

De sociale dimensie van ouder worden

Achtergrondstudie

Ingrid Doorten

Achtergrondstudie uitgebracht door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Den Haag, 2012

Inhoudsopgave

Inhoudsopgave	2
1 Inleiding	3
2 Een vooruitblik op de zorg voor ouderen	5
3 Beelden bij ouder worden	11
4 De praktijk van ouder worden	19
5 Toekomstvisie: beeld en praktijk in balans	31

1 Inleiding

In deze studie beantwoordt de RVZ de vraag hoe en onder welke omstandigheden ouderen verantwoord thuis kunnen blijven wonen, kijkend vanuit de aanwezigheid en draagkracht van de sociale omgeving. Uit onderzoek blijkt dat ouderen de voorkeur geven aan zo lang mogelijk thuis wonen, ook wanneer hun gezondheid achteruit gaat (Van Campen, 2011; Research voor Beleid, 2008). Welke maatregelen zijn nodig om deze voorkeur in de toekomst waar te maken?

We bevinden ons hiermee in het domein van de *sociale gerontologie*: gerontologie is volgens Van Dale de studie en leer van ouderdomsverschijnselen en het bejaardenvraagstuk. In de sociale gerontologie wordt gepoogd ouder worden te verklaren aan de hand van het begrip van de spanning tussen het individu en de sociale dimensie, tussen micro- en macro-invloeden (Biggs, Hendricks & Lowenstein, 2003).

In veel samenlevingen bestaat onzekerheid over hoe formele zorgarrangementen en informele zorg uit het sociale netwerk op elkaar zijn afgestemd en of het sociale netwerk in staat is een (groter) deel van de zorg voor ouderen op zich te nemen. In de discussie over de houdbaarheid van het zorgstelsel lijkt een ding vast te staan: oudere mensen zullen in de toekomst meer moeten vertrouwen op hun sociale netwerk of op private zorgarrangementen wanneer zij hulp nodig hebben. Dat neemt niet weg dat er misschien een moment zal komen dat ook het sociale netwerk (eventueel in combinatie met private zorgarrangementen) het niet meer aankan of dat het sociale netwerk niet (langer) aanwezig is, bijvoorbeeld wanneer de partner komt te overlijden of een van de partners lijdt aan dementie. In deze studie focussen we op het grijze gebied van toenemende kwetsbaarheid en een afnemende redzaamheid bij ouderen.

Allereerst wordt in hoofdstuk twee beschreven welke demografische ontwikkelingen en ontwikkelingen in de gezondheid de toekomstige sociale omgeving van verschillende groepen ouderen bepalen. Kunnen ouderen voldoende terugvallen op een sociale omgeving om het mogelijk te maken langer thuis te blijven wonen? Welke problemen doen zich daarbij voor?

De laatste jaren is er in de media veel aandacht voor voorbeelden van situaties waarin ouderen het lijdend voorwerp van

falende zorgpraktijken zijn. Voorbeelden van pyjamadagen, luiers die niet tijdig verschoond worden, verwaarlozing, diefstal en mishandeling. In hoofdstuk drie kijken we naar de vraag hoe we de zorg voor ouderen zo kunnen organiseren dat ouderen te allen tijde hun waardigheid kunnen behouden. Belangrijk daarbij zijn de beelden die we als samenleving hebben bij ouder worden en oud zijn en hoe die beelden doorwerken in bestaand beleid. Wellicht moeten we constateren dat onze beelden over ouder worden en oud zijn moeten worden bijgesteld om de thuiszorg voor ouderen beter te kunnen organiseren.

Vervolgens denken we in hoofdstuk vier na over oplossingen voor de situatie waarin de naaste sociale omgeving ontbreekt of de zorg niet meer aankan, met andere woorden wanneer de draaglast van het sociale netwerk de draagkracht te boven gaat. Wat moet de samenleving publiek en/of privaat regelen voor een goede thuiszorg voor ouderen? Met andere woorden, wat moet de overheid doen? Hoofdstuk vijf bevat de slotbeschouwing: de balans tussen beeld en praktijk.

2 Een vooruitblik op de zorg voor ouderen

Demografische ontwikkelingen

In bijna alle landen ter wereld is onder invloed van een proces van demografische verandering sprake van een toename van het aantal oudere mensen. Tegelijkertijd wijzigen de familiestructuren en functies als gevolg van een afnemend kindertal, transnationale migratie en verhuizingen binnen landen, echtscheiding en stiefouderschap en veranderende normen over zorgplicht (Silverstein, Bengtson & Litwak, 2003).

Volgens de laatste prognoses groeit het aantal 65-plussers in Nederland tussen nu en 2040 van 2,4 miljoen naar 4,6 miljoen. De komende 4 jaar komen er landelijk al een half miljoen 65-plussers bij, de eerste groep babyboomers. Door de huidige bevolkingsopbouw stijgt het percentage ouderen landelijk van 15% in 2010 naar 26% in 2040 (CBS Statline, 2011; Van Otterdijk, 2011).

Niet alleen het aantal ouderen zal toenemen, maar in de samenleving hebben de afgelopen decennia aanzienlijke veranderingen plaatsgevonden in relatie- en gezinsvorming. Zo is de gemiddelde leeftijd waarop mensen trouwen en kinderen krijgen gestegen, en is de diversiteit aan patronen van relatie- en gezinsvorming toegenomen. Normen en opvattingen veranderen mee als gevolg van veranderingen in gedrag, maar zijn ook weer van invloed op veranderingen in gedrag: normen en opvattingen als spiegel en aanjager dus (Rijken en Liefbroer, 2011; De Graaf, 2011). De veranderingen in relatie- en gezinsvorming hebben tot gevolg dat er in de toekomst meer alleenstaande ouderen zullen zijn en dat ouderen in de toekomst gemiddeld minder kinderen zullen hebben.

Toename aantal alleenstaande ouderen en afname kindertal

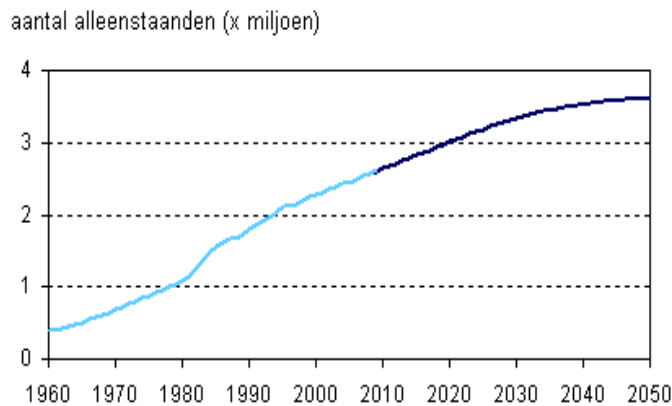
Het aantal alleenstaanden in de samenleving zal de komende decennia toenemen, en dit geldt ook voor het aantal alleenstaande ouderen. Het aantal huishoudens is sinds 1990 met 23 procent gestegen tot 7,4 miljoen en zal de komende tien jaar volgens een schatting van het CBS verder stijgen naar 7,9 miljoen. De stijging zit in het feit dat steeds meer mensen alleen wonen en komen te wonen, waaronder het aandeel 65-plussers (Bucx, 2011; Becker, 2011).

Mensen zullen vaker een tijdje alleen zijn in hun leven als gevolg van (opeenvolgende) verbroken relaties of hebben wel een partner, maar wonen vaker apart (LAT). Ook onder ouderen komt deze laatstgenoemde vorm van samenleven steeds

vaker voor. Het niet hebben van een partner of een partner ‘op afstand’ maakt mensen kwetsbaarder wanneer zij hulp nodig hebben, maar niet noodzakelijkerwijs minder redzaam. Veel ouderen zijn ondanks een zekere mate van kwetsbaarheid goed in staat hun dagelijks leven zelf te regelen of te laten regelen.

Desondanks hebben alleenstaande ouderen in vergelijking met ouderen die samenleven met een partner een hogere zorgvraag en ontvangen zij ook meer professionele zorg (Stuifbergen et al., 2008). Broese van Groenou (Volkskrant, 3 mei 2008) stelt terecht de vraag wat de gevolgen van de huidige instabiele huwelijken zullen zijn voor toekomstige generaties ouderen. Zullen de jongeren van nu straks net zoveel aandacht en zorg besteden aan hun stiefmoeder als aan hun biologische moeder?

Figuur 2.1: Ontwikkeling en prognose van het aantal alleenstaanden, 1995-2050



Bron: CBS Bevolkingsstatistiek, 1995-2009; CBS Huishoudensprognose over 2008-2050)

In de komende decennia zullen er relatief meer ouderen zijn die geen beroep kunnen doen op informele zorg door hun kinderen. De reden hiervoor is dat er in de toekomst meer kinderloze mensen zullen zijn of mensen met maar één of twee kinderen, vergeleken met de generatie die nu vijfenzeventig is (kindertal overigens al jaren stabiel: gem. 1,75 kind per vrouw, dit geldt ook voor kinderloosheid, 20% van de vrouwen geboren tussen 1960 – 2020 (kinderloosheid in 1935 11% CBS Statline). De kans dat iemand informele zorg moet verlenen aan zijn ouders wordt overigens wel groter naarmate families

smaller worden (afnemend kindertal) en de gezamenlijke levensstijd toeneemt (vergrijzing) (Van Gaalen, 2007; Stuifbergen, et al., 2008).

Paren: langer samen

Er zijn echter twee tegengestelde trends waar te nemen: er zullen meer ouderen zonder een partner zijn vanwege relatieontbinding en er zullen in de toekomst meer ouderen met een partner zijn omdat zij samen langer in leven blijven.

Omdat de levensverwachting van mannen en vrouwen toeneemt en voor mannen sneller stijgt dan voor vrouwen - waardoor zij hun achterstand op vrouwen inlopen - zullen partners gemiddeld tot op hogere leeftijd bij elkaar zijn. Een kanttekening is dat vrouwen gemiddeld iets jonger zijn dan hun partner, dus al zullen zij in de toekomst wellicht gemiddeld wat langer met hun partner samenleven, dan toch zullen zij - zij het korter dan in het verleden - de kans lopen alleenstaand te worden.

Er zijn steeds meer (echt)paren van wie de een voor de ander zorgt, een trend die volgens het SCP de komende jaren door de vergrijzing verder zal doorzetten. In 2008 zorgden in Nederland 310.000 55-plussers voor hun zieke partner (Cloin, Bucx, De Boer & Oudijk, 2011). Volgens het RIVM (2008) kunnen ouderen met een partner in de toekomst langer voor elkaar zorgen en hoeven zij minder beroep op professionele zorg te doen.

Bij deze constatering van het RIVM is een aantal kanttekeningen te maken. Ten eerste gaat deze natuurlijk alleen op wanneer een van beide partners nog gezond is, er kan een moment komen waarop beide partners zorg nodig hebben. Het aantal chronische ziekten onder de bevolking neemt toe, dus die kans is zeker aanwezig. Daar komt bij dat wanneer partners voor elkaar zorgen in de laatste fase van het leven zich het probleem voordoet dat de klachten over de tijd verergeren, terwijl de draagkracht van de zorgende partner over de tijd waarschijnlijk vermindert. En hoewel de aanwezigheid van een partner in het huishouden het meest preventieve kenmerk van het netwerk blijkt te zijn voor de inzet van AWBZ-zorg aan huis (maar niet voor intramurale zorg), is zorgen voor een zieke partner een grote belasting, en omdat partners van ouderen doorgaans zelf ook oud zijn, vormen zij een bijzonder kwetsbare groep (Plaisier et al., 2010).

Verstedelijking en krimp

Een andere demografische ontwikkeling is de verstedelijking en de daarmee gepaard gaande krimp en ontgroening in bepaalde delen van Nederland, zoals in delen van Groningen, Limburg en Zeeland. Mensen trekken van het platteland naar regiocentra (zoals Groningen, Nijmegen, Amersfoort, Tilburg en Zwolle) en het westen van Nederland. We zien dus een bevolkingsgroei in de economische kernregio's naast een bevolkingsdaling in de meer perifere regio's. Dit heeft zowel gevolgen voor de informele als formele zorg.

Vaak zijn het jongeren en hoger opgeleiden die wegtrekken naar de grote steden en blijft een ouder wordende bevolking achter. Er zal sprake zijn van demografische druk – jongeren plus ouderen versus de potentiële beroepsbevolking – overigens vooral bepaald door de toename van het aantal ouderen, en veel minder door een daling van het aantal jongeren. Een kleiner wordende groep zal moeten werken voor een groter wordende groep. Er zijn sterke verschillen in de mate van daling van de potentiële beroepsbevolking, tussen de verschillende provincies en regio's. De potentiële beroepsbevolking daalt met name sterk in de drie krimpregio's Parkstad Limburg, Eemsdelta en Zeeuws-Vlaanderen, maar het probleem is breder. Een belangrijke vraag is wat dat betekent voor het in stand (kunnen) houden van voorzieningen. In deze krimpregio's wordt terugloop van het voorzieningenniveau al gevoeld (Van Otterdijk, 2011).

Ontwikkelingen in gezondheid

Naast een toename van het aantal ouderen in de samenleving (in combinatie met ontgroening) en een toename van het aantal alleenstaande ouderen, zal er een toename zijn van het aantal ouderen met chronische ziekten en dementie.

Tabel 2.1 Top tien van ziekten die zorgen voor het grootste verlies van gezonde jaren (ziektejaarequivalenten) bij ouderen

Rangorde	Mannen	Vrouwen	Totaal
1	coronaire hartziekten	artrose	coronaire hartziekten
2	beroerte	coronaire hartziekten	beroerte
3	diabetes mellitus	beroerte	artrose
4	COPD	diabetes mellitus	diabetes mellitus
5	artrose	gezichtstoornissen	gezichtstoornissen
6	gezichtstoornissen	dementie	dementie
7	lawaaï- en ouderdomslechthorendheid	angststoornissen	COPD
8	dementie	COPD	angststoornissen
9	angststoornissen	depressie	lawaaï- en ouderdomslechthorendheid
10	prostaatkanker	reumatoïde artritis	reumatoïde artritis

Bron: RIVM, 2011

Ziekten kunnen leiden tot beperkingen in het dagelijks functioneren, in de mogelijkheden mobiel te blijven en in het participeren in sociale netwerken en mantelzorg te verlenen aan een zieke partner. Artrose is bijvoorbeeld een ziekte die gepaard gaat met veel lichamelijke beperkingen. Naast lichamelijke beperkingen zijn er ziekten die leiden tot cognitieve beperkingen. Cognitieve beperkingen komen bij één op de twintig ouderen voor.

Het beloop van fysieke kwetsbaarheid blijkt sterker samen te hangen met het beloop van psychische kwetsbaarheid dan met sociale kwetsbaarheid (Van Campen, 2011). Ouderen met fysieke kwetsbaarheid en psychische kwetsbaarheid hebben een grotere kans op opname in een verzorgings- of verpleeghuis dan ouderen met sociale kwetsbaarheid. Toch maken mensen met grotere sociale netwerken minder gebruik van AWBZ-zorg dan mensen die dat niet hebben, dit geldt zowel in de thuissituatie als in de vorm van intramurale zorg (Plaisier et al., 2010). Het versterken van sociale netwerken heeft ook via een preventief effect op gevoelens van eenzaamheid weer een preventief effect op het gebruik van AWBZ-zorg.

Overigens komt eenzaamheid meer voor bij mensen van middelbare leeftijd dan bij ouderen, en dan vooral bij mensen die geen partner hebben (Van Tilburg, 2007; Koenen, 2010). Gegeven de ontwikkelingen in relatievorming en –ontbinding, zou eenzaamheid ook onder ouderen kunnen toenemen, evenals sociaal isolement. Onder ouderen van nu komt vaker dan bij andere leeftijden voor dat men in sociaal isolement

verkeert (Machielse, 2011). Sociaal isolement is echter moeilijk te herkennen en ook niet eenvoudig te herstellen.

Of de voorspellingen van het RIVM over de gezondheid van toekomstige ouderen uitkomen, zal de tijd leren. Zo zouden cijfers over aandoeningen en hun implicaties voor het gebruik van zorg kunnen wijzigen als doorbraken plaatsvinden voor bijvoorbeeld de ziekte van Alzheimer of voor artrose.

Betekenis voor de zorg thuis

De combinatie van ontwikkelingen doet vermoeden dat zich een aantal knelpunten zal voordoen in de informele zorg en de professionele zorg aan huis. Het sterkst voelbaar waarschijnlijk in de krimpregio's en de perifere gebieden, bij ouderen die er alleen voor staan en geen partner en/of kinderen hebben, en bij partners die elkaar mantelzorg moeten verlenen bij ernstige ziekten zoals dementie, waarbij de ziektelast toeneemt en de draagkracht van de partner door de tijd afneemt. Eventuele kinderen wonen – met het oog op de verstedelijking – niet altijd in de buurt. In de krimpregio's neemt bovendien de beroepsbevolking af, er is sprake van demografische druk.

Ontwikkelingen in demografie en gezondheid maken dus dat er substantieel meer vraag komt naar zorg (meer (alleenstaande) ouderen, meer chronische aandoeningen) terwijl het aantal arbeidskrachten naar verhouding afneemt. Denkend aan het afnemend kindertal, partners die op tot op zeer hoge leeftijd voor elkaar zorgen en een toename aan dementiepatiënten is meer verwachten van informele zorg en zelfzorg tegelijkertijd niet realistisch.

Of kunnen we de zorg toch zo organiseren dat we de geschetste problemen het hoofd kunnen bieden? Daarover meer in hoofdstuk 4, nu eerst meer over de beelden die we hebben van de vergrijzing en in hoeverre deze belemmerend dan wel bevorderend kunnen werken bij het nadenken over oplossingen.

3 Beelden bij ouder worden

De sociale dimensie: beeldvorming

Om de zorg voor ouderen te kunnen begrijpen en te verbeteren is het van belang te weten welke beelden er in onze samenleving bestaan over ouder worden en oud zijn. Hoe waarderen we ouderen in de moderne hedendaagse samenleving en hoe zullen we ouderen waarderen in de samenleving van 2020? Wie zijn de ouderen van 2020 en hoe kijken ze tegen zichzelf aan? In dit hoofdstuk onderzoeken we de vraag wat er in de toekomst nodig is om alle ouderen waardig oud te laten worden in hun eigen omgeving.

De moderniseringstheorie binnen de sociale gerontologie beschrijft hoe processen van industrialisatie, urbanisatie en technologieontwikkeling ongunstig uitpakken voor de status van de oudere generaties in onze samenleving (Silverstein, Bengtson & Litwak, 2003). Er zijn tal van voorbeelden te bedenken die de lagere status van ouderen onderstrepen: ouderen zouden niet met de tijd meegaan en niet productief zijn voor de samenleving en in toenemende mate lijden aan chronische aandoeningen. Ouderen zouden daardoor onevenredig veel zorg nodig hebben en een beroep doen op de mantelzorg en de inkomens van jongere generaties.

Empirisch bewijs lijkt de moderniseringstheorie echter tegen te spreken: in ontwikkelde landen gaat het de ouderen goed in vergelijking met minder ontwikkelde landen. De meeste ouderen in ontwikkelde landen leven langer dan in minder ontwikkelde landen, zijn ondanks het toenemen van chronische aandoeningen goed in staat zichzelf te redden en kunnen over het algemeen voldoende rekenen op emotionele en praktische steun van hun verwanten. Daarnaast maakte de economische groei in ontwikkelde landen het mogelijk de formele zorgarrangementen van overheidswege steeds verder uit te breiden. Niettemin dreigt het gevaar dat er een spanning zal ontstaan tussen oudere en jongere generaties als het gaat om het verzekeringsstelsel en de daaraan gekoppelde solidariteit, wanneer ouderen in toenemende mate een beroep doen op publiek gefinancierde zorg.

Doordat vergrijzing vaak als een probleem wordt beschouwd, wordt het potentieel van ouderen niet altijd gezien. Overigens bestaat de 'groep' ouderen niet, de diversiteit binnen die groep is groter dan die tussen sommige ouderen en sommige jonge-

ren (RMO, 2004). Het aandeel jongere ouderen (in de leeftijd van 60 – 75 jaar) in de samenleving neemt toe, en deze ouderen zullen een hoger opleidingsniveau hebben dan de huidige groep ouderen. Een hoger opleidingsniveau draagt bij aan meer politieke en maatschappelijke participatie, waaronder vrijwilligerswerk (Dekker, et al., 2007). De meeste informele zorg (41%) wordt geleverd door de leeftijdsgroep 55-65 jaar (RVZ, 2006a). Een derde van de ouderen in deze levensfase doet vrijwilligerswerk. De rol van ouderen bij vrijwilligerswerk en mantelzorg is snel aan het groeien (Dekker, et al., 2007; Penninx, et al., 2008). Ouderen zorgen in toenemende mate voor elkaar.

Ongeveer een vijfde van alle 50-plussers past op de kleinkinderen. Meestal zijn dit vrouwen, niet-werkenden en 60-69 jarigen (Penninx, et al, 2008). Lager opgeleide vrouwen passen vaker op dan hoger opgeleide vrouwen. Mogelijk hangt dit effect samen met een hogere arbeidsparticipatie van hoger opgeleide vrouwen of het vaker doen van vrijwilligerswerk. (PM: wie uiteindelijk meer bijdragen in mantelzorg en vrijwilligerswerk – hoger of lager opgeleiden – is hiermee nog onduidelijk). Een toekomst van langer doorwerken, meer ouderen met een hoger opleidingsniveau en vrouwen die gewend zijn te participeren op de arbeidsmarkt kunnen een belemmering vormen voor deze en andere vormen van informele zorg.

Bij het niet zien van het potentieel van ouderen spelen de beelden mee van het ‘Zwitserlevengevoel’ (actieve ouderen die genieten van het leven) in combinatie met de discussie over de pensioengerechtigde leeftijd (vgl. RMO, 2004). De discussie over de leeftijd waarop mensen mogen stoppen met werken (en mogen gaan genieten van een welverdiende oude dag) als een scherpe scheidslijn ondermijnt de potentiële inzet van ouderen voor de samenleving en het zicht op wat ouderen voor de samenleving (kunnen) betekenen. De definitie van de situatie – in dit geval het recht op een welverdiende oude dag – bepaalt hoe mensen zullen handelen, namelijk conform de definitie.

Enerzijds kunnen we dus verwachten dat een (groter) deel van de ouderen ook in de toekomst actief zal zijn in vrijwilligerswerk en in mantelzorg, waarschijnlijk tot op hoge leeftijd, terwijl zij anderzijds – geprikkeld door de pensioenleeftijdscussie – willen genieten en zullen zij zich meer gaan richten op vrijetijdsactiviteiten (afhankelijk van de welvaartsontwikkeling). Hoewel ouderen natuurlijk van elkaar zullen verschillen

in de verhouding van activiteiten die zij ondernemen, is de verwachting dat veel ouderen hoe dan ook tot op hoge leeftijd actief zullen blijven en de regie over hun leven willen behouden. We betogen dat het toekomstbeeld van de actieve oudere een reactie is op hoe we in de huidige samenleving tegen oud zijn aankijken (oud zijn is niet erg aantrekkelijk). Hiermee komen we bij de vraag welke waarde we toekennen aan ouder worden en oud zijn en hoe dit doorwerkt in bestaand beleid.

Waarde en waardigheid

‘Waarde’ heeft verschillende betekenissen: een daarvan is waarde als iets waaraan we belang hechten. Welk belang hechten we aan ouder worden en oud zijn? Aan ouder worden (d.w.z. lang leven) hechten we allemaal belang, dat willen we allemaal, maar bij ‘oud zijn’ ligt dat anders. Wat is eigenlijk oud en wat roept oud zijn bij ons op? Wat zeggen we bijvoorbeeld echt als we de uitdrukking ‘hij of zij ziet er nog goed uit voor zijn leeftijd’ gebruiken?

Ouderen herinneren ons aan de sterfelijkheid van het leven. Om deze associatie te vermijden scheppen mensen afstand tot ouderen of afstand tot de eigen ouderdom. Dit kan in meer symbolische zin gebeuren: ouderen worden als anders gezien, met andere interesses, meningen en eigenschappen (Westerhof 2011). Daardoor hoeven we de impliciete associatie met sterfelijkheid niet op onszelf te betrekken. Dit wordt verder versterkt door stereotypen die vaak negatief gekleurd zijn en daardoor effectief zijn als neerwaartse sociale vergelijking.

Onderzoek heeft aangetoond dat jongeren en ouderen buiten de eigen familie maar weinig met elkaar in contact komen en gebrek aan contact is een belangrijke voedingsbodem voor het denken in stereotypen. Ouderen hebben overigens net zulke stereotype beelden over hun leeftijdsgroep als jongeren: “in vergelijking met mijn leeftijdsgenoten ben ik nog fit” of “ik voel me nog jong”. Deze strategieën dragen ertoe bij dat de zelfwaardering en het welbevinden in stand blijft (Westerhof, 2011).

Met name jongere ouderen voelen zichzelf beslist niet oud en willen zichzelf ook niet zo zien, blijkbaar is oud zijn in onze samenleving niet sexy (CSO bijeenkomst, september 2011). Waarschijnlijk zijn het de jongere generaties die ouderen oud en kwetsbaar vinden, maar vinden de meeste ouderen dat zelf allerminst. Oudere ouderen in het SCP-rapport Kwetsbare

ouderen geven te kennen dat zij – ondanks allerlei beperkingen – beslist niet kwetsbaar zijn (SCP 2011): enkele voorbeelden

“Wat is kwetsbaar? Ik vind dat een moeilijk begrip. Misschien toen ik drie jaar geleden plotseling in het verzorgingshuis kwam en al mijn spullen moest achterlaten. Nu gaat het een stuk beter dan toen. Lichamelijk ben ik wel bijna op. Ik zie nog maar 5% en hoor slecht, maar ik ben nog helder van geest en in mijn hart blijf ik jong” (vrouw van 88 jaar)

“Als je ouder wordt, mankeer je sneller wat. Een dame van 103 die ik kende, lette zelf bijvoorbeeld goed op dat ze niet op de tocht zat. Ik voel me nog gezond. Ik loop nog, kan nog horen, alleen ben ik slechtziend aan een oog. Maar ik voel me nog een jonge vent, ik kan overal nog aan meedoen.” (man van 89 jaar)

Enerzijds zijn er dus ouderen die volgens een ‘frailty indicator’ als kwetsbaar worden aangemerkt en zich beslist niet zo voelen, anderzijds kan er natuurlijk veel aan de hand zijn. 95% van de ouderen in Nederland woont nu zelfstandig. Daar zijn ook ouderen bij die meerdere ziektes en aandoeningen hebben en soms ook ernstige beperkingen. Hoewel mensen door hulpverleners op grond van objectieve kenmerken als kwetsbaar worden aangemerkt, denken zij daar soms zelf heel anders over en *voelen* zij zich dus lang niet altijd kwetsbaar (SCP 2011). Al heel lang is bekend dat voor goede hulpverlening meestal niet de aandoening het belangrijkste is, maar de tekorten in het zelfstandig functioneren die er het gevolg van zijn. De redzaamheid dus.

Dat ouderen zich niet oud voelen en kwetsbaar gezien willen worden geldt overigens niet voor alle ouderen in de Nederlandse samenleving. Turkse en Marokkaanse ouderen van de eerste generatie voelen zich vaak al oud rond het 50^e levensjaar (Gair, 2012). Dat heeft wellicht te maken met de snellere opvolging van generaties bij deze migrantengroepen, de ouderen kunnen rond het 50^e levensjaar heel goed grootouder zijn. Het kan er ook mee te maken hebben dat in deze culturen anders naar oud zijn aangekeken wordt, oudere mensen hebben een hoge status, waardoor het ook mooi kan zijn om ‘oud’ te zijn.

Het denken in stereotypen over oud zijn wordt gevoed door de media. Tot nog toe waren ouderen door de jaren heen onzichtbaar in de media. Zowel ten opzichte van jongeren als ten opzichte van hun aandeel in de bevolking zijn zij ondervetegenwoordigd. Dat geldt vooral voor oudere vrouwen. Verder

zien we positieve en negatieve beelden: ouderen zijn te zien als gebrekkige volwassenen in voorspelbare rollen, maar ook als krachtige persoonlijkheden. Zo gelden in reclame de metafoor van de oudere die staat voor kwaliteit, traditie en degelijkheid (de reclame van Bertolli bijvoorbeeld) en de metafoor van de testcase: zelfs als de oudere met een product of dienst kan omgaan, moet iedereen dat kunnen (de reclame van een oudere dame die een vliegticket besteld via internet). De laatste tijd verschijnen in de media ook vaker positieve beelden van ouderen, wat een tegenwicht kan bieden aan het denken in negatieve beelden over oud zijn (Van Selm, 2011).

Werkt de waarde die we in de samenleving toekennen aan oud zijn nu door in het beleid? We hebben het in elk geval vaak over ouderenzorg (in plaats van zorg voor ouderen) en over ouderenbeleid. Ook in het beleid zien we dat ouderen als een te onderscheiden groep worden gezien. Uitzondering zijn misschien de aanbevelingen van de Themacommissie Ouderenbeleid (2005), een commissie van Tweede Kamerleden, die concludeerde dat toekomstig beleid beter generatiebeleid genoemd kan worden, ouderenbeleid is immers 'te laat beleid'. Zij pleit dan ook voor een *design for all* op het gebied van wonen, vervoer, techniek, arbeidsmarkt en industriële producten (zie ook RMO, 2004), maar raakt ook aan de (gezondheids)zorg voor ouderen.

Ook op het gebied van zorg zien we dat de verzorgingsstaat in toenemende mate plaats maakt voor een activeringsstaat. Informele zorg wordt in die context belangrijker. Kijken we naar de informele zorg in de samenleving, dan zien we dat familiesolidariteit in de naoorlogse verzorgingsstaat wel is veranderd, maar allerminst verdwenen. De zorg in familieverband blijkt in Nederland heel stabiel, families worden gekenmerkt door veel contact en onderlinge steun (Dykstra et al., 2006; RVZ, 2008; Dykstra, 2012).

In Nederland wordt evenals in de andere ontwikkelde landen de verantwoordelijkheid voor de zorg van jong en oud op de een of andere manier gedeeld tussen families en overheid (Dykstra, 2012). De gangbare veronderstelling dat overheidszorg en informele zorg elkaars tegenpolen zijn, blijkt onjuist (Daatland & Herlofson, 2003; Dykstra & Fokkema, 2007). Beide vormen van zorg bestaan vaak naast elkaar (zie ook Plaisier et al., 2010). Er is meer draagvlak voor de gedachte dat kapitaalkrachtige ouderen een groter deel van de zorgkosten zelf betalen. Dat zal niet voor iedereen zijn weggelegd. Het

gaat dan om mensen met een onvolledige pensioenopbouw, zoals de eerste generatie allochtonen en mensen die langdurig buiten het arbeidsproces hebben gestaan.

De individualisering in de Nederlandse samenleving heeft ertoe geleid dat gevoelens van verplichting er minder toe doen als het gaat om het zorgen voor ouders. Toch is het niet meteen duidelijk dat het vervagen van deze meer traditionele familienormen heeft geleid tot minder hechte banden tussen familieleden (Van Gaalen, 2007; Stuifbergen, et al., 2008). Door het losser worden van netwerken, waaronder ook het familiale netwerk, zou het wel eens zo kunnen zijn dat de meer vrijwillig gekozen bindingen belangrijker worden (Allan, 2001). In het verlengde hiervan lijkt het belang van de kwaliteit van de relatie (en gevoelens van genegenheid) in de plaats te komen voor gevoelens van verplichting: volwassen kinderen zorgen graag voor hun ouders als de relatie goed is (Dykstra & Fokkema, 2007; Stuifbergen, et al., 2008).

Andersom vinden ouders met een zorgvraag het niet altijd gemakkelijk een beroep te doen op hun kinderen, bijvoorbeeld omdat de kinderen een gezin hebben en de ouders hen niet willen overbelasten. De bereidheid onder oudere leeftijdsgroepen om informele zorg te ontvangen is geringer dan de bereidheid onder jongere leeftijdsgroepen om die te geven. Volwassen kinderen lijken minder moeite te hebben met het inschakelen hun ouders dan andersom, denk aan het oppassen op kleinkinderen. Uit (longitudinaal) Amerikaans onderzoek blijkt dat ouders het wellicht ongemakkelijk vinden als de rollen zich omdraaien (Byers, et al 2008). Met kinderen en vrienden willen ouderen vooral een 'gezelligheidsband'. Ze doen liever geen structureel beroep op hen voor het verlenen van zorg (Van Overbeek & Schippers, 2004). Als het aan de zorgontvangers ligt geeft de meerderheid de voorkeur aan professionele zorg (RVZ, 2006b). De aandacht in het beleid dient daarom te verschuiven van de vraag of men wel voor familieleden wil zorgen naar de vraag of men wel van familieleden zorg wenst te ontvangen (RVZ, 2006a; CEG, 2007; Dykstra & Fokkema, 2007).

Wat willen mensen eigenlijk voor hun oude dag en in hoeverre wordt daar rekening mee gehouden in beleid? Of anders gesteld: hoe waardig ziet de laatste levensfase van mensen eruit of hoe zou deze eruit moeten zien? Veel mensen willen bijvoorbeeld onder geen beding naar een verpleeghuis.

Negatieve beelden in de media over misstanden in verpleeghuizen dragen bij aan dat idee. Anne-mei The (2004) schreef er een beeldend boek over met als titel *In de wachtkamer van de dood*. Zij vertelt het verborgen verhaal over het leven en sterven van dementerende mensen in een verpleeghuis, een verhaal dat we liever niet horen. Over personeelstekorten en de gevolgen voor de zorg (zij kunnen vaak niet meer doen dan mensen uit bed halen en eten geven), over de toename van de zorgzwaarte van bewoners wat het werk dus zwaar maakt, over de lage scholingsgraad van het verzorgende personeel en de lage status van het beroep, over (60%) gekleurde verzorgenden die een culturele kloof moeten overbruggen bij het verzorgen van overwegend witte verpleeghuisbewoners, over het stervenproces en versterven. Hoewel er ook veel goed gaat en het personeel erg betrokken is, het er ook gezellig kan zijn en een uitkomst voor mensen die eenzaam zijn en niet meer voor zichzelf kunnen zorgen. Haar conclusie is dat de prioriteit in onze samenleving niet ligt bij de zorg voor oude, dementerende, kwetsbare mensen.

Maar ook de zorg thuis dient professioneel te zijn. Vaak is deze versnipperd, krijgen mensen op één dag meerdere zorgverleners over de vloer. En ook overbelasting bij mantelzorgers kan bijdragen aan schrijnende situaties. Een vraag daarbij is hoe de kwaliteit van zorg bij een toenemend beroep op mantelzorg gewaarborgd kan blijven. En sinds kort is er meer aandacht voor mishandeling van ouderen bijvoorbeeld, niet zelden een gevolg van dezelfde overbelasting.

Betekenis voor de zorg thuis

Het huidige beeld van ouderen is dat zij een probleem vormen: het probleem van de vergrijzing. Oud zijn is onlosmakelijk verbonden met sterfelijkheid, met onze dood en daar hebben de meeste mensen moeite mee. We zien mensen die oud zijn als een aparte groep, waar we zelf niet bijhoren (ook oudere ouderen zien zichzelf niet als kwetsbaar). Veel ouderen zijn actief in vrijwilligerswerk, mantelzorg en vrijetijdsactiviteiten. Mogelijk kantelt daardoor het beeld dat we hebben van ouderen in de toekomst en krijgen we oog voor de actieve kant van ouderen, ouderen die zelfbewust in het leven staan, die in staat zijn hun leven te regelen en keuzemogelijkheden hebben wat betreft hun wensen. Die wensen kunnen verschillen, want 'de' oudere bestaat niet. Te ver doorschieten in dat beeld is ook weer niet goed, het probleem met het toekomstbeeld van de actieve oudere is dat niet elke toekomstige oudere over voldoende koopkracht, gezondheid en informeel netwerk beschikt

om het beeld waar te kunnen maken. En welke gevolgen heeft te ver doorschieten voor de zorg voor ouderen van de toekomst? We hebben dus eigenlijk een realistisch beeld nodig over oud worden en oud zijn en dat vergt dus dat we meer gaan nadenken over onze oude dag.

4 De praktijk van ouder worden

De sociale dimensie: praktijk

In plaats van een focus op de status van ouderen als een resultante van moderniseringsprocessen, is het beter kwalitatieve verschillen tussen landen in vormen van hulp aan ouderen te onderzoeken, bijvoorbeeld verschillen in familiestructuur en de solidariteit van de samenleving met zijn ouderen (bijvoorbeeld door de risico's van ouder worden te herverdelen over de bevolking in de vorm van belasting, Silverstein, et al., 2003).

Enerzijds kan men dan uitgaan van de theorie van taakspecialisatie: dit is de gedachte dat de familie en formele organisaties specifieke, complementaire doelen nastreven, waarbij zij wederzijds afhankelijk zijn van elkaar. Zo beschikken formele organisaties vaker over technische vaardigheden, maar beschikt de familie over alledaagse kennis. Bovendien is de familie in staat snel te reageren wanneer de nood aan de man is, doordat zij niet gehinderd wordt door een hiërarchische structuur. De structuur van families maakt dat zij bepaalde taken beter, maar andere taken minder goed kan uitvoeren. In het licht van deze theorie is het belangrijk dat er een goede afstemming is tussen formele organisaties en de familie.

Anderzijds kunnen we ons ook richten op de interactie tussen generaties, op de relatie tussen ouders en kinderen in de vorm van intergenerationele solidariteit. Deze vorm van solidariteit is relatief stabiel over de tijd (Bengtson, Giarusso, Silverstein & Wang, 2000). Hoewel kinderen en ouders tegenwoordig vaker verder van elkaar af wonen en elkaar minder vaak zien, zijn door de toename in levensverwachting (goede) relaties tussen generaties belangrijker geworden (ouders en kinderen zijn over een langere periode in elkaars leven). En hoewel solidariteit niet altijd in de praktijk gebracht wordt, kunnen generaties over het algemeen op elkaar terugvallen.

Beide theorieën – taakspecialisatie en intergenerationele solidariteit – vullen elkaar aan. Structurele verschillen tussen familie, partners, burens en vrienden en formele organisaties leiden tot andere taakspecialisaties. Daarnaast verschilt de solidariteit tussen familieleden onderling en over de tijd en tussen families. In relatie tot een sterke welvaartsstaat bestaan de *modified-extended family* (task-specific) en de *intimate-but-distant family* (solidarity). De eerste wordt gekarakteriseerd door relatief weinig face-to-face-contact en een relatief grote geografische

afstand tussen familieleden, maar frequente communicatie en sterke normen als het gaat om zorgen voor je familie. De tweede kenmerkt zich door het hebben van een steunreservoir: als het nodig is kan dat reservoir worden aangesproken, mits er sprake is van een goede relatiekwaliteit (Silverstein et al. 2003; Van Gaalen, 2005). Het is belangrijk dat we oog hebben voor macro-sociale verandering en micro-familietrends. De volgende paragrafen beschrijven ontwikkelingen op die vlakken. Centraal staat de vraag in welke richtingen we moeten denken voor oplossingen en voorzorg ingeval de directe naaste omgeving ontbreekt (bijvoorbeeld een partner of kind) of de zorg voor een kwetsbare oudere niet (meer) aankan.

1. Inzetten op nieuwe sociale netwerken

Onderlinge steun in de buurt in de loop van een aantal decennia afgenomen. Veel van de bedrijvigheid is uit buurten verdwenen naar de randen van de stad of grote winkelcentra, waardoor mensen elkaar minder tegenkomen in de buurt. Veel mensen reizen voor hun werk, boodschappen en recreatie naar elders (RMO/RVZ, 2008). Een gevolg hiervan is dat mensen van verschillende generaties buiten familieverband nauwelijks contact met elkaar hebben (RMO/RVZ, 2009), waardoor generaties ook nauwelijks weet hebben van elkaars interesses en ervaringen. Steun organiseren wordt daardoor ingewikkelder. Voor een goede ondersteuning van ouderen is het belangrijk dat er nieuwe sociale netwerken kunnen ontstaan.

Belemmeringen en oplossingsrichtingen

De directe woonomgeving is extra belangrijk voor ouderen. Ouderen bij wie de mobiliteit afneemt - bijvoorbeeld als gevolg van artrose - zijn steeds meer aangewezen op hun directe woonomgeving. Wanneer daar allerlei functies verdwijnen en ook een deel van de bevolking dagelijks naar elders reist, kan dat grote gevolgen hebben voor het ontvangen van steun en contact.

De praktische steun die is weggefallen doordat de buurt een minder centrale rol vervult, kan gedeeltelijk worden opgevuld door moderne communicatiemiddelen, die nieuwe kansen bieden voor sociale en emotionele vormen van zorg ofwel 'zorg op afstand' (RVZ/CEG, 2010; RVZ, 2011).

Maar naast deze zorg op afstand is het belangrijk om het ontstaan van nieuwe sociale netwerken binnen de buurt te faciliteren, waarbij sprake is van een mix van generaties (intergenera-

tionele steun). Ontmoetingen tussen generaties kunnen vanzelfsprekender gemaakt worden, bijvoorbeeld door een café of speeltuin in de buurt van een woonvoorzieningen voor ouderen of door het faciliteren van multifunctionele gebouwen zoals vensterscholen, waar binnen het schoolgebouw – naast een basisschool – ook andere functies uit een wijk worden gehuisvest, zoals de kinderopvang, de bibliotheek en de volwasseneneducatie (www.vensterschool.groningen.nl).

Ook belangrijk is dat ouderen in staat worden gesteld om voor elkaar te zorgen (intragenerationele steun). Hiervoor kunnen bijvoorbeeld beschermende woonvormen voor ouderen worden gerealiseerd, waar ouderen zowel voor elkaar kunnen zorgen als ondersteuning van diensten van buiten kunnen krijgen. Gemeenten en woningcorporaties kunnen zich actief bemoeien met de woonsituatie van ouderen, waarbij de lokale overheid als partner kan fungeren van particulier initiatief. Zij kunnen tegemoetkomen aan de behoefte van oudere huurders door middel van planmatige woningaanpassing. Waar nodig kunnen ouderen actief worden betrokken bij netwerken in de buurt.

Om hun sociale netwerk te onderhouden, moeten ouderen natuurlijk wel naar buiten durven. Gemeenten zijn o.a. op basis van de WMO verantwoordelijk voor het welzijn van hun oudere bevolking. Het is belangrijk dat zij een veilige en verzorgde woonomgeving creëren, waarin ouderen zich gemakkelijk kunnen bewegen. Beweging is niet alleen belangrijk voor het onderhouden van sociale contacten, maar is ook essentieel voor lichamelijke fitheid, en het voorkomen van ouderdomsaandoeningen zoals dementie.

2. *Inzet van de derde generatie voor de samenleving*

De ouderdom behelst twee fasen (Van Tilburg, 2005). In de eerste plaats de fase waarin men minder actief is op de arbeidsmarkt (de institutionele context is nu eenmaal zo), maar nog in goede gezondheid verkeert. Deze levensfase, die ingaat rond het zestigste levensjaar¹, kent vaak meer activiteiten in de informele sfeer. Mensen in deze levensfase worden ook wel de derde generatie genoemd. De vierde generatie zijn de ouderen waarbij de gezondheid echt achteruit gaat (zo rond het 75^e levensjaar). Mensen van de derde generatie kunnen kinderen zijn of andere ouderen zoals burens, andere familieleden of vrienden.

Belemmeringen en oplossingsrichtingen

Volgens het SCP is ruim de helft van alle Nederlanders bereid gedurende een aantal maanden voor de eigen ouders te zorgen als dat nodig is. Ruim 1,3 miljoen Nederlanders geven ook echt hulp aan hun zieke of hulpbehoevende (schoon)ouders, dat is 40% van alle mantelzorg in Nederland. Een op de vijf mensen die voor hun ouders zorgen of als oudere mantelzorger voor een partner zorgen, voelt zich echter ernstig belast, zij geven aan door hun zorgtaak te veel verplichtingen te hebben (Cloïn, et al., 2011).

Een toekomst van langer doorwerken, meer ouderen met een hoger opleidingsniveau en vrouwen die gewend zijn te participeren op de arbeidsmarkt kunnen een belemmering vormen voor informele zorg in familieverband. Het kan zijn dat 'het spitsuur van het leven' zich verplaatst van de jongere generatie volwassenen naar deze fase.

Vrouwen zorgen vaker voor hun ouders dan mannen (De Boer, 2005). De combinatie van smallere families en een grotere en langere arbeidsparticipatie van vrouwen in de toekomst maakt het minder duidelijk wie de aangewezen persoon is om zorg te verlenen alleen omdat deze toevallig de meeste tijd beschikbaar heeft (Stuifbergen, 2008). Het is voor de toekomst belangrijk de combinatie van het verlenen van zorg aan de oudere generatie en het werken op de arbeidsmarkt te vergemakkelijken.

Twintig procent van de mantelzorgers is ernstig overbelast, dertig procent voelt zich matig belast en ervaart problemen met het combineren van taken (Cloïn, et al., 2011). Ouderen die merken dat hun mantelzorgers het niet meer aankunnen, doordat deze hun emotionele en affectieve steun verminderen, vertonen een sterkere oriëntatie op het verzorgings- of verpleeghuis.

Meer flexibiliteit in werk en zorgtaken lijkt onvermijdelijk (vgl. Hochschild, 1997) en dient verder verkend te worden. Is er namelijk onvoldoende flexibiliteit mogelijk, dan neemt de kans op overbelasting toe. Het spreiden van inkomen, arbeid en andere (zorg)activiteiten over de levensloop is van groot belang. Het ontwikkelen van adequate arrangementen die dat bevorderen en ondersteunen zijn daarom hard nodig (RVZ 2008).

Steeverink (2001) adviseert om een kritische fase in de belasting van mantelzorgers te voorkomen door een goede samenwerking tussen informele en formele zorg te bewerkstelligen: goede formele zorg om de mantelzorger te ontlasten zodat geen daling in affectieve steun bij de mantelzorger optreedt. Het SCP komt met een vergelijkbare conclusie in *De sociale staat van Nederland (2011)*: “Vanuit het perspectief van overbelasting en keuzevrijheid van degenen die zorg nodig hebben, is het belangrijk dat er een keuze bestaat tussen informele en formele zorg.” Het kabinet wil maatregelen treffen om dit ook voor ouderen mogelijk te maken, door de zorg dichtbij huis te organiseren en een betere afstemming mogelijk te maken tussen verschillende zorgleveranciers (uit het persoonlijk netwerk en het professionele circuit). Aanvullend wordt aangenomen dat wanneer mensen weten dat verpleeg(huis)zorg goed geregeld is, zij het langer volhouden in de thuissituatie.

Op dit moment zegt opname in een verzorgings- of verpleeghuis vaak meer over de sociale omgeving – het vermogen van de partner/mantelzorger om zorg te bieden – dan over de ernst van de ziekte of aandoening. Het is daarom belangrijk om overbelasting van mantelzorgers tegen te gaan. Daarom zouden de huisarts en de wijkverpleegkundige in 2020 (meer) oog moeten hebben voor het sociale systeem van de (oudere) patiënt en signaleren of de draagkracht van het systeem in de juiste verhouding staat tot de draaglast. Het is van groot belang dat mantelzorgers niet overbelast raken – de huisarts en wijkverpleegkundige kunnen naast signaleren ook ondersteunen, bijvoorbeeld via telegorgvoorzieningen voor patiënten en hun mantelzorgers. Ook inloopcentra in wijken (RVZ 2010) kunnen hier een functie vervullen, bijvoorbeeld door het maken van een zorgplan en vormen van respijtzorg en mantelzorgondersteuning te regelen zoals het project *Maatjes voor Mantelzorgers in Delft (Startpunt Wonen – Zorg – Welzijn, 2010)*.

Volop kansen dus voor nabije zorg, waarbij er een flexibele en afgestemde inzet is van formele en informele zorg. De formele zorg is belast met een goede medische zorg, waardoor de mantelzorg zich in elk geval ook kan richten op het geven van de emotionele steun. Op dit moment bestaat er een sterke scheidslijn tussen informele zorg en professionele thuiszorg (*‘Formalisering van informele zorg’, CEG 2007*). De huidige wijze waarop professionele hulp wordt toegewezen, de formele indicatiestelling, zorgt ervoor dat mensen niet de zorg krijgen die zij nodig hebben. Soms krijgen ze te weinig professionele zorg, soms juist te veel. De wijze waarop professionele hulp

wordt toegewezen kan worden verbeterd door de toewijzing dichterbij en in overleg met de patiënt en zijn omgeving te organiseren. Dan zou veel meer maatwerk kunnen worden geregeld (RVZ/CEG, 2007).

Blijft de vraag hoe we het potentieel van de derde generatie meer kunnen benutten, is het mogelijk mensen te verleiden vrijwilligerswerk of mantelzorg te doen. Zou het monetariseren van de mantelzorg daarbij kunnen helpen of juist niet? Grootegoed en Knijn (2009) beschrijven de voors en tegens van het monetariseren van mantelzorg. Een voordeel lijkt te zijn dat mantelzorgers en patiënten een beter onderscheid kunnen maken tussen praktische en gezelligheidssteun, voor het eerste wordt betaald, voor het tweede niet. Een ander voordeel is de compensatie voor werk op de arbeidsmarkt van de mantelzorger (hoewel dat voor de derde generatie vermoedelijk minder opgaat dan voor jongere generaties die mantelzorg verlenen). Als nadelen worden genoemd dat mantelzorgers zich schuldig voelen en dat de dankbaarheid van de verzorgde afneemt (er wordt immers voor betaald). We kunnen nadenken over slimme vormen van het monetariseren van mantelzorg en vrijwilligerswerk, mensen die meer bijdragen aan mantelzorg, zouden minder financieel hoeven bij te dragen aan bijvoorbeeld de AWBZ.

Het is belangrijk om de bereidheid van jongere ouderen om voor oudere ouderen te zorgen niet onbenut te laten. De gemeente kan hun inzet faciliteren en mogelijk versterken, bijvoorbeeld door pas gepensioneerde ouderen via een brief uit te nodigen om zich te blijven inzetten voor de samenleving.

3. *Inzet van slimme technologie en zelfzorg*

Het virtuele verzorgings- of verpleeghuis

De combinatie van slimme technologie en zelfzorg maakt het mogelijk dat mensen langer thuis wonen. Het verzorgingshuis hoeft niet altijd een bakstenen gebouw te zijn, zo blijkt uit de Extramuraal Gestructureerde Ouderenzorg in Nederweert. In het verlengde van een gezondheidscentrum of verzorgingshuis in de wijk bestaat sinds kort het virtueel verzorgingshuis. Mensen die hun eigen zorg niet meer kunnen regelen, doen dat nu samen met mantelzorg en hulpverleners. Via de wijkverpleegkundige krijgen de huisarts, de zorgcoördinator en de apotheek automatisch bericht wanneer een wijkbewoner hiervoor in aanmerking komt en wordt samen met de hulpverlening en familie een zorgplan opgesteld, dat op de website van het

virtuele verzorgingshuis geplaatst wordt. Dit zorgplan wordt regelmatig geëvalueerd.

Belemmeringen en oplossingsrichtingen

Het project in Nederweert kende een aantal startproblemen: het plannen van zorgplanbesprekingen met huisartsen en het betrekken van de thuiszorgorganisaties, die beide volgens hun eigen structuur werken. Uit cijfers blijkt echter dat ouderen massaal kiezen voor het virtuele verzorgingshuis. Het is niet zo dat mensen alleen in een gewoon verzorgingshuis gezelligheid vinden, juist doordat ouderen thuis actiever blijven dan in een verzorgingshuis, zijn ook hun sociale contacten beter (Rombout, 2011).

Telezorg en domotica

Naast het virtuele verzorgings- en verpleeghuis, verkennen thuiszorgorganisaties en fabrikanten de mogelijkheden van allerlei toepassingen van 'telezorg' en domotica. Telezorg is de verzamelnaam voor technologie die het mogelijk maakt om (oudere) patiënten thuis van een afstand te monitoren of te coachen, bijvoorbeeld via een webcam of via elektronische sensoren die lichaamsfuncties van de patiënt meten. Dit levert tijdswinst op omdat zorgprofessionals en mantelzorgers minder vaak bij de patiënt langs hoeven.

Een belangrijke factor voor het verlenen van zorg is de geografische afstand tussen mensen (RVZ, 2006b). Ook voor informele zorg tussen familieleden maakt het veel verschil of zij in de buurt wonen of niet. Zestig procent van de Nederlandse bevolking heeft nog minstens één familielid binnen een afstand van vijf kilometer wonen, maar familie woont minder vaak in dezelfde buurt dan een aantal decennia geleden. Dit heeft consequenties voor wat familieleden voor elkaar kunnen doen. Hoger opgeleiden wonen verder van hun familie dan lager opgeleiden en met het stijgende opleidingsniveau gaat dit waarschijnlijk voor steeds meer mensen gelden (Van der Meer & Mulder, 2007). De consequenties hebben vooral betrekking op praktische vormen van zorg: de moderne communicatiemiddelen bieden nieuwe kansen voor sociale en emotionele vormen van zorg ofwel 'zorg op afstand'.

Domotica is de verzamelnaam voor slimme elektronische voorzieningen in woonhuizen of instellingen. Zo is het bijvoorbeeld mogelijk sensoren te plaatsen in en rondom het bed van (licht) dementerende mensen. De partner wordt 's nachts gewekt als de dementerende opstaat en hoeft niet voortdurend

waakzaam te zijn. Een ander voorbeeld is een UAS-systeem: een Unattended Autonomous Surveillance. Hierbij worden sensoren op de muur ingezet voor val- en dwaaldetectie, in combinatie met cameratoezicht. Aanleiding was de vraag van patiënten in de zwaarste categorie die desondanks thuis willen blijven wonen. Zonder UAS zouden zij 8-9 keer per dag moeten worden bezocht door een zorgverlener. Dit systeem vergroot het gevoel van veiligheid bij patiënt en mantelzorgers. De camera wordt alleen ingezet als er echt iets aan de hand kan zijn (RVZ, 2011).

Belemmeringen en oplossingsrichtingen

De meeste telezorg bevindt zich nu nog in het pilot-stadium en is nog een aanvulling op de bestaande zorg. Patiënten kunnen telezorg gebruiken om contact te maken met elkaar, met zorgprofessionals, vrijwilligers en mantelzorgers. Hoewel zorgverleners en patiënten *persoonlijk contact* beschouwen als een belangrijk onderdeel van goede zorg, hoeft telezorg persoonlijk contact niet in de weg te staan; een webcam biedt ook een soort *'face-to-face'* contact met een zorgverlener (maar dan dus via een beeldscherm) en kan de zorg zelfs persoonlijker maken zo blijkt uit onderzoek. Wel willen mensen dan een vertrouwd en bekend gezicht op het beeldscherm zien. Dit pleit dus voor een vast gezicht in plaats van voor een call-center met wisselende zorgverleners (Pols, Schermer & Willems, 2008; RVZ/CEG, 2010).

Daarnaast is het zaak te erkennen dat sommige noodzakelijke vormen van nabije zorg (wondverzorging, maar ook een troostende arm om de schouder) niet te vervangen zijn door telezorg en domotica. Voor mantelzorgers kan het contact met de patiënt via telezorg gemakkelijker en frequenter plaatsvinden. Telezorg als steun bij mantelzorg dus, en ervoor waken dat telezorg de taak van mantelzorgers zwaarder maakt, omdat zij bijvoorbeeld meer (semi)medische handelingen moeten verrichten. In dit licht is het ook belangrijk te onderkennen dat domotica uitkomsten kan bieden voor (licht) dementerenden en hun partners, bijvoorbeeld via sensoren rondom het bed, maar dat er een moment kan komen in het verloop van de ziekte dat de dementerende 's nachts veelvuldig opstaat en dat daardoor toch overbelasting van de mantelzorgers optreedt.

Telezorg en domotica maken een verschuiving van mantelzorg naar mantelregie mogelijk (Westendorp, Genero conferentie, november 2011). Bij mantelregie organiseert de mantelzorgers de zorg rondom de patiënt. De 'mantelregisseur' heeft wel de

regie, maar organiseert de zorg zo dat hij of zij er niet alleen voor staat.

Kijken we naar het aspect van de *privacy* dan lijkt de invoering van telegeneeskunde en domotica op het eerste gezicht de privésfeer onder druk te zetten. Apparatuur komt immers het huis binnen. Het blijkt echter dat patiënten zich niet zo snel aangetast voelen in hun privacy, mits zij zelf kunnen beslissen of zij al dan niet aan een vorm van telegeneeskunde meewerken en mits zij zelf kunnen bepalen wanneer professionals via een monitor 'meekijken'. Een goed voorbeeld van de mogelijkheden van telegeneeskunde wordt gegeven door Revalidatiecentrum 't Roessingh in Enschede. Revalidatiecentrum Het Roessingh is gespecialiseerd in revalidatiekundige behandeling en zorg. Binnen het kader van het centrum bevindt zich het Roessingh Telegeneeskunde Centrum (RTC). Dit centrum voor medisch specialistische zorg richt zich op de ontwikkeling en invoering van telemedicinediensten in de reguliere gezondheidszorg. Zo ontwikkelen zij Telefysiek (video teleconsultatie) en Grenzeloze zorg, waar ICT-applicaties worden ontwikkeld om revalidatietechnieken op afstand te monitoren en te ondersteunen.

In het verlengde van telegeneeskunde en domotica bestaan allerlei eHealth en gezondheid 2.0 toepassingen als vervanging van ziekenhuiszorg. Toepassingen in ziekenhuiszorg zijn bijvoorbeeld klinische en niet-klinische informatiesystemen, telemedicine en zorgnetwerken (Van der Klauw, 2011).

Met eHealth en gezondheid 2.0 is een ontwikkeling ingezet naar meer zelfmanagement of zelfzorg thuis. Voor chronische patiënten is er bijvoorbeeld de mogelijkheid en eigen virtueel ziekenhuis op te zetten en in te richten via het online platform MijnZorgnet.nl. Zij kunnen behandelaars en naasten uitnodigen voor hun eigen digitale ziekenhuis in de vorm van een online community. Patiënten en zorgverleners kunnen hier gegevens inzien, toevoegen en wijzigen (Van der Klauw, 2011).

Heropname van kwetsbare COPD-patiënten kan worden voorkomen door een COPD-koffertje, zoals men dat kent in Denemarken. Door de videoverbinding in het koffertje kan de patiënt contact houden met de verpleegkundigen in het ziekenhuis. Andere voorwerpen in het koffertje zijn meetinstrumenten om zelf de bloeddruk en de longfunctie te meten. Het ziekenhuis ontvangt de gegevens en kan hierdoor tijdiger ingrijpen, mocht er iets mis zijn. En recente lab-on-a-chip technologie brengt bijvoorbeeld voor nierpatiënten de mogelijk-

heid binnen handbereik om onmiddellijke feedback te krijgen op hun zoutinname, van groot belang om hun bloeddruk niet te laten oplopen (Van der Klauw, 2011).

4. *Inzetten op private zorgarrangementen*

‘De Poolse au pair’ en het verschil tussen landen

Recentelijk is in de media aandacht voor ‘de Poolse au pair’ die eventueel via een bureau kan worden ingehuurd om 24-uurszorg voor ouderen aan huis te leveren. Los van de eventuele misstanden in arbeidsvoorwaarden, is het inhuren van migranten door ouderen en hun familie niet nieuw (zie bijvoorbeeld Dykstra, 2012). In landen met een sterke focus op familiezorg, zoals Duitsland, Spanje, Italië en Portugal, is het al langer gebruikelijk migranten in te huren, in tegenstelling tot bijvoorbeeld Zweden, waar veel voorzieningen publiek geregeld zijn. In zowel Spanje en Portugal is het maatschappelijk stelsel ingericht rond een uitgebreid stelsel van familietaken en onderlinge sociale verbanden en rollen (RVZ, 2005). De algemene notie is daar dat beleid zich niet met het privé-domein moet bemoeien. Maar ook dergelijk non-beleid is wel degelijk ook beleid, in die zin dat het uitblijven van beleid nadrukkelijke effecten heeft. Ook in die landen zijn vrouwen in grote getale de arbeidsmarkt op gegaan en omdat er geen beleid was, zijn private arrangementen als deze ontstaan. In het RVZ-rapport van 2005 wordt geconcludeerd dat zowel de verzorgingsstaat in het noorden als de ‘nachtwakerstaat’ in het zuiden hun beste tijd hebben gehad en dat er middenwegen worden gezocht met elk een nieuwe mix van bijvoorbeeld de toegang tot de publieke zorg (scherp indiceren, nadruk op ernstiger gevallen) en ondersteuning voor mantelzorgers. Hoe de mix van zorgverleners wordt vormgegeven hangt samen met de traditie en historie, cultuur en ordeningsprocessen en – patronen.

Belemmeringen en oplossingsrichtingen

Nederland betaalt nu al het meeste van alle Europese landen voor langdurige zorg, terwijl de echte vergrijzing nog moet komen. Scandinavische landen kennen een vergelijkbaar uitgavenniveau als Nederland, maar de stijging in de kosten is daar de komende jaren aanzienlijk minder. Alleen Zweden kent net als Nederland een individueel recht op zorg, in andere landen ligt meer verantwoordelijkheid en keuze bij mensen zelf (Gradus & Van Asselt, 2011; Nies, 2011). Vergelijking met Duitsland laat zien dat een hogere eigen bijdrage in combinatie met eigen regie bevorderlijk is voor de houdbaarheid van de lang-

durige zorg. In Duitsland kent men vergoedingen voor verpleging en verzorging, maar niet voor huisvesting, activering en begeleiding. Men kan in Duitsland opteren voor drie soorten zorg: intramurale zorg (met een forse eigen bijdrage), tegoedbonnen of uitbetalingen in geld in de vorm van een soort mantelzorgkostenforfait. Het mantelzorgkostenforfait is 50% lager dan de tegoedbonnen, maar over dit forfait hoeft geen verantwoording te worden afgelegd. Gradus en Van Asselt stellen dat door de confrontatie met een gedeelte van de zorgkosten, zorgvuldiger wordt omgesprongen met de zorgvraag en vindt voor niet-medische handelingen substitutie plaats naar informele arbeid (maar dit hoeft niet altijd de familie te zijn, men doet in toenemende mate een beroep op migranten).

Woon-zorgarrangementen

In de plaats van het verzorgingshuis zoals we dat lange tijd gekend hebben zal er (afhankelijk van de vraag van de burger) een gevarieerd aanbod ontstaan van woningen / wooncomplexen met een flexibel aanbod van diensten, zoals boodschappenservices, tuinonderhoud en allerlei activiteiten, die naar behoefte kunnen worden afgenomen, mogelijk als virtueel verzorgingshuis, zoals eerder genoemd. In 'Baanbrekende burgerinitiatieven, innovaties in woonvormen, architectuur en planologie' wordt een aantal van die woonvormen in binnen- en buitenland beschreven (ICL Zorg voor later, maart, 2009). En zo bepleit Jan Latten, demograaf van het CBS en hoogleeraar aan de Universiteit van Amsterdam, nieuwe woonvormen voor oudere singles. Hij denkt daarbij aan urban villa's voor oudere vrouwen, een modern soort begijnhoven.

Belemmeringen en oplossingsrichtingen

Op dit moment is niet goed in te schatten in hoeverre die innovatieve woonvormen ook de behoefte aan verpleeghuiscapaciteit zal verminderen. Voor mensen met een somatische aandoening is dat zeer wel denkbaar wanneer ict-toepassingen en domotica op grotere schaal in innovatieve complexen worden toegepast. Voor mensen met een psychogeriatrische aandoening ligt dat hoogstwaarschijnlijk anders. En de verwachting is dat het aantal mensen met dementie de komende jaren bijna zal verdubbelen. In 2050 zullen in Nederland ruim een half miljoen mensen lijden aan dementie. Ook voor mensen met dementie (en hun partner) zijn inmiddels woonvormen ontstaan. Een mooi voorbeeld is De Herbergier, een franchiseconcept, waarbij een zorggechtpaar in een fraai bestaand gebouw gemiddeld 16 appartementen beheert en de reguliere curatieve zorg inschakelt. Het motto van De Herbergier is

zoveel mogelijk gewoon te blijven, mensen volgen hun eigen leefwijze en -ritme.

Betekenis voor de zorg thuis

Er zijn vier clusters van oplossingen te bedenken om zorg thuis mogelijk te maken, gegeven de veranderingen in demografie en gezondheid die op komst zijn.

- Inzetten op nieuwe sociale netwerken
- Inzet van de derde generatie voor de samenleving
- Inzet van slimme technologie en zelfzorg
- Inzetten op private zorgarrangementen

Op al deze terreinen ontstaan al nieuwe initiatieven. Steeds weer komt het belang van keuzevrijheid van oudere burgers naar voren. Het is van belang dat mensen op hun oude dag iets te zeggen hebben over hoe zij hun zorg geregeld willen hebben. Er moet dus steeds rekening gehouden worden met de individuele behoeften van mensen. Belangrijk daarbij zijn de taakspecialisatie tussen informele en formele zorg, het kunnen terugvallen op steunreservoirs uit het sociale netwerk en het zorgnetwerk in de buurt (al dan niet virtueel), en de taakverdeling tussen informele zorg en private zorgarrangementen.

5 Toekomstvisie: beeld en praktijk in balans

Overzien we ontwikkelingen in demografie, gezondheid, beeldvorming en praktijk, dan komen we tot de volgende conclusies.

1. *De noodzaak van verandering*

Doorgaan op de oude voet is geen optie. Demografische ontwikkelingen nopen tot goede afwegingen in de zorg voor ouderen. De vraag naar zorg zal toenemen doordat er meer (alleenstaande) ouderen komen, met meer chronische aandoeningen, terwijl het aantal arbeidskrachten in de zorg naar verhouding afneemt (afhankelijkheidsratio). Denkend aan het afnemend kindertal, partners die op tot op zeer hoge leeftijd voor elkaar zorgen en een toename aan dementiepatiënten is meer verwachten van informele zorg en zelfzorg - zoals het nu geregeld is - tegelijkertijd niet realistisch.

2. *De noodzaak van een realistische kijk op vergrijzing: de noodzaak van voorzorg*

Blijven we echter uitsluitend kijken naar de vergrijzing als een probleem en oud zijn als onaantrekkelijk, dan zal de noodzakelijke verandering niet op gang komen. Juist dan zijn we geneigd door te schieten naar de tegenpool: het beeld van de actieve oudere, de oudere die eigenlijk niet oud is. Het probleem met een dergelijk toekomstbeeld van de actieve oudere is dat niet elke toekomstige oudere over voldoende koopkracht, gezondheid en informeel netwerk beschikt om het beeld waar te kunnen maken. We hebben dus eigenlijk een realistisch beeld nodig over oud worden en oud zijn en dat vergt dus dat we meer en dus eerder gaan nadenken over onze oude dag. Dat we zowel op microniveau als op macroniveau voorzorgsmaatregelen nemen.

3. *De kansen op sociale en technologische vernieuwing en de noodzaak van een realistische kijk op mantelzorg en zelfzorg*

Nadenken over voorzorg leverde de volgende clusters van oplossingsrichtingen op (zie hoofdstuk 4):

- Inzetten op nieuwe sociale netwerken
- Inzet van de derde generatie voor de samenleving
- Inzet van slimme technologie en zelfzorg
- Inzetten op private zorgarrangementen

Los van demografische ontwikkelingen die grenzen stellen aan mantelzorg en zelfzorg is het noodzakelijk dat we ook bij de oplossingsrichtingen steeds voor ogen houden of en hoe we mantelzorg en zelfzorg het beste mogelijk kunnen maken en hoe een goede afstemming met professionele zorg te realiseren is. Daarbij moet ook voor niet-redzame ouderen goede medische zorg beschikbaar zijn.

Veel van de oplossingsrichtingen kunnen ook zonder overheidsbeleid ontstaan, maar juist dan is het de taak van de overheid om voor goede randvoorwaarden te zorgen, zodat de kwaliteit van de zorg thuis gewaarborgd blijft.

LITERATUUR

- Allan, G. Personal relationships in late modernity. *Personal Relationships*, 8, 3, 2001, 325-339.
- Becker, S. De familie is niet failliet. *Trouw*, 24 december 2011.
- Bengtson, V., Giarusso, R. Silverstein, M., Wang, Q. Families and intergenerational relationships in ageing societies. *Hallym International Journal of Ageing*, 1(1), 2000, 3-10.
- Biggs, S., Hendricks, J. Lowenstein, A. The need for theory in gerontology. In: *The need for theory. Critical approaches to social gerontology*, 2003.
- Broese van Groenou, M. In: *Tot het huwelijk ons scheidt*. Ad Bergsma, *Volkskrant*, 3 mei 2008.
- Bucx, F (red.). *Gezinsrapport 2011*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau, 2011.
- Byers, A.L. et al. When parents matter to their adult children: filial reliance associated with parents' depressive symptoms. *Journal of Gerontology*, 63B (1), 2008, 33-40.
- Campen, C. van (red.). *Kwetsbare ouderen*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau, 2011.
- Cloin, M., Bucx, F., Boer, A. de, Oudijk, D. Zorgen voor elkaar. In: *De sociale staat van Nederland 2011*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau, 2011.
- Daatland, S.O. en K. Herlofson. 'Lost solidarity' or 'changed solidarity': a comparative European view of normative solidarity. *Ageing & Society*, 23, 2003, 537-560.
- De Boer, A.H. (red.) *Kijk op informele zorg: toetsing van beelden en opvattingen van de informele zorg aan de feiten*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau, 2005.
- Dekker, P. et al. *Toekomstverkenning vrijwillige inzet 2015*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau, 2007.
- Dykstra, P.A. Nederlandse families zijn heel stabiel. www.socialevraagstukken.nl 6 februari 2012.

Dykstra, P.A. et al. Family solidarity in the Netherlands. Amsterdam, Dutch University Press, 2006.

Dykstra, P.A. en T. Fokkema. Persoonlijke zorgnormen: bereidheid te geven én te ontvangen. In: Boer, A. de (red.). Toekomstverkenning informele zorg. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau, 2007.

Gaalen, R.I. van. Solidarity and ambivalence in parent-child relationships, ICS-dissertation, Utrecht, 2007.

Graaf, A. de. Gezinnen in cijfers. In: F. Bucx (red.). Gezinsrapport 2011. Een portret van het gezinsleven in Nederland. Den Haag, Sociaal en Cultureel Planbureau, 2011.

Gradus, R., Asselt, E.J. van. De langdurige zorg vergeleken in Nederland en Duitsland. ESB, 2011, 96(4607), 202-204.

Gair. Oud worden in Nederland. Een achtergrondstudie naar de visie van ouderen met een migratieachtergrond. Den Haag: RVZ, 2012.

Grootegoed, E., Knijn, T. Minder dankbaarheid, hogere eisen. Betaling voor mantelzorg veroorzaakt nieuw 'emotiewerk'. TSS, no. 6 / juni 2010, 8-11.

Hochschild, A. The time bind: when work becomes home and home becomes work. New York, Metropolitan Books, 1997.

Klauw, D. van der. De rol van eHealth en gezondheid 2.0 in het veranderend ziekenhuislandschap. Achtergrondstudie uitgebracht door de RVZ bij het advies Ziekenhuislandschap 20/20. Den Haag: RVZ, 2011.

Klerk, M. de. Zorg in de laatste jaren. Gezondheid en hulpgebruik in verzorgings- en verpleeghuizen 2000-2008. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau 2011.

Koenen, L. Alleen thuis. NRC Handelsblad, 2 januari 2010.

Plaisier, I., Van Tilburg, T.G. en Deeg, D.J.H. Mogelijkheden voor preventie van AWBZ-gebruik: netwerken van thuiswonende ouderen. Amsterdam: VU - LASA-rapporten 2010.

Liefbroer, A.C. en P.A. Dykstra. Levenslopen in verandering: een studie naar de ontwikkelingen in de levenslopen van Ne-

derlanders geboren tussen 1900 en 1970. Den Haag: Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid, 2000.

Meer, M.J. van der en C.H. Mulder. Informele zorg en de afstand tot familie en vrienden. In: Boer, A. de (red.). Toekomstverkenning informele zorg. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau, 2007.

Nies, H. Het ouderenzorgdebat in Europees perspectief. ZM-magazine 10, oktober 2011 p. 26-28.

Otterdijk, Y. van. Demografische krimp en ziekenhuiszorg. Achtergrondstudie RVZ, 2011.

Overbeek, R. van en A. Schippers. Ouder worden we allemaal: trendstudies en toekomstdebatten over de vergrijzing in Nederland. Utrecht: NIZW, 2004.

Penninx, K. Zilveren kracht. Mobiliseren van mensen met levenservaring. MO/Samenlevingsopbouw, 26, 2007.

Penninx, K. et al. De zilveren kracht in cijfers. Factsheet maatschappelijke inzet door ouderen. Utrecht: Movisie, 2008.

Pols, J. Schermer, M., Willems, D. Telezorgvisie. Essay over ontwikkelingen en beloften van telezorg in de Nederlandse gezondheidszorg. Amsterdam: AMC/UvA, sectie Medische ethiek, 2008.

Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling. Ouderen tellen mee. Den Haag: RMO, 2004.

Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling en Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Investeren rondom kinderen. Den Haag: RMO/RVZ, 2009.

Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling en Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Versterking voor gezinnen. Den Haag: RMO/RVZ, 2008.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Mensen met een beperking in Nederland. De AWBZ in perspectief. Den Haag: RVZ, 2005.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Over keuzevrijheid en kiesplicht. Een verkenning van opvattingen over het keuze-

ideaal in de zorg. Den Haag: Centrum voor Ethiek en Gezondheid, 2006.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Informele zorg. Het aandeel van mantelzorgers en vrijwilligers in de langdurige zorg. Achtergrondstudie bij het advies Mensen met een beperking in Nederland. Zoetermeer: RVZ, 2006a.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Arbeidsmarkt en zorgvraag. Advies en achtergrondstudies. Den Haag: RVZ, 2006b.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Formalisering van informele zorg. Over de rol van 'gebruikelijke zorg' bij toekenning van professionele zorg. Signalering ethiek en gezondheid 2007/2. Den Haag: Centrum voor Ethiek en Gezondheid, 2007.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2008). Zorg in familieverband. Over zorgrelaties tussen generaties. In: RMO/RVZ. Versterking voor gezinnen. Den Haag: Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling en Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 2008.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Ver weg en toch dichtbij? Ethische overwegingen bij zorg op afstand. Signalering ethiek en gezondheid 2010/1. Den Haag: Centrum voor Ethiek en Gezondheid, 2010.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Ruimte voor arbeidsbesparende innovaties in de zorg. Den Haag: RVZ, 2011.

Rijken, A. en A.C. Liefbroer. Opvattingen over gezinsvorming. In: F. Bucx (red.). Gezinsrapport 2011. Een portret van het gezinsleven in Nederland. Den Haag, Sociaal en Cultureel Planbureau, 2011.

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Levensloop en zorgkosten. Solidariteit en de zorgkosten van vergrijzing. Bilthoven: RIVM, 2008.

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Gezond ouder worden in Nederland. Bilthoven, RIVM, 2011.

Rombout, B. Extramuraal gestructureerde zorg heeft de toekomst. ZorgInstellingen, april 2011, 15-16.

Selm, M. van. Mediabeelden van ouderen: ageism en de rol van beeldvorming. *Geron*, 2011, 3.

Silverstein, M., Bengtson, V.L., Litwak, E. Theoretical approaches to problems of families, ageing and social support in the context of modernization. In: *The need for theory. Critical approaches to social gerontology*. 2003.

Startpunt Wonen – Zorg – Welzijn. Gids voor informele en vrijwilligerszorg. Delft, 2010.

Steverink, N. When and why frail elderly people give up independent living: the Netherlands as an example. *Ageing and Society*, 2001, 21, 45-69.

Stuifbergen, M.C., J.J.M. van Delden en P.A. Dykstra. The implications of today's family structures for support giving to older parents. *Ageing & Society*, 28, 2008, 413-434.

Thé, A. In de wachtkamer van de dood. Leven en sterven met dementie in een verkleurende samenleving. Amsterdam, Uitgeverij Thoeoris, 2004.

Tilburg, T.G. van. Gesloten uitbreiding. Sociaal kapitaal in de derde en vierde levensfase. Oratie. Amsterdam: Vrije Universiteit, 2005.

Tilburg, T.G. van. Prevalentie. In: Van Tilburg, T. en J. de Jong Gierveld. *Zicht op eenzaamheid. Achtergronden, oorzaken en aanpak*. Assen: Van Gorcum, 2007, 24-30.

TK Themacommissie Ouderenbeleid. *Lang zullen we leven!* Tweede Kamer der Staten Generaal 29 549, 2005.

Westendorp, R. van. Presentatie Genero-conferentie. November 2011.

Westerhof, G. Op zoek naar de bron van het ageism. *Geron*, 2011, 3.

1 De pensioengerechtigde leeftijd is in Nederland overigens 65 jaar. Het moment waarop veel mensen het arbeidsproces verlaten, lag lange tijd onder deze leeftijd. Mogelijk verschuift dit weer naar 65 jaar of zelfs gefaseerd naar 67 jaar.