

Gerön

Tijdschrift over
ouder worden
& samenleving



Ouder worden en diversiteit vraagt om nuancering

– Een essay van Kees Knipscheer

Leefsituatie van ouderen in Nederland versus België

– Hanna van Solinge & Liesbeth De Donder

Diversiteit in ouder worden hanteerbaar maken voor beleid en praktijk

– Martijn Huisman, Almar Kok,
Marja Aartsen & Dorly Deeg



**THEMA
DIVERSITEIT**

Gerōn

Tijdschrift over
ouder worden
& samenleving

#3 | September 2015 | jaargang 17

Gerōn is een tijdschrift over ouder worden in de moderne samenleving, met informatie en opinies uit praktijk, beleid en wetenschap. Gerōn is een uitgave van Bohn Stafleu van Loghum, onderdeel van Springer Media.

REDACTIE

- Max de Coole, sociaal gerontoloog, Groesbeek – hoofdredacteur
- Ellen van Houdenhove, stafmedewerker psychosociale gerontologie, Brussel
- Inge Klück, beleidsmedewerker Cluster Maatschappelijke Ontwikkeling, Gemeente Rotterdam
- Jan Willem van de Maat, Movisie, Utrecht
- Els Messelis, Opleidingscoördinator Seniorenconsulentenvorming, Brussel
- Arie Stolk, voormalig directeur De Burcht, Amsterdam
- Lieve Vanderleyden, senior researcher Studiedienst van de Vlaamse Regering, Brussel
- Toon Verlaan, sociaal gerontoloog, Leiden
- Joost van Vliet, teamleider Maatschappelijk Werk en Dienstverlening aan de Haagse Hogeschool, Den Haag
- Angélique van Vondelen, Woordwaarde teksten & vertalingen, Utrecht – eindredacteur
- Ria Wijnen, gerontoloog, Gilze

REDACTIESECRETARIAAT

- E-mail: geron@bsl.nl, t.a.v. Wendy Werner

REDACTIERAAD

- Jan Baars, Universiteit voor Humanistiek, Utrecht
- Henk Bakkerode, voormalig directeur Ouderenbeleid, min. VWS, Den Haag

- Laura Christ, sociaal gerontoloog, Brummen
- Jan Coolen, directeur Cordaan Zorgondersteuning, Amsterdam
- Liesbeth de Donder, Vrije Universiteit, Brussel
- Mirjam de Klerk, Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP), Den Haag
- Kees Penninx, Activage, Amersfoort
- Carolien Smits, Hogeschool Windesheim, Zwolle
- Fleur Thomése, Vrije Universiteit, Amsterdam
- Gerben Westerhof, Universiteit Twente, Enschede

STICHTING GERŌN

- Marian Adriaansen, lector Innovatie in de Care aan de HAN, Nijmegen
- Tineke Fokkema, senior onderzoeker NIDI, Den Haag
- Harry Moeskops (voorzitter), andragoloog, Amsterdam
- Sjoerd van der Weide (penningmeester), Koog aan de Zaan

NVG KNOWS

Gerōn komt tot stand in samenwerking met NVG KNOWS (www.nvgerontologie.nl). Leden van NVG KNOWS ontvangen het tijdschrift viermaal per jaar.

Diversiteit

Op het moment dat we dit redactioneel schrijven, is het warm, zeer warm in Nederland en België. Een hittegolf volgens de nieuwsdiensten. Het nieuws wordt verder beheerst door de start van de ronde van Frankrijk in Utrecht, de wereldkampioenschappen Beach Volley en tips voor ouderen om het hoofd koel te houden en de hitte te doorstaan, alsof ze dat zelf niet weten. Of om het met de woorden van Dorly Deeg te zeggen: ouderen zijn normaal; behandel ze dan ook zo.

En jawel hoor in de nieuwsbladen zien we toch nog een enkele foto van een ouder echtpaar met de voeten in een teiltje water en het hoofd onder een parasol. Zij hebben die tips ter harte genomen. Op foto's van genoemde sportevenementen zien we gelukkig ook ouderen als toeschouwer en ze hebben het even warm als al die andere toeschouwers. Sommigen schijnen nog op de fiets te zijn gekomen ook.

Zo zie je maar: ouderen zijn niet allemaal hetzelfde en zeker niet onder één noemer te vatten. Ouderen zijn juist enorm verschillend, divers. Ze dragen ieder hun eigen levensgeschiedenis met zich mee en ervaren het leven op een eigen wijze, waardoor er onderling grote verschillen optreden inzake leeftijd, opleiding, loopbaan, afkomst, inkomen, gezondheid, validiteit en dergelijke. De ongemakken van het ouder worden treffen de een meer en eerder dan de ander en worden door ieder afzonderlijk anders beleefd. De een is blij dat hij afscheid van het werk kan nemen, de ander betreurt het dat zijn loopbaan afgelopen is.

Ouderen zijn ook kinderen van hun tijd en kijken anders aan tegen het ouder worden

dan generaties die hen voorgingen. Daarnaast willen de ouderen van nu tot op hoge leeftijd zelf bepalen hoe ze hun leven invulling geven. In haar afscheidsrede als directeur van LASA pleit Dorly Deeg dan ook voor een visie op onze samenleving, waarin recht wordt gedaan aan het ongeëvenaard groot aantal ouderen en waar er plaats is voor ouder worden als een normaal gegeven.

In dit nummer van Geron worden maar enkele aspecten van genoemde diversiteit belicht. Zo wordt ingegaan op de verschillen en overeenkomsten in de leefsituatie van ouderen in Nederland en Vlaanderen. De arbeids- en maatschappelijke participatie van ouderen wordt in kaart gebracht, er wordt gekeken naar gezondheid, wonen, inkomen en andere levensdomeinen van ouderen.

Aandacht is er ook voor de context waarin ouderen leven: zijn er verschillen tussen ouderen in de meer landelijke gebieden in Nederland en Vlaanderen versus een meer stedelijke context?

Er komt een moment dat de diversiteit, die ontstaat door de verschillen in de levensgeschiedenis van mensen, verdwijnt. Frits de Lange, theoloog, en Kees Knipscheer, gerontoloog, wijzen ons er vanuit hun eigen achtergrond op dat we sterfelijk en vergankelijk zijn, dat het einde hoort bij het menselijke bestaan. Beiden dringen erop aan dat we ons dat realiseren en dat ieder van ons leert te kijken naar het ouder worden zonder weerstanden tegen de veroudering.







Toon Verlaan & Lieve Vanderleyden

IN DIT NUMMER

Essay

- Kees Knipscheer 4
Ouder worden en diversiteit vraagt om nuancering
- Leefsituatie van ouderen in Nederland versus België**
Hanna van Solinge & Liesbeth De Donder 7
De Active Ageing Index beschrijft de leefsituatie van ouderen op diverse terreinen in de Europese landen. Nederland staat op plaats 3, België op 15.
- Stad of platteland, de verschillen voor ouderen in Vlaanderen en Nederland**
Frans Thissen & Lieve Vanderstraeten 12
De 'vergrijzingsbestendigheid' van de leefomgeving en de socio-emotionele band met de buurt zijn belangrijke elementen voor het verschil in wonen in de stad of op het platteland.
- Diversiteit in ouder worden hanteerbaar maken voor beleid en praktijk**
Martijn Huisman, Almar Kok, Marja Aartsen & Dorly Deeg 17
Iedereen wordt anders oud. Dit kan voor beleid en praktijk bevattelijk gemaakt worden door groepen te onderscheiden die op cruciale aspecten op elkaar lijken.
- De ouderenpsycholoog: positie en profilering in Nederland**
Bas van Alphen 22
In de gezondheidszorg is een groot aantal ouderenpsychologen werkzaam. Een beschrijving van hun belangrijkste werkzaamheden en het borgen van hun kwaliteiten.
- Van gemeente naar gemeenschappen**
Lucas Meijs 26
Wanneer mensen zorg nodig hebben, zullen zij zich moeten voorbereiden op een andere verdeling tussen markt, overheid en civil society dan dat zij nu gewend zijn.
- Ziek en oud in beeld**
Odette Breijinck 30
Ziek en oud in de beeldende kunst ontwikkelde zich van een negatieve waarde in het verleden naar een meerwaarde in moderne en hedendaagse kunst.
- Oud worden is normaal**
Dorly J.H. Deeg 34
Er is een paradigmatische verschuiving nodig in de visie op onze samenleving, waarin recht wordt gedaan aan het ongeëvenaard grote aantal ouderen.
- Zorg Proeftuin Vlaanderen: 'The proof of the pudding is in the eating?'**
Katleen Boschmans 40
Kom meer te weten over de structuur, aanpak en ervaringen binnen het Vlaamse initiatief van de Zorgproeftuinen.
- Sociale wijkteams en thuiswonende zorgbehoevende ouderen: een uitdagende verhouding**
Suzan van der Pas & Joost van Vliet 44
Thuiswonende zorgbehoevende ouderen zullen vroeg of laat het sociaal wijkteam op hun levenspad tegenkomen. Daarbij zijn een aantal zorgpunten te benoemen die onvoldoende zijn uitgewerkt.

In gesprek met ... André Vermeulen	
Ria Wijnen	49
Royal Rustique, creativiteit in vastgoed ouderenhuisvesting met een zakelijk tintje	
Hoe maak je comfortabel zelfstandig wonen mogelijk?	
Rolf Jobse & Anne-Marie van Ommeren	52
Wonen met gemak brengt de vraag naar en het aanbod van diensten voor zelfstandig wonen bij elkaar.	
Interview met Anne Mei The	
Jan Willem van de Maat & Ria Wijnen	55
De nieuwe misstanden gaan we nu in de thuissituatie zien.	
De zzp'er: goedkope arbeidskracht of ondernemer?	
Henk van der Schaft	60
De voor- en nadelen van het zzp-schap, met name voor ouderen, in beeld gebracht.	
Opzienbarende stijging zorgkosten na overlijden partner. Implicaties voor de economische waarde van mantelzorg	
Herbert Rolden	63
Hoe komt het dat de zorgkosten van ouderen met 50% stijgen na het overlijden van hun partner? En wat betekent dat voor de economische waardering van mantelzorg?	
Nationaal Programma Ouderenzorg	
Erik Jansen, Vivianne Baur, Maarten de Wit, Nynke Wilbrink & Tineke Abma	69
Ouderen en professionals ontwerpen samenwerking als gelijkwaardige partners in zorg en welzijn.	

 Redactioneel	1
 Geröngrafiek	21
 Gedicht Hester Knibbe	29
 Column Frits de Lange	38
 Gesignaleerd	39
 Boekbespreking	47, 67

Essay

Ouder worden en diversiteit vraagt om nuancering

KEES KNIPSCHEER

De tweede adolescentie 10 jaar later

Ongeveer 10 jaar geleden hield ik een pleidooi voor een stevige flexibilisering van het bestaande scenario rond het afbouwen van de arbeidsmarktparticipatie en de formele pensioenleeftijd. De titel van mijn afscheidsrede luidde 'De uitdaging van de tweede adolescentie'. Met het begrip 'tweede adolescentie' plaatste ik het thema duidelijk in de lijn van de levensloop-theorie maar verbond tevens het thema expliciet met kenmerken van de eerste adolescentie, zijnde een levensfase van levenskeuzes maken, onzekerheid en de intrede in de beroepswereld.

Mijn pleidooi betrof enerzijds de ontwikkeling van een sterke specifieke senioren-arbeidsmarkt en anderzijds de flexibilisering van de sociale zekerheid rond de pensionering. Ik heb niet de illusie dat mijn pleidooi van die tijd enorm van invloed is geweest, maar niettemin zijn een aantal veranderingen inmiddels doorgevoerd, zowel wat betreft de arbeidsmarkt als op het terrein van de sociale zekerheid.

Al is er zeker voor wat betreft de arbeidsmarkt nog een hele weg te gaan.

Voorts heb ik indertijd een aantal 'wensdromen' geschetst met betrekking tot de positie van de 55-plussers in de samenleving, zoals een sterke profilering van de rol van de baby-boomgeneratie, een geleidelijke afbouw van de arbeidscarrière, een ruimere inzet van hen in de ouderenzorg (zowel als professional en als vrijwilliger), en een actievere rol in politiek en beleid. Hier heeft de langdurige economi-

sche crisis een belangrijke stagnatie bewerkstelligd. Maar ik heb het vermoeden dat er meer aan de hand is.

In dit verband zou ik willen spreken van een interbellum-, time-out-, of interim-periode, waarin mensen/de babyboomers zich nog niet echt willen committeren aan de idee tot de ouderen te behoren. Een periode waarin de ongemakken van het ouder worden zich voor de meesten nog niet aandienen. De duur van deze interim-periode varieert doorgaans sterk tussen mensen, kan zelfs overlappen indien een ouderdomsaandoening zich al aandient bijvoorbeeld in geval van vroegdementie of andere ernstige ziektebeelden. In deze periode lijkt het alsof we weinig aan anderen verplicht zijn en dat alle mogelijkheden die aantrekkelijk en voor de betreffende persoon betaalbaar, ook beschikbaar zijn. Hier lijkt in de ware zin van het woord sprake van een keuzebiografie. Inmiddels is sinds 2005 de levensverwachting voor de meeste 65-plussers weer enkele jaren toegenomen en toegevoegd aan deze interim-periode.

De keuzebiografie nader bezien

In de gerontologie wordt er vaak meer of minder impliciet vanuit gegaan dat naarmate mensen ouder worden zij meer van elkaar gaan verschillen, dat de eigenschappen van mensen meer differentiëren, soms meer geprononceerd en in andere gevallen minder in het oog springend - niettemin meer gedifferentieerd. Met andere woorden, in dit uit-

Ziek worden tijdens de tweede adolescentie

De periode van de tweede adolescentie situeer ik gemiddeld tussen de 60- en 75-jarige leeftijd. Voor mij zou deze momenteel aflopend zijn, maar de laatste jaren zijn anders verlopen dan ik gedacht had. Vijf jaar geleden werd bij mij keelkanker geconstateerd. Na een periode van bestraling kreeg ik aan het eind van hetzelfde jaar al het bericht 'brand meester'. Mijn zogenaamde time-outperiode is dus ruw onderbroken door een levensbedreigende aandoening en het herstel daarvan.

Tot welke keuzes leidden ziekte en herstel bij mij? In ieder geval tot het toetsen van de fysieke conditie na herstel en in de tweede plaats, tot de behoefte om op heel uiteenlopende plaatsen in de wereld een nog onbekende, weidse horizon

te zien. Najaar 2011 maakte ik met mijn vrouw een 10 daagse trektocht in Tibet - aan de voet van de Mount Everest - en in 2012 nam ik deel aan de Alpe d'Huzes manifestatie door tweemaal bergopwaarts te gaan. Tot slot, in februari van dit jaar maakte ik een 5 daagse trektocht door het zuidelijkste deel van de Marokkaanse Sahara, ten zuiden van Zagora. Dit waren mijn aantrekkelijke, voor mij betaalbare en uitvoerbare activiteiten die ik ontwikkelde na mijn confrontatie met een levensbedreigende aandoening. In diezelfde periode ben ik echter de invulling van mijn maatschappelijke activiteiten niet ontlopen. Vanaf 2008 tot heden was ik voorzitter van de lokale Wmo-raad en vanaf 2011 tot heden ben ik lid van de Beleidsadvies Raad van een regionale zorggroep (ZZG).

gangspunt leidt het ouder worden zelf tot diversiteit en naarmate iemands biografie meer jaren telt en meer een keuzebiografie is geworden, is er meer differentiatie in iemands leven en meer individualiteit in zijn persoonlijkheid. In dit opzicht zou je kunnen zeggen dat in zijn algemeenheid ouder worden gepaard gaat met toenemende verschillen tussen mensen en dat naarmate er in de loop der tijd meer sprake is geweest van een keuzebiografie in iemands leven deze differentiatie ook is toegenomen.

Met het begrip keuzebiografie begeven we ons op het terrein van de levensloopdiscussie en daarmee komen we meteen bij de vraag in hoeverre de levensloop nu echt een zaak is van individuele vrijheid om het eigen leven vorm te geven. Dat lijkt immers de suggestie te zijn van het begrip keuzebiografie.

In de bundel *Moderne levens lopen niet vanzelf* (Dohmen en de Lange, red. 2006) wijzen diverse auteurs er op dat er in vele opzichten helemaal geen sprake is van een echte keuzebiografie, eerder van een relatieve keuzebiografie. Dat wil zeggen, dat met betrekking tot een (beperkt) aantal aspecten van de biografie (keuze van een partner, trouwen of samenleven, opleiding en beroepskeuze, inzake religie ...) een relatieve keuzevrijheid is ontstaan.

Anke Snoek keert zich in genoemde bundel tegen de illusie van de beheersbaarheid van het leven. Natuurlijk is zelf keuzes maken ook voor haar van groot belang. Het leven is echter niet alleen een kwestie van kiezen, maar ook een zich verhouden ten opzichte van het lot, van datgene wat je aantreft op je pad. Ook dat moet je leren. Overlevenden in de Duitse concentratiekampen wisten greep op hun eigen levensloop te houden door zich een persoonlijke verhouding tot hun eigen lot te verwerven. Eenieder die te maken krijgt met een ernstige ziekte moet zich daartoe verhouden en in geval van genezing of chronisch ziek zijn opnieuw keuzes maken hoe het leven in te richten. Uit persoonlijke ervaring kan ik hier inmiddels over meepraten.

In dezelfde bundel spitst Angela Roothaan haar betoog toe op de tijdsdimensie in de levensloop. Sommige momenten in ons leven – een liefdesgeschiedenis of een politieke gebeurtenis – zijn zo rijk aan betekenis dat we er steeds naar terugkeren om ze opnieuw te beleven en te herinterpreteren. In die hernemingen blijkt hoezeer we samen reizen met anderen: 'Onze levensloop is eerder een samenloop van gedeelde omstandigheden, dan een reeks individueel gecreëerde momenten'.

Onze aandacht voor de tijdsdimensie van de levensloop brengt ons vanzelf bij het thema van het ouder worden en de oudere mens.

Hebben we eerder betoogd dat wanneer de jaren in de levensloop gaan tellen de diversiteit onder mensen over het algemeen gaat toenemen, nu moet deze stellingname genuanceerd worden.

Diversiteit versus collectieve identiteit

Gedurende de gehele levensloop ontleen we onze persoonlijke identiteit in belangrijke mate aan de 'gedeelde omstandigheden' van Roothaan. Daarmee ontwikkelen we niet alleen een persoonlijke identiteit maar ook een collectieve. We zijn Nederlander, Fries of van Surinaamse of Marokkaanse komaf, man of vrouw. Als ouderen zijn we in grote getale lid van een ouderenbond, van Omroep MAX en geabonneerd op de PLUS.

De 'afbouw' of 'inperking' van ons sociale/maatschappelijke leven in de derde en vierde leeftijd kent vele fasen en meestal zijn we er niet op uit om die te specificeren. Toch kan het een verhelderende oefening zijn en ons zicht op de afbouw nuanceren.

Vroeger of later krijgt de oudere mens te maken met de ongemakken van het ouder worden: verdeduwing, eenzaamheid, handicaps en kwalen, met ongeneeslijke ziekten en fatale aandoeningen.

Eenmaal geconfronteerd met een of enkele van deze verschijnselen gaat differentiatie gepaard met reductie van diversiteit is mijn stelling. Je bent genoodzaakt om je te verhouden tot hetgeen je overkomt, door een houding te bepalen tot je eigen lot en te ontdekken met wie je dat lot deelt.

De vordering van de medische wetenschap creëert bijvoorbeeld collectieve identiteiten van patiënten en patiëntenverenigingen (denk bijvoorbeeld aan dementerenden en aan mensen met de ziekte van Parkinson). Patiëntenverenigingen komen op voor hun gemeenschappelijke belangen en leggen in sommige gevallen zelfs claims op een individuele, experimentele behandeling.

De bundeling van dit soort, sterk aansprekende, collectieve identiteiten kan gezien worden als een aantasting van de 'differentiële' gerontologie en vormt een stap - of enkele grote stappen - in de richting van collectieve aandacht vragen voor overeenkomstige problemen.

In het bovenstaande heb ik de patiënten die middels een specifieke patiëntenvereniging aandacht vragen voor hun gemeenschappelijke belang aangeduid als een collectieve identiteit. Ik noemde ook de ouderenorganisatie of ouderenbond al als een voorbeeld van een collectieve identiteit. Deze organisaties zijn zeker omvangrijk maar roepen bij veel mensen tegelijkertijd weerstand op. Bekend is dat veel ouderenorganisaties wel leden vanaf 50 of 55 toelaten maar dat van die leeftijdscategorie het aantal leden uiterst laag is. Ongetwijfeld zijn er veel potentiële leden die jarenlang aarzelen om lid te worden. Voor velen is de drempel te hoog, voor hen is de time-out periode te dierbaar. Voor anderen kent de identificatie met leeftijdgenoten hier zijn grens.

Diversiteitsbeleid alleen is niet genoeg

In diverse kringen wordt heden ten dage gepleit voor het ontwikkelen van diversiteitsbeleid, op de arbeidsmarkt, in het onderwijs, in de zorg en het vrijetijdbeleid. In een dergelijk beleid is het streven ieders kwaliteiten tot zijn recht te laten komen en oog te hebben voor verschillen en deze te respecteren. Een groot goed.

In het voorgaande heb ik willen betogen dat er zich op een gegeven moment in het leven een fase aandient - tijdelijk of definitief - dat er van toenemende diversiteit geen sprake meer is. Vooruitlopend op deze fase is er mogelijk al een ondergronds proces gaande dat de weerstand tegen subtiele aspecten van de veroudering oproept voordat ze herkend en erkend worden. Diversiteitsbeleid moet daarom vergezeld gaan van beleid dat dit ondergrondse proces bovengronds brengt en weerstanden tegen veroudering overwint. Beleid bovendien dat tijdig voorziet in collectieve voorzieningen waar die nodig zijn.

Leefsituatie van ouderen in Nederland versus België

HANNA VAN SOLINGE & LIESBETH DE DONDER

Na een korte sociaal-demografische schets gaan we in dit artikel dieper in op relevante aspecten van de leefsituatie van ouderen in Nederland en België. Als leidraad hanteren we daarbij de vier dimensies van de zogenoemde 'Active Ageing Index' (zie kader).

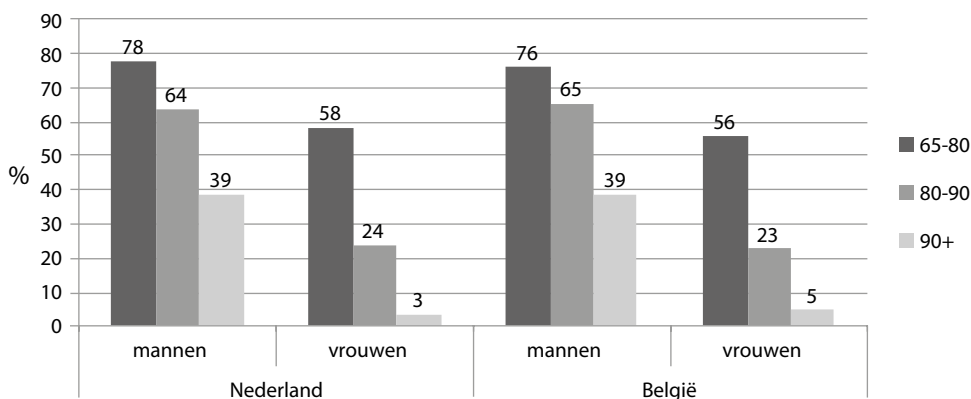
Om een beeld te schetsen van die leefsituatie moet eerst de vraag beantwoord worden wie tot de ouderen gerekend worden. Als het over oudere werknemers gaat, doelt men over het algemeen op personen tussen de 50 en 65 jaar; in het zorgbeleid richt men zich op 75- of 80-plussers. In gemeentelijk ouderenbeleid in Vlaanderen worden ouderen gedefinieerd als 60-plussers, terwijl de Europese economische commissie van de Verenigde Naties (UNECE) een leeftijdsgrens van 55-plus hanteert in de statistieken op het terrein van 'Active and Healthy Ageing'.

Sociaaldemografische kenmerken

In 2014 woonden er 2,9 miljoen 65-plussers in Nederland, tegen 1,9 miljoen in België (1,2 miljoen in Vlaanderen). Dat komt overeen met 17,3% respectievelijk 17,9% van de bevolking in Nederland versus België. In Vlaanderen ligt dit percentage nog hoger en is 19% van de bevolking ouder dan 65 jaar. In beide landen is ruim de helft van de 65-plussers van het vrouwelijk geslacht en ongeveer twee derde is gehuwd. Als we naar de groep tussen 80 en 90 jaar kijken, is ruim 60% vrouw en bijna 40% gehuwd. Boven de 90 jaar is zelfs driekwart vrouw en iets meer dan 10% gehuwd.

De 'Active Ageing Index' is een door de Europese Commissie en de Economische Commissie voor Europa van de Verenigde Naties ontwikkelde meetlat om de leefsituatie van ouderen en beleid op diverse terreinen te monitoren als stimulans voor regeringen en belangengroepen. De index bestaat uit 22 indicatoren die over vier terreinen zijn verdeeld. Drie terreinen geven de feitelijke ervaringen met actief ouder worden weer, te weten arbeid (afgemeten aan de participatie van ouderen op de arbeidsmarkt); maatschappelijke participatie (vrijwilligerswerk,

intergenerationele zorg en politieke participatie) en onafhankelijk, gezond en veilig leven (zoals toegang tot zorg, onafhankelijk wonen, financiële zekerheid, lichaamsbeweging). Het vierde terrein beoogt de mogelijkheden van de persoon en de omgeving om actief ouder te worden in kaart te brengen. Hiertoe behoren uiteenlopende indicatoren zoals (gezonde) levensverwachting op 55-jarige leeftijd, opleiding, geestelijk welzijn, sociale verbondenheid en gebruik van ICT.



Figuur 1: Percentage gehuwden naar leeftijd en geslacht, 2011 (bron: Eurostat)

Opvallend is dat de cijfers voor Nederland en België op dit vlak bijna identiek zijn. In beide landen leeft het merendeel van de mannen tot op hoge leeftijd samen met een partner, terwijl vrouwen van vergelijkbare leeftijd veel vaker alleenstaand zijn (Figuur 1). Dit heeft te maken met de gemiddeld hogere levensverwachting van vrouwen.

Arbeid

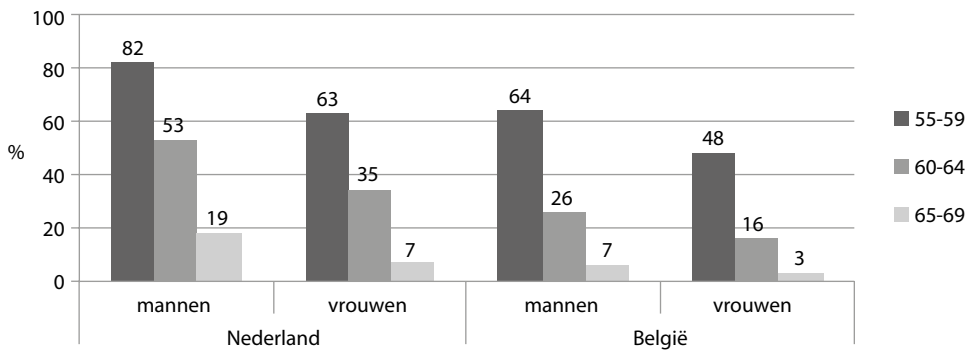
De eerste dimensie van de 'Active Ageing Index' is gebaseerd op de arbeidsparticipatie van 55-plussers. Op dit terrein zijn er grote verschillen tussen Nederland en België. In Nederland werkt men langer door. De gemiddelde pensioenleeftijd in Nederland is 63,6 jaar bij mannen en 62,3 jaar bij vrouwen. In België is dit respectievelijk 59,6 en 58,7 jaar (OECD, Pension at a Glance). Ook wordt er in Nederland door meer mensen ná de pensioenleeftijd doorgewerkt. Zo werkt 18,5% van de mannen in Nederland nog tussen 65 en 69 jaar. Dat is bijna drie keer zoveel als in België (Figuur 2). Daartegenover staat dat Nederlandse 50-plussers vaker bij de categorie 'lage lonen' horen. Je hebt een laag loon als je minder verdient dan tweederde van het mediaan-uurloon. In Nederland ligt dat cijfer op 8,5%; in België op 3,0%.

Op basis van de arbeidsparticipatie van 55-70-jarigen kent de 'Active Ageing Index' aan de verschillende landen een waarde toe op de dimensie Arbeid. Nederland scoort op dit vlak een waarde van 6 (op de 28) en behoort

tot de subtop. België eindigt op plaats 24 en verkeert daarmee in de onderste regionen met landen als Griekenland, Malta, Hongarije en Slovenië.

Sociale participatie

De tweede dimensie van de 'Active Ageing Index', die het potentieel van Europese landen om actief ouder te worden vergelekt, is sociale participatie. Sociale participatie betreft activiteiten waarmee men groepen of personen in de samenleving van dienst is, zoals inzet in politieke en vrijwilligersorganisaties en bieden van informele hulp. De 'Active Ageing Index' kijkt naar de mate waarin men betrokken is bij vrijwilligerswerk, zorg voor kinderen en kleinkinderen, informele hulp aan ouderen en politieke participatie. Op het vlak van sociale participatie scoort Nederland een vijfde plaats, België staat op plaats negen. Nederlandse ouderen verrichten vaker vrijwilligerswerk (21% NL - 11% BE), terwijl Belgische ouderen vaker zorg dragen voor kinderen en kleinkinderen (31% NL - 39% BE). Zorg voor ouderen ligt in beide landen op een vergelijkbaar niveau (14% doet dit geregeld). De politieke betrokkenheid is duidelijk hoger in Nederland, waar 27% van de 55-plussers aan geeft in het afgelopen jaar betrokken te zijn geweest bij een activiteit van een politieke partij, vakbond of pressiegroep. In België ligt dit aandeel op 17%.



Figuur 2: Arbeidsdeelname naar leeftijd en geslacht, Nederland en België in 2012 (bron: Eurostat Labour Force Survey 2012)

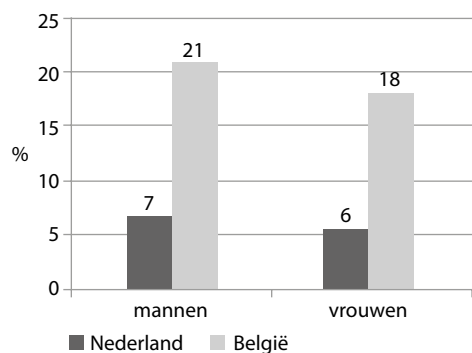
Onafhankelijk leven

De derde dimensie van de 'Active Ageing Index' betreft 'Onafhankelijk, gezond en veilig leven' en is gebaseerd op uiteenlopende zaken zoals toegang tot zorg, onafhankelijk wonen, financiële zekerheid en lichaamsbeweging. We richten ons hier meer specifiek op de woonsituatie en financiële zekerheid.

De Censusronde 2001 toont voor beide landen dat hoe ouder men is, des te groter het percentage van mensen die alleen wonen. In de oudste leeftijdsgroepen woont een aanzienlijk deel in een instelling. Van de 90-plussers in Nederland woonde ongeveer de helft in 2001 in een instelling, in België ruim 40%. We verwachten dat dit aantal ouderen in instellingen zal dalen. Sinds de jaren 80 van vorige eeuw zien we immers een verschuiving in beleid van residentiële zorg naar maatschappelijk ingebedde zorg, ook wel 'vermaatschappelijking van de zorg' genoemd. Hoewel de idee en de terminologie van 'vermaatschappelijking van de zorg' haar oorsprong vindt in de geestelijke gezondheidszorg, dringt ze sinds het einde van de 20ste eeuw ook door in andere sectoren waaronder de gehandicaptenzorg en de ouderenzorg. Onder het motto 'institutionele zorg alleen als het niet anders kan' worden rusthuisbedden afgebouwd en wordt meer de nadruk gelegd op zelfzorg, mantelzorg en buurtzorg. De cijfers van de censusdata in 2011 zijn helaas nog niet volledig beschikbaar. Het feit dat ouderen in België vaker thuis blijven wonen, kunnen we misschien linken aan het hogere percentage huis-

eigenaars. Dat de Vlaming geboren is met een baksteen in zijn maag is niet geheel uit de lucht gegrepen. In Vlaanderen is 81,6% van de 65-plussers eigenaar van zijn woning, wat beduidend hoger is dan de 46% in Nederland. Daarbij dient opgemerkt dat verschillende van die eigen woningen onderbezet zijn, en vaak niet aangepast (verouderd) zijn aan de noden van ouderen met ook gevolgen voor de thuiszorg.

Kijken we naar de recentste Eurostat cijfers over risico op armoede en sociale uitsluiting, dan zien we een groot verschil tussen Nederland en België. Iemand heeft een risico op armoede als diens inkomen minder is dan 60% van het landelijke mediaan inkomen. In Nederland ligt het nationale gemiddelde op 17%; in België ligt dat op 21%. Dat verschil wordt nog prominenter als we de cijfers voor 65-plussers erbij nemen. In Nederland heeft 6,1% van de 65-plussers een risico op armoede



Figuur 3: Risico op armoede en sociale uitsluiting bij 65-plussers, 2013 (bron: SILC, 2013)

de; in België is dat 19,5%, of meer dan het driedubbele van het cijfer voor Nederland. België heeft één van de laagste pensioenen van Europa en voor vele ouderen is het wettelijk pensioen onvoldoende en niet in verhouding tot de reële levenskosten. In beide landen hebben vrouwen een groter risico op armoede dan mannen (Figuur 3).

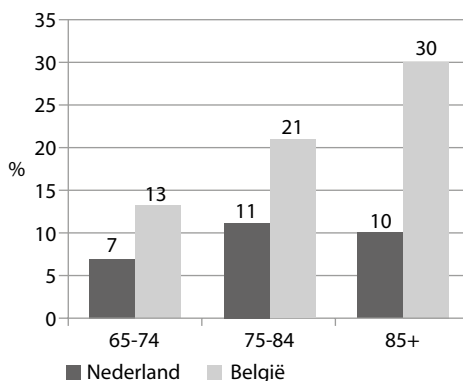
Mogelijkheden voor actief ouder worden

Het vierde terrein van de 'Active Ageing Index' beoogt de mogelijkheden van de persoon en de omgeving om actief ouder te worden in kaart te brengen met indicatoren zoals (gezonde) levensverwachting op 55-jarige leeftijd, opleiding, geestelijk welzijn, sociale verbondenheid en gebruik van ICT.

Hier richten we ons specifiek op de gezondheidssituatie van ouderen in beide landen. We presenteren naast cijfers over levensverwachting ook gegevens over de ervaren gezondheid.

Uit de Europese SILC-statistieken (Statistics on Income and Living Conditions) van 2014 blijkt dat Nederlandse ouderen zich redelijk wat gezonder voelen dan Belgische ouderen. 13% van de Belgische 65-74-jarigen geeft aan een slechte tot zeer slechte gezondheid te hebben (Figuur 4). Dat is bijna twee keer zo veel als in Nederland (7%). Hoe ouder mensen zijn, hoe groter die kloof nog wordt. Zo ervaart 10% van de 85-plus Nederlanders dat ze een slechte gezondheid heeft; in België is dat drie keer zo hoog (30%). Dit weerspiegelt zich echter slechts matig in de levensverwachting die ouderen hebben. Op de leeftijd van 60 jaar hebben vrouwen in beide landen nog een levensverwachting van circa 25,5 jaar. Bij mannen in Nederland is dat 22,9 jaar; in België 21,5 jaar. Hoewel Belgen een iets lagere levensverwachting hebben, zijn de resterende jaren wel 'gezonder'. Op de leeftijd van 55 is het aandeel gezonde jaren in België nog 62%, in Nederland 56%.

Op deze vierde dimensie van de 'Active Ageing Index' liggen de scores van Nederland (plaats 4) en België (plaats 7) overigens redelijk dicht bij elkaar. Opmerkelijk zijn echter

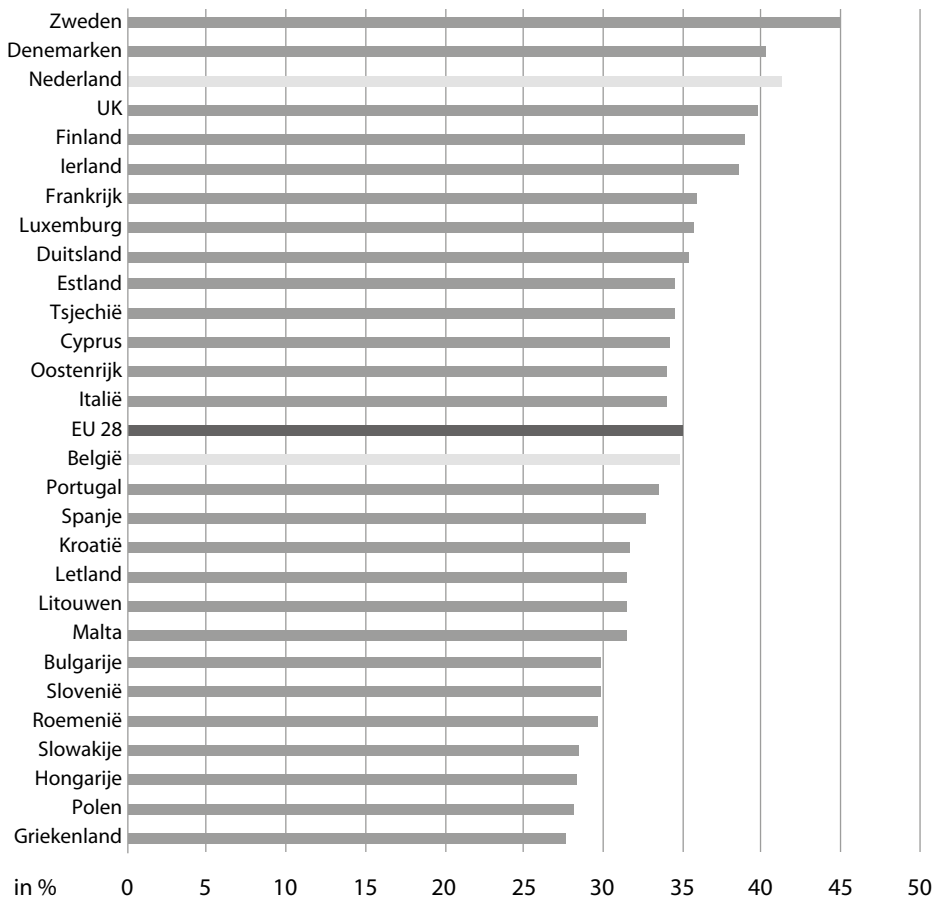


Figuur 4: Percentage ouderen dat gezondheid als (heel) slecht ervaart, 2014 (bron: Eurostat SILC, 2014)

de gerapporteerde verschillen in ICT-gebruik. In Nederland was in 2012 ruim driekwart van de 55-74-jarigen wekelijks actief op internet. In België ligt dat aandeel met 55% een stuk lager.

Leefsituatie langs de meetlat

Het is vaak niet eenvoudig om de leefsituatie van bevolkingsgroepen in verschillende landen te vergelijken. We lopen daarbij aan tegen verschillen in gebruiken en tradities, in normen en waarden, in politieke stelsels en bovenal in verschillen waarop verschijnselen statistisch in kaart gebracht worden. De poging om hierin op het terrein van ouderen en ouderenbeleid tot een harmonisatie te komen door middel van de 'Active Ageing Index' is dus zeker een stap voorwaarts. Hoewel ook voor kritiek vatbaar, biedt deze maat aan regeringen en belangengroepen de mogelijkheid om de situatie in het eigen land in kaart te brengen en te evalueren. De scores geven aan in welke mate het potentieel van de oudere bevolking in het betreffende land wordt benut en in welke mate ouderen in staat worden gesteld om maatschappelijk te participeren. In figuur 5 staat de rangorde van de lidstaten van de Europese Unie op de 'Active Ageing Index'. Noordwest-Europese landen voeren de ranglijst aan, met Zweden op de eerste plaats en Nederland als derde. Hekkensluiters zijn Centraal-Europese landen als Polen, Slowakije en Hongarije. België behoort tot de



Figuur 5: Active Ageing Index rangschikking (bron: UNECE AAI)

middenmoot. Vooral nog gaat het hier om een momentopname. Als er in de toekomst meer gegevens beschikbaar komen, kan voor- of achteruitgang zichtbaar worden. Bij de cijfers dient bedacht te worden dat de index zo is opgemaakt dat zelfs de best presterende landen geen 100% score kunnen behalen. Zelfs voor toppresterders zijn verbeteringen mogelijk.

Over de auteurs

Hanna van Solinge werkt als onderzoeker bij de themagroep Werk en Pensioen van het Nederlands Interdisciplinair Demografisch Instituut (NIDI) in Den Haag.

Liesbeth De Donder is Professor Agogische Wetenschappen aan de Vrije Universiteit

Brussel en verbonden aan de onderzoeksgroep Belgian Ageing Studies.

Statistieken

Voor dit artikel gebruikten we voornamelijk cijfers uit internationaal vergelijkbare studies, zoals de Labour Force Survey (LFS), het European Household and Community Panel (EHCP), de Survey on Living Conditions (SILC) verzameld door Eurostat en de Europese Active Ageing Index. Daardoor is het niet altijd mogelijk om Vlaanderen apart te vergelijken en kijken we dus naar de verschillen en overeenkomsten tussen ouderen in België en Nederland. Waar mogelijk gaven we cijfers voor Vlaanderen.

Stad of platteland, de verschillen voor ouderen in Vlaanderen en Nederland

FRANS THISSEN & LIEVE VANDERSTRAETEN

Toen Europa in augustus 2003 door een hittegolf werd overvallen en er duizenden ouderen meer overleden dan gewoonlijk, was de vraag of men als oudere in zo'n situatie beter in de stad dan wel op het platteland kan wonen. Op het platteland zijn hulpdiensten vaak enkel op grotere afstand voorhanden. Maar op het platteland zouden families zich eerder dan in de stad over hun ouderen bekommeren. Over de voor ouderen relevante verschillen tussen stad en platteland bestaan meer stereotype en vaak tegenstrijdige beelden dan onderbouwde kennis.

Maatschappelijke en ruimtelijke diversiteit

In dit artikel besteden we vooral aandacht aan de geschiktheid van de woning en de directe woonomgeving voor ouderen in de stad ten opzichte van het platteland in Nederland en Vlaanderen. We besteden aandacht aan de woning omdat woningen met hoge stoepen of veel trappen een belemmering kunnen vormen voor de mobiliteit en het dagelijkse leven van ouderen. Ook focussen we op de buurt en de woonomgeving omdat ondanks het feit dat de toenemende sociale netwerken zich 'geografisch ontbinden' door toegenomen transport- en communicatiemogelijkheden, de buurt, zeker in het geval van ouderen, van groot belang is (Buffel et al, 2012).

In het algemeen wonen er relatief meer ouderen op het platteland dan in de stad. Ook neemt het aandeel ouderen op het platteland sneller toe. Maar er bestaan tussen Nederland en Vlaanderen belangrijke verschillen in verstedelijking en demografische ontwikkeling. Zo kent de Vlaamse kust traditioneel

een vergrijsde bevolking door pensioenmigratie en hebben in Nederland vooral de krimpregio's met een sterke vergrijzing te maken. Maar naast regionale verschillen bestaan er ook belangrijke lokale verschillen. Vooral kleine, relatief afgelegen dorpen lijken voor de oudste, en dus kwetsbare, ouderen een minder geschikte plek om te wonen.

In de ruimtelijke diversiteit weerspiegelt zich de voor onze samenleving belangrijke maatschappelijke diversiteit. Voor ouderen is vooral het onderscheid tussen 'succes' en 'kwetsbaarheid' van belang. Naast ouderen die in een door hen gekozen omgeving succesvol ouder worden, zijn er ook ouderen die naast hun individuele kwetsbaarheid te maken hebben met minder middelen en die weinig ondersteuning genieten vanuit hun omgeving.

Ouderen, inzonderheid kwetsbare ouderen, zijn meer op hun directe omgeving aangewezen. Dat levert met het ouder worden een aantal praktische en sociaal-emotionele problemen op.

Diversiteit in wonen in Nederland

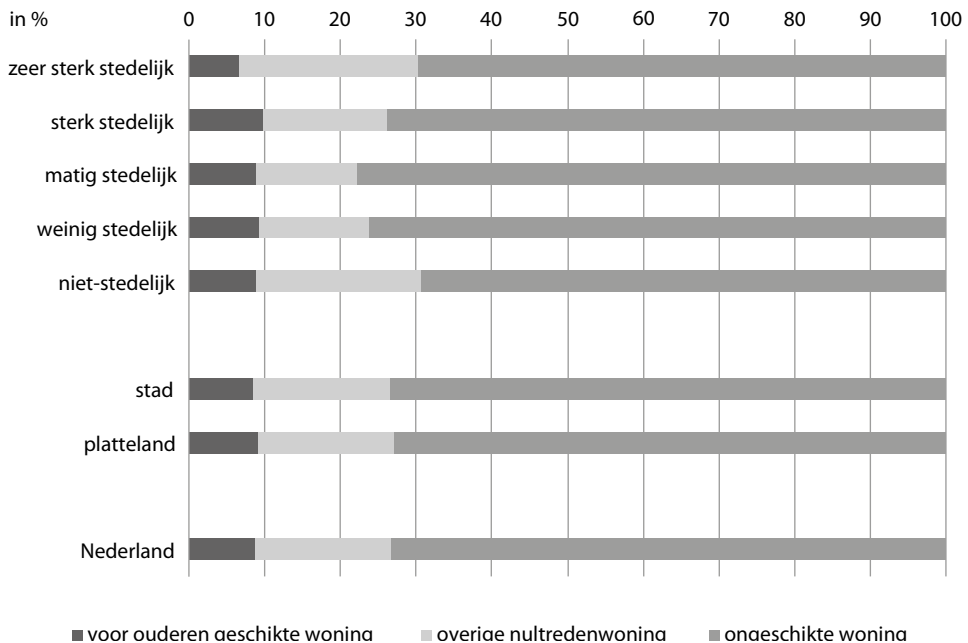
In Nederland hebben zowel onderzoekers van het Planbureau van de Leefomgeving als het Sociaal en Cultureel Planbureau de woonsituatie en de woonomgeving van ouderen in de stad versus het platteland uitgebreid in kaart gebracht.

Van alle 65-plus huishoudens in Nederland woont ongeveer 41% in een 'nultredenwoning'. In Nederland is de beschikbaarheid van nultredenwoningen slechts één van de aandachtspunten. Het gaat ook om andere fysieke kenmerken van de woning en de beschikbaarheid van zorg- en dienstverlening. Er bestaan slechts kleine verschillen tussen stad en platteland wat betreft de geschiktheid van de woningvoorraad voor mensen met een lichamelijke beperking door vermindering van hun mobiliteit. In de grote steden en op het echte platteland blijkt de woningvoorraad

iets vaker geschikt: ongeveer 30% is daar geschikt tegen bijna 27% voor heel Nederland. Opvallend is dat in de zeer sterk stedelijke gebieden en in de niet-stedelijke gebieden juist relatief veel 'overige nultredenwoningen' voorkomen. In de grote steden zijn dat vooral flats met een lift en op het platteland gaat het om ruime eengezinswoningen.

Gezien vanuit de groep bewoners met lichamelijke beperkingen blijkt de fysieke geschiktheid van de woning op het platteland veelal gunstig maar de beschikbaarheid van zorg- en dienstverlening aan huis is er juist minder gunstig. Dat heeft veel te maken met de beschikbaarheid van zorg- en dienstverlenende voorzieningen die op het platteland immers dunner gezaaid zijn.

Er is dan ook eerder zorg over het 'vergrijzingsbestendig' zijn van de leefomgeving, en dan vooral voor de oudere ouderen met een



Figuur 1: Geschiktheid van de Nederlandse woningvoorraad voor mensen met een lichamelijke beperking naar stedelijkheid, in %

Voor ouderen geschikte woning: woningen waar zorg beschikbaar is of diensten kunnen worden geleverd, overige ouderenwoningen en ingrijpend aangepaste woningen.

Stedelijkheid: Op basis van adressendichtheid per km².

Platteland: weinig stedelijk en niet-stedelijk (adressendichtheid < 1000 per km²).

Bron: J. Kullberg (2006) Wonen. In: Thuis op het platteland, tabel 7.4, p. 183.

kleine actieradius. Het gaat bij de leefomgeving om het aanwezige groen, de kwaliteit van de openbare ruimte, om de sociale en de verkeersveiligheid en om de aanwezigheid en toegankelijkheid van voorzieningen, zoals buurtwinkels en zorg- en welzijnsinstellingen.

Traditioneel bestaat er veel aandacht voor de bereikbaarheid van voorzieningen voor ouderen in kleine dorpen met weinig voorzieningen. De vervoersafhankelijkheid van veel oudere ouderen wordt vooral op het platteland als een probleem ervaren. Dat betreft vooral de plattelandsgebieden die met krimp te maken hebben. In deze gebieden is auto-loosheid zelden een vrije keuze en betreft deze vooral ouderen. Bovendien neemt juist in de krimpgebieden de aanwezigheid van voorzieningen zoals huisartsen, fysiotherapeuten, levensmiddelenwinkels en cafés af. Toch blijkt, zelfs onder ouderen van 75 jaar en ouder en onder bewoners die niet over een auto kunnen beschikken, de afwezigheid van voorzieningen in dorpen niet samen te hangen met het onderkennen van vervoersproblemen. Wel is het zo dat ouderen boven de 75 jaar voor voorzieningen sterker op hun dorp georiënteerd zijn, maar voor gezelligheid en hulp juist minder bij hun dorpsgenoten terecht kunnen. Dorpsbinding lijkt voor hen een minder vrije keuze.

Naast praktische problemen die kwetsbare ouderen in dorpen kunnen ervaren, lijken sociaal-emotionele problemen – ‘zich thuis voelen’, ‘erbij horen’ – voor Nederlandse ouderen van steeds groter belang.

Ouderen in de Nederlandse grote steden hebben in hun woonomgeving voor een deel met andere problemen te maken. Vergrijzing en internationale migratie leveren hier een nieuwe diversiteit op van naar herkomstland te onderscheiden groepen oudere migranten en van oorsprong Nederlandse ouderen met een deels overeenkomstige lage sociaal-economische positie die zich in dezelfde gedepribeerde buurten concentreren. In deze buurten hebben ouderen relatief vaak te maken met overlast veroorzaakt door vandalisme en jongeren. Het zijn vooral oudere Turkse en Marokkaanse migranten die hiermee in toene-

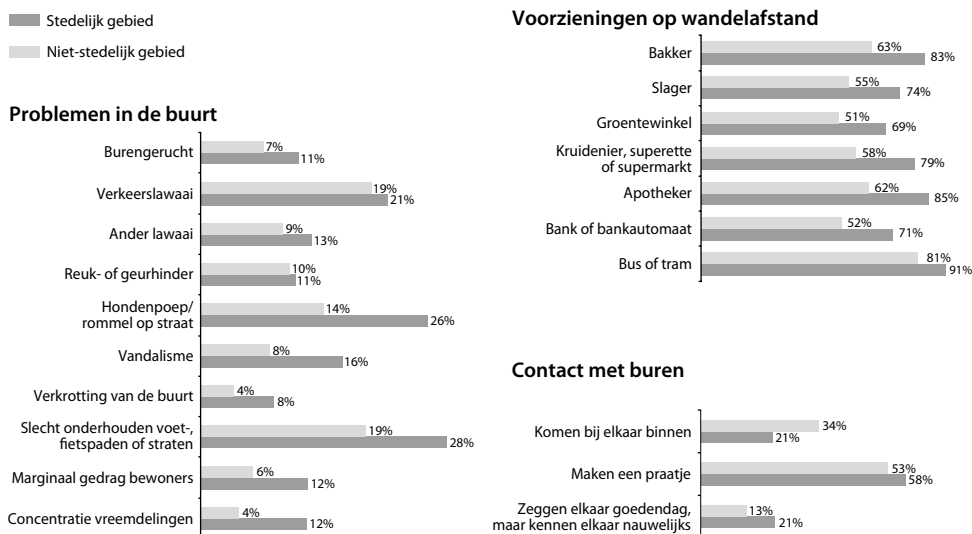
mende mate in hun buurt worden geconfronteerd. Desalniettemin oordelen deze ouderen betrekkelijk positief over hun buurt. Ook wat de woning betreft, worden oudere Turkse en Marokkaanse migranten vaker met slechtere en voor ouderen minder geschikte woningen geconfronteerd. Dat heeft voor een deel te maken met hun binding aan een buurt die tegemoet komt aan hun wensen: de aanwezigheid van familie en bij hun cultuur passende voorzieningen. Ook hier lijken sociaal-emotionele factoren in toenemende mate van belang.

Diversiteit in wonen in Vlaanderen

Voor de analyse van de Vlaamse situatie maken we gebruik van de data van het Grote Woononderzoek 2013. Het GWO 2013 is een initiatief van de Vlaamse overheid om via een grootschalige bevraging en woningopname informatie te verzamelen over de woonsituatie van de Vlaamse huishoudens. Enerzijds werd bij 10.000 Vlaamse huishoudens een bevraging gehouden over hun woonsituatie en anderzijds werd bij de helft van deze huishoudens een woningscreening uitgevoerd over allerlei aspecten van de inwendige en uitwendige kwaliteit van de woning. Winters e.a. (2015) vatten de belangrijkste bevindingen uit deze omvangrijke studie samen.

Op basis van dit onderzoek kan, onder andere, de woonsituatie en de woonomgeving van ouderen in stedelijk versus niet-stedelijk gebied in kaart gebracht worden. Voor de afbakening van de stedelijke versus niet-stedelijke gebieden in Vlaanderen maken we gebruik van de afbakening van de stedelijke contouren door de Vlaamse overheid (Ruimte Vlaanderen). De gebieden binnen de stedelijke contouren behoren tot het stedelijke gebied, de gebieden erbuiten tot het niet-stedelijke gebied.

‘Nultredenwoningen’ garanderen dat ouderen ook bij verlaagde mobiliteit in hun woning kunnen blijven wonen. In de Vlaamse context zijn deze ‘nultredenwoningen’ woningen waarbij geen trappen overbrugd moeten worden tussen de openbare weg en de ingang van de woning, waarbij er geen trappen te



Figuur 2: De perceptie van oudere huishoudens over enkele aspecten van de buurt van het stedelijke gebied versus het niet-stedelijke gebied (Bron: Grote Woononderzoek 2013)

overbruggen zijn of waarbij de lift kan genomen worden in het gebouw naar de woongelegenheden én waarbij de woon- en slaapvertrekken en het sanitair zich op hetzelfde niveau bevinden.

Van alle Vlaamse 65-plus huishoudens woont 32% in een dergelijke ‘nultredenwoning’ en is de woning dus aangepast aan een verlaagde mobiliteit. Tussen stedelijk en niet-stedelijk gebied merken we geen grote verschillen. 31% van de 65-plus huishoudens in stedelijk gebied woont in een aangepaste woning versus 34% van de 65-plus huishoudens in niet-stedelijk gebied.

Zowel de eengezinswoningen als de flats zijn beter toegankelijk en aangepaster in de niet-stedelijke gebieden in Vlaanderen.

Naast de toegankelijkheid van de woning, spelen ook de woonomgeving en de bereikbaarheid van voorzieningen in de woonomgeving een belangrijke rol voor oudere huishoudens. Zoals in het deel over Nederland reeds aangehaald, zijn de ‘vergrijzingsbestendigheid’ van de leefomgeving en de socio-emotionele band met de buurt belangrijke elementen.

Ook in Vlaanderen merken we dat de toegankelijkheid van voorzieningen (op wandel-

afstand) in het stedelijke gebied beter scoort dan in de niet-stedelijke gebieden. In de stedelijke gebieden noteren we aandelen ruim boven 50%, vaak zelfs boven 75%. Voor de niet-stedelijke gebieden ligt het aandeel vaak ongeveer 20 procentpunten lager.

De contacten van de oudere huishoudens met de buren is dan weer minder goed in het stedelijke gebied in Vlaanderen. 21% komt er bij elkaar binnen tegenover 34% in het niet-stedelijke gebied. 1 op de 5 oudere huishoudens in het stedelijke gebied geeft wel aan dag te zeggen aan de buren, maar elkaar nauwelijks te kennen. In het niet-stedelijke gebied ligt dit aandeel op 13% of ongeveer 10 procentpunten lager.

Oudere huishoudens in de stedelijke gebieden ervaren ook meer problemen van burengerucht, rommel op straat, vandalisme, verkrotting van de buurt, slecht onderhouden voetpaden, fietspaden of straten en marginaal gedrag van de bewoners in de buurt. Toch is 93% van hen tevreden of zeer tevreden over de buurt. In het niet-stedelijke gebied is 97% van de oudere huishoudens tevreden over zijn buurt.

Vormgevers van de eigen omgeving

Ouderen in Nederland en Vlaanderen beoordelen over het algemeen hun woning en leefomgeving als passend zowel in de stad als op het platteland. De verschillen op regionaal niveau tussen stad en platteland hebben vooral te maken met het verschillende karakter van stad en platteland. De ruimtelijke verschillen op lokaal niveau zijn zowel in de stad als op het platteland het resultaat van maatschappelijke verschillen en de werking van de woningmarkt. Naast woonmilieus waar succesvolle ouderen voor kunnen kiezen, zijn er zowel in de stad als op het platteland woonmilieus waar ouderen 'terecht komen'. Dat lijkt een ruimtelijk patroon op te leveren waarin vooral de gedepriveerde buurten in de grote stad en de kleine afgelegen dorpen op het platteland de meeste problemen voor kwetsbare ouderen opleveren. Daarbij gaat het om praktische én sociaal-emotionele problemen. Praktische problemen zijn de geschiktheid van de woning bij verminderde mobiliteit, de grotere afstand tot voorzieningen (krimpend platteland), overlast door vandalisme en jongeren (grote stad). Sociaal-emotionele problemen blijken zowel in de stad als op het platteland samen te hangen met maatschappelijke veranderingen die voortvloeien uit de globalisering van de samenleving. Ondanks deze globalisering blijven nationale verschillen echter van groot belang.

Het lijkt ons niet zinvol om in algemene termen conclusies te trekken over de grotere geschiktheid van stad of platteland voor kwetsbare ouderen in Nederland en Vlaanderen. Net zoals andere bewoners gaan ouderen een meer of minder actieve relatie aan met hun omgeving. Zij zijn zelden alleen slachtoffer van hun omgeving maar - vaak verrassend - ook vormgever van hun eigen omgeving. Dat kan door een praktische bijdrage te leveren aan de kwaliteit van hun omgeving, maar ook door de betekenis die ze aan hun omgeving verlenen.

Literatuur

- Buffel Tine, Verté Dominique, De Donder Liesbeth, De Witte Nico, Dury Sarah, Vanwing Tom & Bolsenbroek Anouk (2012). Theorising the relationship between older people and their immediate social living environment. *International Journal of lifelong education*, 31 (1), 13-32.
- Dam, F. van, Daalhuizen, F. de Groot, C., van Middelkoop, M. & Peeters, P. (2013). *Vergrijzing en ruimte; gevolgen voor de woningmarkt, vrijetijdsbesteding, mobiliteit en regionale economie*. Den Haag: Planbureau voor de Leefomgeving.
- Greft, Sabine van der, Sako Musterd, Frans Thissen (2014). Residential dynamics and neighbourhood conditions of older migrants and native Dutch older adults in Amsterdam, The Netherlands. *Ageing and Society*. doi: 10.1017/S0144686X14001159.
- Steenbekkers, A., Simon, C. & Veldheer, V. (2006). *Thuis op het platteland; de leefsituatie van platteland en stad vergeleken*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Vermeij, L. m.m.v. Steenbekkers, A. (2015). *Dichtbij huis; Lokale binding en inzet van dorpsbewoners*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Winters S., Ceulemans W., Heylen K., Pannecoucke I., Vanderstraeten L., Van den Broeck K., De Decker P., Ryckewaert M. & Verbeeck G. (2015). *Wonen in Vlaanderen anno 2013, de bevindingen uit het Grote Woononderzoek 2013 gebundeld*. Antwerpen: Garant.

Over de auteurs

Frans Thissen is sociaal geograaf en als gastdocent verbonden aan de Afdeling Geografie, Planologie en Internationale Ontwikkelingsstudies van de Universiteit van Amsterdam.

Contact: j.f.c.m.thissen@uva.nl.

Lieve Vanderstraeten is sociaal-economisch geografe, onderzoekster voor het Steunpunt Wonen en hierbij verbonden aan de onderzoeksgroep stedenbouw en architectuur van de KU Leuven. Contact: lieve.vanderstraeten@ees.kuleuven.be

Diversiteit in ouder worden hanteerbaar maken voor beleid en praktijk

MARTIJN HUISMAN, ALMAR KOK, MARJA AARTSEN & DORLY DEEG

Iedereen wordt anders oud. Om deze diversiteit in ouder worden inzichtelijk te maken, gebruiken we gegevens uit de Longitudinal Aging Study Amsterdam om trajecten van veroudering over een periode van 16 jaar in negen (kern) uitkomsten van ouder worden op het vlak van fysiek, cognitief, emotioneel en sociaal functioneren te beschrijven. Uit deze trajecten stellen we vier profielen samen die in principe al beleidsrelevant moeten zijn.

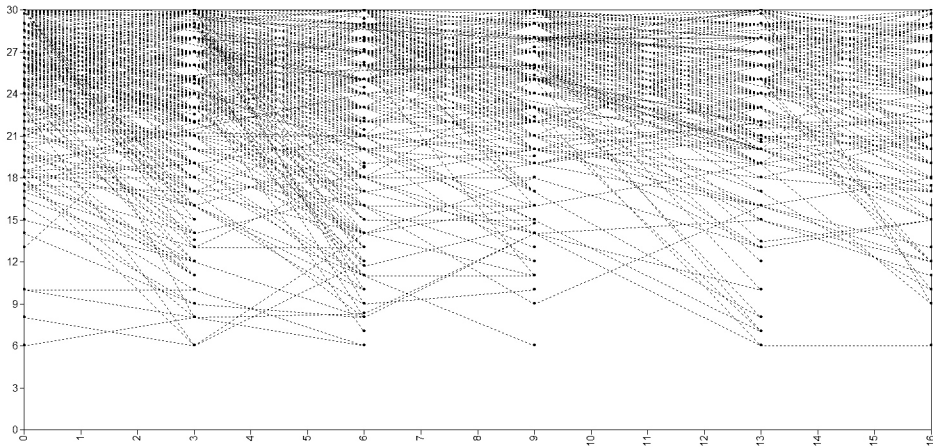


De maatschappelijke erkenning groeit dat de oudere bevolking heterogeen is. Zo hanteert een grote ziektekostenverzekeraar een zogenaamd segmentatiemodel, en heeft het NIVEL een vier-kwadrantenmodel opgesteld. Dergelijke indelingen helpen om de cliëntèle beter te kunnen bedienen, of om het zorgaanbod in overeenstemming te brengen met de wensen van groepen ouderen. De bestaande indelingen zijn gebaseerd op momentopnames van de oudere bevolking. Daarbij wordt geen rekening gehouden met mogelijke veranderingen tijdens het ouder worden, en met de voorgeschiedenis van ouderen. Gebruik makend van de nu 20 jaar lopende Longitudinal Aging Study Amsterdam (LASA) kunnen we aan deze bezwaren tegemoet komen.

Langetermijntrajecten

Sinds het begin van de jaren negentig van de vorige eeuw worden er in het kader van het LASA-onderzoek gegevens verzameld die betrekking hebben op de veroudering in Nederland op lichamelijk, cognitief, emotioneel en sociaal gebied. LASA is gebaseerd op een landelijk representatieve steekproef van ouderen, die ten tijde van de eerste meting in 1992/93 tussen de 55 en 85 jaar waren. Doordat er sinds het begin van de jaren negentig onafgebroken nieuwe gegevens zijn verzameld bij dezelfde groep deelnemers beschikken we over een uniek databestand waarmee we trajecten van veroudering over langere termijn in kaart kunnen brengen.

Wanneer voor de enkele duizenden deelnemers het 'beloop' van verschillende aspecten van functioneren in kaart wordt gebracht, dan leidt dat in eerste instantie tot een schijnbaar onontwarbare kluwen van trajecten (Figuur 1). Als voorbeeld nemen we functionele beperkingen. Deze hebben betrekking op het vermogen van deelnemers om algemeen-dagelijkse activiteiten uit te voeren, zoals een eindje wandelen, traplopen en gebruik maken



Figuur 1. Individuele trajecten van functionele beperkingen gedurende 16-jaar beloop binnen de LASA studie; mannen

van vervoer. In Figuur 1 zien we de ontwikkeling van functionele beperkingen voor iedere man uit de steekproef, vanaf het begin van het LASA-onderzoek. De x-as geeft het verloop van de tijd weer. Een hogere score op de y-as geeft beter functioneren aan. De scores van een deelnemer op elk meetmoment worden in de grafiek verbonden door een lijn.

De boodschap hieruit zal duidelijk zijn: zoveel individuen, zoveel lijnen in de ontwikkeling van functionele beperkingen. De lijnen stellen trajecten voor die mensen in de tijd afleggen. We zouden vergelijkbare figuren kunnen maken voor andere aspecten van functioneren, zoals eenzaamheid, cognitief functioneren of depressieve klachten. Iedere figuur laat dan een verscheidenheid aan trajecten zien die tezamen de diversiteit in ouder worden weerspiegelen.

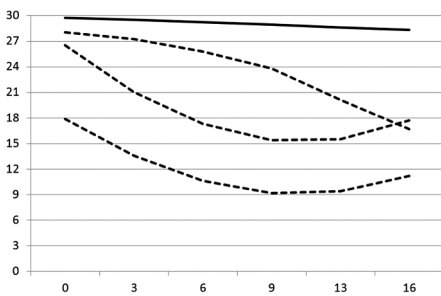
Indeling in groepen trajecten

Iedereen wordt dus anders oud. Maar beleid kan nu eenmaal niet op individuele gevallen worden toegespitst. Daarom is beleid altijd op groepen in de samenleving gericht. We kunnen deze diversiteit bevattelijk maken door groepen te onderscheiden die op bepaalde cruciale aspecten op elkaar lijken.

We hebben de LASA-deelnemers ingedeeld in groepen trajecten. Hierbij hebben we 1) gebruik gemaakt van negen kernuitkom-

sten op het vlak van fysiek, cognitief, emotioneel en sociaal functioneren; en 2) volgens statistische criteria per uitkomst alle individuele trajecten ingedeeld in groepen die onderling zo veel mogelijk verschillen en waarbij de patronen binnen een groep zo goed mogelijk overeenkomen. Zo blijkt bijvoorbeeld dat in de kluwen aan trajecten van functionele beperkingen uit Figuur 1, vier groepen van trajecten te onderscheiden zijn. De individuele trajecten zijn omgezet naar vier 'gemiddelde' trajecten, weergegeven in Figuur 2. Uit deze figuur is op te maken dat er een groep mannen is die over het algemeen goed functioneert (een hoge score heeft) en dat in de loop van het onderzoek ook blijft doen. Deze groep is weergegeven met een doorgetrokken lijn, om het onderscheid te maken met ontwikkelingen in andere groepen die minder gunstig zijn. Er is een groep die bij het begin van de studie al vrij veel beperkingen had en waarbij het aantal beperkingen in de loop van het onderzoek toeneemt. Deze groep is in de figuur weergegeven met de onderste onderbroken lijn. Daarnaast zijn er nog twee groepen te onderscheiden waarvan de trajecten tussen deze twee uiterste groepen in liggen.

We hebben dergelijke indelingen gemaakt voor negen uitkomsten, waarvan functionele beperkingen er één was. De andere uitkomsten die we hebben gebruikt waren: depressie-



Figuur 2. Groepen van trajecten van functionele beperkingen gedurende 16-jaar beloop binnen de LASA studie; mannen

ve klachten, ervaren gezondheid, cognitief functioneren, levenstevredenheid, sociale eenzaamheid, het geven van emotionele steun, het geven van instrumentele steun en sociale activiteiten. Wanneer we deze negen indelingen met elkaar combineren, zijn we in staat om onderliggende patronen van veroudering te signaleren. We kunnen bijvoorbeeld de kenmerken beschrijven van deelnemers die bij alle negen uitkomsten blijken te behoren tot de groep met het meest wenselijke traject. Van deze groep deelnemers zouden we kunnen zeggen dat ze ‘succesvol ouder worden’. We kunnen ook kenmerken beschrijven van deelnemers die op de negen uitkomsten juist tot de groepen behoren met het minst gunstige beloop. Bovendien kunnen we kijken naar combinaties van gunstige en ongunstige trajecten.

Vier profielen

In het huidige tijdsgewricht, met het terugtrekken van de welvaartstaat en een grotere individuele verantwoordelijkheid voor het regelen en geven van zorg en voor het behoud van sociaal welbevinden is het belangrijk om groepen te onderscheiden die daar beter toe in staat zijn, en groepen die daar minder goed toe in staat zijn. Om die reden hebben we onze indelingen gebruikt om de deelnemers aan het LASA-onderzoek te groeperen in de volgende vier ‘profielen’: a) sociaal actief en gezond; b) niet sociaal actief, wel gezond; c) sociaal actief, niet gezond; en d) niet sociaal actief en niet gezond. Hierbij is sociale activi-

teit gemeten met het geven van emotionele steun, het geven van instrumentele steun en sociale activiteiten. Om als ‘sociaal actief’ te worden benoemd moesten de deelnemers 16 jaar lang op tenminste één van deze activiteiten positief scoren, en ook moesten zij nooit sociaal eenzaam zijn. Gezondheid is gemeten met functionele beperkingen, depressieve klachten en cognitieve beperkingen. Om als ‘gezond’ te worden benoemd moesten de deelnemers 16 jaar lang vrij blijven van deze gezondheidsproblemen.

Vanuit beleidsperspectief heeft groep a) waarschijnlijk de minste beleidsmatige aandacht. Dit zijn ouderen die zelf weinig zorg nodig hebben en die wel anderen voorzien van zorg en ook op sociaal gebied een steentje bijdragen. Groep d) heeft waarschijnlijk vanuit beleidsperspectief de meeste aandacht. Groep c) lijkt zich goed te redden ondanks gezondheidsproblemen, maar zou goed in de gaten gehouden moeten worden mochten er problemen ontstaan. De groepen a), b) en d) zijn ongeveer even groot. Groep b) is klein (9%) maar interessant in die zin dat deze groep mogelijk een belangrijk ongebruikt zorgpotentieel heeft – deze groep is wel gezond en heeft weinig beperkingen, maar is (nog) niet sociaal actief.

Tenslotte brengen we enkele beschrijvende kenmerken van de vier profielen in kaart. Deze kenmerken zijn gemeten aan het begin van de onderzoeksperiode (zie Tabel 1). Verschillende dingen vallen op. Groep a) wordt o.a. gekenmerkt door een lage gemiddelde leeftijd, een hoog percentage met een vervolgopleiding na het basisonderwijs en een hoog percentage dat een partner thuis heeft wonen. Groep d) is juist relatief oud, bevat een groot percentage vrouwen en is over het algemeen laag opgeleid. Groep b), de groep met het onbenutte zorgpotentieel, bevat juist een hoog percentage mannen en een hoog percentage hoger opgeleiden. Ook wordt deze groep gekenmerkt door een hoog percentage met een partner in huis. Mogelijkerwijs kunnen deelnemers in deze groep maar beperkt sociaal actief zijn doordat zij werken op de arbeids-

Tabel 1. Beschrijvende kenmerken van de vier profielen van veroudering in de LASA studie

Profiel	Gemiddelde leeftijd*	% Vrouwen*	% Ten hoogste Basisonderwijs*	% Met partner thuis*
a) SG (29%)	64	45	24	84
b) nSG (9%)	66	35	33	77
c) SnG (32%)	71	61	48	58
d) nSnG (29%)	73	58	51	50
Alle deelnemers	69	53	40	65

Noot: profiel a = sociaal actief en gezond; profiel b = niet sociaal actief, wel gezond; profiel c = sociaal actief, niet gezond; en profiel d = niet sociaal actief en niet gezond.

* Alle verschillen tussen de profielen zijn statistisch significant.

markt, of doordat zij een netwerk hebben dat voornamelijk bestaat uit gezonde mensen die ook geen zorg behoeven.

Deze reeks van analyses stelde ons in staat om meer inzicht te krijgen in de profielen die er in de grote diversiteit aan verouderingstrajecten te vinden zijn. Het is goed om op te merken dat de keuze van profielen op verschillende manieren kan worden vormgegeven. Wij hebben in eerste instantie gekozen voor een indeling in groepen die werden onderscheiden op grond van enerzijds hun sociale activiteit en anderzijds hun gezondheid. Voor andere doeleinden zouden ook andere profielen kunnen worden bekeken, bijvoorbeeld op grond van kenmerken als welbevinden of autonomie.

Profielen toetsen voor beleid

Om de diversiteit in ouder worden inzichtelijk te maken, hebben we op grond van

16-jaars trajecten in negen kernuitkomsten van ouder worden, vier profielen verkregen die in principe beleidsrelevant zijn. De volgende stap bestaat uit het geven van een uitgebreidere beschrijving van de profielen en deze voor te leggen aan beleidsmakers van bijvoorbeeld het ministerie van VWS. We kunnen dan gezamenlijk bezien hoe de profielen kunnen helpen bij het plannen van beleid.

Over de auteurs

Martijn Huisman is universitair hoofddocent in de afdeling Epidemiologie & Biostatistiek en de afdeling Sociologie. *Almar Kok* is promovendus in de afdeling Epidemiologie & Biostatistiek. *Marja Aartsen* is universitair docent in de afdeling Sociologie. *Dorly Deeg* is hoogleraar Epidemiologie van de veroudering in de afdeling Epidemiologie & Biostatistiek. Allen werken aan de Vrije Universiteit/het VU medisch centrum in Amsterdam.

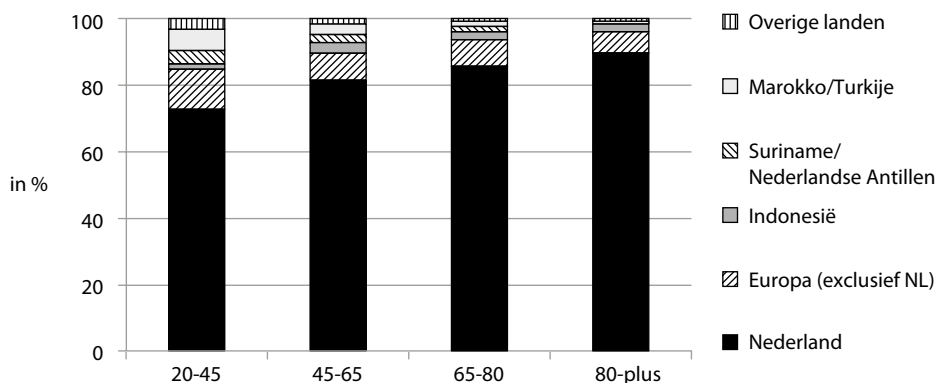
Toename ouderen met andere culturele achtergrond

HANNA VAN SOLINGE, NIDI

De Nederlandse bevolking wordt steeds diverser. In 2014 had 1 op de 5 inwoners een niet-Nederlandse achtergrond. Dat aandeel is duidelijk groter in de jongere en kleiner in de oudere leeftijdsgroepen. Van de 80-plussers is 90% uit Nederland afkomstig. Het aandeel ouderen met een ander culturele achtergrond is in deze groep nu nog vrij beperkt. Daar

komt echter verandering in. Sinds de jaren 60 van de vorige eeuw vestigden migranten uit vele windstreken zich om uiteenlopende redenen in Nederland. Velen gingen niet meer terug naar het land van herkomst en zijn van plan hun ‘oude dag’ in Nederland door te brengen. Een punt van aandacht dus voor het ouderenbeleid.

De Nederlandse bevolking naar herkomst, 2014



Definitie: Persoon is zelf in het buitenland geboren of heeft minimaal een ouder die in het buitenland geboren is. (Bron: CBS Statline)

De ouderenpsycholoog: positie en profilering in Nederland

BAS VAN ALPHEN

In Nederland zijn veel ouderenpsychologen werkzaam. Wat zijn hun belangrijkste werkzaamheden? Inzicht is nodig in de verschillende typen ouderenpsychologen en de discussie is gaande over het borgen van de kwaliteit van de discipline binnen de verschillende sectoren. En welke positie nemen ouderenpsychologen in ten opzichte van andere beroepen zoals de ouderenpsychiater en specialist ouderengeneeskunde?

Kader van de ouderenpsycholoog

In de Nederlandse ouderenzorg zijn vier hoofdgroepen te onderscheiden van academische zorgprofessionals, namelijk de klinisch geriater, de ouderenpsychiater, de specialist ouderengeneeskunde en de ouderenpsycholoog als enige niet-medicus. Momenteel zijn er in Nederland naar schatting 300 klinisch geriaters, 200 ouderenpsychiaters, 1500 specialisten ouderengeneeskunde en maar liefst 2600 ouderenpsychologen (parttime) werkzaam in de gezondheidszorg.

De ouderenpsychologie heeft zich dan ook de afgelopen veertig jaar ontwikkeld tot een onmisbare discipline binnen de ouderenzorg en richt zich vooral op psychodiagnostiek, indicatiestelling voor het type behandeling of woonvorm en de behandeling van psychische problemen bij ouderen. Daarnaast vormen verbetering van de gezondheid en kwaliteit van leven van ouderen belangrijke ingrediënten van de ouderenpsycholoog. Ook geeft de ouderenpsycholoog psycho-educatie en adviseert, mede aan de hand van behandelmethodieken, aan mantelzorgers en professionals hoe zij om kunnen gaan met bijvoorbeeld probleemgedrag van ouderen.

Ouderenpsychologen richten zich zowel op normale als afwijkende biopsychosociale verouderingsprocessen alsmede op eerdere levensloop- en cohortaspecten om een gerichte sterkte-zwakte analyse van de oudere patiënt (en diens systeem) te realiseren. In de doorgaans complexe klinische praktijk hanteren ze daar waar mogelijk een methodische aanpak, zoals het toepassen van gestandaardiseerde meetinstrumenten (observatielijsten, vragenlijsten en interviews) en *evidence-based* gespreksinterventies, zonder de oudere patiënt als individu uit het oog te verliezen.

De werksetting van deze gedragswetenschapper is vooral de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ), Verzorging, Verpleging & Thuiszorgsector (VVT-sector), de ziekenhuissector (bijvoorbeeld op de afdeling klinische geriatrie) en de vrijgevestigde psychologen- en/of huisartsenpraktijken. Ziektebeelden waar de ouderenpsycholoog voornamelijk mee te maken krijgt zijn (combinaties van) neurodegeneratieve stoornissen zoals de ziekte van Alzheimer of ziekte van Parkinson, beroerten, depressies, angststoornissen, somatoforme stoornissen (lichamelijke klachten waarvoor geen medische oorzaak is) en

persoonlijkheidsstoornissen, alle variërend in type en ernst (zie ook Van Alphen, 2007).

Een heterogene discipline

Eén universele opleiding tot ouderenpsycholoog aan de hand van een landelijk vastgesteld onderwijscurriculum, zoals binnen de medische specialismen, is er in Nederland helaas niet. Dit betekent dat de huidige ouderenpsychologen, na hun academische opleiding tot psycholoog, verschillende opleidingen kunnen volgen met verschillende daaraan gekoppelde wettelijke bevoegdheden. In tegenstelling tot in België, is de titel ‘psycholoog’ in Nederland niet meer beschermd; dus in feite mag iedereen zich psycholoog noemen. Evenmin is het aan Nederlandse psychologen met een afgeronde universitaire opleiding tot master in de psychologie voorbehouden om psychologische behandelingen te geven, zoals opgenomen in de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG). De Wet BIG heeft tot doel de kwaliteit van de beroepsuitoefening te bevorderen en de patiënt te beschermen tegen ondeskundig handelen door beroepsbeoefenaren (www.rijksoverheid.nl).

Vooraf in de VVT-sector zijn, mede door beperkte financiële middelen, verhoudingsgewijs veel psychologen - soms zelfs jarenlang - werkzaam zonder genoemde BIG-registratie, terwijl de wens om deze registratie te behalen er wel degelijk is bij deze ‘BIG-lozen’. In zulke situaties kan met ‘verlengde armconstructies’ worden gewerkt waardoor de handelingen van deze groep masterpsychologen onder de verantwoordelijkheid van een arts of BIG-geregistreerde psycholoog valt. Een ontwikkeling die onhoudbaar lijkt in de huidige tijd van aangescherpte regelgeving met het oog op kwaliteitsverbetering en tevens kostenbesparing, min of meer opgelegd door de Nederlandse overheid, zorgverzekeraars en samenleving. Een (creatieve) oplossing om het aantal ‘BIG-loze’ psychologen werkzaam in de ouderenzorg drastisch te verminderen is dan ook een noodzakelijke voorwaarde.

Erkende BIG-opleidingen voor ouderenpsychologen zijn de postacademische oplei-

ding tot gezondheidszorgpsycholoog, psychotherapeut en klinisch (neuro)psycholoog. De opleiding tot gezondheidszorgpsycholoog is een generalistische ofwel basisopleiding van twee jaar waar de mogelijkheid bestaat om deze geheel te richten op de doelgroep ouderen. De basisopleiding tot psychotherapeut duurt doorgaans vier jaar, richt zich niet in het bijzonder op ouderen, maar er zijn wel onderwijsmodules over psychotherapie bij ouderen beschikbaar. De specialistische opleiding tot klinisch psycholoog, een opleiding van vier jaar, kent drie aandachtsgebieden, te weten 1) diagnostiek/behandeling, 2) wetenschappelijk onderzoek en 3) management. Binnen deze opleiding bestaat ook de mogelijkheid om zich te specialiseren op het gebied van ouderen. Dit is een goede ontwikkeling: onderwijs door specialisatie in de ouderenpsychologie stimuleert meer kwaliteitsstandaarden, zoals de ontwikkeling van richtlijnen, zorgstandaarden en kwaliteitsnormering. Ook leidt specialisatie tot een duidelijke positionering van de ouderenpsycholoog door een helder omschreven takenpakket met specifieke verantwoordelijkheden binnen diens werkssetting (Van Alphen, 2013).

Vooraf de VVT-sector kenmerkt zich door een problematisch tekort aan BIG-geregistreerde ouderenpsychologen en daaraan gerelateerde opleidingsplaatsen. Het betreft in het bijzonder gezondheidszorgpsychologen. Aan de andere kant doet de introductie van een subspecialisatie ‘ouderen’ binnen de specialistische opleiding tot klinisch psycholoog recht aan de almaar toenemende vergrijzing, de turbulente beleidsontwikkelingen in de ouderenzorg, de nieuwe wetenschappelijke inzichten en daaraan gerelateerde *evidence-based* diagnostische en behandelinterventies op het gebied van ouderen.

Profilering

Binnen iedere werkssetting heeft de ouderenpsycholoog specifieke aandachtsgebieden en, afhankelijk van de BIG-registratie(s), specifieke bevoegdheden tot handelingen. Binnen de VVT-sector kan gedacht worden aan hersteltrainingen nadat iemand bijvoorbeeld een

hersenvloeding heeft meegemaakt of aan het veranderen van de omstandigheden van de dementerende patiënt door de verzorgenden of familieleden van adviezen en gesprekstechnieken te voorzien (mediatieve behandeling).

Binnen de GGz is de ouderensycholoog met de BIG-registratie gezondheidszorgpsycholoog goed geëquipeerd als het gaat om geprotocolleerde behandelingen van bijvoorbeeld ouderen met depressies, angststoornissen of verslavingsproblematiek. Bij ouderen met ernstige en tevens hoogcomplexere combinatieproblematiek zijn de psychotherapeut en de klinisch (neuro)psycholoog, naast de ouderensychiater, het beste uitgerust. Voorbeelden zijn ouderen met ernstige angst-, stemmings-, en/of somatoforme problematiek, gecompliceerd door persoonlijkheidsstoornissen of autismespectrumstoornissen. Maar ook gezondheidszorgpsychologen kunnen optreden binnen specifieke onderdelen van deze specialistische GGz als zij bijvoorbeeld beschikken over aanvullende behandelexpertise, zoals op het gebied van Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR). EMDR-behandelingen worden vooral toegepast bij ouderen met ernstige traumatische belevingen. Door middel van EMDR neemt de kracht en emotionele lading van een nare herinnering af.

Gemeenschappelijke psychodiagnostische uitdagingen zijn er ook, zoals het bepalen van de invloed van cognitieve en/of somatische problematiek op de stemming of, juist andersom, te verhelderen wat de depressieve stemming doet op het cognitief functioneren. Maar ook het in kaart brengen van persoonlijkheidsaspecten vormt een belangrijke taak van de ouderensycholoog door onder meer het persoonlijkheidsfunctioneren te relateren aan de mate van adaptatie aan specifieke psychosociale veranderingen van ouderen, zoals pensionering, meer vrijetijdsbesteding, verlies van naasten en/of autonomie door lichamelijke achteruitgang na bijvoorbeeld een beroerte.

Door het ontwikkelen en evalueren van meetinstrumenten wordt op een gestandaardiseerde wijze de cognitie, stemming en per-

soonlijkheid geobjectiveerd en met een aantal van deze instrumenten kan ook nauwkeurig worden onderzocht wat het effect van de psychotherapeutische en/of medicamenteuze behandeling is. Meten is weten; een terrein waar de ouderensycholoog zich duidelijk profileert.

Een ander belangrijk gebied van de ouderensycholoog zijn psychotherapeutische interventies. Dit is een breed gebied van onder meer cognitieve gedragstherapie, systeemtherapie, EMDR of cognitieve revalidatietherapie. Cognitieve gedragstherapie is een van de meest effectieve vormen van behandeling voor ouderen met depressies of angsten (James, 2013). Afgeleid van genoemd cognitief-gedragstherapeutisch referentiekader kan met zogenaamde dialectische gedragstherapie of schematherapie persoonlijkheidsproblematiek worden behandeld. De eerste studies tonen aan dat deze therapieën ook bij ouderen zinvol zijn (Lynch et al., 2007; Videler et al., 2014). Eveneens onderdeel van het cognitief-gedragstherapeutisch kader is mediatie therapie, een vorm van gedragstherapie, met als doel om bijvoorbeeld probleemgedrag bij dementerende ouderen te verminderen door het gedrag van mantelzorgers of professionals in de zorg te veranderen. Cognitieve revalidatietherapie bestaat onder meer uit psycho-educatie over het ziektebeeld (bijvoorbeeld over beroerte) aan zowel de oudere patiënt als zijn of haar naastbetrokkenen, het vergroten van inzicht in het eigen cognitief functioneren en cognitieve training.

De ouderensycholoog is doorgaans het best geëquipeerd vergeleken met de in het begin van dit artikel genoemde andere drie zorgprofessionals (klinisch geriater, ouderensychiater en specialist ouderengeneeskunde) om psychische stoornissen en psychosociale problematiek te behandelen door (inzichtgevend) gespreksvoering met de oudere patiënt en/of diens mantelzorgers. Dit komt omdat in het (post)academisch onderwijscurriculum voor ouderensychologen veel aandacht wordt besteed aan gespreksvoering. Bovendien wordt uit wetenschappelijke studies steeds duidelijker dat ook ouderen kun-

nen profiteren van psychotherapeutische behandelingen, zelfs op het gebied van ernstige psychische aandoeningen, zoals persoonlijkheidsstoornissen.

De ouderensycholoog heeft toekomst

De Nederlandse overheid wil de kosten in de gezondheidszorg drukken en zet in op een participatiesamenleving waardoor de druk op mantelzorgers en daarmee de kans op overbelasting zal toenemen. Bovendien worden de komende jaren geen revolutionaire vorderingen verwacht op het gebied van medicamenteuze behandeling van ernstige psychiatrische aandoeningen bij ouderen, zoals dementie. In tegenstelling tot de psychotherapeutische interventies waar het wetenschappelijk bewijs voor effectiviteit almaar toeneemt bij uiteenlopende psychische ziektebeelden bij ouderen. Ook mediatietherapie en ondersteunende behandeling van mantelzorgers zullen, naar verwacht, verder toenemen in importantie.

Was er eerder, ongeveer tot de jaren 50 van de vorige eeuw, sprake van *psychotherapeutisch nihilisme* in de ouderenzorg, gevolgd door een periode van hardnekkig *psychotherapeutisch pessimisme*, nu zijn er steeds meer aanwijzingen voor *psychotherapeutisch optimisme*. De ouderensycholoog vervult een cruciale rol in de indicatiestelling voor, en de psychotherapeutische behandeling van, ouderen. Daarmee levert hij een belangrijke bijdrage aan de veerkracht van zowel oudere patiënten, hun mantelzorgers als de Nederlandse ouderenzorg.

Literatuur

- James, I.A. (2013). *Cognitieve gedragstherapie voor ouderen. Een praktische gids voor hulpverleners*. Lannoo Campus: Houten.
- Lynch, T.R., Cheavens, J.S., Cukrowitz, K.C., Thorp, S.R., Bronner, L., Beyer, J. (2007). Treatment of adults with co-morbid personality disorder and depression: a dialectical behaviour therapy approach. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22, 131–43.
- Van Alphen, S.P.J. (2007). Geronto-psychodiagnostiek in de GGZ. *De Psycholoog*, 10, 542–545.
- Van Alphen, S.P.J. (2013). *Verleden heb je, toekomst moet je maken. Inaugurale rede leerstoel klinische ouderensychologie Vrije Universiteit Brussel*. Vrije Universiteit Brussel.
- Videler, A.C., Rossi, G., Schoevaars, M.H., Van der Feltz-Cornelis, C.M., & Van Alphen, S.P.J. (2014). Effects of schema group therapy in older outpatients: a proof of concept study. *International Psychogeriatrics*, 26, 1709–1717.

Over de auteur

Prof. Dr. S.P.J. (Bas) van Alphen, is als bijzonder hoogleraar klinische ouderensychologie verbonden aan de Vrije Universiteit Brussel en als programmaleider en gezondheidszorgpsycholoog werkzaam bij GGZ Mondriaan Ouderen, Heerlen-Maastricht.

Met dank aan het bestuur van de sectie Ouderensychologie van het NIP voor hun commentaar op een eerdere versie van dit artikel.

Van gemeente naar gemeenschappen

LUCAS MEIJS

Op het brede terrein van zorg en welzijn is de praktijk in Nederland fundamenteel aan het wijzigen. Vaak wordt gedaan alsof dit alleen het gevolg is van vergrijzing, financiële krapte en wijzigend overheidsbeleid. Maar er is ook een autonome onderstroom waarin burgers en hun gemeenschappen de ruimte zoeken en nemen omdat ze daarmee een andere, voor hun hogere kwaliteit van dienstverlening en leven kunnen bereiken. Die onderstroom staat in dit artikel centraal.

Drie oplossingen

Het uitgangspunt van de onderstroom is dat de meeste mensen zelf verantwoordelijk willen zijn voor hun eigen welzijn en gezondheid. Daarmee behoort zorg en welzijn in essentie tot het private domein van het eigen huishouden, leefeenheid en in sommige culturen de (uitgebreide) familie. Mantelzorg is dus onderdeel van het private domein. Het publieke domein, de brede samenleving, ontstaat daar waar private domeinen elkaar treffen, bijvoorbeeld omdat ze elkaar beïnvloeden of wanneer een 'gezin' een input van een ander 'gezin' nodig heeft. Het eerste treffen vraagt om regulering door een overheid zodat het publieke domein kan functioneren zonder het recht van de sterkste. Het tweede leidt tot een transactie in het publieke domein. De simpelste transactie is 'de markt' waarbij tussen de gezinnen, of in onze tijd tussen een gezin en een bedrijf, gewoon een wederzijdse ruil wordt gemaakt. Groot voordeel van de markt is de eigen keuzevrijheid, maar zeker in welzijn en zorg kent de markt twee belangrijke falen: er worden geen diensten verleend aan klanten die niet kunnen betalen en soms

kunnen klanten niet goed beoordelen wat ze nodig hebben. Daarom is er een andere vorm van transactie nodig. Hierbij wordt een derde partij ingeschakeld die (mee)betaalt en (mee)bepaalt voor 'gezinnen' die dat zelf onvoldoende kunnen. Deze overdracht van middelen is gebaseerd op solidariteit. Solidariteit kan gearrangeerd worden via de overheid voor alle burgers of via gemeenschappen voor de leden of begunstigden van die gemeenschappen.

Solidariteit

In 'Rondje voor de publieke zaak' (Meijs et al, 2013) maakt de Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling (RMO) een onderscheid tussen directe en indirecte solidariteit. Indirecte solidariteit wordt vormgegeven via de overheid waarbij de financiering loopt via verplichte overdachten (belasting) waarbij de beslissing over de bestemming daarvan (met wie we solidair zijn) wordt genomen door een meerderheid via formele politieke organen. Directe solidariteit wordt vormgegeven via gemeenschappen (civil society). Deze directe solidariteit wordt gekenmerkt door het vrij-

willige karakter van de overdracht (filantropie in tijd en geld) gekoppeld aan de grote eigen beslissingsmacht over de bestemming (met wie ben ik solidair). De verwachting van de RMO is dat de omvang en legitimiteit van de indirecte solidariteit verder onder druk zal komen te staan terwijl directe solidariteit sterk blijft. De omvang van indirecte solidariteit leidt niet alleen tot budgettaire krapte maar ook de legitimiteit komt onder druk doordat in plaats van solidariteit vaker argumenten van verwijtbaarheid (wie ongezond leeft heeft minder recht op zorg), fraude (PGB discussie) of kosten-baten (onderwijs) worden gehanteerd.

In 'Terug naar de basis' beschrijft de RMO (2010) hoe Nederland ten tijde van de verzuiling een optimale combinatie van oplossingen via overheid en gemeenschappen had, waarbij via belastingheffing een enorme diversiteit aan aanbod via de gemeenschappen en civil society werd geleverd. Denk bijvoorbeeld aan het bijzonder onderwijs, de publieke omroepen en het bestaan van een gescheiden zaterdag- en zondagcompetitie in voetbal. Maar als gevolg van trends zoals het verdwijnen van de verzuiling, de schaalvergroting van publieke dienstverleners en nieuwe vormen van overheidsmanagement is de grip van de overheid op de dienstverlening door civil society organisaties steeds groter geworden. Het gevolg is een heel hoog niveau van dienstverlening. Gefinancierd via de overheid volgens de spelregels van de overheid in plaats van de spelregels van de civil society en gemeenschappen. Bij solidariteit in zorg en welzijn gaan deze spelregels vooral over de in- en uitsluiting van de dienstverlening. Een overheid, landelijk of lokaal, sluit in en uit op een combinatie van objectieve geografische grenzen, het hebben van een paspoort en openbaar beleid. Dienstverlening door een overheid is een recht. De drie ingezette decentralisaties zullen wel heel duidelijk maken dat niet iedere overheid hetzelfde recht geeft, omdat het wonen aan de verkeerde kant van een gemeentegrens kan betekenen dat iemand veel minder zorg gaat krijgen. De civil society sluit in en uit op een combinatie van volstrekt subjectieve grenzen

en in veel gevallen onnavolgbaar, niet-openbaar beleid. Gemeenschappen worden niet bepaald door objectieve geografische grenzen, maar door allerlei subjectieve criteria.

Zoals aangegeven is belasting heffen vanzelfsprekend een veel efficiëntere manier om geld te werven dan private fondsenwerving, maar politieke besluitvorming leidt bijna onherroepelijk tot homogenisering van de dienstverlening. In tegenstelling hiermee is directe solidariteit inefficiënt, maar wel in staat een grotere diversiteit van diensten te leveren. Concreet betekent dit dat voorzieningen voor zorg en welzijn aan ouderen via de overheid in een gemeente allemaal hetzelfde niveau hebben, waarbij de eigen, private bijdrage via geld of mantelzorg kan verschillen. Maar ouderen zijn natuurlijk niet allemaal hetzelfde en zoeken dus oplossingen via markt of gemeenschappen om een hogere kwaliteit van dienstverlening te krijgen. Dit streven is de autonome onderstroom waardoor gemeenschappen belangrijker worden (zie o.a. Meijns en Van Vliet, 2013).

Vangnet of trampoline

Het politieke debat lijkt gedomineerd te worden door de aanname dat de overheid verantwoordelijk is voor zorg en welzijn. Omdat er steeds meer aanspraken hierop gemaakt worden door de vergrijzing en (on)terecht claimgedrag is dit financieel onhoudbaar. Daarom zou de overheid minder moeten doen, maar wel zorgen voor een minimum aan zorg. Daarvoor wordt frequent de metafoor van de overheid als vangnet gebruikt. Maar deze metafoor van het vangnet heeft bredere implicaties.

Wanneer mensen en ouderen een beroep gaan doen op het vangnet, dan vallen ze als het ware van de evenwichtsbalk van hun eigen leven. Gelukkig vallen ze niet keihard op de grond want er is een vangnet. Maar een vangnet heeft een lastige eigenschap. Het veert in maar komt uiteindelijk op een bepaald gemiddeld niveau uit en het is heel lastig om eruit te klimmen. In allerlei gesprekken met wethouders lijkt het erop dat zij het niveau van zorg en welzijn in hun gemeente definiëren op het niveau van het 'vangnet in rust', de

neutrale stand. Wanneer dan iemand van de evenwichtsbalk van het leven valt, dan veert het vangnet door. Voor de decentralisaties en de huidige bezuinigingen kwam dan de overheid in actie om iemand op de neutrale, gemiddelde stand te brengen. Nu worden er keukentafelgesprekken gevoerd om te kijken welk deel van het 'terugveren' door het private domein van mantelzorg, aangevuld met de eigen koopkracht, geregeld kan worden. Maar daarmee eindigt iedereen in de neutrale stand.

Gesprekken met vitale (pre-)ouderen leveren een heel ander beeld op. Die geven aan dat ze het niet erg vinden om een deel van het 'terugveren' zelf te regelen. Ze hebben vooral de ambitie om hoger uit te komen dan de neutrale stand van het vangnet. Hoewel ze het natuurlijk zo niet verwoorden, zijn ze niet op zoek naar een vangnet, maar naar een trampoline. Een trampoline die er voor zorgt dat hun kwaliteit van leven objectief hoger en subjectief passender is dan wat de overheid nog kan geven. Gemeenschappen kunnen die trampoline vormen!

Vorbereiden op de toekomst

Zorg en welzijn is en blijft in eerste instantie de verantwoordelijkheid van het private domein. Wanneer mensen daar zelf niet voor kunnen zorgen, hebben ze anderen nodig. Dat is heel normaal en zoals beschreven, zijn er drie basale sectoren voor dienstverlening in het publieke domein. (Pre-)Ouderen van nu kunnen en moeten zich voorbereiden op een andere verdeling tussen die drie sectoren (markt, overheid, civil society) dan dat ze nu gewend zijn.

De eerste voorbereiding is toch simpelweg meer eigen middelen beschikbaar hebben en maken voor markttransacties. In de toekomst zal het nog gebruikelijker worden om zelf te betalen voor hulp aan huis, voor technische aanpassingen, voor hulpmiddelen en ook voor simpel gezelschap of iemand die meegaat naar het theater. Dat laatste lijkt misschien vreemd maar waarom niet gewoon dat buurmeisje dat nu armlastig studeert op jouw kosten uitnodigen naar het theater zolang ze je maar ophaalt en weer thuis brengt? Waar-

schijnlijk vinden haar ouders dat ook nog leuk.

De tweede voorbereiding is het tactisch aansluiten bij gemeenschappen die effectief zijn in het bevorderen van zorg en welzijn. In principe zijn er drie verschillende doelen voor gemeenschappen en organisaties in de civil society (zie onder andere Meijs, 1997). Een eerste doel is het opkomen voor een belang van een bepaalde groep of iedereen (campaigning). Dat kan gaan om het milieu maar ook om de uitwerking van de Wmo in de eigen gemeente. Dan zou het doel zijn om de neutrale stand van het vangnet omhoog te brengen. Het tweede doel is het verlenen van onderlinge steun in de breedste zin van het woord tussen de leden van de gemeenschap (mutual support). Dit kan zo simpel zijn als samen wandelen of samen iets verzamelen maar het kan ook gaan om zelfhulp en lotgenotencontact. Het derde doel zijn de gemeenschappen die een dienst verlenen aan mensen buiten hun gemeenschap (service delivery). Denk bijvoorbeeld aan al die vrijwilligers van De Zonnebloem, maatjes-projecten en in verpleeghuizen.

Om voorbereid te zijn op de nieuwe verhoudingen is het belangrijk om er met elkaar voor te zorgen dat mutual support gemeenschappen zich gaan bekommeren om hun oud-leden; dat een hockeyvereniging er zelf voor zorgt dat oudere ex-leden een gezellige dag hebben omdat ze naar de training kunnen komen kijken. Andere initiatieven proberen een verband te maken tussen de eigen investering in service delivery gemeenschappen en de latere 'rechten' op diensten door de gemeenschappen.

Literatuur

- Meijs, L. C. P. M. (1997). *Management van vrijwilligersorganisaties*. NOV Publikaties, Utrecht.
- Meijs, L.C.P.M., Drenth, B., Kruiter, A. & Vliet, L.M. van (2013). *Rondje voor de publieke zaak: pleidooi voor de solidaire ervaring*. Den Haag: Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling.
- Meijs, L.C.P.M. en L. van Vliet. (2013). Factsheet: Vormen van diversiteit. Zes handreikingen voor het sociale domein. RMO, Den Haag.

http://www.adviesorgaan-rmo.nl/Publicaties/Factsheets/Vormen_van_diversiteit_Zes_handreikingen_voor_het_sociale_domein_december_2013

Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling (2010).
Terug naar de basis. Over legitimiteit van maatschappelijke dienstverlening. Den Haag, SDU.

Over de auteur

Prof. Dr. Lucas C.P.M. Meijs is hoogleraar *Strategic Philanthropy and volunteering* bij de

vakgroep Business-Society Management aan de Rotterdam School of Management, Erasmus University en het Erasmus Centre for Strategic Philanthropy (www.ecsp.nl). Zijn onderzoek richt zich op het organiseren met de private energie (filantropie in tijd en geld), zowel van burgers als bedrijven, van de civil society in al haar facetten met een focus op vermogensfondsen en corporate foundations.



GEDICHT

✱

Moet wat ongreepbaar is, de losse
lucht het gladde licht, bezworen
met een kop die

uitstraalt: zeg maar niks ik ken
de wetten van het dier dat ons
bewoont? Is het alleen

het hoofd dat aast op vast
geluk of ook de achteloos bestuurde
romp? Waar wringen

kramp wantrouwen angst voor
al het lichaamsvreemde, wat
verzet zich tegen holle

leegte in en om het lijf en waar
verblijven list drift hitsigheid, waar
zetelt wat bezint? Wat

slaapt ons steeds een wereld in
die het verlorene bewaakt, wat
droomt ons uit?

Hester Knibbe

Uit: *Archaisch de dieren. Thebe 6.* Amsterdam: De Arbeiderspers, 2014

Ziek en oud in beeld

ODETTE BREIJINCK

Dit artikel over hoe zieken en ouderen in de beeldende kunst in de Westerse kunstgeschiedenis worden uitgebeeld, is geschreven naar aanleiding van de lezing (geïllustreerd met veel meer afbeeldingen) op 5 september 2014 ter gelegenheid van het 25 jarig jubileum van Gerion.

De oudheid (3000 v. chr.-500 na chr.)

Het menselijk lichaam staat al eeuwenlang centraal in het kunstonderwijs en is gebaseerd op het Grieks-Romeinse beeldtype dat zich ontwikkelde vanaf 3000 voor Christus.

In de oudheid spelen verhalen over de levensissen in de Godenwereld een belangrijke rol in het dagelijks leven. Het verklaarde natuurverschijnselen en het ontstaan van de mensheid. De berg Olympus, waar de goden en godinnen woonden, werd gezien als de ideale maatschappij met het ideale mensbeeld. Men streefde ernaar de eigen samenleving op dezelfde manier, met identieke idealen, vorm te geven. Op talloze gebruiksvorwerpen, muurschilderijen en mozaïeken komen alleen personen voor die beantwoorden aan het idealistische wereld- en mensbeeld, met haar klassieke schoonheidsideaal. Zieke of oude goden bestaan niet; hier is men eeuwig jong.

Gedurende de periode van de oudheid ontwikkelde zich dit schoonheidsideaal met als kenmerkende eigenschappen elegantie, slankheid, strakke getrainde lichamen waarin de mens anatomisch correct wordt afgebeeld. De vrouwen waren rank en slank, met hoge borsten, lange ledematen, golvend haar en een lieflijke uitstraling. De mannen moesten

krachtig en atletisch zijn, met zichtbare spiergroepen als biceps, triceps en sixpack met half lang, krullend haar om een stoer gelaat. We zien ze steeds terugkeren in de Westerse kunstgeschiedenis: dit archetype, een vaste norm als het gaat om het afbeelden van de ideale mens.

Het verlangen en het streven om er zo uit te zien, of zo te worden afgebeeld houdt lang stand. Op academies en in salons was dit type leidend en hier mocht niet van worden afgeweken. Er werden zelfs extra kwaliteiten aan toegevoegd: het stond voor eeuwige jeugd en vitaliteit, zoals op de berg Olympus.

Deze opvatting over schoonheid wordt op een gegeven moment ook geassocieerd met *het goede*. Sappho, een Oud-Griekse dichteres, schreef eens "Wat mooi is, is ook goed". Dit dubbele beeld zet zich in de loop der jaren vast en wordt overgenomen in de Romeinse tijd. In de middeleeuwen duikt het onder om in de renaissance sterk terug te keren. De voorbeeldige, antieke vrouw groeit uit tot een werelds meisje of jonge vrouw. De Griekse schone wordt Italiaanse donna of Vlaamse deerne.

De middeleeuwen (500-1500)

Met de uitspraak van Sappho in ons achterhoofd kan men zich afvragen hoe het tegengestelde van *het goede*, dus *het slechte* wordt uitgebeeld. Dit wordt voor het eerst zichtbaar in de middeleeuwen.

Vanaf circa 1000 zien we steeds vaker hoe de middeleeuwse mens voor de keuze wordt gesteld: doe het goede en verzeker je daarmee van een plaats in de hemel, of kies voor het kwade/slechte, met als consequentie eeuwig branden in de hel.

Deze keuzen worden in de christelijke kunst aan de ongeletterde bevolking voorgelgd op altaarstukken: hier verschijnen hemel en hel naast elkaar en zien we oude en zieke mensen in de beeldende kunst verschijnen. Ze hebben één doel: de mensen waarschuwen en hen aansporen tot het goede. Het goede is gevat in het beeld van een onschuldig meisje (Maria). Het beeld van het kwade is een mens die lijdt aan kwalen en ziekten.

Op het Isenheimer altaarstuk van Matthias Grünewald (1512-1516) zien we deze zieke en oude mensen. De door het antoniusvuur getroffen ongelovige wordt afgebeeld in zijn strijd, met vele puisten op zijn vale huid, het hoofd in de nek geworpen en vertrokken van pijn. Dit afschrikwekkende beeld wordt een in angst levende samenleving voorgelhouden.

Ziekte en ouderdom worden vanaf nu wel afgebeeld. Echter niet op een beschrijvende, realistische manier, maar als afschrikmiddel. Ziekte en ouderdom met een negatieve lading, als symbolen voor slechte, ongelovige mensen.

De Renaissance (vanaf 1500)

Met de herontdekking van de Grieks-Romeinse beschaving keert het antieke schoonheidsideaal terug. Tegelijkertijd ontwikkelt zich het humanisme. De humanisten vonden in de studie van de klassieke literatuur uit de oudheid een ideaal voor het menselijk leven dat ze wilden laten herleven. Terwijl in de middeleeuwen God en het hiernamaals centraal stonden, ontstond mede door het werk



Isenheimer altaarstuk, Matthias Grünewald (1512-1516)

van de humanisten in de vroege renaissance in Italië een nieuwe wereldbeschouwing. Er werd meer aandacht besteed aan het wereldlijke en men legde meer nadruk op de menselijkheid, de ‘humanitas’.

Omdat het menselijke nu benadrukt mocht worden, zien we de eerste realistische portretten. Eén van de aandoenlijkste schilderijen uit de 15e eeuw is het dubbelportret op paneel dat Domenico Ghirlandaio rond 1490 maakte van een grootvader met zijn kleinzoon. De oude man lijdt aan rhinosclerom; rhinophyma, een onregelmatige zwelling van de neus met teleangiëctasieën en grote pukkels, door overmatige groei van talgklieren en bindweefsel van de neus. Zijn aangezicht is hierdoor ernstig geschonden, maar dat deert de schilder en de opdrachtgever niet. Het is de relatie tussen opa en kind die centraal staat, de genegenheid tussen beiden. Het kind kijkt geboeid naar zijn opa. Het heldere rood van de kleding, en het doorkijkje met landschap met een poging tot verdwijnend perspectief zorgen voor een uitgebalanceerde compositie.

De grootste ommekeer in de kunstgeschiedenis vindt plaats op het moment dat de kunstenaar zich autonoom gaat opstellen en zich beroept op het recht om kunst voor zichzelf te maken, zelf de onderwerpen te bepalen en zijn eigen technieken te kiezen. De



Portret van een oude man met een jongen, Domenico Ghirlandaio (circa 1490)

rol van de opdrachtgever, altijd dominant geweest, raakt steeds meer op de achtergrond. De kunstenaar bepaalt steeds meer zijn eigen keuze. Deze beweging ontstaat rond 1850 en staat bekend onder de naam: l'art pour l'art.

Dit l'art pour l'art idee maakte het voor de kunstenaar niet altijd even makkelijk. We weten allemaal hoe het leven van Vincent van Gogh verlopen is. Hij verkocht zijn hele leven slechts één enkel werk (*De rode wijngaard*, 1888) en kreeg nooit de erkenning die hem na zijn dood wel ten deel viel. Hij is een van die kunstenaars die zijn eigen weg ging, en zich weinig tot niets gelegen liet liggen aan de traditionele en conservatieve opvattingen over kunst. Zijn 'eigen-wijsheid' trekt nu miljoenen bezoekers naar Amsterdam (Van Gogh Museum) of Otterloo (Kröller Müller). Zijn tijdgenoten verfoeiden de portretten van arme boeren, die zwak en ziek het canvas vullen. Zijn *Aardappeleters* staan mijlenver van het schoonheidsideaal uit de Oudheid. Hoewel vanaf 1850 de kunstenaar kon kiezen wat hij creëerde, zien we dat de kunst die niet

voldeed aan het toenmalige ideaal niet zonder meer geaccepteerd werd. Eind 19e eeuw was men duidelijk nog niet klaar voor deze manier van schilderen. Iedereen moest wennen aan deze nieuwe kijk op de wereld, waarin schoonheid plots bleek te schuilen in het alledaagse.

Zit echte schoonheid dan van binnen?

Met de opkomst van het expressionisme in de 20ste eeuw gaat de kunstenaar steeds vaker zijn weg en ontstaat er geleidelijk een markt voor moderne kunst. We leren anders te kijken, gaan mee in de emotie van de kunstenaar en herkennen onszelf hierin. Het afbeelden van louter 'mooie' mensen wordt nu soms zelfs als oppervlakkig en kunstmatig ervaren. Koppen met karakter blijken een andere, eigen schoonheid te bezitten. Zit echte schoonheid dan van binnen?

Als voorbeeld wil ik het werk 'Det Syke Barn' uit 1896 van de Noorse schilder Edvard Munch (1863-1944) aanhalen. Het meisje is het oudere zusje van de schilder, Sophie, dat op 15 jarige leeftijd is overleden aan tuberculose. Ze wordt afgebeeld op haar ziekbed, haar tante aan haar zijde. We weten uit documenten dat Munch zwaar heeft geworsteld met het verlies van zijn zus. Waarom trof deze ziekte haar en niet hem? De schilder voert een bittere, innerlijke strijd: hij voelt zich machteloos. Dit verwerkt hij in tenminste zes verschillende versies van dit onderwerp. Hij probeert het letterlijk van zich af te schilderen. Alle varianten zijn donker met veel groen, donkergrijs en bruin. De compositie lijkt in niks op wat tijdens de Renaissance als de ultieme vlakverdeling werd gezien, met Ghirlandaio als voorbeeld. Hij hanteerde immers een vlakverdeling volgens de regels van de gulden snede, een doorkijkje met landschap op de achtergrond, gezichten in driekwart aanzicht. De twee hoofdpersonen van Munch hebben geen oogcontact, houden alleen elkaars hand vast. Het oranje-rode haar valt slap om het gezicht van Sophie; een verdwaalde veeg oranje verf op het kussen

(linksboven) en op de handen. Het meisje zit erg rechtop, zodat ze beter kan ademen. Munch negeert het perspectief en goed beschouwd zou Sophie 'uit bed vallen'. Zij staart uit het raam, in een onbestemde verte. De tante neemt een vreemde houding aan: haar gezicht is niet eens te zien! Overmand door emoties, is ze in zichzelf gekeerd; ze kan het naderende einde nauwelijks bevatten. Het donkere palet past bij de neergedrukte stemming. Maar uit het gezicht van het meisje straalt een helder licht. Het witte kussen omlijst haar hoofd als een stralenkrans. De kracht van dit schilderij zit in de emoties. Teer en tenger, vergankelijk en aandoenlijk.



Det Syke Barn, Edvard Munch (1896)

Van ratio naar emotie

Als bij Sappho 'mooi' ook 'goed' is, is het bij Munch geëvolueerd van 'mooi' naar 'emotie'. Wat in de antieke oudheid begon als schoonheid aan de buitenkant (ratio) heeft zich vanaf de 19e eeuw ontwikkeld tot schoonheid aan de binnenkant (emotie). Wat mij betreft, kunnen Ziek en Oud ook 'mooi' zijn.

Over de auteur

Geef kunsthistorica *Odette Breijinck* een kunstwerk en zij geeft u een verhaal. Haar missie: via ontroering, herkenning en verwondering de kunst dichtbij brengen en voor iedereen begrijpelijk en interessant te maken. Dat doet ze in lezingen, cursussen en in tekst. Voor meer informatie zie www.lecanard.nu.

Oud worden is normaal

DORLY J.H. DEEG

Drie grote uitdagingen die voortvloeien uit de toename van het aantal ouderen in de bevolking krijgen veel minder aandacht dan de houdbaarheid van het pensioen- en zorgstelsel; de toename van het aantal ouderen met complexe gezondheidsproblemen; de informatisering van de samenleving die hoge eisen stelt aan het cognitieve vermogen van oudere werknemers; de toename van de druk op jong-oudere leeftijdsgroepen om verschillende vormen van sociale participatie te combineren.

Het ontstaan van de gerontologie in Nederland

In de jaren 40 van de vorige eeuw werd voor het eerst in Nederland aangekaart dat de groep ouderen in de bevolking aan het toenemen was, en vaak in betreurenswaardige omstandigheden leefde. Er werd betoogd dat een speciale tak van wetenschap nodig was om de situatie van ouderen en de achtergronden daarvan te onderzoeken. Nederland liep hiermee internationaal voorop. Onderzoek naar ouder worden - oftewel, de wetenschap van de gerontologie en geriatrie - is dus voortgekomen uit de signalering van een urgente maatschappelijke uitdaging. Deze maatschappelijke oorsprong brengt met zich mee dat de uitkomsten uit alle onderzoek naar ouder worden geïnterpreteerd en geplaatst moeten worden in de maatschappelijke context van het moment. Dat brengt een extra verantwoordelijkheid mee voor iedere onderzoeker op het terrein van ouder worden. Om dit goed te kunnen doen zijn er twee vereisten:

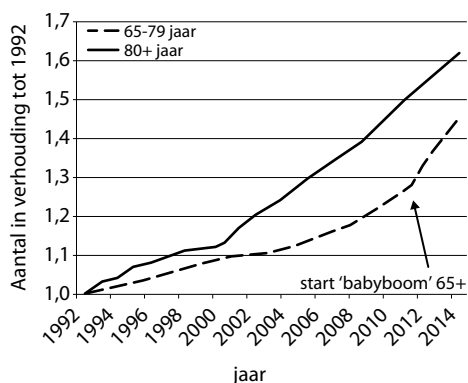
1 Het onderzoek is van wetenschappelijk onderwerpelijke kwaliteit;

2 Het onderzoek is relevant voor verschillende disciplines.

Een culturele mismatch

We leven in Nederland steeds langer. In de 19^e eeuw bereikten nog geen 4 van de 10 mensen de 65 jaar. Maar dat zou snel veranderen. Van mijn geboortjaar, 1950, haalt ruim 8 van de 10 mannen de 65, en bijna 9 van de 10 vrouwen. Voor de vraag hoe lang al die 65-jarigen nog te leven hebben, moeten we kijken naar de levensverwachting vanaf het 65^e jaar. In de 19^e eeuw hadden 65-jarigen naar verwachting nog gemiddeld 10 jaar voor de boeg. Pas na de 2^e Wereldoorlog schoot de levensverwachting vanaf 65 jaar bij vrouwen omhoog, waarna de mannen vanaf de jaren 1990 een inhaalslag maakten. De recente stijging in de levensverwachting vanaf 65 jaar is ongeëvenaard. Vrouwen kunnen nu verwachten ruim 86 jaar te worden, mannen ruim 83.

Er halen dus niet alleen steeds méér mensen de 65 jaar, maar 65-plussers leven ook nog eens langer. Wat dit betekent voor de groei in



Figuur 1. Groei oudere bevolking sinds 1992 (bron CBS)

aantallen ouderen, is te zien in figuur 1. Sinds 1992 is de Nederlandse bevolking als geheel met 11% gegroeid. Stellen we het aantal ouderen in 1992 op 1, dan zien we aan de onderste (onderbroken) lijn dat het aantal 65-79-jarigen tot 2015 met 45% is gegroeid. De knik in deze lijn geeft aan dat de naoorlogse geboortegolf, de ‘babyboom’, de 65 jaar heeft bereikt. Dit bracht een tijdelijke versnelling van de groei teweeg. De groei van het aantal 80-plussers (doorgetrokken lijn) is nog sterker geweest, vooral sinds het jaar 2000. Sinds 1992 is hun aantal met ruim 60% gegroeid.

De groei van het aantal ouderen heeft verregaande gevolgen voor de inrichting van de samenleving. Het besef dat er een hele nieuwe levensfase is bijgekomen, dringt nauwelijks door. Twee topwetenschappers op het gebied van ouder worden in de VS, Laura Carstensen en Linda Fried, hebben hierover onlangs nog eens aan de bel getrokken:

“There is a profound mismatch between the cultural norms that guide us through life and the length of our lives. [...] Because life expectancy has increased so quickly, we are still immersed in cultures designed for lives half as long as the ones we are living.”

Het ‘ongeloof in veroudering’ bestaat zowel bij beleidsmakers, als bij de doorsnee burger. Onderzoek laat zien dat hoe meer jaren men-

sen denken te leven te hebben, hoe meer zij geneigd zijn tot sociale participatie. En daar is momenteel juist een sterke roep om!

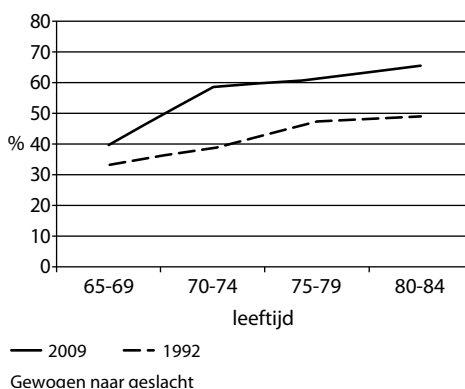
Er is een paradigmatische verschuiving nodig in de visie op onze samenleving. We moeten toe naar een visie waarin recht wordt gedaan aan het ongeëvenaard grote aantal ouderen. In die visie moet oud worden als normaal worden gezien, met voldoende aandacht voor de heterogeniteit die schuilgaat achter het ene woordje ‘ouderen’.

Veranderingen in sterfte en ziekte

Wat betekent nu de toename van het aantal ouderen voor de huidige ouderen zelf, en, wat betekent deze voor het beleid? Om deze vragen te kunnen beantwoorden, moeten eerst de oorzaken van de toename in de levensverwachting van ouderen worden begrepen. Wij hebben twee soorten oorzaken onderzocht (Deeg e.a., 2013):

- 1 het hogere opleidingsniveau en de betere leefstijl van opeenvolgende generaties, en
- 2 de continue verbeteringen in de huidige medische zorg.

Minstens de helft van de winst in levensverwachting bij ouderen komt op rekening van de verbeterde medische zorg. De medische zorg zal zich blijven verbeteren. Daar staat tegenover dat het opleidingsniveau van de jongste generaties niet meer stijgt, en dat we wat betreft roken de grootste daling wel hebben



Figuur 2. Prevalentie van multimorbiditeit naar leeftijd, 1992 en 2009 (bron: Longitudinale Aging Study Amsterdam)

gehad. En andere leefgewoonten, zoals lichaamsbeweging en voeding, hebben minder impact op de overleving. We moeten dus rekenen met een groter aandeel van chronisch zieke ouderen in onze bevolking; we stevenen af op een 'expansie van morbiditeit'.

Nog belangrijker is de constatering dat hoe ouder iemand wordt, hoe meer kans er is dat iemand meerdere ziekten heeft. We noemen dat multimorbiditeit. Multimorbiditeit kan tot een aardig complexe zorgbehoefte leiden. Het percentage ouderen dat twee of meer ziekten heeft, stijgt met de leeftijd (figuur 2 de leeftijden 65 tot 84). In 1992 was dat nog van 33 naar 49% (onderbroken lijn), maar in 2009 steeg deze met de leeftijd van 40 tot liefst 65% (doorgetrokken lijn). Ik breng nog even in herinnering dat de groep 65-plussers sinds 1992 met de helft is toegenomen, dus naast een relatieve toename zoals in figuur 2, is er nog een veel grotere absolute toename van het aantal ouderen met multimorbiditeit. Dit betekent meer ouderen met complexe gezondheidsproblemen, en een complexere zorgbehoefte. Uit ons onderzoek blijkt die complexere zorgbehoefte vooral duidelijk aan het levenseinde (Kaspers e.a., 2013).

Drie uitdagingen voor de samenleving

Deze epidemiologische ontwikkelingen, de toename van het aantal ouderen en de toename van de complexiteit van de zorg, hebben financiële consequenties voor de samenleving. Het antwoord van de overheid op deze ontwikkelingen - ook wel 'uitdagingen' genoemd - is de verhoging van de pensioenleeftijd en de verlaging van de kosten van de zorg. Het is de vraag of deze maatregelen bijdragen aan de gewenste cultuurverandering van langer doorwerken, méér in de samenleving participeren en de zorg méér betrekken uit het informele netwerk. Het zou natuurlijk logisch zijn dat deze fraaie bedoelingen aansluiten op onderzoek, waaruit kan blijken hoe deze generaliseerd kunnen worden. Onderzoek in LASA laat zien, dat de bedoelde ontwikkelingen niet zonder meer zullen plaatsvinden. Ik noem

hier drie thema's, die relevant zijn voor de bedoelingen van het huidige overheidsbeleid: arbeid, sociale participatie en informele zorg.

Ten eerste: arbeid. Door de automatisering en informatisering van de samenleving verschuift de arbeidsinhoud van lichamelijk werk naar kennisintensief werk waarvoor cognitieve vaardigheden vereist zijn. Bij het ouder worden nemen cognitieve vaardigheden - gemiddeld genomen - af. In LASA hebben we gezien dat één op de vijf van de oudere werknemers geheugenklachten heeft. Deze kunnen voortkomen uit werkgerelateerde aspecten, zoals mentale werkbelasting of 'multitasking'. Uit LASA-gegevens blijkt dat oudere werknemers met geheugenklachten gemiddeld slechter presteren op een geheugentest (Rijs e.a., 2013). Maar oudere werknemers nemen ook kennis, ervaring en emotionele stabiliteit mee. Om oudere werknemers in staat te stellen om langer door te werken, moet mentale overbelasting worden voorkomen. Ook weten we uit LASA dat liefst 60% van de oudere werknemers minimaal één chronische ziekte heeft (Boot e.a., 2014). Ook voor hen is het voorkómen van fysieke en mentale werkbelasting noodzakelijk. Worden zij hierin niet gefaciliteerd, bijvoorbeeld door meer en langere rustpauzes en vakanties, dan dreigen zij uit te vallen, en vervallen in arbeidsongeschiktheid of werkloosheid. Dat is niet goed voor de staatskas, en zeker niet voor de oudere zelf.

Ten tweede: sociale participatie. De leeftijdsgroep tussen de 60 en 75 jaar is van alle leeftijdsgroepen in vrijwilligerswerk het meest actief. Hun participatie in vrijwilligerswerk is sinds de jaren 90 gestegen, maar er zijn wel een aantal punten van zorg. Veel vrijwilligerswerk vond tot nu toe plaats in kerkelijk verband. Ook onder ouderen neemt de verbondenheid met een kerk af (Suanet e.a., 2009). Er moet hiervoor dus een ander - even bindend - verband in de plaats komen, bijvoorbeeld door faciliterende overheidskaders. Want anders dreigt het vrijwilligerswerk af te nemen. Bovendien wordt steeds meer van deze leeftijdsgroep verwacht: langer doorwerken en verlening van mantelzorg aan meer en

langer levende oudere-ouderen. LASA-gegevens laten zien dat de verlening van mantelzorg is afgenomen in de laatste 10 jaar, evenals de combinatie van vrijwilligerswerk en mantelzorg. De verschillende activiteiten komen dus met elkaar in conflict, en er dreigt veel werk in de samenleving niet meer gedaan te worden.

Ten derde: informele zorg. Zorg uit informele bron is sinds 1992 afgenomen, een trend die tegengesteld is aan de grotere behoefte aan zorg (Swinkels e.a., in druk). Tot voor kort werd deze zorgbehoefte ingevuld door formele zorg zoals thuiszorg (CPB, 2014). Zodra hierop wordt bezuinigd, zullen veel ouderen geen familie of kennissen hebben die hen kunnen helpen in het huishoudelijk werk, in de zelfverzorging, of bij het doktersbezoek. Dit alles gaat ten koste van hun kwaliteit van leven. Bovendien kunnen crisissituaties optreden, die pas echt duur zijn. In de ergste gevallen van onvervulde zorgbehoefte dreigt verwaarlozing.

De drie besproken thema's krijgen veel minder aandacht dan de houdbaarheid van het pensioen- en zorgstelsel. De Engelse sociaal-gerontoloog Chris Phillipson vat deze uitdagingen samen als 'new precariousness of ageing', wat ik zou willen vertalen als: ouder worden is een hachelijke, onzekere onderneming geworden. De uitdaging aan onderzoekers is om de samenhang te onderzoeken tussen de *verzwakking* van sociale en economische instituties en de *toename* van complexe gezondheidsproblemen door de verlenging van de levensduur.

Literatuur

- Boot C.R., Deeg D.J.H., Abma T., Rijs K.J., van der Pas S., van Tilburg T.G., van der Beek A.J., Predictors of having paid work in older workers with and without chronic disease: A 3-year prospective cohort study. *J Occup Rehabil* 2014; 24(3): 563-572.
- Carstensen L., Fried L. (2011). The meaning of old age. In: *Hearing Aging in America: Future challenges, promise and potential*. US Senate Special Commission on Aging. Washington, DC.
- Kaspers P.J., Pasman H.R.W., Onwuteaka-Philipsen B.D., Deeg D.J.H., Changes over a decade in end-of-life care and transfers during the last 3 months of life: A repeated survey among proxies of deceased older people. *Palliat Med* 2013; 27(6): 544-552.
- Minder zorg om vergrijzing (2014). Den Haag: Centraal Planbureau.
- Rijs K.J., Comijs H.C., van den Kommer T.N., Deeg D.J.H., Do employed and not employed 55 to 64-year-olds' memory complaints relate to memory performance? A longitudinal cohort study. *Eur J Public Health* 2013; 23(6): 1013-1020.
- Suanet B., Broese van Groenou M.I., Braam A.W., Changes in volunteering among young old in the Netherlands between 1992 and 2002: The impact of religion, age-norms, and intergenerational transmission. *European Journal of Ageing* 2009; 6(3): 157-165.
- Swinkels J.C., Suanet B., Deeg D.J.H., Broese van Groenou M.I., Trends in the informal and formal home care use of older adults in the Netherlands between 1992 and 2012. *Ageing Soc, in press*.

Over de auteur

Dorly Deeg is hoogleraar Epidemiologie van de veroudering aan het VU medisch centrum in Amsterdam. Vanaf 1991 was zij tevens directeur van de Longitudinal Aging Studie Amsterdam (LASA). Op 5 juni jongstleden nam zij van die functie afscheid. De tekst van dit artikel is afkomstig uit haar afscheidsrede, Vrije Universiteit Amsterdam.

Gerontophobia: de heimelijke weerzin tegen de ouderdom

FRITS DE LANGE

De publieke discussie over ouder worden in Nederland heeft een hoog schijnheilig gehalte. Het lijkt ons allemaal te gaan over goede ouderenzorg, maar onderhuids is er sprake van weerzin tegen de ouderdom. We houden niet van ouderen, we hebben een hekel aan de ouderdom, omdat we er bang voor zijn. Er moet goed gezorgd worden voor de moeders in het verpleeghuis, maar niemand wil er zelf ooit in. De kwaliteit van de zorg moet op orde, maar het mag niet te veel kosten. De oude dag is ons niet echt een opoffering waard. Dat komt omdat we niet van oud worden houden. Ouderen confronteren ons met het feit dat we sterfelijk zijn; dat we een kwetsbaar lichaam hebben en de sociale status die we hebben kunnen verliezen. Ouderen staan al met een been in het graf, bij hen loopt zomaar de urine langs de enkels, en wie ze ooit waren en wat ze voorstelden, de wereld is het zomaar weer vergeten. Dat we niet van de ouderdom houden, komt omdat we de terreur van dood en fysiek en sociaal verval buiten de deur willen houden. We verschoenen met liefde baby's, maar huiveren bij de luier van een hoogbejaarde. We zoeken voor ons bedrijf iemand met ervaring, maar een 55-plusser nemen we niet meer in dienst. We ontkennen het liefst de ouderdom en willen haar niet zien.

'We', dat zijn jonge mensen, zoals die student die laatst tegen me zei: "ik houd niet van oude mensen, ze stinken." Maar 'we', dat zijn ook beleidsmakers die van ouderen stuk voor stuk soevereine, participerende, zelfredzame burgers willen maken, die hun eigen boontjes

doppen. Iets dat zij zelf als veertiger en vijftiger ook graag zijn en tot in lengte van dagen willen blijven, en dat ze projecteren op de tachtigers en negentigers van nu. 'We', dat zijn ook gerontologen die het paradigma van de ouderdom als verval hebben verlaten en nu alles inzetten op healthy ageing. 'We', dat is mijn 85-jarige schoonmoeder, die niet wil verhuizen omdat ze zegt: "bij die oude mensen wil ik niet wonen." 'We' dat zijn van gezondheid blakende 100-jarigen, die we als 'best practices' ten voorbeeld houden aan hun klagende en krakkemikkige leeftijdsgenoten.

We houden niet van de ouderdom, omdat we er bang voor zijn.

Maar onze onderhuidse angst en vrees, onze afkeer en weerzin, die houden we binnen, en koesteren we als onze meest geliefde blinde vlek. Oud worden zien we als de eindeloze prolongatie van de volwassenheid. De fase waarin we zo lang mogelijk blijven doen wat we altijd deden, niet als een nieuwe levensfase met een eigen betekenis. We hebben nog nooit zoveel oude mensen, nog nooit zoveel oude mensen die heel oud worden, als nu gehad. Maar nog nooit hebben we zo weinig erkenning gehad voor het feit dat oud worden ook verval is, een stapje dichterbij de dood.

Het beeld van de vitale senior, die de derde leeftijd extrapoleert tot zijn of haar laatste snik, domineert. De krasse knar heerst in de cultuur als 'forever young', in de politiek als actief burgerschap, in de gerontologie als succesful ageing. Vitaliteit vormt de heimelijke master narrative van deze tijd. In een collectieve samenzwering en ontkennen staan we

zo met de rug naar de vierde leeftijd, die van de kwetsbaarheid, aftakeling en zorgafhankelijkheid. Het onderscheid derde en vierde leeftijd zelf is ideologisch van aard, gevoed door het ideaal van de compression of morbidity: dat iedereen ooit op ultrahoge leeftijd kerngezond dood neer zal vallen. Als we dan echt moeten gaan aftakelen, dan het liefst héél snel. Of dat voor zijn, door er voor die tijd uit te stappen. Onze levensloop is geen opgaan, blinken en verzinken, maar pieken tot het eind. Vitaal 'oud worden, zonder het te zijn', om met de titel van Rudi Westendorp's bestseller te spreken.

Het zal wel komen omdat ik theoloog ben. Dat we sterfelijk en vergankelijk zijn, behoort bij het menselijke bestaan. De ouder-

dom is niets anders dan een verheving van de menselijke conditie. Dat te beseffen, daar kun je volgens mij niet vroeg genoeg mee beginnen. Het neemt je doodsangst niet weg, maar wel de vrees voor de ouderdom, en de heimelijke weerzin tegen ouderen.

Column, uitgesproken op het afscheid van prof. dr. Dorly Deeg, als hoogleraar Epidemiologie van de veroudering en wetenschappelijk directeur van de Longitudinal Aging Study Amsterdam (LASA), VU/UMc, 5 juni 2015.

Over de auteur

Frits de Lange is hoogleraar Ethiek aan de Protestantse Theologische Universiteit, vestiging Groningen.

GESIGNALEERD

Presentatie en documentaire over het leven met dementie

Na een succesvolle première van de film *Mijn hoofd in jouw handen* in EYE Amsterdam, trekt documentairemaker en zorg-innovator Pim Giel het land door met een presentatie voor zorg- en welzijnsinstellingen, Alzheimer cafés en mantelzorgers. De film gaat over de invloed van dementie op huwelijken, vriendschappen en familiebanden. Wat is voorbij en wat kan nog wel. En voor hoe lang nog? Daarbij wordt het onderwerp beginnende dementie getoond vanuit de invalshoek van de patiënt, de mantelzorger en de hulpverlener. Giel was jaren lang werkzaam in de zorg, als verpleegkundige, manager en nu parttime als adviseur. Hij kent de problematiek dus van binnenuit. *Mijn hoofd in jouw handen* is niet alleen gemaakt voor professionals in de zorg, maar ook voor mensen die binnen de familie- of vriendenkring met dementie te maken krijgen.

De presentatie duurt circa tweeënhalf uur. Tijdens de introductie vertelt Giel over zijn ervaringen met klantgericht werken en over zijn motivatie om de film te maken. Aansluitend wordt de film vertoond en is er ruimte voor een informeel nagesprek. De dvd van *Mijn hoofd in jouw handen* is te bestellen via www.mijnhoofd.com. Wie belangstelling heeft voor een presentatie van Pim Giel kan een e-mail sturen naar info@vivaplus.nl. Een trailer van de film is te bekijken op: <http://youtu.be/gKPCFkANzf4>

Zorg Proeftuin Vlaanderen: 'The proof of the pudding is in the eating'?

KATLEEN BOSCHMANS*

Aangezien innovatie in de ouderenzorg prangend is, lanceerde de Vlaamse overheid de Zorg Proeftuin. "Proeftuin, gaan ze tuinieren, koken misschien?" Nee hoor, alle betrokkenen worden structureel samengebracht om te zoeken naar efficiënte, effectieve en kwaliteitsvolle zorgoplossingen, waarbij het gebruikersperspectief primeert. Mooi, maar hoe werkt dat in praktijk?

Zorg Proeftuin Vlaanderen

In september 2013 ging het programma 'Zorg Proeftuin Vlaanderen' van start met een tijdelijke financiering van drie jaar om twee doelstellingen na te streven:

- Een nieuwe structuur creëren om innovatie in de ouderenzorg te stimuleren;
- Nieuwe ideeën vanuit het perspectief van de gebruiker – de oudere – de mantelzorger en de professional te ontwikkelen, te toetsen en bij te sturen.

Bij het opzetten van een innovatieruimte draait het in eerste instantie om het samenbrengen van mensen en organisaties. Vanuit de proeftuinliteratuur (www.openlivinglabs.eu) wordt daarbij een Public-Private-People Partnership (PPPP) ecosysteem als ideaal vooropgesteld.

Eén jaar na de start van het programma telt het ecosysteem van de Zorg Proeftuin Vlaanderen maar liefst 112 partners uit publieke en private sectoren en een veelvoud aan eindgebruikers die meewerken aan het ontwikkelen en toetsen van innovaties in de praktijk (figuur 1).

Zes platformen, verspreid over Vlaanderen, ondersteunen meer dan twintig zorginnovatieve projecten. Op basis van eerdere proeftuinervaringen werden ondersteuningsorganen gecreëerd. De kennisinstelling iMinds neemt de rol van Progam Office (PO) op zich. De focus ligt op coördinatie en communicatie tussen de lokale initiatieven en het ter beschikking stellen van proeftuinmethodologische kennis en ervaring uit eerdere iMinds projecten uit andere sectoren (zoals media, ICT en dergelijke).

Het Kennisplatform Innovatie Ouderenzorg (KIO) is een consortium van universitaire centra en hogescholen dat zorgt voor de begeleiding alsook de monitoring van de platformen en projecten op basis van wetenschappelijke kennis en inzichten. KIO onderzoekt verschillende aspecten: de interorganisatorische samenwerking; de doelgroepen (onder andere ouderen, mantelzorgers, vrijwilligers en professionele zorgverleners); de impact van innovaties op de organisatie van zorg; de technologie en de maatschappelijke en economische valorisatie. Verder monitort KIO via kernindicatoren (bijvoorbeeld de zelfredzaamheid van de oudere, de draagkracht van de mantelzor-



Figuur 1: Overzicht algemeen ecosysteem Zorg Proeftuin gemaakt door iMinds op basis van Leys & Pots 2014.

ger, de kwaliteit van arbeid van de zorgverleners, de interorganisatorische samenwerking) de resultaten van platformen en projecten, met als doel beleidsmakers te ondersteunen in het begrijpen van de impact van innovaties in de zorg. Er werd gezocht naar bestaande en gevalideerde meetinstrumenten die in staat zijn de beoogde doelen van de Zorg Proeftuinen te meten in de vorm van vragenlijsten, bijvoorbeeld over de draagkracht/draaglast van mantelzorgers. Via verschillende iteraties in overleg met een expertenpanel uit de platformen, evolueerde men naar instrumenten die zowel de pragmatiek van goed proeftuinpanelbeheer en de wetenschappelijke systematiek verenigen. Een tussentijds rapport hierover is beschikbaar op de website.

Daarnaast is een goede link met het werkveld nodig, waarvoor een klankbordcommissie werd gecreëerd. Het is een reflectiekamer die de ontwikkelingen meer op afstand volgt, maar probeert aandachtspunten en ideeën te genereren over de vorm die een innovatieruimte kan aannemen.

Eigenheid van de platformen: diversiteit in eenheid

De zes platformen hebben een gemeenschappelijk doel, maar bieden ook diverse invalshoeken via de projecten die ze ondersteunen.

AIPA, in en rond Aalst, legt de focus op 'ageing in place' (thuis blijven, vereenzaming tegengaan en betaalbaarheid). In en rond bestaande en nieuwe woningen worden er nieuwe oplossingen ontwikkeld en uitgetest. Ook wordt infrastructuur van het stedelijke zorg- en woonweefsel, een incubatiecentrum en technologieplatform voor ICT en communicatie opgezet.

De stad Turnhout en de regio Kempen vormen samen **LiCalab**. Vanuit een holistische visie wordt een platform aangeboden van diverse actoren die rond het thema 'zorg voor thuiswonende ouderen' werken om vraaggestuurde innovaties te ontwikkelen en te implementeren.

Actief zorgzame Buurt (AzoB) tracht een buurtgericht (gebiedsgericht) model van zorgorganisatie te ontwikkelen als sleutel tot

maatschappelijk verantwoorde zorgorganisatie in Antwerpen en Brussel. Centraal staat het versterken van zelfredzaamheid, mantelzorg en het uitbouwen van informele buurtzorgnetwerken. De professionele zorg biedt de nodige ondersteuning, maar blijft consequent op de tweede lijn.

CareVille Limburg, is opgericht in het kader van het Strategisch Actieplan Limburg (SALK). Men focust hierbij op innovaties die de zorgmobiliteit versterken op het niveau van de zorgvrager, de zorgverlener en het zorgproduct/proces.

Online Buurten, in Brugge en Oostende, zet in op het gevoel van welbevinden van ouderen (65+) in West-Vlaanderen zonder de maatschappelijke kost voor zorgsystemen te verhogen. Zorginnovatie wil men realiseren via de inzet van nieuwe communicatietechnologieën en het stimuleren van de zelfregie van de ouderen in co-creatie met verschillende actoren, ook nieuwe actoren in de wijk. (<http://www.onlinebuurten.be/>)

InnovAGE in de regio Leuven focust op het stimuleren van gepersonaliseerde, preventieve, predictieve en participatieve gezondheidszorg, voornamelijk gericht op zorgbehoevende senioren met een complexe zorgvraag (bijvoorbeeld co-morbiditeit) waarbij zorgcontinuïteit (transmuraal en multidisciplinair) een belangrijke rol speelt.

Verschiedende projecten vinden ondersteuning op deze platformen. Tien projecten zetten in op het individu, de cliënt/patiënt, hoofdzakelijk binnen een klinische context. Het gaat dan bijvoorbeeld om therapietrouw, diabetesmanagement en revalidatie herseninfarct in kortverblijf. Vier projecten zetten in op de woning, mede door middel van woningaanpassingen en domotica. Drie andere projecten besteden aandacht aan wonen, echter vanuit de externe woonomgeving en geïntegreerd in de gemeenschap met passende diensten zoals toegankelijkheid van diensten en het afstemmen van formele en informele zorgverlening. Daarnaast formuleren vier projecten doelstellingen met betrekking tot het bevorderen van sociale cohesie tussen per-

sonen, bijvoorbeeld door het uitwerken van een zorgmunt of door contact tussen mensen online te faciliteren. Ten slotte zet één project in op veilige mobiliteit bij ouderen en een laatste project focust op een effectievere en efficiëntere inzet van huidige in deeltijd werkende (onvrijwillige) zorgverleners. Het volledige rapport is te raadplegen op www.zorgproeftuinen.be.

Panelgedreven proeftuin: panelleden en panelmanagement

Er werd in dit overheidsprogramma gekozen om een panelgedreven proeftuinaanpak te stimuleren per platform. Dit wil zeggen dat er geïnvesteerd wordt in een panel van potentiële gebruikers van de innovaties.

In het eerste jaar zijn de panels eerder pragmatisch samengesteld: er worden deelnemers voor de concrete projecten gezocht en zij worden uitgenodigd om panellid te worden voor toekomstige activiteiten. Naargelang de focus van het platform zien we een diversiteit qua profiel van panelleden: de nog actieve gezonde oudere die oplossingen voor de eigen toekomst zoekt qua woning of mobiliteit, of zij die willen bijdragen om de situatie voor de toekomstige generatie te verbeteren versus kwetsbare ouderen die op zoek zijn naar persoonlijke oplossingen. Een andere aanpak per platform is noodzakelijk. De kwetsbare ouderen bijvoorbeeld, zijn voor de panelmanager vaak niet het eerste aanspreekpunt. De mantelzorgers of formele vertrouwenspersonen zijn dat wel. Dit geeft ethische uitdagingen, zoals het garanderen van privacy en empowerment. Je enkel richten op oudere personen doet onrecht aan de complexiteit van de zorgverlening. Hierdoor moet de panelaanpak multi-actor gericht zijn. Om gedragen oplossingen te ontwikkelen, dienen alle actoren die nu reeds betrokken zijn mee te participeren (verpleegkundige, apotheker, buurtwinkel, vervoersmaatschappij en dergelijke).

PO ondersteunde de platformen in het uitwerken van een eigen aanpak vanuit de ervaring met proeftuinmanagement in andere sectoren, bijvoorbeeld de media, en paste de

eerder ontwikkelde tools aan (onder andere de Panelkit) aan de specifieke vereisten van het zorgdomein. De platformen werden ondersteund door PO over de wijze van bewaring van gegevens over panel en activiteiten.

Panelmanagement is echter veel meer dan het bewaken van de privacy van de panelleden. Via een workshop en een praktische coaching sessie per platform, georganiseerd door PO (met KIO ondersteuning), werd gewerkt op: samenstelling van het panel (profielmatrix opstellen), manier en vorm van rekruteren (welk kanaal, in welke vorm), strategie ter motivatie bij diverse panels om deel te (blijven) nemen. Gelet op de diversiteit van de doelgroep 'ouderen' en het stigma gekoppeld aan ouder worden, is het niet eenvoudig om deze groep actief te betrekken. De oudere zelf of zijn omgeving denkt al snel dat nieuwe dingen niet meer mogelijk zijn voor hem of haar. Daarom organiseerde PO, met KIO ondersteuning, co-creatie sessies met de ouderen om samen te achterhalen wat de beweegredenen zijn van ouderen om aan proeftuinonderzoek deel te nemen.

Tussentijdse terugblik

Gezien de uitdagingen waar de ouderenzorg voor staat, is de nood aan innovatieve initiatieven hoog. De Vlaamse overheid heeft een mooie kans om te innoveren gecreëerd met de Zorg Proeftuin.

Proeftuinen zijn reeds in heel Europa op diverse domeinen toegepast, maar nog niet vaak op de integrale uitdagingen van de ouderenzorg. Het betrekken van diverse ouderen en het hele zorglandschap vragen om een aangepaste aanpak. Een uitdaging waarop verder gewerkt zal worden binnen dit initiatief.

Een andere uitdaging voor dit initiatief is de duurzaamheid van deze aanpak: het verder kunnen ontwikkelen na afloop van de overheidsfinanciering. Ook hier wordt gezocht naar nieuwe oplossingen.

Een derde uitdaging voor dit initiatief is de complexiteit van de Vlaamse structuur (platformen, projecten, panels, PO, KIO,

klankbord). In het eerste jaar werd gesleuteld aan het werkbaar maken hiervan. Het lijkt een boutade maar 'nieuwe structuren opzetten vergt tijd'. In een wereld die vol verwachting uitkijkt naar snelle resultaten wordt dit al te snel uit het oog verloren.

In het voorbije jaar werd er alvast veel geëxperimenteerd en bijgeleerd, wat de essentie is van elke proeftuinaanpak.

Literatuur

- KIO, Een inhoudelijke vergelijking van de platformen en projecten bij de start. April 2015. www.zorgproeftuinen.be
- KIO, Working paper: Indicatorenontwikkeling binnen de Zorg Proeftuinen: tussentijds rapport. April 2015. www.zorgproeftuinen.be
- Leys M. en Pots L. namens KIO, (2014, september), Ecosysteem Zorg Proeftuinen Vlaanderen. www.zorgproeftuinen.be.
- Mulder, I., & Stappers, P. J. (2009). Co-creating in practice: results and challenges. In Collaborative Innovation: Emerging Technologies, Environments and Communities, in: Proceedings of the 15th International Conference on Concurrent Enterprising: ICE 2009, (Leiden, The Netherlands, 22–24 June 2009). pp. 1-8, Centre for Concurrent Enterprise: Nottingham, UK.

Over de auteurs

Katleen Boschmans is verbonden aan het iMinds Program Office Zorg, het digitale onderzoekscentrum van Vlaanderen (www.iMinds.be).

* Dit artikel is tot stand gekomen met medewerking van An Jacobs, Karen Willems & Birgit Morlion, allen verbonden aan iMinds Program Office Zorg, en Charlotte Brys, Lien Pots, Patricia De Vriendt, Ellen Gorus & Mark Leys, verbonden aan KIO, een interuniversitair consortium (OPIH-VUB, GERO-VUB, CESO-KULeuven, iCher-VUB, Arteveldehogeschool, ETRO-VUB, HOWEST). Email: zorgproeftuinen@iminds.be. Website: www.zorgproeftuinen.be

Sociale wijkteams en thuiswonende zorgbehoevende ouderen: een uitdagende verhouding

SUZAN VAN DER PAS & JOOST VAN VLIET

Voor de toegang tot zorg en ondersteuning kunnen thuiswonende zorgbehoevende ouderen veelal terecht bij het sociale wijkteam. Zijn de professionals in de sociale wijkteams nu en straks wel voldoende toegerust om de zorgvraag van zorgbehoevende ouderen goed in te schatten en zijn zij in staat om dit af te stemmen met andere professionals?

Verschillend per gemeente

Begin 2015 is de nieuwe Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) in werking getreden. Dit betekent dat gemeenten verantwoordelijk zijn geworden voor een belangrijk deel van de ondersteuning bij mensen thuis. Het gaat hierbij vooral om ouderen, mensen met psychische problemen en gehandicapten. In nagenoeg alle Nederlandse gemeenten zijn sociale wijkteams ingesteld om de toegang naar zorg en ondersteuning voor hun inwoners te regelen.

Sociale wijkteams zijn interdisciplinair samengesteld en op wijk- of dorpsniveau georganiseerd. De algemene opdracht van de sociale wijkteams is laagdrempelig en dicht bij huis, de zorg en hulpverlening te organiseren. En wel zodanig, dat een beroep op zwaardere zorg en ondersteuning vanuit Wmo, zorgverzekeringswet en AWBZ wordt voorkomen, dan wel vertraagd. Om dit mogelijk te maken wordt gewerkt volgens het principe één casus, één plan en één regie. Een uitdagende missie voor een team dat doorgaans bestaat uit zo'n 8 tot 12 professionals uit verschillende disciplines die zich in betreffend werkgebied op zorg- en dienstverlening richten. Bij een cliënt thuis 'aan de keukentafel' wordt in een tweegesprek de zorgvraag ver-

kend, geregistreerd en vertaald naar doelen en acties om de aanwezige problematiek aan te pakken. Daarna wordt met de cliënt afgestemd wie welke doelen voor diens rekening neemt, in de volgorde zelfzorg → sociaal netwerk → informeel systeem van buurtbewoners en vrijwilligers → formeel systeem.

Met het benoemen van deze algemene kenmerken houdt de gelijkenis van de verschillende sociale wijkteams op, want nagenoeg elke gemeente heeft in de vormgeving van de teams een andere opdracht, samenstelling en organisatie meegegeven. De invulling wordt beïnvloed door tal van factoren, waaronder de politieke kleur van de wethouder. De gemeente Den Haag heeft, vanaf het eerste moment, het initiatief naar zichzelf toegetrokken en is zeer sturend opgetreden in het vormgeven van een kader waarmee de Haagse teams moeten gaan werken. In deze 'wijkzorgteams' blijven alle deelnemers in dienst bij de eigen moederorganisatie en worden voor enkele uren per week gedetacheerd. Zo behoudt ieder lid diens professionele identiteit en neemt als specialist deel. Het wijkteam wordt onder gemeentelijke regie aangestuurd door teamcoördinatoren, die de casuïstiek binnen krijgen en verdelen onder de, in hun ogen, meest aange-

wezen functionaris, die vervolgens op huisbezoek gaat en bepaalt wat in de betreffende casus de inzet zal zijn. In deze rol vervult het lid van het sociaal wijkteam een belangrijke poortwachtersfunctie in het toewijzen van de professionele inzet en/of persoonsgebonden budget. In het verderop gelegen Leiden wordt in de sociale wijkteams gewerkt met 'generalisten', die voor gemiddeld 20 uur per week voor dit werk zijn aangesteld. De opzet is hier dat het team als een zelfsturende eenheid onderling de casuïstiek verdeelt en afstemt wie welke rol in het team op zich neemt. Richt het wijkteam in Den Haag zich louter op het organiseren van zorg en dienstverlening voor mensen met multiproblematiek, de opdracht in Leiden is gericht op het optimaliseren van zelfredzaamheid van individuen en het vergroten van de participatie van de burgers in de directe woonomgeving en daarbinnen het organiseren van inzet rondom zorg- en dienstverlening.

De samenstelling van een sociaal wijkteam is verschillend van plaats tot plaats, en zelfs van wijk tot wijk. Vanuit het welzijnswerk is vaak het maatschappelijk werk in de teams betrokken, soms ook het ouderenwerk, jongerenwerk en/of opbouwwerk. Daarnaast vormen de Wmo-consulenten (die over de toewijzing van hulpmiddelen in en aan huis beslissen), schuldhulpverleners en sociaal consulenten (die over steun en uitkering gaan) min of meer een vast bestanddeel van het sociaal wijkteam. Vanuit zorg is de wijkverpleegkundige nog weleens aan het sociale wijkteam aangehaakt, gevolgd door vertegenwoordigers uit de sector verpleging en verzorging, psychiatrie, het dak- en thuislozenveld en ondersteuningsorganisaties voor mensen met een beperking.

Hulpbehoevende ouderen thuis

Thuiswonende zorgbehoevende ouderen zullen, in het vinden van de toegang tot voorzieningen, het sociaal wijkteam op hun levenspad tegenkomen. Wij zien daarin een aantal zorgpunten die nog onvoldoende zijn uitgewerkt. Met de generalistische inslag van wijkteams worden ouderen meer en meer aangewezen op de algemene voorzieningen voor volwassenen. De met de sociale wijkteams ingeweven 'wat-

kan-u-nog-zelf-attitude' sluit maar moeilijk aan op de leefsituatie van thuiswonende ouderen in een toenemend kwetsbare positie. De houding vanuit het sociaal wijkteam is gericht op het zo veel mogelijk organiseren binnen het informeel steunsysteem en het mondjesmaat, en voor een beperkte periode, geven van toegang tot formele ondersteuning en begeleiding. De vraag is waar de aandacht blijft voor kwetsbaarheid als belangrijk gezondheidsprobleem en of het team wel voldoende kennis heeft van de fysieke, psychische en sociale behoefte van zorgbehoevende ouderen. Het bieden van ondersteuning bij een geleidelijke weg naar méér zorggebruik, is een diametraal andere houding dan voortdurend het belang van zelf- en mantelzorg te onderstrepen. Daarnaast is er sprake van 'een casus-regisseur'. Deze nieuwe rol is een andere, en staat op grotere afstand van het hulpverleningssysteem dan de casemanager, die door de veranderingen meer en meer aan het verdwijnen is. De rol wordt dan overgenomen door de meer generalistische casus-regisseur en dat is een gemis, omdat de casemanager juist aandacht heeft voor de complexiteit van de zorgvraag, zoals bijvoorbeeld bij dementie.

Verder maakt de diverse samenstelling van de sociale wijkteams het behoorlijk willekeurig welk lid van het sociaal wijkteam bij een zorgbehoevende oudere thuis op huisbezoek komt. En hoe je het wendt of keert, elke professional kijkt met diens eigen beroepsmatige blik naar de cliënt en diens huishouden in kwestie. Dat maakt de uitkomst van deze ontmoeting ook betrekkelijk onvoorspelbaar. Wel wordt steeds vaker gebruik gemaakt van instrumenten zoals de zelfredzaamheidsmatrix (Fassaert, 2013) om vooral breed te kijken naar de situatie.

Bij de zorgvrager thuis beslissen cliënt en sociaal werker over de inzet vanuit het formeel systeem. Dat vraagt dus nogal wat van de gespreksvaardigheden van beiden. Kan de oudere de betreffende problematiek goed verwoorden? Heeft hij/zij goed zicht op wat van het informeel steunsysteem gevraagd en verwacht kan worden en is deze assertief genoeg om de werkelijke behoefte te benoemen en daarop gefocust te blijven? Ook van de professional

worden dergelijke communicatieve vaardigheden gevraagd. Doorvragen, goed luisteren, niet te snel conclusies trekken, geduldig zijn, en dan ook nog het best passend adviseren. Instrumenten zoals de zelfredzaamheid-matrix kunnen hier voor de professional steunend in zijn, maar de zorgvrager heeft vaak niet veel meer dan het eigen verhaal.

Een laatste, nog niet goed uitgewerkte kwestie is de scheiding tussen sociale wijkteams en de eerstelijnsgezondheidszorg. De wortel daarvan ligt opgesloten in de gesplitste financiering tussen gemeentelijke Wmo en zorgverzekeraars, met als effect dat er voor de burger gescheiden trajecten voorliggen: de route via de huisarts en de route via het sociaal wijkteam. De huisarts zal eerder het medisch traject doorlopen, terwijl soms een maatschappelijke interventie meer passend zal zijn. Effectief goede hulp- en dienstverlening aan thuiswonende zorgbehoevende ouderen is juist gebaat bij een nauwsluitende samenwerking tussen huisartsenpost en sociaal wijkteam.

De wijkverpleegkundige zou een belangrijke verbindende schakel kunnen spelen tussen zorg en het sociale domein. Deze functie wordt echter anders gefinancierd dan de overige professionals van het sociale wijkteam. De wijkverpleegkundige wordt vanaf 1 januari bekostigd vanuit de Zorgverzekeringswet (Zvw). Hiermee wordt wijkverpleging een aparte aanspraak in de Zvw en gaan wijkverpleegkundigen dezelfde vrije toegang krijgen als huisartsen (Zorgverzekeraars Nederland, 2014). De samenwerking tussen sociale wijkteams en wijkverpleegkundigen wordt op allerlei manieren ingevuld. Dit wordt bepaald door de gemeente en zorgverzekeraar. Dit maakt de inzet van de wijkverpleegkundige vrij willekeurig en dat is, gezien de brugfunctie en de specifieke aandacht voor zorgbehoevende ouderen thuis, een achilleshiel voor het succes van het sociaal wijkteam.

Uitdagingen voor de sociale wijkteams

De gekozen opdracht, samenstelling en organisatie van de sociale wijkteams door gemeenten zal in grote mate de uitvoering van het werk door de professionals in de wijkteams be-

invloeden. Daarnaast zal de afstemming tussen zorg en welzijn beïnvloed worden door de afspraken die worden gemaakt tussen de gemeente en de zorgverzekeraar. Dit alles heeft impact op de mate waarin zorgbehoevende ouderen als doelgroep in beeld komen voor professionals in de sociale wijkteams. Er zijn twee belangrijke uitdagingen voor de sociale wijkteams als het gaat om de ondersteuning van zorgbehoevende thuiswonende ouderen:

- 1 Zorg dragen dat de kennis rondom de fysieke, psychische en sociale behoefte van zorgbehoevende ouderen goed is verankerd in het sociaal wijkteam en dat de wijkverpleegkundige rol binnen het team goed is gewaarborgd.
- 2 Duidelijke onderlinge afspraken over de taakverdeling en samenwerking tussen de professionals in het sociale wijkteam, wijkverpleegkundige en huisarts. Dat vraagt om heldere afspraken tussen gemeentelijke (Wmo) en via zorgverzekeraars (Zvw) gefinancierde zorg en dienstverlening, waarbij de afstemming tussen de professionals centraal staat. Deze uitdagingen moeten worden aangepakt om voldoende kwaliteit van ondersteuning en zorg te waarborgen aan thuiswonende zorgbehoevende ouderen.

Literatuur

- CBS Bevolkingsprognose. Statline. 6-6-2015.
- Fassaert, Thijs, Lauriks, Steve, Weerd, Stef van der, Wit, Matty de, Buster, Marcel (2013). Ontwikkeling en betrouwbaarheid van de Zelfredzaamheid-Matrix. *Tijdschrift gezondheidswetenschappen*, 3, 169-177.
- Zorgverzekeraars Nederland (2014). *Inkoopgids wijkverpleging 2015*. Zorgverzekeraars Nederland, Zeist.

Over de auteurs

Suzan van der Pas is lector Sociale Innovatie en Ondernemerschap aan de Hogeschool Leiden en programmaleider van de Wmo-werkplaats Den Haag en Leiden. Daarnaast is zij senior onderzoeker aan de VU Medisch Centrum.

Joost van Vliet is hogeschooldocent aan de Haagse Hogeschool en programmaleider leeromgeving sociale wijkzorgteams Den Haag.

Niet over platgetreden paden

PETER BAKENS

Anke van Keulen & Fuusje de Graaff - Bureau MUTANT (2014). Ruimte voor jong en oud. Professioneel omgaan met diversiteit. Amsterdam: Uitgeverij SWP. (160 pagina's, € 19,90 ISBN 978 8850 566 9, 2015).



Mutant?

Meewarig kijkt de gemiddelde hbo-student van mijn opleiding Verpleegkunde me aan, als ik vertel dat ik net een boek heb gelezen over een succesvol adviesbureau dat 25 jaar bestaat. Een kwart eeuw 'hetzelfde' doen, is voor menige jong volwassene onvoorstelbaar. Het wordt wat acceptabeler en begrijpelijker voor ze, als ik erbij vertel dat de dames de Graaff en van Keulen er altijd ook andere zaken bij hebben gedaan. Dat lijkt op multitasken, en dat is oké. De naam van hun bureau zorgt overigens ook voor enige verwarring. Tja, het Nederlands op de middelbare school is niet meer wat het was..... mopperdemopper..... Maar een van mijn vlotte studenten veert omhoog: "een Mutant, dat is een Kite-

board dat tussen een Twintip en directional inzet. Wordt gebruikt bij het wavekiten en de old-school tricks. Mutanten hebben een duidelijke voor- en achterkant maar kunnen wel voor- en achteruit worden gevaren. Het aantal vinnen kan verschillen"..... Het zal de dames ongetwijfeld plezieren: ook hun merk is geen spat verouderd, sterker nog, is klaarblijkelijk wezenlijk gemuteerd!

Omkeerboek

Ruimte voor jong en oud is een 'omkeerboek' met twee thema's: (zorg voor) jong - het speelterrein van Anke van Keulen - en (zorg voor) oud - de core-business van Fuusje de Graaff. Beide thema's worden gekleurd door de grondtoon: Professioneel omgaan met diversiteit.

teit. Ingeleid door de twee hoofdrolspelsters beschrijven achtereenvolgens diverse 'klanten' en medewerkers van MUTANT, de diverse successen uit het verleden. Een kleine greep uit het ruime aanbod bij het thema 'Jong': Elly Singer blikt terug op het project 'Pedagogisch kader diversiteit in Kindercentra 0-13 jaar'. Jan Peeters en Michel Vandenbroeck vertellen enthousiast over het Vlaams-Nederlandse samenwerkingsverband dat zij vanaf 1998 met MUTANT aangaan. Anja Hol verwijst naar het intensieve traject 'Permanent leren in een team' (PLT), dat met ondersteuning van MUTANT sinds twee jaar draait.

Verschillen en overeenkomsten

Teamleren is een van de speerpunten van MUTANT. Dat zie je onder meer terug in een van de bijdragen bij het thema 'Oud'. Jan Wuister, huisarts en bestuurslid van gezondheidscentrum De Rubenshoek in de Haagse Schilderswijk beschrijft onder andere de aandacht die MUTANT besteedt aan het smeden van een hecht team in de hectiek van het gezondheidscentrum in deze krachtwijk. Carolien Smits, lector Innovaties in de ouderenzorg aan de Hogeschool Windesheim in Zwolle reflecteert in haar bijdrage 'Gerontologen, geografen en ouder wordende migranten' onder andere op de verschillen en overeenkomsten in het kernobject van beide disciplines. Een werkbezoek wat ze samen met de Graaff brengt aan Ankara levert anekdotische ontdekkingen op: terwijl in Nederland gepleit wordt om oudere Turkse vrouwen niet door 'broeders' te laten wassen, blijkt dat in de verzorgingshuizen van Ankara geen enkel probleem te zijn. Anneke Francke, leider van het onderzoeksprogramma Verpleging en Verzorging van het NIVEL en bijzonder hoogleraar 'Verpleging en Verzorging in de laatste levensfase' bij de afdeling Sociale Geneeskunde van VU medisch centrum en EMGO+ van de Vrije Universiteit van Amsterdam, spreekt lovende woorden over het streven van MUTANT om niet automatisch over platgetreden of gebruikelijke paden te lopen. Ze heeft dat eerder onderstreept in haar speech bij de promotie van de Graaff in 2012,

waarbij ze wijst op een van de bevindingen uit deze studies. Open en directe communicatie over een naderend levenseinde met de patiënt zelf ligt in Turkse en Marokkaanse families vaak gevoelig. Dit zet de anno 2015 dominante principes in de palliatieve zorg, zoals informed consent en advance care planning in een ander daglicht.

Ruimte voor jong en oud is een feestboek. Kom er anno 2015 maar eens om: een 25-jarig jubileum kunnen vieren! In een tussen-deeltje doen van Keulen en de Graaff onder andere hun bedrijfsfilosofie uit de doeken. Ook kant en klare best practice voor de startende ondernemer en tot slot mooi inspiratiemateriaal voor wie anno 2015 denkt met iets nieuws bezig te zijn: MUTANT leert gratis de les!

Verbeter de wereld

Zoals in een echt Liber amicorum wordt er dus stevig teruggekeken en gereflecteerd op roerige tijden en ingewikkelde projecten van Mutant. Ondanks deze retrospectie – waarin de lezer van weleer ongetwijfeld de geur van *patchouli* en de nadruk op het *demokratische prinsiepe* zal herkennen – ademt het bundeltje een overwegend frisse sfeer uit. Is dat te danken aan de no-nonsense stijl die de aanpak van de Graaff en van Keulen zo karakteriseert? Ze hebben de verleiding weerstaan om, zoals zo veel organisatieadviseurs, groter te groeien, zijn trouw gebleven aan hun basisprincipes en moeten, zoals blijkt uit de vele beschrijvingen door derden van hun werkwijze, wars zijn van opgeklopte trendy werkvormen en van elders overgewaaide nieuwe modes. Mutant verbetert de wereld en begint bij zichzelf. Als je na zoveel jaren nog steeds zoveel mensen de handen op elkaar doet krijgen voor je manier van werken, dan verdien je respect en bewondering. Bravo dames, op naar het gouden jubileum!

Voor meer informatie: zie www.mutant.nl

Over de auteur

Peter Bakens is docent verpleegkunde aan De Haagse Hogeschool en redacteur van het BSL-tijdschrift Denkbeeld.

In gesprek met ... André Vermeulen

Royal Rustique, creativiteit in vastgoed ouderenhuisvesting met een zakelijk tintje

RIA WIJNEN

In Den Haag is een jaar of vier geleden een nieuw concept intramurale ouderenhuisvesting gerealiseerd. Het project bestaat uit zeven herenhuizen in een gewone straat in een goede buurt van de residentie. Het unieke van dit project is de in de zorg en vastgoed doorgevoerde visie van scheiden van wonen en zorg. Het vastgoed is daarom anders opgezet, de zorg is anders georganiseerd en uiteindelijk zijn de verschillende cliëntengroepen bovengemiddeld tevreden. Rabobank heeft geïnvesteerd in dit project. André Vermeulen begeleidde vanuit de Rabobank. Royal Rustique wordt geëxploiteerd door Saffier De Residentie Groep, een zorginstelling uit de hofstad.

Vier doelgroepen, een zorgorganisatie

Royal Rustique bestaat uit onder andere 42 appartementen die gehuisvest zijn in vier van zeven herenhuizen. De huizen worden bewoond door verschillende doelgroepen: mensen met een verstandelijke beperking, bewoners met een niet aangeboren hersenletsel, psychogeriatrische bewoners en mensen met zwaar somatische aandoeningen. Ieder herenhuis heeft zijn eigen voordeur, en iedere bewoner zijn eigen kamer. Op de benedenverdieping is een gemeenschappelijke huiskamer en een keuken. De herenhuizen zijn horizontaal met elkaar verbonden door deuren, zodat in geval van nood de hulpverlening snel en de zorg efficiënt kan plaatsvinden. De Rabobank heeft dit project gefinancierd en is na de oplevering, intensief bij het project betrokken gebleven. Reden om eens te gaan praten met de begeleider van de Rabobank, André Vermeulen.

Maatschappelijk belang en zakelijke bril

Vermeulen is werkzaam in het team sectormanagement Zorg. Hij is bedrijfseconoom, heeft Management en Organisatie in Tilburg gestudeerd, nadat hij de HBO-studie Management, Economie en Recht had afgerond. De combinatie van economie en recht komt in zijn huidige functie zeer goed van pas. De zorgsector is erg gejuridiseerd, er zijn een heleboel wetten. Vermeulen daarover: “In de zakelijke dienstverlening is de juridische component naast de maatschappelijke en managementcomponent belangrijk, maar in de zorgsector heb ik vooral veel aan mijn juridische achtergrond. Dat het maatschappelijk belang van de zorgsector groot is, vind ik waardevol, maar ik vind het juist interessant in zo’n maatschappelijke sector een zakelijke bril op te zetten. En dat kan vanuit deze functie.”

De visie van de Rabobank

In promotiefilmpjes profileert de Rabobank zich als een bank voor mensen, een bank voor de samenleving. ‘Een aandeel in elkaar’ is de slogan. De kernwaarden volgens de bank zijn: Respect, Integriteit, Professionaliteit en Duurzaamheid.

André Vermeulen over die kernwaarden in relatie met het Haagse project: “Vroeger had ik als bankier aandacht voor hoe we de zorgorganisatie konden helpen zo groot mogelijke gebouwen neer te zetten en zo goedkoop mogelijk te financieren. Nu denken we dat je veel meer vanuit het perspectief van de kwaliteit van zorg moet gaan denken. En dat betekent soms dat je vanuit dat perspectief tegen projecten ‘nee’ zegt. Het zou ook kunnen dat iets niet onder de gestelde voorwaarden gerealiseerd kan worden, omdat het misschien in zichzelf wel een te financieren project is, maar de waarde voor de maatschappelijke context beperkter is. Vroeger keken we snel naar: ‘Kunnen ze terugbetalen?’ Het oude zorgsysteem bevatte prikkels om juist zo veel mogelijk te lenen, daar verdiende zorginstellingen op. Nu kijk ik naar een project en bedenk of het maatschappelijk bijdraagt, of het de beste weg is om de zorg voor de burger beter te maken.”

“Ik heb geleerd - en dat proces is nog lang niet afgerond - om telkens die bril op te zetten, Vanmorgen sprak ik over een fusie van twee ziekenhuizen. Vinden we dat goed? Financieel is het haalbaar. Een fusie is voor ons plezierig, dat geeft minder concurrentie. Maar dat is niet de agenda. De agenda is de duurzaamheid van die organisatie, een bepaalde toegevoegde waarde leveren voor de burger. Dat toetsen wij langs drie lijnen: betaalbaarheid, kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg. Onze initiatieven moeten een bijdrage leveren aan de verbetering van die drie elementen ten opzichte van de bestaande situatie. Dan is het een pas vooruit en dan stappen we gemakkelijker in.”

Een mix van kwaliteit en zakelijkheid

Vermeulen benadrukt dat hij wel degelijk ook zakelijk naar projecten kijkt. In zijn visie ech-

ter werkt een goede kwaliteit van zorg kostenbesparend. “Als je het echt primair over zorg hebt, dus niet over de service en de diensten erom heen, maar over primaire zorg, is kwaliteit ook de beste weg om tot de laagste kosten te komen. Slechte zorg leidt nooit tot goed resultaat. Als je kwaliteit levert, is dat op lange termijn het meest rendabel. Dat is interessant in de ouderenzorg. Wat is dan kwaliteit? Is dat zorg die mensen zo lang mogelijk in leven houdt of is dat zorg die mensen een goede kwaliteit van leven laat ervaren?” Vermeulen gaat ervan uit dat het laatste het geval is. Hij spreekt ook consequent over de burger en niet over cliënt of patiënt. De burger centraal stellen, dat is zijn uitdaging, zijn opdracht. In de dialoog over de zorgsector zet hij die stelling centraal. Is het antwoord dat geformuleerd wordt goed voor de burger en is het *smart* geformuleerd, dan wordt er gefinancierd.

Het project Royal Rustique

De huizen van Royal Rustique zijn voor de Rabobank interessant. Allereerst omdat het een vastgoedobject is. De Rabobank is al in een vroegtijdig stadium gevraagd om mee te denken over de financiering van het object. Dat heeft te maken met een bijzonder kenmerk in de Haagse zorgsector. De vraag naar zorg in Den Haag kent pieken en dalen, heel kort achter elkaar. Op een gegeven moment is er grote vraag naar zware intramurale zorg, maar een aantal jaren later is de vraag voor een groot gedeelte weg. Het is dus verstandig om flexibel vastgoed te bouwen zodat ingespeeld kan worden op de onvoorspelbare fluctuaties in capaciteit. Het vastgoed moet dan wel aantrekkelijk zijn, commerciële waarde hebben. In het project Royal Rustique heeft het straatbeeld bijvoorbeeld een grote rol gespeeld. Aan de overkant van de beoogde bouwplek staan herenhuizen. De Raad van Bestuur van de zorginstelling heeft gekozen om geen traditioneel verpleeghuis, een soort blokkendoos te bouwen, maar huizen in de stijl van de straat. Mocht de instroom in de zorginstelling verminderen, of desnoods opdrogen dan kunnen de huizen zelfs één voor één verkocht worden op de particuliere markt. Daarmee is de dis-

cussie over het project gestart. Toen ook nog besloten werd om de appartementen binnen de sociale woningbouw te laten vallen, zodat ze voor verhuur aantrekkelijk zouden worden, was het project voor de Rabobank helemaal goed financierbaar. De deal werd toen snel gesloten omdat het risicoprofiel laag werd. Vermeulen daarover: “Het is in feite een kleinschalige voorziening in een grootschalige setting. Het is flexibel en heel toegankelijk. Daarmee neemt het risicoprofiel van dit object af. Dat principe zit er voor ons als bankier achter maar toch, je komt dichtbij de leefwereld van een gewone burger, die gewoon huur betaalt.”

De betrokkenheid blijft

Nadat het project gerealiseerd was, is de intensieve betrokkenheid van André gebleven. TNO heeft onderzoek gedaan naar de meerwaarde van Royal Rustique. Vermeulen over het eindrapport: “Nu blijkt dat ook andere aspecten een positief effect op de betrouwbaarheid van dit complex hebben. Voornamelijk heeft dat te maken met de inhoudelijke kant, de kwaliteit van de zorg. De mantelzorg blijkt meer betrokken, de leefbaarheid van de instelling wordt positief beoordeeld. Die aspecten die in het TNO-rapport naar voren komen, die hebben een extra stimulans gegeven voor dit soort objecten. We hebben het idee dat dit veel toekomstbestendiger is dan wij aanvankelijk dachten. Ik denk dat het een prima voorbeeld is voor bouwprojecten in de zorg. Het concept van flexibiliteit, de eigen voorkeur en nog een paar van die parameters hebben een

bepaald voordeel, zoals de horizontale verbinding tussen de huizen om de verpleegstroom in te regelen. Je kunt toezicht houden door simpelweg gaten in de tussenmuur te houwen zodat van het ene naar het andere huis te lopen is zonder dat je buitenom moet. Want dat kost veel tijd. Dat soort simpele uitgangspunten dragen bij dat je dat blokkendoosprincipe van het traditionele verpleeghuistoezicht in stand houdt, maar de flexibiliteit van een eigen woning blijft creëren. En ook nog eens voor mensen met verschillende achtergronden zodat je mensen met somatische klachten en PG cliënten bij elkaar kunt zetten. Die variëteit is overigens pas achteraf zo ingevuld. In eerste instantie was het bedoeld voor ouderenzorg, dementerenden en cliënten met niet aangeboren hersenletsel. Maar vanuit de behoefte van de partner Rudolf Steiner (een zorginstelling voor mensen met een verstandelijke beperking) wonen daar nu ook mensen met een verstandelijke beperking. En dat is voor ons ook weer een signaal dat je met andere zorgorganisaties bepaalde diensten en services kunt combineren. Al die dingen bij elkaar zorgden ervoor dat het voor ons een aantrekkelijk object werd. De kwaliteit van leven van die mensen, dat is echt de kers op de taart. Daar ben ik zelf positief door verrast dat het zo'n verschil is, dat het uiteindelijk ook de zorgvraag vermindert en dus ook de zorgkosten reduceert. Dat hadden wij vooraf niet zo omvangrijk kunnen inschatten.”

Over de auteur

Ria Wijnen is redacteur van *Gerōn*

Hoe maak je comfortabel zelfstandig wonen mogelijk?

ROLF JOBSE & ANNE-MARIE VAN OMMEREN

De samenleving en de overheid verlangen van ouderen dat zij langer zelfstandig wonen. Deels is dit ook de eigen wens van ouderen. Verzorgingshuizen sluiten en mensen moeten als zij ouder worden meer hun eigen ondersteuning en zorg vormgeven. Langer zelfstandig wonen is het devies maar de vraag naar, en het aanbod van ondersteunende diensten komen nog niet altijd bij elkaar. Wat kan een intermediaire organisatie als Wonen met Gemak daarbij betekenen?

Bestaande woningen aanpassen

De vraag naar voor senioren geschikte woningen neemt de komende jaren toe. Dit heeft in de eerste plaats te maken met de toename van het aantal ouderen en ook met de toename van het aantal eenpersoonshuishoudens onder ouderen. Steeds meer ouderen blijven het liefst zo lang mogelijk in hun woning. Anderen willen verhuizen, maar door gebrek aan een geschikte woning in de vertrouwde omgeving nemen zij de ongemakken van hun woning voor lief. Dat signaleren gemeenten ook. De helft van de Nederlandse gemeenten voorziet dat de huidige woningvoorraad niet aansluit bij de toename van de vraag naar kleine seniorenwoningen met de daarbij behorende zorgvraag (Gemeentelijke Barometer Fysieke Leefomgeving, 2015). De toenemende vraag naar voor senioren geschikte woningen zal vooral in de bestaande woningvoorraad moeten worden opgevangen.

Voor het bedrijfsleven liggen er grote kansen in de huisvesting van senioren. Bedrijven weten in de praktijk echter nog niet goed hoe ze op deze kansen kunnen inspelen. En hoewel senioren hun woning wel willen aanpas-

sen, weten zij niet hoe zij een geschikt bedrijf daarvoor kunnen vinden, offertes kunnen aanvragen en opdrachten kunnen geven. Ze stellen de aanpassing van hun huis daarom uit. In een recente bijeenkomst van de Kamer van Koophandel in de gemeente Roosendaal en het Care Innovation Centre werd geconstateerd dat er een grote behoefte is aan de rol van een intermediaire organisatie die vraag en aanbod rondom langer zelfstandig wonen bij elkaar brengt. Wonen met Gemak speelt hier op in.

Ontstaan Wonen met Gemak

Wonen met Gemak is ontwikkeld in het dorp Prinsenbeek in samenwerking met de Stichting verankering Ouderenproof (SVOP), lokale bedrijven en de gemeente Breda. De SVOP bestaat uit een groep vrijwilligers die dorpsgenoten in workshops voorlichting geven over wat zij kunnen doen om makkelijk oud te worden in de eigen woning. Deelnemers van de workshops hadden behoefte aan een concreet vervolg. Vragen als “hoe pak ik een verbouwing aan?” en “hoe vind ik bedrijven die woningaanpassingen kunnen verzor-

gen?” waren de aanleiding voor het ontstaan van Wonen met Gemak. Wonen met Gemak bestaat uit diverse pijlers. Naast voorlichtingsbijeenkomsten biedt zij advies aan huis met behulp van ‘woonscans’ (zie onder). En aanvullend is er begeleiding mogelijk bij de voorbereiding en uitvoering van de woningaanpassing. Tot slot bemiddelt zij in Eindhoven ook in praktische diensten ter ondersteuning van het comfortabel thuis wonen.

De hoofddoelstelling van Wonen met Gemak is dat zij comfortabel zelfstandig wonen mogelijk wil maken door het bieden van informatie en advies aan ouderen en het bemiddelen naar organisaties die woningaanpassingen kunnen doen of ondersteuning kunnen bieden.

Een nevendoeel van Wonen met Gemak is het verbeteren van de leefbaarheid. Dit gebeurt door het bieden van diensten waardoor mensen langer in hun vertrouwde dorp kunnen blijven wonen. Deze diensten worden aangeboden door een samenwerkingsverband van lokale bewoners- en vrijwilligersorganisaties, lokale maatschappelijke organisaties en bedrijven. Dit zorgt voor behoud van leefbaarheid en stimuleert de lokale economie.

Voorlichting en wooscan door vrijwilligers

In diverse West-Brabantse gemeenten worden voorlichtingsbijeenkomsten gegeven aan senioren die door de gemeente daarvoor uitgenodigd zijn. Deze worden gegeven door geschoolde vrijwilligers die zijn aangesloten bij lokale organisaties als welzijnsorganisaties en ouderenbonden. Wonen met Gemak werkt bijvoorbeeld samen met de verenigde ouderenbonden in Brabant (Stichting Verenigde Bonden Overleg Brabant, VBOB). Het VBOB organiseert ‘train de trainer’-cursussen om vrijwilligers te scholen voor het geven van de voorlichtingsbijeenkomsten.

Wanneer senioren daar behoefte aan hebben, kunnen geschoolde vrijwilligers thuis langs komen voor een huisbezoek om met hen in gesprek te gaan over de woonsituatie en de eventuele vraag naar ondersteuning. De vrijwilligers bieden tijdens het bezoek aan sa-

men de Wooscan uit te voeren. Met deze Wooscan brengen de vrijwilligers in kaart wat de bewoner aan het huis kan (laten) verbeteren om nu én straks onbezorgd te kunnen wonen en in hoeverre de bewoner hierbij behoefte heeft aan ondersteuning. De beleving van de bewoner zelf staat hierbij centraal. Na afloop ontvangt de bewoner een rapport met de resultaten, adviezen en tips.

Servicepunt als spil

Het regionaal Servicepunt vormt de spil in de organisatie van Wonen met Gemak. Mensen kunnen bij het Servicepunt terecht voor informatie en vragen over woningaanpassing en over de mogelijkheden van dienstverlening en ondersteuning. Daarnaast is Wonen met Gemak laagdrempelig bereikbaar via bestaande loketten zoals de bankwinkels van de Rabobank, Wmo-loketten en balies van lokale organisaties wonen, welzijn en zorg.

Bij het vinden van concrete ondersteuning en diensten heeft het Servicepunt een bemiddelende rol. Zo werkt Wonen met Gemak samen met specialisten als een ergotherapeut, een seniorenkeurmakelaar en financieel adviseurs. Financieel adviseurs kunnen bijvoorbeeld helpen om de aanpassing van de woning te financieren uit de overwaarde van de woning, wat in de praktijk lastig blijkt te zijn (ANBO, 2015). Ondersteuning vanuit gespecialiseerde adviseurs kan dan het verschil maken.

Veel ouderen kiezen voor de uitvoering van werkzaamheden in en rondom het huis graag een vertrouwd bedrijf. Op lokaal niveau heeft Wonen met Gemak, in overleg met de lokale maatschappelijke organisaties, bedrijven geselecteerd die een rol kunnen vervullen bij de uitvoering van de werkzaamheden. Voor de senioren is het van belang dat zij verzekerd zijn van een bedrijf dat deskundig is op het gebied van seniorenhuisvesting en woningaanpassing. Wonen met Gemak selecteert hier kritisch op en evalueert de ervaringen.

Diensten waar Wonen met gemak vaak in bemiddelt, zijn klussen in en om de woning, gemaksdiensten als boodschappen-

service, maaltijdservice en bijvoorbeeld kapper aan huis of hulp bij het invullen van formulieren.

Het Servicepunt is tevens een voorportaal van de Architectenwinkel, waar senioren terecht kunnen voor advies en ondersteuning bij het opstellen en uitvoeren van hun plannen op het gebied van levensloopbestendig maken van de woning. Er is hierbij ook aandacht voor regelgeving en procedures, aanbesteding en bouwbegeleiding.

Olievlek

Wonen met Gemak is momenteel in zeven West-Brabantse gemeenten actief, en na de zomer zullen nog meer gemeenten aansluiten. We mogen concluderen dat er een gat gevuld is, waar in de regio Westelijk Noord-Brabant een grote behoefte aan was. Mede-initiatiefnemer Gemeente Breda, de partners en de bijdrage van Rabobank West Noord-Brabant en Provincie Noord-Brabant - vanuit het programma *Leefbaarheid@Brabant* - dragen bij aan een breed draagvlak binnen de regio. Met al ruim 2.000 deelnemers aan de informatiebijeenkomsten en trainingen van vrijwilligers zien wij een olievlek ontstaan, waarbij in toenemende mate de vraag van de zelfstandig wonende oudere beantwoord wordt vanuit Wonen met Gemak en haar samenwerkingspartners. Vele vaste vrijwilligers zijn dagelijks actief om de doelstellingen te behalen en senioren te adviseren. We zien een snelle toename in het aantal aangevraagde en uitgevoerde

woonscaans. Daaruit voortvloeiend zien we een toenemende omzet voor het bedrijfsleven door opdrachten van mensen die via Wonen met Gemak daadwerkelijk in hun woning investeren. Ook de werkzaamheden door de vrijwillige klussendiensten voor kleine aanpassingen nemen toe in aantal. Dus ja, door informatie, advies en bemiddeling kan zelfstandig blijven wonen comfortabel, veilig en plezierig zijn.

Literatuur

- Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) en Royal Haskoning DHV (2015). Gemeentelijke Barometer Fysieke Leefomgeving, 2015. Den Haag/Amersfoort: VNG en Royal Haskoning DHV.
- ANBO (2015). Financiering woningaanpassingen, een onderzoek van seniorenorganisatie ANBO. Woerden: ANBO.
- Wonen met Gemak, zie voor meer informatie: www.wonenmetgemak.nl; www.facebook.com/wonenmetgemak; www.linkedin.com/company/wonen-met-gemak; <https://twitter.com/Wonenmetgemak>

Over de auteurs

Rolf Jobse is coördinator van Wonen met Gemak. Contact: r.jobse@wonenmetgemak.nl
Anne-Marie van Ommeren is eigenaar van CommUnicate. www.comm-u-nicate.nl. Contact: info@comm-u-nicate.nl

Anne-Mei The:

De nieuwe misstanden gaan we nu in de thuissituatie zien

JAN WILLEM VAN DE MAAT & RIA WIJNEN



Anne-Mei The is opgeleid als cultureel antropoloog en jurist en promoveerde in de medische wetenschappen. Ze werd bekend als onderzoeker en schrijver van het boek 'In de wachtkamer van de dood' over leven en sterven met dementie in een verpleeghuis. Sinds juli 2012 is ze bijzonder hoogleraar Langdurige Zorg en Dementie aan de Universiteit van Amsterdam (UvA), en tevens lector Palliatieve zorg, Communicatie en Ethiek aan de Hogeschool Windesheim in Zwolle. Zij houdt zich niet alleen bezig met onderzoek, maar zet de onderzoeksbevindingen in haar bedrijven ook om in de praktijk.

In haar werk ontrafelt ze verborgen werelden achter complexe en aangrijpende onderwerpen als euthanasie, het naderende levenseinde, palliatieve zorg en dementie. Momenteel doet ze dat door voor de 'Dementie Verhalenbank' verhalen te verzamelen over hoe mensen met dementie en hun naasten omgaan met de beperking. Anne-Mei heeft een langdurige zorg voor ogen die kwalitatief beter, prettiger en vooral menselijker is.

Het thema van Geron is in dit nummer 'diversiteit'. Een heel breed thema. Wat is je eerste associatie met 'diversiteit'?

Bij mij komen al die gezichten van verschillende mensen in me op. Mensen die ik nu volg voor mijn huidige onderzoek, en mensen die ik eerder ontmoet heb bijvoorbeeld tijdens mijn onderzoek in het verpleeghuis. Mensen die gevormd zijn door de verschillende levens die ze geleefd hebben. In mijn huidige onderzoek voor De Dementie Verhalenbank interviewen we mensen met dementie en hun naasten over hoe zij omgaan met de ziekte. We zijn op zoek naar patronen en proberen te bedenken hoe je de kwaliteit van leven van mensen met dementie en hun omgeving kunt verbeteren. Ik vraag me dan altijd af: 'Wie is deze persoon?' en 'Wat voor een mens heb ik voor me? Hoe lukt het deze mensen om zich aan de lastige omstandigheden aan het einde van hun leven aan te passen?'

Wat me erg bezighoudt is hoe afhankelijk mensen met dementie zijn van hun relaties. En die relaties zijn al veel eerder in het leven gezet. Het is niet zo dat je met het ouder worden denkt 'ik ga mijn netwerk eens ontwikkelen'. De relatie met je kinderen, familie en vrienden is al lang geleden gezet en op dat moment is, expliciet of niet, besloten om wat voor elkaar te doen en onder welke omstandigheden. Dus als je naar mijn associatie met diversiteit vraagt, dan denk ik aan al die mensen met verschillende levensverhalen, die met behulp van verschillende netwerken op verschillende manieren hun laatste levensfase tegemoet treden.

Leidt al die diversiteit onder mensen ook tot problemen in de ouderenzorg? Het liefst wil je natuurlijk maatwerk leveren en mensen de regie in eigen hand geven. Maar tegelijkertijd is er de druk om in de ondersteuning en zorg zo efficiënt mogelijk te werken en dan is al die diversiteit misschien alleen maar lastig?

Wat je niet uit het oog moet verliezen, is een ander aspect van diversiteit, namelijk dat van de zorgverleners. Dat zijn natuurlijk ook mensen. Het eerste wat me opviel toen ik het onderzoek deed in het verpleeghuis, was dat we in onze samenleving de ingewikkelde zorg voor mensen met dementie overlaten aan la-

Niet iedereen zit te wachten om zelf de regie in handen te nemen aan het einde van het leven

geropgeleide, enigszins overbelaste, vrouwen. Voor dat werk heb je veel geduld en psychologisch inzicht nodig, ook om om te gaan met de familie. We zetten nu in op maatwerk en eigen regie behouden, maar de vraag is of dat lukt met het huidige opleidingsniveau van zorgverleners. Natuurlijk zijn er altijd parels waar het lukt en het heeft ook niet alleen met het opleidingsniveau te maken. Het gaat om het willen zien wie de ander is: kun je de interesse opbrengen om je in iemands achtergrond te verdiepen?

Hangt dat ook niet af van het beleid in het verpleeghuis? Stimuleren ze hun medewerkers voldoende om de ander te zien, in plaats van meteen in de oplossingsmodus te schieten?

Ja, dat maakt zeker uit. Maar de cultuur van efficiency en veiligheid is heel dominant. Je werk moet in een bepaalde tijd af. En we meten de verleende zorg nog vaak niet in resultaten. Voelt de patiënt zich gelukkiger, beter of goed geholpen? En heb je de juiste aandacht gegeven? Gelukkig werken verpleeghuizen steeds vaker met kwaliteitsinstrumenten, maar mijn punt is dat het een enorme opgave

is om *en* te kijken naar de wensen van verschillende mensen *en* tegelijkertijd de dagelijkse taken uit te voeren. Er moet ook gewoon gepoetst worden.

Het ligt ook ingewikkeld, want uitgaan van het bieden van maatwerk en aansturen op zelfregie bijt elkaar soms. Mensen verschillen en niet iedereen zit te wachten om zelf de regie in handen te nemen aan het einde van het leven. Dat merkte ik voor het eerst in de periode dat ik in het ziekenhuis werkte. Toen onderzocht ik longkankerpatiënten aan het einde van hun leven. Dat is een zware periode voor mensen, waarin het ideaalbeeld is dat zij hun situatie overzien en van alles zelf beslissen. Ik sprak met mensen die het nooit hadden geleerd om de regie in eigen handen te nemen. Ze waren vaak wanhopig en legden hun lot in handen van de arts: "Zeg u het maar."

Zij hadden helemaal geen baat

bij het aansturen op eigen regie. Dus het is een enorme opgave om te kijken wat het beste bij iemand past binnen de beperkt beschikbare tijd.

Marcel Olde Rikkert zei eerder in een interview in Geron dat het volgens hem al een enorme vooruitgang is als ziekenhuizen minimaal twintig minuten de tijd nemen om bij opname een ouder iemand te leren kennen. Alleen luisteren en vragen: wie ben je en wat vind je belangrijk in het leven?

Precies. En dat bespaart uiteindelijk ook tijd. Onlangs las ik een onderzoek naar de duur van ziekenhuisopnames bij cardiologie. Die namen af wanneer bij opname uitgebreid met patiënten werd gesproken. Als je echt de tijd neemt om iemand te leren kennen, en dat kost wel meer dan twintig minuten, win je die tijd in de loop van het proces uiteindelijk terug. Als je er even over nadenkt dan herken je dat mechanisme in je eigen leven natuurlijk ook. Neem de zorg voor je ouders. Omdat je je ouders en hun thuissituatie kent, weet je beter welke ondersteuning en zorg bij hen past.

Ondersteuning en zorg, ook voor mensen met dementie, worden steeds meer thuis gegeven. Daarbij is het samenwerken tussen professionele hulp- en zorgverleners en de naasten steeds belangrijker. Kom je dat ook tegen tijdens de interviews voor de Verhalenbank?

Wat me opvalt is dat mensen het prettig vinden om zo veel mogelijk autonomie en ruimte voor zichzelf te hebben, tot het moment dat ze voor de uitdaging worden gesteld om gebreken te accepteren en afhankelijk worden. Want hoe pak je dat dan aan met je sociale omgeving? Als het allemaal alleen maar minder wordt, hoe maak je er dan toch iets draaglijks van? En welke rol heeft iedereen daarbij?

Dat is een erg lastig vraagstuk van deze tijd dat me persoonlijk ook bezighoudt. Hoe ga ik met mijn dierbare naasten om? Moet, wil of kan ik iets voor de mensen in mijn omgeving betekenen die dat nodig hebben? Toen ik jong was, was alles gericht op jezelf ontwikkelen, naar school gaan en studeren. In die tijd lag er nog niet zo'n nadruk op informele zorg binnen de familie. Ik kwam uiteindelijk in Amsterdam terecht, maar mijn ouders wonen nog in Groningen. Hoort het nu bij mijn leven om voor de zorg voor mijn ouders ruimte te gaan scheppen als het zover is? En hoe moet ik dat aanpakken? Als ik met mijn ouders daarover spreek en bijvoorbeeld voorstel om bij mij en mijn broer in de buurt te komen wonen, dan willen ze dat niet. Ze willen in hun eigen omgeving blijven, maar de afstand maakt het moeilijk voor ze te zorgen als dat nodig is.

Als je geld hebt, kunt je natuurlijk zorg inkopen en hoef je je kinderen en je sociale omgeving minder om hulp te vragen. Zijn we niet al hard op weg naar een soort tweedeling, de oudere 'haves' en de 'have nots'?

Ja, dat zie je inderdaad nu al. Ik heb me ook een tijdje bezig gehouden met het opzetten van verpleeghuizen waar je bij moest betalen.

Zo'n zeven of acht jaar geleden kon je het daar nog helemaal niet over hebben. Dat was echt een taboe. Ik vond dat onzin. Het gewone leven is immers ook oneerlijk. De een woont in een groot huis en heeft een grote auto. En als je dan later zorg nodig hebt, dan moet het ineens allemaal gelijk zijn? Als je geld hebt, is het natuurlijk makkelijker. Van een pedicure hoorde ik bijvoorbeeld dat er in Amsterdam zwarte zorgnetwerken ontstaan. Oudere verpleegkundigen die met een groepje dag en nacht voor vermogende mensen met dementie zorgen.

Waar ik bang voor ben is dat we een heel laag basisniveau overhouden. Ik heb het niet alleen over de intramurale zorg, maar ook over de ondersteuning en zorg thuis. Als ik kijk naar de gezinnen die ik nu interview, daar loopt de druk al hoog op en dat zijn dan nog vaak mensen die niet alleen wonen en over middelen beschikken.

Ik denk dat veel mensen in afhankelijke situaties hun stem niet goed kunnen verheffen. Dat zag ik ook in de tijd dat ik onderzoek deed in de verpleeghuizen. Dat was rond 2000, in de gouden tijd vóór de crisis. Alles ging goed en mensen gooiden met geld hier in Amsterdam. En dan fietste ik vervolgens naar het verpleeghuis en daar was het zo ongelooflijk schraal. Ik hoop dat ik ongelijk krijg, maar ik ben bang dat we die schrale si-

De roep om euthanasie legt een leegte bloot in onze samenleving

tuaties nu thuis gaan zien. Zeker als je hoort dat in een stad als Amsterdam meer dan de helft van de mensen die dementeert alleen woont en een beperkt netwerk heeft.

Dus dat langer thuis wonen, dat verheerlijken we momenteel wellicht te veel?

In veel gesprekken die ik voer, gaat het over de combinatie van aftakeling en zelf over het eigen leven willen beslissen. Wat me opvalt is dat ik regelmatig hoor dat mensen, nadat ze de diagnose dementie hebben gekregen, zich

onmiddellijk met de vraag naar euthanasie gaan bezighouden. Ze komen er achter dat dit bij dementie lastig ligt en dan gaan ze uitzoeken hoe ze zelf aan de benodigde middelen kunnen komen, bijvoorbeeld poedertjes uit China.

Het schrikbeeld van het verpleeghuis nemen ze dan als reden, naast natuurlijk het vooruitzicht van de aftakeling en ontluistering. Het idee dat je nog een leven kunt hebben *met* de aandoening en dat dat leven dan ook aangenaam kan zijn, is niet het beeld dat zij voor ogen hebben. Ik heb ook wel wat schroom om die kant van het verhaal te belichten, omdat ik me natuurlijk in een heel andere levensfase begeef. Ik heb makkelijk praten.

Misschien moeten we het ontluisterende van het einde van het leven leren accepteren

De reflex naar euthanasie legt naar mijn idee een leegte bloot in onze samenleving. Het kan toch niet zo zijn dat euthanasie de oplossing is voor dementie? Als eenzaamheid en een gevoel van zinloosheid ten grondslag liggen aan de vraag naar euthanasie dan heb ik daar moeite mee. Dan moeten we beter zorgen dat mensen met dementie erbij horen. Het is meer een maatschappelijk vraagstuk waar we als samenleving voor verantwoordelijk zijn. Het gaat erom dat we kijken naar welke veranderingen we kunnen aanbrengen in de context van mensen met dementie om het leven van hen en hun naasten draaglijker te maken. Dat is wat ik aanduid met 'de sociale benadering van dementie'.

Natuurlijk is er soms inderdaad sprake van ondraaglijk lijden, maar het is goed om de vraag te stellen of er andere oplossingen mogelijk zijn. Met een goede palliatieve zorg bijvoorbeeld lossen niet ineens alle euthanasievragen op, maar een aantal toch wel. En als we in staat zijn om in verpleeghuizen en in de thuissituatie mensen zich minder eenzaam te laten voelen, zullen er minder vragen naar euthanasie komen. We moeten ook over deze

onderwerpen spreken als we het over euthanasie hebben. En niet alleen over zelfbeschikking, juridische aspecten, poedertjes en wetgeving.

Kortom, er moet meer aandacht komen voor de sociale en menselijke kant? Het verminderen van eenzaamheid en het bieden van kwalitatief goede palliatieve zorg?

We hebben de zorg in Nederland opmerkelijk verdeeld. In de ziekenhuiszorg, de cure sector, worden kosten noch moeite gespaard om levens te verlengen. Geld speelt daarbij nauwelijks een rol. Maar kijk je naar de care sector, naar de verpleeghuizen, dan is schraalheid troef. Het is alsof je alleen A wilt zeggen, leven erin wilt pompen. Reanimatie op reanimatie. En als het dan tijd is om B te zeggen en te zorgen voor een menswaardig ouder worden, dan is het geld ineens op. Toen ik voor het eerst in het verpleeghuis kwam, dacht ik,

dit zijn vergeten mensen! Mensen die zijn overgebleven en niet meer voor zichzelf op kunnen komen. Gelukkig zijn de verpleeghuizen veel in het nieuws gekomen en is het probleem inmiddels zichtbaar.

De nieuwe misstanden gaan we nu in de thuissituatie zien. Daar is het natuurlijk ook ploeteren. Verborgen tragiek achter de voordeur. Als de gezondheid afneemt, gaat het gewone leven langzaam over in hulpbehoefendheid. En dan is het de vraag wat kunnen we doen om die fase menswaardig te maken? En de vraag die ook aan de oppervlakte komt is: "Waar liggen de grenzen van wat we toe kunnen laten in de thuissituatie?"

Laat ik een voorbeeld geven. Gerdi Verbeet vertelde tijdens het openingssymposium van De Dementie Verhalenbank heel uitgebreid over haar vader en moeder. Haar vader kreeg een hartstilstand en overleed. Toen zagen de kinderen dat het hele huis vol *post-its* hing en dat moeder aan het dementeren was. Moeder begon te dwalen, werd bestolen op straat, het huis vervuilde. Ze onthield niet meer hoeveel ze dronk en dus dronk ze te veel. Ze viel van de trap. Ze trok op ongepaste

momenten haar rok omhoog. Het was alles bij elkaar ontluisterend, vertelde Gerdi. Maar haar moeder wilde zelf thuis blijven wonen en de zonen en burens vonden dat goed. En Gerdi vertelde dat ze toen toch een verhuizing naar een verzorgingshuis heeft doorgedrukt. Met het idee: 'daar is het gezellig, zit ze samen met anderen en is het veilig.' Maar achteraf heeft ze daar spijt van gekregen. In het verzorgingshuis was het helemaal niet gezellig. Haar moeder werd gepest. En ze kwam in een andere buurt terecht, waar ze haar vaste loopje naar de winkels niet meer kon maken en ze dus verdwaalde. En dat is wat ik bedoel als ik me afvraag waar de grens ligt. Misschien was het thuis blijven wonen in ontluisterende omstandigheden beter. Misschien hoort dat soms wel bij het einde van het leven en moeten we dat leren accepteren. Het antwoord heb ik daar niet op.

Je vertelde net dat als mensen de diagnose dementie krijgen, ze vaak de neiging hebben zichzelf af te schrijven en al snel na gaan denken over het organiseren van de eigen dood. Zonder eerst goed te bedenken wat er nog voor mogelijkheden zijn met de ziekte. Moeten we iets rondom de beeldvorming van dementie veranderen?

Dementie is omgeven door hele negatieve beeldvorming. In onze samenleving zijn we er als de dood voor om een deel van ons verstand te verliezen. Tel daarbij op dat het thema natuurlijk ook de laatste jaren op de agenda is gezet met afschrikwekkende metaforen als 'epidemie', 'tsunami' en 'deltaplan'. Door dat soort woorden te gebruiken roep je bewust een schrikbeeld op. Dat helpt natuurlijk niet om op een nuchtere manier met dementie om te gaan. En ten slotte is er ook gewoon veel onwetendheid over wat dementie is, wat de ziekte inhoudt. Mensen geven bij wijze van spreken al bijna aan dat ze niet meer willen, zonder dat ze precies weten hoe het proces van de ziekte er uitziet en wat nog wel kan.

Het is in elk geval nodig dat kennis over het proces van dementie gemakkelijker toegankelijk is. Wat staat je te wachten? Wat kun je doen om je voor te bereiden? Met wat voor zaken kom je in aanraking? En we moeten minder overspannen over dementie leren nadenken. Laten we ons concentreren op het dagelijkse leven met de beperking. Dan krijg je gesprekken die ertoe doen. Over hoe je op een prettige manier de dag doorkomt. Wat kan je nog wel en wat doe je graag? En hoe kun je afhankelijkheid opvangen?

Er is dus een kennistekort in de samenleving, kennis over wat dementie is, wat de stadia zijn, hoe je ermee kunt leven en hoe je er als samenleving mee om kunt gaan. Onlangs heeft Staatssecretaris Van Rijn aangekondigd daarvoor geld vrij te maken. Een goede zaak dus?

Zeker, maar het is geen eenvoudige opgave beeldvorming te veranderen. Dat lossen we niet louter op met een dementievriendelijke samenleving waarin winkelpersoneel wordt geschoold. Het vergt een veel diepere cultuurverandering die we moeten internaliseren. Kwetsbaarheid bij het ouder worden is iets dat we liever niet willen zien. We leven in een samenleving waar we ons richten op maak-

Kwetsbaarheid bij het ouder worden is iets dat we liever niet willen zien

baarheid, jong en mooi zijn en economische zelfstandigheid. Kwetsbaarheid bij kinderen vinden we normaal en accepteren we, maar kwetsbaarheid tijdens het ouder worden negeren we. We kijken het liefst weg. Als ik tijdens mijn interviews vraag, wat vindt u nu het ergste? Dan is dat toch dat ze niet meer serieus genomen worden. Dat er over ze gepraat wordt, dat ze niks meer te doen hebben en niet meer van betekenis kunnen zijn. Hoe voorkom je dat? Dat kun je niet in een paar jaar oplossen. Dat gaat over bewustwording en dat heeft veel tijd nodig, misschien wel generaties.

De zzp'er: goedkope arbeidskracht of ondernemer?

HENK VAN DER SCHAFT

Zzp'er staat voor zelfstandige zonder personeel, ook wel aangeduid als ozp, freelancer, schijnzelfstandige en ondernemer. Allemaal termen voor mensen die zonder arbeidsovereenkomst werken. Dit artikel geeft - op persoonlijke titel geschreven - een beschouwing over de zzp'er in zijn diverse verschijningsvormen. Voor de een is de zzp'er een zege, voor de ander een probleem. Wie er gelijk heeft, doet er eigenlijk niet toe, wel de vraag "wat willen we met de zzp'er als blijvende speler op de arbeidsmarkt?"

Ondernemerschap en flexibiliteit

De zzp'er staat volop in de belangstelling, bij werkgevers, vakbonden en politiek. Volgens schattingen zijn er inmiddels tussen 800.000 en 1.000.000 zzp'ers. Voor werknemers is er een wettelijke definitie. Voor de zzp'er geldt dat er geen wettelijke regeling is. En dat is wel merkwaardig gezien het aantal zzp'ers.

Zzp'ers worden door politici vooral geprezen vanwege het ondernemerschap. Werkgevers zien hen als de ideale flexibele kracht maar de werknemersvakbonden zien ook de keerzijde als werknemers, vooral diegenen met een lang dienstverband, worden ingehuurd voor goedkopere zzp'ers. Hoe heeft het zzp schap zich nu de afgelopen 10 jaar zo kunnen ontwikkelen?

Zzp'ers worden in de belastingrechtspraak vooral gezien als ondernemers die bewust hebben gekozen om zelfstandig en zonder arbeidsovereenkomst hun inkomen te verwerven. Zij moeten zelf hun opdrachten binnen halen, zijn resultaatverantwoordelijk en aansprakelijk voor het werk, onderhandelen over hun tarief, werken voor afwisselende op-

drachtgevers, en lopen ondernemersrisico bij de betaling van hun facturen. Zij zorgen zelf voor voorzieningen voor arbeidsongeschiktheid (voor inkomen en vervanging), scholing, aansprakelijkheid en de oude dag. In dit opzicht is er dus een duidelijk verschil tussen werken als werknemer en als zzp'er.

De ene zzp'er is de andere niet

Een zzp'er is iemand die hier al dan niet vrijwillig (na ontslag bijvoorbeeld) een keuze voor heeft gemaakt. Voor oudere werknemers die na een ontslag geen baan meer kunnen vinden, kan het zzp-schap een heel goed alternatief zijn, mits vooral gericht op het ondernemerschap. Ze zijn daarmee een zeer te respecteren groep die het lef heeft om als ondernemer risico's te nemen voor het verwerven van inkomen. De geslaagde zzp'er verdient dan ook een goed inkomen en wordt door de overheid 'beloond' met diverse fiscale voordelen, omdat hij risico's neemt.

Tot 2005 was het oordeel of iemand als zzp'er werkte sterk afhankelijk van de vraag of iemand wel of niet onder werknemersverzeke-

ringen en de loonbelasting viel. Deze beoordelingen werden gedaan door het UWV en de Belastingdienst. Lastig werd het als het UWV iemand in loondienst vond, en er dus werknemersverzekeringspremies moesten worden ingehouden door de werkgever terwijl iemand voor hetzelfde werk door de Belastingdienst werd gezien als ondernemer en hij dus BTW in rekening moest brengen bij dezelfde opdrachtgever. Deze onwenselijke situatie heeft zich bijvoorbeeld voorgedaan bij de beroepsduikers in de periode 2002-2004.

De Verklaring Arbeidsrelatie

Omdat zowel vanuit zzp zijde als vanuit de opdrachtgevers steeds vaker de vraag werd gesteld om vooraf duidelijkheid te hebben over de status van de werkende, is in 2005 met de Wet Uitbreiding Rechtsgevolgen VAR (Verklaring Arbeidsrelatie) een praktische oplossing gekomen, echter zonder het wezenlijke probleem op te lossen. Een definitie van de zzp'er is er helaas tot op heden nog niet...

Middels het invullen van een vragenlijst bij de Belastingdienst kan de werkende sinds 1 juni 2005 een verklaring krijgen over zijn inkomen dat hij gaat verdienen bij zijn opdrachtgevers. Hierbij zijn 4 uitkomsten mogelijk: VAR winst uit onderneming, VAR directeur groot aandeelhouder, VAR loon en VAR resultaat uit overige werkzaamheden. Voor de eerste twee verklaringen geldt dat de Belastingdienst bepaalt dat het inkomen van de werkende wordt aangemerkt als winst uit onderneming zodat de opdrachtgever geen loonheffingen hoeft af te dragen. Het UWV moet voor de werknemerspremies dit oordeel volgen. Echter, voor de overige VAR verklaringen geldt dat iemand geen zzp'er is en dat de opdrachtgever zelf moet beoordelen of er loonheffingen en werknemerspremies moeten worden afgedragen. Het invullen van de VAR vragenlijst gaat heel eenvoudig door het beantwoorden van multiple choice vragen waarna een geautomatiseerde afgifte van de VAR door de Belastingdienst volgt. Een feitelijke controle van alle VAR aanvragen door de Belastingdienst is niet mogelijk gezien het aantal aanvragen (ongeveer 450.000 per jaar). Als de

aanvrager de multiple choice vragen op een bepaalde wijze beantwoordt, krijgt deze bijna gegarandeerd de gewenste VAR. Het systeem vertrouwt op de eerlijkheid van de aanvrager.

De wetgever heeft bij de invoering van de wet nadrukkelijk de praktijk niet willen opzaden met bureaucratie en derhalve is de opdrachtgever gevrijwaard van loonheffingen indien achteraf blijkt dat ten onrechte een VAR aan de werkende is afgegeven omdat er in feite werd gewerkt als een werknemer. Tenzij er sprake is van aantoonbare fraude door de opdrachtgever, maar dat is niet eenvoudig aan te tonen. De opdrachtgever loopt dus weinig risico in het VAR systeem en de zzp'er kan een verklaring verkrijgen die niet geheel overeenstemt met de realiteit.

Het grijze gebied

Omdat er geen afbakening is wanneer iemand zzp'er is, kregen veel mensen in de praktijk een VAR WUO en werden daarmee als zzp'er aangemerkt. Dit terwijl, bij nadere bestudering van de omstandigheden waarin gewerkt wordt, er wellicht een VAR loon had moeten worden afgegeven. We noemen dit het grijze gebied, schijnzelfstandigheid ofwel de economisch afhankelijke zelfstandigen. Voorbeelden van sectoren waar naar mijn mening de scheidslijn tussen werknemer en zzp'er in diverse gevallen onaanvaardbaar is weggefallen zijn de bouwlocaties, postmarkt, transport, ict, zorg en onderwijs. Sectoren waar zowel werknemers als zzp'ers actief zijn.

Mede door de financiële crisis eind jaren negentig, ontstond een tendens dat vooral oudere werknemers hun baan verloren om vervolgens weer als (veel goedkopere) zzp'er te worden ingehuurd door hun voormalige werkgevers. Niet het ondernemerschap en de bewuste keuze om zzp-ondernemer te worden stonden hierbij voorop, maar vaak de onmogelijkheid om een baan te vinden en de keuze van werkgevers om de loonkosten en werknemersrisico's te verlagen. Immers, bij het werken met zzp'ers geldt voor werkgevers/opdrachtgevers dat er geen prijsbodempolis is en dat de risico's van ziekte, gebrek aan werk, premies en voorzieningen bij de zzp'er liggen.

Oudere zzp'ers hebben vaak geen andere keus

Wellicht begrijpelijk vanuit de visie van de werkgevers, maar deze ontwikkeling is natuurlijk niet goed voor werknemers en zzp'ers die wel ondernemer zijn. Werknemers raken immers nog sneller hun baan kwijt door het toegenomen verschil in loonkosten met de (schijn) zzp'er. Veel werknemers met een langdurig arbeidsverleden zijn hiervan de dupe geworden. En de zzp-ondernemer ziet zijn tarief dalen omdat hij er vele concurrenten bij krijgt die vooral op tarief concurreren en niet op vakmanschap en flexibiliteit. Als de ex-werknemer weer als zzp'er (al dan niet middels een tussenbureau) gaat werken voor zijn ex-werkgever is er sprake van een onwenselijke, economisch zelfs schadelijke, schijnconstructie. Zzp'ers hebben zelf vaak te weinig oog voor het regelen van hun oude dag en arbeidsongeschiktheid, ook als het financieel goed gaat. Blijven deelnemen aan de pensioenregeling is, zeker voor diegenen die langdurig als werknemer hebben deelgenomen, vaak financieel de beste optie gezien de opbrengst en zekerheid. Arbeidsongeschiktheid voor de oudere zzp'er blijkt lastig te verzekeren of is onbetaalbaar. Pensioenfondsen en verzekeraars kunnen hier veel meer mogelijkheden ontwikkelen en aandacht aan besteden.

Het doel van de VAR wetgeving in 2005 om bureaucratie weg te nemen bij het stimuleren van ondernemerschap van zzp'ers is helaas in diverse gevallen ontaard in misbruik door mensen die in feite gewoon werknemer zijn met het etiket zzp'er te laten werken. Los van de vraag of iedereen van deze groep zzp'ers wel beschikt over de noodzakelijke ondernemersvaardigheden zoals acquisitie, onderhandelen en ondernemersinzicht. Vooral oudere werknemers die richting de pensioenleeftijd gaan, lopen hier grote risico's omdat zij weinig ervaring hebben met het ondernemerschap ten opzichte van jongere collega's die nog aan het begin van hun werkzame leven staan. Zzp-ondernemers hebben ook last van deze praktijk omdat zij hun tarieven noodgedwongen moeten aanpassen vanwege de prijsconcurrentie met de schijnzelfstandigen.

Prijsconcurrentie op loonkosten levert hier alleen maar verliezers op. Natuurlijk zijn er nog steeds heel veel zzp-ondernemers die het wel goed doen en ondanks de economische situatie prima in staat zijn om hun inkomen te verdienen en eigen keuzes te blijven maken.

Aanpassing van de wet opnieuw noodzakelijk

De wetgever heeft inmiddels ook ingezien dat de doelstellingen bij de invoering van de VAR in 2005 deels door de praktijk zijn achterhaald. De VAR aanvraag is een wassen neus geworden, de controle op de feitelijke situatie is niet realistisch en misbruik ligt op de loer. Ook een aantal werkgeversorganisaties geeft aan dat de voortdurende prijsconcurrentie tussen deze groep zzp'ers en werknemers voor hen niet goed is.

Op dit moment bereidt het Kabinet een nieuwe wet voor als alternatief voor de VAR. In mijn optiek is het belangrijk dat deze nieuwe wet meer duidelijkheid geeft over wanneer iemand zzp-ondernemer is, en ook regelt dat de andere werkenden dan werknemer zijn. Schijnzelfstandigheid moet worden omgebouwd naar of zzp-ondernemerschap of werknemerschap. Dit kan bijvoorbeeld met zzp modelcontracten per sector, goedgekeurd door de Belastingdienst en het UWV. Niet alle sectoren zijn en werken hetzelfde en het is belangrijk dat hiermee rekening wordt gehouden. Voorwaarde voor het stimuleren van zzp-ondernemers en het tegengaan van schijnzelfstandigheid is wel dat zzp-organisaties, opdrachtgevers én werknemersbonden hierbij samenwerken. Zij vormen immers samen ook de sector. Het kabinet kan dit bevorderen door voor te schrijven dat deze modelcontracten bij voorkeur door de drie partijen worden opgesteld en in cao's worden vastgelegd. Maar het doel van de wet moet wat mij betreft zijn dat zzp'ers bewuste ondernemers zijn en dat alle andere werkenden weer werknemers zijn.

Over de auteur

Henk van der Schaft is juridisch adviseur zzp bij de FNV.

Opzienbarende stijging zorgkosten na overlijden partner

Implicaties voor de economische waarde van mantelzorg

HERBERT ROLDEN

De zorgkosten van de Nederlandse oudere stijgen met 48% na het overlijden van de partner. Deze stijging wordt vooral veroorzaakt door een verhoogde behoefte aan langdurige zorg. Verscholen in deze onderzoeksresultaten ligt de economische waarde van mantelzorg. Het is cruciaal om een eenduidige economische waarde van mantelzorg te achterhalen, voor zowel economen als beleidsmakers.

De impact van het verliezen van een partner

Het verliezen van een partner is emotioneel erg zwaar. Rouwverwerking kan jaren duren en verschillende onderzoeken laten zien dat ook de fysieke gezondheid van de achtergebleven persoon vaak achteruitgaat. Een meta-analyse laat zien dat de sterftেকans van mannen met 18% stijgt na het overlijden van hun vrouw en dat de sterftেকans van vrouwen met 16% stijgt na het verliezen van hun man (Elwert & Christakis, 2008). Daarbij is het 'gebroken hart syndroom' (ook wel Takotsubo cardiomyopathie genoemd) niet de enige aanleiding; er vindt een stijging plaats in bijna alle mogelijke doodsoorzaken na het verliezen van een partner.

Omdat er maar één studie was verschenen over de impact van verweeduwing op zorgkosten en deze studie uitgevoerd was onder een zeer klein aantal personen (Prigerson e.a., 2000), namen Rudi Westendorp, David van Bodegom en ik het initiatief om dit onderwerp verder uit te lichten. Hiervoor beschikten wij over een database met gegevens van een grote groep zorgverzekeringscliënten van oudere leeftijd in de regio Leiden, gekoppeld

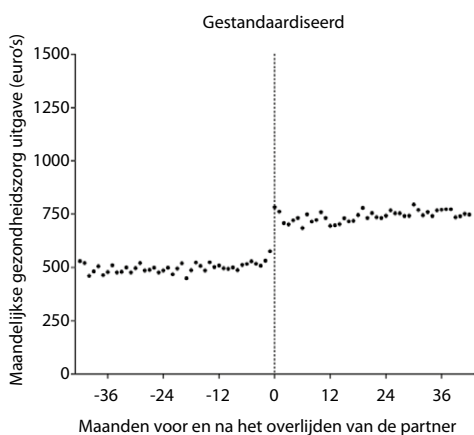
aan gegevens van het Centraal Bureau voor de Statistiek en het Sociaal en Cultureel Planbureau. Deze dataset was verzameld voor de *Leiden Healthcare Costs in Old Age* studie, oftewel LHCOA, en diende ook als basis voor enkele andere studies. Uit onze studie onder weduwes en weduwenaars blijkt dat de zorgkosten van de Nederlandse oudere met ongeveer 48% stijgen na het overlijden van de partner (+ €239,- per maand), rekening houdende met andere factoren zoals leeftijd, geslacht en socio-economische status. De financiële impact was het grootst onder mannen (+ €319,- per maand; +59%) en 80-plussers (+ €553,- per maand; +82%). Tussen de lagere en hogere socio-economische klasse was weinig verschil merkbaar.

Mogelijke verklaringen

Wij deduceerden uit de resultaten dat een mantelzorger formele zorg afwendt door vormen van zorg en ondersteuning te bieden. Na het overlijden van een mantelzorger valt deze zorg weg en is de weduwe of weduwenaar overgeleverd aan de formele zorg. Er is kortgezegd een 'substitutie-effect' tussen informele en formele zorg. De gevonden associatie is echter

niet zo eenduidig als deze op het eerste gezicht misschien lijkt. Met name de volgende drie kritische vragen waren belangrijk om te stellen in het kader van ons onderzoek: (1) Veroorzaakt rouw niet voornamelijk de gevonden stijging? (2) Zien we ook niet een stijging na het overlijden van de partner omdat de mantelzorg eigen zorggebruik uitstelde tot na dit moment? (3) Is het niet logisch dat gezondheidsverslechtering van beide partners rond dezelfde periode plaatsvindt, aangezien partners vaak in dezelfde omstandigheden verkeren? De antwoorden op deze vragen liggen deels besloten in figuur 1.

De figuur laat zien dat de stijging van zorgkosten na het overlijden van de partner minimaal drie en een half jaar aanhoudt. Bij een grote invloed van een rouweffect of uitstelzorg zouden we een kortdurende piek zien van ongeveer zes tot twaalf maanden. Daarnaast is het aandeel van de langdurige zorg onevenredig groot in de stijging (niet zichtbaar in de figuur), terwijl men bij rouwverwerking of uitstel van eigen zorg vooral een stijging in de medische sector zou verwachten. Opvallend is ook dat er een minimale stijging voor de dood van de partner plaatsvindt, maar dat de volledige stijging verder



Figuur 1. Zorgkosten in de maanden vóór en na overlijden van een partner, gestandaardiseerd voor leeftijd, geslacht, socio-economische status en kalendertijd (bron: Rolden et al., 2014).

plaatsvindt precies in die ene maand dat de partner overlijdt. Bij een verandering in omstandigheid of gedrag zou een dergelijke scherpe piek in een nauw tijdsbestek minder aannemelijk zijn, of alle personen in ons onderzoek zouden een zeer plotselinge schok in hun omgeving of leefsituatie moeten hebben meegemaakt.

Verschillende visies op de economische waarde van mantelzorg

Er bestaan verschillende visies onder economen over hoe mantelzorg in economische zin gewaardeerd kan worden. Volgens de *proxy good* methode is de waarde van mantelzorg gelijk aan de kosten die gemaakt worden voor vergelijkbare vormen van formele zorg. Amerikaanse economen hebben uitgerekend dat als men het uurloon van zorgpersoneel koppelde aan het aantal geleverde uren mantelzorg dit gelijk is aan een totale waarde van 196 miljard dollar in 1997, een bedrag dat ver uittorent boven de kosten van de formele zorg: 115 miljard dollar in hetzelfde jaar (Arno e.a., 1999). In de *willingness to pay* methode wordt de waarde van mantelzorg geschat op basis van het bedrag dat een zorgbehoevende bereid is ervoor te betalen. Met de *willingness to accept* methode zijn onderzoekers op zoek naar het bedrag dat zorgbehoevenden bereid zijn te ontvangen in ruil voor minder of geen mantelzorg.

Deze methodes zijn theoretische constructies die moeilijk te implementeren zijn in beleid. De waarde die men vindt met deze methodes weerspiegelen niet de daadwerkelijke maatschappelijke waarde van mantelzorg, noch de impact van mantelzorg op bijvoorbeeld het bruto binnenlands product. Ze leveren louter een consensus op onder economen over hoe je mantelzorg hypothetisch kunt waarderen. De substitutiewaarde van €239,- per maand die wij vonden, geeft daarentegen wel een indicatie van de daadwerkelijke impact van mantelzorg op de collectieve financiën in Nederland. Echter, dit bedrag is waarschijnlijk een onderschatting van de werkelijke substitutiewaarde: niet alle weduwes en weduwnaren waren immers ontvangers

van mantelzorg - de kans is juist groter dat ze zelf mantelzorger waren. Daarom zou verder onderzoek ondernomen moeten worden waarbij zorgbehoevenden gescheiden worden van mantelzorgers. In het geval van de partner kan dan echt achterhaald worden wat de impact is van het verliezen van een mantelzorger in plaats van een partner *an sich*.

Er is ook een keerzijde van de medaille: een mantelzorger kan de zorg als belastend ervaren en dit kan ook zijn sporen nalaten in de economie. Zo zijn jongere mantelzorgers soms minder arbeidsproductief omdat de mantelzorgverplichting veel tijd en energie van ze eist (dit zijn de zogenaamde *opportunity costs* van mantelzorg). Ook zullen vooral oudere mantelzorgers waarschijnlijk ondersteuning of extra medische zorg nodig hebben. Kortom, mantelzorg is van enorme waarde voor de maatschappij, maar het komt niet zonder tegenprestatie.

Het belang voor economen

Een consensus over een eenduidige economische waarde van mantelzorg is hoognodig in de economie. Als voorbeeld halen we de analyses aan met de tegen-intuïtieve vinding dat niet-rokers gedurende hun hele leven een grotere belasting waren voor de maatschappij dan rokers (zie bijvoorbeeld Barendregt e.a., 1997). Oneerbiedig gezegd worden rokers niet oud genoeg om te dementeren en dementiezorg is één van de grootste kostenposten van ons collectieve zorgbudget.

Wat in dergelijke studies vergeten wordt, is dat niet-rokende partners van rokers een groter beroep zullen doen op de formele zorg als hun rokende partner vroegtijdig overlijdt. De hogere zorgkosten van de langstlevende komen nu op conto van de niet-roker, terwijl deze indirect veroorzaakt zijn door een ongezone partner.

Het belang voor beleidsmakers

Sinds 2006 wordt de aanspraak op formele, langdurige zorg steeds verder ingeperkt. De getrapte overdracht van deze zorg van de AWBZ naar de WMO in de laatste jaren had als belangrijkste doel om de benodigde bezui-

nigen in de zorgsector te verwezenlijken. Daarnaast verandert het politieke en sociale klimaat: de visie die door het kabinet uitgedragen wordt, is dat de verantwoordelijkheid van basale, niet-gespecialiseerde zorg - zoals persoonlijke verzorging en huishoudelijke hulp - bij de cliënt en zijn of haar sociale netwerk ligt.

Aangezien mantelzorg de spil vormt van het huidige kabinetsbeleid, is het van belang dat beleidsmakers de waarde van mantelzorg kennen. Vooral omdat mantelzorg geen onuitputtelijke bron is. Mantelzorgers staan soms onder een zware fysieke en emotionele druk en moeten in de meeste gevallen ook opofferingen maken: soms moeten ze minder werken of draaien ze voor een groot deel van de kosten op (zoals de kosten van vervoer of huishoudelijke benodigdheden). Daarom is het belangrijk dat de overheid een tegenprestatie levert; initiatieven zoals respijtzorg of mantelzorgondersteuning zijn hierin bijvoorbeeld onontbeerlijk.

Echter, beleidsmakers tasten nu in het duister over wat de budgettaire grenzen zijn van dergelijke initiatieven. Pas als economen en beleidsmakers consensus bereiken over een eenduidige maat om de economische waarde van mantelzorg te meten, kunnen de kosten van programma's voor mantelzorgers worden afgezet tegen de baten. Dit is helemaal in lijn met de huidige standaard binnen het overheidsbeleid om de kosten van nieuwe medische behandelingen af te zetten tegen hun baten om te beoordelen of de behandelingen vergoed kunnen worden vanuit het basispakket van zorgverzekeringen.

Sleutel tot meer inzicht

Economen en beleidsmakers zullen enorm veel baat hebben bij een eenduidige manier om mantelzorg economisch te waarderen. De verschillende methodes die geopperd worden in de literatuur zijn te theoretisch van aard en geven geen goede weerspiegeling van de echte weerslag die mantelzorg heeft op de economie en de maatschappij. Studies waarbij het substitutie-effect gemeten wordt tussen informele en formele zorg vormen waarschijnlijk een

beter alternatief, maar dit is nog vrij onbekend terrein.

Literatuur

- Arno, P.S., Levine C., Memmott, M.M. (1999). The economic value of informal caregiving. In: *Health Affairs* 18(2), 182-188.
- Barendregt, J.J., Bonneux, L., van der Maas, P.J. (1997) The health care costs of smoking. *New England Journal of Medicine* 337, 1052-1057.
- Elwert, F., Christakis, N.A. (2008). The effect of widowhood on mortality by the causes of death of both spouses. In: *American Journal of Public Health* 98(11), 2092-2098.
- Prigerson, H.G., Maciejewski, P.K., Rosenheck R.A. Preliminary explorations of the harmful interactive effects of widowhood and marital harmony on health, health service use, and health care costs. In: *The Gerontologist* 40(3), 349-357.

- Rolden, H.J.A., Bodegom, D. van, Westendorp, R.G.J. (2014). Changes in health care expenditure after the loss of a spouse: Data on 6,487 older widows and widowers in the Netherlands. In: *PLoS ONE* 9(12), e115478.

Over de auteur

Herbert Rolden is zorgeconoom en filosoof en werkt sinds september 2014 bij het Radboud Institute for Health Sciences van het Radboudumc in Nijmegen. Hiervoor werkte hij bij de Leyden Academy on Vitality and Ageing waar hij, samen met Rudi Westendorp en David van Bodegom, verscheidene artikelen schreef over de impact van de omgeving en de leef-situatie op de gezondheid en zorgkosten van ouderen.

Waar blijft de oudere zelf?

JOOP J. BELDEROK

Fleur Agema (2015). Verzilveren. Excellente zorg voor minder geld. Amsterdam: Uitgeverij Van Praag. (paperback, € 17,50 ISBN 9789049024192).



Op de website van de uitgever staat over dit boek het volgende: “Verzilveren is een aanklacht tegen het kabinet dat doet alsof de ouderenzorg er beter op wordt, terwijl deze door het huidige regeringsbeleid juist in rap tempo verloedert. Opa wil zelf zo lang mogelijk thuis blijven wonen. Zeker. Ook als hij crepeert? Natuurlijk niet. In dit boek ontkracht Fleur Agema de drogredeneringen waarmee de staatssecretaris zijn beleid motiveert. Ook geeft ze vele voorbeelden van hoe het beter én goedkoper kan”.

Mantra's

Een **mantra** is een uitspraak met magisch effect. Door deze uitspraak regelmatig te herhalen, lijkt het een continue recitatie met een bezwerende kracht. Je gaat er in geloven naarmate je de uitspraak vaker hoort. Agema omschrijft het als volgt: “mantra's die als bezwerende formules de maatregelen om de ouderenzorg fors te beknootten motiveren...” Agema kiest ervoor om het beleid van Van Rijn nader te onderzoeken aan de hand van mantra's die zij steeds van hem hoort als hij zijn beleid en zijn wetgevende arbeid voor de langdurige zorg voor ouderen verdedigt. Haar onderzoek documenteert zij met een veelheid aan verwijzingen naar met name Overheidsstukken, Kamerstukken, rapporten van het CPB en SCP. De citaten moeten duidelijk

maken wat de echte bedoeling van de staatssecretaris is achter de mooie woorden die hij voortdurend bezigt. Liefst 51 mantra's passeren zo de revue. Ze worden gegroepeerd in paragrafen met veelzeggende titels: 'De leugen regeert' met 17 mantra's; 'Over de centen' met 6 mantra's; 'Over de macht' met 2 mantra's; 'Over de plannen' met 2 mantra's; 'Weg met de verzorgingshuizen' met 9 mantra's; 'Weg met de thuishulp' met 8 mantra's; 'Weg met de wijkzorg' met 1 mantra; 'Alles wordt er beter op' met 6 mantra's.

Verzilveren

Agema heeft in het eerste deel “...laten zien dat we worden genept (door de staatssecretaris) en heeft zo de lezer een betere informatiepositie gegeven (over de veranderingen in de

ouderenzorg)...” Maar ze zou, in haar eigen woorden, geen knip voor de neus waard zijn als ze het hierbij laat zitten en de lezer met de vraag achterlaat of het ook anders kan. Bewezen is volgens haar dat de top-down benadering van de huidige overheid niet werkt en ze zoekt daarom oplossingen in een meer bottom-up benadering van de ouderenzorg. Ze voert voorbeelden op van pioniers die dwars tegen de stroom in een veel betere kwaliteit van zorg leveren, met een grote cliënttevredenheid en die bovendien ook nog eens goedkoper zijn. De vijf pioniers maken volgens haar duidelijk dat er geen systeemveranderingen hoeven plaats te vinden. Er hoeft alleen maar spaarzamer met het beschikbare budget omgegaan te worden. Zo noemt ze de ‘ja-cultuur’ van Hans Becker (uit Rotterdam); de ‘zelfsturende teams’ van Jos de Blok (buurtzorg); de ‘kleinschalige huizen’ van Hans van Putten (Thomashuizen e.d.); ‘Buren voor Buren’ van José Nouws.

Na de pioniers wijdt ze een paragraaf aan de overmatige regeldruk in de zorg. Ondanks succesvolle en overtuigende experimenten met geen of heel weinig regels, zijn in de nieuwe wetten voor de ouderenzorg weer een veelheid aan regels opgenomen. Experimenten worden niet voortgezet. Met als gevolg dat het succes van de bottom-up benadering niet wordt “voortgezet in een top-down wet- en regelgeving.”

Ten slotte schenkt ze aandacht aan mogelijkheden tot besparingen in de huidige ouderenzorg. Verschillende aspecten laat ze de revue passeren, zoals kapitaalslasten, verspilling, fraude, overhead, veelverdieners enz.

Nawoord

Agema begint het nawoord met te herhalen waarom ze dit boek geschreven heeft. “Noem mij maar een dromer (over ouderenhuis nieuwe stijl)... Een ouderenhuis is dan klein van opzet met acht tot dertig bewoners, maar wie grootschalig wil wonen in een CenterParcs-achtige omgeving kan dat ook ...” Ze schetst een beeld van deze huizen waar de huidige bestuurders er niet langer zijn, en de overheadkosten minimaal zijn. De zorgprofessionals

kunnen en mogen er weer professional zijn, bezig met zorgen en niet met regels en registratie. “Ter versterking van de positie van de ouderen zijn in een wet de rechten vastgelegd die ervoor zorgen dat bewoners onder de douche of naar buiten mogen gaan wanneer ze dat willen.”

Overtuigt het boek?

Agema heeft een boek geschreven dat op gesystematiseerde wijze een bijdrage wil leveren aan de discussie over wat er nou wel of niet goed gaat in het beleid van staatssecretaris van Rijn. Als zodanig is het goed er kennis van te nemen. Zij probeert weliswaar laagdrempelig te schrijven, de veelheid aan citaten uit stukken en rapporten maakt het er echter niet leesbaarder op voor de leek. En of de ingevoerde lezer zich laat overtuigen zal mede afhankelijk zijn van de positie die je als lezer inneemt in het debat over de vernieuwing van de ouderenzorg. Lezers die begaan zijn met het verlies van de verzorgingsstaat van de 20^e eeuw en dus de ouderenzorg uit die tijd, zullen veel herkennen in de woorden en de passie van Agema. Neem je als lezer meer een positie in die uitgaat van nieuwe en noodzakelijke vormen van solidariteit met kwetsbare ouderen, dan erger je je al snel aan de verongelijktheid waarmee zij het debat voert. Dat is jammer omdat er in haar analyses hele ware dingen aan de orde gesteld worden. Wat ik echter in de ruim 300 bladzijden van het boek mis, is de oudere zelf, de wens van ouderen om meer de regie te blijven voeren over wonen, welbevinden en zorg. En waar is de gelijkwaardigheid tussen ouderen en professionals? Misschien dat er iemand opstaat die dat tegengeluid tegen het boek van Agema nog eens opschrijft in een boek.

Over de auteur

Joop J. Belderok is sociaal gerontoloog en sinds zijn pensionering op zoek naar een nieuwe rol van ouderen. Zo heeft hij met enkele ouderen Zorgcoöperatie Loppersum opgericht.

Ouderen en professionals ontwerpen samenwerking als gelijkwaardige partners in zorg en welzijn

ERIK JANSEN, VIVIANNE BAUR, MAARTEN DE WIT, NYNKE WILBRINK & TINEKE ABMA

In het Nationaal Programma Ouderenzorg (NPO) wordt gestreefd naar gelijkwaardige participatie van ouderen-vertegenwoordigers in de onderzoeksprogrammering. In een actieonderzoek op initiatief van de samenwerkende ouderen-organisaties PCOB, Unie KBO, NOOM en NVOG (CSO) hebben ouderen en professionals in samenspraak hun ideale model voor gelijkwaardige samenwerking in onderzoeksnetwerken ontwikkeld met behulp van een speciaal daarvoor ontwikkelde benadering.

Van ouderenparticipatie naar gelijkwaardige partnerschappen?

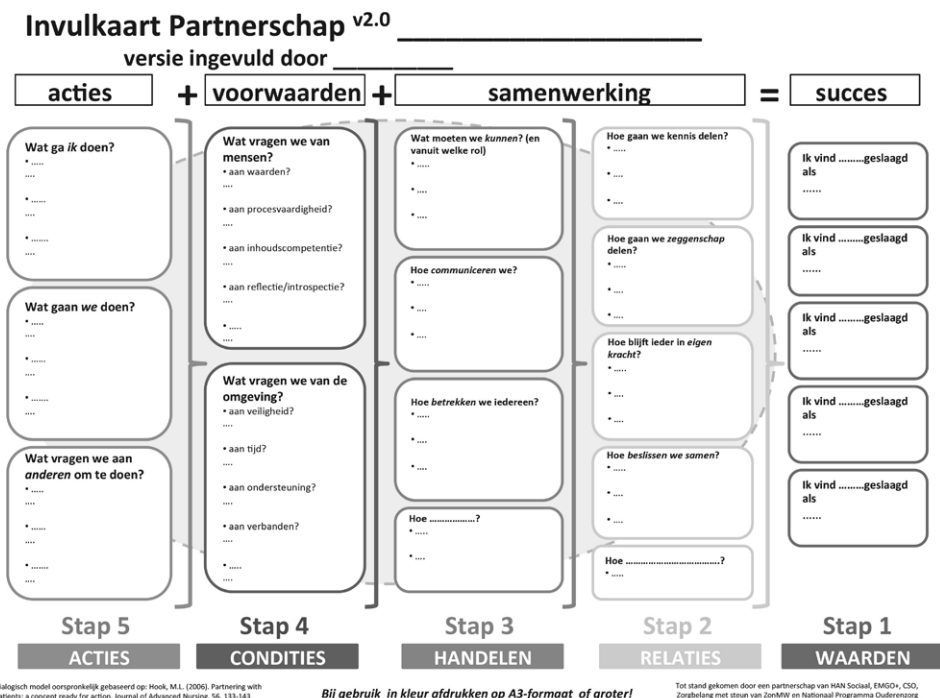
Het Nationaal Programma Ouderenzorg (NPO) is in 2008 gestart om wonen, welzijn en zorg voor ouderen in een kwetsbare situatie te verbeteren. Uitgangspunt van dit programma is dat deze verbeteringen in samenwerking met ouderen vorm krijgen. Daartoe zijn ouderen op verschillende niveaus bij het programma betrokken: op projectniveau, in regionale netwerken waar deze projecten ontwikkeld worden en op landelijk niveau waar de kaders van het programma ontwikkeld worden. CSO heeft binnen het programma de taak gekregen om deze ouderenparticipatie te versterken.

Gedurende de looptijd van het programma werd duidelijk dat alleen het versterken van de stem van ouderen binnen een groot wetenschappelijk ingestoken programma niet volstaat. Het vraagt van professionals ook een houding waarin ouderen gehoord worden. Vandaar dat de focus van CSO gedurende de looptijd van het programma verschoof van ouderenparticipatie naar partnerschappen tussen ouderen en professionals. Hoewel ouderen

en professionals vanuit een gezamenlijk doel samenwerkten, bleek dat ze verschillende verwachtingen van elkaar hadden die ze niet altijd met elkaar bespraken. De gesprekken die ze met elkaar voerden, gingen meestal over de verbeteringen die ze wilden realiseren en zelden over de samenwerking. Met onderzoekers van de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen en VUmc werd een gezamenlijk leerproces ingezet waarin ouderen en beroepskrachten in de regionale netwerken juist over deze samenwerking met elkaar in gesprek gingen.

Actieonderzoek met partnerschapskaart

Om dit gezamenlijk leerproces te ondersteunen werd een door Hook (2006) ontwikkeld model voor partnerschap tussen individuele patiënten en zorgverleners vertaald naar een actieonderzoeksbenadering (zie Reason & Bradbury, 2008) teneinde de samenwerking tussen ouderen en beroepskrachten in de regionale netwerken te verbeteren. Hiervoor werd de *partnerschapskaart* (zie figuur 1) ontwikkeld. Deze is eerst gebruikt om ouderenverte-



Figuur 1. Partnerschapskaart (Versie 2).

De oorspronkelijke kaart zoals gebruikt in het beschreven actieonderzoek bestond uit de kolommen aangeduid als Stap 1 t/m 4. In de tweede versie is een kolom toegevoegd als Stap 5 (Acties) om daarmee het actieperspectief in de dialoog binnen te brengen. Voor uitleg over de werkwijze zie hieronder.

genwoordigers met elkaar in gesprek te laten gaan over hun ideaalbeeld van samenwerking en partnerschap. Daarna zijn netwerkprofessionals met elkaar in gesprek gegaan. Ten slotte hebben de deelnemers in een gezamenlijke, heterogene bijeenkomst de uitkomsten van de homogene sessies uitgewisseld om tot een gedeelde conceptie van partnerschap te komen. Deze zogeheten *enclave deliberation*-methode oftewel beraadslaging in de eigen groep, stimuleert dat het perspectief van de eigen groep eerst goed benoemd wordt voordat men in dialoog gaat met andere groepen die mogelijk andere belangen hebben.

De dialoog in de sessies verloopt van rechts naar links op de partnerschapskaart volgens een vast patroon van gespreksrondes. Allereerst bespreken deelnemers wanneer zij het partnerschap een succes zullen vinden en benoemen gedeelde *waarden* in de corresponderende kolom (Stap 1). Daarna gaan ze in dialoog over de samenwerking die nodig is om deze waar-

den te realiseren: verschillende aspecten van onderlinge *relaties* (Stap 2) en *handelen* dat van partners worden gevraagd (Stap 3). Ten slotte bespreken de deelnemers de menselijke en materiële *condities* voor de samenwerking (Stap 4). In een latere, in dit project niet toegepaste, versie van de partnerschapskaart is tevens een kolom *acties* toegevoegd als Stap 5 (zie Jansen & Van Biene, 2015).

Een gezamenlijke opvatting van partnerschap

De uiteindelijke conceptualisering van partnerschap volgens de deelnemers was als volgt. Ze achtten drie *waarden* (Stap 1) van belang: kwaliteit van leven (als rode draad voor de inhoud van de onderzoeksagendering in de netwerken), gedeeld eigenaarschap van alle betrokken groepen binnen de onderzoeksnetwerken, en diversiteit (zowel wat betreft doelgroepen als onderzoeksonderwerpen). Met name het gedeeld eigenaarschap vond men van belang om

een te beperkt medisch kader te voorkomen en het programma te verbreden naar vraagstukken binnen het kader van welzijn en zorg.

Met betrekking tot de *relaties* (Stap 2) werd genoemd dat gelijkheid, wederkerigheid en respect voor individuele positie, rol, verantwoordelijkheid en voorkeuren essentiële elementen zijn. Hierbij zagen deelnemers processen in het netwerk idealiter als democratisch van aard waarbij beslissingen gebaseerd zijn op deliberatieve argumentatie, dat wil zeggen dat zij het belangrijk vinden dat kennis en informatie om samen te beslissen actief worden gedeeld. Daarnaast zouden ouderen (-vertegenwoordigers) in de netwerken administratief en wetenschappelijk moeten worden ondersteund om volwaardig te participeren omdat zij als vrijwilligers niet beschikken over een organisatie die deze zaken voor haar rekening neemt.

Voor wat betreft het *handelen* (Stap 3) dat bij deze waarden en relaties past, hadden deelnemers een sterke voorkeur voor gelijkwaardige dialoog en gesprek als basis voor partnerschap. Dit vereist volgens hen dat de partners een uitnodigende en empathische houding hebben waarbij zij zich gezamenlijk verantwoordelijk voelen voor de openheid en helderheid van communicatie. Dat betekent ook dat elke partner actief mogelijk maakt dat de ander kan deelnemen en zijn of haar stem kan laten horen, ook al is deze daar, om welke reden dan ook, minder toe in staat.

Ten aanzien van de *randvoorwaarden* (Stap 4) voor de gewenste samenwerking werd benoemd dat vertegenwoordigers die namens (andere) ouderen deelnemen, kennis opdoen (leren) over de opvattingen van hun (informele) achterban, met name de moeilijk te bereiken groepen zoals zeer kwetsbaren of ouderen met andere culturele achtergronden. Ook overzichten over het lokale zorglandschap, zoals een sociale kaart of demografische gegevens, worden beschouwd als onmisbaar voor de kwaliteit van dialoog binnen de netwerken. Daarnaast werd er door deelnemers gepleit voor het zoeken naar lokale mogelijkheden om de nieuwe inzichten uit het onderzoek in buurten en wijken direct toe te

passen met als uiteindelijk doel het bevorderen van welzijn van *alle* ouderen.

Het model van partnerschap zoals dat uit deze dialoog naar voren kwam, geeft een beeld van een zelf-organiserend netwerk dat aantoont dat ouderen in een deliberatief proces ideeën kunnen uitwisselen die voor hen belangrijk zijn en deze in een proces van samen ontwerpen of co-creatie kunnen inbrengen in het proces van beleidsvorming voor het netwerk (Jansen e.a., 2015).

Van beleid naar...?

In bovenstaande fase van het actieonderzoek met de partnerschapskaart lag de nadruk op het gezamenlijk zoeken naar een soort gouden standaard voor partnerschap, die vervolgens in de betreffende onderzoeksnetwerken gebruikt kon worden om over de samenwerking in gesprek te gaan. Reflectie op de onderlinge betrekkingen was niet altijd makkelijk, maar ondanks vragen van individuele deelnemers als “Waar zijn we nu eigenlijk mee bezig?” of “Wat is het doel hiervan?”, weerspiegelt het eindresultaat een gedeelde opvatting over hoe partnerschap zou moeten zijn. Het gedrag van deelnemers werd gaandeweg het proces bovendien steeds meer congruent met hun gedeelde opvatting van wederzijds respect en wederkerigheid.

Doel van het proces was echter ook dat het zou leiden van praktische implementatie van het partnerschapsmodel naar de samenwerking tussen onderzoekers en ouderen, zorgverleners en patiënten op regionaal niveau. Hiertoe werd het collectieve partnerschapsmodel (de ingevulde partnerschapskaart) verwerkt in een partnerschapsscanner die door ouderen en netwerkprofessionals kon worden ingevuld om inzicht te krijgen in hoeverre de samenwerking voldeed aan het ontwikkelde ideaalmodel. In vier van de acht netwerken was voldoende belangstelling voor een dergelijke workshop en werden de resultaten van de regionale scan in een (heterogene) groep betrokkenen besproken om in dialoog tot verbeterpunten te komen. Ondanks de gunstige uitkomsten van die workshops - er werden door de deelnemers soms zelfs ac-

tieplannen gemaakt - hebben we vanuit het project weinig zicht op de verdere ontwikkelingen, aangezien het actieonderzoek na deze workshops werd afgerond. Wel blijkt uit latere informele contacten met ouderen die deelnamen dat ze zich meer bewust en gesterkt voelden in hun rol en de (on)mogelijkheden als gesprekspartner in de netwerken.

Partnerschap als participatie

Onze bevindingen wijzen erop dat het in een vroegtijdig stadium creëren van een zogeheten *open space* om te spreken over partnerschap en onderlinge verwachtingen en verantwoordelijkheden essentieel is om ouderen daadwerkelijk invloed te kunnen geven in de programmering en uitvoering van onderzoek dat hen ten diepste aangaat. Bovendien blijkt uit de resultaten dat een deliberatieve benadering zoals hierboven omschreven, om met verschillende groepen belanghebbenden tot een collectieve focus en daaraan dienstbare samenwerking te komen, ook op macro-niveau zeer goed mogelijk is. Het vereist een zorgvuldige procesvoorbereiding en facilitering opdat er een open en transparante dialoog gevoerd kan worden waarin vertegenwoordigers van alle relevante perspectieven hun stem kunnen laten horen. Deze vorm van beraadslaging of deliberatie verschilt fundamenteel van onderhandelingen waarbij deelnemers zich vastklampen aan eigen belangen. Werken met de partnerschapskaart helpt om gespreks-onderwerpen in de dialoog in thema en volgorde te structureren, waardoor deelnemers zich volledig op elkaar en hun gezamenlijke inhoud kunnen richten. Het vormt daarmee een bruikbare benadering voor de ontwikkeling van betekenisvolle samenwerking in de participatiesamenleving in het algemeen.

Literatuur

- Hook, M.L. (2006). Partnering with patients: a concept ready for action. *Journal of Advanced Nursing*, 56, 133-143.
- Reason, P., & Bradbury, H. (2008). *The SAGE handbook of action research: participative inquiry and practice (2nd edition)*. London: Sage Publications.
- Jansen, E., Baur, V., De Wit, M., Wilbrink, N., & Abma, T. (2015). Co-designing collaboration: Using a partnership framework for shared policymaking in geriatric networks. *Journal of Action Research*, 13, 65-83.
- Jansen, E., & Van Biene, M. (2015). Co-designing collaboration: the partnership framework as a dialogical method for service user involvement in local communities. Paper presented at the *European Conference of Social Work Research 2015*, Ljubljana, April 22-24.

Over de auteurs

Erik Jansen is associate lector Lokale Dienstverlening vanuit Klantperspectief aan de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen; *Vivianne Baur* was junior onderzoeker Cliëntenparticipatie in de Ouderenzorg aan de afdeling Metamedica van het VUmc, thans universitair docent Zorgethiek bij de Universiteit voor Humanistiek; *Maarten de Wit* verzorgde namens Stichting Tools de regionale workshops voor de ouderenpanels; *Nynke Wilbrink* is projectleider ouderenparticipatie voor CSO en zet zich binnen het Nationaal Programma Ouderenzorg in voor gelijkwaardige partnerschappen tussen ouderen en beroepskrachten; *Tineke Abma* is hoogleraar Participatie en Diversiteit aan de afdeling Metamedica van het VUmc.

Het Nationaal Programma Ouderenzorg (NPO)

Om de projecten en ervaringen van het NPO naar buiten te brengen, is de website www.BeterOud.nl ontwikkeld. Deze website geeft een overzicht van goede voorbeelden van innovatieve projecten op het gebied van wonen, welzijn en zorg voor ouderen, met instrumenten, tips en ervaringen. Professionals kunnen hier direct mee aan de slag. Voor ouderen zelf biedt BeterOud tips hoe zij een innovatie kunnen agenderen in hun eigen omgeving en ook hoe zij mee kunnen doen in de uitvoering van een project. Meer info: BeterOud.nl.



COLOFON

Uitgever

Bohn Stafleu van Loghum
Paul Dijkstra, Postbus 246, 3990 GA Houten
www.bsl.nl

Redactie

E-mail: geron@bsl.nl

Abonnementen

Klantenservice Bohn Stafleu van Loghum
Postbus 246, 3990 GA Houten
Telefoon: 030-6383736
e-mail: klantenservice@bsl.nl
Voor meer informatie en bestellingen raadpleeg
www.bsl.nl
Het abonnement kan elk gewenst moment ingaan
en wordt automatisch verlengd, tenzij twee maanden
voor de vervaldatum schriftelijk is opgezegd.
Bij een wijziging van de tenaamstelling en/of het
adres, verzoeken wij u de adresdrager met de
gewijzigde gegevens op te sturen naar de afdeling
Klantenservice.

Abonnementsprijzen 2015

Reguliere abonnementsprijs (print & online
toegang): € 61,50
Online only voor particulieren: € 36,90
Prijzen voor instellingen voor meer exemplaren
en online toegang op aanvraag.
Studenten ontvangen 50% korting.
Voor buitenlandse abonnees geldt een toeslag
op de abonnementsprijs.

Advertenties

Bohn Stafleu van Loghum
Frank van der Walt, Postbus 246, 3990 GA Houten
Telefoon: 030-6383732
E-mail: f.walt@bsl.nl

Arbeidsmarkt:

Peter de Jong, Sr. Accountmanager
Telefoon: 030-6383888/06-10946138
E-mail: p.dejong@bsl.nl

Levering en diensten geschieden volgens de
voorwaarden van Springer Media bv, gedeponeerd
bij de Kamer van Koophandel te Utrecht onder
dossiernummer 32107635 op 17 juni 2010. De
voorwaarden zijn in te zien op www.bsl.nl, of
worden de koper op diens verzoek toegezonden.

Het overnemen en vermenigvuldigen van artikelen
en berichten uit dit tijdschrift is slechts geoorloofd
met bronvermelding en met schriftelijke toestem-
ming van de uitgever.

Verschijsning

Viermaal per jaar.

Ontwerp omslag

Simon van Kessel

Inzenden artikelen

De redactie van Gerōn stelt inzending van artikelen
met informatie en opinies uit praktijk, beleid en
wetenschap van het ouder worden in de moderne
samenleving zeer op prijs. U wordt verzocht uw bijdrage
op te stellen volgens de geldende richtlijnen
(zie <http://www.bsl.nl/shop/geron-40718c.html>) en
in te sturen naar het redactieadres: geron@bsl.nl.

©2015, Bohn Stafleu van Loghum

ISSN: 1389-143X

mvw
media voor vak
& wetenschap



Bohn
Stafleu
van Loghum
Springer Media

VOLGENDE KEER IN GERŌN

THEMA: THE STATE OF THE ART OF AGEING IN EUROPA

In Europees perspectief wordt onder andere
ingegaan op de volgende thema's:

- de oudere werknemer
- armoede
- intergenerationeel leren

- het (ontbreken van?) ouderenbeleid van de EU
- actief ouder worden van 80-plussers
- meergeneratie-huisvesting
- palliatieve zorg
- informele zorg en migratie
- En: een interview met Herman van Rompuy

In dit nummer

verder onder andere

September 2015 | jaargang 17 | #3

Stad of platteland, de verschillen voor
ouderen in Vlaanderen en Nederland

— Frans Thissen & Lieve Vanderstraeten

De ouderenpsycholoog: positie en
profilering in Nederland

— Bas van Alphen

Interview met Anne Mei The

— Jan Willem van de Maat & Ria Wijnen

Van gemeente naar gemeenschappen

— Lucas Meijs

Ziek en oud in beeld

— Odette Breijinck

Oud worden is normaal

— Dorly J.H. Deeg

Gerontophobia: de heimelijke
weezin tegen de ouderdom

— Frits de Lange

Hoe maak je comfortabel zelfstandig
wonen mogelijk?

— Rolf Jobse & Anne-Marie van Ommeren

De zzp'er: goedkope arbeidskracht of
ondernemer?

— Henk van der Schaft

Opzienbarende stijging zorgkosten na
overlijden partner

Implicaties voor de economische
waarde van mantelzorg

— Herbert Rolden

