cometa.cc, Amsterdam

Omslagillustratie: Cometa.cc, Amsterdam

ISBN 978 90 377 0908 7

NUR 740

Copyright

U mag citeren uit SCP-rapporten, mits u de bron vermeldt.

U mag SCP-bestanden op een server plaatsen mits:

- 1 het digitale bestand (rapport) intact blijft;
- 2 u de bron vermeldt;
- 3 u de meest actuele versie van het bestand beschikbaar stelt, bijvoorbeeld na verwerking van een erratum.

Data

SCP-databestanden, gebruikt in onze rapporten, zijn in principe beschikbaar voor gebruik door derden via DANS www.dans.knaw.nl.

Contact

Sociaal en Cultureel Planbureau

Postbus 16164

2500 BD Den Haag

www.scp.nl

info@scp.nl

Via onze website kunt u zich kosteloos abonneren op een elektronische attendering bij het verschijnen van nieuwe uitgaven.

Inhoud

Voorwoord	5	
Samenvatting	6	
1	Waarom deze kennissynthese	10
1.1	Aanleiding	10
1.2	Het onderzoek	11
2	Ouderen in Nederland	13
2.1	Demografische en sociale kenmerken	13
2.2	Sociaaleconomische kenmerken	17
2.3	Samenvatting	20
3	Gezondheid van zelfstandig wonende ouderen	21
3.1	Lichaamsfuncties	21
3.2	Mentale functies en beleving	22
3.3	Dagelijks functioneren	24
3.4	Kwaliteit van leven	25
3.5	Sociaal-maatschappelijke participatie	26
3.6	Spirituele en existentiële dimensie	27
3.7	Samenvatting	28
4	Beschikbare zorg en ondersteuning voor ouderen	29
4.1	Ondersteuning die mensen zelf regelen	30
4.2	Ondersteuning op basis van de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015	31
4.3	Ondersteuning op basis van de Zorgverzekeringswet	33
4.4	Ondersteuning op basis van de Wet langdurige zorg	35
4.5	Samenvatting	36
5	Gebruik van zorg en ondersteuning	37
5.1	Informele, particuliere en publiek gefinancierde zorg: algemeen beeld	37
5.2	Gebruik van ondersteuning op basis van de Wmo 2015	39
5.3	Gebruik van zorg op basis van de Zvw en de Wlz	39
5.4	Samenvatting	43
6	Knelpunten in de zorg voor ouderen	44
6.1	Zorg en ondersteuning van ouderen: eerst zelf organiseren	44
6.2	Een beroep doen op formele hulp	48

6.3	Zolang het thuis nog gaat	51
6.4	Van zelfstandig wonen naar permanent toezicht	54
6.5	Samenvatting	57
7	Trends 2018-2030	60
7.1	Demografische ontwikkelingen	60
7.2	Veranderingen in de gezondheid van ouderen	68
7.3	Sociale en culturele ontwikkelingen	71
7.4	Technologische ontwikkelingen	77
7.5	Economische ontwikkelingen	79
7.6	Samenvatting	82
	Summary	84
	Literatuur	88
	Publicaties van het Sociaal en Cultureel Planbureau	100

Voorwoord

Nederland telt bijna 1,4 miljoen 75-plussers, van wie de meeste – ruim 1,2 miljoen ouderen – zelfstandig wonen. Over het algemeen redden zij zich goed. Soms is dat met hulp van familie en vrienden en soms is er professionele zorg of ondersteuning nodig. Toch zijn er ook knelpunten die het voor de zelfstandig wonende ouderen soms lastig maken de juiste zorg en ondersteuning te krijgen. De komende jaren zal het aantal ouderen, en daarmee de vraag naar zorg en ondersteuning, fors toenemen. Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (vws) heeft de Commissie toekomst zorg thuiswonende ouderen ingesteld om zich te buigen over de vraag wat er nodig is om de zorg voor zelfstandig wonende ouderen op peil te houden. Ter voorbereiding heeft het ministerie het Sociaal en Cultureel Planbureau gevraagd om een beeld te schetsen van hoe de zorg thuis voor ouderen er nu uitziet en welke trends en ontwikkelingen gevolgen hebben voor die zorg. Deze kennis-synthese is daarvan de uitwerking.

Deze publicatie geeft op basis van bestaande literatuur een overzicht van de groep 75-plussers in Nederland, de kenmerken van deze groep, hun gezondheid en de zorg en ondersteuning die zij ontvangen. Daarnaast wordt ingegaan op eerder beschreven knelpunten in de zorg voor zelfstandig wonende ouderen. Het gaat daarbij zowel om knelpunten die ouderen zelf signaleren, als om knelpunten die zorgverleners noemen. Als laatste wordt een overzicht geschetst van de ontwikkelingen die de komende jaren op ons afkomen en die gevolgen hebben voor de zorg en ondersteuning in de toekomst.

Graag wil ik Jacobijn Gussekloo van het Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC), Carolien Baan van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) en Sandra Dahmen van Vilans hartelijk danken voor hun waardevolle bijdragen aan de leescommissie van deze publicatie. Daarnaast wil ik Henk Hilderink van het RIVM, Corina Huisman, Femke Daalhuizen en Frans Schilder van het Planbureau voor de Leefomgeving, Péter Makai van de Nederlandse Zorgautoriteit en Theo van Tilburg van de Vrije Universiteit danken voor het aanleveren van niet eerder gepubliceerde gegevens of commentaren op eerdere versies van de tekst.

Prof. dr. Kim Putters
Directeur Sociaal en Cultureel Planbureau

Samenvatting

Aanleiding

Het aantal ouderen neemt toe, en daarmee ook de behoefte aan zorg en ondersteuning. Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft het Sociaal en Cultureel Planbureau gevraagd om op grond van de beschikbare literatuur te schetsen hoe de zorg thuis voor ouderen vanaf 75 jaar er nu uitziet en welke trends en ontwikkelingen gevolgen zullen hebben voor die zorg. Mede op basis van deze kennissynthese zal de Commissie toekomst zorg thuiswonende ouderen advies uitbrengen over wat er nodig is om de zorg voor thuiswonende ouderen ook in de toekomst op peil te houden.

Kenmerken zelfstandig wonende 75-plussers

Er zijn in Nederland ruim 1,2 miljoen zelfstandig wonende 75-plussers. Bijna de helft woont alleen en bijna een op de tien heeft noch een partner, noch kinderen. Naarmate de leeftijd hoger is, is het aandeel alleenstaanden en het aandeel dat van een klein inkomen moet rondkomen groter. Hoewel bijna alle 75-plussers een chronische aandoening hebben en de meerderheid kampt met lichamelijke beperkingen, psychische aandoeningen of geheugenproblemen, zeggen de meeste zich goed te kunnen redden in het dagelijks leven.

Veel 75-plussers zijn dan ook nog altijd actief in de samenleving. Ruim acht op de tien ouderen komen dagelijks buiten en ontmoeten regelmatig vrienden, en ruim vier op de tien doen vrijwilligerswerk. Ruim acht op de tien 75-plussers zijn tevreden met het leven dat ze leiden. Echter, 10% van de 75-84-jarigen en 15% van de 85-plussers voelt zich (zeer) sterk eenzaam. De groep ouderen is al met al heel divers en 75-plussers variëren in hun behoefte aan zorg en ondersteuning. Ook verschillen zij in hun mogelijkheden om zelf zorg en ondersteuning te organiseren, deze van hun netwerk te krijgen of in te kopen.

Gebruik van zorg en ondersteuning

Bijna alle 75-plussers staan in contact met een of meer medische zorgverleners. Een aanzienlijk deel (vooral de 85-plussers) ontvangt zorg en ondersteuning thuis. Zo zeggen ruim vier op de tien 75-plussers in een jaar tijd zorg en ondersteuning te hebben ontvangen bij het huishouden of de persoonlijke verzorging, of verpleging of begeleiding te hebben gekregen. Circa de helft van hen ontvangt dit (ook) van familie, vrienden of kennissen en een derde betaalt de hulp (deels) zelf. Circa een kwart van de 75-plussers ontvangt ondersteuning vanuit de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) 2015 en een ongeveer even groot deel ontvangt wijkverpleging vanuit de Zorgverzekeringswet (Zvw).

Over het gebruik van welzijnsvoorzieningen, zoals een maaltijdvoorziening of ontmoetingsbijeenkomsten voor eenzame ouderen, en over de aanwezigheid van een onvervulde behoefte aan zorg is weinig tot niets bekend.

Knelpunten

Hoewel er veel goed gaat in de zorg en ondersteuning voor zelfstandig wonende ouderen, zijn er ook knelpunten. Vaak is niet bekend hoe vaak deze voorkomen, maar het kan voor ouderen grote gevolgen hebben wanneer zij niet de zorg krijgen die ze nodig hebben. Zo worden de eigen kracht en mogelijkheden van ouderen en hun netwerken geregeld overschat: een deel van de ouderen heeft geen vaardigheden om zelf zorg en ondersteuning te regelen, maar dit wordt wel van hen verwacht. Hun netwerk kan lang niet altijd helpen en is soms overbelast. Bovendien is de zorg in het algemeen nog weinig proactief, dat wil zeggen: gericht op preventie van (ernstiger) ziekten en vroegsignalering van zorg- en ondersteuningsbehoeften. Als we kijken naar de woningmarkt, lijkt er een groep ouderen te zijn die in een huis wonen dat niet goed past bij de ondersteuningsbehoefte die (waarschijnlijk) gaat komen, maar die ook niet willen of kunnen verhuizen. Naast financiële overwegingen spelen ook sociale redenen een rol: mensen zijn gehecht aan hun huis en hun buurt.

Daarnaast is er een tweede groep knelpunten die spelen bij het verkrijgen van zorg en ondersteuning. Het zorgstelsel is complex. Er zijn veel verschillende soorten zorg en ondersteuning, geleverd vanuit verschillende domeinen met eigen toegangscriteria. De afbakening tussen verschillende zorgwetten kan een drempel vormen om de juiste zorg te krijgen. Hierbij is het niet altijd duidelijk of het probleem zit in de vormgeving van het stelsel of in de interpretatie en uitvoering ervan. Bovendien is de informatievoorziening onduidelijk; eigen bijdragen kunnen mensen afschrikken om hulp(middelen) aan te vragen die zij eigenlijk wel nodig hebben. Er is ook sprake van een gebrek aan afstemming en samenwerking tussen hulp- en zorgverleners. Het gaat daarbij niet alleen over de (toepassing van) wet- en regelgeving en overgangen tussen de verschillende domeinen, maar ook over uitwisseling van informatie op de werkvloer. Als er veel hulpverleners bij een oudere betrokken zijn, weten zij soms niet van elkaar wat zij doen.

Een derde groep knelpunten heeft betrekking op het zorgaanbod zelf. Er is er sprake van een toenemend tekort aan personeel of (ingekochte) capaciteit en een gebrek aan specifieke deskundigheid (bij onder meer huisartsen en wijkteam) om ouderen met complexe problematiek thuis te begeleiden. Te weinig hulp en ondersteuning of onvoldoende deskundigheid van zorgprofessionals kan in de hand werken dat ouderen onnodig in zwaardere zorgvormen terechtkomen, bijvoorbeeld in een eerstelijnsverblijf (ELV) of op de spoedeisende hulp (SEH) van het ziekenhuis. Tot slot lijkt het woningaanbod nog onvoldoende aangepast aan de veranderende vraag nu van ouderen verwacht wordt langer zelfstandig te blijven wonen.

Reflecties

Het uitgangspunt dat mensen in eerste instantie worden aangesproken op hun eigen kracht en mogelijkheden kan lastig zijn voor ouderen met weinig gezondheidsvaardigheden, weinig sociale vaardigheden of laaggeletterdheid die moeite hebben om de informatie over zorg en ondersteuning te vinden, te begrijpen en erom te vragen.

Omdat ouderen langer thuis wonen dan vroeger, komen zij vaker met complexe gezondheidsproblemen bij de huisarts. Ook krijgen bijvoorbeeld thuiszorgmedewerkers met ingewikkelder casuïstiek te maken. Zij hebben (nog) niet altijd de juiste kennis in huis en samenwerking met anderen verloopt soms lastig. Er is behoefte aan meer mogelijkheden om specialistische zorg aan ouderen te bieden, zonder dat daarvoor opname in een zorginstelling nodig is.

Soms kunnen thuiswonende ouderen niet de zorg krijgen die zij nodig hebben omdat regels net niet op deze individuele oudere van toepassing (lijken te) zijn of er onduidelijkheden zijn hoe beleidsregels precies toe te passen. Beleid is gebaseerd op grote groepen, maar juist bij uitzonderingen kunnen knelpunten in de toepassing ontstaan. Voor een toekomstbestendige ouderenzorg is het niet alleen belangrijk om heldere regels te hebben maar ook een soepele uitvoering die creatief met deze regels om kan gaan. Zo kan, indien nodig, een vangnet worden gecreëerd voor degenen die net buiten de regels vallen.

Toekomstbeeld

Het is duidelijk dat het aantal zelfstandig wonende 75-plussers tussen nu en 2030 zal toenemen. Ook het aantal alleenstaande ouderen en het aantal 85-plussers, groepen die relatief veel (publiek gefinancierde) zorg gebruiken, nemen toe. Daarnaast blijven 75-plussers langer zelfstandig wonen en krijgen ze te maken met steeds complexere problemen. Hiermee zal de vraag naar zorg en ondersteuning en geschikte (vormen van) ouderenhuisvesting stijgen. Ook de urgentie om een oplossing te vinden voor de knelpunten in de zorg voor zelfstandig wonende ouderen zal toenemen. In de krimpgebieden zijn de uitdagingen, met een groeiend aandeel ouderen en een afname van de potentiële beroepsbevolking, het grootst.

Sommige ontwikkelingen in de toekomst stemmen wellicht ook hoopvol. Zo stijgt het opleidingsniveau. Dat betekent dat toekomstige ouderen waarschijnlijk beter zelf de weg zullen kunnen vinden, wellicht ook mondiger en veeleisender zijn, maar mogelijk vaker zelf zorg kunnen organiseren. Meer inkomen betekent ook meer financiële middelen om zelf zorg te betalen. Maar er zal ook een groep blijven bestaan die weinig tot geen mogelijkheden heeft de zorg en ondersteuning zelf te organiseren.

De groep ouderen wordt in de toekomst diverser. Zo zullen ouderen vaker een (niet-westerse) migratieachtergrond hebben, al blijft hun aandeel in de totale populatie 75-plussers klein. Ook dit heeft invloed op de vraag naar zorg. Ouderen lijken, meer dan voorheen, hun eigen wensen en behoeften te hebben, waarmee er een algemene behoefte aan meer maatwerk en een grotere diversiteit in het aanbod ontstaat.

Technologische hulpmiddelen zullen naar verwachting een grotere rol spelen in de zorg en leiden tot veranderingen in de aard van de werkzaamheden van professionals. Toch neemt het gebruik van technologieën nu nog maar mondjesmaat toe. Of technologieën ook personeel kunnen vervangen en daarmee een oplossing kunnen zijn voor de toenemende zorgvraag is nog onduidelijk. In de zorg draait het immers ook om menselijk contact. Voldoende personeel met de juiste variatie in competenties, die aansluiten bij de diverse zorgvraag, blijft een van de uitdagingen voor de toekomst.

Daarnaast is het van belang om aandacht te hebben voor die groepen die onvoldoende hulpbronnen en vaardigheden hebben om zelf zorg en ondersteuning te organiseren, van hun netwerk te vragen of zelf in te kopen. Het gaat dan bijvoorbeeld om ouderen met weinig digitale vaardigheden, weinig eigen regie, een klein netwerk of een laag inkomen.

Deze kennissynthese laat zien dat het met thuiswonende ouderen vaak goed gaat, maar dat er ook ouderen zijn die met knelpunten in de zorg en ondersteuning te maken krijgen. De organisatie van betaalbare zorg en ondersteuning van ouderen thuis is een grote uitdaging voor de toekomst. Als samenleving zullen we daarom tot (creatieve) oplossingsrichtingen moeten komen die recht doen aan onze ouderen. Daarvoor blijft het van groot belang om goed zicht te hebben en houden op thuiswonende ouderen en hoe het met hen gaat.

1 Waaron deze kennissynthese

1.1 Aanleiding

Er zijn ruim 1,2 miljoen zelfstandig wonende 75-plussers in Nederland. Met veel van deze ouderen gaat het goed: zij redden zichzelf, al dan niet met hulp van familie of vrienden. Een deel van hen heeft professionele zorg of ondersteuning nodig. In de komende jaren zal het aantal ouderen, en daarmee de vraag naar zorg en ondersteuning, sterk toenemen. Op 14 december 2017 diende Tweede Kamerlid Vera Bergkamp een motie in waarin zij de minister verzocht om een visie te ontwikkelen op de zorg aan thuiswonende ouderen, en daartoe een verkenning uit te voeren naar de vraag wat er nodig is om de kwaliteit van de zorg op hoog niveau te houden (kader 1.1).

Kader 1.1 Motie Vera Bergkamp c.s. over de kwaliteit van zorg thuis

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

constaterende dat er de komende kabinetsperiode een forse investering in de verpleeghuiszorg wordt gedaan als gevolg van het nieuwe kwaliteitskader verpleeghuiszorg;

constaterende dat de huishoudprognose van het CBS voorspelt dat de hoeveelheid ouderen die langer thuis blijven wonen enkel toeneemt;

verzoekt de regering om, een verkenning uit te voeren, die recht doet aan de demografische, maatschappelijke en technologische ontwikkelingen, op welke wijze het mogelijk is dat naast de verbeteringen in de verpleeghuiszorg ook de kwaliteit voor zorg thuis van goede kwaliteit blijft, waarbij alle facetten van zorg thuis worden meegenomen zoals bijvoorbeeld woonzorg-combinaties, woningaanpassingen, wijkvoorzieningen, en zorg en begeleiding thuis en waarbij gekeken wordt over schotten en wetten heen en deze eind eerste kwartaal 2018 aan de Kamer te sturen,

en gaat over tot de orde van de dag.

Bergkamp
Hermans
Slootweg
Dik-Faber

(TK 2017/2018e)

In het programma Langer Thuis,¹ dat het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (vws) in juni 2018 lanceerde, kondigt het ministerie aan dat het een commissie wil instellen ‘die advies uitbrengt over wat er nodig is om de zorg voor thuiswonende ouderen ook in de toekomst op peil te houden, rekening houdend met de demografische, maatschappelijke en technologische ontwikkelingen’ (vws 2018c). Het ministerie heeft het Sociaal en Cultureel Planbureau (scp) gevraagd om met een kennissynthese te schetsen hoe de zorg thuis voor ouderen er nu uitziet en welke trends en ontwikkelingen gevolgen hebben voor die zorg. Dit rapport is daarvan de uitwerking. De Commissie toekomst zorg thuiswonende ouderen (zie ook Staatscourant 2018) zal zich vervolgens buigen over de vraag wat deze trends en ontwikkelingen betekenen voor de zorg voor ouderen thuis, voor de organisatie hiervan en voor de inrichting van de stelsels. De commissie zal haar advies mede baseren op de synthese van het scp (vws 2018c).

Het scp kent een rijke traditie van onderzoek naar ouderenzorg. Denk bijvoorbeeld aan de rapportage *Langer zelfstandig* (Van Campen et al. 2017a), recente studies naar verpleeghuiszorg (Van Campen en Verbeek-Oudijk 2017; Verbeek-Oudijk en Van Campen 2017), onderzoek naar factoren die samenhangen met de ouderenzorg (Putman et al. 2017; Woittiez et al. 2015), scenario-onderzoek naar mogelijke effecten van beleid (Verbeek-Oudijk en Eggink 2014) en onderzoeken die werden uitgevoerd in het kader van de evaluatie van de Hervorming Langdurige Zorg (Den Draak et al. 2016; Van der Ham et al. 2018; Kromhout et al. 2018).

1.2 Het onderzoek

Ouderen bakenen we in dit onderzoek af tot 75-plussers omdat vooral deze groep relatief veel zorg gebruikt. Het gaat dan vooral om 75-plussers die zelfstandig wonen, dat wil zeggen niet in een zorginstelling zoals een verpleeghuis verblijven. Een enkele keer wordt een bredere groep beschreven, als er geen gegevens over deze groep beschikbaar zijn maar bijvoorbeeld wel over 65-plussers of de gehele populatie van 75-plussers (inclusief instellingsbewoners).²

Allereerst schetsen we een beeld van de huidige ouderenzorg. Het betreft hier de zorg voor zelfstandig wonende 75-plussers en niet de langdurige verblijfszorg (de motie-Bergkamp spreekt over ‘zorg thuis’). Daarbij gaat het niet alleen om de langdurige zorg thuis in het kader van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) 2015, de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Wet langdurige zorg (Wlz), maar ook om mantelzorg en de zorg die ouderen ontvangen van bijvoorbeeld de huisarts of het ziekenhuis, de geriatrische revalidatiezorg

1 Het programma Langer Thuis is een van de drie onderdelen van het Pact voor de Ouderenzorg. Het draagt bij aan het overkoepelende doel van het Pact, namelijk het verbeteren van de kwaliteit van leven van ouderen. Andere onderdelen van het Pact zijn het programma ‘Eén tegen Eenzaamheid’ en het programma ‘Thuis in het verpleeghuis’ (vws 2018c).

2 De grens waarbij men van ‘ouderen’ spreekt is nogal willekeurig. In het programma Langer Thuis wordt vooral gesproken over 75-plussers (vws 2018c). Hier is ook gekozen voor deze groep omdat vooral deze groep (intensief) zorg gebruikt.

en de eerstelijnsverblijfszorg. Daarnaast spreekt de motie-Bergkamp over woonzorgcombinaties voor ouderen, woningaanpassingen en wijkvoorzieningen. Dit brede palet vatten we in dit rapport samen onder de noemer ‘zorg en ondersteuning’. Daaronder vallen dus ook dergelijke woon- en welzijnsvoorzieningen.

Voordat we het gebruik van zorg en ondersteuning beschrijven, gaan we kort in op de populatie van ouderen en hun gezondheid. Bij een beschrijving van de huidige ouderenzorg hoort ook een beschrijving van eventuele problemen waar ouderen tegenaanlopen om hun ondersteunings- en zorgbehoefte ingevuld te krijgen.

Samenvattend gaan we in dit rapport in op de volgende vragen:

- Wat zijn de demografische, sociale en economische kenmerken van de ouderenpopulatie? (hoofdstuk 2)
- Hoe is de gezondheid (in brede zin) van ouderen? (hoofdstuk 3)
- Hoe is de zorg en ondersteuning voor ouderen georganiseerd? (hoofdstuk 4)
- Hoeveel en welke ouderen gebruiken zorg en ondersteuning? (hoofdstuk 5)
- Welke knelpunten zijn er bij het verkrijgen van zorg en ondersteuning? (hoofdstuk 6)
- Welke trends en ontwikkelingen hebben gevolgen voor de zorg en ondersteuning voor ouderen thuis? (hoofdstuk 7)

Bij de trends en ontwikkelingen die gevolgen hebben voor de zorg en ondersteuning voor ouderen thuis kijken we allereerst naar demografische ontwikkelingen, zoals geschetst door het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS). Daarnaast kijken we naar gezondheidsramingen, zoals die recent zijn uitgebracht door het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) in de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2018 (RIVM 2018a). Verder bezien we sociaal-culturele, economische en technologische ontwikkelingen.

Deze publicatie is gebaseerd op literatuur over de Nederlandse ouderen(zorg). Dat is bij voorkeur wetenschappelijke literatuur, maar het kan ook om signalerende documenten gaan of bijvoorbeeld artikelen in vakbladen waarin knelpunten worden benoemd. In de omschrijving wordt dan duidelijk dat het alleen om signalen gaat. Op die manier proberen we ook recente ontwikkelingen in beeld te brengen van een veld dat in beweging is.

2 Ouderen in Nederland

Dit hoofdstuk geeft een overzicht van enkele demografische, sociale en economische kenmerken van Nederlandse ouderen van 75 jaar en ouder. We beginnen met een overzicht van het totaal aantal ouderen in Nederland en zoomen vervolgens waar mogelijk in op dat deel van de ouderen dat nog zelfstandig woont. We beperken ons hierbij tot de kenmerken waarvan bekend is dat ze een belangrijke rol spelen in de behoefte aan en het gebruik van zorg en ondersteuning, namelijk leeftijd, geslacht, huishoudsituatie en sociaaleconomische factoren (Babitsch et al. 2012; Von Lengerke et al. 2014). In hoofdstuk 3 gaan we in op de gezondheid van ouderen.

2.1 Demografische en sociale kenmerken

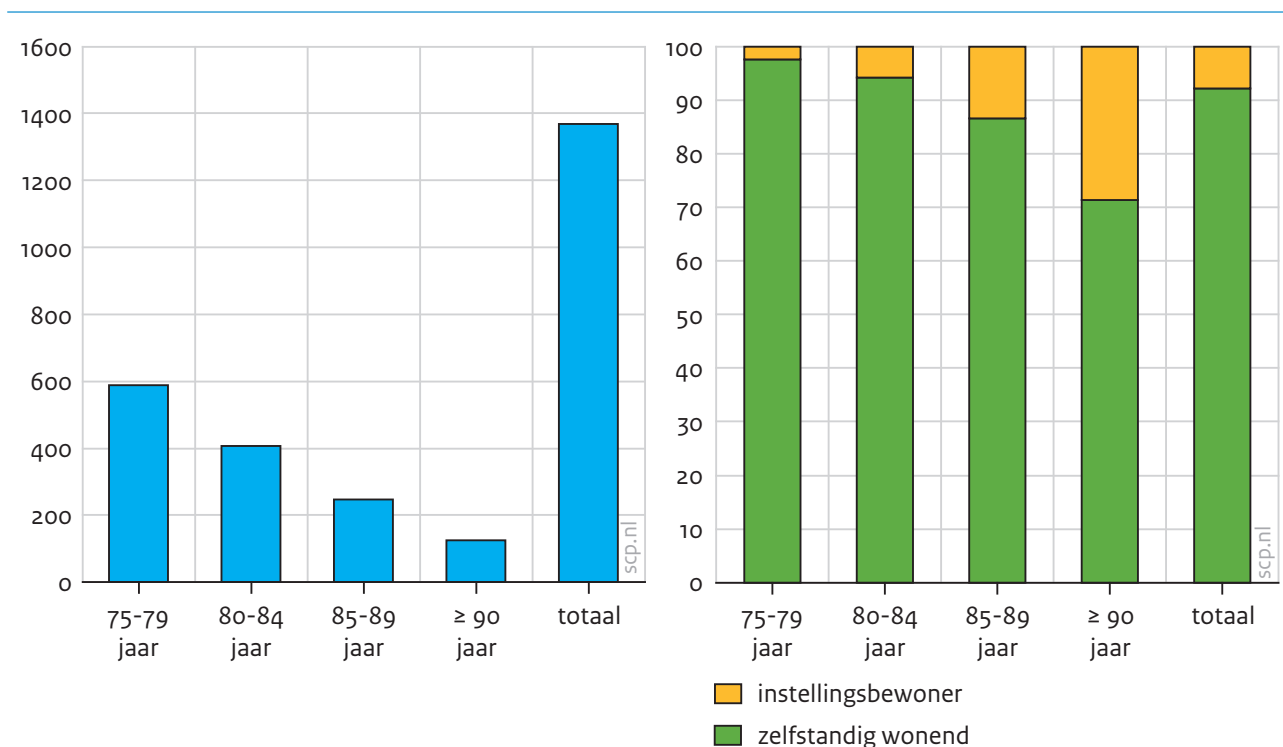
Overgrote meerderheid van de 75-plussers woont zelfstandig

Er zijn bijna 1,4 miljoen 75-plussers in Nederland, van wie circa 370.000 ouderen de 85 jaar zijn gepasseerd. Van de 75-plussers woont 92% zelfstandig (figuur 2.1). Dit aandeel neemt af met de leeftijd: van de 75-79-jarigen woont 98% zelfstandig en van de 90-plussers 71%.

Figuur 2.1

Aantal 75-plussers en aandeel dat zelfstandig of in een verpleeghuis woont

Links: aantal 75-plussers naar leeftijd, 2018 (in aantallen × 1000); rechts: aandeel 75-plussers dat zelfstandig of in een verpleeghuis woont, 2018 (in procenten)



Bron: CBS (StatLine, huishoudens naar leeftijd)

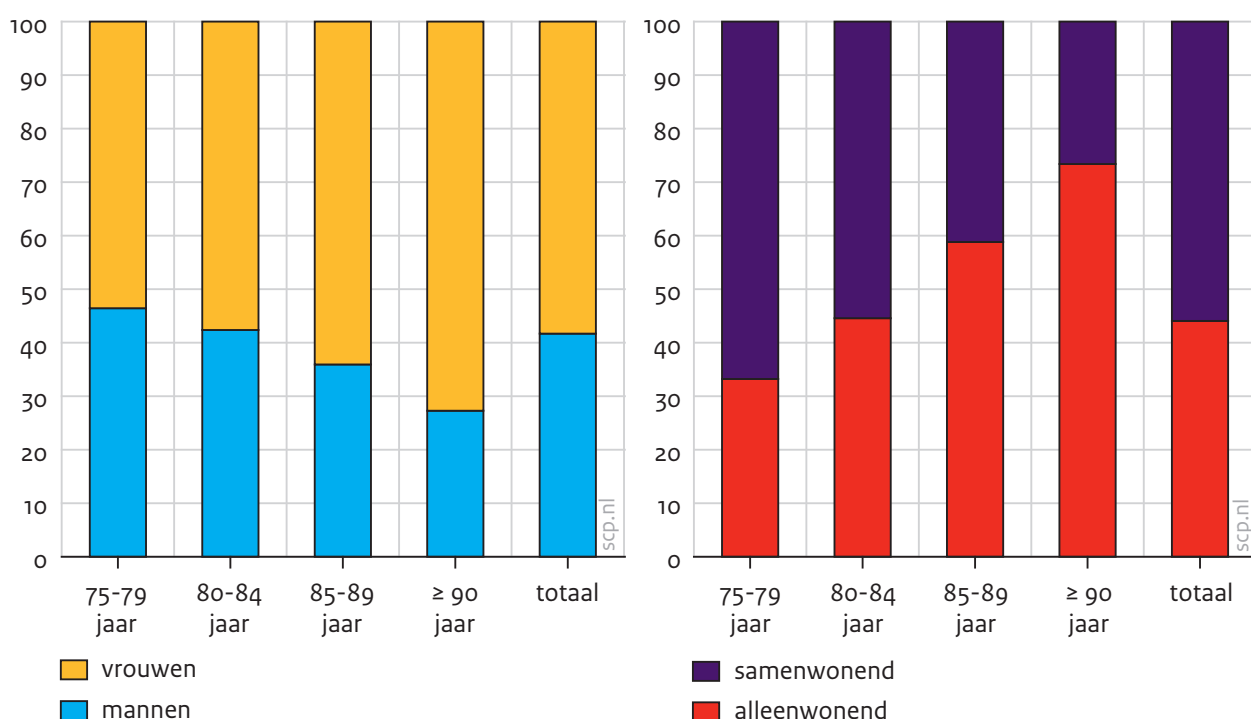
Zelfstandig wonende 75-plussers relatief vaak vrouw en vaak alleenstaand

Bijna zes op de tien zelfstandig wonende 75-plussers zijn vrouw. Onder 85-plussers ligt dit aandeel op bijna zeven op de tien (figuur 2.2). Circa 44% van de zelfstandig wonende 75-plussers woont alleen. Dit aandeel stijgt fors naarmate men ouder wordt. Van de 75-79-jarigen woont 33% alleen. Van de 90-plussers is dat circa 73%. Vrouwen en alleenwonenden ontvangen over het algemeen vaker zorg en ondersteuning dan mannen en samenwonenden (zie bv. Plaisier en De Klerk 2015).

Figuur 2.2

Geslacht en huishoudensvorm 75-plussers

Links: geslacht 75-plussers naar leeftijd, 2018 (in procenten); rechts: huishoudensvorm 75-plussers naar leeftijd, 2018 (in procenten)



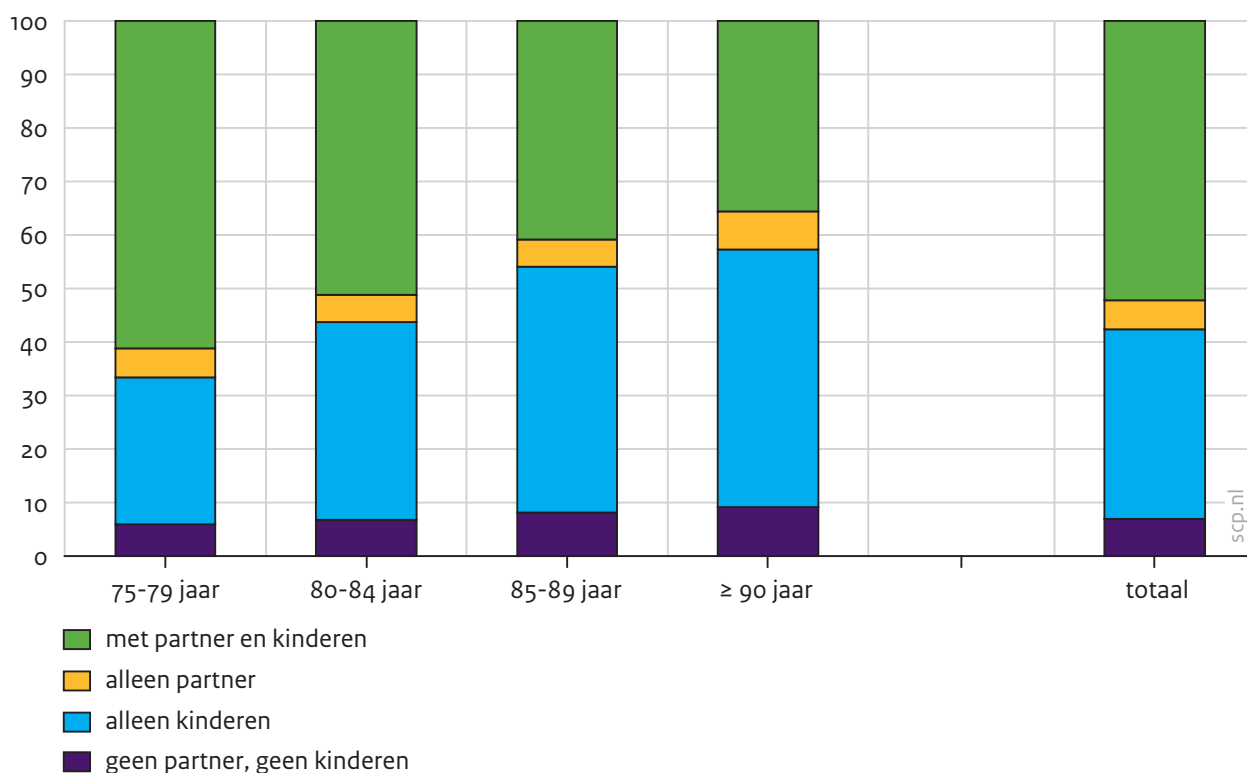
Bron: cbs (StatLine, bevolking naar leeftijd en geslacht; personen in huishoudens naar leeftijd en burgerlijke staat)

Negen op de tien 75-plussers hebben kinderen

Ruim de helft van alle 75-plussers (iets meer dan 700.000) heeft zowel een partner als kinderen, ruim een derde heeft alleen kinderen, 5% van de ouderen heeft alleen een partner en bijna 7% heeft beiden niet (figuur 2.3). Naarmate de leeftijd toeneemt, neemt het aandeel dat zowel een partner als kinderen heeft af – de partner valt weg – en wordt met name het aandeel ouderen dat alleen kinderen heeft groter. In totaal heeft 83% van de 75-plussers kinderen en 55% een partner.

Figuur 2.3

Aanwezigheid van partner en kinderen bij 75-plussers naar leeftijd, 2018 (in procenten)



Bron: cbs-berekening

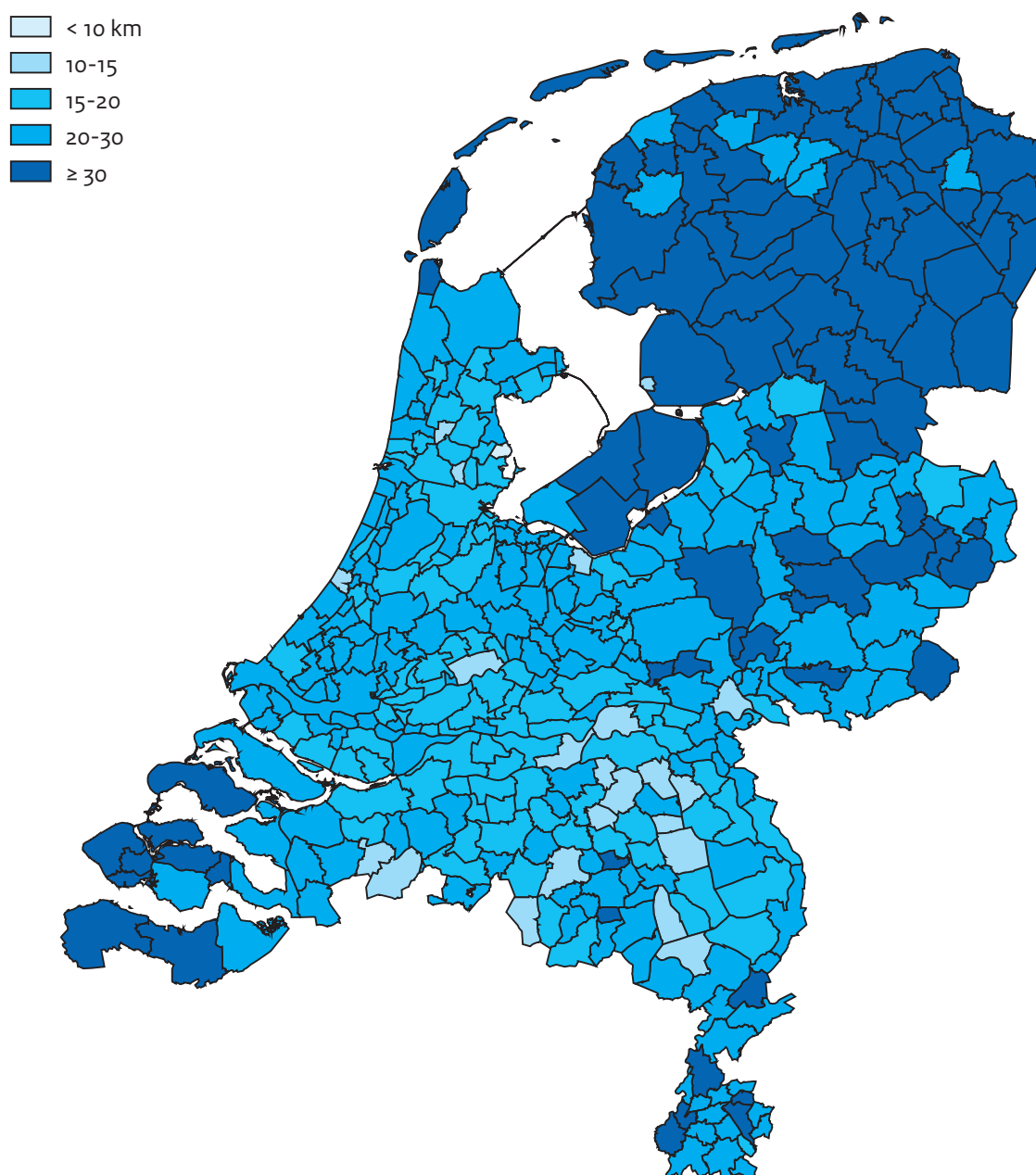
In de registratiegegevens van het CBS worden partners die geen officiële verbintenis zijn aangegaan – zoals samenwonen, geregistreerd partnerschap of een huwelijk – niet meegenomen. In de enquêtegegevens van de Vrije Universiteit Amsterdam (LASA '15/'16) gebeurt dit wel en blijkt dat van de zelfstandig wonende 75-plussers 67% een partner heeft en 86% kinderen. Het merendeel van de zorg en ondersteuning die vanuit het sociale netwerk wordt ontvangen – informele hulp – komt van de partner en kinderen (De Klerk et al. 2017).

Ouderen in landelijk gelegen gebieden wonen relatief ver van hun kinderen

Ouderen van 80 jaar of ouder die woonachtig zijn in meer landelijk gelegen gebieden zoals Groningen, Friesland en Zeeland wonen gemiddeld verder van hun kinderen af dan ouderen elders (figuur 2.4). Dit heeft te maken met verstedelijkingspatronen uit het verleden: kansrijke jongeren trekken weg uit de landelijke omgeving en verhuizen naar steden, terwijl hun ouders niet verhuizen (Das 2018).

Figuur 2.4

Gemiddelde afstand van 80-plussers tot hun volwassen kinderen, hemelsbreed, 2014 (in kilometers)



cbs.nl

Bron: Stelsel van Sociaal-statistische bestanden, CBS (Das 2018)

Ongeveer een op de acht 75-plussers heeft een migratieachtergrond

Circa 13% van de zelfstandig wonende 75-plussers heeft een migratieachtergrond (CBS StatLine). Ruim driekwart van hen is afkomstig uit een westers land. 3% van de 75-plussers (circa 180.000 mensen) heeft een niet-westerse migratieachtergrond. Deze ouderen komen vaak uit Suriname, Marokko of Turkije. Ouderen met een migratieachtergrond gebruiken over het algemeen minder vaak publiek gefinancierde zorg en ontvangen iets vaker steun vanuit hun netwerk dan autochtone ouderen (Schellingerhout 2004).

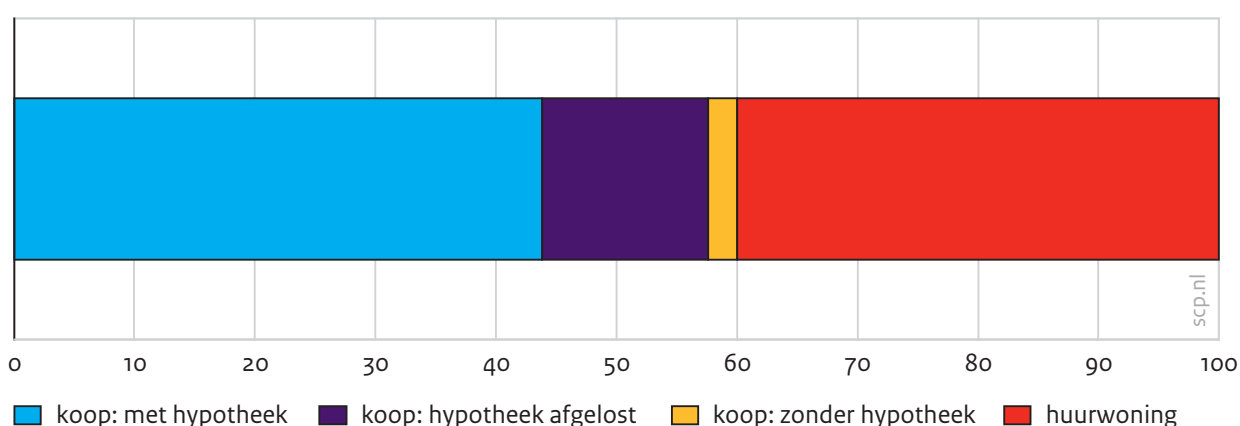
2.2 Sociaaleconomische kenmerken

Zes op de tien gepensioneerden wonen in een koopwoning

40% van de gepensioneerden¹ woont in een huurwoning en 60% geeft aan een koopwoning te hebben (figuur 2.5). Bijna driekwart van hen heeft nog een hypotheek op de woning rusten, iets minder dan een kwart heeft de hypotheek afgelost en 4% kon de woning zonder hypotheek aanschaffen. De meesten hebben overwaarde op de woning (86%), maar zij hebben vrijwel geen plannen deze te verzilveren (Van der Schors en Groen 2018).

Figuur 2.5

Woonsituatie gepensioneerde ouderen, 2018 (in procenten)



Bron: Van der Schors en Groen (2018) SCP-bewerking

Vooraf ouderen met alleen aow en huurders hebben moeite om rond te komen

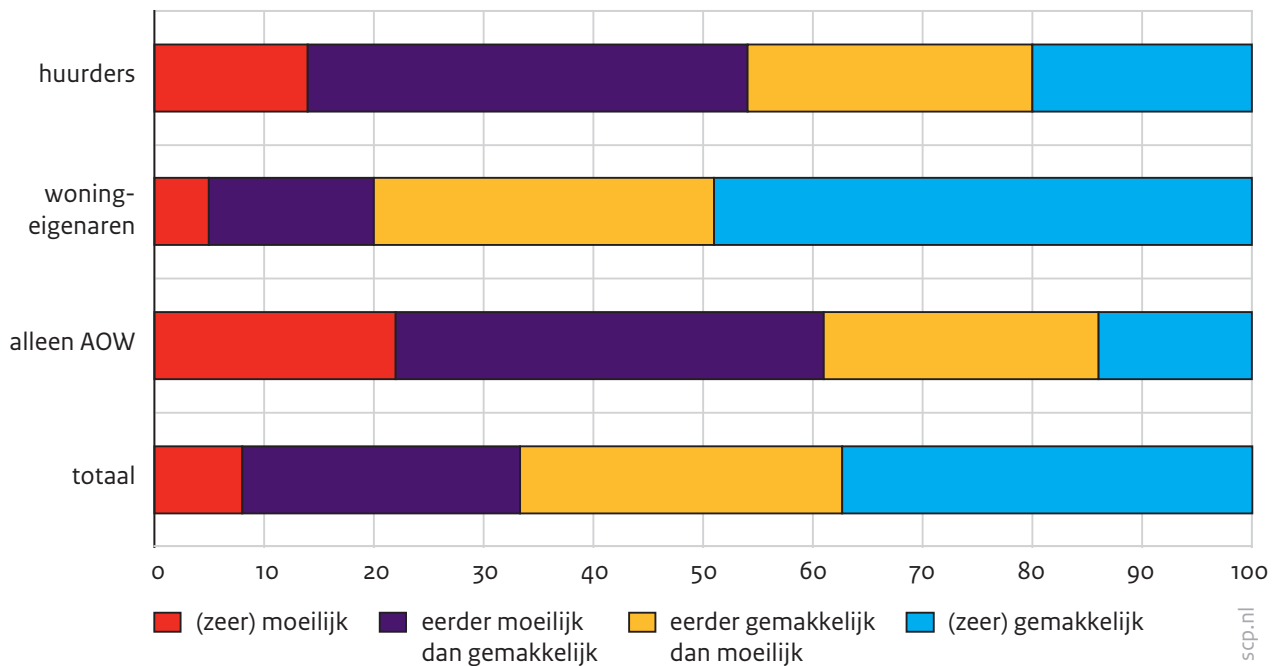
Van de gepensioneerden geeft 66% aan dat zij (zeer) gemakkelijk of eerder makkelijk dan moeilijk kunnen rondkomen van de financiële middelen die zij hebben (figuur 2.6).

Groepen die het beduidend lastiger hebben om rond te komen zijn onder andere de lagere inkomensgroepen, degenen die alleen van een uitkering in het kader van de Algemene Ouderdomswet (Aow) moeten rondkomen en degenen die in een huurwoning wonen. Er zijn grote verschillen in inkomens tussen ouderen. Zo hebben alleenstaanden, lager opgeleiden en migranten relatief vaak een laag inkomen.

¹ Deze groep bestaat voor een aanzienlijk deel uit mensen onder de 75 jaar. Deze gegevens zijn niet beschikbaar voor 75-plussers.

Figuur 2.6

Mate waarin huidige gepensioneerden kunnen rondkomen naar woonsituatie en financiële omstandigheden, 2018 (in procenten)



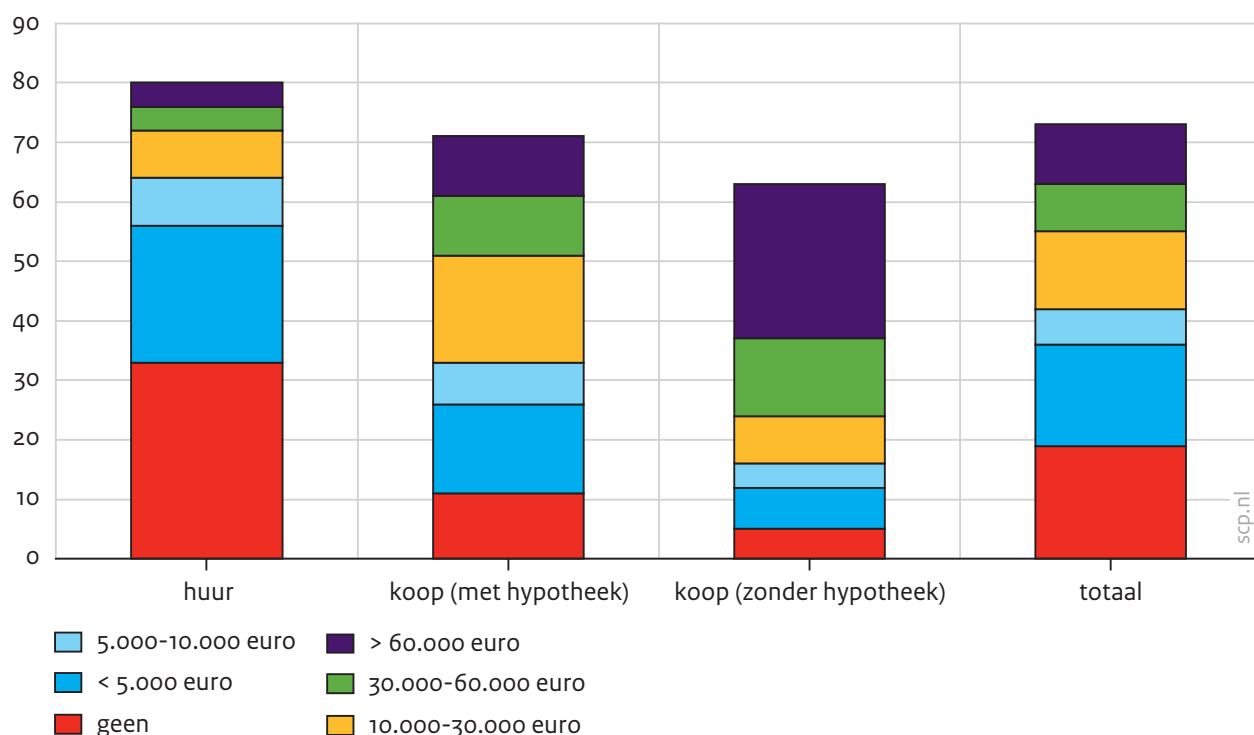
Bron: Van der Schors en Groen (2018) SCP-bewerking

Ouderen in huurwoning hebben veel minder spaargeld dan ouderen met een koopwoning

Ruim een derde van de gepensioneerden geeft aan minder dan 5000 euro aan spaargeld of beleggingen te hebben (figuur 2.7). De verschillen tussen ouderen met een koopwoning en huurders zijn hierbij groot. Ruim de helft van de huurders, een kwart van de eigenaren van een woning waar nog een hypotheek op rust en 12% van de woningeigenaren zonder hypotheeklast heeft weinig tot geen vermogen.

Figuur 2.7

Hoeveelheid spaargeld en/of beleggingen naar woonsituatie gepensioneerden, 2018 (in procenten)^a



a De percentages tellen niet op tot 100%. Het ontbrekende deel betreft dat deel van de ouderen dat niet wilde zeggen hoeveel spaargeld en/of beleggingen zij hadden. Dit aandeel is groter onder ouderen met een koopwoning dan onder huurders.

Bron: Van der Schors en Groen (2018) SCP-bewerking

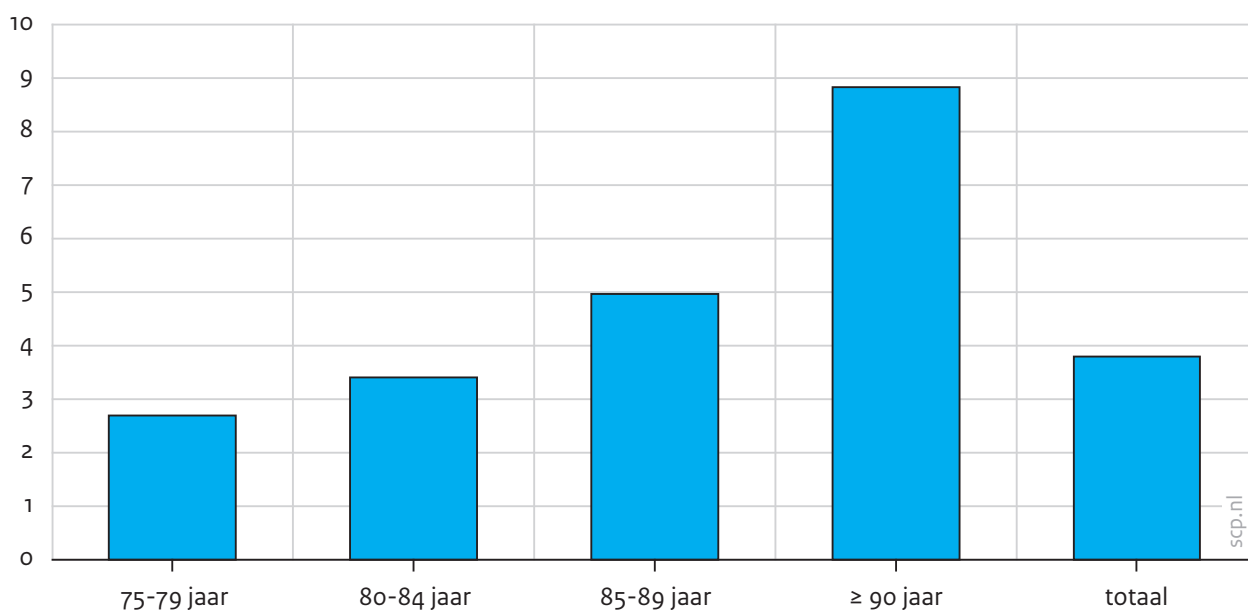
Aandeel armen relatief laag, oude ouderen wel vaker arm dan jonge ouderen

Het aandeel armen onder 75-79-jarigen ligt iets onder de 3% (figuur 2.8).² Dat is lager dan het landelijk gemiddelde van de gehele Nederlandse bevolking van 6% (Hoff en Van Hulst 2018). Naarmate de leeftijd toeneemt, stijgt het aandeel armen. Zo is bijna 5% van de 85-89-jarigen en bijna 9% van de 90-plussers arm. Hierbij speelt vermoedelijk mee dat 90-plussers relatief vaak van alleen een AOW-uitkering moeten rondkomen (Hoff en Van Hulst 2018).

² Voor de berekening van het aandeel ouderen in armoede is uitgegaan van het *niet-veel-maar-toereikendbudget*. Dit is iets ruimer dan het *basisbehoeftebudget*, dat naast de minimale uitgaven van een zelfstandig huishouden aan onvermijdbare, basale zaken zoals voedsel, kleding en wonen ook de uitgaven aan enkele andere moeilijk te vermijden posten (bv. verzekeringen, niet-vergoede ziektekosten en persoonlijke verzorging) omvat. Het niet-veel-maar-toereikend budget houdt daarnaast ook rekening met de minimale kosten van ontspanning en sociale participatie, bijvoorbeeld een korte vakantie of het lidmaatschap van een sport- of hobbyclub. Deze zaken zijn niet strikt noodzakelijk, maar veel mensen beschouwen ze wel als zeer wenselijk (Hoff et al. 2018).

Figuur 2.8

Armoede onder 75-plussers naar leeftijd, 2018 (in procenten)^a



a Hierbij is de grens gehanteerd van het niet-veel-maar-toereikendbudget.

Bron: Hoff en Van Hulst (2018)

Digitale vaardigheid neemt toe, maar de helft van de 75-plussers heeft nog nooit internet gebruikt

De digitale vaardigheden van ouderen blijven duidelijk achter bij die van jongeren (Akkermans 2016). In 2018 had ongeveer een derde van de 75-plussers (circa 400.000 mensen) nog nooit internet gebruikt; zes jaar eerder gold dit voor twee derde van de 75-plussers (CBS 2019). Deze afname komt vooral doordat de jongere ouderen, die vaker internet gebruiken, in die periode de 75 zijn gepasseerd. Niet-internettende ouderen zijn vaak laagopgeleid en vrouw.

2.3 Samenvatting

Er zijn in Nederland ruim 1,2 miljoen zelfstandig wonende 75-plussers. Bijna de helft woont alleen; bijna een op de tien heeft een partner noch kinderen. De meerderheid van de ouderen zegt financieel goed te kunnen rondkomen. Ouderen met een koopwoning (60%) hebben over het algemeen meer te besteden en meer spaargeld dan ouderen die huren. Naarmate de leeftijd toeneemt, is het aandeel alleenstaanden en mensen dat van een klein inkomen moet rondkomen groter. Heel oude ouderen, alleenstaanden en mensen met een laag inkomen gebruiken relatief vaak zorg of ondersteuning.

3 Gezondheid van zelfstandig wonende ouderen

Hoe gezond zijn zelfstandig wonende ouderen in Nederland? Om die vraag te kunnen beantwoorden is het van belang om eerst duidelijk te maken wat we precies verstaan onder gezondheid. In 2011 introduceerde Machteld Huber de term ‘positieve gezondheid’, waarbij gezondheid meer omvat dan de lichamelijke en psychische gezondheid (Huber et al. 2011). Huber maakt in haar beschrijving van positieve gezondheid onderscheid tussen zes dimensies, namelijk de lichaamsfuncties, mentale functies en beleving, dagelijks functioneren, kwaliteit van leven, sociaal-maatschappelijke participatie en de spirituele/existentiële dimensie (Huber et al. 2016). Door uit te gaan van deze bredere benadering wordt bijgedragen aan het vermogen van mensen om met de fysieke, emotionele en sociale uitdagingen in het leven om te gaan, én om zo veel mogelijk eigen regie te voeren. In dit hoofdstuk proberen we zo veel mogelijk aan te sluiten bij de zes gezondheidsdimensies van Huber en er telkens een aantal aspecten uitlichten. Hoewel veel van de aspecten van positieve gezondheid overduidelijk van belang zijn voor het welzijn van ouderen, gaat in dit hoofdstuk vooral de aandacht uit naar de aspecten die nadrukkelijker gerelateerd zijn aan het al dan niet ontvangen van ouderenzorg, zoals de lichamelijke en psychische gezondheid en problemen met het dagelijks functioneren. Daarnaast geldt dat over sommige dimensies meer bekend is dan over andere.

3.1 Lichaamsfuncties

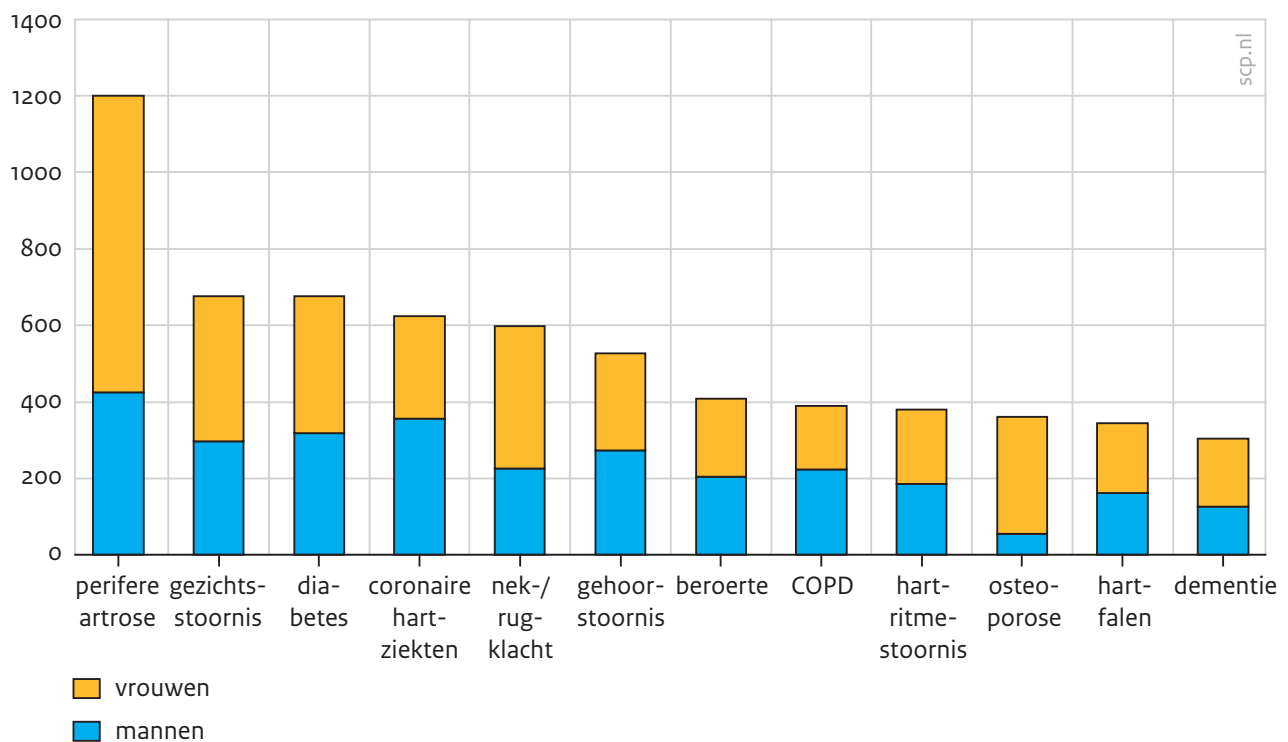
Bij lichaamsfuncties gaat het bijvoorbeeld om medische diagnoses van aandoeningen en fysiek functioneren, maar ook om klachten, pijn en energie. We bespreken er hier een aantal.

Chronische aandoeningen

Van alle 75-plussers heeft ruim 90% een chronische ziekte, waarvan bij bijna twee derde sprake is van drie of meer ziekten (RIVM 2019). Onder 75-plussers komt perifere artrose, ofwel gewrichtsslijtage, het meeste voor. Ongeveer 440.000 75-plussers hebben deze aandoening, van wie circa 71% vrouw is. Ook osteoporose en nek- en rugklachten, dementie en gezichtsstoornissen treffen beduidend vaker vrouwen dan mannen.

Figuur 3.1

Prevalentie chronische aandoeningen onder 75-plussers naar geslacht, 2018 (in aantallen × 1000)^a



a Het gaat hier om jaarprevalenties: het aantal mensen dat een aandoening heeft in een jaar.

Bron: RIVM (VTV'18, 75-plussers)

Pijn

Een op de vijf 75-plussers wordt belemmerd door pijn (CBS StatLine). Oudere vrouwen hebben vaker chronische pijn dan mannen (Platform Ouderenzorg 2018).

Ervaren gezondheid

Qua beleving van de eigen gezondheid zien we dat iets meer dan de helft van de 75-plussers zijn gezondheid als (zeer) goed beoordeelt (RIVM 2019). Dit lijkt wellicht veel, maar ouderen vergelijken zich vaak met leeftijdsgenoten met een slechtere gezondheid (Henchoz et al. 2008; Platform Ouderenzorg 2018). Ook wegen zij andere aspecten van gezondheid mee dan jongeren, zoals vitaliteit (Peersman et al. 2012; Simon et al. 2005). Het aandeel dat de eigen gezondheid als (zeer) goed beoordeelt, ligt lager onder lageropgeleiden, mensen met lage inkomens en mensen met een (niet-westerse) migratieachtergrond (Wennekers et al. 2018).

3.2 Mentale functies en beleving

Bij mentale functies en beleving gaat het naast het cognitief functioneren ook om de emotionele toestand, eigenwaarde en zelfrespect, het gevoel controle te hebben, eigen regie en veerkracht.

Psychische gezondheid

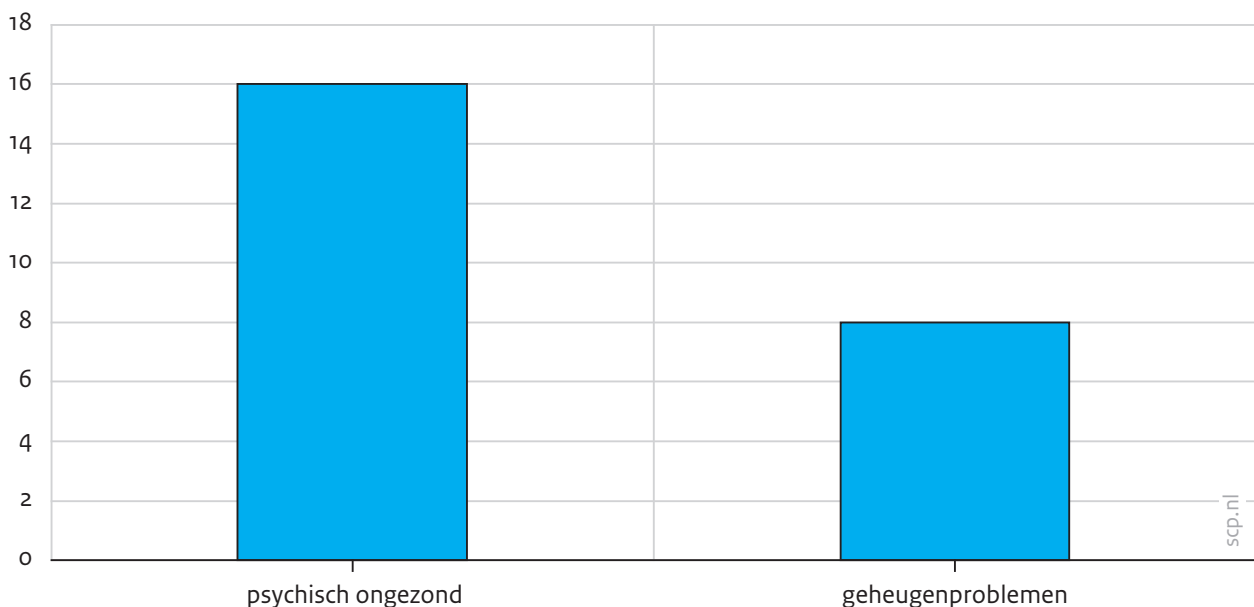
Om een algeheel beeld te schetsen van het psychische welzijn van de bevolking wordt vaak gebruikgemaakt van de Mental Health Inventory 5, ofwel de MH15 (CBS 2011), waarbij een globaal onderscheid tussen psychisch gezond en psychisch ongezond kan worden gemaakt. Als iemand psychisch ongezond is, dan is er bij die persoon een psychisch of gedragspatroon waarbij 'er sprake is van zichtbaar lijden of onvermogen of waarbij een verhoogd risico op sterfte, pijn en beperkingen optreedt dan wel een belangrijk verlies in autonomie' (Maas en Jansen 2000). 16% van de ouderen van 75 jaar en ouder is volgens de MH15 te classificeren als psychisch ongezond (figuur 3.2).

Cognitief vermogen

Een andere belangrijke mentale functie is het cognitieve vermogen van de ouderen, oftewel het geheugen. 8% van de 75-plussers zegt geheugenproblemen te hebben (figuur 3.2). Het gaat hierbij om klachten die door de ouderen zelf zijn gerapporteerd; het percentage is een combinatie van ouderen die aangeven dat dementie bij hen door een arts is vastgesteld en ouderen die aangeven vaak last te hebben van hun geheugen. Hiermee zijn niet alle ouderen met geheugenproblemen in beeld, omdat ouderen in een vergevorderd stadium van dementie niet meer in staat zijn om dit zelf aan te geven. De inschatting is dat er in totaal ongeveer 200.000 mensen met dementie thuis wonen, van wie een deel niet is gediagnosticeerd (Homan et al. 2018). De meesten van hen zullen ouderen zijn.

Figuur 3.2

Psychische gezondheid en geheugenproblemen onder 75-plussers, 2016 (in procenten; n = 324)



Bron: SCP/CBS (OZG'16)

3.3 Dagelijks functioneren

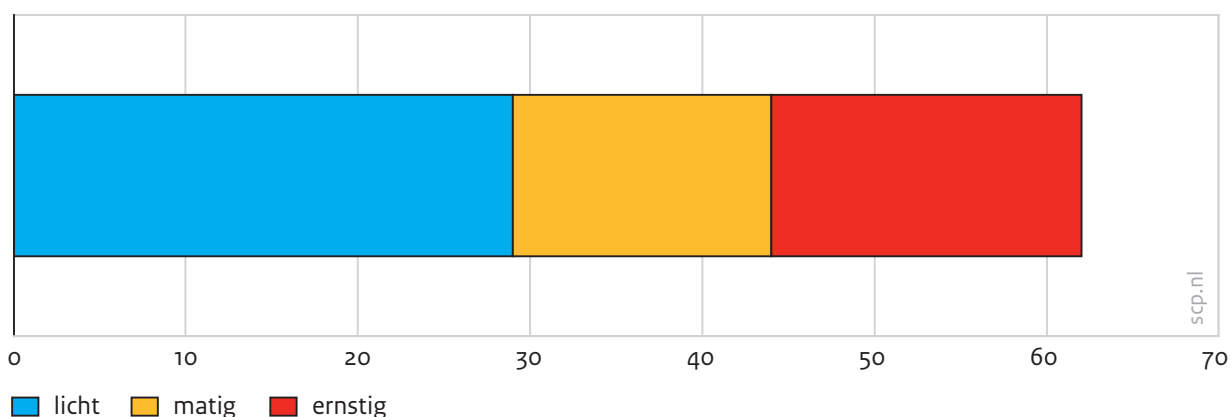
Het dagelijks functioneren gaat onder meer over algemene dagelijkse handelingen (ADL) en gezondheidsvaardigheden.

Beperkingen bij algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL)

De ADL-maat beschrijft het lichamelijk functioneren van een persoon door uit te gaan van de mate waarin mensen in staat zijn om algemene dagelijkse handelingen uit te kunnen voeren, zoals zichzelf wassen, traplopen, het bed verschonen en boodschappen doen. Het SCP heeft deze maat voor deze lichamelijke beperkingen en een indeling van de ernst hiervan geconstrueerd en hier veelvuldig over gepubliceerd (zie bv. Putman et al. 2017). Er is sprake van een lichte lichamelijke beperking als mensen enige moeite hebben met het uitvoeren van dagelijkse handelingen, zoals traplopen en boodschappen doen. Iemand met matige lichamelijke beperkingen heeft daarnaast ook grote moeite met handelingen zoals het uitvoeren van zware huishoudelijke taken als het bed verschonen en zware boodschappen tillen. Van een ernstige lichamelijke beperking is sprake als mensen met vrijwel alle dagelijkse handelingen grote moeite hebben, of die zelfs helemaal niet kunnen uitvoeren. Ruim 60% van de 75-plussers kampt met lichamelijke beperkingen (figuur 3.3); bij een op de vijf zijn deze beperkingen ernstig. Vaak is sprake van cumulatie van verschillende problemen. Naarmate mensen een hogere leeftijd hebben, neemt de ernst van de beperkingen toe, dunt het sociale netwerk steeds meer uit en is er vaker sprake van een laag inkomen (Woittiez et al. 2015).

Figuur 3.3

Ernst van de lichamelijke beperkingen bij 75-plussers, 2016 (in procenten; n = 324)



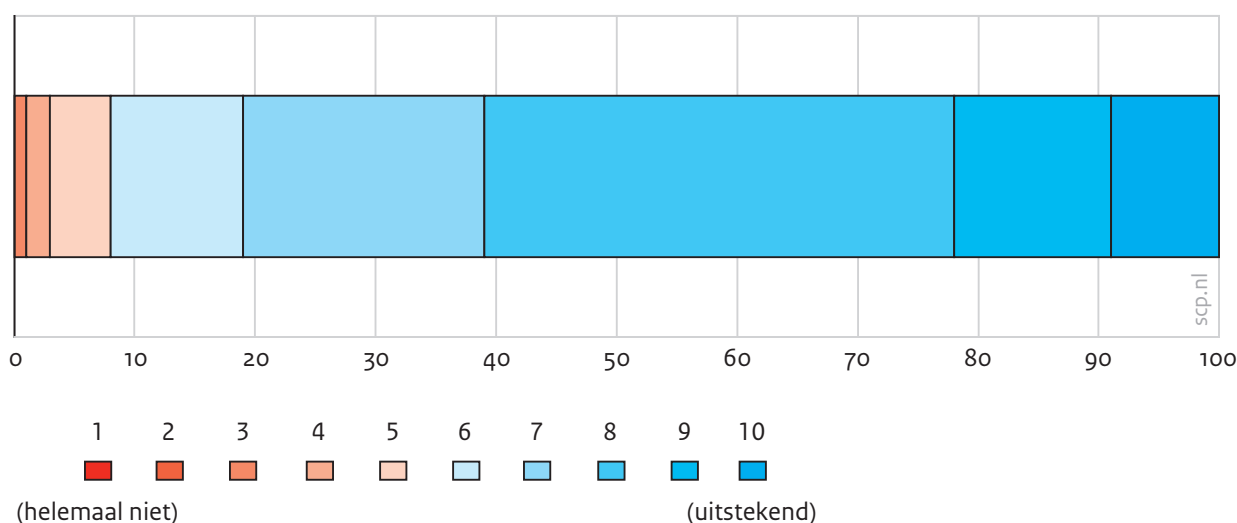
Bron: SCP/CBS (OZG'16)

Redden in het dagelijks leven

Het gros van de 75-plussers geeft aan zich goed in het dagelijks leven te kunnen redden: zes op de tien geven hiervoor een rapportcijfer 8 of hoger (figuur 3.4). Minder dan een op de tien ouderen geeft aan zich onvoldoende te kunnen redden en geeft hiervoor een cijfer van 5 of lager.

Figuur 3.4

Mate waarin 75-plussers zeggen zich te redden in het dagelijks leven (schaal van 1 tot 10), 2016 (in procenten)



Zelfstandig wonende ouderen hechten over het algemeen veel belang aan zelfredzaamheid, maar mannen en de oudsten vinden dit iets minder belangrijk (Galenkamp et al. 2012). Als gezondheidsproblemen toenemen, neemt het belang dat men hecht aan zelfredzaamheid af (en het zorggebruik toe). Voor ouderen met lichte cognitieve problemen en/of depressieve symptomen lijkt de zelfredzaamheid juist extra belangrijk te zijn.

Gezondheidsvaardigheden

In 2012 waren er naar schatting 740.000 laaggeletterden van 65 jaar of ouder (27% van de 65-plussers) (Israël et al. 2016).¹ Er is een duidelijke samenhang tussen laaggeletterdheid en verminderde gezondheidsvaardigheden (Van Vulpen en Boland 2018). Iets minder dan de helft van de 65-plussers beschikt over onvoldoende gezondheidsvaardigheden (Heijmans et al. 2018).² Het gaat daarbij om moeite hebben om informatie over gezondheid te verkrijgen, te begrijpen, te beoordelen en te gebruiken bij het nemen van gezondheidsgerelateerde beslissingen. Lage gezondheidsvaardigheden komen vaker voor wanneer iemand de eigen gezondheid als slecht beoordeelt.

3.4 Kwaliteit van leven

Kwaliteit van leven volgens de definitie van positieve gezondheid gaat onder andere over welbevinden (tevredenheid), geluk beleven, (gebrek aan) eenzaamheid, en genieten en levenslust. We beschrijven een deel van deze aspecten.

1 Er zijn geen gegevens over 75-plussers gevonden.

2 Gezondheidsvaardigheden, oftewel *health literacy*, werden in dit onderzoek gemeten met de Nederlandse vertaling van de HLS-EU-16-vragenlijst.

Tevredenheid met het leven

83% van de 75-plussers geeft aan tevreden te zijn met het leven dat zij leiden (CBS StatLine). Ruim 4% van de ouderen zegt ontevreden te zijn en iets minder dan 13% is tevreden noch ontevreden.

Geluk

De gemiddelde geluksscore die 75-plussers in 2017 rapporteren op een schaal van tien is een 7,6 (CBS StatLine). 83% van de 75-plussers zegt (zeer) gelukkig te zijn, iets meer dan 13% is niet gelukkig en ook niet ongelukkig en iets meer dan 3% zegt ongelukkig te zijn (CBS StatLine).

Eenzaamheid

Gemeten met de eenzaamheidsschaal van De Jong-Gierveld³ is 10% van de 75-84-jarigen en 15% van de 85-plussers (zeer) sterk eenzaam (RIVM 2019). Er zijn veel factoren bekend die de kans op eenzaamheid vergroten (risico's) of die juist beschermen tegen eenzaamheid (Van Tilburg en Klok 2018). Zo komt eenzaamheid vaker voor bij alleenstaanden en verweduwd, maar ook onder migranten (Van Tilburg en Fokkema 2018), mensen uit lage inkomensgroepen en mensen met beperkingen (Jansen et al. 2015).

3.5 Sociaal-maatschappelijke participatie

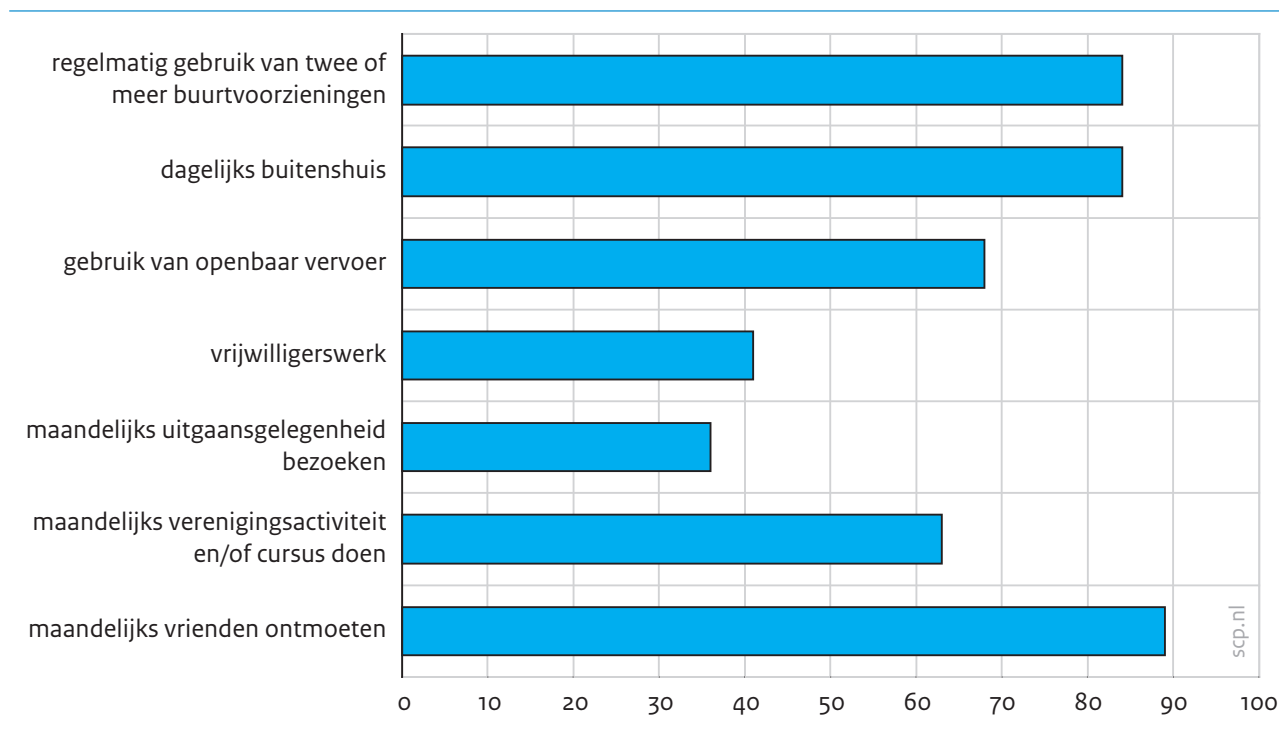
Sociaal-maatschappelijke participatie gaat in het kader van positieve gezondheid bijvoorbeeld om sociale en communicatieve vaardigheden, sociale contacten en maatschappelijke betrokkenheid.

Het Nivel doet met zijn participatiemonitor al jaren onderzoek naar de participatie van mensen met beperkingen en ouderen. Uit de meest recente monitor blijkt dat 75-plussers actief participeren in de samenleving op meerdere deelgebieden (Van Hees et al. 2018) (figuur 3.5; zie ook tabellen B5.2-B5.8 in bijlage B5 Van Hees et al. 2018). Zo ontmoeten ongeveer negen op de tien 75-plussers maandelijks vrienden. Acht op de tien 75-plussers zijn ook tevreden met het aantal sociale contacten dat ze hebben (Lindenberg et al. 2013). Ruim acht op de tien ouderen komen dagelijks buitenshuis en eenzelfde aandeel gebruikt twee of meer buurtvoorzieningen. Ongeveer twee derde van de ouderen maakt gebruik van het openbaar vervoer en ruim zes op de tien doen maandelijks mee aan verenigingsactiviteiten (figuur 3.5). Ongeveer 40% van de 75-plussers doet vrijwilligerswerk. De participatie neemt af als de gezondheidsbeperkingen toenemen.

3 Hoewel er verschillende eenzaamheidsmetingen in omloop zijn, is de meest gebruikte de eenzaamheidsschaal van De Jong-Gierveld (De Jong-Gierveld en Kamphuis 1985; De Jong-Gierveld en Van Tilburg 2008).

Figuur 3.5

Participatie van 75-plussers op zeven deelgebieden, 2016 (in procenten)



Bron: Van Hees et al. (2018)

3.6 Spirituele en existentiële dimensie

Bij de spirituele en existentiële dimensie van positieve gezondheid gaat het om zingeving, het nastreven van doelen of idealen, toekomstperspectief en acceptatie.

Zingeving en religiositeit

Het gevoel niet 'overbodig' te zijn, maar zin te kunnen geven aan het leven, is een belangrijk aspect dat ouderen 'sterker' kan maken (Machielse 2016). Religie kan een belangrijke rol spelen bij het geven van betekenis aan het leven. De alleroudsten zijn vaker kerkelijk dan de jongere generaties, en de leeftijdsgrens van kerkelijkheid schuift op (De Hart 2014; De Hart en Van Houwelingen 2018). Ouderen zullen dus minder vaak dan voorheen verbonden zijn aan een kerk, wat niet betekent dat zij niet religieus zijn of geen spiritualiteit ervaren.

Ethische opvattingen over gezondheid en zorg

Levensbeschouwing en zingeving hangen ook samen met ethische opvattingen over gezondheid en zorg, bijvoorbeeld over vraagstukken met betrekking tot het levenseinde, euthanasie en palliatieve zorg. Een verschuiving in kerkelijkheid en religiositeit werkt daarom door in de beleving van gezondheid en de behoeften die ouderen aan hulp en ondersteuning hebben.

Vorbereiden op de toekomst

Ruim de helft van de 75-plussers geeft aan zich voor te bereiden op mogelijke toekomstige gezondheidsproblemen en ongeveer een even groot aandeel houdt zich bezig met het scenario van een min of meer noodgedwongen vertrek uit de eigen woning (Lindenberg et al. 2013). Zes op de tien 75-plussers zijn bezig met een scenario van het verlies van de partner of van de meest naaste vriend(en) en vriendin(nen) (Lindenberg et al. 2013). Ongeveer 10% denkt niet daar nog overheen te komen. Ouderen vinden het belangrijk om hun sociale netwerk op peil te houden. Ongeveer zes op de tien 75-plussers stellen daar zelf verantwoordelijk voor te zijn en iets minder dan vier op de tien geven aan ook actief op zoek te kunnen gaan naar sociale contacten (Lindenberg et al. 2013).

3.7 Samenvatting

Van alle 75-plussers heeft ruim 90% een chronische ziekte, waarvan bij bijna twee derde sprake is van drie of meer ziekten. Een op de zes 75-plussers kampt met psychische problematiek en ruim een op de twaalf heeft (ernstige) geheugenproblemen. Toch zeggen de meeste zich goed te kunnen redden in het dagelijks leven. Ook zijn ruim acht op de tien 75-plussers tevreden met het leven dat ze leiden en voelen zich gelukkig. Echter, 10% van de 75-84-jarigen en 15% van de 85-plussers voelt zich (zeer) sterk eenzaam.

De Nederlandse 75-plussers zitten over het algemeen niet achter de geraniums en participeren nog actief in de samenleving, op meerdere deelgebieden. Zo ontmoeten negen op de tien ouderen ten minste eenmaal per maand hun vrienden, komen acht op de tien dagelijks buitenshuis en maakt een even groot deel gebruik van een of meer buurtvoorzieningen. Vier op de tien 75-plussers doen vrijwilligerswerk. Ongeveer de helft van de 75-plussers geeft aan zich voor te bereiden op mogelijke toekomstige gezondheidsproblemen en houdt zich bezig met mogelijk noodgedwongen vertrek uit de woning en met de gevolgen van het verlies van naasten.

4 Beschikbare zorg en ondersteuning voor ouderen

‘De ouderenzorg’ bestaat niet. We kennen in Nederland namelijk geen zorg waarvan alleen ouderen gebruik kunnen maken. Als we willen weten welke zorg en ondersteuning voor ouderen beschikbaar is, moeten we dus breder kijken. In dit hoofdstuk beschrijven we een aantal van de belangrijkste vormen van zorg en ondersteuning die (ook) ouderen kunnen gebruiken (figuur 4.1). Vormen die 75-plussers weinig gebruiken (zoals maatschappelijke opvang) laten we hier buiten beschouwing.¹ Ook de woonsituatie komt niet aan bod. We omschrijven steeds kort wat er is, wie daarvoor in aanmerking komen en onder welk wettelijk regime de zorgvorm valt (zie ook Wessels en Kraaijeveld 2018).² In de volgende hoofdstukken gaan we in op het feitelijk gebruik (hoofdstuk 5) en op knelpunten bij het verkrijgen van deze zorg en ondersteuning (hoofdstuk 6).

Als een oudere zorg en/of ondersteuning nodig heeft, is er vaak familie die helpt om deze aan te vragen. Dat is echter niet altijd mogelijk; sommige mensen hebben vrijwel geen sociaal netwerk en het netwerk is ook niet altijd in staat ondersteuning te organiseren. In die gevallen kan een onafhankelijk cliëntondersteuner helpen. Dit is iemand die mensen met een zorgvraag kan adviseren: de cliëntondersteuner helpt meer inzicht te krijgen in de behoefte aan ondersteuning en zorg, in wat er zoal bestaat aan zorgaanbod en in de mogelijkheden om daar toegang toe te krijgen.³

1 We zijn ons ervan bewust dat dit overzicht niet compleet is. Zo ontbreken bijvoorbeeld de mondzorg en de ggz voor ouderen. We gaan vooral in op de zorgvormen die in latere hoofdstukken aan bod komen en zorgvormen die aan de orde komen in het rapport *Zo werkt de ouderenzorg* (Wessels en Kraaijeveld 2018).

2 Een andere mogelijke indeling is die naar het sociale en het medische domein, zie bijvoorbeeld de infographic *Wie is wie in de wijk* (Vilans 2018).

3 Onafhankelijke cliëntondersteuning is een recht dat in de Wmo 2015 en Wlz is vastgelegd en is als laagdrempelige voorziening bedoeld om hulpvragers te versterken bij hun eigen regie.

Figuur 4.1

Schematische weergave van de beschikbare vormen van zorg en ondersteuning



scp.nl

Bron: SCP

4.1 Ondersteuning die mensen zelf regelen

Informele hulp is de onbetaalde hulp die mensen geven aan iemand met beperkingen met wie zij een band hebben (mantelzorg), en vrijwilligerswerk op het terrein van zorg en ondersteuning. Het gaat dus om alle onbetaalde hulp aan mensen met uiteenlopende gezondheidsproblemen, zoals lichamelijke, psychische of verstandelijke beperkingen dan

wel problemen die verband houden met ouderdom. Voorbeelden zijn begeleiding bij het regelen van afspraken of het aanvragen van ondersteuning, vervoer, hulp bij het huishouden, persoonlijke verzorging, verpleging of administratieve hulp.

Particuliere hulp betreft ondersteuning die mensen zelf betalen, zoals de huishoudelijke hulp. Er zijn ook allerlei andere vormen van particuliere (welzijns)diensten beschikbaar.

4.2 Ondersteuning op basis van de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015

Onder de Wmo 2015 vallen onder meer algemene voorzieningen, rolstoelen, vervoersvoorzieningen, woningaanpassingen, hulp bij het huishouden, (individuele) begeleiding, dagbesteding, respijtzorg en een deel van de persoonlijke verzorging.

Kader 4.1 Toegang tot de Wmo 2015

Wie vanwege een lichamelijke of verstandelijke beperking of psychische of psychosociale klachten behoefte heeft aan ondersteuning gericht op redzaamheid en participatie, kan zich melden bij de gemeente om toegang te krijgen tot de Wmo 2015 (TK 2013/2014a). Bijvoorbeeld leden van sociale wijkteams kunnen ook zelf mensen benaderen om hun ondersteuningsvraag in kaart te brengen (outreaching werken). Na een melding volgt een onderzoek (ook wel keukentafelgesprek genoemd) om na te gaan wat de ondersteuningsvraag is en wat de beste oplossing is. Dit kan een algemene voorziening of een maatwerkvoorziening zijn. Een gemeente kan voor Wmo-voorzieningen een eigen bijdrage vragen.

Een *algemene (Wmo-)voorziening*⁴, ook wel laagdrempelige voorziening in de wijk genoemd, staat open voor iedereen. Er is geen voorafgaand onderzoek naar persoonlijke omstandigheden nodig.⁵ Voorbeelden van algemene voorzieningen zijn een boodschappendienst, ontmoetingsbijeenkomsten voor mensen die eenzaam zijn (bv. in een buurtcentrum of andere wijkvoorziening) of een maaltijdverzorging (ook wel warme maaltijdvoorziening of tafeltje-dek-je genoemd), maar ook het algemeen maatschappelijk werk (Rijksoverheid 2018). De gemeente is vrij in de beleidskeuze welke algemene voorzieningen zij treft en mag een bijdrage vragen voor het gebruik van een algemene voorziening.⁶

4 Omdat vaak onderscheid wordt gemaakt tussen algemene voorzieningen en maatwerkvoorzieningen zijn in figuur 4.1 de algemene voorzieningen afzonderlijk benoemd. Een aantal maatwerkvoorzieningen, zoals hulp bij het huishouden of dagbesteding, kan ook als algemene voorziening worden verstrekt, mits aan een aantal voorwaarden wordt voldaan (Kromhout et al. 2018: 19).

5 Gemeenten doen vaak wel een lichte check als het bijvoorbeeld om hulp bij het huishouden gaat.

6 Dit betrof een inkomensafhankelijke eigen bijdrage. Vanaf 1 januari 2019 geldt een abonnementstarief voor maatwerkvoorziening: wie gebruikmaakt van de Wmo betaalt 17,50 euro per vier weken, ongeacht inkomen of vermogen. Vanaf 2020 valt ook een deel van de algemene voorzieningen onder het abonnementstarief.

Bij *vervoer of rolstoelen* gaat het om diverse vervoersvoorzieningen, waaronder een scootmobiel, een bijzondere fiets, een aanpassing aan de eigen auto of vervoer per rolstoeltaxi, vervoerdiensten zoals de regiotali of deeltaxi (voor mensen die niet met het openbaar vervoer kunnen reizen) en rolstoelen die voor langere tijd nodig zijn.

Bij *woningaanpassingen* gaat het om aanpassingen in huis (bv. een traplift of een verhoogd toilet).

Wmo-hulp bij het huishouden betreft bijvoorbeeld het huis schoonmaken, boodschappen doen, maaltijden klaarmaken, de was doen, en verzorging van planten en huisdieren. Hulp bij het huishouden valt onder de Wmo als iemand 18 jaar of ouder is en het huishouden zelf niet kan doen vanwege een ziekte, beperking of hoge leeftijd, en het niet lukt om voldoende hulp te krijgen uit de omgeving (bv. van partner, kinderen, familie).

(Individuele) begeleiding is gericht op het ondersteunen van mensen met een beperking of chronische psychische of psychosociale problemen om zo zelfstandig mogelijk te kunnen leven en om te participeren in de samenleving. Mensen kunnen bijvoorbeeld begeleiding krijgen bij de administratie, post en financiën, boodschappen doen, de dag indelen en activiteiten ondernemen, contact zoeken met mensen in de omgeving of de persoonlijke verzorging (Per Saldo 2019a; 2019b).

Dagbesteding (ook wel dagopvang of groepsbegeleiding genoemd) is een combinatie van dagbesteding (om een dagstructuur aan te brengen of een dagritme te behouden, vaardigheden te onderhouden en zo veel mogelijk zelfstandigheid te bewaren) en zorg (bv. hulp bij het eten en verpleegkundige hulp). Iemand gaat dan een aantal dagen of dagdelen per week overdag naar een zorginstelling. Dagbesteding kan een tijdelijke oplossing zijn in afwachting van een plek in een verpleeghuis of om overbelasting van de mantelzorg te voorkomen.

Tijdelijk verblijf (ook wel respijtzorg of logeeropvang genoemd) is de mogelijkheid om tijdelijk in een instelling te verblijven. Er kunnen verschillende redenen zijn voor een tijdelijk verblijf. Als het bedoeld is om de mantelzorg te ontlasten wordt vaak van respijtzorg gesproken en valt deze onder de Wmo (Movisie 2017). Het gaat dan bijvoorbeeld om logeeropvang in een logeershuis, zorghotel of verpleeghuis. Als er sprake is van tijdelijk verblijf op medische gronden, dan spreken we van eerstelijnsverblijf (zie § 4.3). Als mensen met een Wlz-indicatie thuis wonen en gebruikmaken van kortdurend verblijf, valt dit onder de Wlz (zie § 4.4).⁷

7 Logeeropvang is in omvang beperkt tot maximaal 156 nachten (maximaal drie dagen per week, evt. ook in te zetten in een langere aaneengeschaalde periode) (Zorginstituut Nederland 2019).

4.3 Ondersteuning op basis van de Zorgverzekeringswet

Op basis van de Zvw kunnen mensen onder meer gebruikmaken van wijkverpleging, medische en paramedische zorg, medisch-specialistische zorg, eerstelijnsverblijf, geriatrische revalidatiezorg of palliatieve terminale zorg.

Kader 4.2 Toegang tot de Zvw

Burgers zijn verplicht om een zorgverzekering af te sluiten. Iedereen met een basisverzekering heeft recht op zorg uit het basispakket. Onder de Zvw vallen verschillende vormen van geneeskundige zorg. Huisartsenzorg is voor iedereen toegankelijk, maar voor andere zorg geldt meestal dat men een verwijzing of een indicatie nodig heeft. Zo kan men alleen naar een ziekenhuis na verwijzing van een huisarts (tenzij het een spoedgeval betreft), stelt een wijkverpleegkundige vast of er wijkverpleging nodig is en kan men alleen van eerstelijnsverblijf of geriatrische revalidatiezorg gebruikmaken nadat een arts heeft vastgesteld of iemand hiervoor in aanmerking komt. Voor de meeste zorg in het basispakket geldt een eigen risico, waarvan de hoogte jaarlijks wordt vastgesteld. In 2019 betalen 18-plussers minimaal de eerste 385 euro per jaar zelf. Voor de huisartsenzorg en de wijkverpleging geldt geen eigen risico.

Verpleging en verzorging: verpleging is bijvoorbeeld wondverzorging, het toedienen van injecties en medicijnen en stomazorg. Verpleging valt onder de wijkverpleging (Zvw). Bij verzorging gaat het bijvoorbeeld om hulp bij het aan- en uitkleden, het wassen en douchen en de verzorging van de huid. Verzorging valt meestal onder wijkverpleging (Zvw), maar kan ook onder de Wmo 2015 vallen. In dat laatste geval gaat het vaak om mensen met een psychiatrische aandoening, autisme of een verstandelijke beperking die begeleiding nodig hebben om zich goed te (leren) verzorgen.

Medische en paramedische zorg in de eerste lijn is zorg die iemand zonder verwijzing kan gebruiken. In het basispakket zit bijvoorbeeld de behandeling door de huisarts of een paramedicus (zoals fysiotherapeut, ergotherapeut of diëtist). Ook andere zorg, zoals van een psycholoog, kan in aanmerking komen voor vergoeding uit de Zorgverzekeringswet.⁸ Een aantal behandelingen laat de huisarts uitvoeren door een praktijkverpleegkundige of een praktijkondersteuner (zoals POH-ggz).⁹

Medisch-specialistische zorg is zorg die wordt geleverd door een medisch specialist.¹⁰ Deze zorg wordt vaak geleverd in een ziekenhuis (meestal op de polikliniek, maar ook via dagbehandeling of opname), en kan ook plaatsvinden in een zelfstandig behandelcentrum of soms in een eigen praktijk. Er is altijd een verwijzing nodig van een andere arts (huisarts of

8 Dan is een verwijzing van een huisarts nodig en een diagnose. Zorg kan ook (gedeeltelijk) worden vergoed via een aanvullende verzekering.

9 Of een verpleegkundig specialist (werkzaam in de huisartsenpraktijk of in de wijk).

10 Dit kan ook een psychiater zijn.

andere medisch specialist), behalve bij spoedeisende zorg. Ook het zittend ziekenvervoer valt onder de Zvw. Daarbij gaat het om vervoer per auto, taxi of het openbaar vervoer naar en van een behandeling, bijvoorbeeld in verband met chemotherapie of nierdialyse voor mensen in een rolstoel.

Eerstelijnsverblijf (ELV) is een tijdelijk medisch noodzakelijk verblijf voor mensen die niet in aanmerking komen voor medisch-specialistische zorg in het ziekenhuis, maar ook niet thuis kunnen zijn. ELV is de zorg die tijdelijk wordt geboden in een instelling zoals een verpleeghuis om te herstellen. Dit verblijf kan ook plaatsvinden als de patiënt een levensverwachting heeft van minder dan drie maanden (palliatieve zorg).¹¹ De huisarts vanuit de thuissituatie of een medisch specialist vanuit het ziekenhuis stelt de medische noodzaak vast (de indicatie) en verwijst. De opnemende arts (specialist ouderengeneeskunde of huisarts) besluit wanneer de indicatie niet meer nodig is.

Geriatrische revalidatiezorg (GRZ) is een vorm van geneeskundige zorg gericht op multidisciplinaire revalidatie en terugkeer naar de thuissituatie, waarbij verblijf in een geriatrisch revalidatiecentrum nodig is. GRZ is bedoeld voor kwetsbare mensen met complexe multimorbiditeit en afgenomen leer- en trainbaarheid die moeten revalideren. Meestal krijgen ouderen GRZ nadat zij zijn opgenomen in een ziekenhuis (bv. als gevolg van een beroerte, botbreuk of voor een nieuwe knie of heup). Voorwaarde voor GRZ is dat dit volgt op medisch specialistisch verblijf óf dat een medisch specialist met geriatrische deskundigheid (bv. een klinisch geriater of internist ouderengeneeskunde) op basis van een geriatrisch assessment heeft vastgesteld dat GRZ nodig is.¹² De duur van geriatrische revalidatie bedraagt maximaal zes maanden.¹³

Palliatieve terminale zorg is alle zorg die wordt gegeven aan patiënten met een terminale ziekte, en is erop gericht deze mensen een zo hoog mogelijke kwaliteit van leven te geven. Deze zorg is mogelijk wanneer de geschatte levensverwachting van de patiënt minder dan drie maanden bedraagt. Een indicatie wordt doorgaans afgegeven door de behandelende arts. De zorg blijft beschikbaar tot het overlijden, ook als de laatste levensfase langer duurt dan verwacht. Palliatieve zorg kan thuis, in een hospice of in een verpleeghuis plaatsvinden. Palliatieve terminale zorg wordt vergoed via de Zvw, tenzij mensen een Wlz-indicatie hebben, dan valt deze onder de Wlz.¹⁴

11 Palliatieve zorg kan worden vergoed op basis van eerstelijnsverblijf, maar ook op basis van de wijkverpleging of op basis van de Wlz (zie Zorgwijzer 2018).

12 Als verblijf niet meer nodig is om verantwoorde zorg te kunnen bieden, dan kan de GRZ ambulante worden voortgezet. De specialist ouderengeneeskunde blijft dan verantwoordelijk voor deze zorg.

13 In bijzondere gevallen kan de zorgverzekeraar een langere periode toestaan.

14 Deze tekst is ontleend aan informatie van het Zorgverzekering Informatie Centrum (2019).

4.4 Ondersteuning op basis van de Wet langdurige zorg

Thuiswonende ouderen kunnen op basis van de Wlz gebruikmaken van Wlz-zorg thuis of Wlz-crisis zorg.

Kader 4.3 Toegang tot zorg op basis van de Wlz

Mensen met een langdurige, intensieve zorgvraag die permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid nodig hebben, kunnen een aanvraag doen voor Wlz-zorg bij het Centrum Indicatiestelling Zorg (ciz). Het ciz bekijkt of er behoefte is aan permanent toezicht of 24 uur zorg in de nabijheid, of de behoefte blijvend is en of iemand voldoet aan de toegangscriteria (TK 2013/2014b).¹⁵ Mensen die niet in aanmerking komen voor Wlz-zorg worden (terug)verwezen naar zorg en ondersteuning op grond van de Wmo 2015 en de Zvw.

Wlz-zorg thuis: verzekerden met een indicatie voor Wlz-zorg kunnen er onder voorwaarden voor kiezen om de zorg thuis te ontvangen met een volledig pakket thuis (vpt) of een modulair pakket thuis (mpt), of de zorg zelf te regelen met een persoonsgebonden budget (pgb).¹⁶ Een combinatie van mpt en pgb is ook mogelijk. Aan deze leveringsvormen zijn voorwaarden verbonden. Bij vpt en mpt moet de zorg naar het oordeel van het zorgkantoor verantwoord en doelmatig zijn. Bij pgb moet de cliënt (of een vertegenwoordiger) in staat zijn om veel zelf te regelen. Uiteindelijk beslist het zorgkantoor of de door de cliënt gewenste leveringsvorm haalbaar is.

Wlz-crisis zorg (ook wel crisisopvang of spoedzorg genoemd) wordt geboden als een oudere een zodanig acute hulpvraag heeft dat hij binnen 24 uur moet worden opgenomen.¹⁷ Het gaat om situaties waarin iemand, als gevolg van een onverwachte en voor de cliënt ingrijpende gebeurtenis, niet meer verantwoord thuis kan blijven wonen en waar onmiddellijk zorg noodzakelijk is. Crisiszorg op grond van de Wlz is aan de orde als iemand met een Wlz-indicatie acuut moet worden opgenomen bij een zorgaanbieder of wanneer iemand zonder Wlz-indicatie acuut moet worden opgenomen en de verwachting is dat het ciz binnen twee weken een Wlz-indicatie afgeeft.

15 Bij toegangscriteria gaat het er bijvoorbeeld om of geen sprake is van de gebruikelijke zorg van ouders aan hun kind of het ontvangen van zorg uit een ander domein.

16 Met een vpt blijft de oudere thuis wonen en levert een zorginstelling het volledige pakket zorg. Een mpt is een mengvorm van bijvoorbeeld Wlz-zorg in natura aan huis met zelf ingekochte zorg via een pgb. Een pgb is een bedrag waarmee de zorgontvangers zelf de zorgverleners kiezen en de zorg bij hen inkopen.

17 Voor de sector gehandicapten geldt een periode van 48 uur. De ggz-crisis zorg valt onder de Zvw.

4.5 Samenvatting

Er zijn in Nederland veel verschillende vormen van zorg en ondersteuning beschikbaar. Deze vallen vaak onder de Wmo 2015, de Zvw of de Wlz, die allemaal hun eigen toegangscriteria hebben. Ook kunnen mensen zelf zorg en ondersteuning regelen via hun sociale netwerk of door particuliere hulp in te schakelen.

5 Gebruik van zorg en ondersteuning

In dit hoofdstuk geven we een overzicht van de zorg en ondersteuning die zelfstandig wonende 75-plussers ontvangen. In hoofdstuk 4 beschreven we de vormen van zorg en ondersteuning waarvan ouderen gebruik kunnen maken als hun gezondheidssituatie daarom vraagt. Dit hoofdstuk sluit daarbij aan. Afhankelijk van de beschikbaarheid van gegevens geven we een globaal overzicht van het aandeel ouderen dat gebruikmaakt van de voorzieningen. Over het gebruik van welzijnsvoorzieningen (zoals maaltijdvoorziening of ontmoetingsbijeenkomsten voor eenzame ouderen), het gebruik van cliënt-ondersteuning en een onvervulde behoefte aan zorg is weinig tot niets bekend.

5.1 Informele, particuliere en publiek gefinancierde zorg: algemeen beeld

Vier op de tien zelfstandig wonende 75-plussers ontvangen zorg en ondersteuning

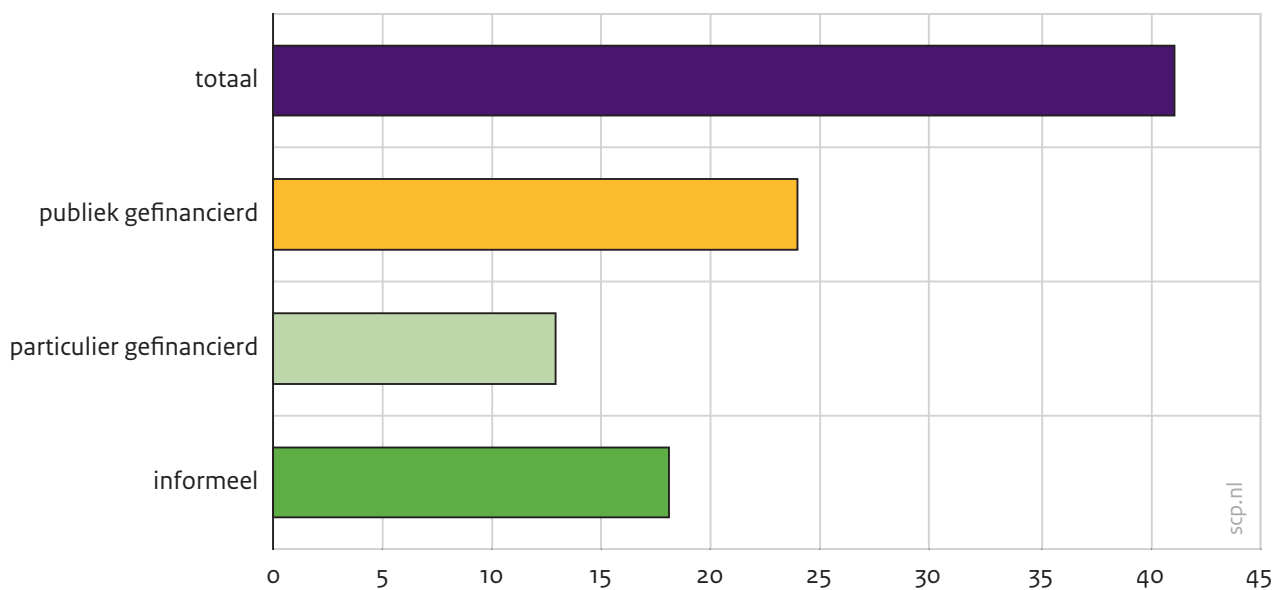
Ruim 40% van de zelfstandig wonende 75-plussers ontvangt zorg en ondersteuning bij het huishouden, de persoonlijke verzorging, verpleging of begeleiding (figuur 5.1).¹ Een kwart van de 75-plussers ontvangt publiek gefinancierde zorg en ondersteuning. Het gaat daarbij om ondersteuning gefinancierd vanuit de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo) of de Zorgverzekeringswet (Zvw).² Bijna een op de vijf krijgt zorg en ondersteuning van familieleden, vrienden of kennissen (informele hulp) en ongeveer een op de acht betaalt deze zelf (particulier gefinancierd).

1 De percentages in figuur 5.1 en figuur 5.2 zijn gebaseerd op enquêtegegevens waarbij de ouderen zelf hebben aangegeven of en welke zorg zij ontvingen. De overige gegevens zijn gebaseerd op registratiecijfers.

2 Ook de zorg die in de thuissituatie wordt ontvangen vanuit de Wlz valt hier in principe onder. Dat wil zeggen, deze zorggebruikers maken deel uit van de steekproef waarop de gegevens zijn gebaseerd. Het is echter in de dataverzameling niet te achterhalen welk deel van het zorggebruik het betreft.

Figuur 5.1

Gebruik van informele, particulier gefinancierde of publiek gefinancierde zorg en ondersteuning door zelfstandig wonende 75-plussers (in procenten; n = 324)

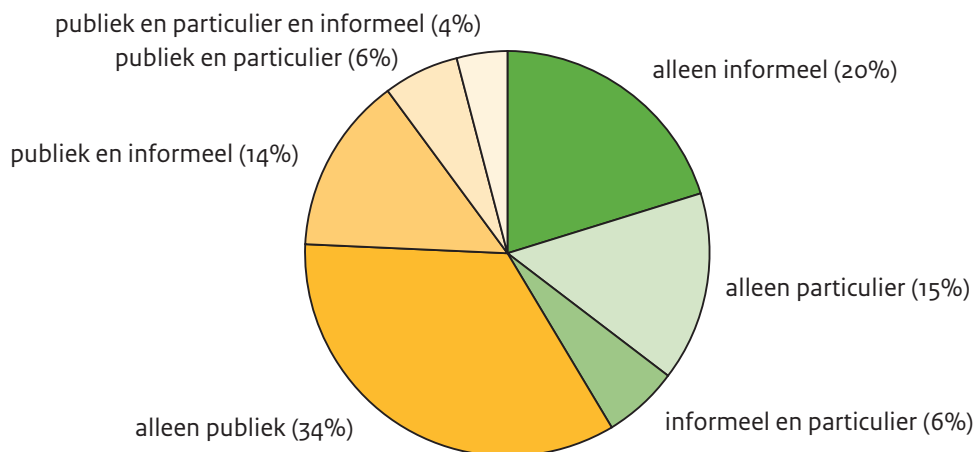


Bron: SCP/CBS (OZG'16)

Van degenen die zorg en ondersteuning krijgen, ontvangen de meesten hulp van maar een van deze zorgbronnen. Zo ontvangt een derde van de ouderen met zorg (34%) alleen hulp van een publiek gefinancierde hulpverlener (figuur 5.2), een op de vijf (20%) alleen hulp vanuit het sociale netwerk en ongeveer een op de zeven (15%) alleen door henzelf betaalde hulp. Als er wel sprake is van een combinatie van deze zorgvormen dan is dat het vaakst een combinatie van publiek gefinancierde zorg en informele hulp; 14% van de oudere zorgontvangers ontvangt deze hulp.

Figuur 5.2

Combinaties van gebruik van informele, particuliere gefinancierde en publiek gefinancierde zorg en ondersteuning door zelfstandig wonende 75-plussers (in procenten; n = 176)



Bron: SCP/CBS (OZG'16)

5.2 Gebruik van ondersteuning op basis van de Wmo 2015

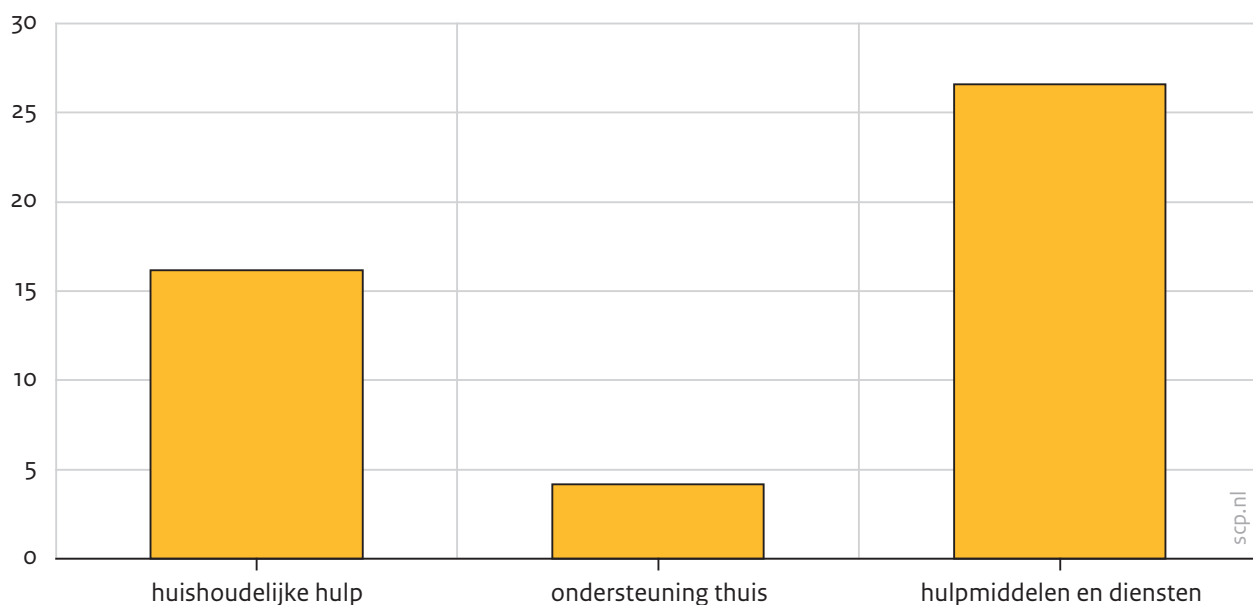
Ongeveer kwart van de 75-plussers ontvangt ondersteuning vanuit de Wmo

Wmo-voorzieningen zijn belangrijke ondersteuningsvormen voor ouderen en komen veelal bij deze groep terecht. Ongeveer een kwart van de 75-plussers ontving eind 2017 hulpmiddelen en diensten vanuit de Wmo (zoals woondiensten en -voorzieningen en vervoersdiensten en -voorzieningen), 16% ontvangt hulp in het huishouden en 4% krijgt ondersteuning thuis (begeleiding, dagbesteding, kortdurend verblijf, persoonlijke verzorging) (figuur 5.3). Omgerekend gaat het om respectievelijk 335.000, 200.000 en iets meer dan 50.000 ouderen. Gebruikscijfers over de afzonderlijke voorzieningen zijn helaas niet voorhanden.

Circa 1375 mensen van 75 jaar of ouder maken gebruik van beschermd wonen of maatschappelijke opvang (minder dan 0,1% van de 75-plussers) (CBS StatLine).

Figuur 5.3

Gebruik huishoudelijke hulp, ondersteuning thuis en hulpmiddelen en diensten vanuit de Wmo door 75-plussers, tweede helft 2017 (in procenten)



Bron: Pommer et al. (2018: 148-150)

5.3 Gebruik van zorg op basis van de Zvw en de Wlz

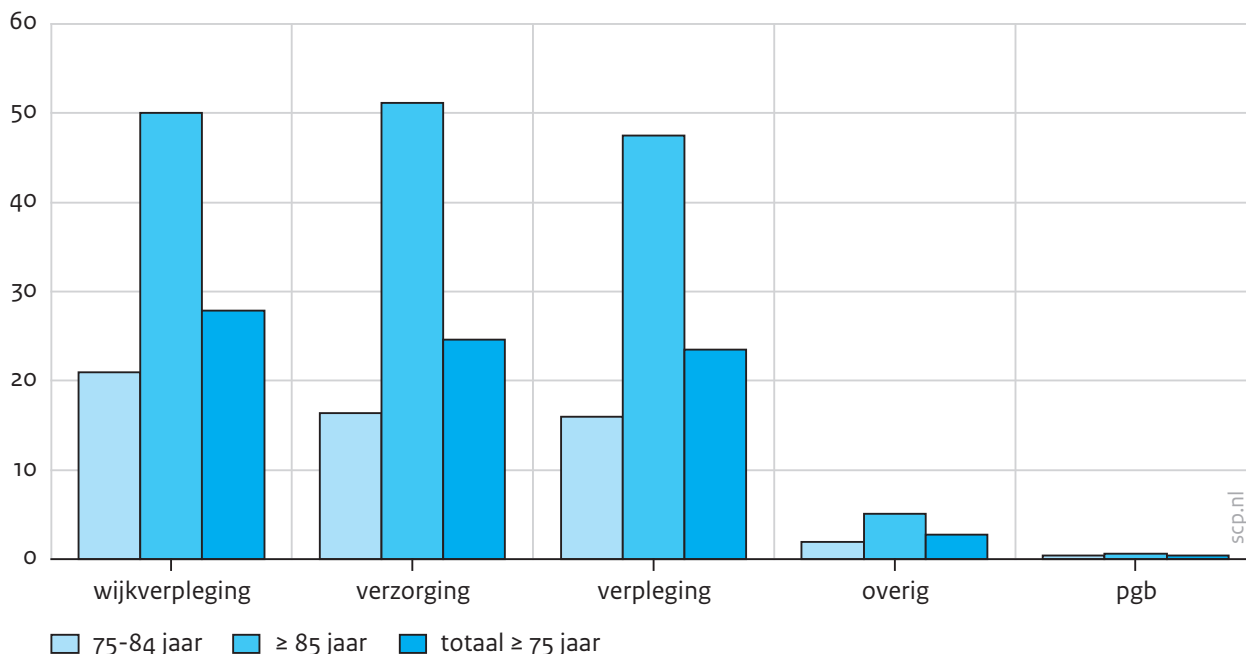
Ruim een kwart van de ouderen ontvangt wijkverpleging

Hulp bij de persoonlijke verzorging en verpleging kunnen ouderen vooral ontvangen via de wijkverpleging (zie ook hoofdstuk 4). In 2016 ontving circa 28% van de 75-plussers wijkverpleging, oftewel ruim 330.000 ouderen (figuur 5.4). Vrijwel even grote aandelen ontvangen persoonlijke verzorging en verpleging, wat erop duidt dat de meeste ouderen beide zorgvormen ontvangen. Slechts een klein aandeel ouderen krijgt wijkverpleging middels een persoonsgebonden budget. Het aandeel ouderen dat wijkverpleging ontvangt, ligt

beduidend hoger onder 85-plussers dan onder 75-84-jarigen. Zo ontvangt bijna de helft van de 85-plussers deze zorg. Ook ontvangen 85-plussers gemiddeld meer uren wijkverpleging per week voor een langere periode dan 75-84-jarigen (Post et al. 2018).

Figuur 5.4

Gebruik wijkverpleging door 75-plussers naar leeftijd, 2016 (in procenten)



Bron: nza (2018b) scp-bewerking

Klein deel van de ouderen maakt gebruik van eerstelijnsverblijf of geriatrische revalidatiezorg

Ruim 30.000 65-plussers maakten in 2017 gebruik van eerstelijnsverblijf (ELV). 85-plussers deden dit vaker dan de jongere leeftijdsgroepen (Post et al. 2018): ruim 13.000 85-plussers, oftewel 3% van de 85-plussers.³ De meeste cliënten gaan na ELV weer naar huis: driekwart van de cliënten voor wie de zorg minder complex was en de helft van de cliënten met hoogcomplexe zorg (ActiZ 2018c). Cliënten die niet terug naar huis gingen, verhuisden naar een verpleeghuis, werden opgenomen in het ziekenhuis of zijn overleden.

In 2017 ontvingen 49.000 ouderen van 65 jaar en ouder geriatrische revalidatiezorg. Een vijfde van de opnames is gerelateerd aan een beroerte of cva, maar ook heupfracturen en heupprotheses gaan geregeld vooraf aan geriatrische revalidatiezorg (Post et al. 2018).

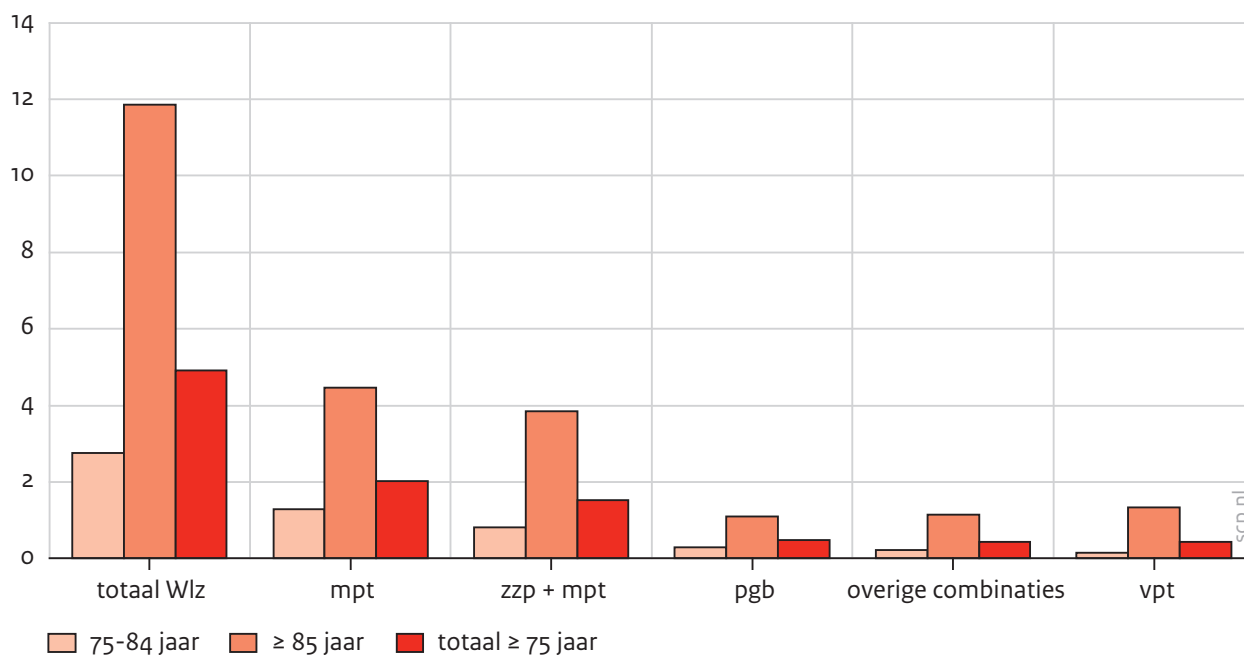
3 Het aantal en aandeel 75-84-jarigen dat gebruikmaakt van ELV is helaas niet beschreven.

Klein deel van de zelfstandig wonende 75-plussers ontvangt zorg vanuit de Wlz

Bijna 5% van de 75-plussers ontvangt zorg vanuit de Wet langdurige zorg (Wlz) in de thuis-situatie (figuur 5.5). Dit zijn bijna 60.000 ouderen. In bijna de helft van de gevallen gaat het om een modulair pakket thuis of een combinatie daarvan met een zorgzwaartepakket.⁴ Het aandeel 85-plussers dat hulp vanuit de Wlz krijgt, ligt met bijna 12% beduidend hoger dan het aandeel 75-84-jarigen dat deze hulp ontvangt (bijna 3%).

Figuur 5.5

Gebruik Wlz-zorg thuis door 75-plussers in 2016, naar leeftijd (in procenten)^a



a Mpt: modulair pakket thuis; zzp: zorgzwaartepakket; vpt: volledig pakket thuis

Bron: nza (2018b) scp-bewerking

Combinaties van zorg uit verschillende publiek gefinancierde domeinen

Ongeveer een op de zes 75-plussers ontvangt zorg en ondersteuning uit meerdere publiek gefinancierde domeinen (nza 2018b). In de meeste gevallen is dat een combinatie van Zvw en Wmo. Combinaties die vaak voorkomen zijn medisch-specialistische zorg of wijkverpleging (beide Zvw) met Wmo (9%) of met Wlz (3%). Slechts 2% van de ouderen heeft een combinatie van Wmo, Wlz en medisch-specialistische zorg of wijkverpleging.

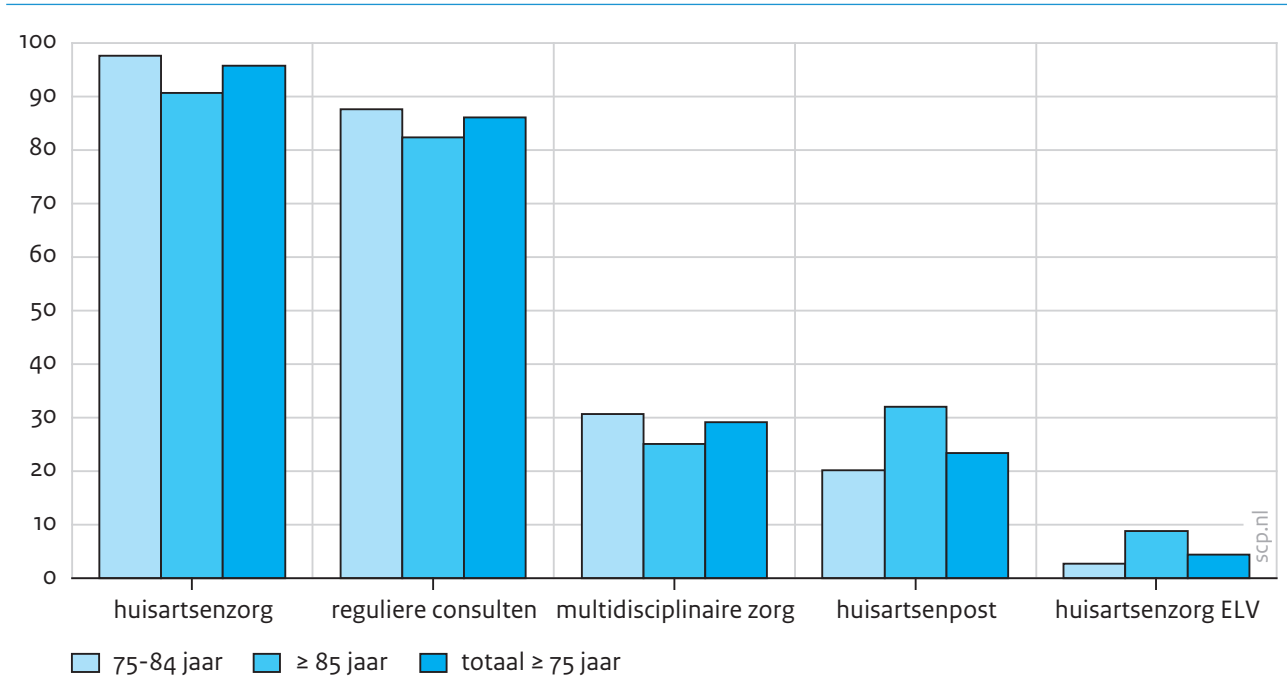
4 Een persoonsgebonden budget is een bedrag waarmee de zorgontvangers zelf de zorgverleners kiezen en de zorg bij hen inkopen. Volledig pakket thuis (vpt) is een 'pakket zorg' voor mensen met een Wlz-indicatie. Met een vpt blijft de oudere thuis wonen en levert een zorginstelling het volledige pakket zorg. Het modulair pakket thuis (mpt) is vergelijkbaar met het vpt, met als verschil dat het mpt gecombineerd kan worden met een pgb.

Bijna alle ouderen hadden een of meerdere keren contact met de huisarts

Bijna alle 75-plussers hebben een of meerdere keren per jaar contact met een huisarts (figuur 5.6). Meestal gaat het om een kort of telefonisch consult. Onder 85-plussers is er vaker sprake van een huisbezoek dan bij de jongere leeftijdsgroep. 75-84-jarigen hadden in 2017 gemiddeld 8,9 keer contact met hun huisarts, bij 85-plussers was dat gemiddeld 13,3 keer (Boersma-van Dam et al. 2018).

Figuur 5.6

Huisartsenzorg bij 75-plussers naar leeftijd, 2016 (in procenten)



Bron: Nza (2018b) SCP-bewerking

Het grootste deel van de contacten met de huisarts betreft een regulier consult, binnen kantoortijden bij de eigen huisarts (figuur 5.6). Ongeveer een op de drie ouderen heeft een multidisciplinair zorgtraject (Nza 2018b). Het gaat dan bijvoorbeeld om een zorgtraject voor diabetes of hart- en vaatziekten. Een op de vijf ouderen is in 2016 in aanraking geweest met de huisartsenpost of huisartsendienstenstructuur (hds: samenwerkingsverband tussen huisartsen) (Nza 2018b). Het gaat dan om contact met een huisarts in de avonduren of in het weekend, waarbij niet kan worden gewacht tot het spreekuur van de eigen huisarts.

Driekwart van de ouderen is in het ziekenhuis geweest

Driekwart van de 75-plussers is in 2016 in het ziekenhuis geweest voor een consult, poliklinische ingreep of een operatie (Post et al. 2018). De meeste behandelingen betreffen aandoeningen aan het zenuwstelsel en zintuigen. Het gaat hier bijvoorbeeld om de behandeling van de ziekte van Parkinson en staaroperaties. Ook behandeling van aandoeningen aan het hart- en vaatstelsel, zoals hoge bloeddruk en pijn op de borst, komt vaak voor,

gevolgd door behandeling van goed- en kwaadaardige tumoren (nieuwvormingen) en behandeling van aandoeningen aan het bewegingsapparaat, zoals osteoporose en artrose.

5.4 Samenvatting

Bijna alle 75-plussers staan in contact met een of meer medische professionals en een aanzienlijk deel (vooral de 85-plussers) ontvangt zorg en ondersteuning thuis. Ruim vier op de tien 75-plussers zeggen in een jaar tijd zorg en ondersteuning te hebben ontvangen bij het huishouden, de persoonlijke verzorging, verpleging of begeleiding. De helft van hen ontvangt deze ondersteuning (ook) van hun sociale netwerk en een derde betaalt de hulp (deels) zelf. Ongeveer een kwart van de 75-plussers ontvangt ondersteuning vanuit de Wmo 2015 en ongeveer een even groot deel ontvangt wijkverpleging. Een op de zes ouderen ontvangt zorg uit meerdere publiek gefinancierde domeinen, vaak vanuit de Zvw en Wmo.

Over het gebruik van welzijnsvoorzieningen, het gebruik van cliëntondersteuning en een onvervulde behoefte aan zorg is weinig tot niets bekend.

6 Knelpunten in de zorg voor ouderen

Er gaat veel goed in de zorg en ondersteuning van ouderen die thuis wonen, zo blijkt onder meer uit enquêtes onder zorggebruikers. Twee van de drie mensen (onder wie veel ouderen) die zich met een ondersteuningsbehoefte bij hun gemeente melden in het kader van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo 2015) zijn tevreden over de oplossing die hun wordt geboden (Kromhout et al. 2018). Een ruime meerderheid van de cliënten van de wijkverpleging – zorg vanuit de Zorgverzekeringswet (Zvw) – is tevreden over de geboden zorg (Francke et al. 2017). En cliënten die zorg uit de Wet langdurige zorg (Wlz) thuis ontvangen zijn positief over het feit dat ze meer dingen zelf kunnen bepalen dan ze in een verpleeghuis zouden kunnen (Kromhout et al. 2018).

Bij de meeste ouderen lijkt het dus goed te gaan, maar toch zijn er ook knelpunten die het voor thuiswonende ouderen soms lastig maken de juiste zorg en ondersteuning te krijgen. In dit hoofdstuk bespreken we welke knelpunten er spelen in de zorg voor thuiswonende 75-plussers. We beginnen bij ouderen met lichte zorgvragen en volgen de route waarbij de zwaarte van de zorgvragen toeneemt. We benaderen knelpunten zo veel mogelijk vanuit het perspectief van de ouderen zelf, maar soms vanuit het perspectief van zorgverleners. Met sommige knelpunten hebben waarschijnlijk alleen specifieke groepen thuiswonende ouderen te maken, andere knelpunten zijn mogelijk op een bredere groep mensen met beperkingen van toepassing.

6.1 Zorg en ondersteuning van ouderen: eerst zelf organiseren

Als ouderen zorg of ondersteuning nodig hebben, wordt van hen verwacht dat zij zelf de verantwoordelijkheid nemen om dit te organiseren. In de memorie van toelichting bij de Wmo 2015 staat bijvoorbeeld:

Tot die eigen verantwoordelijkheid van de ingezetene behoort ook dat hij een beroep doet op familie en vrienden – zijn eigen sociale netwerk – alvorens hij bij de gemeente aanklopt voor hulp. (TK 2013/2014a: 27)

Dat betekent dat een oudere zelf initiatief behoort te nemen om zorg en ondersteuning te organiseren en hierom te vragen. Ouderen dienen daarbij eerst hun sociale netwerk aan te spreken. Het idee is dat zij dan hulp krijgen van mensen met wie ze vertrouwd zijn en die dichtbij staan. In de praktijk zijn hierbij enkele knelpunten aan te wijzen.

Zelf hulp organiseren is voor sommigen te hoog gegrepen

Om zelf hulp te kunnen organiseren moet een oudere eerst besef hebben van een zorgbehoefte, vervolgens inzicht hebben in wat nodig en mogelijk is, en weten wie kan helpen en hoe dat te organiseren. Iets minder dan de helft van de 65-plussers beschikt over voldoende van deze gezondheidsvaardigheden, die ook samenhangen met de gezondheidsstatus van de oudere (Heijmans et al. 2018) (zie ook hoofdstuk 3). Vervolgens moet de

oudere om hulp kunnen, willen en durven vragen. Het niet kunnen, willen of durven wordt ook wel 'vraagverlegenheid' genoemd (Linders 2010). Er zijn aanwijzingen dat bijna de helft van de ouderen (vanaf 70 jaar) vraagverlegen is (Janssen 2014). Het beeld is dat vraagverlegenheid toeneemt met het ouder worden (Vermeij 2016).

Het onderkennen dat men dingen niet meer zelf kan, kan beschouwd worden als een verlies en vraagt aanpassing van het zelfbeeld en een verandering in rol (Blok 2017; Janssen 2014). Zo moeten ouderen bijvoorbeeld een zoon of dochter om hulp vragen, terwijl zij gewend waren juist hun kinderen te helpen. Veel ouderen schromen bovendien om hun kinderen, vrienden of burens om (meer) hulp te vragen omdat ze bijvoorbeeld bang zijn om iemand voor het blok te zetten of om 'nee' te horen. Daarbij kan een rol spelen dat hun mogelijkheden om een wederdienst te verlenen afnemen naarmate hun leeftijd toeneemt (Vermeij 2016: 36). Ook bij het vragen om professionele hulp kan vraagverlegenheid een rol spelen (Linders 2010: 179).

Er is mogelijk overlap tussen de ouderen met vraagverlegenheid en met een tekort aan gezondheidsvaardigheden; bijna de helft van de ouderen vertoont minstens een van deze kenmerken. Door het initiatief vooral bij ouderen zelf te laten, zal een deel van hen (te) lang wachten met een hulpvraag, wat tot (zelf)verwaarlozing kan leiden en zelfs tot opname op de spoedeisende hulp (Reesink et al. 2009; Verver et al. 2016).

Deel mantelzorgers zwaar belast

Een op de drie Nederlanders geeft mantelzorg, van wie velen hun oude (schoon)ouders helpen. Van alle mantelzorgers voelt bijna een op de tien zich zwaar belast (De Klerk et al. 2017). Een groep die het in het bijzonder zwaar heeft zijn de mantelzorgers voor thuiswonende ouderen met dementie. De zorg voor deze groep komt vaak neer op de partner, die zelf vaak ook al op leeftijd is, en op de kinderen. Een op de acht van deze mantelzorgers voelt zich overbelast; ze zijn twee keer zo vaak eenzaam als de gemiddelde Nederlander (Van der Heide et al. 2018). Onderzoek onder partners van dementerenden wijst uit dat zij vaker dan andere mantelzorgers suïcidegedachten hebben (Joling et al. 2017). Als mantelzorgers overbelast zijn, kunnen grenzen geleidelijk en onbedoeld overschreden worden, wat inadequate of zelfs 'ontspoorde' mantelzorg tot gevolg kan hebben (Movisie 2013).

Zorg vooral reactief georganiseerd en nog te weinig gericht op preventie

Onze gezondheidszorg is sterk gericht op het handelen in geval van een ziekte, en minder op preventie en vroegsignalering (Veldman 2018). Dit is ook een van de conclusies van het Zorginstituut Nederland, dat zich baseert op een onderzoek van IQ healthcare naar knelpunten in de zorg voor kwetsbare ouderen thuis (De Booy et al. 2018). Er is nog te weinig aandacht voor het voorkomen van (chronische) ziekten en het uitstellen en tijdig signaleren van kwetsbaarheid. Sociale wijkteams komen niet aan preventieve taken toe (Van Arum en Van den Enden 2018).

Alleenstaande ouderen en ouderen met een laag opleidingsniveau hebben een verhoogd risico op kwetsbaarheid en zouden bij gemeenten extra aandacht verdienen in hun programma's voor preventieve ouderenzorg (Lemmens et al. 2016). Preventie gaat in de eerste

plaats om het stimuleren van een gezonde leefstijl en behoud van mobiliteit en sociale contacten. Daarnaast kan ook gedacht worden aan het verbeteren van gezondheidsvaardigheden, zoals het leren omgaan met (gezondheids)verlies en het anticiperen op de zorgbehoefte die gaat komen.

Deel van de ouderenuishoudens woont in een ‘ongeschikte’ woning of woonomgeving

Ruim 40.000 ouderenuishoudens van 65 jaar of ouder (7%) wonen in een ‘ongeschikte’ woning, dat wil zeggen een woning die niet toe- en doorgankelijk is zonder traplopen en die ook niet tegen beperkte kosten (minder dan 10.000 euro) geschikt te maken is (Leidelmeijer et al. 2017; Schilder et al. 2018).¹ Dit doet zich vooral in stedelijke gebieden voor, in de oudere huurappartementen en meergezinswoningen (in het bijzonder portieketagewoningen) (Leidelmeijer et al. 2017). Het aandeel ouderen dat de woning geschikt acht om oud in te worden neemt toe met de leeftijd, van 67% onder 75-79-jarigen tot 76% onder 80-plussers (Folsche en Beerepoot 2018).² De meerderheid zegt dat de woning nu geschikt is als gevolg van eerder gedane aanpassingen of een verhuizing. Niet alleen de woning maar ook de woonomgeving kan voor ouderen minder geschikt zijn. Een woonomgeving wordt als minder geschikt gezien wanneer er minder dan twee primaire voorzieningen (supermarkt, huisarts, apotheek en ov-halte) binnen 500 meter wandelen van de woning liggen. De helft van de ouderenuishoudens (65-plus) woont dan in een omgeving die functioneel ongeschikt of weinig geschikt is (Schilder et al. 2018).³

Ouderen weinig geneigd zich voor te bereiden door woningaanpassing of verhuizing

Ouderen zijn weinig geneigd hun woonsituatie aan te passen aan een toekomstige oude dag met beperkingen (Folsche en Beerepoot 2018; De Groot et al. 2013; Ipso Facto 2016). Van de 75-plussers die vinden dat ze niet levensloopbestendig wonen heeft circa de helft geen verbouw- of verhuisplannen en 29% weet het nog niet (Folsche en Beerepoot 2018).⁴ Een deel van de ouderen gaat (nog) niet over tot actie omdat het gevoel van urgentie ontbreekt. Men vindt het nog te vroeg of acht het risico klein dat in de komende jaren ongemakken ontstaan (Folsche en Beerepoot 2018).⁵ Ook ervaart een deel van de ouderen belemmeringen om de woning aan te passen⁶ of om te verhuizen. Het gaat dan bijvoorbeeld om het geregeld, het zoeken en vinden van een andere woning, de slechte staat van alternatieve woningen, het achterlaten van het oude huis en het ‘in oude staat’ achterlaten

1 Gegevens uit 2015.

2 Gegevens uit 2018.

3 Gegevens uit 2015.

4 Gegevens uit 2018.

5 Zo vindt 20% van de 75-79-jarigen en 15% van de 80-plussers het nog te vroeg om na te denken over de kans om binnen vijf jaar met een rollator te lopen. Respectievelijk nog eens 41% en 31% van deze ouderen acht de kans daarop klein (gegevens uit 2018) (Folsche en Beerepoot 2018).

6 11% van de 75-plussers ervaart belemmeringen om de woning veiliger en comfortabeler te maken (gegevens uit 2018) (Folsche en Beerepoot 2018).

van een huurwoning (ANBO en Woonz 2016; Broxterman en Wever 2018; Folsche en Beerepoot 2018).

Een deel van de belemmeringen is financieel van aard (Folsche en Beerepoot 2018). Ouderen wonen vaak relatief goedkoop en zullen na verhuizing doorgaans meer woonlasten gaan betalen. Dat speelt vooral wanneer men al langere tijd in dezelfde (huur)woning woont of bij de overgang van een koopwoning naar een vrijesectorhuurwoning (ANBO en Woonz 2016; Bakker et al. 2018; Broxterman en Wever 2018; Schilder et al. 2018). In sterk vergrijsde gebieden en krimpregio's is het mogelijk lastig om de huidige woning verkocht te krijgen (Aanjaagteam Langer zelfstandig wonen 2015; De Groot et al. 2013; Ipsos Facto 2016). Aanpassingen om de woning geschikt te maken kosten geld. Deze kosten worden mogelijk doorberekend door de verhuurder en zullen lang niet altijd door de gemeente vergoed worden (Schilder et al. 2018). Niet iedereen zal dat kunnen betalen. Circa de helft van de ouderenuishoudens (65-plus) die in een ongeschikte woning leven, heeft minder dan 10.000 euro vrij besteedbaar vermogen. Zij zouden een groot deel van hun vermogen moeten inzetten om hun woning geschikt te maken. De geschiktheid van de woonomgeving (het aantal voorzieningen nabij de woning) blijft daarmee nog buiten beschouwing (Schilder et al. 2018).

Mismatch vraag en aanbod wonen met zorg/diensten

Ouderen en hun naasten signaleren dat het huidige woningaanbod niet aansluit bij wat de oudere nodig heeft en dat er onvoldoende passende plekken voor wonen met zorg zijn (Harnas en Schout 2017). De omvang en aard van deze 'mismatch' zullen lokaal verschillen. Ruim twee op de vijf gemeenten signaleren een tekort aan seniorenwoningen, met name de kleinere gemeenten (Ipsos Facto 2016).⁷ In de vrije sector schat vastgoedorganisatie CBRE een tekort van circa 32.000 zorgappartementen en dit zal in de komende jaren oplopen indien geen nieuw aanbod wordt ontwikkeld (CBRE 2018).⁸ Daarnaast voldoet een deel van de bestaande seniorenwoningen niet aan de eisen van de huidige tijd. De wensen en voorkeuren van senioren en ouderen zijn door de jaren heen veranderd (Blije et al. 2016; Gielen et al. 2018; Nouws 2015) en de omstandigheden en de doelgroepen gewijzigd (denk bv. aan de extramuralisering).

Belemmerende wet- en regelgeving voor (passend toewijzen) betaalbare woningen

Diverse bronnen geven aan dat wet- en regelgeving een belemmerende factor kan zijn bij het realiseren van betaalbare woningen voor ouderen (ActiZ 2016; Commissie-Van Bochove 2018; Faun et al. 2014; Ipsos Facto 2016; Kok et al. 2015; Nienhuis et al. 2016; Wonen 2016). Zo ervaart een derde van de gemeenten belemmeringen in wet- en regel-

7 Gegevens uit 2016.

8 Zorgappartementen worden omschreven als 'zelfstandige levensloopbestendige appartementen, geschikt voor het ontvangen van zorg, waarbij een zorgexploitant in het complex of in de directe nabijheid van het complex gevestigd is om naar behoefte (thuis)zorg te leveren aan de bewoners' (CBRE 2018: 4).

geving bij het realiseren van nieuwe huisvestingsprojecten voor senioren (Ipso Facto 2016).⁹ Het kan dan bijvoorbeeld gaan om de verhuurdersheffing, de Warmtewet, het onderscheid tussen DAEB- en niet-DAEB-activiteiten¹⁰ en woningcontingentering (Aanjaagteam Langer zelfstandig wonen 2016; ActiZ 2016; Commissie-Van Bochove 2018; Faun et al. 2014). Zo is het niet altijd duidelijk of een wijziging van het bestemmingsplan nodig is om ouderenwoningen te kunnen bouwen en kunnen nieuwe zorgwoningen in strijd zijn (of als zodanig worden beschouwd) met provinciale of regionale afspraken over het aantal te bouwen woningen (Faun et al. 2014; Kok et al. 2015; Nienhuis et al. 2016). Daarnaast kan de samenloop van verschillende domeinen, regelingen en systemen (volkshuisvesting en zorg) leiden tot afstemmingsproblemen (Aanjaagteam Langer zelfstandig wonen 2015, 2016; Faun et al. 2014).

De invoering van ‘passend toewijzen’ (als gevolg van de herziene Woningwet per 1 januari 2016) pakt nadelig uit voor enkele groepen ouderen. Passend toewijzen houdt in dat woningcorporaties woningen moeten toewijzen die passen bij het inkomen en huishouden van de nieuwe huurders. Huishoudens met een inkomen onder de huurtoeslaggrens krijgen hierdoor een woning onder de zogenoemde aftoppingsgrens.¹¹ Hierdoor komen ouderen die graag in een zorgwoning willen wonen en ouderen met vermogen maar een laag inkomen in de knel (Aedes 2017; Beuzenberg et al. 2017; Commissie-Van Bochove 2018). Beide groepen kunnen geen woningen huren boven de aftoppingsgrens, terwijl zorgwoningen vaak duurder zijn en ouderen soms best meer eigen geld voor zo’n woning willen betalen.

6.2 Een beroep doen op formele hulp

Als een oudere onderkent dat hij zorg nodig heeft, en het sociaal netwerk niet voldoende ondersteuning kan bieden, dan kan hij een aanvraag indienen voor formele zorg of ondersteuning. Tegen welke knelpunten kunnen ouderen dan aanlopen?

Informatievoorziening aan ouderen niet voldoende

Voor burgers is het vaak niet helder welke zorg en ondersteuning beschikbaar is, of zij daarvoor in aanmerking komen en waar zij moeten zijn om die te krijgen, zo zeggen diverse partijen zoals MEE, de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA) en samenwerkende patiëntenorganisaties (Kornalijnslijper en De Klerk 2018). Veel informatie is alleen via internet beschikbaar, maar lang niet alle ouderen zijn vaardig met computers en internet (zie hoofdstuk 2). De informatie is vaak moeilijk te begrijpen en bevat veel vakjargon, concludeerde de Nationale ombudsman (Tuzgöl-Broekhoven et al. 2018). Dit kwam ook naar voren in een kleinschalig kwalitatief onderzoek onder Wmo-cliënten (Van der Ham et al. 2018). Ook pro-

9 Gegevens uit 2016.

10 DAEB: diensten van algemeen economisch belang.

11 De aftoppingsgrens is een door de overheid vastgestelde maandhuurgrens (afhankelijk van de huishoudensamenstelling) die aan de huurtoeslag is gekoppeld.

professionals vinden het stelsel erg complex en moeilijk te begrijpen (Marangos et al. 2018). Hun cliënten krijgen daardoor niet altijd de juiste of volledige informatie, bijvoorbeeld over de hoogte van de eigen bijdragen voor zorg (Kornalijnslijper en De Klerk 2018: 149).¹²

Onafhankelijke cliëntondersteuning komt niet tot zijn recht

Ouderen kunnen bij het zoeken naar passende zorg en ondersteuning hulp krijgen van onafhankelijke cliëntondersteuners. Hiervan wordt echter weinig gebruikgemaakt (Gijzel et al. 2017; Marangos et al. 2018).¹³ De bekendheid van de mogelijkheid om een onafhankelijke cliëntondersteuner in te schakelen is laag (Van Bergen et al. 2016; Marangos et al. 2018). De kennis en ervaring van cliëntondersteuners sluiten ook vaak niet aan op de vragen van ouderen (Beltman 2017).

Het zorgaanbod van gemeenten sluit (nog) onvoldoende aan bij behoeften

Patiëntenfederatie Nederland organiseerde een meldactie onder ouderen/hun naasten en professionals van 23 (patiënten- en zorg)organisaties. De deelnemers aan deze meldactie vonden dat de hulp die ouderen ontvangen (bijna) nooit aansluit bij wat nodig is (Harnas en Schout 2017). Ouderen en hun naasten die problemen meldden noemden bijvoorbeeld onvoldoende huishoudelijke hulp, geen passend hulpmiddel, lange wachttijden voor passende zorg en een woonaanbod (met zorg) dat niet aansluit bij hun behoeften. Professionals meldden dat ouderen zonder passende hulp onnodig op de spoedeisende hulp terecht kunnen komen. Zij gaven bijvoorbeeld aan dat er soms te lage indicaties worden afgegeven, er te weinig tijd is om echt op individuele wensen van ouderen in te gaan, het systeem traag is waardoor er niet snel iets geregeld kan worden, en zij tegen regelingen en andere zaken aanlopen die het moeilijker maken om passende zorg te organiseren. Bij een dergelijke meldactie komen alleen situaties in beeld waarin er iets niet goed loopt. Er zijn voor zover bekend geen gegevens over de omvang van de groep ouderen die niet de zorg krijgen waar zij behoefte aan hebben (zie ook hoofdstuk 5).

Knelpunten bij aanvraag van hulpmiddelen

Een op de zeven aanvragers van hulpmiddelen ervaart knelpunten bij het aanvragen (Van Esch et al. 2018).¹⁴ Enerzijds gaat het om de hoogte van de vergoeding, wat vooral lijkt te spelen bij Zvw-hulpmiddelen zoals hoortoestellen. Anderzijds levert de aanvraagproce-

12 Voor mensen die niet wisten waar zij met een zorgvraag heen moesten, of die naar hun gevoel van het kastje naar de muur werden gestuurd, heeft het ministerie van vws een platform ingesteld: Juiste Loket. Daar kunnen mensen met vragen telefonisch of per e-mail terecht. Echter, dit loket is alleen digitaal vindbaar, en ook hier is het de vraag of de taal aansluit bij het niveau van ouderen, zeker als ook sprake is van mentale of cognitieve beperkingen of een migratieachtergrond.

13 Onder Wmo-melders (mensen die zich bij een loket melden om wellicht een aanvraag te gaan doen) is de mogelijkheid tot onafhankelijke cliëntondersteuning bij twee op de tien bekend en wordt ze door een op de tien gebruikt. Cliënten van de sector verpleging en verzorging (voornamelijk ouderen) maken eveneens weinig gebruik van cliëntondersteuning.

14 Aanvragers zijn veelal ouderen.

dure problemen op, waarbij het vooral lijkt te gaan om Wmo-hulpmiddelen zoals een scootmobiel. Over het geheel genomen worden afwijzing van de aanvraag (al dan niet terecht) zonder uitgebreide toelichting, te lage vergoeding, lange wachttijden en beperkte keuzevrijheid in het type hulpmiddel het vaakst genoemd.

Meebetalen kan reden zijn om af te zien van zorggebruik

Als ouderen professionele zorg en ondersteuning krijgen, moeten zij daarvoor soms een eigen bijdrage betalen (zie ook hoofdstuk 4). Uit onderzoek uit 2016 naar de Wmo 2015 kwamen signalen dat mensen afzien van ondersteuning vanwege die eigen bijdrage (Ieder(in) 2016).¹⁵ In een ander onderzoek onder melders bij de Wmo (vaak ouderen) zag een op de twintig aanvragers van een maatwerkvoorziening uiteindelijk af van (onderdelen van) deze ondersteuning vanwege de eigen bijdrage. Bijna een op de tien melders zei in financiële problemen te zijn gekomen door de eigen bijdrage, ondanks dat de bijdrage wordt afgestemd op iemands inkomens- en vermogenspositie. Volgens Wmo-gespreksvoerders speelt het afzien van zorg vooral bij hulpvragers met middeninkomens (Feijten et al. 2017).

Het Centraal Planbureau (CPB) nuanceert het beeld dat eigen bijdragen mensen doet afschrikken om Wmo-ondersteuning te gebruiken. Het concludeert dat bij een verhoging van de eigen bijdrage met 10% de kans dat iemand een jaar later Wmo-ondersteuning gebruikt met 2,6% daalt. Bij mensen die al zorg gebruiken vonden de onderzoekers vrijwel geen effect van een hogere eigen bijdrage op het aantal uren zorg (Non 2016).

Mensen zien mogelijk ook af van zorg als het gaat om zorg die niet (meer geheel) in het basispakket van de Zvw zit, zoals tandheelkundige zorg, fysiotherapie, brillen en gehoorapparaten. Ouderen kunnen zich hiervoor wel aanvullend verzekeren. Het kabinet heeft inmiddels maatregelen genomen om een stapeling van zorgkosten (en daardoor financiële problemen) te beperken (TK 2017/2018d).¹⁶ Het is niet bekend of en hoeveel ouderen die afzien van Wmo-ondersteuning alternatieven zoals mantelzorg of particuliere hulp inzetten. Evenmin is bekend in hoeverre het afzien (of uitstellen) van lichtere vormen van zorg tot escalaties of crisissituaties bij ouderen leidt.

Contractering wijkverpleging niet vlekkeloos

Aanbieders van wijkverpleging kunnen met zorgverzekeraars contracten afsluiten voor de levering van zorg.¹⁷ In 2017 dreigde 59% van de zorgaanbieders een budgetafspraken te overschrijden (NZA 2018a). Omdat aanbieders niet zeker zijn dat zij voor handelingen die

15 Uit een enquête van Ieder(in) onder zorggebruikers kwam naar voren dat een kwart geen of minder zorg afnam vanwege de eigen bijdragen (Ieder(in) 2016). Binnenlands Bestuur kwam er op basis van een onderzoek onder gemeenten op uit dat een op de vijf zorgbehoevenden afziet van zorg door de hoogte van de eigen bijdrage (De Koster 2016).

16 Per 1 januari 2019 gaat er in plaats van eigen bijdragen een abonnementstarief gelden voor hulp en ondersteuning uit de Wmo van 17,50 euro per vier weken per huishouden.

17 Zorgverzekeraars hebben hierdoor mogelijkheden om meer te sturen op kwaliteit en doelmatigheid van de zorg.

het budget overschrijden zullen worden betaald, voeren zij in zo'n geval vaak een patiëntenstop in. Voor gebruikers van wijkverpleging betekent een patiëntenstop dat zij bij een andere dan de vertrouwde zorgaanbieder moeten aankloppen of langer moeten wachten op zorg. Dat kan tot pijnlijke situaties leiden, zoals bij terminale en palliatieve zorg. Als de aanbieder bij de zorgverzekeraar vraagt om bijcontractering, duurt het soms een tot enkele maanden voordat een zorgverzekeraar daarover een besluit neemt. Aanbieders van zorg zijn vaak minder tevreden over het proces van contractering dan zorgverzekeraars. De hoeveelheid ongecontracteerde zorg in de wijkverpleging neemt licht toe, een trend die hier mogelijk mee samenhangt. Ongecontracteerde zorg is per cliënt duurder, waarschijnlijk door minder doelmatige personeelsinzet (NZA 2018a). De consequentie voor ouderen kan zijn dat zij, afhankelijk van hun zorgverzekering, voor ongecontracteerde zorg moeten bijbetalen, of niet bij die aanbieders terecht kunnen.

6.3 Zolang het thuis nog gaat

Door toenemende ouderdom, gezondheidsproblemen, gebreken en verliezen in het sociaal netwerk kunnen ouderen ook combinaties van zorg en ondersteuning nodig hebben. Dan worden afstemming en samenwerking belangrijk.

Afbakening tussen Zvw en Wmo soms onduidelijk¹⁸

In de praktijk kan het lastig zijn te bepalen welke onderdelen van de zorg onder welke wet vallen (Van der Ham en Den Draak 2018; vws 2018b). Dit speelt bijvoorbeeld bij de persoonlijke verzorging, waarvan niet altijd vast te stellen is of er sprake is van een behoefte aan begeleiding of geneeskundige zorg, maar bijvoorbeeld ook bij de maaltijden (vws 2018a; 2018d). Een oudere kan dan de dupe worden van afwenteledrag tussen de gemeente en de zorgverzekeraar en gesteggel over welke hulpverlener waarvoor ingezet kan worden. Voor ouderen is het vaak van belang om vertrouwde gezichten te zien en niet met te veel verschillende hulpverleners te maken te hebben. Het is bijvoorbeeld niet wenselijk dat voor de maaltijd een Wmo-hulpverlener komt die het eten helpt klaarmaken, waarna de wijkverpleging de maaltijd toedient (bv. omdat sprake is van slikproblemen).

Belemmeringen in afstemming en samenwerking tussen hulpverleners

Samenwerking en onderlinge afstemming tussen hulpverleners kunnen een probleem zijn als veel disciplines bij de zorg en ondersteuning betrokken zijn, bijvoorbeeld bij ouderen met een complexe zorgbehoefte. Het gaat dan niet alleen om medische disciplines, maar ook om hulpverleners uit het sociaal domein. Afstemmings- en samenwerkingsproblemen worden in de hand gewerkt door het bestaan van (financiële) schotten tussen de wetten waar verschillende partijen en hun hulpverleners onder vallen, waardoor zij vaak 'op hun eigen stukje' bezig zijn (Van der Ham en Den Draak 2018). Het is in het belang van ouderen

18 De afstemming met de Wlz komt in paragraaf 6.4 aan bod.

dat hulpverleners van elkaar weten wat zij doen en dat hulpverleners een integraal aanbod van diensten bieden.

Om de gegevensuitwisseling en samenwerking te bevorderen en goed te laten verlopen zijn samenwerkingsverbanden ingesteld (Van Linschoten en Te Velde 2016). Hierbij speelt een aantal problemen. Het meest genoemde is een gebrek aan structurele financiering: hulpverleners worden doorgaans niet betaald voor niet-direct patiëntgebonden taken en proactieve activiteiten. Bovendien wordt veel zorg jaarlijks opnieuw ingekocht, waardoor een structurele bijdrage aan een samenwerkingsverband onzeker is. Dat leidt ertoe dat mensen ook niet optimaal gaan investeren in de samenwerking. Ook de (beperking in mogelijkheden tot) gegevensuitwisseling tussen de verschillende organisaties is een knelpunt. Gebruik van een gezamenlijk zorgdossier is niet altijd mogelijk en de coördinatie of regiefunctie is soms niet goed geregeld (Garvelink et al. 2018; Kromhout et al. 2018). Een ander probleem dat de samenwerking in de keten belemmert, is dat in sommige gebieden meerdere samenwerkingsverbanden naast elkaar bestaan, en elkaar voor de voeten lopen of zelfs beconcurreren. Dat is vooral het geval in stedelijke gebieden, waar veel verschillende zorg- en welzijnsaanbieders actief zijn. In de dunner bevolkte regio's zijn meer voorbeelden van succesvolle samenwerkingsverbanden te zien (Van Linschoten en Te Velde 2016).

Meer specialistische kennis ouderenzorg nodig

Ouderen, vooral op hoge leeftijd, hebben vaak meerdere aandoeningen tegelijk (zie ook hoofdstuk 3) en kunnen zowel lichamelijke als psychische als sociale problemen hebben. Dit kan de zorg complex maken. Nu ouderen langer en met complexere zorgvragen thuis wonen, wordt er meer gevraagd van hulpverleners die met deze ouderen te maken hebben. Dat is een behoorlijke uitdaging voor bijvoorbeeld sociale wijkteams (Van der Pas en Van Vliet 2015). Maar dat geldt ook voor huisartsen. Huisartsen en hun praktijkondersteuners zijn niet opgeleid voor de complexe ouderenzorg. Het ontbreekt aan deskundigheid om specifieke problemen waar kwetsbare ouderen mee te maken kunnen hebben te herkennen en te behandelen (De Booys et al. 2018).¹⁹ Het specialisme ouderengeneeskunde, dat zich richt op ouderen met meerdere aandoeningen tegelijkertijd, kan een belangrijke rol spelen. Er is een landelijk tekort aan specialisten ouderengeneeskunde (Van Kooten 2017). Ook in de eerste lijn zijn er nog niet voldoende hulpverleners beschikbaar met specialistische kennis van ouderen (zowel verpleegkundigen/praktijkondersteuners als geneeskundigen).

Er speelt ook een behoefte aan meer specialistische kennis in de tweede lijn, het ziekenhuis. Ouderen zijn vaak onder behandeling van verschillende specialisten die verschillende

19 Huisartsen krijgen ook vaker te maken met ouderen die in een kleinschalige woonvoorziening wonen waar geen specialisten ouderengeneeskunde ter beschikking zijn. Bewoners van deze woonvormen kunnen complexe problematiek ontwikkelen die het huisartsgeneeskundige aanbod overstijgt. De Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) trok hierover onlangs aan de bel en stelde de *Leidraad Medische zorg voor ouderen in (kleinschalige) woonzorginstellingen* op, die huisartsen ondersteunt in hun keuze of en onder welke voorwaarden zij zorg leveren (LHV 2018).

behandelingen of medicijnen voorschrijven, waarvan soms lastig te bepalen is hoe ze op elkaar inwerken. Een klinisch geriater is gespecialiseerd in het houden van overzicht bij het samenspel tussen verschillende ziektes en behandelingen van ouderen. Voor goede medische ouderenzorg is dit dus een belangrijk specialisme. Dit specialisme is echter (nog) niet in elk ziekenhuis beschikbaar (Ziekenhuis.nl 2018). Het ontbreken van expertise om kwetsbare ouderen met comorbiditeit te behandelen kan ertoe leiden dat multiproblematiek wordt gereduceerd tot een enkelvoudig probleem. 30% van de ouderen die op een spoedeisende hulp (SEH) zijn behandeld, keert binnen enkele weken terug op de eerste hulp; dit zou een van de oorzaken zijn van de ondercapaciteit van de SEH (Knoop 2016).

Werkdruk hoog in ouderenzorg

Al jarenlang ervaart zorgpersoneel een hoge werkdruk. In beroepen in zorg en welzijn wordt de grootste werkbelasting gevonden. Werkenden ervaren zowel veel tijdsdruk als fysieke en psychische belasting (ROA 2017). De regeldruk is hoog en gaat ten koste van (het werkplezier in) de zorg (Zorg voor Beter 2018).²⁰ Door oplopende personeelstekorten neemt de werkdruk toe, waardoor (ook) zorg voor ouderen onder druk komt te staan. Begin 2018 waren er ruim 25.000 vacatures en nam het aantal moeilijk vervulbare vacatures toe (TK 2018/2019). De krapte aan personeel is vooral zichtbaar in de acute zorg, de wijkverpleging en onder verzorgenden in verpleeghuizen (Van der Aalst 2018). In sommige regio's speelt ook een huisartsentekort (Batenburg et al. 2018).

Ook huisartsen ervaren een hoge werkdruk. Zij wijten dat mede aan het toenemend aantal thuiswonende ouderen. De complexe vragen van ouderen zijn arbeidsintensief en daardoor belastend voor huisartsen en hun praktijkondersteuners (Schers et al. 2009).

Vrijwilligers kunnen een deel van de taken van betaalde zorgverleners overnemen, bijvoorbeeld als het gaat om gezelschap houden en vormen van begeleiding. Er komen ook al meer hulpvragen bij deze vrijwilligersorganisaties terecht, die eerder door formele hulpverleners werden opgepakt (Grootegoed et al. 2018). Maar ook vrijwilligers(organisaties) die betrokken zijn bij thuiswonende ouderen worden dikwijls overvraagd, zo blijkt uit een onderzoek dat werd uitgevoerd in opdracht van de Vereniging Nederlandse Organisaties Vrijwilligerswerk. Het gaat dan zowel om gebrek aan menskracht als om individuele overbelasting van vrijwilligers door complexiteit van een hulpvraag, bijvoorbeeld bij ouderen met dementie. Vrijwilligersorganisaties hebben bij werving van vrijwilligers ook last van de concurrerende bezigheden van mensen, met name betaald werk (Grootegoed et al. 2018).

20 Het ministerie van vws heeft een actieplan opgesteld: (Ont)Regel de Zorg (TK 2017/2018a). Het doel is het merkbaar verminderen van regeldruk voor professionals én patiënt, door het aantal administratieve handelingen te beperken. Het actieplan wordt op dit moment uitgevoerd. Tegelijkertijd dienen zich nieuwe regels aan die de werkdruk verhogen. Zo heeft de nza per 1 december zorginstellingen verplicht om wachtlijsten voor dementerenden te registreren, maar zorginstellingen in Brabant kondigden aan deze regel niet uit te voeren omdat zij vinden dat het de regeldruk verhoogt zonder dat cliënten daar baat bij hebben (Bakker 2018).

Ouderen belanden te vaak onnodig in het ziekenhuis

Jaarlijks belanden 300.000 ouderen onnodig in het ziekenhuis, stelt ActiZ (2018a). ‘Slechts’ 40% van alle ouderen op de SEH heeft een medisch probleem waarvoor spoedeisende hulp noodzakelijk is, maar meer dan de helft dus niet, blijkt uit onderzoek dat ActiZ liet uitvoeren (Winkel en Kousemaker 2017). Een op de vijf heeft een ‘welzijnsklacht’ en kan bijvoorbeeld niet thuis zijn vanwege eenzaamheid of onveiligheid. Bijna een kwart heeft een vraag die voorkomen had kunnen worden door betere signalering en monitoring van kwetsbare patiënten, bijvoorbeeld door de wijkverpleging of het wijkteam. De rest heeft een observatievraag die had kunnen worden opgevangen met een bed in een eerstelijnsverblijf, zo stellen de onderzoekers. Het onderzoek, dat is gebaseerd op cijfers uit 2015 en 2016, wijst uit dat door zorg op de juiste plek duurder ziekenhuisbezoek voorkomen kan worden. Die juiste plek is in dit geval transmurale zorg voor ouderen, waar voldoende medische kennis is maar ook kennis van psychosociale behoeften van ouderen (zie ook het punt over meer specialistische kennis), en waar voldoende wordt geïnvesteerd in mobilisatie/revalidatie van de oudere. Daarmee kan ook onnodig lange bezetting van ziekenhuisbedden door ouderen worden voorkomen. Dat is ook in het belang van ouderen zelf, want een ziekenhuisomgeving vormt een medisch risico (infecties, functieverlies door inactiviteit) (VMS-zorg 2018).

Er zijn twee mogelijkheden voor transmurale zorg: naast eerstelijnsverblijf is dat de geriatrische revalidatiezorg (zie hoofdstuk 4). ActiZ meldt dat zorgverzekeraars in 2017 te weinig plekken ELV inkochten (Nationale Zorggids 2017). Het gevolg is dat professionals soms heel veel tijd kwijt zijn om een plek voor een oudere te vinden, en dat die plek soms 50 kilometer verderop kan zijn. Het gaat er dan niet alleen om dat er geen lege bedden in de omgeving zijn, maar ook om gesteggel of een oudere wel aan de toelatingscriteria voor een beschikbare plek in aanmerking komt. Ook speelt mee dat patiënten op een ELV-bed zorg en behandeling nodig hebben die niet voldoende in het tarief zijn verwerkt (ActiZ 2018c). Vergelijkbare problemen met capaciteit spelen bij de GRZ (De Booy et al. 2018). Sinds 1 april 2018 is er een landelijk netwerk van regionale coördinatiepunten voor de plaatsing van ouderen in zorgvormen met tijdelijk verblijf, maar de bekostiging van deze regioloketten ontbreekt (ActiZ 2018b).

6.4 Van zelfstandig wonen naar permanent toezicht

Als het moment daar is dat thuis wonen niet meer gaat, is het nodig een indicatie voor de Wlz aan te vragen. Met zo’n indicatie kan men worden opgenomen in een verpleeghuis, waar een integraal pakket van wonen en zorg wordt aangeboden. Men kan ook kiezen voor een modulair of volledig pakket thuis (mpt of vpt) of een pgb (zie hoofdstuk 4). Daarmee kan men de zorg thuis krijgen, mits de woning zich daarvoor leent en de zorg doelmatig

kan worden geleverd (volgens de doelmatigheidstoets van het zorgkantoor).²¹ Op het grensvlak tussen thuis en een verpleeghuis spelen ook verschillende knelpunten.

Onduidelijke grenzen tussen verschillende wettelijke domeinen

Om in aanmerking te komen voor zorg uit de Wlz is een indicatie van het ciz nodig (zie hoofdstuk 4). Een deel van de ciz-medewerkers vindt (in 2016) dat de beleidsregels die gebruikt worden om een indicatie te stellen soms onvoldoende houvast bieden om een indicatiebesluit te kunnen nemen (Van Klaveren et al. 2017).

Ook voor aanvragers en professionals is niet altijd duidelijk binnen welk domein de zorg kan worden geleverd (Kornalijnslijper en De Klerk 2018). Financiële belangen kunnen afwenteelgedrag tussen gemeenten en zorgkantoren in de hand werken (Van der Ham en Den Draak 2018; Non et al. 2015). Dat kan leiden tot afwijzing van een aanvraag, een langere tijd voordat de zorg kan worden opgestart en het gevoel voor ouderen dat zij van het kastje naar de muur worden gestuurd.

Ouderen die te kwetsbaar zijn om thuis te wonen, maar geen toegang hebben tot Wlz

In het kader van de evaluatie van de hervormingen in de langdurige zorg werd onder meer onderzoek gedaan naar de toegang tot de Wlz (Van Klaveren et al. 2017). In dit onderzoek, dat werd uitgevoerd in 2016, benoemden ciz-medewerkers dat er een groep ouderen is die niet aan de toelatingscriteria voor de Wlz voldoet, maar te kwetsbaar is om thuis te wonen. Het gaat dan om ouderen die geen cognitieve beperkingen hebben, maar wel beperkingen van een andere aard, zoals lichamelijke beperkingen. Zij hebben wel intensieve zorg nodig, maar voldoen dan niet aan het criterium 'blijvend behoefte hebben aan permanent toezicht en/of 24 uur per dag de nabijheid van zorg'. Als zij zelf kunnen beoordelen of zij alarm moeten slaan en dat ook daadwerkelijk kunnen doen, komen zij niet voor Wlz-zorg in aanmerking, terwijl er soms wel meer of andere zorg nodig is dan vanuit de Zvw, Wmo en het sociaal netwerk geboden kan worden. Dit betekent dan toch dat de aanvrager wordt terugverwezen naar de Wmo 2015 of Zvw en in principe thuis moet blijven wonen, terwijl meer toezicht en bescherming wenselijk is.

Dat er een groep ouderen is die tussen wal en schip belandt duidt mogelijk op een 'gat' in de zorg, tussen de Wmo en de Wlz. Vier op de tien ciz-medewerkers vonden (in 2016) dat in sommige gemeenten het lokale aanbod niet voldoende is, waardoor (oudere) mensen met een zorgbehoefte eerder een aanvraag voor Wlz-zorg doen, terwijl ze (nog) niet voldoen aan de criteria (Van Klaveren et al. 2017). Ook praktijkondersteuners in de huisartsenpraktijk signaleren dat er een groep ouderen is die niet in aanmerking komt voor het verpleeghuis maar wel behoefte heeft aan een meer beschermde woonvorm, zoals het voormalig verzorgingshuis. Dat geldt vooral voor ouderen met dementie (De Groot et al. 2018).

21 Een pgb is alleen onder voorwaarden mogelijk, zoals dat de cliënt (of iemand namens de cliënt) volgens het zorgkantoor zelf de regie kan voeren. Ook voor vpt en mpt gelden voorwaarden, zie het *Toetsingskader doelmatige en verantwoorde zorg thuis* van Zorgverzekeraars Nederland (2015).

Naar aanleiding van de signalen over regionale verschillen in de toegang tot de Wlz heeft de Algemene Rekenkamer onderzoek gedaan. De onderzoekers concluderen dat er inderdaad regionale verschillen zijn in het aantal aanvragers van een Wlz-indicatie, maar niet in de wijze waarop het ciz de aanvragen beoordeelt en toewijst (Algemene Rekenkamer 2018). Dat zou betekenen dat er in sommige regio's inderdaad sprake is van een ontbrekend Wmo-aanbod dat voorliggend is aan de Wlz.

Zorgval na overgang van Wmo/Zvw naar Wlz

Ouderen bij wie de zorgbehoefte dusdanig toeneemt dat 24-uurs zorg in nabijheid of permanent toezicht nodig is, komen in aanmerking voor een Wlz-indicatie. De overgang van de zorg en ondersteuning op basis van de Wmo 2015 en de Zvw naar de Wlz-zorg kan soms (als de oudere op de wachtlijst staat voor een verpleeghuis of zorg ontvangt in de vorm van een modulair pakket thuis) leiden tot een (hogere) eigen bijdrage, minder uren zorg en andere zorgverleners. Dit wordt wel de zorgval genoemd (Kromhout et al. 2018).

Voor de wijkverpleging uit de Zvw geldt geen eigen bijdrage of eigen risico. De eigen bijdragen voor de Wmo 2015 kunnen lager zijn dan de eigen bijdragen in de Wlz. Het aantal uren zorg dat uit de Wlz geleverd mag worden is, anders dan bij de Zvw en Wmo, niet begrensd (al moet deze wel doelmatig zijn). De kosten weerhouden ouderen er soms van om van Wlz-zorg gebruik te maken terwijl ze die wel nodig hebben (De Groot et al. 2018). Dat een oudere door de overgang van de Wmo/Zvw naar de Wlz soms met andere zorgverleners te maken krijgt, komt doordat voor Wlz-zorg thuis soms andere zorgorganisaties gecontracteerd zijn dan in de Wmo 2015 en Zvw.²²

Nieuw aanbod wonen met zorg (nog) niet bereikbaar voor alle ouderen

Door de ingezette extramuralisering verdwijnen de vroegere verzorgingshuizen. Het sluiten van verzorgingshuizen en de daarbij aangesloten aanleunwoningen ervaren ouderen als probleem en als inperking van de keuzevrijheid. Zij missen met name een 'tussenvoorziening' tussen thuis en het verpleeghuis voor situaties waarin meer toezicht en begeleiding nodig is (Von Faber et al. 2018). Zorgaanbieders, woningcorporaties, gemeenten en particuliere ondernemers ontwikkelen nieuwe woonvormen voor ouderen met zorg en diensten, maar er is nog geen sprake van een dekkend aanbod:

De verschillende producten en diensten worden door het hele land aangeboden, maar lijken relatief beperkt in aantal, zeker in het goedkopere segment. Ze zijn nog geen gemeengoed, zoals verzorgingshuizen een vertrouwd onderdeel in het aanbod van elke wijk of dorp waren. (Van Klaveren et al. 2018: 3)

22 In de praktijk kan de zorgval ertoe leiden dat ouderen met dementie die op een wachtlijst voor een verpleeghuis komen bijvoorbeeld geen gebruik meer kunnen maken van dagbesteding of een case-manager dementie (Tuzgöl-Broekhoven et al. 2018). Het gevolg is dat sommige ouderen (vooral met dementie) de aanvraag van een Wlz indicatie uitstellen totdat er een crisissituatie ontstaat (Alzheimer Nederland 2017).

Aedes-ActiZ Kenniscentrum Wonen-Zorg en Platform31 stellen dat er duidelijk behoefte is aan nieuwe, betaalbare vormen van woonzorg voor mensen met een laag inkomen. Maar voor kwetsbare ouderen met een kleine portemonnee lijkt het lastig om woonarrangementen met aanbod van zorg en welzijn financieel haalbaar te maken (Van Klaveren et al. 2018; Nienhuis et al. 2016). Daarnaast is specifieke aandacht nodig voor krimpregio's en regio's met een kleine markt (Aanjaagteam Langer zelfstandig wonen 2016; Tennekes et al. 2017). Tegelijkertijd is sturing op ruimtelijke voorzieningsverspreiding lastig geworden als gevolg van veranderingen in het bekostigingsstelsel.²³ Spreiding door de markt is daardoor een grotere rol gaan spelen. Bij woonzorgvoorzieningen voor ouderen leidt dit tot deconcentratie: er komen meer locaties (behalve in kleine kernen in krimpgebieden) en die zijn gemiddeld kleiner (Tennekes et al. 2017).

Transformatie van zorgvastgoed is veelomvattend en kost tijd

Het scheiden van wonen en zorg, de extramuralisering, het afschaffen van de lichtere zorgzwaartepakketten in de Wlz en de veranderde woonwensen en -voorkeuren van ouderen vragen om nieuwe vormen van wonen met zorg of diensten en een nieuwe bestemming voor het bestaande zorgvastgoed (de verzorgingshuizen). Een dergelijke transformatie kost tijd, zoals de Raad voor de leefomgeving en infrastructuur in 2014 constateerde:

De korte termijn waarop de beperking van toegang tot intramurale verblijfsvormen wordt geregeld, past niet bij de omvang van de benodigde aanpassingen voor het zorgvastgoed. Herbestemming van vastgoed kost tijd. (Rli 2014)

Daarbij gaat het niet alleen om tastbare aanpassingen maar ook om een cultuuromslag in denken en doen bij meerdere partijen, bijvoorbeeld in het denken over vastgoedvraagstukken en de verschuiving naar een meer vraagvolgende bekostiging (Tennekes et al. 2017). Bovendien heeft de combinatie van meerdere beleidswijzigingen, onzekerheid over de definitieve wet- en regelgeving en de economische crisis gezorgd voor risicomijdend gedrag en uitstel bij zorgaanbieders en woningcorporaties (Faun et al. 2014; Rli 2014; Aanjaagteam Langer zelfstandig wonen 2016).

6.5 Samenvatting

Hoewel het met veel thuiswonende ouderen goed gaat, hebben ouderen ook te maken met knelpunten in de zorg en ondersteuning. Hiervan is vaak niet bekend hoe vaak ze voorkomen en hoe groot de groep ouderen is die het betreft, maar het kan voor ouderen grote gevolgen hebben wanneer zij niet de zorg krijgen die zij wensen of nodig hebben.

23 Vroeger werden de gebouwen zelf bekostigd (in natura, vanuit een budget of op andere manieren), nu moet het gebouw steeds vaker bekostigd worden uit een vergoeding die afhankelijk is van het afnemen van de dienst door een persoon: een meer vraagvolgende bekostiging van de dienstverlening en de huisvesting daarvan (Tennekes et al. 2017: 8).

De knelpunten die we in dit hoofdstuk signaleerden proberen we onder te brengen in verschillende thema's. Een eerste zou een overschatting van de eigen kracht en mogelijkheden van ouderen en hun netwerken kunnen zijn: een deel van de ouderen heeft geen vaardigheden om zelf zorg te organiseren, hun netwerk is overbelast of zij bereiden zich onvoldoende voor op de toekomst. Het zijn niet alleen beleidsmakers, indicatiestellers of hulpverleners die de kracht en mogelijkheden van ouderen en hun netwerken neigen te overschatten; ouderen zelf zijn zich vaak ook onvoldoende bewust van hun kwetsbaarheid. Er lijkt een groep ouderen te zijn die in een huis wonen dat niet goed past, terwijl ze niet willen of kunnen verhuizen. Zowel financiële als sociale overwegingen spelen een rol: mensen zijn gehecht aan hun huis en hun buurt. Het woningaanbod is ook nog onvoldoende aangepast aan de nieuwe vraag. En omdat de zorg ook nog weinig gericht is op preventie, loopt men vaak achter de feiten aan.

Een tweede thema vinden we in de complexiteit van het zorgstelsel, waarbij het niet altijd goed te ontrafelen is of het probleem zit in de vormgeving van het stelsel of in de interpretatie en uitvoering ervan. De afbakening tussen verschillende zorgwetten kan een drempel vormen om de juiste zorg te krijgen. Daarnaast kan de eis om mee te betalen aan de zorg ouderen afschrikken om hulp(middelen) aan te vragen die zij eigenlijk wel nodig hebben. Ook zijn er ouderen die niet thuis kunnen zijn maar (net) niet voor Wlz in aanmerking komen of te maken krijgen met de 'zorgval' als zij onder de Wlz komen te vallen. De informatie over de mogelijkheden en manieren om hulp en ondersteuning aan te vragen is voor ouderen vaak moeilijk toegankelijk. En niet alleen voor ouderen, ook voor indicatiestellers en hulpverleners is het soms lastig te bepalen onder welke wet de benodigde zorg valt. De onheldere afbakening – in combinatie met een complexe organisatie van de zorg(wetten), schotten tussen de wetten en afwentelgedrag tussen zorgkantoor of verzekeraar en de gemeente – belemmert bovendien afstemming en samenwerking tussen hulpverleners. Het toenemende tekort aan capaciteit door personeelsgebrek of door te krappe inkoop door zorgkantoor of gemeente, en gebrek aan specifieke deskundigheid bij onder meer huisartsen en wijkteam vormen een derde thema dat binnen de zorg voor ouderen thuis knelpunten oplevert. Er is behoefte aan meer deskundigheid en capaciteit van het aanbod aan bijvoorbeeld thuiszorg, huisartsen en woonzorg. De krapte die ontstaat op de arbeidsmarkt voor zorgpersoneel (zoals verzorgenden, verpleegkundigen en specialisten ouderengeneeskunde) is zorgelijk.

In hoeverre ouderen met knelpunten in de zorg en ondersteuning te maken hebben hangt onder meer af van de ernst en de complexiteit van hun gezondheidsklachten of beperkingen en de mate waarin zij regie kunnen voeren. Andere factoren zijn hun vaardigheden om zichzelf te informeren en voor zichzelf op te komen, de hulpbronnen die zij kunnen inzetten (sociaal netwerk, financiële middelen) en de regio waar zij wonen. Ouderen met bepaalde kenmerken hebben mogelijk met een stapeling van de knelpunten te maken: ze kunnen bijvoorbeeld de informatie over zorg en ondersteuning niet vinden of begrijpen, hebben ook geen middelen om naar een geschikte woning te verhuizen, hebben complexe gezondheidsproblemen maar kunnen geen regie voeren als er verschillende hulpverleners

en medisch specialisten betrokken raken. Hoe groot de groep ouderen is die hiermee te maken heeft is echter niet bekend.

In de inleiding van dit hoofdstuk schreven we dat het merendeel van de zorgontvangende ouderen tevreden is over de zorg. Het kan zijn dat veel van de benoemde knelpunten vooral in de relatief korte laatste levensfase van ouderen spelen. Daardoor is het aantal ouderen dat er op een gegeven tijdstip mee te maken heeft wellicht klein, maar kan het aantal ouderen dat er in hun levensloop mee te maken krijgt wel groot zijn. Knelpunten zouden mogelijk (deels) op te lossen zijn als er meer geld beschikbaar komt voor de ouderenzorg thuis, maar juist dat zal in de toekomst een probleem zijn (zie hoofdstuk 7).

7 Trends 2018-2030

Welke trends en ontwikkelingen hebben gevolgen voor de zorg en ondersteuning voor ouderen thuis? Om die vraag te beantwoorden schetsen we een aantal algemene maatschappelijke ontwikkelingen of drijvende krachten die in meer of mindere mate invloed hebben op de zorgvraag van ouderen, en daarmee op het toekomstige zorggebruik. Het gaat om een verkenning van mogelijke ontwikkelingen tussen nu en 2030. Hierbij passeren achtereenvolgens demografische, sociaal-culturele, technologische en economische ontwikkelingen en de verwachtingen ten aanzien van de gezondheid van toekomstige ouderen de revue.¹ Het gaat hierbij steeds om een verkenning van te verwachte ontwikkelingen, niet om een voorspelling.

Dit hoofdstuk is voor een belangrijk deel gebaseerd op de Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV) 2018, een beleidsarme verkenning van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), en het Sociaal en Cultureel Rapport *De toekomst tegemoet* van het Sociaal en Cultureel Planbureau (Van den Broek et al. 2016). De gegevens in dit hoofdstuk zijn zo veel mogelijk toegespitst op 75-plussers.

7.1 Demografische ontwikkelingen

Aantal 75-plussers neemt sterk toe

Een van de grootste uitdagingen voor (de toekomst van) de zorg is het groeiend aantal ouderen. Volgens de bevolkingsprognose van het CBS zal het aandeel 75-plussers toenemen van bijna 8% van de bevolking in 2017 tot bijna 12% in 2030 (Van Duin et al. 2016). In 2030 zullen er ruim 2 miljoen 75-plussers zijn (720.000 meer dan nu; zie ook figuur 7.1). Dit hangt deels samen met de naoorlogse geboortegolf. De eerste lichting van deze generatie bereikt in 2021 de 75-jarige leeftijd. Daarnaast neemt de levensverwachting toe: in 2018 heeft een 75-jarige man gemiddeld nog twaalf jaar te leven en een 75-jarige vrouw veertien jaar. In 2030 hebben zowel mannen als vrouwen gemiddeld een jaar langer te leven.²

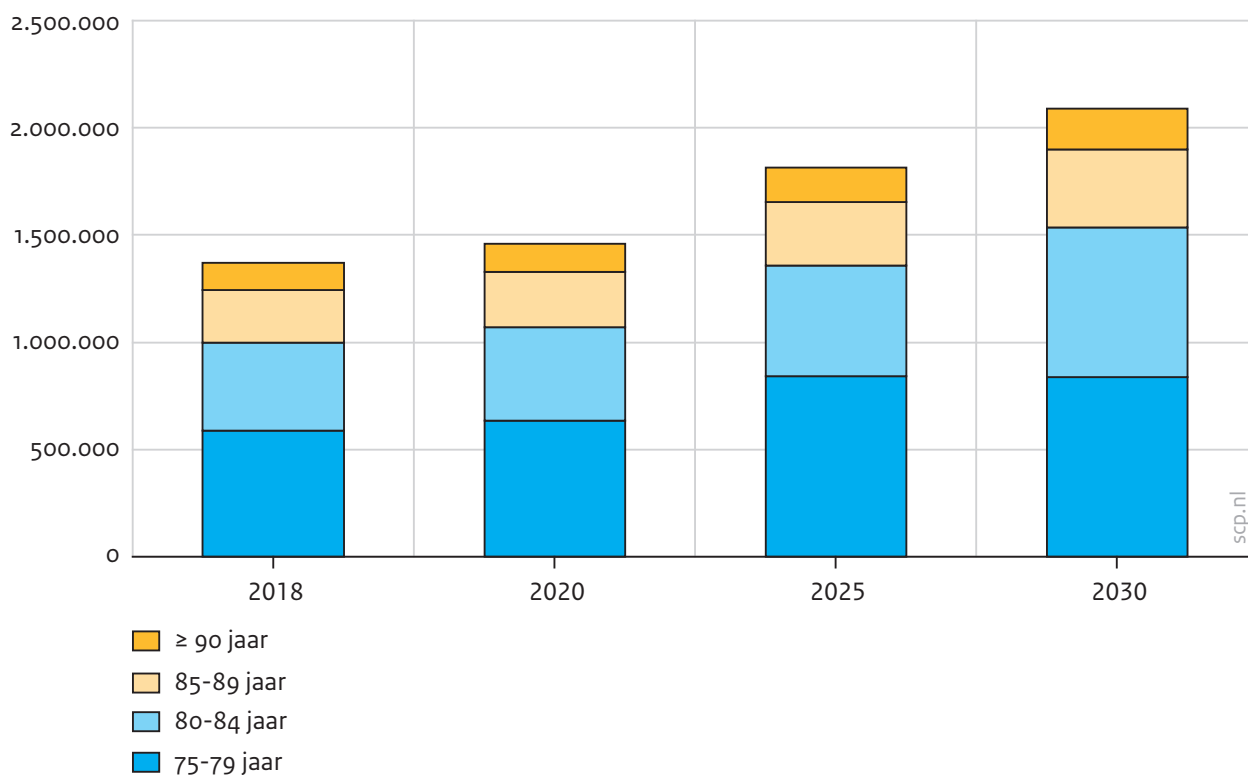
Binnen de groep 75-plussers zal eerst vooral het aantal 75-79-jarigen toenemen (tot 2025) en daarna het aantal 80-84-jarigen. Zowel in 2018 als in 2030 is ruim een kwart van de 75-plussers 85 jaar of ouder. In absolute aantallen zal de groep 85-plussers, die relatief veel zorg nodig heeft, toenemen van circa 375.000 mensen nu tot bijna 560.000 mensen in 2030.

1 Veranderingen in gezondheid worden normaal gesproken niet tot de 'drijvende krachten' gerekend, maar hier wel besproken omdat juist deze veranderingen van belang zijn voor de toekomst van de zorg. Ecologische ontwikkelingen worden vaak ook als drijvende krachten gezien. Omdat dit soort veranderingen (denk aan gezondheidsrisico's voor ouderen door extremer weer) zich vooral over een langere periode manifesteren, gaan we hier verder niet op in.

2 Zie ook de VTV 2018 voor algemenere cijfers over de stijgende levensverwachting (RIVM 2018h). Het RIVM heeft het SCP extra gegevens ter beschikking gesteld over 75-plussers.

Figuur 7.1

Prognose van het aantal 75-plussers naar leeftijd, 2018-2030 (in absolute aantallen)



Bron: cbs (StatLine)

Aantal alleenstaande 75-plussers neemt toe tot 2030, maar aandeel daalt licht

In absolute aantallen zal tussen 2018 en 2030 het aantal alleenwonende 75-plussers stijgen van circa 660.000 naar bijna 950.000.³ Vrouwen wonen veel vaker alleen dan mannen, doordat zij gemiddeld ouder worden dan mannen en bovendien vaak jonger zijn dan hun partner. Dat zal in 2030 niet anders zijn. Alleenwonende ouderen gebruiken relatief vaak (publiek gefinancierde) zorg. Het ligt dan voor de hand dat de zorgvraag zal stijgen als gevolg van het aantal alleenstaande ouderen.

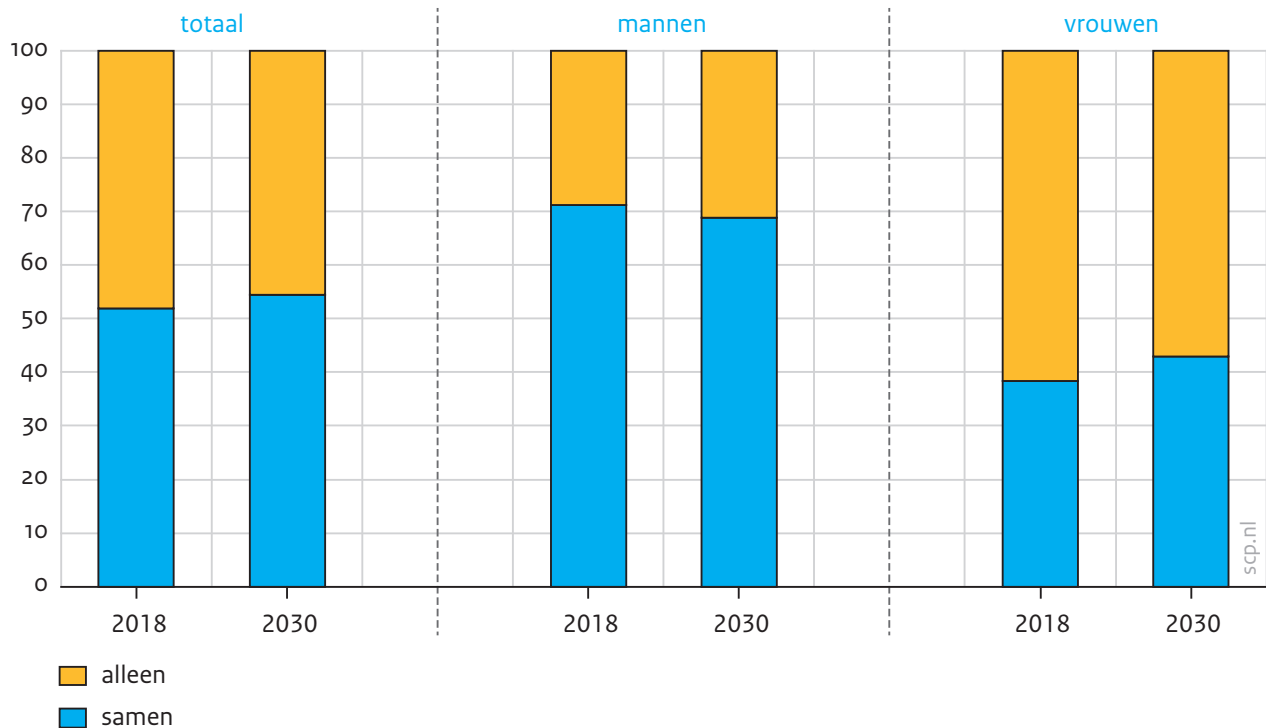
Het aandeel alleenwonende 75-plussers zal naar verwachting in 2030 iets kleiner zijn dan in 2018 (resp. 45% en 48%), doordat het aantal 75-plussers dat een huishouden deelt nog iets harder zal toenemen dan het aantal alleenwonende 75-plussers.⁴

3 De cijfers hier wijken af van die van hoofdstuk 2. In hoofdstuk 2 gaat het om zelfstandig wonende 75-plussers, hier om alle 75-plussers. Hierbij is verondersteld dat de instellingsbewoners alleen wonen.

4 Na 2030 zal het aandeel alleenwonenden onder de 75-plussers weer toenemen (cbs StatLine).

Figuur 7.2

Prognose huishoudensvorm 75-plussers naar sekse, 2018-2030 (in procenten)



Bron: cbs (StatLine)

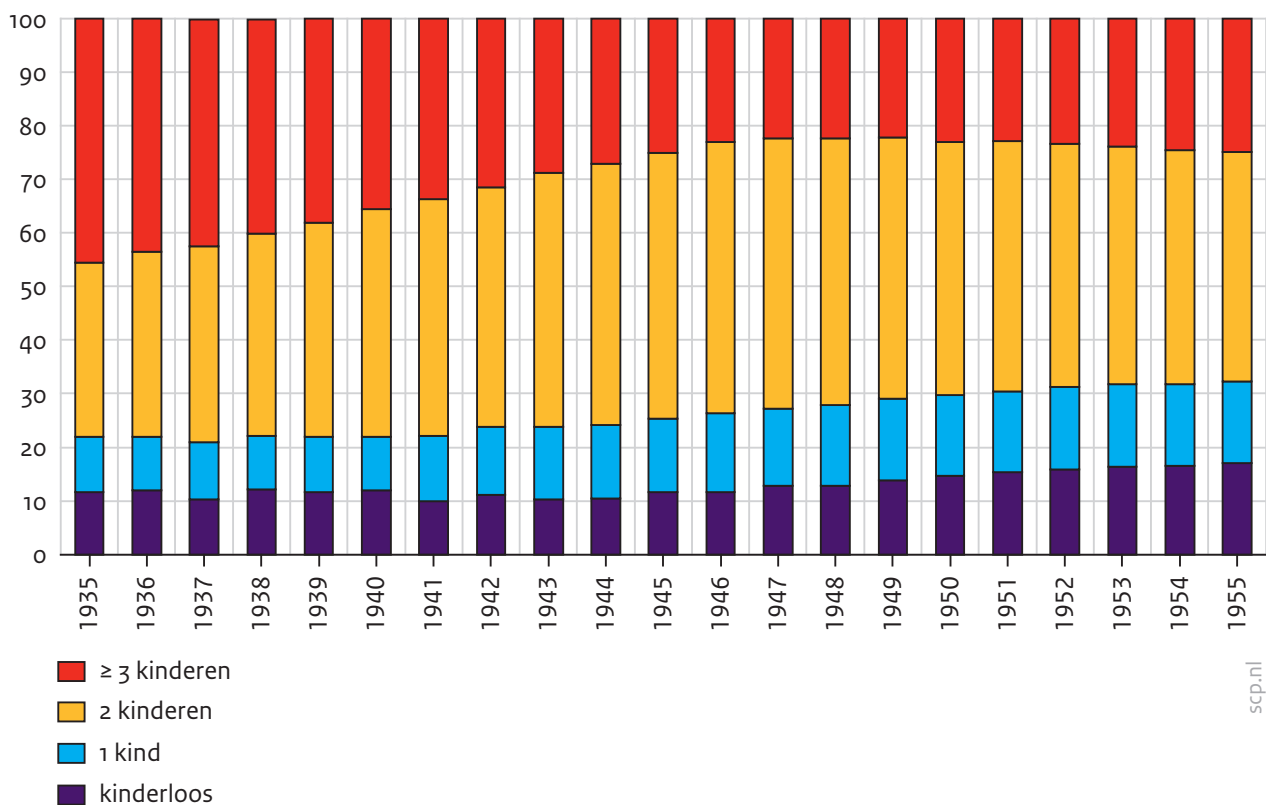
Ouderen in toekomst minder kinderen

Toekomstige ouderen zijn vaker kinderloos dan huidige ouderen: van de 75-jarige vrouwen in 2018 (geboren in 1943) is 10% kinderloos, van de 75-jarige vrouwen in 2030 (geboren in 1955) is dat 17%.⁵ Daarnaast zullen toekomstige ouderen ook minder vaak drie of meer kinderen hebben dan nu (cbs StatLine).

5 Dit aandeel is alleen bekend van vrouwen (bij geboorten is altijd de moeder bekend maar de vader wordt niet altijd geregistreerd).

Figuur 7.3

Het aantal kinderen per vrouw naar geboortjaar, 1935-1955 (in procenten)^a



a In deze figuur staat het aantal kinderen dat vrouwen kregen (niet het aantal kinderen dat nog in leven is). Een vrouw geboren in 1943 is in 2018 75 jaar en een vrouw geboren in 1955 is in 2030 75 jaar.

Bron: CBS (StatLine)

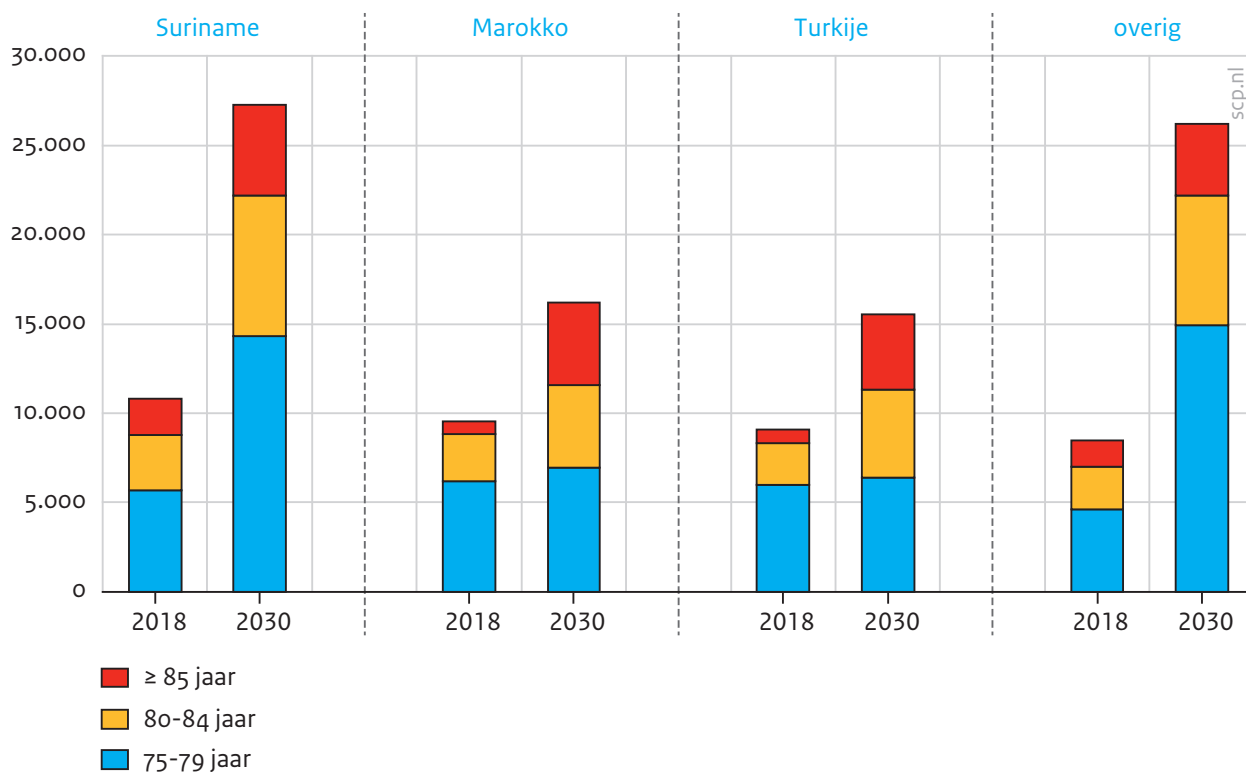
Steeds meer niet-westerse oudere migranten

In 2018 wonen er ruim 40.000 niet-westerse migranten van 75 jaar of ouder in Nederland en dit aantal stijgt naar verwachting tot bijna 95.000 in 2030. Het aantal zal dus ruim verdubbelen. Het aandeel binnen de groep 75-plussers zal ook toenemen, maar is ook in 2030 nog betrekkelijk gering (in 2018 3% en in 2030 4,5% van de 75-plussers). Het merendeel behoort tot de traditionele migrantengroepen van Surinaamse, Turkse of Marokkaanse herkomst. Het gaat hier voornamelijk om migranten van de eerste generatie die in de jaren zestig en zeventig voor werk of studie naar Nederland zijn gekomen (Witter en Fokkema 2018).

Door de toename van het aantal 75-plussers van niet-westerse herkomst zal de zorgvraag veranderen (Van Campen et al. 2016). Onder migrantenouderen komt bijvoorbeeld twee- tot driemaal zo vaak dementie voor (Parlevliet et al. 2016). Ook diabetes komt vaker voor onder migrantenouderen (RIVM 2018b). Daarnaast zijn er culturele verschillen in attitudes ten aanzien van familieverplichtingen (Schans en Komter 2006). Vooral Marokkaanse en Turkse ouderen geven de voorkeur aan de hulp van hun (schoon)kinderen (Pharos 2015).

Figuur 7.4

Verwachte aantal niet-westerse oudere migranten naar herkomstland en leeftijd, 2018-2030 (in absolute aantallen)



Bron: cbs (StatLine)

Relatief meer ouderen in landelijke regio's

Op dit moment wonen de 75-plussers vooral in de grote steden en aan de kust. Ook in de toekomst neemt het aantal ouderen in de grote steden nog sterk toe, omdat veel mensen in de stad blijven wonen en daar oud worden. Het relatieve beeld is precies omgekeerd. Ten opzichte van de totale bevolking is het aandeel 75-plussers relatief laag in de steden en hoog op het platteland. Jongeren verlaten het platteland voor een opleiding of baan in de stad; de ouderen blijven achter. In de stad vestigen zich ook relatief jonge immigranten (De Jong en Daalhuizen 2014: 30).

In 2030 zal het aandeel 75-plussers in de bevolking vooral hoog zijn in de krimpgebieden Oost-Groningen, Zuid-Limburg en Zeeuws-Vlaanderen, zo blijkt uit prognoses van het Planbureau voor de Leefomgeving (PBL) (Kooiman et al. 2016).⁶ Die gebieden zijn nu al relatief sterk vergrijsd.

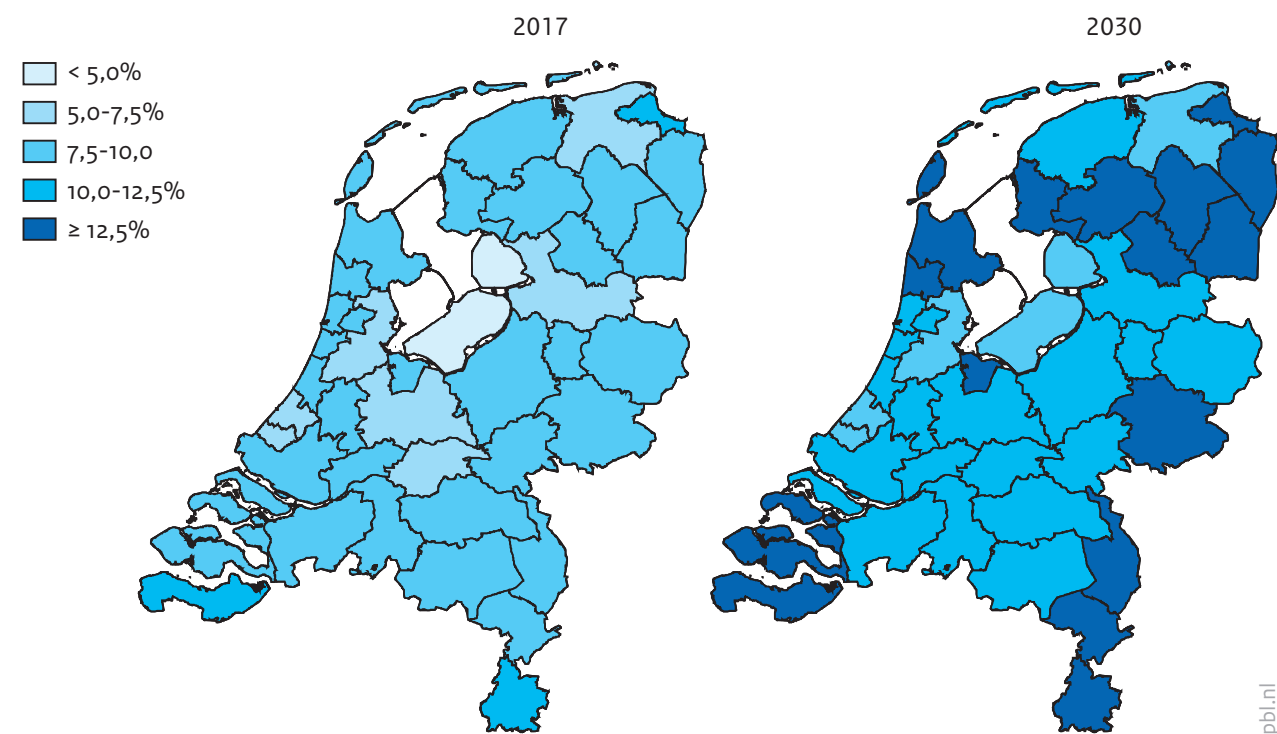
In die regio's zal in de toekomst een zeer groot deel van de potentiële beroepsbevolking in de ouderenzorg moeten gaan werken (Daalhuizen et al. 2018; De Jong en Daalhuizen 2014).

⁶ Iedere drie jaar actualiseert het PBL de regionale bevolkings- en huishoudensprognose. De meest recente versie is van september 2016. Het opstellen van de prognose gebeurt in samenwerking met het cbs (zie ook Planbureau voor de Leefomgeving 2016).

In dichtbevolkte steden zullen innovaties zoals een internetboodschappenservice eerder worden aangeboden omdat dergelijke voorzieningen daar eerder renderen dan op het platteland. Dit kan tot gevolg hebben dat de verschillen tussen de grote steden en krimp-regio's toenemen, als het gaat om het voorzieningenniveau (De Jong en Daalhuizen 2014).

Figuur 7.5

Verwachte ontwikkeling van het aandeel 75-plussers naar Corop-regio^a, 2017-2030 (in procenten)



a Nederland kent 40 Corop-gebieden. Vaak gaat het om een gebied met een centrale kern (een stad) met een omliggend verzorgingsgebied. Dit is niet altijd het geval, doordat de begrenzing van de Corop-gebieden de provinciale grenzen volgt.

Bron: CBS; PBL/CBS

Grijze druk neemt toe

Het aandeel 20-64-jarigen, grofweg de potentiële beroepsbevolking, zal afnemen van 59% in 2018 naar 55% in 2030 (een afname van circa 310.000 personen). De grijze druk⁷ is een veelgebruikte maat om de verhouding tussen 65-plussers en mensen die (potentieel) economisch actief zijn (20-64-jarigen) weer te geven. De grijze druk neemt de komende jaren toe van 32 naar 43 in 2030. Als we kijken naar de verhouding tussen het aantal 20-64-jarigen en het aantal 75-plussers, dan daalt het aantal 20-64-jarigen per 75-plusser van ruim zeven personen in 2018 naar ruim vijf personen. Het gevolg is dat, ervan

7 Bij de grijze druk wordt meestal de verhouding tussen het aantal personen van 65 jaar of ouder en het aantal personen van 20 tot 65 jaar weergegeven en wordt nog geen rekening gehouden met het feit dat de Aow-leeftijd is verhoogd.

uitgaande dat er geen veranderingen optreden in bijvoorbeeld het AOW-stelsel⁸ of de zorgbehoefte van ouderen, steeds minder werkenden meer pensioenuitkeringen moeten verdienen, en dat er steeds meer banen in de zorg nodig zijn terwijl er naar verhouding minder arbeidskrachten zijn (Van Dam et al. 2013).

Aantal potentiële mantelzorgers per oude oudere neemt af

De *oldest old support ratio* (OOSR) wordt wel gezien als een indicator voor het aantal potentiële mantelzorgers (het aantal 50-74-jarigen, een groep die relatief vaak mantelzorg geeft) ten opzichte van de 85-plussers (degenen die veel zorg nodig hebben).⁹ Nu zijn er circa vijftien personen in de leeftijdsklasse 50-74 jaar per 85-plusser, in 2030 is dit gedaald tot tien personen (De Jong en Kooiker 2018). Dit betekent dat de druk op de mantelzorg toeneemt: er zijn minder mensen beschikbaar om deze zorg mee te delen.¹⁰

De OOSR kijkt alleen naar de 50-74-jarigen als potentiële mantelzorgers, omdat die groep relatief vaak mantelzorg geeft, maar ouderen zelf kunnen ook mantelzorg geven.¹¹ Zo geven ruim twee op de tien 75-plussers mantelzorg (De Klerk et al. 2017: 49).¹² Het gaat dan vaak om de hulp aan een partner en relatief vaak om intensieve hulp (meer dan 8 uur per week). Al eerder is geconstateerd dat het aandeel ouderen binnen de groep mantelzorgers is toegenomen (Oudijk et al. 2010). Gezien de toename van het aantal 75-plussers in de toekomst, en de toename van het aantal 75-plussers dat een huishouden deelt (zie figuur 7.2), is het te verwachten dat ook het aantal oudere mantelzorgers toeneemt. Het gaat dan vaak om een relatief kwetsbare groep mantelzorgers: een deel heeft immers zelf ook met gezondheidsbeperkingen te maken. Naast partnerhulp zijn er ook andere vormen van informele hulp mogelijk. Suanet et al. (2013) wijzen erop dat ouderen (hier breder gedefinieerd dan 75-plussers) tegenwoordig vaker vriendennetwerken hebben dan ouderen die eerder werden geboren. Conkova (2019) toont aan dat niet-familieleden vooral bijspringen voor emotionele steun maar dat vooral familie daarnaast ook zorg en praktische ondersteuning biedt.

8 De AOW wordt gefinancierd met een omslagstelsel, waarbij in elk jaar de werkenden de uitkeringen van de inactieven betalen.

9 Er bestaan verschillende varianten van de OOSR. Zo kun je ook kijken naar de verhouding tussen 45-64-jarigen en 85-plussers (De Klerk et al. 2017) of tussen 50-74-jarigen en 75-plussers (Daalhuizen et al. 2018). De hier gehanteerde indeling wordt vaak gebruikt in internationale literatuur.

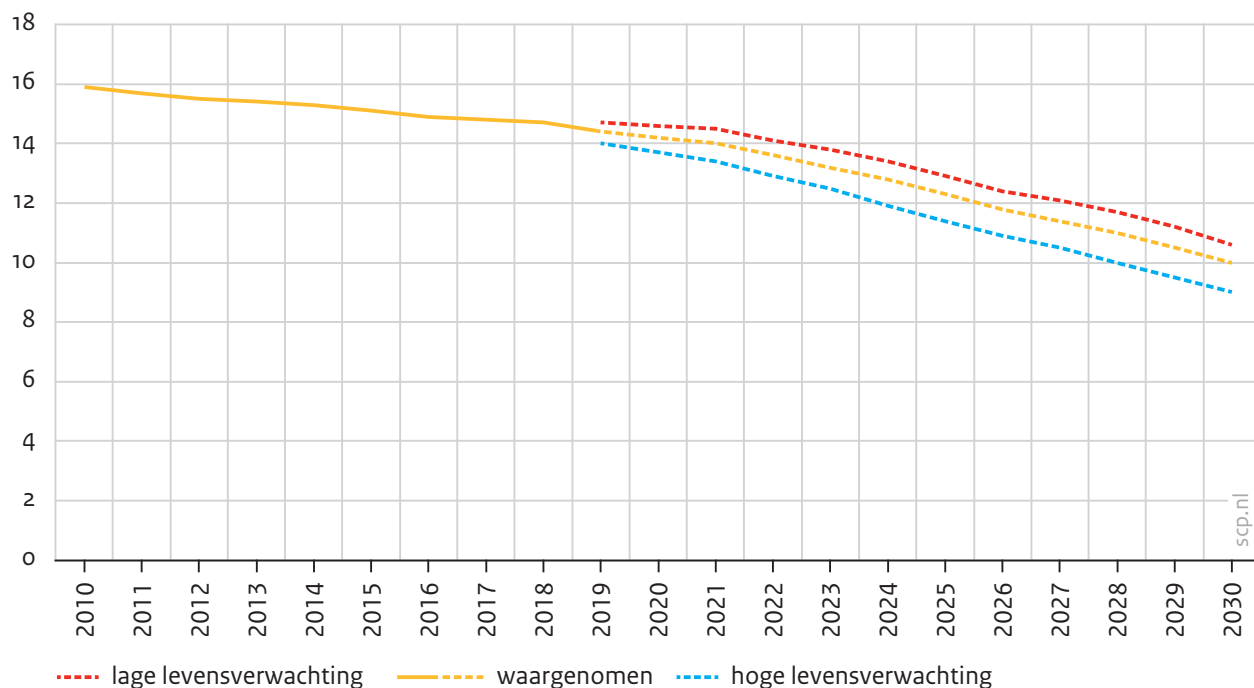
10 Het SCP en PBL komen in 2019 met ramingen over het toekomstige aantal gevers en ontvangers van mantelzorg.

11 Daarnaast zijn er ook mensen jonger dan 50 jaar die hulp geven aan 75-plussers.

12 In totaal is 12% van de mantelzorgers 75 jaar of ouder.

Figuur 7.6

Oldest old support ratio: waargenomen (2010-2018) en verwachte (2019-2030) ratio volgens CBS-bevolkingsprognoses, 2010-2030 (in procenten)



Bron: De Jong en Kooiker (2018) SCP-bewerking

Wat betekenen deze demografische ontwikkelingen voor de vraag naar zorg?

Het is duidelijk dat het aantal 75-plussers zal toenemen. Dat geldt bijvoorbeeld ook voor het aantal alleenstaande ouderen, een groep die relatief veel (publiek gefinancierde) zorg gebruikt (Plaisier en de Klerk 2015) en vaker eenzaamheidsproblemen kent (RIVM 2018a). De relatieve toename van het aandeel 75-plussers op het platteland en krimpgebieden en de naar verhouding kleinere beroepsbevolking (en het aantal mensen dat informele of formele zorg kan verrichten) maakt de uitdaging voor de zorg in deze regio's het grootst. Hier zijn andere oplossingen vereist dan in de steden, zoals andere woonvormen of zorgcoöperaties, of meer zorg op afstand door de inzet van e-health (zie § 7.4) (RIVM 2018c).¹³ Het aantal oudere migranten zal ruim verdubbelen, maar binnen de totale groep 75-plussers slechts een klein deel uitmaken. De groeiende groep migrantenouderen, die relatief vaak een laag opleidingsniveau en laag inkomen hebben, heeft soms ook andere behoeften als het gaat om informele of publiek gefinancierde zorg, of specifieke wensen met betrekking tot bijvoorbeeld de zorg, de zorgverlener, het eten, of informatie in de eigen taal (Meulenkamp et al. 2010; De Bruin et al. 2018).¹⁴

13 Deze paragraaf is ontleend aan RIVM (2018c).

14 Het gaat bijvoorbeeld om de wens van vrouwen om persoonlijke verzorging van vrouwelijke hulpverleners te krijgen, maar ook om wensen als eten dat men gewend is, een ruimte om (een grote) familie te ontvangen en mensen ontmoeten met wie men zich verbonden voelt doordat zij dezelfde taal spreken.

Met het krimpen van de groep potentiële mantelzorgers in de leeftijd van 50-74 jaar en het stijgen van het aantal 75-plussers is het waarschijnlijk dat een groter deel van de intensieve mantelzorg bij de oudste groep Nederlanders komt te liggen, een groep die zelf vaak ook met gezondheidsproblemen te maken zal hebben.

7.2 Veranderingen in de gezondheid van ouderen

In hoofdstuk 3 stonden we stil bij het begrip ‘positieve gezondheid’ en lieten we zien dat dit uit verschillende facetten bestaat, waarvan het ene beter te kwantificeren is dan het andere (Huber et al. 2011; Huber et al. 2016; ZonMw 2014). Wat betreft de verwachtingen rond de gezondheid in 2030 geldt dat er alleen ramingen beschikbaar zijn over deelaspecten, namelijk de aanwezigheid van chronische aandoeningen, beperkingen en eenzaamheid. Daarom besteden we alleen hieraan aandacht. De gegevens zijn ontleend aan de Volksgezondheid Toekomst Verkenning (RIVM 2018a).¹⁵

Aantal ouderen met chronische aandoeningen neemt toe

Doordat het aantal 75-plussers de komende jaren toeneemt, zullen er ook steeds meer ouderen zijn met een chronische aandoening zoals artrose, nek- en rugklachten, diabetes of dementie. Het aandeel 75-plussers dat met een van deze ziekten te maken heeft, zal de komende jaren naar verwachting vrijwel constant zijn, met uitzondering van het aandeel ouderen dat perifere artrose¹⁶ heeft: dat zal toenemen van 36% nu tot 42% in 2030 (zie figuur 7.7).¹⁷ Ook het voorkomen van multimorbiditeit, het hebben van meerdere chronische aandoeningen, zal stabiel zijn. Ongeveer 78% van de mannen en 82% van de vrouwen van 75 jaar of ouder heeft meerdere chronische aandoeningen.

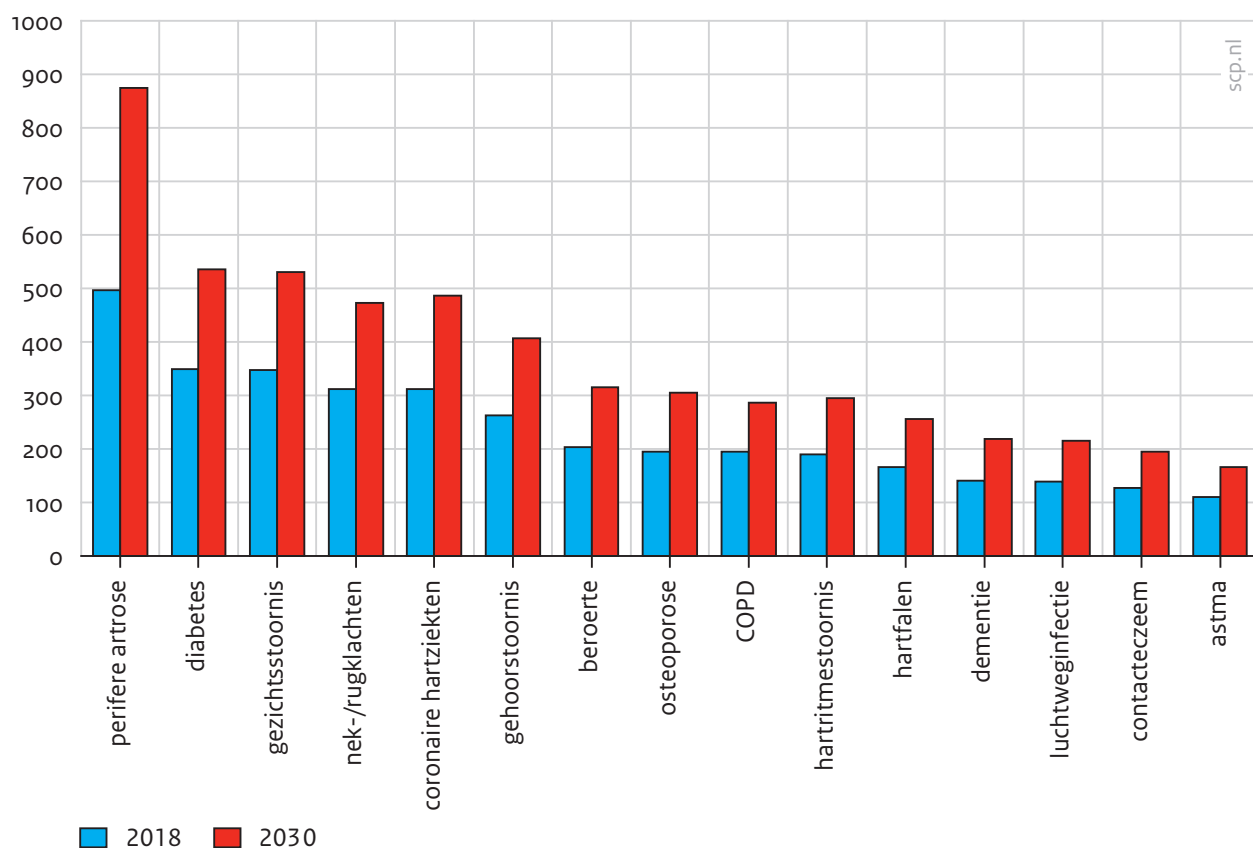
15 Hierbij is uitgegaan van de huidige prevalentie naar leeftijd en de te verwachten veranderingen in de samenstelling van de bevolking. Deze voorspelling is gebaseerd op het voortzetten van historische trends (de prevalentie van beperkingen onder ouderen nam af tussen 1990 en nu), zonder dat er nieuw beleid wordt ingezet. De analyses zijn uitgevoerd op data van 1990-2014 op vijfjaars leeftijdsklassen, voor mannen en vrouwen apart. Voor de toekomstprojecties zijn logistische regressies uitgevoerd met als verklarende variabelen jaar en leeftijd. Er is hierbij gewogen voor het aantal mensen dat in de gezondheidsenquête in elke leeftijdsklasse voorkomt.

16 Artrose is slijtage van het kraakbeen. Perifere artrose is artrose aan de ledematen, zoals aan de handen.

17 Dit blijkt uit cijfers die het RIVM heeft gebruikt voor de VTV 2018 en aan het SCP beschikbaar heeft gesteld.

Figuur 7.7

Waargenomen en verwachte prevalentie van chronische aandoeningen onder 75-plussers, 2018-2030 (in aantallen × 1000)^a



a Het gaat hier om jaarprevalenties: het aantal mensen dat een aandoening heeft in een jaar.

Bron: RIVM (VTV'18, 75-plussers)

Aantal 75-plussers met beperkingen bij bewegen, zien of horen neemt toe

Het absolute aantal mensen van 75 jaar en ouder met een of meer lichamelijke beperkingen (dat wil zeggen beperkingen bij bewegen, zien of horen) neemt de komende jaren toe (van 590.000 in 2015 naar 860.000 in 2030), zo blijkt uit de VTV 2018 van het RIVM. Het aandeel 75-plussers met beperkingen neemt naar verwachting af tussen 2015 en 2030 van 45% naar 41%. Dit duidt op een verbetering van de vitaliteit. Dit kan onder meer worden verklaard door de stijging in het opleidingsniveau van ouderen; een hogere opleiding hangt samen met een betere gezondheid (Hoogendijk et al. 2017). Mogelijk speelt ook mee dat hulpmiddelen zoals scootmobielen, brillen, gehoorapparaten en domotica steeds beter worden en de beperkingen kunnen compenseren.¹⁸

Resultaten uit de Longitudinal Ageing Study Amsterdam (LASA) laten eveneens een gunstige gezondheidsontwikkeling zien voor de 64-84-jarigen in de periode 1992 tot 2012.

¹⁸ Zo wordt er bijvoorbeeld gevraagd of iemand op een afstand van 4 meter een gezicht kan herkennen (zo nodig met bril of contactlenzen) en of iemand 400 meter aan één stuk kan lopen zonder stil te staan (zo nodig met stok).

Echter, het aandeel ouderen met een ernstige functionele beperking nam in die jaren onder de 85-94-jarigen juist toe (Hoogendijk et al. 2017). Omdat ook het aantal ouderen van deze leeftijdscategorie in de toekomst zal toenemen, zal de gezondheidsontwikkeling van de totale groep 75-plussers wellicht minder gunstig uitpakken dan tot nu toe verwacht.

Levensverwachting zonder beperkingen neemt toe

De levensverwachting zonder beperkingen neemt toe: in 2018 leeft een 75-jarige man gemiddeld nog acht jaar zonder beperkingen en een 75-jarige vrouw zes jaar zonder beperkingen. In 2030 hebben zowel mannen als vrouwen naar verwachting gemiddeld een jaar langer te leven. Dit is gemiddeld een extra jaar zonder beperkingen.¹⁹

Levensverwachting hangt samen met sociaaleconomische status

De (gezonde) levensverwachting hangt sterk samen met sociaaleconomische status (RIVM 2018d). Zo hebben lageropgeleiden bij de geboorte een (fors) lagere (gezonde) levensverwachting dan hoogopgeleiden.²⁰ Hiervoor bestaan tal van verklaringen. Hogeropgeleiden hebben bijvoorbeeld vaker lichamelijk minder belastend werk en werken veelal onder gunstigere arbeidsomstandigheden, wat betreft autonomie, geluid, vocht en giftige stoffen. Ook hebben zij vaak een gezondere levensstijl doordat zij meer kennis hebben over gezond gedrag en meer financiële mogelijkheden hebben om gezond te leven (Kraaykamp et al. 2018).²¹

Op 75-jarige leeftijd is het verschil in levensverwachting tussen laag- en hoogopgeleiden aanzienlijk kleiner dan bij de geboorte, maar nog altijd ongeveer twee jaar. Laagopgeleide 75-plussers leven gemiddeld nog twaalf jaar, waarvan zes jaar in goede en zes jaar in slechte gezondheid, en hoogopgeleide ouderen veertien jaar, waarvan negen jaar in goede en vijf jaar in slechte gezondheid (CBS StatLine). De verwachting is dat het opleidingsniveau van de Nederlandse bevolking de komende decennia zal stijgen. Hiermee verandert ook de samenstelling van de groep laagopgeleiden, wat mogelijk kan leiden tot een concentratie van risicofactoren voor een minder goede gezondheid in deze groep. Deze groep wordt dan kleiner, maar ongezonder. Aan de andere kant kan de stijging van het opleidingsniveau tot gevolg hebben dat de groep hogeropgeleiden groter en dus heterogener wordt met betrekking tot risicofactoren voor gezondheid. Dat betekent dat deze groep mogelijk ook ongezonder wordt. Wat het gevolg zal zijn voor verschillen in levensverwachting tussen laag- en hoogopgeleide ouderen is daarom onzeker (RIVM 2018d). In paragraaf 7.3 besteden we meer aandacht aan (de gevolgen van) het opleidingsniveau van ouderen.

19 In 2030 is de gemiddelde levensverwachting van een 75-jarige man dertien jaar, waarvan negen jaar zonder beperkingen, en van een 75-jarige vrouw vijftien jaar, waarvan zeven zonder beperkingen. Dit blijkt uit cijfers aangeleverd door het RIVM.

20 Het verschil in levensverwachting is zes jaar en het verschil in gezonde levensverwachting negentien jaar.

21 Gezonde keuzes zijn meestal kostbaarder dan ongezonde alternatieven. Lichamelijk actief zijn vergt bijvoorbeeld financiële investeringen in verenigingslidmaatschap en een sportuitrusting, en gezonde voeding is ook vaak duurder (Kraaykamp et al. 2018).

Meer eenzame ouderen, maar aandeel blijft constant

In het trendscenario van het RIVM wordt verondersteld dat het aantal eenzame 75-plussers zal toenemen van 640.000 in 2015 naar ruim 1 miljoen in 2030. Het gaat hierbij om mensen die zich matig of ernstig eenzaam voelen. Het aandeel eenzame ouderen is ongeveer constant; ongeveer 10% tot 15% van de ouderen voelt zich (zeer) ernstig eenzaam (zie ook hoofdstuk 3). Omgerekend zou dit betekenen dat in 2030 ruim 250.000 ouderen te maken hebben met ernstige eenzaamheidsproblematiek.

Minder goede gezondheid in krimpregio's

In krimpgebieden zijn mensen niet alleen ouder, maar gemiddeld ook minder gezond: ongeveer 24% van de bevolking in krimpgebieden heeft een minder dan goede gezondheid, tegenover 19% elders in Nederland (Verweij en Van der Lucht 2014). De minder goede gezondheid in krimpregio's lijkt voor een deel toe te schrijven aan de gemiddeld lagere sociaaleconomische status van de bevolking in deze regio's. Sociaaleconomische factoren spelen vooral in Zuid-Limburg en Groningen; in Zeeuws-Vlaanderen is de leeftijdsopbouw een belangrijke factor. Ook selectieve migratie speelt een rol: mensen die verhuizen zijn gezonder dan mensen die niet verhuizen. Naar verwachting worden de algemeen geconstateerde gezondheidsverschillen tussen de steden en de krimpgebieden in de toekomst groter (Verweij en Van der Lucht 2014). Dit betekent mogelijk ook dat de zorgvragen van ouderen in verschillende delen van Nederland anders kunnen zijn.

Wat betekenen deze ontwikkelingen in gezondheid voor de vraag naar zorg?

Doordat het aantal 75-plussers de komende jaren sterk toeneemt, zal ook het aantal ouderen met een chronische aandoening zoals artrose, nek- en rugklachten, diabetes en dementie, sterk toenemen. Dat geldt ook voor sociale problemen zoals eenzaamheid. Hierdoor zal ook de vraag naar zorg en ondersteuning toenemen, niet alleen in het medische domein, maar ook in het sociale domein. In de krimpgebieden hebben ouderen vaak een minder goede gezondheid dan elders, zodat daar extra vraag naar zorg is te verwachten.

Ook het aantal 75-plussers met een beperking zal toenemen doordat er meer ouderen komen. Het aandeel ouderen met beperkingen lijkt af te nemen, mede als gevolg van een toegenomen opleidingsniveau en doordat beperkingen beter worden gecompenseerd door het gebruik van hulpmiddelen. Bij de 85-plussers lijkt het aandeel ouderen met een ernstige functionele beperking echter toe te nemen. Met name bij deze groep zal de vraag naar zorg en ondersteuning dan toenemen.

7.3 Sociale en culturele ontwikkelingen

Ook sociale en culturele ontwikkelingen spelen een rol bij de toekomstige behoefte aan zorg en ondersteuning.

Te verwachten stijging opleidingsniveau 75-plussers

Van de huidige 75-plussers heeft 59% een laag onderwijsniveau, 28% een middelbaar en 14% een hoog onderwijsniveau.²² Het opleidingsniveau van de huidige 65-74-jarigen (die over twaalf jaar 75-plusser zijn) is respectievelijk 44%, 33% en 21%. Deze cijfers zijn niet helemaal vergelijkbaar omdat in het eerste geval de cijfers ook betrekking hebben op 85-plussers en in het tweede geval niet. Als we echter het opleidingsniveau van de huidige 65-74-jarigen vergelijken met dat van 65-74-jarigen twaalf jaar geleden, dan is dat nu beduidend hoger.²³ We kunnen daarmee veronderstellen dat het opleidingsniveau van toekomstige 75-plussers hoger zal zijn dan dat van de huidige ouderen.

Er wordt wel gesteld dat de toenemende mondigheid van de Nederlandse bevolking samenhangt met het stijgende opleidingsniveau van Nederlanders (Van den Brink 2002). Waar het stijgen van het opleidingsniveau en de daarbij horende betere gezondheid enerzijds de vraag naar zorg en ondersteuning kunnen drukken, is het anderzijds goed mogelijk dat de oudere van de toekomst vaker en sneller zijn behoefte aan ondersteuning zal aangeven en daarbij kritischer en veeleisender is.

Opleiding hangt samen met vele andere factoren

De genoemde ontwikkelingen nemen niet weg dat er ook in de toekomst een aanzienlijke groep laagopgeleiden zal zijn. Een lage opleiding kan tal van gevolgen hebben. Zo voelen mensen met een lage opleiding zich minder vaak gezond (zie ook § 7.2), zijn ze minder tevreden en verdienen ze minder dan hoogopgeleiden (Van Gaalen en Te Riele 2017). Ook hebben zij bijvoorbeeld minder digitale vaardigheden (zie hoofdstuk 2). Als er sprake is van een cumulatie van factoren, zoals een slechte gezondheid, een laag inkomen en een lage opleiding, leidt dat gemiddeld tot een slechtere leefsituatie. Dit soort kenmerken, die relatief vaak bij ouderen cumuleren, kunnen leiden tot een groter risico om onvoldoende zorg te krijgen (Van Campen et al. 2016).

Te verwachten toename internetgebruik 75-plussers

In hoofdstuk 2 was te lezen dat het internetgebruik van 75-plussers is toegenomen en dat dat onder meer samenhangt met het feit dat jongere ouderen, die vaker internet gebruiken, 75-plusser worden. Het is te verwachten dat deze trend zich door zal zetten en dat het aandeel 75-plussers dat internet gebruikt verder toeneemt: van de 64-74-jarigen heeft inmiddels bijna een even groot deel toegang tot internet als de bevolking als geheel. Daarnaast zijn er binnen de huidige groep 75-plussers ook mensen die alsnog hun eerste stappen online zetten (Duimel en Meijering 2016). Uit onderzoek van de ouderenbonden blijkt echter ook dat ouderen zich zorgen maken of zij in de toekomst de digitale ontwikkelingen

22 Laag onderwijsniveau: basisonderwijs, vmbo, eerste drie leerjaren van havo/vwo en voormalige assistentenopleiding (mbo 1); middelbaar onderwijsniveau: bovenbouw van havo/vwo, basisberoepsopleiding (mbo 2), vakopleiding (mbo 3) en middenkader- en specialistenopleidingen (mbo 4); hoog onderwijsniveau: hbo of wo.

23 In 2006 was het opleidingsniveau van 65-74-jarigen 54% laag, 30% middelbaar en 15% hoog, en eind 2018 is dat 44% laag, 33% middelbaar en 21% hoog.

kunnen bijhouden. Bijna vier van de tien senioren gaan ervan uit dat er een moment komt waarop ze internet niet meer kunnen gebruiken (KBO-PCOB 2018).

In de zorg zijn steeds meer e-healthtoepassingen waardoor de monitoring van zorg steeds vaker door ouderen zelf, in de thuissituatie, wordt gedaan (zie § 7.4). Dit vergt nieuwe en andere vaardigheden van patiënten, maar ook aandacht voor groepen die hier moeite mee hebben (Van Campen et al. 2016; RIVM 2018j). De gebruikersvriendelijkheid van dit soort toepassingen is dan ook belangrijk.

Inkomensontwikkeling 75-plussers onzeker

Hoe de inkomens van ouderen zich de komende jaren gaan ontwikkelen is onduidelijk. De hoogte van de inkomens van ouderen hangt niet alleen samen met de arbeidsparticipatie in het verleden en ontwikkelingen op de arbeidsmarkt, maar ook met het aantal scheidingen en ontwikkelingen in de AOW en werknemerspensioenen (Van der Schors en Groen 2018).²⁴

Naar verwachting hebben toekomstige 75-plussers vaker en/of langer aan de arbeidsmarkt deelgenomen dan de huidige 75-plussers en dus meer aanvullend pensioen opgebouwd. Ter indicatie²⁵: in 2003 nam 42% van de 55-64-jarigen (de huidige 75-84-jarigen) deel aan de arbeidsmarkt en in 2017 (de 75-84-jarigen in 2030) ongeveer 62%. De toename is groter bij vrouwen (resp. 29% en 52%) dan bij mannen (resp. 54% en 71%) (CBS StatLine).

Het aantal gescheiden ouderen zal naar verwachting ook iets toenemen, wat met name voor vrouwen gevolgen kan hebben voor hun inkomen. Wat dat betekent voor de pensioenen zal ook afhangen van de pensioenwetgeving: mogelijk wordt er een wetsvoorstel ingediend waarmee het opgebouwde pensioen tijdens het huwelijk automatisch wordt verdeeld in twee aparte pensioenafspraken, tenzij men anders aangeeft (Van der Schors en Groen 2018).

Er zijn geen aanwijzingen dat de AOW aangepast zal worden, maar mocht dat wel gebeuren, dan zal dat uiteraard gevolgen hebben voor de inkomens van ouderen. Datzelfde geldt voor pensioenregelingen. De AOW-leeftijd zal naar verwachting wel iets stijgen: deze is vanaf 2022 gekoppeld aan de levensverwachting, die naar verwachting zal toenemen (CBS 2014).

Stel dat de inkomens van ouderen toenemen, dan zullen ouderen mogelijk vaker zelf zorg organiseren of voorzieningen kunnen aanschaffen. Dat zou bijvoorbeeld kunnen resulteren in een groei van de markt voor particulier zorgaanbod.

24 Ook ontwikkelingen als een toename van het aantal mensen met tijdelijke contracten en het aantal zzp'ers kunnen gevolgen kunnen hebben voor de pensioenopbouw.

25 Het gaat hier om een grove indicatie. Er is bijvoorbeeld geen rekening gehouden met het feit dat bijvoorbeeld hoogopgeleiden langer leven dan lageropgeleiden en dat de groep 55-64-jarigen in 2003 op allerlei kenmerken kan verschillen van die van de huidige 75-84-jarigen.

Veranderingen met betrekking tot eigenwoningbezit

In hoofdstuk 6 is ingegaan op de woonsituatie van ouderen en de geschiktheid van de woning. De meeste ouderen willen in hun huidige woning blijven wonen, óók wanneer zij minder mobiel en vitaal worden en de behoefte aan zorg toeneemt. De opgave voor de woningvoorraad is er dus eerder een van aanpassing van de bestaande voorraad dan van uitbreiding door nieuwbouw (De Groot et al. 2013). Hierbij zijn wel regionale verschillen: in de steden lijken meer appartementen beschikbaar die met een lift te bereiken zijn dan elders, maar verhuizen ouderen weinig vanwege uiteenlopende redenen (zie hoofdstuk 6). Verwacht wordt dat het aandeel huiseigenaren onder ouderen nog verder zal toenemen. Hierdoor verschuift de verantwoordelijkheid om een woning aan te passen geleidelijk van woningcorporaties naar oudere huiseigenaren. Ouderen zijn echter niet altijd in staat of bereid te investeren in woningaanpassingen van hun woning (De Groot et al. 2013; Schilder et al. 2018).

Ouderen hebben vaker dan voorheen een grotere hypotheekschuld. Het is aannemelijk dat deze trend voorlopig nog doorzet. De mogelijkheden van verzilvering van de overwaarde moeten dan ook niet te optimistisch worden ingeschat. In krimpregio's is het bovendien vaak veel lastiger om de woning te verkopen en is er daarom veel minder sprake van overwaarde (De Groot et al. 2013).

Ouderen langer thuis

Er is al lang een trend gaande van langer zelfstandig wonen voor ouderen. In 1980 leefde nog 63% van de 80-plussers in een verzorgings- of verpleeghuis, in 2010 was dat 14% (Den Draak et al. 2016; Garssen en Harmsen 2011) en nu is dat ongeveer 11% (CBS StatLine). Dat mensen langer zelfstandig wonen hangt onder meer samen met een betere gezondheid, maar ook zijn mensen negatiever gaan denken over het wonen in een instelling. Voor de toekomst wordt verwacht dat het aantal ouderen dat zelfstandig thuis woont toeneemt (Van Duin et al. 2016). Dit betekent dat ook de vraag naar zorg en ondersteuning thuis zal toenemen. Daarnaast zullen, zo is de verwachting, door de voortschrijdende technologische mogelijkheden mensen ook meer (medische) zorg thuis ontvangen (zie ook § 7.4). Verwacht wordt ook dat er meer verscheidenheid aan relatief zelfstandige woonvormen (zoals kleinschalige woonvoorzieningen en vormen van geclusterd wonen) en zorgarrangementen zal komen (Van Campen et al. 2016; Doorten en Meurs 2015; De Lange en Witter 2014; Witter en Harkes 2018).

Veranderende normen: ouderdom als volwaardig onderdeel van het leven

Rondom ouderen, ouderdom en de ouderenzorg hangt vaak een negatief imago dat samenhangt met *ageism*, de stereotypering en discriminatie van mensen op grond van hun – in dit geval, hoge – leeftijd (Raad van Ouderen 2019; Schuurmans 2018). Ook professionele zorgverleners kunnen in hun blik beperkt worden door 'professioneel *ageism*' en ouderdom vooral associëren met verval, met als gevolg dat zij pessimistisch zijn over de kansen en vermogens van ouderen en hen onvoldoende serieus nemen (Schuurmans 2018). Ouderen herkennen zichzelf vaak niet in het beeld van de hulpbehoevende, kwets-

bare oudere (Van Campen 2011; Raad van Ouderen 2019; Schuurmans 2018). Velen zijn ook slechts een beperkt deel van hun oudere leven kwetsbaar of hulpbehoevend. Voor de toekomst kan verwacht worden dat de aankomende ouderen, mede door het toegenomen opleidings- en inkomensniveau, gewend zijn aan (meer) regie over het eigen leven. Zij zullen serieus genomen willen worden en die regie zo veel en zo lang mogelijk willen behouden. Ook hebben toekomstige ouderen naar verwachting andere ideeën dan de huidige ouderen over (goed) oud worden en (positieve) gezondheid en wat voor hen belangrijk is. Het lijkt erop dat er meer nadruk komt op kwaliteit van leven, regie, veerkracht en zingeving (Van Campen et al. 2017b; Doekhie et al. 2014; Huber et al. 2016; RIVM 2018f; Van Zoest et al. 2015). Het welzijn van ouderen zal daarin een grotere rol gaan spelen als de visie op gezondheid niet meer alleen medisch maar holistisch is, waarbij ook psychisch, sociaal en spiritueel welbevinden aandacht krijgen (BeterOud 2016) (zie ook hoofdstuk 3). Wel is het belangrijk zich te realiseren dat – nu en in de toekomst – ouderen onderling sterk verschillen in de mate waarin zij zelf de regie over hun leven nemen, zelfredzaamheid belangrijk vinden, voor zorg willen betalen en kans zien om mantelzorg te organiseren. Ongeveer een kwart van de ouderen ervaart weinig regie over hun leven en zal het niet lukken om op eigen kracht zo lang mogelijk zelfredzaam te blijven (Doekhie et al. 2014). Ook in de toekomst zal het voor groepen die weinig vaardigheden dan wel financiële of sociale hulpbronnen hebben, lastig zijn om de regie te nemen (Van Campen et al. 2016).

Veranderende samenleving

In het algemeen wordt verondersteld dat de samenleving complexer en daarmee minder overzichtelijk wordt. Vaststaande kaders verdwijnen: er zijn minder standaardoplossingen en -trajecten en meer mogelijkheden tot maatwerk. Ook zullen mensen meer dan nu zelf hun zorg moeten regelen en zelf de regie moeten nemen (Van Campen et al. 2016).

Tegelijkertijd veranderen de normen over bijvoorbeeld eigen verantwoordelijkheid en de verantwoordelijkheid van de overheid: mensen zijn vaker dan voorheen van mening dat familie, vrienden of burens elkaar zouden moeten helpen, al vindt nog steeds de meerderheid dat de zorg voor ouderen de verantwoordelijkheid is van de overheid (De Klerk et al. 2017).

Een andere verwachting is dat er een groter beroep gedaan zal worden op het sociale netwerk van de burger (Van Campen et al. 2016). Onderzoek wijst echter uit dat die verschuiving naar meer informele zorg niet vanzelf tot stand komt en dat er grenzen zijn aan wat mantelzorgers kunnen doen (De Klerk et al. 2014) (zie ook hoofdstuk 6). Een kwalitatief onderzoek naar zogeheten keukentafelgesprekken laat zien dat professionals in die gesprekken nauwelijks een (groter) beroep op het netwerk doen omdat dat al veel doet, niet nog meer aankan, of omdat het aan een netwerk ontbreekt (Bredewold et al. 2016). In 2017 verwachtten minder mensen die geen hulp kregen (van een professional of uit het netwerk) dan in 2015 dat ze in de toekomst hulp zullen krijgen van het eigen netwerk als dat nodig is (Pommer et al. 2018).

Van Campen et al. (2016) wijzen erop dat dat er veel wordt verwacht van buurtinitiatieven en zorgcoöperaties,²⁶ maar dat het aantal succesvolle buurtinitiatieven en zorgcoöperaties voorsnog beperkt is. Ook is het nog de vraag of er in de toekomst een grotere rol voor dergelijke initiatieven zal zijn weggelegd. Zo is er nog weinig bekend over de duurzaamheid van burgerinitiatieven (Igalla en Van Meerkerk 2015). Een mogelijk risico van dit soort initiatieven is dat minder sociaal vaardige mensen of mensen die weinig vaardigheden hebben om dergelijke initiatieven op te zetten (en over weinig bureaucratische competenties beschikken) buiten de boot vallen (Engbersen et al. 2015). In ieder geval een deel van de initiatiefnemers moet beschikken over competenties zoals 'goed kunnen netwerken', juridische kennis en financieel inzicht (Plaisier en De Klerk 2018).

Wat betekenen deze sociale en culturele ontwikkelingen voor de vraag naar zorg?

Het lijkt waarschijnlijk dat ouderen in de toekomst gemiddeld hoger opgeleid zijn en vaker over computervaardigheden zullen beschikken. Dit maakt het aannemelijk dat ouderen beter hun weg kunnen vinden in het zorgstelsel of hun eigen zorg kunnen organiseren. Anderzijds is het aantal burgerinitiatieven tot nu toe beperkt en zullen er ook in de toekomst ouderen zijn die weinig vaardigheden of hulpbronnen hebben (RIVM 2018f).

Het inkomen van toekomstige ouderen is lastig te voorspellen, omdat dit afhangt van bijvoorbeeld ontwikkelingen met betrekking tot de AOW, maar het lijkt wel waarschijnlijk dat ouderen in de toekomst gemiddeld meer aanvullend pensioen hebben. Ook in de toekomst zullen er echter groepen ouderen met een laag inkomen zijn, onder wie oudere migranten en gescheiden vrouwen.

Kenmerken zoals opleidingsniveau, regio en migratieachtergrond bepalen in belangrijke mate de gezondheid van ouderen en de vraag naar (publiek gefinancierde) zorg.

De verschillen tussen ouderen in sociaaleconomisch en cultureel opzicht, maar ook tussen stad en land, vragen ook wat van het zorg- en woonaanbod, dat zorg op maat beoogt te leveren die bovendien bijdraagt aan de individuele kwaliteit van leven (Van Campen et al. 2016). Zo zullen er ouderen zijn die juist een beroep op hun eigen netwerk willen doen of financiële middelen hebben om zelf zorg in te schakelen, maar ook ouderen die een beroep op publiek gefinancierde zorg zullen doen. Naast de vraag welke behoeften mensen hebben en welke zorg dan passend is, is ook de toegankelijkheid van de zorg van belang.

Met name ouderen die geringe gezondheids- en digitale vaardigheden hebben of een klein netwerk dat hen kan helpen om de juiste voorzieningen te krijgen (in dit kader wordt ook wel gesproken van de *cannots*, zie Van den Broek et al. 2016), zullen wellicht steun nodig hebben om de juiste zorg en ondersteuning te vinden.

26 Zorgcoöperaties zijn voorbeelden van lokale burgerinitiatieven waarbij mensen elkaar zorg en ondersteuning verlenen, maar hierbij gaat het veelal om intensieve zorgvormen, waarbij ook professionals betrokken zijn (Schoorl en Winsemius 2015).

7.4 Technologische ontwikkelingen

Technisch steeds meer mogelijk, maar onduidelijk hoe snel de ontwikkelingen gaan

Technologie kan veel voor de volksgezondheid betekenen en de zorg ingrijpend veranderen (RIVM 2018e; Willemse 2015; Wouters 2018).²⁷ Het RIVM spreekt bijvoorbeeld over veelbelovende technologische toepassingen zoals apps, sensoren en alarmsystemen bij de zorg voor mensen met dementie en het ondersteunen van zelfmanagement bij chronische aandoeningen (RIVM 2018e).

Onduidelijk is echter hoe snel de technologische ontwikkelingen zullen plaatsvinden. Het gebruik van communicatietechnologie in de zorg neemt bijvoorbeeld toe, maar het tempo waarin wisselt erg per toepassing (Wouters et al. 2018) en het gebruik blijft achter bij de mogelijkheden. Het RIVM wijst op verschillende oorzaken: zorgverleners en -inkopers ervaren belemmeringen, patiënten en zorgverleners zijn vaak terughoudend, niet iedereen beschikt over de juiste digitale vaardigheden en informatiesystemen sluiten niet op elkaar aan (RIVM 2018e). Ook Wouters (2018) wijst erop dat verschillende stakeholders belangen hebben bij de inzet van technologie, wat implementatie complex maakt.

Kader 7.1 Technologieën die kunnen worden ingezet voor ouderen

Er zijn verschillende voorbeelden van technologieën die bij ouderen (kunnen) worden ingezet. Bij robotica worden taken overgenomen door machines, bijvoorbeeld bij de ondersteuning bij ADL-activiteiten. Lifestyle monitoring is een vorm van domotica die afwijkingen in het leefpatroon detecteert, bijvoorbeeld als de badkamerdeur een dag lang niet opengaat of als iemand valt. Daarnaast zijn er vele mogelijkheden op het gebied van e-health of digitale zorg. Er zijn ook medisch-technologische ontwikkelingen die ertoe leiden dat chronische ziekten eerder kunnen worden opgespoord en beter worden behandeld.

In het algemeen wordt wel verondersteld dat de ouderen van de toekomst meer vertrouwd zijn met het gebruik van vormen van zorg op afstand, beeldschermzorg, domotica en zelfmanagement via internet (Van Zoest et al. 2015). De acceptatie van nieuwe technologieën hangt onder meer samen met het gepercipieerde nut en het gebruikersgemak. Naarmate mensen meer moeite moeten doen, is het gebruik van technologie geringer (Wouters 2018).

27 De Stichting Toekomstbeeld der Techniek noemt: (1) sensortechnologie, (2) mechatronica (inclusief robotica en domotica), (3) informatietechnologie, (4) communicatietechnologie, (5) biotechnologie, (6) nieuwe materialen en (7) overige technologieën (Willemse 2015). Vilans noemt onder meer big data, kunstmatige intelligentie, robots in de zorg, cyborgs, drones, Reality Technology, blockchain, 3D-printing en biotechnologie (Lukkien en Timmer 2018).

Inzet van technologie kan uiteenlopende gevolgen hebben

De inzet van meer (medische) technologieën (thuis) kan uiteenlopende gevolgen hebben voor de ouderen zelf en voor de zorgprofessionals. Zo biedt de inzet van nieuwe technologieën kansen voor de autonomie en zelfredzaamheid van ouderen. Voorbeelden zijn het inzetten van e-health en domotica, waardoor mensen thuis behandeld kunnen worden en langer thuis kunnen blijven wonen. Anderzijds zijn er ook risico's, bijvoorbeeld met betrekking tot de privacy,²⁸ de afhankelijkheid van internet en wat wel 'de digitale kloof' wordt genoemd (RIVM 2018e). Verschillen in digitale vaardigheden, maar ook financiële drempels om technologieën te kunnen aanschaffen, kunnen leiden tot exclusie (Van den Broek et al. 2016; Wouters 2018). Deze digitale kloof, die vooral samenhangt met leeftijd maar bijvoorbeeld ook met opleiding en inkomen (Fang et al. 2018), lijkt toe te nemen (Wouters 2018). De inzet van technologieën vergt dan ook aandacht voor groepen die er moeite mee hebben (RIVM 2018e).

De meeste zorgmedewerkers verwachten veel van nieuwe technologie, maar de impact voor het dagelijks werk is voor hen vaak nog niet duidelijk. Zorgmedewerkers voorzien bijvoorbeeld dilemma's rond de mogelijk afstandelijker zorg door meer gebruik van technologie – zoals beeldbellen – versus het persoonsgericht willen werken. Te verwachten is dat de zorgmedewerkers van de toekomst vaker zijn opgegroeid in een gedigitaliseerde omgeving en meer gebruik zullen maken van zorgtechnologie (In voor zorg 2014; RIVM 2018e).

Technologie lijkt regelmatig te worden genoemd als manier om personeel te vervangen en de zorg goedkoper te maken. Het is echter maar de vraag in hoeverre mensen bereid zijn om technologieën in te zetten. Onderzoek van PwC liet bijvoorbeeld zien dat mensen daar wellicht wel toe bereid zijn als het gaat om diagnostiek, maar dat mensen ook bang zijn dat typisch menselijke waarden als vertrouwen en een persoonlijke benadering hierdoor verloren gaan (PwC 2017). Vooral het idee dat robots de intermenselijke contacten zullen overnemen, roept weerstand op (Van der Sloot 2016).

Wat betekenen deze technologische ontwikkelingen voor de vraag naar zorg?

Dat technologie een steeds grotere rol gaat spelen in de zorg lijkt zeker, maar de snelheid waarmee dat gebeurt is onzeker. Technologieën kunnen belangrijk zijn voor bijvoorbeeld de autonomie van ouderen, maar kunnen ook risico's met zich meebrengen, zoals de digitale kloof. De inzet van technologieën zal er ook toe leiden dat de aard van de werkzaamheden van sommige zorgprofessionals verandert, bijvoorbeeld doordat zij meer zorg op afstand leveren. In hoeverre, en op welke terreinen, technologieën ook (op grote schaal) personeel kunnen vervangen is nog niet duidelijk: vaak draait het in de zorg juist ook om menselijk contact.

28 Het gaat hier onder meer om de balans tussen het individuele recht op privacybescherming en het collectieve recht op evidence-based en efficiënte zorg (op basis van datagebruik voor medisch onderzoek en volksgezondheidsmonitoring).

7.5 Economische ontwikkelingen

Op dit moment kent Nederland een hoogconjunctuur: het consumentenvertrouwen is hoog, de werkloosheid laag en het bruto binnenlands product, dat een indicator is voor de welvaart, hoog (Mares en Notten 2018). Voor de zorg is, als het om economische ontwikkelingen gaat, met name de werkgelegenheid van belang.

Tekort aan zorgprofessionals nu en in de toekomst

Ongeveer 1,2 miljoen mensen werken in de zorg (circa 13% van de werkzame beroepsbevolking in Nederland). Ruim een derde (35%) werkt in de verpleging, verzorging en thuiszorg (vvt), een kwart (27%) in een ziekenhuis en 16% in de gehandicaptenzorg. De overige branches zijn kleiner (Van der Aalst 2018).

Het aandeel van de potentiële beroepsbevolking dat in de ouderenzorg werkt, verschilt sterk binnen Nederland. In Groot-Amsterdam werkt (in 2015) 2% van de potentiële beroepsbevolking in de ouderenzorg; in Zuidwest-Drenthe is dat bijna 7%. Het aandeel dat werkzaam is in de ouderenzorg is met name groot in landelijke gebieden.

Er zijn veel extra handen nodig om in de stijgende zorgvraag te kunnen voorzien (ROA 2017). Volgens het CPB groeit de werkgelegenheid in de sector zorg en welzijn van 2018 tot en met 2022 met zo'n 2,5% per jaar. Dat betekent een groei van de werkgelegenheid in de hele sector zorg en welzijn met zo'n 125.000 medewerkers in de periode 2018-2022. Daarbij is nog geen rekening gehouden met de ruim 25.000 bestaande onvervulde vacatures (zie ook hoofdstuk 6). Ook is er in de zorg extra personeel nodig als gevolg van de invoering van het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg.²⁹ Het gaat naar schatting om 40.000 fte, ongeveer 70.000 personen, vooral verzorgenden en verpleegkundigen (mbo en hbo). De verwachting is al met al dat er tot en met 2022 ruim 200.000 extra medewerkers in de zorg nodig zijn. Het PBL verwacht dat het tekort verder zal oplopen (Daalhuizen et al. 2018).

Het ministerie van vws heeft intussen afspraken gemaakt met werkgeversorganisaties, werknemersorganisaties en onderwijskoepels over de *Arbeidsmarktagenda 2023. Aan het werk voor ouderen!* (TK 2017/2018b). Hierbij gaat het zowel om het bevorderen van de instroom van meer zorgverleners als om het behoud van mensen in de zorg.

Al eerder dit hoofdstuk werd gesproken over de 'grijze druk' – als gevolg van de vergrijzing verandert de verhouding tussen ouderen en de potentiële beroepsbevolking – en de *oldest old support ratio*: er zijn er steeds minder mensen beschikbaar die kunnen zorgen voor ouderen, vooral in de landelijke gebieden. Het arbeidsmarkttekort kan ook leiden tot toenemende concurrentie om arbeidskracht tussen sectoren (Daalhuizen et al. 2018).

29 Het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg beschrijft wat cliënten en hun naasten mogen verwachten van verpleeghuiszorg en biedt opdrachten voor zorgverleners en zorgorganisaties om de kwaliteit te verbeteren. Het kader is in januari 2017 als kwaliteitstandaard opgenomen in het register van Zorginstituut Nederland en vormt daarmee een wettelijke basis voor de verpleeghuiszorg (www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/publicatie/2017/01/13/kwaliteitskader-verpleeghuiszorg).

Andere ontwikkelingen op de arbeidsmarkt

Het RIVM heeft voor de VTV 2018 een themaverkenning over de arbeidsmarkt uitgebracht met een beschrijving van een aantal toekomstige ontwikkelingen en hun mogelijke effecten op de volksgezondheid (RIVM 2018g). Zij wijzen onder meer op de toenemende flexibilisering van de arbeid. Zo is er sprake van een toenemend aandeel flexwerkers en zelfstandigen (zzp'ers). Daarnaast zal men vaker de eigen werktijden kunnen bepalen of thuis kunnen werken. Dit soort ontwikkelingen op de arbeidsmarkt kunnen positieve gevolgen hebben voor de mate waarin mantelzorgers in staat zijn om arbeid en zorg te combineren (Van den Broek et al. 2016).

Er zal ook sprake zijn van een veranderende samenstelling van de beroepsbevolking met meer werkende vrouwen en werkende ouderen. Dit zal ertoe leiden dat meer mensen werk en mantelzorg zullen combineren (De Boer et al. 2019; Roeters et al. 2016). Vaak gaat deze combinatie goed, maar intensieve helpers met een baan zijn minder tevreden over hun leven dan werkenden die geen mantelzorg geven. Ook ervaren werkende mantelzorgers vaker een belasting dan niet-werkenden. Goede ondersteuning, op het werk, maar ook ondersteuning zoals respijtzorg, is dan van belang.

Er zullen ook meer migranten zijn in de beroepsbevolking. Vilans wijst erop dat er in de toekomst naar verwachting meer migranten in de zorg zullen werken (Van Zoest et al. 2015).

De zorgprofessional verandert

Ook de aard van het werk zal veranderen (Van Zoest et al. 2015). In de toekomst werken zorgprofessionals niet langer alleen in zorgorganisaties, maar ook in wijkteams, netwerken en steeds vaker als zzp'er. Hun rol en functie veranderen, mede door een nieuw concept van gezondheid, waarbij niet de ziekte centraal staat, maar veerkracht en zelfmanagement (Huber 2014; Huber et al. 2016). De Commissie Innovatie Zorgberoepen & Opleidingen gaat ervan uit dat toekomstige zorgprofessionals over een aantal generalistische competenties beschikken. Zij zullen samenwerken in teams die met elkaar beschikken over alle bekwaamheden die nodig zijn (Kaljouw en Van Vliet 2015). Naar verwachting zal (medische) zorg steeds meer in de thuisomgeving plaatsvinden, bijvoorbeeld doordat de benodigde medische apparatuur bij de mensen in huis kan worden geplaatst (Hagenaars 2016). Dit zal er ook toe leiden dat zorgberoepen veranderen: er komt vraag naar mobiele en flexibele zorgprofessionals, die via telecommunicatie en huisbezoeken het ziekteproces begeleiden en monitoren (Van Campen et al. 2016). Dat betekent meer apparatuur in huis en personeel dat installeert en instrueert.

Stijgende uitgaven

Het RIVM gaat er in de VTV vanuit dat de reële uitgaven³⁰ aan de gezondheidszorg de komende jaren toenemen van 90 miljard euro in 2017 tot circa 129 miljard euro in 2030.³¹ In 2015 omvatte de zorg voor mensen van 65 jaar en ouder 44% van de totale zorguitgaven; in 2030 zal dit 54% zijn. Een groot deel van de groei is toe te schrijven aan de groei van de uitgaven voor 65-plussers. Globaal hangt een derde van de stijging van de totale zorguitgaven samen met demografische ontwikkelingen (bevolkingsgroei en vergrijzing) en twee derde met andere ontwikkelingen, zoals een veranderend zorggebruik als gevolg van medische technologie en welvaartstijging. De toekomstige ontwikkeling in gezondheid en zorg roept de vraag op of wij bereid zijn om voor een nog betere gezondheid te betalen (zie ook Van der Horst et al. 2011). De minister van VWS heeft de Sociaal-Economische Raad (SER) gevraagd om een verkenning naar de gevolgen van de stijgende zorgkosten voor de economie en de arbeidsmarkt, en voor de solidariteit die ten grondslag ligt aan het stelsel (TK 2017/2018c).

Burgers denken verschillend over de vraag hoe de stijgende kosten voor de ouderenzorg het beste kunnen worden opgevangen. Bijna de helft is van mening dat de overheid verantwoordelijk is, maar dat zij de kosten kan proberen te beperken door een beroep te doen op ondersteuning door mantelzorgers en vrijwilligers. Ongeveer een kwart ziet een oplossing in het heffen van extra belasting en een achtste vindt dat vooral ouderen en familie zelf verantwoordelijk zijn. In 2018 bestaat meer twijfel over wat het beste is dan in 2011 (resp. 16% en 5% heeft geen mening of weet het niet) (Den Ridder et al. 2018).

Solidariteit tussen jong en oud mogelijk onder druk

Door de vergrijzing zal de balans binnen de samenleving anders komen te liggen: het beroep op voorzieningen en de verdeling van financiële middelen tussen de verschillende leeftijdsgroepen verandert. Met name de krimpregio's kunnen in een spagaat komen wanneer zij goed voor hun oudere bevolking willen zorgen en tegelijkertijd jongere gezinnen willen behouden en aantrekken. Gegevens uit 2014 laten zien dat veel jongvolwassenen vinden dat ouderen beter af zijn dan zijzelf wat betreft de verdeling van de welvaart, het profijt van het pensioenstelsel en de kosten van de crisis. Omgekeerd denken ouderen, zij het in mindere mate, gunstiger over de positie van jongeren en minder gunstig over hun eigen positie (Hoff 2015; Vermeij et al. 2014). Als gevolg van belangentegenstellingen zou de solidariteit tussen jong en oud onder druk kunnen komen te staan. Een behoorlijk deel van de bevolking maakt zich al zorgen over deze solidariteit. Deze zorgen nemen toe met de leeftijd: 30% van de 35-minners, 36% van de 35-64-jarigen en 44% van de 65-plussers

30 Met de term 'reële zorguitgaven' wordt bedoeld dat in de projectie van de uitgaven de ontwikkeling van prijzen niet wordt meegenomen. Uitgaven zijn dus uitgedrukt in prijzen van 2015.

31 Het gaat hier zowel om collectieve als private uitgaven. Uitgaven aan kinderopvang, welzijn en jeugdzorg zijn niet meegenomen. De toekomstverkenning is gebaseerd op een analyse van de zorguitgaven in de periode 2003-2015. In deze periode zijn de reële zorguitgaven toegenomen met gemiddeld 2,8 procent per jaar. Het CPB spreekt over ruim 66 miljard euro, maar dan gaat het alleen over collectieve uitgaven (zie ook RIVM 2018i).

vindt dat deze solidariteit onder stuk staat (Hoff 2015). Desondanks laat onderzoek ook zien dat er wel sprake is van solidariteit, ook met ouderen, zij het in beperkte mate. Zo is er wat betreft de premiebetalingen voor de basisverzekering een hoge mate van solidariteit met ouderen en vindt minimaal 80% van de Nederlanders dat ouderen evenveel of minder zouden moeten betalen dan jongeren (Kooijman et al. 2018). Minder bereid is men om inkomen in te leveren om ouderen beter te ondersteunen. De helft van de bevolking jonger dan 65 jaar en 36% van de 65-plussers is daar niet toe bereid (Hoff 2015).

Zorgen over de ouderenzorg als voeding voor onbehagen

De ouderenzorg vormt een belangrijke bron van zorg voor Nederlanders (Dekker en Van Houwelingen 2017; Den Ridder et al. 2018). Men maakt zich zorgen over de (toekomstige) betaalbaarheid van de ouderenzorg, de kwaliteit, de toegankelijkheid, het gebrek aan menskracht en de overbelasting van mantelzorgers. Circa een vijfde van de bevolking vindt dat de gezondheids- en ouderenzorg hoog op de nationale politieke agenda zou moeten staan. Daarmee is dat het vaakst spontaan genoemde thema voor de politiek in Den Haag (Den Ridder et al. 2017; 2018). In de zorgen over de ouderenzorg schuilt een bron van maatschappelijk onbehagen. Mensen die vinden dat het de verkeerde kant op gaat met Nederland benoemen onder meer de (ouderen)zorg en houden 'de politiek' deels verantwoordelijk (Den Ridder et al. 2017).

Wat betekenen deze economische ontwikkelingen voor de vraag naar zorg?

Bij de economische ontwikkelingen zijn onder meer de ontwikkelingen op de arbeidsmarkt van belang. Er zullen de komende jaren aanzienlijk meer mensen in de zorg, zoals verzorgenden als verpleegkundigen, nodig zijn om aan de toenemende vraag te voldoen – ook omdat er op dit moment te weinig personeel in de zorg is. Er zullen echter naar verhouding steeds minder mensen in de (potentiële) beroepsbevolking zijn om ouderen informele of professionele zorg te bieden. Dit speelt vooral in de landelijke gebieden. Daarnaast zal de aard van het werk deels veranderen, bijvoorbeeld doordat meer (medische) technologieën thuis worden ingezet.

7.6 Samenvatting

In 2030 zullen er ruim 2 miljoen 75-plussers zijn, 720.000 meer dan nu. Duidelijk is dat, als gevolg van het toenemend aantal ouderen, de vraag naar zorg en ondersteuning zal toenemen. Het aandeel 20-64-jarigen in de bevolking zal echter afnemen. Het is dan ook de vraag of er voldoende personeel voor de zorg en informele helpers zullen zijn, zeker in de krimpregio's.

De vraag naar zorg zal naar verwachting ook veranderen. Zo zullen er steeds meer migrantenouderen zijn, al zal hun aandeel binnen de totale groep 75-plussers de komende jaren klein blijven. Ouderen zullen zelf meer initiatieven nemen en meer mogelijkheden hebben om zelf zorg of ondersteuning te organiseren of in te kopen, alhoewel er ook groepen zijn die weinig digitale vaardigheden, een klein netwerk of een laag inkomen hebben. Verwacht

wordt ook dat technologieën een grotere rol zullen spelen, maar tot nu toe gaan de ontwikkelingen langzaam.

Hoewel er zorgen zijn over de groeiende zorgvraag en mogelijke ongelijkheid in de zorg, is er ook optimisme over de zelfredzaamheid van burgers. Dit neemt niet weg dat er ook in de toekomst (groepen) ouderen zijn die niet redzaam zijn en die op hulp van anderen moeten kunnen rekenen. Bij ouderen die minder redzaam zijn, gaat het bijvoorbeeld om ouderen met weinig (digitale) vaardigheden, weinig regie, een klein netwerk (dat hen kan ondersteunen of kan helpen om de weg naar publiek gefinancierde zorg en ondersteuning te vinden), een laag opleidingsniveau of een gering inkomen.

Summary

Caring for older people living at home

Review of care for independent community-dwelling over-75s: problems and future developments

Background

The number of older people in the Netherlands is increasing, and with it the need for care and support. The Dutch Ministry of Health, Welfare and Sport requested the Netherlands Institute for Social Research (SCP) to carry out a review based on the literature available to outline the current status of home-based care for older adults aged 75 years and above, and also to identify which future trends and developments will have an impact on that care. The Committee on the Future of Care for Home-dwelling Older Adults (Commissie toekomst zorg thuiswonende ouderen) will draw on this review and other sources to put forward recommendations on what is needed to maintain the standard of care in the future for older adults living at home.

Characteristics of independent community-dwelling over-75s

There are more than 1.2 million independent community-dwelling adults aged over 75 in the Netherlands. Almost half of them live alone, and nearly one in ten have neither a partner nor children. The proportion of single persons increases with advancing age, as does the share who have to live on a small income. While nearly all over-75s have a chronic disease and a majority have one or more physical disabilities, mental health or memory difficulties, most say they can manage well in their daily lives. Many over-75s accordingly still play an active role in society, with more than eight out of ten going out on a daily basis and regularly meeting friends, and more than four in ten doing voluntary work. Although more than eight out of ten over-75s are satisfied with the lives they lead, 10% of 75-84 year-olds and 15% of those aged over 85 feel lonely or very lonely. All in all, the older population is highly diverse, and the need for care and support among those aged over 75 varies. There is also variation in their ability to organise their own care and support, to secure it from members of their network or to buy it in.

Use of care and support

Almost all over-75s are in contact with one or more medical care providers. A substantial proportion (especially those aged over 85) receive care and support at home, with over four out of ten having received help during the course of a year with cleaning the house, personal care, nursing care or support. Roughly half receive (some of) this care and support from family, friends or acquaintances, and a third buy in all or part of the help they receive. Around a quarter of over-75s receive support funded through the Social Support Act (Wmo 2015), and roughly the same proportion receive community nursing care funded through the Health Care Act (Zvw).

Little or nothing is known about the use of welfare services, such as meal provision services or organised social activities for independent community-dwelling older adults who are lonely, nor about whether there is an unmet care need.

Bottlenecks

Although many aspects of the care and support for independent community-dwelling older adults go well, there are also some problem areas. It is often not known how often such bottlenecks occur, but not being able to obtain the care they need when they need it can have a major impact on older persons.

The strength and capacity of older people and their networks is regularly overestimated and, despite this being expected of them, some older persons lack the skills needed to organise their care and support themselves. Their networks are by no means always able to help, and are sometimes overburdened. The care itself is also generally not provided in a very proactive way, with a view to preventing (more serious) illnesses and identifying care and support needs at an early stage. As regards housing, there appears to be a section of the older population who live in homes that are not appropriate for the support needs they will (probably) have in the future, but who are unwilling or unable to move home. As well as financial considerations, social factors also play a role here, as people become attached to their home and their neighbourhood.

There is also a second group of problems relating to obtaining care and support. The Dutch care system is complex: there are many different kinds of care and support, each provided from different sectors of the care system and each with their own access criteria. The different legislative regimes governing the provision of care and support can make it difficult to obtain the right care, and it is not always clear whether the difficulty lies in the design of the system or in its interpretation and implementation. The information provided is also often unclear, while co-payments can put people off asking for help or aids which they need. There is also a lack of coordination and cooperation between providers of help and care, not only resulting from (the application of) the different legislation and regulations, and the boundaries between the different care sectors, but also as regards sharing information between care workers. When an older person is receiving care and support from several different caregivers, the carers often do not know what care the other caregivers are providing.

A third group of problems relates to the supply of care itself. There is a growing shortage of staff or (bought-in) capacity and a lack of specific expertise (including among GPs and community care teams) to provide adequate support to older people with complex problems in their home setting. Too little care and support or insufficient expertise on the part of care professionals can make it more likely that older persons will be unnecessarily referred to more intensive care, such as residential or hospital emergency care. Finally, the housing stock does not currently appear to be sufficiently adapted to the changing demand created by the expectation that older adults should continue living independently for longer.

Reflections

The principle that people should initially be asked to use their own capacity and resources to meet their needs can be difficult for older persons with few health-related skills, few social skills or low literacy who have difficulty in finding, understanding and requesting information about care and support.

As older people remain living at home for longer than in the past, they more often visit their GP with complex health problems. Home care workers and other professionals are also having to deal with more complex issues; they do not always (yet) possess the knowledge they need, and the cooperation with others is sometimes less than smooth. There is a need for more options to offer specialist care to older persons without requiring admission to a care institution.

Home-dwelling older adults do not always receive the care they need because the rules are not (or do not appear to be) quite appropriate for the individual concerned or due to a lack of clarity about precisely how policy rules should be applied. Policies are based on large groups, and problems can arise when trying to deal with people who form the exception to the general rule. To ensure an elderly care system that is future-proof, it is important not only to have clear rules, but also to facilitate flexible implementation to enable those rules to be applied creatively. This would enable a safety net to be created where necessary for those who fall just outside the rules.

The future

It is clear that the number of independent community-dwelling adults aged over 75 is set to increase between now and 2030. The number of single older persons and the number of people aged over 85 - groups which consume a relatively large share of publicly funded and other care - is also increasing. In addition, people aged over 75 are living independently for longer and face ever more complex problems. This will push up demand for care and support and suitable (types of) housing for older persons. The urgency of finding a solution for the problems experienced by independent community-dwelling older adults in relation to care will also increase. The challenges will be greatest in regions with contracting populations, with a growing proportion of older persons and a dwindling potential labour force.

There are also some future trends which may give cause for hope. An example is the rising education level; older people in the future will be better educated and are therefore likely to be more able to find their way around the system, may be more assertive and demanding, but may also be more capable of organising their own care. A higher income will also mean they have more financial resources to pay for their care themselves. However, there will still be some who have little or no capacity to organise their own care and support.

The older population will be more diverse in the future. There will be more older people with a non-Western or other migration background, though their share in the total population aged over 75 will remain small. This, too, will influence the demand for care. To a greater extent than in the past, older people appear to have their own individual wishes

and needs, creating a general need for more customisation and giving rise to a greater diversity in the supply of care.

Technological resources are likely to play a bigger role in care in the future and lead to changes in the nature of the work performed by professionals, though at present the use of technology is increasing only modestly. Whether technology will be able to replace human staff and therefore potentially offer a solution to the growing demand for care is unclear at this point in time. Care provision is also about human contact, and ensuring sufficient staff with the right mix of competences, which match the diverse demand for care, remains one of the challenges for the future.

It is also important not to lose sight of those groups who lack the resources and skills needed to organise their own care and support, to request it from their networks or buy it in themselves. Examples include older people with poor digital skills, unable to take control over their own lives, a small network or a low income.

This review shows that home-dwelling older adults are in many cases doing well, but that there are some who encounter problems in relation to their care and support. The organisation of affordable care and support for older people living at home is a major challenge for the future. As a society, we will therefore have to find (creative) solutions which take account of the existing circumstances and which adequately meet the needs of the older generation. To achieve this, it is very important to continue closely monitoring home-dwelling older persons and how they are faring.

Literatuur

- Aalst, Mechelien van der (2018). *Zorg. Factsheet arbeidsmarkt*. Geraadpleegd 28 november 2018 via https://www.uwv.nl/overuww/Images/Factsheet_Zorg.pdf.
- Aanjaagteam Langer zelfstandig wonen (2015). *Voortgangsrapportage, juni 2015*. Geraadpleegd 12 november 2018 via <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2015/06/01/voortgangsrapportage-van-het-aaanjaagteam-langer-zelfstandig-wonen>.
- Aanjaagteam Langer zelfstandig wonen (2016). *Van tehuis naar thuis. Hoe is te bevorderen dat mensen zelfstandig kunnen (blijven) wonen?* Geraadpleegd 12 november 2018 via <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2016/03/01/van-tehuis-naar-thuis>.
- ActiZ (2016). *ActiZ kritisch over rapport Aanjaagteam Langer Zelfstandig Wonen*. Geraadpleegd 8 januari 2019 via <https://www.actiz.nl/nieuws/web/ouderenzorg/open/2016/03/actiz-kritisch-over-rapport-aaanjaagteam-langer-zelfstandig-wonen>.
- ActiZ (2018a). *Jaarlijks ruim 300.000 ouderen onnodig in ziekenhuisbedden*. Geraadpleegd 14 november 2018 via <https://www.actiz.nl/nieuws/ouderenzorg/2018/02/jaarlijks-ruim-300.000-ouderen-onnodig-in-ziekenhuisbedden>.
- ActiZ (2018b). *nza onderzoekt bekostiging regionale coördinatiepunten eerstelijnsverblijf*. Geraadpleegd 8 januari 2019 via <https://www.actiz.nl/nieuws/ouderenzorg/open/2018/05/nza-onderzoekt-bekostiging-regionale-coördinatiepunten-eerstelijnsverblijf>.
- ActiZ (2018c). *Onderzoek Eerstelijnsverblijf*. Utrecht: ActiZ/Q-Consult zorg.
- Aedes (2017). *Corporatiemonitor. Passend toewijzen. Samengevat*. Den Haag: Aedes.
- Akkermans, Math (2016). *ICT-vaardigheden van Nederlanders*. 2016|06. Den Haag/Heerlen/Bonaire: Centraal Bureau voor de Statistiek.
- Algemene Rekenkamer (2018). *Focus op toegang tot de Wet langdurige zorg*. Den Haag: Algemene Rekenkamer.
- Alzheimer Nederland (2017). *De zorgval, wat is dat eigenlijk?* Geraadpleegd 9 november 2018 via <https://www.alzheimer-nederland.nl/nieuws/zorgval>.
- ANBO en Woonz (2016). *Verhuizen en anticiperen. Een peiling van ANBO en Woonz*. Woerden/Den Haag: ANBO/Woonz.
- Arum, S. van en T. van den Enden (2018). *Sociale wijkteams opnieuw uitgelicht*. Utrecht: Movisie.
- Babitsch, B., D. Gohl en T. von Lengerke (2012). *Re-revisiting Andersen's Behavioral Model of Health Services Use: a systematic review of studies from 1998-2011*. In: *GMS Psycho-Social-Medicine*, jg. 9, nr. DOC 11.
- Bakker, Maarten (2018). *Meerdere zorginstellingen weigeren beleidsregel nza uit te voeren*. In: *Zorgvisie*, jg. 9, november 2018.
- Bakker, Wilma, Michelle Hu en Lianne Wittkämper (2018). *Ouderenmonitor 2018*. Amsterdam: RIGO Research en Advies.
- Batenburg, R., M. Bosmans, S. Versteeg, E. Vis, B. van Asten, L. Vandermeulen en L. van der Kruis (2018). *Balans in vraag en aanbod huisartsenzorg*. Utrecht: Nivel/Prismant.
- Beltman, Henk (2017). *Kennisdossier Onafhankelijke cliëntondersteuning*. Geraadpleegd 12 november 2018 via https://iederin.nl/downloads/dl.php?l=1243_Kennisdossier_cli%C3%ABntondersteuning.pdf.
- Bergen, Anne-Marie van, Jan Willem van de Maat en Marjan Hurkmans (2016). *Onafhankelijke cliëntondersteuning. Een kwalitatief onderzoek naar de ervaringen van onafhankelijke cliëntondersteuners*. Utrecht: Movisie/Vilans.
- BeterOud (2016). *Een breed gedragen toekomstvisie en veranderagenda voor wonen, welzijn en zorg voor ouderen in een kwetsbare positie*. Utrecht: BeterOud.
- Beuzenberg, Vera, Eva Broxterman, Anouk Corèl, Michelle Hu en Steven Kromhout (2017). *Evaluatie passend toewijzen. Eén jaar verder*. Den Haag: Platform31.

- Blije, Berry, Kenneth Gopal, Ruud Steijvers en Wim Faessen (2016). *Wonen in beweging. De resultaten van het WoonOnderzoek Nederland 2015*. Den Haag: ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties.
- Blok, Marcella (2017). *Vraagverlegenheid*. Geraadpleegd 6 november 2018 via <https://marcellablok.wordpress.com/2017/04/19/vraagverlegenheid/>.
- Boer, Alice de, Inger Plaisier en Mirjam de Klerk (2019). *Werk en mantelzorg. Kwaliteit van leven en het gebruik van ondersteuning op het werk*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Boersma-van Dam, Elise, Yvette Weesie, Karin Hek, Rodrigo Davids, Marcus Winckers, Leontien Korteweg, Elsbeth de Leeuw, Tom Urbanus, Tjard Schermer en Mark Nielen (2018). *Zorg door de huisarts. Nivel Zorg-registraties eerste lijn: Jaarcijfers 2017 en trendcijfers 2011-2017*. Utrecht: Nivel.
- Booys, Marjolein de, Dirk Achterbergh, Aster de lange, Carel Mastenbroek, Corinne Klop en Jan-Willem Dik (2018). *Naar reguliere integrale zorg voor kwetsbare ouderen thuis*. Diemen: Zorginstituut Nederland.
- Bredewold, Femmianne, Thomas Kampen, Evelien Tonkens en Jan Willem Duyvendak (2016). *Een mooie gedachte. Wat professionals denken over zelfredzaamheid en wat ze vervolgens (niet) doen*. Amsterdam/Utrecht: Universiteit van Amsterdam/Universiteit voor Humanistiek.
- Brink, Gabriël van den (2002). *Mondiger of moeilijker? Een studie naar de politieke habitus van hedendaagse burgers*. Den Haag: Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid.
- Broek, Andries van den, Cretien van Campen, Jos de Haan, Anne Roeters, Monique Turkenburg en Lotte Vermeij (red.) (2016). *De toekomst tegemoet. Leren, werken, zorgen, samenleven en consumeren in het Nederland van later. Sociaal en Cultureel Rapport 2016*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Broxterman, Eva en Thierry Wever (2018). *Doorstroming in Utrecht anno 2018. Evaluatie van drie instrumenten*. Amsterdam: RIGO Research en Advies.
- Bruin, Simone de, Claudia Molema, Mirjam Busch, Ingrid Hegger en Caroline Baan (2018). *Langdurige zorg in beweging. Wat zijn uitdagingen en oplossingsrichtingen?* Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.
- Campen, Cretien van (red.) (2011). *Kwetsbare ouderen. Landelijk beeld van de groeiende groep ouderen met meer-voudige gezondheidsproblemen*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Campen, Cretien van en Debbie Verbeek-Oudijk (2017). *Gelukkig in een verpleeghuis? Ervaren kwaliteit van leven en zorg van ouderen in verpleeghuizen en verzorgingshuizen* Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Campen, Cretien van, Sjoerd Kooiker en Alice de Boer (2016). *Zorgen; hoe gaan we als samenleving zorgen voor de groeiende groep ouderen?* In: Andries Van den Broek, Cretien van Campen, Jos de Haan, Anne Roeters, Monique Turkenburg en Lotte Vermeij (red.), *De toekomst tegemoet; werken leren, zorgen, samenleven en consumeren in het Nederland van later. Sociaal en Cultureel Rapport 2016* (p. 108-142). Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Campen, Cretien van, Jurjen Iedema, Marjolein Broese van Groenou en Dorly Deeg (2017a). *Langer zelfstandig. Ouder worden met hulpbronnen, ondersteuning en zorg*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Campen, Cretien van, Wies Rosenboom, Saskia van Grinsven, Carolien Smits (red.) (2017b). *Kunst en positieve gezondheid. Een overzichtsstudie van culturele interventies met mensen die langdurig zorg en ondersteuning ontvangen*. Zwolle: Hogeschool Windesheim/LKCA/Movisie.
- CBRE (2018). *Tekort van 32.000 vrije sector zorgappartementen*. Geraadpleegd 20 december 2018 via <http://nieuws.cbre.nl/groeiend-tekort-aan-zorgappartementen/>.
- CBS (2011). *Geestelijke ongezondheid in Nederland in kaart gebracht. Een beschrijving van de MHI-5 in de gezondheids-module van het Permanent Onderzoek Leefsituatie*. Den Haag: Centraal Bureau voor de Statistiek.
- CBS (2014). *Aow-leeftijd stijgt vanaf 2022 verder door koppeling aan levensduur*. Geraadpleegd 14 november 2018 via <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2014/51/aow-leeftijd-stijgt-vanaf-2022-verder-door-koppeling-aan-levensduur>.
- CBS (2019). *Zes procent nooit op internet*. Geraadpleegd 16 januari 2019 via <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2019/01/zes-procent-nooit-op-internet>.

- Commissie-Van Bochove (2018). *Evaluatie herziene Woningwet. Kansen en belemmeringen voor de maatschappelijke opgave van woningcorporaties*. Geraadpleegd 12 december 2018 via https://www.atrive.nl/static/default/files/Atriv%C3%Ag/downloads%20Atriv%C3%Ag/Evaluatie%20herziene%20Woningwet_Rapport%20commissie-Van-Bochove_6-november-2018.pdf.
- Conkova, Nina (2019). *Non-kin ties as a source of support in Europe: On the role of context* (proefschrift). Rotterdam: Erasmus Universiteit.
- Daalhuizen, Femke, Carola de Groot en Hans van Amsterdam (2018). *Zorg om banen in de ouderenzorg*. Geraadpleegd 16 januari 2019 via <https://themasites.pbl.nl/zorg-om-banen-in-de-ouderenzorg/>.
- Dam, Frank van, Femke Daalhuizen, Carola de Groot, Manon van Middelkoop en Pautie Peeters (2013). *Vergrijzing en ruimte. Gevolgen voor de woningmarkt, vrijetijdsbesteding, mobiliteit en regionale economie*. Den Haag: Planbureau voor de Leefomgeving.
- Das, Marjolein (2018). *Potentiële mantelzorgers wonen dikwijls ver weg*. Geraadpleegd 27 november 2018 via <https://www.socialevraagstukken.nl/potentiele-mantelzorgers-wonen-dikwijls-ver-weg/>.
- Dekker, Paul en Pepijn van Houwelingen (2017). *Burgerperspectieven 2017*14. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Doekhie, Kirti D., Anke J.E. de Veer, Jany J.D.J.M. Rademakers, François G. Schellevis en Anneke L. Francke (2014). *Ouderen van de toekomst. Verschillen in de wensen en mogelijkheden voor wonen, welzijn en zorg*. Utrecht: Nivel.
- Doorten, Ingrid en Pauline Meurs (2015). *Verkenning Ruimte voor redzaamheid*. Geraadpleegd 8 februari 2019 via <http://www.ruimtevoorredzaamheid.nl>.
- Draak, Maaïke den, Anna Maria Marangos, Inger Plaisier en Mirjam de Klerk (2016). *Wel thuis? Literatuurstudie naar factoren die zelfstandig wonen van mensen met beperkingen beïnvloeden*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Duimel, Marion en Ingrid Meijering (2016). *75-plussers en internet*. Geraadpleegd 14 november 2018 via <https://getoud.nl/75-plussers-en-internet/>.
- Duin, Coen van, Lenny Stoeldraijer, Dominique Van Roon en Carel Harmsen (2016). *Huishoudensprognose 2015-2060: jongeren en ouderen langer thuis*. Den Haag/Heerlen/Bonaire: Centraal Bureau voor de Statistiek.
- Engbersen, Godfried, Erik Snel en Margrietha 't Hart (2015). *Mattheüs in de buurt: over burgerparticipatie en ongelijkheid in steden*. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam/Erasmus Centre for Citizenship, Migration and the City (CIMIC).
- Esch, Tamar van, Anne Brabers, Madelon Kroneman en Judith de Jong (2018). *Kennisvraag Hulpmiddelenzorg. Een onderzoek naar informatie, knelpunten, eigen betalingen en de keuze van een zorgverzekering*. Utrecht: Nivel.
- Faber, M. von, J. Landkroon, Th.H. Roes, A. Verlaan en S. van der Pas (2018). *Vitaal en langer zelfstandig wonen in de Leidse regio*. Den Haag/Leiden: Werkplaats Sociaal Domein.
- Fang, M.L., S.L. Canham, L. Battersby, J. Sixsmith, M. Wada en A. Sixsmith (2018). Exploring Privilege in the Digital Divide: Implications for Theory, Policy, and Practice. In: *The Gerontologist* (10.1093/geront/gny037).
- Faun, H.M.F.G.M., M.L. Hollander en S. van Klaveren (2014). *Belemmeringen bij het opzetten van woonzorgarrangementen voor senioren*. Zoetermeer: Panteia.
- Feijten, Peteke, Roelof Schellingerhout, Mirjam de Klerk, Anja Steenbekkers, Peggy Schyns, Frieke Vonk, Anna Maria Marangos, Alice de Boer en Liesbeth Heering (2017). *Zicht op de Wmo 2015. Ervaringen van melders, mantelzorgers en gespreksvoerders*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Folsche, Lieke en Rachel Beerepoot (2018). *Langer zelfstandig thuis wonen. Lang zult u wonen*. Amsterdam/ Enschede: I&O Research.
- Francke, A.L., P.M. Rijken, K. De Groot, A.J.E. De Veer, K.A.M. Verkleij en H.R. Boeije (2017). *Evaluatie van de wijkverpleging. Ervaringen van cliënten, mantelzorgers en zorgprofessionals*. Utrecht: Nivel.
- Gaalen, Ruben van en Saskia te Riele (2017). *Kwaliteit van leven in Nederland*. Den Haag/Heerlen/Bonaire: Centraal Bureau voor de Statistiek.

- Galenkamp, H., I. Plaisier, M. Huisman, A.W. Braam en D.J.H. Deeg (2012). *Trends in gezondheid en het belang van zelfredzaamheid bij zelfstandig wonende ouderen*. Advies Raad voor de Volksgezondheid & Zorg. Amsterdam: vu/vu Medisch Centrum.
- Garssen, Joop en Carel Harmsen (2011). *Ouderen wonen steeds langer zelfstandig*. Geraadpleegd 6 februari 2019 via www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2011/28/ouderen-wonen-steeds-langer-zelfstandig.
- Garvelink, M., M. Dees, S. Ranke, M. Perry en J. Braspenning (2018). *Inventarisatie knelpunten en oplossingsrichtingen in de zorg voor thuiswonende kwetsbare ouderen*. Onderdeel project Kwetsbare Ouderen Thuis, kot. Nijmegen: IQ Healthcare, Radboudumc.
- Gielen, Willem, Daniël Herbers en Femke Hitzert (2018). *Verhuizingen van oudere huishoudens*. Den Haag/Heerlen/Bonaire: Centraal Bureau voor de Statistiek.
- Gijzel, Hinke, Henk Herman Nap, Marjolein Herps, Sander Mulder, Moniek Van Klink, Sanne Schrijer-Snoeijs, Karina Kuperus en Mirella Minkman (2017). *De Wet langdurige zorg in de verzorging, verpleging en gehandicaptenzorg. Ervaringen uit de praktijk*. Amstelveen: KPMG/Vilans.
- Groot, Carola de, Frank Van Dam en Femke Daalhuizen (2013). *Vergrijzing en woningmarkt*. Den Haag: Planbureau voor de Leefomgeving.
- Groot, K. de, A. de Veer, S. Versteeg en A. Francke (2018). *Het organiseren van langdurige zorg en ondersteuning voor thuiswonende patiënten. Ervaringen van praktijkondersteuners in de huisartsenzorg*. Utrecht: Nivel.
- Grootegoed, Ellen, Anja Machielse, Evelien Tonkens, Laurine Blonk en Sanne Wouters (2018). *Aan de andere kant van de schutting. Inspelen op de toenemende vraag naar vrijwillige inzet in het lokale sociaal domein*. Utrecht: Universiteit voor Humanistiek.
- Hagenaars, Niels (2016). *No Place Like home. An analysis of the growing movement away from hospitals towards providing medical care to patients in their own homes*. Ophemert: Gupta Strategists.
- Ham, Lia van der en Maaïke den Draak (2018). Op het grensvlak van de wetten. In: Mariska Kromhout, Nora Kornalijnslijper en Mirjam de Klerk (red.), *Veranderde zorg en ondersteuning voor mensen met een beperking. Landelijke evaluatie van de Hervorming Langdurige Zorg* (p. 300-325). Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Ham, Lia van der, Maaïke den Draak, Wouter Mensink, Peggy Schyns, Esther Van den Berg, m.m.v. Pepijn van Houwelingen en Isabella van de Velde (2018). *De Wmo 2015 in praktijk. De lokale uitvoering van de Wet maatschappelijke ondersteuning*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Harnas, S. en P. Schout (2017). *Meldactie 'Ouderen met een kwetsbare gezondheid'. Op weg naar een ouderenvriendelijke samenleving*. Utrecht: Patiëntenfederatie Nederland.
- Hart, Joep de (2014). *Geloven binnen en buiten verband. Godsdiensige ontwikkelingen in Nederland*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Hart, Joep de en Pepijn Van Houwelingen (2018). *Christenen in Nederland. Kerkelijke deelname en christelijke geloofsvigheid*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Hees, Suzanne van, Marloes Oldenkamp, Iris de Putter, Lucas van der Hoek en Hennie Boeije (2018). *Participatiemonitor 2008-2016: Deelname aan de samenleving van mensen met een beperking en ouderen*. Utrecht: Nivel.
- Heide, Iris van der, Susanne van den Buuse en Anneke L. Francke (2018). *Dementiemonitor Mantelzorg 2018. Mantelzorgers over ondersteuning, zorg, belasting en de impact van mantelzorg op hun leven*. Utrecht: Nivel.
- Heijmans, M., A. Brabers en J. Rademakers (2018). *Health Literacy in Nederland*. Utrecht: Nivel.
- Henchoz, Karine, Stefano Cavalli en Myriam Girardin (2008). Health perception and health status in advanced old age: A paradox of association. In: *Journal of Aging Studies*, jg. 22, nr. 3, p. 282-290.
- Hoff, Stella (2015). *Pensioenen: solidariteit en keuzevrijheid. Opvattingen van werkenden over aanvullende pensioenen*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Hoff, Stella en Bart van Hulst (2018). Armoede bij volwassenen en kinderen. In: Stella Hoff, Benedikt Goderis, Bart van Hulst en Jean Marie Wildeboer Schut (red.), *Armoede in kaart 2018*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

- Hoff, Stella, Benedikt Goderis, Bart van Hulst en Jean Marie Wildeboer Schut (2018). *Armoede in kaart 2018*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Homan, Lennart, Patrick Jansen, Eline Lubbes en Evelien Rijken (2018). *Rapportage. Onderzoek naar het gebruik, wachttijden en wachtlijsten Casemanagement Dementie 2018*. Enschede: Bureau ННМ.
- Hoogendijk, Emiel, Dorly Deeg en Martijn Huisman (2017). Trends in sociale-, emotionele- en gezondheidsproblematiek van Nederlandse ouderen tussen 1992 en 2012. In: *Geron*, jg. 19, nr. 3, p. 71-74.
- Hoogendijk, E., D. Deeg en M. Huisman (2017). *Trends in sociale, emotionele en gezondheidsproblematiek van Nederlandse ouderen tussen 1992 en 2012. Resultaten van de Longitudinal Aging Study Amsterdam*. Geraadpleegd 16 november 2018 via <https://www.lasa-vu.nl/nieuws/documents/vws-rapport-2016-trends-problematiek.pdf>.
- Horst, Albert van der, Frank van Erp en Jasper de Jong (2011). *Financiering onder druk. Zorg blijft groeien*. CPB Policy Brief | 2011/11. Trends in gezondheid en zorg. Den Haag: Centraal Planbureau.
- Huber, Machteld (2014). *Towards a new, dynamic concept of health. Its operationalisation and use in public health and healthcare, and in evaluating health effects of food* (proefschrift). Maastricht: Universiteit van Maastricht.
- Huber, M., J.A. Knottnerus, L. Green, H. van der Horst, A.R. Jadad, D. Kromhout, B. Leonard, K. Lorig, M.I. Loureiro, J.W.M. van der Meer, P. Schnabel, R. Smith, C. van Weel en H. Smid (2011). How should we define health? In: *British Medical Journal*, jg. 343, nr. 4163, p. 235-237.
- Huber, M., M. Van Vliet en I. Boers (2016). Heroverweeg uw opvatting van het begrip 'gezondheid'. In: *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, jg. 160, nr. A7720.
- Ieder(in) (2016). *Meldactie eigen bijdragen*. Geraadpleegd 12 november 2018 via <https://iederin.nl/nieuws/17759/kwart-zorgvragers-ziet-af-van-zorg-door-hoge-kosten/>.
- Igalla, Malika en Ingmar van Meerkerk (2015). De duurzaamheid van burgerinitiatieven. Een empirische verkenning. In: *Bestuurswetenschappen*, jg. 69, nr. 3, p. 25-53.
- In voor zorg (2014). *De langdurige zorg in 2020: trends en ontwikkelingen*. Geraadpleegd 9 december 2018 via <http://www.invoorzorg.nl/informatie-de-langdurige-zorg-in-2020-trends-en-ontwikkelingen.html>.
- Ipsos Facto (2016). *Landelijk onderzoek lokaal beleid seniorenhuisvesting 2016. Eindrapport*. Den Haag: Ipsos Facto Beleidsonderzoek.
- Israël, F.J., M. Kingma, A.J.W. Zielman en S. Van As (2016). *Aanpak van laaggeletterdheid*. Den Haag: Algemene Rekenkamer.
- Janssen, Karen (2014). *Belemmeringen voor informele hulp. Een onderzoek naar vraagverlegenheid onder ouderen in Leiden* (masterthesis). Utrecht: Universiteit Utrecht.
- Jansen, Maria, KlaasJan Hajema, Suzanne Schefman, Frans Feron en Hans Bosma (2015). Eenzaam aan de onderkant: een studie naar ziekte, armoede en eenzaamheid. In: *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen (TSG)*, jg. 93, nr. 7, p. 268-273.
- Joling, Karlijn J., Siobhan T. O'Dwyer, Cees M.P.M. Hertogh en Hein P.J. van Hout (2017). The occurrence and persistence of thoughts of suicide, self-harm and death in family caregivers of people with dementia: a longitudinal data analysis over 2 years. In: *International Journal of Geriatric Psychiatry*, jg. 33, nr. 2, p. 263-270.
- Jong, Andries de en Femke Daalhuizen (2014). *De Nederlandse bevolking in beeld. Verleden heden toekomst*. Den Haag: Planbureau voor de Leefomgeving.
- Jong, Andries de en Sjoerd Kooiker (2018). *Regionale ontwikkelingen in het aantal potentiële helpers van oudere ouderen, 1975-2040*. Den Haag: Planbureau voor de Leefomgeving.
- Jong-Gierveld, J. de en F.H. Kamphuis (1985). The development of a Rasch-type loneliness-scale. In: *Applied Psychological Measurement*, jg. 9, nr. 3, p. 289-299.
- Jong-Gierveld, J. de en T. Van Tilburg (2008). De ingekorte schaal voor algemene, emotionele en sociale eenzaamheid. In: *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, jg. 39, nr. 1, p. 4-15.
- Kaljouw, Marian en Katja van Vliet (2015). *Naar nieuwe zorg en zorgberoepen: de contouren*. Den Haag: Zorginstituut Nederland.

- KBO-PCOB (2018). *Digitalisering*. Geraadpleegd 14 november 2018 via <https://www.kbo-pcob.nl/speerpunten/digitalisering/>.
- Klaveren, Susan van, Kees-Jan van de Werfhorst, Naomi Meys, Lieke Brouwer, Arthur van der Harg en Gert Cazemier (2017). *Toegang tot zorg vanuit de Wet langdurige zorg. Ervaringen van aanvragers en professionals*. Den Haag: BMC.
- Klaveren, Susan van, Netty van Triest en Penny Senior (2018). *Langer thuis: in de praktijk. Vernieuwende woonzorg voor kwetsbare senioren*. Geraadpleegd 12 december 2018 via <https://www.platform31.nl/publicaties/langer-thuis-vernieuwende-woonzorg-voor-kwetsbare-senioren>.
- Klerk, Mirjam de, Alice de Boer, Sjoerd Kooiker, Inger Plaisier en Peggy Schyns (2014). *Hulp geboden. Een verkenning van de mogelijkheden en grenzen van (meer) informele hulp*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Klerk, Mirjam de, Alice de Boer, Inger Plaisier en Peggy Schyns (2017). *Voor elkaar? Stand van de informele hulp in 2016*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Knoop, Bas (2016). SEH raakt verstopt door vergrijzing. In: *Medisch Contact*, nr. 2 juni, p. 10-11.
- Kok, Pieter, Henk Nouws, Linda Sanders en Rogier Goes (2015). *Wonen en zorg en de ruimtelijke ordening. Handreiking voor het oplossen van ruimtelijke knelpunten bij de transformatie of ontwikkeling van woonzorglocaties*. Utrecht: Aedes-Actiz Kenniscentrum Wonen-Zorg.
- Kooijman, Martijn, Anne Brabers en Judith de Jong (2018). *Solidariteit in de zorg. Een onderzoek naar de bereidheid om voor andere te betalen onder de algemene bevolking in 2013, 2015 en 2017*. Geraadpleegd 11 februari 2019 via www.nivel.nl.
- Kooiman, Niels, Andries de Jong, Corina Huisman, Coen van Duin en Lenny Stoeldraijer (2016). *PBL/CBS Regionale bevolkings- en huishoudensprognose 2016–2040: sterke regionale verschillen*. Den Haag/Heerlen/Bonaire: Centraal Bureau voor de Statistiek/Planbureau voor de Leefomgeving.
- Kooten, Lottie van (2017). Ouderengeneeskunde, een onderschat specialisme. In: *Arts in Spe*, nr. 2, p. 14-15.
- Kornalijnslijper, Nora en Mirjam de Klerk (2018). Toegang tot zorg vanuit de Wet langdurige zorg. In: Mariska Kromhout, Nora Kornalijnslijper en Mirjam de Klerk (red.), *Veranderde zorg en ondersteuning voor mensen met een beperking. Landelijke evaluatie van de Hervorming Langdurige Zorg*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Koster, Yolanda de (2016). *Kwart zorggebruikers mijdt dure zorg*. Geraadpleegd 12 november 2018 via <https://www.binnenlandsbestuur.nl/sociaal/nieuws/kwart-zorggebruikers-mijdt-dure-zorg.9518647.lynkx>.
- Kraaykamp, Gerbert, Stéfanie André en Roza Meuleman (2018). Opleiding als scheidslijn. In: Stéfanie André, Gerbert Kraaykamp en Roza Meuleman, *Een (on)gezonde leefstijl. Opleiding als scheidslijn*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau (webpublicatie).
- Kromhout, Mariska, Nora Kornalijnslijper en Mirjam de Klerk (red.) (2018). *Veranderde zorg en ondersteuning voor mensen met een beperking. Landelijke evaluatie van de Hervorming Langdurige Zorg*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Lange, Peter de en Yvonne Witter (2014). Hoe ouderen steeds diverser wonen. In: *Geron*, jg. 16, nr. 3, p. 54-57.
- Leidelmeijer, Kees, Johan van Iersel en Dik Leering (2017). *Monitor Investeren in de toekomst. Ouderen en langer zelfstandig wonen*. Amsterdam: RIGO.
- Lemmens, Lidwien, Gerrie-Cor Herber, Barbara Schooneveldt, Liset Rietman, Anneke Blokstra en Annemieke Spijkerman (2016). *Goede preventie ouderenzorg. Welke elementen zijn van belang?* Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.
- Lengerke, T. von, D. Gohl en B. Babitsch (2014). Re-visiting the Behavioral Model of Health Care Utilization by Andersen: A Review on Theoretical Advances and Perspectives. In: C. Janssen, E. Swart en T. von Lengerke (red.), *Health Care Utilization in Germany*. New York: Springer.
- LHV (2018). *Leidraad Medische zorg voor ouderen in (kleinschalige) woonzorginstellingen*. Utrecht: Landelijke Huisartsen Vereniging.

- Lindenberg, Jolanda, Frans van der Ouderaa, Eugenie Polman-van Stratum, Frank Schalkwijk, Ineke Vlek-Schmale, Rudi Westendorp, Goos Eilander, Ruurd Hielkema, Patricia Hoetelmans en Rosalinde Weijzenfeld (2013). *Grijs is niet zwart wit. Ambities van 55+*. Leiden: Leyden Academy/Trendbox.
- Linders, Lilian (2010). *De betekenis van nabijheid. Een onderzoek naar informele zorg in een volksbuurt*. Den Haag: Sdu Uitgevers.
- Linschoten, C.P. van en B.P. te Velde (2016). *Inventarisatie en analyses van multidisciplinaire zorg voor kwetsbare ouderen. Eindrapportage*. Groningen: ARGO.
- Lukkien, Dirk en Sabine Timmer (2018). *12 technologische ontwikkelingen in de zorg*. Geraadpleegd 14 november 2018 via <https://www.vilans.nl/artikelen/12-technologische-ontwikkelingen-in-de-zorg>.
- Maas, I.A.M. en J. Jansen (2000). *Psychische (on)gezondheid; determinanten en de effecten van preventieve interventies*. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.
- Machielse, Anja (2016). *Empowerment van kwetsbare ouderen gaat altijd ook over zingeving*. Geraadpleegd 12 december 2018 via <https://www.socialevraagstukken.nl/empowerment-van-kwetsbare-ouderen-gaat-altijd-ook-over-zingeving/>.
- Marangos, Anna Maria, Maaïke den Draak, Lia van der Ham, Nora Kornalijnslijper en Peteke Feijten (2018). *Toegang tot maatschappelijke ondersteuning en wijkverpleging*. In: Mariska Kromhout, Nora Kornalijnslijper en Mirjam de Klerk (red.), *Veranderende zorg en ondersteuning voor mensen met een beperking. Landelijke evaluatie van de Hervorming Langdurige Zorg* (p. 117-145). Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Mares, André en Frank Notten (2018). *De Nederlandse economie in 2017*. Den Haag/Heerlen/Bonaire: Centraal Bureau voor de Statistiek.
- Meulenkamp, T.M., A.P.A. van Beek, D.L. Gerritsen, F.M. de Graaff en A.L. Francke (2010). *Kwaliteit van leven bij migranten in de ouderenzorg. Een onderzoek onder Turkse, Marokkaanse, Surinaamse, Antilliaanse/Arubaanse en Chinese ouderen*. Utrecht: Nivel.
- Movisie (2013). *Wat is ontspoorde mantelzorg? Hoe signaleer je mogelijke ontsporing en wat doe je dan?* Geraadpleegd 10 december 2018 via <https://www.movisie.nl/artikel/wat-ontspoorde-mantelzorg>.
- Movisie (2017). *Respijtzorg: vervangende mantelzorg*. Geraadpleegd 20 november 2018 via https://gemeenten.movisie.nl/sites/default/files/editor_uploads/Producten-raadplegen/Publicaties/Mantelzorg/info-graphic-respijtzorg-movisie-2017.pdf.
- Nationale Zorggids (2017). *Te weinig plekken voor ouderen in eerstelijnsverblijf*. Geraadpleegd 29 november 2018 via <https://www.nationalezorggids.nl/ouderenzorg/nieuws/37224-te-weinig-plekken-voor-ouderen-in-eerstelijnsverblijf.html>.
- Nienhuis, T., A.M. van Essen, M.G.A. Ligtoet-Janssen en J.P. de Wit (2016). *Blik op: langer zelfstandig wonen voor ouderen*. Leiden: Tympan Instituut.
- Non, Mariëlle (2016). *Hogere eigen bijdrage remt gebruik thuiszorg minder dan gedacht*. Geraadpleegd 12 januari 2019 via <https://www.cpb.nl/sites/default/files/omnidownload/CPB-Discussion-Paper-363-Co-payments-in-long-term-home-care-uitgebreide-samenvatting.pdf>.
- Non, Mariëlle, Ab van der Torre, Esther Mot, Evelien Eggink, Pieter Bakx en Rudy Douven (2015). *Keuzeruimte in de langdurige zorg. Veranderingen van zorgpartijen en cliënten*. Den Haag: Centraal Planbureau/Sociaal Cultureel Planbureau.
- Nouws, Henk (2015). *Verhuurbaarheid seniorenwoningen*. Amersfoort: Ruimte voor zorg.
- nza (2018a). *Monitor contractering wijkverpleging*. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit.
- nza (2018b). *Monitor zorg voor ouderen 2018*. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit.
- Oudijk, Debbie, Alice de Boer, Isolde Woittiez, Joost Timmermans en Mirjam de Klerk (2010). *Mantelzorg uit de doeken. Een actueel beeld van het aantal mantelzorgers*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Parlevliet, J.L., Ö. Uysal-Bozkir, M. Goudsmit, J.P. Campen, R.M. Kok, G. Riet, B. Schmand en S.E. Rooij (2016). *Prevalence of mild cognitive impairment and dementia in older non-western immigrants in the Netherlands: a cross-sectional study*. In: *International Journal of Geriatric Psychiatry*, jg. 31, nr. 9, p. 1040-1049 (DOI: 10.1002/gps.4417).

- Pas, Suzan van der en Joost van Vliet (2015). Sociale wijkteams en thuiswonende zorgbehoevende ouderen: een uitdagende verhouding. In: *Geron*, jg. 17, nr. 3, p. 44.
- Peersman, Wim, Dirk Cambier, Jan de Maeseneer en Sara Willems (2012). Gender, educational and age differences in meanings that underlie global self-rated health. In: *International Journal of Public Health*, jg. 57, nr. 3, p. 513-523 (DOI: 10.1007/s00038-011-0320-2).
- Per Saldo (2019a). *Begeleiding individueel*. Geraadpleegd 14 november 2018 via www.pgb.nl/pgb/wmo/welke-zorg/begeleiding/begeleiding-individueel/.
- Per Saldo (2019b). *Begeleiding in een groep*. Geraadpleegd 14 november 2018 via www.pgb.nl/pgb/wmo/welke-zorg/begeleiding/begeleiding-in-een-groep/.
- Pharos (2015). *Ouderen en gezondheid*. Geraadpleegd 12 november 2018 via <https://www.pharos.nl/nl/kennis-centrum/ouderen-en-gezondheid/feiten-en-cijfers/zorgvraag>.
- Plaisier, Inger en Mirjam de Klerk (2015). *Zicht op zorggebruik. Ontwikkelingen in het gebruik van huishoudelijke hulp, persoonlijke verzorging en verpleging tussen 2004 en 2011*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Plaisier, Inger en Mirjam de Klerk (2018). *Net als thuis. Wooninitiatieven opgezet door ouders voor hun kinderen met een beperking*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Plaisier, Inger, Alice de Boer en Mirjam de Klerk (2015). Gevolgen van mantelzorgen. In: Mirjam de Klerk, Alice de Boer, Inger Plaisier, Peggy Schyns en Sjoerd Kooiker, *Informeel hulp: wie doet er wat? Omvang, aard en kenmerken van mantelzorg en vrijwilligerswerk in de zorg en ondersteuning in 2014* (p. 146-169). Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Planbureau voor de Leefomgeving (2016). *Regionale bevolkingsprognose*. Geraadpleegd 12 december 2018 via www.pbl.nl/themasites/regionale-bevolkingsprognose.
- Platform Ouderenzorg (2018). *Zorgprobleem Pijn*. Geraadpleegd 15 november 2018 via <http://www.platformouderenzorg.nl/zorgprodt.php?ide=569>.
- Pommer, Evert, Jeroen Boelhouwer, Evelien Eggink, Anna Maria Marangos en Ingrid Ooms (2018). *Overall rapportage sociaal domein 2017. Wisselend bewolkt*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Post, Harry, Kees Huijsmans, Ronald Luijk en Lisette Gusdorf (2018). *Zorgthermometer ouderen zorg. Inzicht in de ouderen zorg*. Zeist: Vektis.
- Putman, Lisa, Debbie Verbeek-Oudijk, Mirjam de Klerk en Evelien Eggink (2017). *Zorg en ondersteuning in Nederland: kerncijfers 2016*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- PwC (2017). *Patiënten steeds meer bereid om robots toe te laten in de gezondheidszorg*. Geraadpleegd 14 november 2018 via <https://www.pwc.nl/nl/assets/documents/pwc-patienten-steds-meer-bereid-om-robots-toe-te-laten.pdf>.
- Raad van Ouderen (2019). *Advies Raad van Ouderen campagne De waarde van ouder worden*. Utrecht: Raad van Ouderen.
- Reesink, Fransje E., Leo Boelaarts en Henry C. Weinstein (2009). Zelfverwaarlozing bij ouderen, een complex probleem. In: *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, jg. 153, nr. B349.
- Ridder, Josje den, Paul Dekker en Pepijn van Houwelingen (2017). *Burgerperspectieven 2017*3. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Ridder, Josje den, Paul Dekker en Evelien Boonstoppel (2018). *Burgerperspectieven 2018*3. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Rijksoverheid (2018). *Welke hulp kan ik thuis krijgen van de gemeente vanuit de Wmo?* Geraadpleegd 12 november 2018 via www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorg-en-ondersteuning-thuis/vraag-en-antwoord/ondersteuning-gemeente-wmo-2015.
- RIVM (2018a). *Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2018: Een gezond vooruitzicht. Synthese*. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.
- RIVM (2018b). *Volksgezondheidszorg.info. Diabetes Mellitus: Cijfers & Context. Huidige situatie*. Geraadpleegd 12 december 2018 via www.volksgezondheidszorg.info.

- RIVM (2018c). *Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2018. Groei en krimp*. Geraadpleegd 28 november 2018 via <https://www.vtv2018.nl/groei-en-krimp>.
- RIVM (2018d). *Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2018. Gezondheidsverschillen. Hoe ontwikkelen zich gezondheidsverschillen in de toekomst?* Geraadpleegd 6 februari 2019 via <https://www.vtv2018.nl/gezondheidsverschillen>.
- RIVM (2018e). *Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2018. Themaverkenning technologie*. Geraadpleegd 12 december 2018 via <https://www.vtv2018.nl/themaverkenningen#themaverkenning-3>.
- RIVM (2018f). *Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2018. Kwetsbare ouderen*. Geraadpleegd 12 december 2018 via <https://www.vtv2018.nl/kwetsbare-ouderen>.
- RIVM (2018g). *Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2018. Verandering arbeidsmarkt*. Geraadpleegd 9 januari 2019 via www.vtv2018.nl/Verandering-arbeidsmarkt.
- RIVM (2018h). *Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2018. Levensverwachting*. Geraadpleegd 16 januari 2019 via www.vtv2018.nl/Levensverwachting.
- RIVM (2018i). *Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2018. Verdieping | Zorguitgaven*. Geraadpleegd 12 december 2018 via www.vtv2018.nl/verdieping-zorguitgaven.
- RIVM (2018j). *Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2018. Belangrijkste ontwikkelingen. Zorgvraag van de toekomst*. Geraadpleegd 5 december 2018 via www.vtv2018.nl/belangrijkste-ontwikkelingen#technologie.
- RIVM (2019). *Volksgezondheidszorg.info. Cijfers en achtergronden*. Geraadpleegd 5 november 2018 via www.volksgezondheidszorg.info.
- Rli (2014). *Langer zelfstandig, een gedeelde opgave van wonen, zorg en welzijn*. Den Haag: Raad voor de leefomgeving en infrastructuur.
- ROA (2017). *De arbeidsmarkt naar opleiding en beroep tot 2022*. Maastricht: Universiteit Maastricht/Researchcentrum voor Onderwijs en Arbeidsmarkt (ROA).
- Roeters, Anne, Jan Dirk Vlasblom en Edith Josten (2016). *Groeiende onzekerheid? de toekomst van ons werk*. In: Andries van den Broek, Cretien van Campen, Jos de Haan, Anne Roeters, Monique Turkenburg en Lotte Vermeij (red.), *De toekomst tegemoet. Werken, leren, zorgen en samenleven en consumeren in het Nederland van later* (p. 76-107). Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Schans, Djamilia en Aafke Komter (2006). *Intergenerationele solidariteit en etnische diversiteit*. In: *Migrantenstudies*, jg. 22, nr. 1, p. 2-21.
- Schellingerhout, Roelof (2004). *Cijferrapport allochtone ouderen*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Schers, Henk, Raymond Koopmans en Marcel Olde Rikkert (2009). *De rol van de huisarts bij kwetsbare ouderen*. In: *Huisarts en Wetenschap*, jg. 52, nr. 13, p. 626-630.
- Schilder, Frans, Femke Daalhuizen en Carola de Groot (2018). *Krasse knarren kunnen kraken: over hoe het stapelen van verschillende beleidsdoelen ouderen onder druk kan zetten*. Geraadpleegd 12 december 2018 via <https://www.pbl.nl/publicaties/krasse-knarren-kunnen-kraken-over-hoe-het-stapelen-van-verschillende-beleidsdoelen-ouderen-onder-druk-kan-zetten>.
- Schoorl, Rosanna en Aletta Winsemius (2015). *Zorgcoöperaties in Nederland. De eerste studies in beeld*. Utrecht: Movisie.
- Schors, Anna van der en Annette Groen (2018). *Rondkomen na pensionering, nu en in de toekomst*. Utrecht: Nibud.
- Schuurmans, Marieke L. (2018). *Beelden van ouderen lijdend of leidend*. In: *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, jg. 49, nr. 2, p. 53-55.
- Simon, S.R., S.R. Majumdar, L.A. Prosser, S. Salem-Schatz, C. Warner, K. Kleinman, I. Miroshnik en S.B. Soumerai (2005). *Group versus individual academic detailing to improve the use of antihypertensive medications in primary care: a cluster-randomized controlled trial*. In: *Am J Med*, jg. 118, nr. 5, p. 521-528.
- Sloot, Doret van der (2016). *Robotmantelzorger, droom of nachtmerrie*. Geraadpleegd 23 november 2018 via <http://doretvandersloot.nl/robotmantelzorger-droom-of-nachtmerrie/>.

- Staatscourant (2018). Besluit van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 14 november 2018, kenmerk 14371820-183156 -WJZ, houdende regels over de WJZ, houdende regels over de benoeming en vergoeding van de adviescommissie Toekomst zorg thuiswonende ouderen. In: *Staatscourant*, 22 november 2018.
- Suanet, B., T.G. van Tilburg en M.I. Broese van Groenou (2013). Nonkin in older adults' personal networks: more important among later cohorts? In: *Journal of Gerontology. Series B Psychological sciences and social sciences*, jg. 68, nr. 4, p. 633-643.
- Tennekes, Joost, Hans van Amsterdam, Like Bijlsma, Lianne van Duinen, Hedwig van der Linden en Arnoud Vlak (2017). *Maatschappelijk vastgoed in verandering. Ruimtelijke dynamiek van woonzorggebouwen en basisscholen en de gevolgen van vraagvolgende bekostiging. Achtergrondstudie*. Den Haag: Planbureau voor de Leefomgeving.
- Tilburg, Theo van en Tineke Fokkema (2018). Hogere eenzaamheid onder Marokkaanse en Turkse ouderen in Nederland: Op zoek naar een verklaring. In: *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, jg. 49, nr. 263.
- Tilburg, Theo van en Jolien Klok (2018). Factoren van eenzaamheid: Een literatuuroverzicht. In: Cretien Van Campen, Frieke Vonk en Theo van Tilburg (red.), *Kwetsbaar en eenzaam? Risico's en bescherming in de ouder wordende bevolking*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- TK (2013/2014a). *Regels inzake de gemeentelijke ondersteuning op het gebied van zelfredzaamheid, participatie, beschermd wonen en opvang*. Memorie van toelichting bij de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015. Tweede Kamer, vergaderjaar 2013/2014, 33841, nr. 3.
- TK (2013/2014b). *Regels inzake de verzekering van zorg aan mensen die zijn aangewezen op langdurige zorg (Wet langdurige zorg)*. Memorie van toelichting. Tweede Kamer, vergaderjaar 2013/2014, 33891, nr. 3.
- TK (2017/2018a). *(Ont)Regel de Zorg. Actieplan*. Bijlage bij: *Tekenversie programma (Ont)Regel de Zorg*. Brief van de ministers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en voor Medische Zorg en de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 22 mei 2018. Tweede Kamer, vergaderjaar 2017/2018. 29515, nr. 424.
- TK (2017/2018b). *Arbeidsmarktbeleid en opleidingen zorgsector*. Brief van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 26 september 2017. Tweede Kamer, vergaderjaar 2017/2018, 29282, nr. 278.
- TK (2017/2018c). *Beleidsdoelstellingen op het gebied van Volksgezondheid, Welzijn en Sport*. Brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 6 juli 2018. Tweede Kamer, vergaderjaar 2017/2018, 32620, nr. 208.
- TK (2017/2018d). *Maatregelen om stapeling van zorgkosten te beperken*. Brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 17 november 2017. Tweede Kamer, vergaderjaar 2017/2018, 34104, nr. 199.
- TK (2017/2018e). *Vaststelling van de begrotingsstaten van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (xvi) voor het jaar 2018. Gewijzigde motie van het lid Bergkamp c.s.* Tweede Kamer, vergaderjaar 2017/2018, 34 775 xviv, nr. 116.
- TK (2018/2019). *Arbeidsmarktbeleid en opleidingen zorgsector*. Brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 4 oktober 2018. Tweede Kamer, vergaderjaar 2018/2019, 29282, nr. 315.
- Tuzgöl-Broekhoven, A.J.H., J. Stam en R. Ataliyayi (2018). *Zorgen voor burgers. Onderzoek naar knelpunten die burgers ervaren bij de toegang tot zorg*. Den Haag: De Nationale ombudsman.
- Veldman, Dianda (2018). Goede zorg is meer dan mensen beter maken. In: *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen (TSG)*, jg. 96, nr. 7, p. 263-264.
- Verbeek-Oudijk, Debbie en Cretien van Campen (2017). *Ouderen in verpleeghuizen en verzorgingshuizen. Landelijk overzicht van hun leefsituatie in 2015/16*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Verbeek-Oudijk, D. en E. Eggink (2014). De grens van extramuralisering is nog niet bereikt. In: *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, jg. 45, nr. 4, p. 188-196 (DOI: 10.1007/s12439-014-0078-0).
- Vermeij, Lotte (2016). *Kleine gebaren. Het belang van dorpsgenoten voor ouderen op het platteland*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

- Vermeij, Lotte, Nathalie Sonck en Andries van den Broek (2014). Jong versus oud? In: Vrooman, Cok, Mérove Gijssberts en Jeroen Boelhouwer (red.) (2014). *Vershil in Nederland. Sociaal en Cultureel Rapport 2014* (p. 225-250). Webversie. Geraadpleegd 6 februari 2019 via www.scp.nl.
- Verver, D., H. Merten en C. Wagner (2016). *Toezicht op zorgnetwerken van thuiswonende kwetsbare ouderen. Eindrapport*. Amsterdam: EMGO+ Instituut/vumc.
- Verweij, A., en F. van der Lucht (2014). *Gezondheid in krimpregio's: Verdiepingsstudie*. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.
- Vilans (2018). *Wie is wie in de wijk*. Geraadpleegd 8 november 2018 via <https://www.vilans.nl/vilans/media/documents/producten/infographic-wie-is-wie-in-de-wijk.pdf>.
- vms-zorg (2018). *vms-thema Kwetsbare ouderen*. Geraadpleegd 28 november 2018 via <https://www.vmszorg.nl/kwetsbare-ouderen/over-kwetsbare-ouderen/>.
- Vulpen, C. van en G. Boland (2018). *Factsheet. Laaggeletterdheid en beperkte gezondheidsvaardigheden*. Utrecht: Pharos.
- vws (2018a). *Hulp bij eten en drinken (maaltijden)*. Geraadpleegd 23 januari 2019 via <https://www.informatielangdurigezorg.nl/volwassenen/maaltijdvoorziening>.
- vws (2018b). *Langdurige zorg: vanuit de Wlz, Wmo of Zvw?* Geraadpleegd 8 januari 2019 via <https://www.informatielangdurigezorg.nl/volwassenen/wmo-zvw-wlz>.
- vws (2018c). *Programma Langer Thuis*. Den Haag: ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- vws (2018d). *Verpleging en verzorging voor volwassenen*. Geraadpleegd 23 januari 2019 via www.informatielangdurigezorg.nl/volwassenen/verpleging-verzorging.
- Wennekers, Annemarie, Jeroen Boelhouwer, Cretien van Campen en Rob Bijl (2018). *De sociale staat van Nederland 2018*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Wessels, Kees en Kees Kraaijeveld (2018). *Zo werkt de ouderenzorg*. Amsterdam: De Argumentenfabriek.
- Willemse, Ellen (red.) (2015). *Beter?! Toekomstbeelden van technologie in de zorg*. Den Haag: Stichting Toekomstbeeld der Techniek.
- Winkel, Erwin en Geert Kousemaker (2017). *Onderzoek naar duurzame inrichting spoedzorgketen voor ouderen*. Utrecht: ActiZ/fluent Healthcare.
- Witter, Yvonne en Tineke Fokkema (2018). *Huisvesting en zorg voor oudere migranten in Nederland*. In: *Demos*, jg. 34, nr. 6, p. 1-4.
- Witter, Yvonne en Daniëlle Harkes (2018). *Bouwstenen voor de toekomst. 15 jaar werken aan samenhang in wonen, welzijn en zorg*. Zwolle: Acquire Publishing bv.
- Woittiez, Isolde, Evelien Eggink, Debbie Verbeek-Oudijk en Alice de Boer (2015). *Zorg vragen of zorg dragen? Een verkenning naar de rol van netwerken en inkomen op het gebruik van langdurige zorg door Nederlandse 55-plussers*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Wouters, Eveline J.M. (2018). *Technologie: een zorg minder? (oratie)*. Tilburg: Tilburg Universiteit.
- Wouters, Myrah, Ilse Swinkels, Britt van Lettow, Judith de Jong, Judith Sinnige, Anne Brabers, Roland Friele en Lies van Gennip (2018). *E-health in verschillende snelheden. eHealth-monitor 2018*. Den Haag/Utrecht: Nictiz/Nivel.
- Ziekenhuis.nl (2018). *Knelpunten ouderenzorg*. Geraadpleegd 26 november 2018, via <https://www.ziekenhuis.nl/dossiers/gezondheidsproblemen-en-ouderenzorg/knelpunten-ouderenzorg/item25277>.
- Zoest, Frans van, Sanne van der Weegen, Else Stapersma en Zwany Huiting (2015). *Anna zorgt voor appeltaart. Een verhaal over ouderenzorg in 2035*. Utrecht: Vilans.
- ZonMw (2014). *Positieve gezondheid: 'focus op de kracht en eigen regie van mensen'*. Den Haag: ZonMw.
- Zorg voor Beter (2018). *Verminderen regeldruk*. Geraadpleegd 30 november 2018 via <https://www.zorgvoorbeter.nl/verbeteren-ouderenzorg/verminderen-regeldruk>.
- Zorginstituut Nederland (2019). *Logeeropvang (Wlz)*. Geraadpleegd 24 oktober 2018 via <https://www.zorginstituutnederland.nl/Verzekerde+zorg/l/logeeropvang-wlz>.

- Zorgverzekeraars Nederland (2015). *Toetsingskader doelmatige en verantwoorde zorg thuis*. Zeist: Zorgverzekeraars Nederland.
- Zorgverzekering Informatie Centrum (2019). *Drie leveringsvormen van PTZ*. Geraadpleegd 16 januari 2019 via www.zorgverzekering.org/algemene-informatie/langdurige-zorg/palliatieve-zorg/#Leveringsvormen-van-PTZ.
- Zorgwijzer (2018). *Wat is palliatieve zorg?* Geraadpleegd 11 december 2018 via www.zorgwijzer.nl/faq/palliatieve-zorg.

Publicaties van het Sociaal en Cultureel Planbureau

SCP-publicaties

Onderstaande lijst bevat een selectie van publicaties van het Sociaal en Cultureel Planbureau. Deze publicaties zijn in gedrukte vorm verkrijgbaar bij de (internet)boekhandel en zijn als pdf gratis te downloaden via www.scp.nl. Een complete lijst is te vinden op www.scp.nl/publicaties.

SCP-publicaties 2019

- 2019-1 *Werk en mantelzorg. Kwaliteit van leven en het gebruik van ondersteuning op het werk* (2019). Alice de Boer, Inger Plaisier en Mirjam de Klerk. ISBN 978 90 377 0904 9 (pdf)
- 2019-2 *Opgestaan, plaats vergaan ... Uitstroom van vrouwen en mannen in leidinggevende functies* (2019). Ans Merens. ISBN 978 90 377 0907 0 (pdf)
- 2019-3 *Zorgen voor thuiswonende ouderen. Kennissynthese over de zorg voor zelfstandig wonende 75-plussers, knelpunten en toekomstige ontwikkelingen* (2019). Mirjam de Klerk, Debbie Verbeek-Oudijk, Inger Plaisier en Maaïke den Draak. ISBN 978 90 377 0908 7 (pdf)

Digitale publicaties 2019

Trends in de ouderenzorg 2018-2030 (infographic). Mirjam de Klerk, Debbie Verbeek-Oudijk, Inger Plaisier en Maaïke den Draak. ISBN 978 90 377 0911 7, publicatiedatum 17-4-2019

Overige publicaties 2019

Burgerperspectieven 2019 | 1 (2019). Paul Dekker, Josje den Ridder. ISBN 978 90 377 0906 3

SCP-publicaties 2018

- 2018-1 *Werken aan de start. Jonge vrouwen en mannen op de arbeidsmarkt* (2018). Ans Merens en Freek Bucx (red.). ISBN 978 90 377 0859 2
- 2018-2 *Lees:Tijd. Lezen in Nederland* (2018). Annemarie Wennekers, Frank Huysmans en Jos de Haan. ISBN 978 90 377 0858 5
- 2018-3 *De Wmo 2015 in praktijk. De lokale uitvoering van de Wet maatschappelijke ondersteuning* (2018). Lia van der Ham, Maaïke den Draak, Wouter Mensink, Peggy Schyns en Esther van den Berg. M.m.v. Pepijn van Houwelingen en Isabella van de Velde. ISBN 978 90 377 0856 1
- 2018-4 *Jezelf zijn in het verpleeghuis* (2018). Lisette Kuyper, Debbie Verbeek-Oudijk en Cretien van Campen. ISBN 978 90 377 0855 4 (pdf)
- 2018-5 *Maatschappelijke ondersteuning: keuzes van cliënten en beleid van gemeenten* (2018) (handelseditie proefschrift). Anna Maria Marangos. ISBN 978 90 377 0846 2 (pdf)
- 2018-6 *Een lokaal sociaal contract. Voorwaarden voor een inclusieve samenleving* (2018). Kim Putters. ISBN 978 90 377 0861 5
- 2018-7 *The social state of the Netherlands 2017* (2018). Rob Bijl, Jeroen Boelhouwer en Annemarie Wennekers (red.). ISBN 978 90 377 0862 2 (pdf)
- 2018-8 *Net als thuis. Wooninitiatieven opgezet door ouders voor hun kinderen met een beperking* (2018). Inger Plaisier en Mirjam de Klerk. ISBN 978 90 377 0863 9

- 2018-9 *Bouwend aan een toekomst in Nederland. De leefsituatie van Poolse migranten die zich na 2004 in Nederland hebben ingeschreven* (2018). Mérove Gijsberts, Iris Andriessen, Han Nicolaas (CBS) en Willem Huijnk. ISBN 978 90 377 0864 6 (pdf)
- 2018-10 *Publieke voorkeuren. Een methodologische en inhoudelijke verkenning van voorkeuren voor publieke voorzieningen* (2018). Martin Olsthoorn en Ab van der Torre. ISBN 978 90 377 0867 7 (pdf)
- 2018-11 *De religieuze beleving van moslims in Nederland. Diversiteit en verandering in beeld* (2018). Willem Huijnk. ISBN 978 90 377 0868 4 (pdf)
- 2018-12 *Opvattingen over seksuele en genderdiversiteit in Nederland en Europa* (2018). Lisette Kuiper. ISBN 978 90 377 0866 0 (pdf)
- 2018-13 *Verhalen blijven vertellen en elkaar willen begrijpen* (2018). Kim Putters, Andries van den Broek, Ab van der Torre, Martin Olsthoorn, Esther van den Berg, Wouter Mensink, Lotte Vermeij, Marcel Coenders en Annemarie Wennekers. ISBN 978 90 377 0872 1
- 2018-14 *Syriërs in Nederland. Een studie over de eerste jaren van hun leven in Nederland* (2018). Jaco Dagevos, Willem Huijnk, Mieke Maliepaard (WODC) en Emily Miltenburg. ISBN 978 90 377 0869 1
- 2018-15 *Tijdelijk werk geven. Invloed van laagconjunctuur en langdurende ziektegevallen* (2018). Edith Josten en Jan Dirk Vlasblom. ISBN 978 90 377 0870 7 (pdf)
- 2018-16 *Kwetsbaar en eenzaam? Risico's en bescherming in de ouder wordende bevolking* (2018). Cretien van Campen, Frieke Vonk en Theo van Tilburg (VU AMSTERDAM). ISBN 978 90 377 0874 5
- 2018-17 *Veranderde zorg en ondersteuning voor mensen met een beperking. Landelijke evaluatie van de Hervorming Langdurige Zorg* (2018). Mariska Kromhout, Nora Kornalijnslijper en Mirjam de Klerk (red.). ISBN 978 90 377 0875 2
- 2018-18 *An international comparison of care for people with intellectual disabilities. An exploration* (2018). Isolde Woittiez, Evelien Eggink, Lisa Putman en Michiel Ras. ISBN 978 90 377 0871 4 (pdf)
- 2018-19 *Van sociale werkvoorziening naar Participatiewet. Hoe is het de mensen op de Wsw-wachlijst vergaan?* (2018). Klarita Sadiraj, Stella Hoff en Maroesjka Versantvoort. ISBN 978 90 377 0880 6 (pdf)
- 2018-20 *Lastige kwesties. Acht focusgroepen over vertegenwoordiging en stemmen* (2018). Paul Dekker en Josje den Ridder. ISBN 978 90 377 0878 3 (pdf)
- 2018-21 *Kijk op kinderopvang. Hoe ouders denken over de betaalbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit van kinderopvang* (2018). Anne Roeters en Freek Bucx. ISBN 978 90 377 0876 9 (pdf)
- 2018-22 *Verdeeldheid en verbinding. Terugblik op de rol van de civil society bij de komst van vluchtelingen* (2018). Wouter Mensink. ISBN 978 90 377 0882 0 (pdf)
- 2018-23 *Als werk weinig opbrengt. Werkende armen in vijf Europese landen en twintig Nederlandse gemeenten* (2018). Cok Vrooman, Edith Josten, Stella Hoff, Lisa Putman en Jean Marie Wildeboer Schut. ISBN 978 90 377 0881 3
- 2018-24 *Het culturele leven. Hoe 10 culturele domeinen bezien vanuit 14 kernthema's* (2018). Andries van den Broek en Yvette Gieles. ISBN 978 90 377 0890 5 (pdf)
- 2018-25 *De sociale staat van Nederland 2018. Hoofdpijnen* (2018). Annemarie Wennekers, Jeroen Boelhouwer, Cretien van Campen en Rob Bijl (red.). ISBN 978 90 377 0886 8
- 2018-26 *Eritrese statushouders in Nederland. Een kwalitatief onderzoek over de vlucht en hun leven in Nederland* (2018). Leen Sterckx, Merhawi Fessehazion, m.m.v. Bet-El Teklemariam. ISBN 978 90 377 0888 2
- 2018-27 *LHBT-monitor 2018. De leefsituatie van lesbische, homoseksuele, biseksuele en transgender personen in Nederland* (2018). Gabriël van Beusekom en Lisette Kuiper. ISBN 978 90 377 0891 2 (pdf)

- 2018-28 *Overall rapportage sociaal domein 2017. Wisselend bewolkt* (2018). Evert Pommer, Jeroen Boelhouwer, Evelien Eggink, Anna Maria Marangos en Ingrid Ooms. ISBN 978 90 377 0895 0
- 2018-29 *Samenvatting Overall rapportage sociaal domein 2017. Wisselend bewolkt* (2018). Evert Pommer, Jeroen Boelhouwer, Evelien Eggink, Anna Maria Marangos en Ingrid Ooms. ISBN 978 90 377 0896 7
- 2018-30 *De SCP-methode voor het meten van armoede. Herijking en revisie* (2018). Benedikt Goderis, Bart van Hulst, Jean Marie Wildeboer Schut en Michiel Ras. ISBN 978 90 377 0900 1 (pdf)
- 2018-31 *Rapportage sport 2018* (2018). Hugo van der Poel (Mulier Instituut), Resie Hoeijmakers (Mulier Instituut), Ine Pulles en Annet Tiessen-Raaphorst. ISBN 978 90 377 0893 6
- 2018-32 *Christenen in Nederland. Kerkelijke deelname en christelijke gelovigheid* (2018). Joep de Hart en Pepijn van Houwelingen. ISBN 978 90 377 0894 3
- 2018-33 *Ons geld. Vrouwen en mannen over het belang van inkomen en economische zelfstandigheid voor vrouwen* (2018). Wil Portegijs. ISBN 978 90 377 0889 9
- 2018-34 *Alle ballen in de lucht. Tijdsbesteding in Nederland en de samenhang met de kwaliteit van leven* (2018). Anne Roeters (red.). ISBN 978 90 377 0899 8

Digitale publicaties 2018

- Verhalen blijven vertellen en elkaar willen begrijpen* (infographic). Kim Putters, Andries van den Broek, Ab van der Torre, Martin Olsthoorn, Esther van den Berg, Wouter Mensink, Lotte Vermeij, Marcel Coenders en Annemarie Wennekers. ISBN 978 90 377 0873 8, publicatiedatum 4-5-2018
- Een (on)gezonde leefstijl* (card stack). Stéfanie André (RU), Gerbert Kraaykamp (RU), Roza Meuleman (RU). ISBN 978 90 377 0879 0, publicatiedatum 10-7-2018
- De sociale staat van Nederland 2018* (card stack). Annemarie Wennekers, Jeroen Boelhouwer, Cretien van Campen en Rob Bijl (red.). ISBN 978 90 377 0885 1, publicatiedatum 11-9-2018
- (Un)healthy lifestyles. Education as a dividing line* (card stack). Stéfanie André (RU), Gerbert Kraaykamp (RU), Roza Meuleman (RU). ISBN 978 90 377 0897 4, publicatiedatum 22-10-2018
- Publiek voorzien. Ontwikkelingen in de uitgaven en dienstverlening van 27 publieke voorzieningen* (digitaal gelaagd rapport). Evelien Eggink, Ingrid Ooms, Lisa Putman, Michiel Ras, Ab van der Torre en Sytske Wierda. ISBN 978 90 377 0892 9, publicatiedatum 6-11-2018
- Armoede in kaart 2018* (cardstack). Stella Hoff, Benedikt Goderis, Bart van Hulst en Jean Marie Wildeboer Schut. ISBN 978 90 377 0902 5, publicatiedatum 23-11-2018
- Emancipatiemonitor 2018* (cardstack). Wil Portegijs (SCP) Marion van den Brakel (CBS) ISBN 978 90 377 0901 8, publicatiedatum 14-12-2018

Overige publicaties 2018

- Burgerperspectieven 2018 | 1* (2018). Paul Dekker, Lia van der Ham en Annemarie Wennekers. ISBN 978 90 377 0865 3
- Burgerperspectieven 2018 | 2* (2018). Josje den Ridder, Evelien Boonstoppel en Paul Dekker. ISBN 978 90 377 0877 6
- Burgerperspectieven 2018 | 3* (2018). Josje den Ridder, Paul Dekker en Evelien Boonstoppel. ISBN 978 90 377 0883 7
- Burgerperspectieven 2018 | 4* (2018). Paul Dekker, Josje den Ridder, Pepijn van Houwelingen en Patricia van Echelt. ISBN 978 90 377 0898 1
- Verdringing op de arbeidsmarkt. Beschrijving en beleving* (2018). Wiljan van den Berge, Jan Dirk Vlasblom, Jos Ebregt, Lisa Putman, Jochem Zweerink en Marloes de Graaf-Zijl. ISBN 978 90 377 0887 5 (pdf)