
Vergrijzen met ambitie

G



Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Onderwerp : aanbieding advies *Vergrijzen met ambitie*
Uw kenmerk : -
Ons kenmerk : -839/ES/ts/090/1-B
Bijlagen : 1
Datum : 28 februari 2005

Mijnheer de voorzitter,

Namens de Themacommissie Ouderenbeleid van de Tweede Kamer verzocht u de Gezondheidsraad op 23 april 2004 om advies uit te brengen over ontwikkelingen op het gebied van zorg en vergrijzing op de middellange en lange termijn. Het was de eerste keer dat de Kamer gebruik maakte van haar wettelijke recht om de raad rechtstreeks te consulteren, en dus een markant moment. Het gevraagde advies, dat door een projectteam is voorbereid en door de Beraadsgroep Geneeskunde is opgesteld, bied ik u hierbij aan, gehoord de Beraadsgroep Gezondheidsethiek en Gezondheidsrecht.

Zoals u schrijft wil de Themacommissie een integrale visie voor het ouderenbeleid ontwikkelen. De Gezondheidsraad is daarom in zijn advies niet alleen ingegaan op de specifieke vragen die hem zijn voorgelegd, maar heeft ook elementen aangereikt voor zo'n visieontwikkeling. Er zijn volgens de raad de komende decennia nog volop kansen om de gezondheid, de zelfstandigheid en het welzijn van ouderen te bevorderen. Maar om die kansen te benutten moet men nu al op diverse terreinen aan een inhaalslag beginnen. Vanzelfsprekend heeft de raad binnen de beschikbare tijd niet het hele spectrum van de zorg grondig kunnen bespreken. Wel biedt het advies een basis voor politiek en beleid om ontwikkelingen te sturen. Die sturing geldt zowel de praktijk van de zorg als de vereiste kennisontwikkeling op dit gebied.

Met vriendelijke groet,

Prof. dr JA Knottnerus

Vergrijzen met ambitie

aan:

de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Nr 2005/06, Den Haag, 28 februari 2005

De Gezondheidsraad, ingesteld in 1902, is een adviesorgaan met als taak de regering en het parlement ‘voor te lichten over de stand der wetenschap ten aanzien van vraagstukken op het gebied van de volksgezondheid’ (art. 21 Gezondheidswet).

De Gezondheidsraad ontvangt de meeste adviesvragen van de bewindslieden van Volksgezondheid, Welzijn & Sport; Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening & Milieubeheer; Sociale Zaken & Werkgelegenheid en Landbouw, Natuur & Voedselkwaliteit. De raad kan ook eigener beweging adviezen uitbrengen. Het gaat dan als regel om het signaleren van ontwikkelingen of trends die van belang kunnen zijn voor het overheidsbeleid.

De adviezen van de Gezondheidsraad zijn openbaar en worden in bijna alle gevallen opgesteld door multidisciplinaire commissies van – op persoonlijke titel benoemde – Nederlandse en soms buitenlandse deskundigen.



De Gezondheidsraad is lid van het International Network of Agencies for Health Technology Assessment (INAHTA). INAHTA bevordert de uitwisseling en samenwerking tussen de leden van het netwerk.

U kunt het advies downloaden van www.gr.nl.

Deze publicatie kan als volgt worden aangehaald:
Gezondheidsraad. *Vergrijzen met ambitie*. Den Haag: Gezondheidsraad, 2005; publicatie nr 2005/06.

auteursrecht voorbehouden

ISBN: 90-5549-555-7

Inhoud

Samenvatting 9

1 Inleiding 13

2 Demografie 17

3 Veroudering 21

3.1 Veroudering, levensduur, ziekte en beperkingen 21

3.2 Gezondheid en zelfstandigheid 25

3.3 Gezondheid en welzijn 29

4 Gezondheid 33

4.1 Ziekten, beperkingen en ziektelast 34

4.2 Co-morbiditeit en broosheid 40

4.3 Preventie 42

4.4 Behandeling 47

5 Zelfstandigheid en welzijn 51

5.1 Zorg voor zelfstandigheid en welzijn 52

5.2 Spraakmakende initiatieven 57

5.3 Zorg rond het naderend einde 59

6 Een zorg apart: dementie 63

7 Kansen benutten, zorg garanderen 67

7.1 Waar hapert het? 68

7.2 Hoe kan het beter? 69

7.3 Wat is de rol van de politiek? 71

Literatuur 77

Bijlagen 89

A De adviesaanvraag 91

B De commissie en geraadpleegde deskundigen 95

C Beantwoording van de vragen uit bijlage 2 van de adviesaanvraag 97

Samenvatting

Er is nog volop ruimte voor ambitie om de gezondheid, de zelfstandigheid en het welzijn van mensen tot op hoge leeftijd te bevorderen. Die boodschap ligt besloten in de titel van dit advies. Maar die blik op de toekomst betekent niet dat we de ogen kunnen sluiten voor de problemen van vandaag. De eerste stappen kunnen nu al worden gezet.

Op verzoek van de Themacommissie Ouderenbeleid van de Tweede Kamer heeft de Gezondheidsraad zich gebogen over middellange- en langetermijnontwikkelingen op het gebied van ‘zorg en vergrijzing’. Na een korte inleiding en een demografische beschouwing wordt in hoofdstuk 3 besproken wat veroudering biologisch gezien behelst en welke verbanden er bestaan tussen veroudering, levensduur, ziekte en beperkingen. De grens aan de mogelijke levensduur is onbekend. Opmerkelijk is dat de sterftcijfers in ons land – een goede afspiegeling van de gezondheidstoestand van ouderen – minder snel dalen dan in enkele andere delen van de geïndustrialiseerde wereld. Europees glijden we af naar de middenmoot. De rest van het advies gaat over mogelijkheden om het tij te keren.

Hoofdstuk 4 is gewijd aan gezondheid. Veroudering is een slijtageproces dat vroeg of laat tot ziekten en functiestoornissen leidt. Met de vergrijzing zal het aantal mensen met ziekten en functiestoornissen onvermijdelijk toenemen. Desondanks zijn er nog tal van kansen om gezondheidswinst te boeken. Het gaat om een scala aan maatregelen op het gebied van preventie en behandeling. Die winst valt niet zo maar te incasseren: daarvoor zijn nieuwe beleidsplannen en voortgaande kennisontwikkeling nodig. De Gezondheidsraad beveelt aan dat in die plannen ten minste de volgende – elkaar deels aanvullende – punten een prominente plaats krijgen dan wel behouden:

- Verkleining van de sociaal-economische gezondheidsverschillen vergt extra inspanningen.
- Effectieve bevordering van gezond gedrag verdient permanente aandacht.
- Innovatie in preventie – van ziekte én beperkingen – moet bevorderd worden. Te denken valt aan de ontwikkeling van nieuwe vaccins en aan nieuwe wegen om een deel van het groeiend aantal gevallen van dementie te voorkómen.
- Over co-morbiditeit en over passende behandeling daarvan is nog te weinig bekend. Oudere patiënten zullen veel baat kunnen hebben bij verdieping van inzicht in dit complexe vraagstuk.
- Depressies en angststoornissen komen veel voor bij ouderen en kunnen een zeer nadelige invloed hebben op hun maatschappelijk participeren en hun sterftekans. Er is actie nodig om te zorgen dat deze aandoeningen tijdig worden gediagnostiseerd en behandeld.
- De kwaliteit van de zorg voor veel voorkomende en vaak veronachtzaamde kwalen als decubitus ('doorliggen') en incontinentie moet krachtig worden bevorderd.

In hoofdstukken 5 en 6 wordt het perspectief verruimd naar behoud van zelfstandigheid en welzijn. Preventie van beperkingen en bevordering van zelfstandigheid kennen tal van aangrijpingspunten, variërend van aanpassingen in de omgeving (woningen, vervoersvoorzieningen) tot het verhogen van zelfmanagementvaardigheden en het bieden van verzorging op maat. Wanneer de lichamelijke of geestelijke functies van mensen verder achteruitgaan, zoals bij dementie, en hun zelfstandigheid als doel uit beeld raakt, behoort het tot de professionele verantwoordelijkheid zorg te dragen voor het welbevinden van patiënten en hun mantelzorgers. Helaas moet worden geconstateerd dat de verpleging van oudere patiënten op dit moment dikwijls tekortschiet. Ook is nog steeds niet duidelijk hoe in de urgente en groeiende behoefte aan verpleeghuiszorg voor dementiepatiënten voorzien gaat worden. De Gezondheidsraad vindt daarom dat in beleidsplannen zowel de korte als de lange termijn voor ogen moet worden gehouden, met aandacht voor:

- Toereikende capaciteit en kwaliteit van de verpleeghuiszorg, inbegrepen die voor dementiepatiënten.
- Innovatieve, op behoud van zelfstandigheid gerichte zorg- en woonvormen.
- De plaats van de mantelzorg in het zorgbestel en de praktische ondersteuning van mantelzorgers.

De raad laat het in de slotbeschouwing (hoofdstuk 7) niet bij de zojuist genoemde beleidsaanbevelingen, maar wijdt ook enkele opmerkingen aan de bredere economische en politieke context en aan de mensbeelden die bij het vergrijzingsvraagstuk in het geding zijn.

Men moet zich realiseren dat de gezondheidszorg niet slechts kosten maakt, maar ook een belangrijke dienstverlenende sector is waarmee veel werkgelegenheid gemoeid is. Politieke keuzes hebben invloed op de prestaties van de zorgsector. Het gaat niet alleen om geld, maar ook om voorwaarden voor innovatie, om kwaliteitsbewaking en om passende wet- en regelgeving.

En wat betreft de mensbeelden die schuil gaan achter vraagstellingen en beschouwingen over vergrijzing: de Gezondheidsraad benadrukt dat ouderen net als ieder ander in de eerste plaats individuen zijn en dat hun persoonlijke gezondheid, zelfstandigheid en welzijn centraal moeten staan. Aandacht voor het individu betekent bovenal dat ouderen gelegenheid krijgen een eigen invulling te geven aan hun leven.

Inleiding

Naar verwachting zal de Nederlandse samenleving de komende tientallen jaren meer oudere mensen kennen dan ooit tevoren. In grote lijnen is dat te danken aan de gestegen welvaart en wat daar mee samenhangt, zoals betere scholing, voeding en woningen, minder schadelijke omgevingsfactoren en een betere gezondheidszorg. Toch bestaan er, vooral nu een relatief grote generatie de pensioengerechtigde leeftijd nadert, vragen en zorgen over de implicaties van dit succesverhaal. Daarbij gaat het in de eerste plaats om financiële zorgen. Ook de vragen die de Themacommissie van de Tweede Kamer aan vier adviesraden stelde, worden daardoor gekleurd*. Ze geven een veelheid aan thema's aan die naar huidig inzicht belangrijk zijn en knelpunten kunnen opleveren in een toekomst met relatief veel oude mensen. De vragen aan de Gezondheidsraad gaan in grote lijnen over de afhankelijkheid van en de vraag naar allerlei zorg- en welzijnsvoorzieningen. Ook wil de Themacommissie weten hoe ouderen langer gezond en zelfstandig kunnen blijven, zodat het beroep op zulke voorzieningen te beheersen valt tussen nu en 2030 (zie bijlage A).

De boodschap van dit advies aan de Themacommissie zit vervat in de titel: toon ambitie als het gaat om de positie van ouderen in de (vergrijzende) samenleving. Wat die ambitie voor de gezondheidszorg kan inhouden, wordt in de diverse hoofdstukken onderbouwd en becommentarieerd.

* Behalve de Gezondheidsraad kregen ook de Sociaal-Economische Raad (SER), de VROM-raad en de Raad voor maatschappelijke ontwikkeling (RMO) een adviesaanvraag over het Integraal Ouderenbeleid.

Gegevens en doorberekeningen trends zijn beschikbaar

Nederland is diverse planbureaus rijk voor het aanleveren van gegevens, het signaleren van trends en het doorberekenen van verwachtingen. Er zijn de laatste jaren vele uitstekende rapporten verschenen die ingaan op bovengenoemde vragen. Enkele belangrijke zijn de scenario-rapporten van het RIVM in het kader van de Volksgezondheid Toekomstverkenningen¹, uitgaven van het Sociaal en Cultureel Planbureau²⁻⁵ en onderzoeksrapporten van het NIZW.⁶ Verschillende adviesraden (Raad voor de Volksgezondheid en Zorg RVZ, de Sociaal-Economische Raad (SER), de Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling (RMO) en de Wetenschappelijke Raad voor het Regeeringsbeleid (WRR) hebben geadviseerd over specifieke vragen op het gebied van wonen, inkomenspositie en arbeidsdeelname.⁷⁻¹⁵ De brancherapporten 2000-2003 van het ministerie van VWS geven nuttige overzichten over de huidige situatie en de verwachtingen.¹⁶⁻²⁰

Veel van de genoemde rapporten en adviezen bespreken de hachelijkheid van voorspellen. Het SCP toont in een terugblik aan dat het doortrekken van reeds bekende trends een redelijk betrouwbare voorspelling kan opleveren, maar dat anticipatie op nieuwe ontwikkelingen lang niet altijd succesvol is.² Voor het beleid betekent dit dat men bij de planningstermijn rekening moet houden met de waarschijnlijkheid van prognoses enerzijds en de duur van de implementatie van maatregelen anderzijds. Voor veel vragen uit de adviesaanvraag zijn de onzekerheidsmarges over een termijn van twintig tot dertig jaar (te) groot. De periodieke rapporten van bovengenoemde plan- en adviesinstanties zijn dan ook onmisbaar om de vinger aan de pols te houden.

De visie is het uitgangspunt, het begrippenkader sluit daarbij aan

De vragen van de Themacommissie zijn divers van aard. Zij is er zich duidelijk van bewust dat de vergrijzing van de bevolking implicaties heeft voor allerlei beleidsterreinen en dat het beleid op deze verschillende gebieden samenhang moet vertonen. Er moet een visie aan ten grondslag liggen. Velen hebben er reeds op gewezen dat dat meer moet zijn dan het berekenen van en rekening houden met de financiële implicaties. Het gaat om de gewenste positie van ouderen in de samenleving, inclusief hun rechten en plichten.²¹⁻²³ De adviesaanvragen over Integraal Ouderenbeleid staan in het teken van zo'n visie-ontwikkeling en geven door hun formulering ook al een aantal belangrijke thema's aan. Ze hebben vooral betrekking op de sociale positie van ouderen: hun mogelijke bijdrage aan betaalde en onbetaalde arbeid, hun betrokkenheid bij de samenleving, hun mogelijke beroep op schaarse en collectieve voorzieningen. Tegelijk gaat het om de mogelijkheden om hier invloed op uit te oefenen.

Dit advies hanteert een begrippenkader dat daarbij aansluit: gezondheid, zelfstandigheid en welzijn nemen een centrale plaats in. De kwaliteit van het lichamelijk en mentaal functioneren speelt daarin een grote rol. Huidige, maar ook toekomstige vragen kunnen geplaatst worden binnen dit bredere kader.

Er is een belangrijk uitgangspunt dat de gezondheidszorg overstijgt. Ouderen zijn individuen en hebben net zoveel recht als anderen op de mogelijkheid om het eigen leven vorm te geven. Een ouderenbeleid moet ervoor zorgen dat zij die mogelijkheid ook zo veel mogelijk hebben.

De werkwijze is aangepast aan de speciale adviesaanvraag

Passend bij zijn wettelijke opdracht gaat de aanpak van de Gezondheidsraad primair uit van de wetenschap. Dat impliceert, zeker ook in dit geval, een multidisciplinaire benadering, in het besef dat de gezondheidszorg slechts één van de beleidsterreinen is die invloed hebben op gezondheid en welzijn.

Vanwege de breedte van de vraagstelling is dit advies tot stand gekomen onder verantwoordelijkheid van de Beraadsgroep Geneeskunde van de Gezondheidsraad, één van de vaste commissies die toezicht houden op de kwaliteit en consistentie van de Gezondheidsraadadviezen, en in dit advies hierna te noemen ‘de commissie’. Het advies is voorbereid door een projectgroep van wetenschappelijke secretarissen, met inschakeling van diverse externe deskundigen (zie bijlage B). Om de relatie tussen gezondheid en maatschappelijke participatie te verkennen, is een onderzoeksopdracht verleend aan de sectie Volksgezondheid Toekomstverkenningen van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieuhygiëne (RIVM).

Het advies gaat van veroudering naar gezondheid, zelfstandigheid en welzijn

Het advies opent in hoofdstuk 2 met een aantal demografische kerngegevens. Hoofdstuk 3 schetst vervolgens de biologische basis: de kennis over het ontstaan van verouderingsverschijnselen, over hun consequenties en over de relatie met de levensduur. Ook worden in dit hoofdstuk de begrippen die in het vervolg van het advies een belangrijke rol spelen in hun samenhang uiteengezet.

Dan volgen hoofdstukken over manieren om respectievelijk de gezondheid (hoofdstuk 4) en de zelfstandigheid en het welzijn (hoofdstuk 5) te behouden en te bevorderen, tot aan het levenseinde toe. Hierbij wordt zoveel mogelijk ingegaan op de Nederlandse situatie. Hoofdstuk 6 wijst op de urgente actie die nodig is in verband met het toenemend aantal patiënten met dementie.

Het slothoofdstuk is anders van karakter: hier geeft de commissie haar visie op de bevindingen, de mogelijkheden die geschetst zijn, de praktijk van vandaag en op thema's die een duidelijke positie dienen te hebben op de politieke agenda.

Het advies als geheel is het antwoord op de hoofdvragen van de Themacommissie Ouderenbeleid van de Tweede Kamer. De adviesaanvraag had een bijlage met een aantal detailvragen; die komen in bijlage C van dit advies kort aan de orde.

Door de tekst heen zijn een aantal aparte kaders opgenomen, die de hoofdtekst illustreren en ondersteunen.

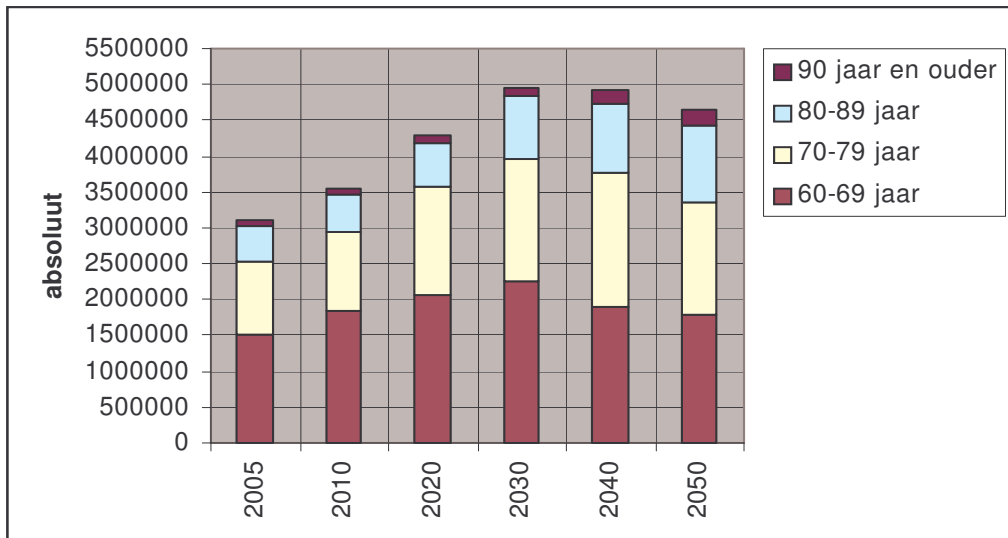
Demografie

Het huidige en toekomstige aantal ouderen hangt uiteraard af van de leeftijdsgrens die men daarbij hanteert. Dat gebeurt in de ramingen heel verschillend: vanaf 55, 60 of 65 jaar, terwijl in overzichten ook de leeftijdsgroepen verschillend worden ingedeeld. Prognoses lopen vaak tot 2015 of 2020, soms tot 2030 en een enkele keer tot 2050. Dat alles levert veel verschillende getallen op. Bovendien worden de schattingen onzekerder naarmate men verder vooruit kijkt. De cijfers wijzen echter allemaal in dezelfde richting: veel meer mensen worden ouder. Het gaat daarom ook hieronder niet in de eerste plaats om de exacte getallen, maar om de richting en schaal die ze aangeven en om het tijdspad van de ontwikkelingen. Zo bereiken van de groep 50- tot 60-jarigen die nu de pensioengerechtigde leeftijd nadert, de eersten pas over twintig jaar de 80-jarige leeftijd.

De bevolking vergrijst, de mens wordt ouder

Vergrijzing is een kenmerk van een populatie. De term geeft aan dat het aandeel van ouderen in die populatie toeneemt. In epidemiologische zin gaat het om het percentage ouderen in de bevolking en om de leeftijdsopbouw binnen die groep. In het verleden* was vergrijzing vooral het gevolg van minder geboorten en minder sterfte op jongere leeftijd. Mede door het grote geboortecohort van na de Tweede Wereldoorlog heeft Nederland tot op de dag van vandaag een relatief jonge bevolking vergeleken met andere Europese landen.²⁴ Nu die grote groep de leeftijd der ouderen nadert of bereikt

* We spreken hier van de situatie in de zogenoemde 'lage-sterfte'-landen. In ontwikkelingslanden ligt dit uiteraard anders.



Figuur 1 Prognose bevolking van 60 jaar en ouder op 1 januari naar leeftijd, 2005-2050. (Bron: CBS Statline, januari 2005)

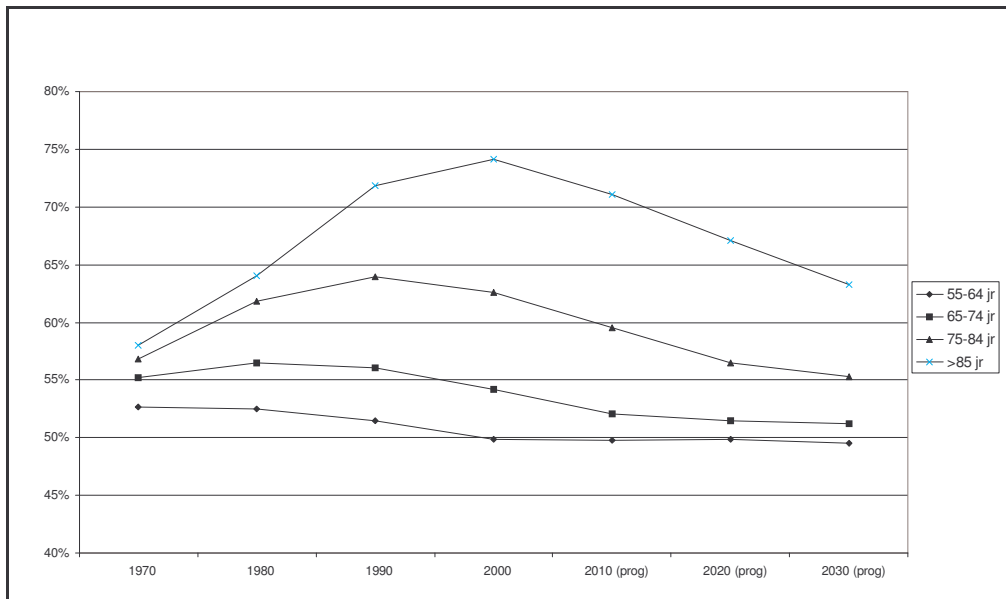
en de aanwas van jongeren daarmee geen gelijke tred houdt, neemt het percentage ouderen duidelijk toe, maar het zal Nederland binnen Europa qua vergrijzing geen koppositie opleveren. Vergrijzing is dus de resultante van ontwikkelingen in de maatschappij in den brede. Bij het huidige lage geboortepil in veel westerse landen en de nog steeds toenevende gemiddelde levensduur, zal het percentage ouderen blijvend hoger zijn dan tot nu toe. Een integraal ouderenbeleid moet gericht zijn op een nieuw patroon in de bevolkingsopbouw, met in ons land een eerst uitgestelde en nu versnelde aanlooperperiode. Al met al krijgt de bevolkingspyramide een geheel andere vorm, met een smallere basis en een bredere en hogere top.²⁵

Het absolute aantal ouderen in Nederland neemt tot 2030 sterk toe

Het absolute aantal ouderen in Nederland zal, waar de leeftijdsgrens ook precies gelegd wordt, de komende dertig jaar sterk toenemen. Volgens de prognose van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) zal het aantal 65-plussers toenemen van 2,29 miljoen in 2005 tot 3,82 miljoen in 2030, een stijging van meer dan 50 procent. Het procentueel aandeel van 65-plussers, als maat voor vergrijzing, loopt op van 14,0 in 2005 naar 22,3 procent in 2030*. Na 2030 vindt zowel in absolute zin als wat betreft het procentueel aandeel een lichte daling plaats, maar het aandeel der zeer ouden binnen de groep neemt nog toe, terwijl de 'jongere' groep kleiner wordt.

* Prognose uit CBS/Statline, 31-01-2005, middenvariant

Niet alleen qua leeftijd zal de samenstelling van de groep ouderen veranderen. Naar verwachting zal ook het vrouwenoverschot op hoge leeftijd iets afnemen.



Figuur 2 Aandeel vrouwen in de oudere bevolking, 1970-2030 (in procenten). (Bron SCP 2001/CBS Statline⁵)

Het aandeel allochtonen* in de bevolking van 65 jaar en ouder zal toenemen van ruim 11 procent nu naar ruim 16 procent in 2030 en ruim 24 procent in 2050. Deze percentages omvatten zowel de westerse als de niet-westerse allochtonen van de eerste en tweede generatie. Het gaat om zeer diverse groepen. De vier grote immigrantengroeperingen in Nederland (namelijk personen van Turkse, Marokkaanse, Surinaamse en Antilliaanse herkomst) vormen in deze overzichten circa de helft van de niet-westerse allochtonen. Het aandeel van de niet-westerse allochtonen binnen de 65-plussers blijft voorlopig relatief klein, met 2,2 procent nu tot 7,1 procent in 2030 en 14,3 procent in 2050.

* Het CBS rekent personen tot de allochtonen als ten minste één ouder in het buitenland is geboren. Daarbij wordt onderscheid gemaakt tussen personen die zelf in het buitenland zijn geboren (de eerste generatie) en personen die in Nederland zijn geboren (de tweede generatie). De herkomstgroepering wordt bepaald aan de hand van het geboorteland van de persoon zelf (1e generatie) of dat van de moeder (2e generatie), tenzij de moeder in Nederland is geboren. In dat geval is geëerblijft naar het geboorteland van de vader.

Tabel 1 Prognose van het percentage allochtonen in de bevolking van Nederland onder 65-plussers en over alle leeftijden in 2005, 2030 en 2050

	Totale bevolking 65-plus	% allochtonen	% niet-westerse allochtonen
2005	2,288,957	11,3	2,2
2030	3,822,885	16,4	7,1
2050	3,888,479	24,4	14,3
	Totale bevolking (alle leeftijden)	% allochtonen	% niet-westerse allochtonen
2005	16,356,548	19,4	10,6
2030	17,606,565	26,9	16,1
2050	17,615,231	32,2	19,6

Bron: CBS-Statline 03-02-2005.

Veroudering

Dit hoofdstuk richt zich op het proces van veroudering. Wat kenmerkt biologisch gezien de veroudering, wat bepaalt functioneren en welzijn van de oudere mens? Het schetst een begrippenkader waarbinnen de verschillende hoofdstukken van dit advies geplaatst kunnen worden.

3.1 Veroudering, levensduur, ziekte en beperkingen

3.1.1 Veroudering volgt geen vast patroon

Veroudering is, biologisch gezien, een met de jaren steeds sterker toenemend functieverlies dat gepaard gaat met verminderde vruchtbaarheid en toenemende kans op overlijden. Het functieverlies wordt veroorzaakt door een opeenhoping van schade van allerlei aard die in de loop van het leven ontstaat. De wijze en de snelheid van veroudering worden niet alleen door aanleg bepaald, maar ook door omgevingsfactoren. Ze zijn dan ook zeker van buiten af te beïnvloeden.

Het erfelijk ontwikkelingsprogramma van een organisme is er primair op gericht de volgende generatie(s) van de soort veilig te stellen. Hierbij krijgen genen en genvarianten die dit doel het best dienen, de overhand boven de minder functionele varianten. Men noemt dit de selectieve druk. Deze selectieve druk, die het genmateriaal voor de voortplantingsperiode heeft geoptimaliseerd, heeft echter geen invloed (gehad) op de

genen die het functioneren na die periode bepalen.* Hierdoor zijn op latere leeftijd de weerstand tegen schadelijke invloeden en het reactie- en aanpassingsvermogen gemiddeld minder goed. Fysiologische functies lopen onvermijdelijk te eniger tijd schade op. Dit leidt uiteindelijk tot stoornissen in het lichamenlijk en cognitief functioneren, al dan niet in de vorm van een vastgestelde ziekte.

Er zijn diverse, goed onderbouwde redenen om aan te nemen dat er geen sprake is van één uniform onderliggend verouderingsproces.²⁶⁻²⁸ Er is ook geen specifiek doodsmechanisme: de dood is de onvermijdelijke resultante van een opeenhoping van verstoorte functies.²⁹ Er is geen absolute, soortspecifieke levensduur. Dit betekent enerzijds dat veroudering en sterven kunnen worden uitgesteld, anderzijds dat ze onverbreekelijk met elkaar verbonden zijn: het idee van uitstel van de last van veroudering tot aan de dood, is niet realistisch. Wel zijn er heel verschillende wegen die tot de dood leiden, wat zich weerspiegelt in een grote heterogeniteit van het levenseinde.³⁰ Het betekent ook dat men voor uitstel van veroudering en sterven niet moet denken aan één gericht anti-verouderingsmiddel, maar aan een waaier van middelen en maatregelen.

De laatste jaren groeit de belangstelling voor het concept van *frailty*, misschien het best vertaald als broosheid. Hieronder verstaat men de gelijktijdige verminderde capaciteit van diverse systemen, waardoor het vermogen om weerstand te bieden aan bedreigingen door omgevingsinvloeden, verloren gaat.

3.1.2 De grens aan de mogelijke levensduur is onbekend

De mogelijkheden om het lichaam in stand te houden – ondanks toenemende kans op functieverlies – bepalen de snelheid van het verouderingsproces en daarmee de levensduur. Er zijn altijd veel speculaties geweest over de maximale levensduur. In 2002 is aangetoond dat alle conservatieve schattingen tot nu toe geen stand hebben gehouden.³¹ Als men internationaal de hoogste levensverwachting in enig land beziet, blijkt deze sinds anderhalve eeuw met 0,2 jaar per kalenderjaar toe te nemen. Op dit moment ligt de hoogste levensverwachting bij 85 jaar (vrouwen in Japan)** . Het verloop van de sterftcijfers geeft geen aanwijzingen dat de grens aan deze ontwikkeling al in zicht zou zijn: internationaal gezien dalen de sterftcijfers gestaag, ook die voor de hoge leeftijdsgroe-

* Er is wetenschappelijke discussie of dit 'veiligstellen' één of tot twee generaties betreft. Een mens heeft in aanleg ruim veertig jaar nodig om op te groeien, kinderen te krijgen en deze te verzorgen tot hun volwassenheid en vruchtbaarheid. Volgens sommigen zou er al daarna, biologisch gezien, geen duidelijk ander doel zijn dan het lichaam in leven te houden. Anderen gaan meer uit van het evolutionaire belang van het in stand houden van de (kleine) sociale groep; in die visie speelt de sociaal-vormende grootouder (meestal grootmoeder) nog een rol in het al dan niet verwerven van een evolutionaire voorsprong. In beide benaderingen neemt echter te eniger tijd bij het ouder worden de selectieve druk af.

** In de periode van 1948 tot 1964 bezette Nederland enkele keren de toppositie: in 1948 met een levensverwachting voor vrouwen van 69,3 jaar, in 1964 voor het laatst met een gemiddelde levensverwachting (mannen en vrouwen) van 76,2 jaar.

pen. Wetenschappers denken verschillend over de vraag of en wanneer deze ontwikkeling zal afbuigen.^{32,33} Enerzijds verwacht men dat op hogere leeftijd extra gewonnen levensjaren steeds moeilijker te bereiken zijn, anderzijds kan men er niet omheen dat ook in het bereik van de 'lage-sterftelanden' de levensduur nog steeds toeneemt en dat dit vooral komt door afnemende sterftcijfers op hoge leeftijd. Een toenemende levensverwachting is in ieder geval geen intrinsiek proces, maar kan het beste gezien worden als een functie van al die mogelijkheden die welvaart schept om het lichaam in goede doen te houden, zoals hygiëne, goede voeding, opleiding en huisvesting, bescherming tegen omgevingsinvloeden en goede medische zorg.

Verschillen in levensverwachting worden in lage-sterftelanden zoals Nederland vooral bepaald door verschillen in de sterfte onder ouderen. Voor een internationale vergelijking van de gezondheidstoestand van ouderen in dat soort landen is dan ook de levensverwachting de meest robuuste maat. Het resultaat van het streven naar een verbetering van de gezondheidstoestand van ouderen kan aan de levensverwachting worden afgelezen.

In ongunstige omstandigheden kan de gezondheidstoestand achteruitgaan en kunnen de sterftcijfers stijgen, zoals in Rusland is gebeurd na het uiteenvallen van de Sovjet Unie.^{34,35} Ook in welvarende landen blijven verschillen in het verloop van de levensverwachting optreden. Economische welvaart alleen is dus niet genoeg: dan nog hebben allerlei factoren en maatregelen meer of minder gunstige effecten op de levensduur. Variabelen als ziekten en leefstijl kunnen slechts een deel daarvan verklaren. De aandacht gaat daarnaast dan ook uit naar verschillen in beleid en beschikbaarheid en kwaliteit van voorzieningen op het gebied van zorg en welzijn, maar het is nog niet duidelijk welke elementen daarvan de belangrijkste rol spelen.

3.1.3 *De groei van de levensverwachting in Nederland blijft achter bij die van andere landen*

Nederland wijkt af van de internationale ontwikkeling: sinds ruim twintig jaar stagneert de daling van de sterftcijfers onder ouderen en is er zelfs sprake van een lichte toename van de sterfte in de leeftijdscategorie boven de 85 jaar.³⁶ Welke factoren daarvoor verantwoordelijk zijn, is ook hier niet zonder meer duidelijk. Rookgedrag kan zeker een deel ervan verklaren. Daarnaast spelen mogelijk toegenomen kwetsbaarheid van ouderen en verschraving in medische en sociale voorzieningen voor ouderen een rol.^{36,37} Ook milieufactoren zouden van belang kunnen zijn.³⁸ Op dit moment ligt de gemiddelde levensverwachting in Nederland vier jaar lager dan in de huidige koploper, Japan. Maar ook binnen Europa blijft Nederland achter in de ontwikkeling. De levensverwachting bij de geboorte stijgt voor mannen minder snel dan het EU-gemiddelde over de jaren 1970

tot 2000*, maar ligt nog net boven het gemiddelde. Dit gaat niet op voor de resterende levensverwachting op oudere leeftijd: de sterfte op oudere leeftijd is onder Nederlandse mannen relatief hoog. Bij vrouwen ligt de situatie nog ongunstiger: hun levensverwachting stagneert op alle leeftijden en is inmiddels tot onder het EU-gemiddelde gedaald.³⁹ Dit negatieve verloop in Nederland is circa 1980 ingezet; ook Denemarken en Noorwegen vertonen een vergelijkbare ontwikkeling.⁴⁰

3.1.4 *Prognoses dagen uit tot ambitie*

De Verenigde Naties gaan in hun regelmatig bijgestelde prognose voor verschillende landen uit van een hoogste levensverwachting bij geboorte van 91 jaar in 2030 en 92,5 jaar in 2050 (beide van vrouwen in Japan). Voor Nederlandse vrouwen verwachten zij respectievelijk 83,7 jaar in 2030 en 84,9 jaar in 2050.⁴¹ De CBS-middenvariant geeft voor Nederlandse vrouwen een prognose van ruim 82,4 jaar in 2030 en 82,6 jaar in 2050.** Deze prognose wordt uiteraard gekleurd door de relatief achterblijvende ontwikkeling in Nederland. Als de internationale ontwikkeling enerzijds en de stagnatie in Nederland anderzijds doorzetten, zou het kunnen betekenen dat de huidige Nederlandse achterstand in levensverwachting op koploper Japan nog verder oploopt. Weet daarentegen Nederland weer aan te sluiten bij de internationale trend, dan zullen de lange-termijn ramingen aangepast moeten worden, zowel wat betreft het aantal ouderen als wat betreft de leeftijdsopbouw.

Het belang van de trend voor de periode tot 2030 ligt niet zozeer in de exacte getallen: de prognose van de levensverwachting bij geboorte in 2030 kan niet worden gebruikt als maat voor de levensverwachting van degenen die dan al tot de ouderen behoren (die nu dus veertig jaar of ouder zijn). Het geeft echter wel aan dat er nog volop ruimte is voor ambitie wat betreft de levensverwachting en gezondheid van ouderen: het doel kan wel degelijk hoger liggen dan de huidige prognose. Dat gaat echter niet vanzelf, maar vraagt om consequente investeringen.

3.1.5 *Het vóórkomen van ziekte wordt eerder meer dan minder*

De morbiditeit, het vóórkomen van ziekte, neemt toe met de leeftijd. Hoe de ontwikkeling van de totale morbiditeit zal verlopen als mensen gemiddeld ouder worden, dus bij een stijgende levensverwachting, is onderwerp van veel wetenschappelijke discussie. Resultaten van epidemiologisch onderzoek geven zowel aanwijzingen dat de stijging van de levensverwachting gepaard gaat met minder jaren in ziekte (compressie van mor-

* Het gaat hierbij dus om de EU-15.

** CBS statline, januari 2005.

biditeit), doordat mensen door preventie later ziek worden, als voor méér jaren in ziekte, doordat niet de ziekte, maar wel de sterfte eraan wordt uitgesteld en mensen dus langer met de ziekte leven (de-compressie of expansie van morbiditeit). Bovendien kunnen mensen bij een langer leven ook meer ziekten krijgen, temeer omdat de kans op ziekte sterk toeneemt met de leeftijd. Het voert in dit kader te ver om uitgebreid in te gaan op de struikelblokken in het onderzoek op dit gebied. De balans tussen de diverse ontwikkelingen is hoe dan ook precair en er zijn ook grote verschillen binnen populaties, bijvoorbeeld afhankelijk van sociaal-economische status. Voor beleidsbepalende instanties is het belangrijk te beseffen dat getallen over het vóórkomen van ziekte niet altijd de beste maat zijn om het effect én de kosten van gezondheidszorg en beleid in te schatten. Een vroeg opgespoorde chronische ziekte die door langdurige goede behandeling niet tot beperkingen en sterfte leidt, verhoogt de morbiditeit (en mogelijk ook de kosten van de gezondheidszorg), maar kan toch als succes worden aangemerkt.

3.1.6 *Het vóórkomen van beperkingen gaat niet gelijk op met dat van ziekte*

Ziekten kunnen leiden tot beperkingen in het functioneren. De aanwezigheid en ernst van de beperkingen vormen een belangrijk criterium voor de mate van welzijn en voor de zorgbehoefte. De morbiditeit blijkt echter geen goede maat voor de aanwezigheid van beperkingen: een chronische ziekte die goed behandeld wordt, hoeft niet te leiden tot beperkingen. Omgekeerd worden sommige beperkingen (nog) niet opgevat als gevolg van een vast te stellen ziekte, waardoor ze niet in ziekteregistraties worden opgenomen. Het vóórkomen van ziekte enerzijds en van licht tot matige of ernstige beperkingen anderzijds blijkt in verschillende landen verschillend te verlopen.^{37,42} Er zijn verschillende verklaringen mogelijk voor dit fenomeen. Alles wijst er echter op dat gerichte interventies de ernst van de beperkingen kunnen doen afnemen. Een toename van morbiditeit kan gepaard gaan met compressie van (vooral ernstige) beperkingen. Duidelijk is dat de preventie en vermindering van beperkingen aparte aandacht verdienen.

3.2 **Gezondheid en zelfstandigheid**

Als het gaat om de omstandigheden die de zelfstandigheid en het maatschappelijk functioneren bevorderen, richten we ons niet primair op de begrippen gezondheid en ziekte, maar op het optreden van beperkingen in het functioneren.

3.2.1 *Alle domeinen van iemands leven tellen mee bij de impact van beperkingen*

De relatie tussen gezondheid en functioneren wordt helder beschreven in beschouwingen over het zogeheten *disablement*-proces^{34,43,44} Waardevol zijn vooral de inzichten

die dit biedt in het voorkómen van *disability**. Ook in recente Nederlandse rapporten wordt daarop ingegaan.^{1,5} *Disability* wordt omschreven als: het ondervinden van problemen bij het uitvoeren van activiteiten die passen bij het eigen leven, ten gevolge van een gezondheidsprobleem of lichamelijke toestand. Het bestrijkt in principe alle domeinen van iemands leven: van zelfverzorging tot werk, boodschappen doen, sociale contacten, mantelzorg voor een naaste en slaap. Men spreekt in Nederland meestal van beperking in iemands taken en rollen. Het *disablement*-proces kent verschillende fasen. De eerste is een pathologische ontwikkeling ergens in het lichaam (al dan niet uitlopend op ziekte) of een verstoring van lichamelijke en mentale functies (zoals gehoor, evenwicht en geheugen). Deze kan leiden tot beperkingen bij het kunnen uitvoeren van dagelijkse activiteiten (zoals opstaan en wassen, huishouden en verplaatsen)**. Dit kan op zijn beurt ook de mogelijkheid tot sociale participatie (in werk of andere belangstellingskring) belemmeren en beperken. Er bestaat echter tussen die fasen een intensieve wisselwerking en er zijn ook belangrijke persoonlijke en omgevingsfactoren die dit proces versnellen of vertragen.

3.2.2 *Beperkingen in het functioneren zijn niet een eigenschap van een individu*

Een belangrijke notie van het *disablement*-proces is dat beperkingen in het dagelijks functioneren niet een kenmerk zijn van het individu, maar een maat voor problemen in de interactie met de omgeving. Welke activiteiten, taken en rollen men kan uitvoeren, wordt niet alleen bepaald door wat men kan, maar ook door de eisen die de fysieke omgeving stelt en door de verwachtingen die bestaan over de manier van uitvoeren. Invloeden op dit proces zijn talrijk en van verschillend niveau: sommige liggen binnen de persoonlijke sfeer, andere binnen de taak van bepaalde instanties of in maatschappelijke opvattingen. Factoren als geslacht, leeftijd, sociaal-economische positie en leefstijl hebben duidelijk verband met de kans op ziekte en functiestoornissen. De impact van ziekte op het ontstaan en de ernst van beperkingen, wordt vervolgens beïnvloed door deels omgevingsfactoren, deels persoonsgebonden factoren. De eerste zijn onder meer medische behandeling en revalidatie, ondersteuning bij een aantal activiteiten, hulpmiddelen, zorgvoorzieningen en aanpassingen in de fysieke en sociale omgeving, zoals woning of openbaar vervoer. Ze liggen deels op het terrein van de gezondheidszorg (zie verder in dit advies), deels daarbuiten (zie onder meer de adviezen van de SER, de RMO en de VROM-raad).

* Een nadeel van het model is dat het centrale begrip *disability* ook taalkundig gezien een negatief begrip is.

** De terminologie van de verschillende theoretische kaders is op dit punt ronduit verwarrend. We spreken in dit advies van biologisch bepaalde functiestoornissen enerzijds en van beperkingen in het (dagelijks) functioneren, die mede bepaald worden door de relatie met de omgeving, anderzijds.

Persoonlijke factoren betreffen individuele kenmerken als leeftijd, geslacht, etniciteit, opleidingsniveau en lichamelijke conditie en een scala van psychische en psychosociale kenmerken als persoonlijkheid, levensgeschiedenis, levensstijl, stemming, copingmechanismen, sociale achtergrond, beroep, ervaringen uit het heden en verleden, de aanwezigheid van partner of kinderen, sociale steun vanuit de omgeving of vanuit een specifieke levensopvatting of geloof. In allerlei onderzoek is gebleken dat dergelijke factoren alle, of elk afzonderlijk, een rol kunnen spelen bij het ervaren van problemen in het functioneren, op elk niveau.⁴⁴⁻⁴⁸ Beperkingen die mensen ervaren zijn niet altijd onomkeerbaar. Na een aanvankelijke verslechtering in het functioneren kan er weer verbetering of herstel optreden, al kan ook dit weer van tijdelijke aard blijken te zijn.⁴⁶ Persoonlijke factoren beïnvloeden mede het beloop van beperkingen in de tijd.^{46,49,50} Dit betekent dat er ook mogelijkheden zijn om de beperkingenlast terug te dringen als mensen eenmaal beperkingen hebben.

3.2.3 Preventie van beperkingen vraagt om een integrale benadering

Uit het voorgaande kan men opmaken dat preventie en vermindering van beperkingen breed ingezet moeten worden en niet alleen te bereiken zijn via de preventie en behandeling van ziekte. In feite is dit al het uitgangspunt bij de revalidatiegeneeskunde, waar de focus ligt op het handhaven van de onafhankelijkheid en de zelfredzaamheid, niet alleen door eigen vaardigheden en aanpassing van de omgeving, maar ook door *patient-empowerment* en aanpassing van de leefstijl. Een dergelijke benadering voor ouderen moet in de praktijk handen en voeten krijgen. Daarvoor is niet alleen visie nodig, maar ook kennis op heel verschillende terreinen. Empirisch onderzoek op dit gebied is tot nu toe schaars, fragmentarisch en moeilijk vergelijkbaar door plaatsgebonden factoren. Wel heeft de vroegere internationale classificatie van beperkingen de inzichten van het *disablement*-proces geïncorporeerd. De huidige versie, de classificatie van het menselijk functioneren (*International Classification of Functioning, Disability and Health ICF*)⁴⁴ werkt de verschillende invloeden op het proces systematisch uit en geeft goede aanknopingspunten voor onderzoek naar het terugdringen van *disability*.

De Gezondheidsraad en de Raad voor Gezondheidsonderzoek hebben zich voorgenomen gezamenlijk de stand van wetenschap, het lopend onderzoek in Nederland en de eventuele lacunes daarin in kaart te brengen. Dit zal gebeuren in het kader van verschillende adviesaanvragen die deze raden reeds hebben ontvangen en die in het werkprogramma zijn opgenomen.^{* 51,52}

* Voor de Gezondheidsraad gaat het om vragen betreffende Preventie van ziekten bij ouderen, Ontwikkeling van co-morbiditeit bij het ouder worden en Psychiatrische en somatische co-morbiditeit; voor de RGO om de adviesaanvraag over Prioriteiten onderzoek t.b.v. geriatrische zorgbehoevende ouderen

Ouderen willen erbij blijven horen

De belangrijkste conclusie die uit de bijeenkomsten* getrokken kan worden is dat ouderen, ook op hoge leeftijd, deel willen uitmaken van deze samenleving. Dat wil zeggen: niet opgesloten zitten in een huis maar eropuit kunnen gaan. Dit kunnen de alledaagse dingen zijn zoals boodschappen doen, op een bankje zitten, een praatje met de burens maken maar ook kinderen en kleinkinderen, vrienden en kennissen ontmoeten. De telefoon en moderne middelen als e-mail maken het mogelijk om contacten te onderhouden en vergemakkelijken dit ook. Zelf eropuit gaan is echter nog belangrijker. Wel neemt de actieradius en het tempo af als men meer gezondheidsproblemen krijgt. Dan wordt de directe leefomgeving steeds belangrijker. (..)

Beeldvorming over ouderen en vormen van discriminatie beperken de maatschappelijke participatie van ouderen. Ouderen moeten zelf kunnen bepalen wanneer zij willen ophouden met werken: de een zal eerder dan met 65 jaar willen stoppen en de ander zal langer willen doorwerken. Nu hebben ouderen het gevoel de speelbal van de economie te zijn. Als er veel werkloosheid is moeten zij plaats maken voor jongeren, als er veel vacatures zijn moeten zij langer doorwerken. Ook het beeld van vitale ouderen die alleen maar reizen en leuke dingen doen klopt niet. Er is onvoldoende erkenning voor wat ouderen al doen in de samenleving. Veel ouderen zijn actief in het vrijwilligerswerk. De overgang van betaald naar vrijwilligerswerk zou wel meer gestimuleerd kunnen worden. Met de wens in de maatschappij te blijven participeren vraagt men ook ondersteuning op welzijnsterrein. Toegang tot informatie kan voorkomen dat men achterloopt op technologische ontwikkelingen. Hulp bij vervoer naar bijvoorbeeld het theater of de mogelijkheid de natuur in te gaan, zorgt ervoor dat men actief kan blijven.

Ouderen kunnen zelf ook op verschillende wijze anticiperen op de toekomst. Ten eerste door een gezonde leefwijze en door in beweging te blijven. Maar ook en vooral door te investeren in hun sociaal netwerk. Mensen ontmoeten gaat niet vanzelf. Bij iedereen wordt het netwerk kleiner als men ouder wordt. Als men stopt met werken, verliest men het dagelijkse contact met collega's. Door sterfte onder familie en vrienden wordt het netwerk kleiner. Uit de bijeenkomsten blijkt dat het verlies van een partner grote gevolgen heeft voor het sociaal netwerk bij mannen. Om eenzaamheid te voorkomen moeten nieuwe contacten gelegd worden of oude worden versterkt.

(Bron: NIZW. Ouder worden we allemaal⁶: 199-201)

* Bedoeld worden de bijeenkomsten die het Kenniscentrum Ouderen van het NIZW organiseerde met (huidige en toekomstige) ouderen over hun toekomstverwachtingen

3.3 Gezondheid en welzijn

Welzijn staat voor de meeste mensen bovenaan hun wenslijst voor het leven. Gezondheid is een belangrijke factor voor welzijn, maar niet alles bepalend. Bekend is de ‘beperkingen-paradox’: het verschijnsel dat mensen ondanks forse lichamelijke of mentale gebreken, toch redelijk tevreden kunnen zijn met hun leven.⁵³ Zeker voor ouderen, bij wie de gezondheid te eniger tijd vermindert, is het belangrijk om inzicht te hebben in de vraag wat het welzijn bepaalt. Uit onderzoek blijkt welzijn sterker samen te hangen met de subjectieve gezondheidsbeleving dan met objectieve gezondheidscriteria of omgevingsfactoren.^{54,55}

Psychische klachten kunnen een spilfunctie vervullen. Er bestaat een sterke samenhang tussen beperkingen in het functioneren, eenzaamheid, het optreden van depressie en de mate van welzijn.⁵⁶

3.3.1 *Ouderen weten wat belangrijk is*

Onderzoek naar de kwaliteit van leven van ouderen beperkt zich vaak tot een aantal maten die vooral ontwikkeld zijn binnen de gezondheidszorg om het effect van behandelingen te evalueren. De nadruk ligt daarbij op de fysieke toestand en capaciteiten. Bij een bredere invalshoek blijken andere factoren minstens zo belangrijk voor het welzijn. In allerlei onderzoek geven ouderen aan dat ook minder tastbare zaken er toe doen: aanpassingsvermogen; zingeving; van nut zijn voor anderen; familie; met vrienden kunnen samenzijn; verwachtingen over en aanpassing aan zich voordoende klachten en beperkingen; je thuis kunnen redden; regie hebben over het eigen leven; je kunnen verplaatsen; keuzevrijheid. De directe fysieke en sociale omgeving blijkt cruciaal: de beschikbaarheid van voorzieningen, sociale activiteiten en veiligheid. Verder noemen ouderen het tegengaan van sociale uitsluiting en het beschikbaar zijn van formele en informele sociale ondersteuning.^{21,53,57-60}

Het NIZW bracht in 2004 een kwalitatieve trendstudie uit over allerlei zaken die met de vergrijzing te maken hebben.⁶ Het rapport vestigt de aandacht op wat ouderen zelf denken en belangrijk vinden, en op de grote diversiteit daarin. De belangrijkste conclusie is dat ouderen, ook op hoge leeftijd, deel willen uitmaken van de samenleving. Dat blijkt echter niet vanzelfsprekend: behalve door flinke fysieke en sociale belemmeringen, wordt de maatschappelijke participatie ook beperkt door de beeldvorming over ouderen. Door alles heen klinkt de wens om de regie over het eigen leven te behouden en zo min mogelijk zorgafhankelijk te worden (zie kader: *Ouderen willen erbij blijven horen*).

Welzijn heeft invloed op de beleving van de eigen gezondheid en op de vraag naar zorg en hulp. Inzicht in wat dit gevoel van welzijn beïnvloedt, is daarom ook vanuit beleidsoverwegingen van groot belang. Hiervoor is kwalitatief onderzoek onmisbaar.

3.3.2 Welzijn is geen passief resultaat

Welzijn is niet een direct resultaat van omstandigheden of iets dat je overkomt. Doelen, verwachtingen, geloof in eigen kunnen en ideeën over wat mis kan gaan, bepalen sterk de motivatie voor gedrag en de mate van welzijn.⁶¹ Dit biedt aanknopingspunten voor het beïnvloeden van gedrag dat niet alleen de gezondheid, maar ook het welzijn bevordert.⁶²⁻⁶⁴

De soms onverwachte uitkomsten uit onderzoek naar welzijn – zoals de discrepantie tussen objectieve en subjectieve uitkomsten – zijn beter te verklaren als men er van uitgaat dat een mens actief streeft naar welzijn en daarvoor verschillende bronnen inzet, passend bij de mogelijkheden en beperkingen van de eigen persoon en de situatie. Dit is het uitgangspunt van de *Social Production Function* (SPF)-theorie.^{55,65,66} Volgens deze theorie heeft algemeen welzijn twee hoofddimensies: het sociaal en het lichamelijk welzijn. In huiselijke termen gaat het bij sociaal welzijn om genegenheid, waardering en status, en bij lichamelijk welzijn om lichamelijk comfort en stimulerende afwisseling*. Iedereen wil een optimale mix van deze doelen bereiken, maar moet daarbij uitgaan van de bronnen die hij ter beschikking heeft. Die zijn zowel gelegen in directe bronnen zoals inkomen, zorg en een sociaal netwerk, als in de eigen vaardigheden om die bronnen te verwerven en behouden (de ‘zelfmanagement’ vaardigheden⁶⁷). Binnen hun mogelijkheden maken mensen keuzes, proberen ze verlies te compenseren en bouwen ze extra reserves (‘buffers’) op. Zo kan een verlies aan gezondheid voor het grotere doel van welzijn ook enigszins worden gecompenseerd door investering in sociale contacten en zinvolle activiteiten die, gegeven de beperkingen, nog mogelijk zijn. Omgekeerd kan het verlies van een sociale rol of de onmogelijkheid om zo’n rol te vervullen het nodig maken om meer te putten uit genegenheid, waardering en lichamelijk comfort. Dit kan directe consequenties hebben voor de zorg: als de mogelijkheid tot sociale participatie klein wordt, wordt de zorg een belangrijker bron van welzijn.

Bij het vorderen van de leeftijd verminderen zowel allerlei bronnen van welzijn als de vaardigheden om ze te gebruiken. Als het tegenzit worden dan het gevoel van welzijn en de eigen actieve rol daarin ondermijnd. Ouderen kunnen bij een toenemend verlies van hulpbronnen in een ‘kritieke’ fase belanden, waarin zij geen compensatiemogelijkheden meer hebben. In zo’n fase neemt de kans op een neerwaartse spiraal van afne-

* In SPF-termen: het sociaal welzijn is het resultaat van iemands succes in het verkrijgen van affectie, gedragsbevestiging en status, het lichamelijk welzijn wordt bereikt door het verkrijgen van lichamelijk comfort en stimulatie.

mende zelfredzaamheid snel toe, en daarmee de vraag naar zorg.^{68,69} Het kunnen zorgen voor het eigen gevoel van welzijn, met welke hulpbronnen dan ook, is een belangrijk aspect van zelfstandigheid en autonomie.

Net als het model van het *disablement*-proces is de *Social Production Function*-theorie goed toetsbaar, maar beide moeten (nog) verder onderbouwd worden. De verschillende verbanden hoeven niet allemaal dezelfde betekenis en richting te hebben. Wel markeren ze aangrijpingspunten voor een integraal ouderenbeleid.

Gezondheid

Zoals beschreven in hoofdstuk 3, zijn de eerste twee fasen van het *disablement*-proces die van de pathologische processen en van de daardoor veroorzaakte verstoringen van lichamelijke en mentale functies. Dit hoofdstuk gaat over mogelijkheden om iets aan zulke processen en verstoringen te doen. Die mogelijkheden zijn legio en laten zich grofweg rubriceren onder de noemers 'preventie' en 'behandeling'. Bij preventie gaat het om de vraag hoe ziekten zijn te voorkómen of tijdig op te sporen. Behandeling omvat alle medische interventies die erop gericht zijn eenmaal manifest geworden ziekteprocessen de goede kant uit te laten gaan.

Er zijn tal van organisaties betrokken bij het genereren, verzamelen en interpreteren van gegevens over gezondheid, ziekte en gezondheidszorg, van onderzoeksinstituten en academische ziekenhuizen tot planbureaus en adviescolleges, zoals de Gezondheidsraad. Sinds 1993, toen de eerste Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV) verscheen, heeft het RIVM een regiefunctie bij het ordenen van de grote hoeveelheid informatie over de volksgezondheid en bij het verkennen van mogelijke trends op dit gebied. Inmiddels hebben drie VTV's het licht gezien.^{39,70,71} De vierde zal volgens plan worden uitgebracht in 2006. In het kader van de VTV-activiteiten is ook een reeks themarapporten verschenen, soms in co-productie met het SCP, zoals het rapport *Ouderen nu en in de toekomst*.¹ Ook het SCP heeft verschillende rapporten over ouderen uitgebracht.^{2,3} Veel van wat in dit hoofdstuk aan de orde komt, is gebaseerd op deze publicaties.

Binnen het bestek van dit advies kan onmogelijk recht worden gedaan aan de vele ontwikkelingen op het gebied van preventie en behandeling. Vaak moeten enkele voor-

beelden volstaan. Dit hoofdstuk richt zich vooral op kansen voor preventie en behandeling bij ouderen. De gezondheidstoestand van ouderen wordt echter mede bepaald door de uitkomsten van preventie en behandeling op jongere leeftijd. De commissie staat daar in de paragraaf over preventie afzonderlijk bij stil.

4.1 Ziekten, beperkingen en ziektelast

4.1.1 De meest voorkomende ziekten zullen flink toenemen

De komende decennia zal er een sterke toename zijn in het aantal mensen met ziekten en functiestoornissen. Een aantal ontwikkelingen speelt hierbij een rol.

Ten eerste de demografische trend die ervoor zorgt dat het aandeel 65-plussers in de samenleving sterk stijgt: van 14 procent in 2005 tot ruim 22 procent in 2030. Aangezien de ouderdom in het algemeen toch echt met gebreken komt, zal dit een toename van het aantal mensen met ziekten en functiestoornissen met zich meebrengen.

Verder hangt het aantal patiënten af van trends in het optreden van bepaalde ziekten. Er zijn ziekten waarvan verwacht wordt dat ze steeds vaker zullen voorkomen. Dit kan heel verschillende oorzaken hebben. Zo zal het aantal diabetespatiënten toenemen doordat mensen zwaarder worden en minder lichamelijk actief. Maar ook een betere opsporing zal bijdragen aan een stijgende trend.

In tabel 2 wordt van de meest voorkomende (clusters van) ziekten de verandering weergegeven op basis van de demografische en epidemiologische trend, indien van toepassing.¹ Bij de epidemiologische trend is de verandering in prevalentie die voorafgaand aan 2000 heeft plaatsgevonden zo goed mogelijk ingeschat en geprojecteerd tot 2020.

Gemiddeld genomen zal, wanneer de demografische en epidemiologische trends inderdaad optreden, het aantal patiënten in 2020 met 57 procent stijgen ten opzichte van het jaar 2000. Alleen op basis van demografische ontwikkeling gaat het om een toename van 45 procent. Inzicht in de ontwikkeling van het aantal meest voorkomende ziekten kan helpen bij bijvoorbeeld de planning van zorg en bij het stellen van prioriteiten op het gebied van preventie.

Tabel 2 Prevalentie van tien (clusters van) ziekten in 2000 en 2020 bij doortrekken van de trend in de prevalentie uit het verleden, en de schatting van het aantal patiënten in 2000 en 2020 voor de bevolking van 65 jaar en ouder. (Bron:SCP, RIVM-VTV, NKR; CMR-N, LMR, CBS-bevolkingsprognose 2002.)

Ziekte/aandoening	2000		2020	
	Prevalentie per 1 000 personen van 65 jaar en ouder	Absoluut aantal patiënten van 65 jaar en ouder ^a	Verandering van prevalentie per 1 000 personen van 65 jaar en ouder ^a	Absoluut aantal patiënten van 65 jaar en ouder door trend/demografie
Kanker	42	91 000	geen trend	137 000
Diabetes mellitus	98	211 000	+23	386 000
Psychische aandoeningen ^b	93	200 000	trend onbekend	288 000
Dementie	94	203 000 ^c	trend onbekend	281 000 ^d
Beroerte	59	127 000	+9	217 000
Overige ziekten v/h zenuwstelsel ^e	21	45 000	-5	51 000
Hartziekten ^f	140	301 000	+16	497 000
Astma/COPD	125	268 000	+37	515 000
Ziekten v/h bewegingsapparaat ^g	423	911 000	+6	1.331 000
Ernstige gevolgen ongeval	29	62 000	+6	107 000

^a berekend op basis van leeftijd en geslachtspecifieke prevalentiecijfers

^b overspannen, depressie, nervositeit

^c inclusief 30.300 verpleeghuispatiënten met dementie (peildatum 1-1-2000)

^d aanname 39% toename vanwege ontbreken leeftijdspecifieke cijfers

^e o.a. multiple sclerose en ziekte van Parkinson

^f gevolgen van hartinfarct, angina pectoris, hartfalen, vernauwing bloedvaten in buik en benen

^g artrose van heupen of knieën, chronische gewrichtsontsteking, ernstige of hardnekkige aandoening van rug, nek, elleboog, pols en hand

4.1.2 De trends in beperkingen zijn niet duidelijk

Een ziekte leidt niet altijd tot beperkingen in wat iemand nog kan. In onderstaande tabel is het aantal mensen weergegeven dat beperkingen ondervindt bij algemene dagelijkse levensverrichtingen.¹ Deze percentages lopen sterk op met de leeftijd. Van de mensen in de leeftijd van 75 tot 84 jaar heeft bijna de helft beperkingen bij zitten, staan en verplaatsen. Ongeveer 20 procent kampt met ernstige beperkingen.

In Nederland zijn de uitkomsten van onderzoek naar de trends in beperkingen niet eensluidend. Volgens onderzoek van het SCP zijn lichtere én ernstige beperkingen gelijk gebleven over de periode 1987-1999.¹ In Amsterdams onderzoek (*Longitudinal Aging Study* Amsterdam) lijken de laatste jaren de lichtere beperkingen toe te nemen en de ernstige gelijk te blijven.⁷² Uit een rapport van het RIVM blijkt tussen 1989 en 2000 de toename van levensjaren zonder beperkingen groter te zijn geweest dan de toename van de levensverwachting zelf.³⁹ Vooral beperkingen bij de mobiliteit en in het horen zijn ver-

minderd. Op basis hiervan lijkt er dus sprake van compressie van beperkingen. Het laatste woord over een toe- of afname van beperkingen is nog niet gesproken: nader onderzoek zal uitsluitsel moeten bieden. Wel lijkt het er op dat de ernst van de beperkingen afneemt. Dit is in overeenstemming met bevindingen uit internationaal onderzoek.⁷³ Daaruit blijkt dat door gerichte aandacht in de vorm van hulpmiddelen, preventie en behandeling de ernst van de beperkingen kan verminderen.

Tabel 3 Typen beperkingen onder ouderen, naar leeftijd en ernst (in %). (Bron: SCP-Aanvullend voorzieningsgebruik onderzoek 1999 en SCP-Ouderen in instellingen 2000)

	Lichte en matige beperkingen				Ernstige beperkingen			
	65-74	75-84	85+	65+	65-74	75-84	85+	65+
Zitten en staan	30	49	64	40	8	18	30	14
Verplaatsen	24	49	80	39	7	22	51	17
Persoonlijke verzorging	14	32	67	25	5	12	40	11
Huishoudelijke verzorging	29	57	84	45	8	28	59	20
Zien ^a	8	18	37	14	1	5	15	4
Horen ^a	14	23	36	19	3	6	17	6

^a ook bij gebruik bril/hoorhulpmiddelen

Aangezien het aantal ouderen zal toenemen, zal het absolute aantal mensen met beperkingen eveneens stijgen. Of de relatie van beperkingen met ziekten één op één is, zal afhangen van het type ziekten dat toeneemt en van de samenhang van deze ziekten met beperkingen. Deze samenhang tussen ziekten en beperkingen is namelijk geen constante en hangt af van de omgevingsfactoren en persoonsgebonden factoren die in het vorige hoofdstuk zijn beschreven.⁷⁴ Meer inzicht in factoren die de omvang en ernst van beperkingen bepalen is van groot belang om het effect van preventieve maatregelen en van behandeling van ziekten en functiestoornissen te kunnen evalueren.

4.1.3 De ziektelast varieert

De invloed van ziekte en beperkingen op iemands welzijn kan verschillen, per individu en per aandoening. Beleidsmakers moeten echter ook weten om hoeveel patiënten het in totaal gaat, hoe ziek ze zijn en hoe lang die ziekte naar verwachting gaat duren. Hiervoor staat de term 'ziektelast': het aantal mensen met een aandoening, vermenigvuldigd met de ernst en de duur van de aandoening. Voor ziekten met de grootste ziektelast is in potentie en in absolute zin de meeste gezondheidswinst te behalen. Dit vereist dan wel effectieve mogelijkheden voor preventie of interventie.

In tabel 4 staan de tien (clusters van) ziekten en aandoeningen met de hoogste ziektelast voor mannen en vrouwen van 65 jaar en ouder.¹ Opvallend is dat bij vrouwen voor

bijna alle ziekten de ziektelast fors hoger is dan bij mannen. Dit komt doordat vrouwen langer leven en ook meer gebreken en stoornissen hebben met gevolgen voor de kwaliteit van leven. Ook verschillen de ziekten met de hoogste ziektelast. Bij mannen bestaat de top 4 uit coronaire hartziekten, COPD, beroerte en artrose. Bij vrouwen zijn het artrose, coronaire hartziekten, gezichtsstoornissen en dementie.

In de huidige VTV-analyse worden de verschillende vormen van kanker afzonderlijk bekeken. Bij sommatie daarvan komt kanker op de tiende plaats met 38.300 ziektejaarequivalenten. In vergelijking met andere (chronische) aandoeningen is de ziektelast van kanker dus relatief laag. De verklaring hiervoor is dat mensen er ofwel relatief snel aan overlijden ofwel overleven met weinig geregistreerde restverschijnselen. Overigens zijn de chronische problemen die het gevolg kunnen zijn van de behandeling van kanker, zoals incontinentie, voortdurende vermoeidheid en psychosociale problemen, in de VTV-schattingen alleen de eerste vijf jaar na diagnose meegenomen.

Verder moet een opmerking worden gemaakt over angststoornissen en depressie. Waar deze beide aandoeningen in de top 10 lijst voor de totale bevolking (alle leeftijdsgroepen meegerekend dus) op de eerste en tweede plaats komen, staan ze bij de 65-plussers pas op de achtste en elfde plaats. Dit heeft ook hier te maken met de wijze van registreren. Ouderen hebben vaak symptomen van angst en depressie, zonder dat ze voldoen aan de criteria die gelden voor een diagnose ‘angststoornis’ en ‘depressie’. Deze symptomen zijn bij ouderen niet alleen frequent, ze doen ook duidelijk afbreuk aan de kwaliteit van leven.^{1,75,76}

Tabel 4 De tien ziekten en aandoeningen met de hoogste ziektelast (aantal ziektejaarequivalenten) in 2000 voor mannen en vrouwen van 65 jaar en ouder.[†]

Ziekte	Totaal	Mannen	Vrouwen
Coronaire hartziekten	107 200	56 600	50 600
Artrose	80 700	22 300	58 500
Beroerte	64 200	29 700	34 500
Gezichtsstoornissen ^a	61 500	20 100	41 400
COPD ^b	56 100	31 400	24 800
Dementie	56 100	16 100	40 000
Diabetes mellitus	45 500	15 600	30 000
Angststoornissen	40 900	12 300	28 600
Gehoorstoornissen	38 400	18 700	19 700
Reumatoïde artritis	29 100	8 600	20 500

^a maculadegeneratie, diabetische retinopathie, glaucoom en cataract

^b chronische bronchitis en longemfyseem

Ziek zijn en participeren nader bekeken

N Hoeymans, AEM de Hollander
Centrum voor Volksgezondheid Toekomst Verkenningen, RIVM

Participatie, wat is dat eigenlijk?

Op verzoek van de Gezondheidsraad heeft het RIVM recente gegevens uit drie onderzoeken bij zelfstandig wonende ouderen van 55+ nader bekeken op de samenhang tussen ziekten, beperkingen en maatschappelijke participatie (Hoeymans et al., 2005)*. Hierbij is niet alleen van belang wat we precies verstaan onder participatie, maar vooral ook hoe het gemeten is. In deze analyse is gekeken naar het verrichten van *betaalde arbeid*, *vrijwilligerswerk* en het verlenen van *informele hulp* aan familie of burens als vormen van deelname aan de samenleving die niet alleen tegemoet komen aan ons 'menszijn"', maar ook een duidelijk maatschappelijk nut hebben. Daarnaast is gekeken naar de meer persoonlijke betrokkenheid bij de samenleving, bijvoorbeeld via deelname aan *recreatieve* en *culturele activiteiten* of *sociale contacten*. Uiteraard vormen deze -in de onderzoeken met vragenlijsten gemeten- variabelen maar een beperkte afspiegeling van de volle breedte van het begrip maatschappelijke participatie. Daarin is participatie niet alleen cruciaal voor het persoonlijk welzijn, maar evenzeer voor het 'weefsel van de samenleving'.

Ziekte vermindert deelname aan maatschappelijk leven

De analyses laten er weinig twijfel over bestaan dat een chronische aandoening de deelname aan het maatschappelijke leven flink vermindert. Dit hangt vooral samen met functionele beperkingen die mensen als gevolg van hun ziekte ondervinden. Zo neemt het verrichten van vrijwilligerswerk of het geven van informele hulp juist sterk af bij die aandoeningen die de mobiliteit aantasten, zoals beroerte, hartziekten of aandoeningen van het bewegingsapparaat. Vaak gaat echter de persoonlijke betrokkenheid bij de samenleving wel door. Mensen met psychische aandoeningen als depressie, angst- en cognitieve stoornissen participeren het minst. Dit geldt bovendien voor alle vormen van participatie, ook voor bijvoorbeeld het onderhouden van contacten. Overigens dient men bedacht te zijn op een omkering van oorzaak en gevolg. Men kan immers ook juist als gevolg van afgenomen participatie gezondheidsproblemen krijgen.

De oudere van de toekomst

Epidemiologische verkenningen laten een toename zien van het voorkomen van chronische ziekten, zoals diabetes en ziekten van hart, vaten en longen, waarmee in principe ook mogelijkheden voor participatie verminderen. Deze toename van chronische aandoeningen lijkt echter niet één op één gepaard te gaan met een toename van beperkingen (Van Oers, 2002). Kennelijk slaagt men er steeds beter in beperkingen terug te dringen. Als deze medisch-technologische trend doorzet, verbeteren tegelijkertijd de participatiemogelijkheden van ouderen en chronisch zieken. Er zijn ook andere gunstige trends. Zo verbetert het gemiddelde opleidings- en inkomensniveau, met een dito effect op de maatschappelijke participatie. Verder heeft de oudere van de toekomst zich wellicht beter ingesteld op een langer leven. Zo zal men, daarmee vertrouwd, veel meer en beter gebruik maken van de mogelijkheden die de informatietechnologie biedt.

Onderzoek voor de toekomst

Het lijkt de moeite waard een valide, efficiënt en breed gedragen 'meetinstrument' voor maatschappelijke participatie te ontwikkelen. De thans beschikbare vragensets zijn divers, soms inefficiënt en dekken de volle breedte van het begrip participatie vaak onvolledig. Dit instrument zou dan ook in meer gezondheidsgeoriënteerd onderzoek moeten worden ingezet om meer inzicht te krijgen in de relatie met gezondheid. Ten slotte is gericht onderzoek noodzakelijk om beter inzicht te verkrijgen in de (veronderstelde) 'ontkoppeling' van chronische aandoeningen en bijbehorende beperkingen.

Hoeymans N, Timmermans JM, Klerk MYY, Boer AH de, Deeg DJH, Poppelaars JL, Thissen F, Droogleever Fortuijn JC, Hollander AEM de. Gezond actief. De relatie tussen ziekten, beperkingen en maatschappelijke participatie onder Nederlandse ouderen. RIVM rapportnummer 270054001. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2005.

Oers JAM van (red). *Gezondheid op koers? Volksgezondheid Toekomst Verkenningen 2002*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2002.

* Deze onderzoeken zijn het Aanvullend voorzieningengebruik onderzoek (AVO) van het SCP, de 'Longitudinal Ageing Study Amsterdam' (LASA) van de VU, en de 'European Study on Ageing Well' (ESAW) van de UvA.
** Zoals zelfstandigheid, zelfbeschikking, zelfontplooiing, productiviteit, zelfachting.

4.1.4 Ouderen met beperkingen nemen minder deel aan het maatschappelijk leven

In hoeverre leiden ziekten en beperkingen ertoe dat ouderen minder actief participeren in de maatschappij? De Gezondheidsraad vroeg aan het RIVM om na te gaan of deze vraag op grond van bestaande gegevensbestanden te beantwoorden is (zie kader: *Ziek zijn en participeren nader bekeken*).

Het RIVM constateert op grond van de uitkomsten van drie verschillende onderzoeken dat er een duidelijke relatie is tussen leeftijd en verschillende vormen van maatschappelijke participatie. De deelname aan vrijwilligerswerk, informele hulp, verenigingen, culturele en andere evenementen neemt af met het ouder worden. De sociale contacten lijken met het stijgen van de leeftijd echter niet af te nemen.

Onafhankelijk van deze relatie met de leeftijd blijkt ook dat ouderen met een chronische ziekte minder maatschappelijk actief zijn dan gezonde ouderen. Nog duidelijker is de relatie met de functionele beperkingen die uit deze ziekten voortvloeien. Op populatieniveau vertonen vooral twee groepen ziekten een sterke associatie met de mate van maatschappelijke participatie: de ziekten die de mobiliteit aantasten – zoals beroerte, hart- en vaatziekten en aandoeningen van het bewegingsapparaat – en de psychische stoornissen zoals depressie, angst- en cognitieve stoornissen. Hierbij moet nog worden aangetekend dat de onderzoeken plaatsvonden onder zelfstandig wonende ouderen. Mensen met een ernstige vorm van dementie zijn bijvoorbeeld buiten beschouwing gebleven.

De RIVM-onderzoekers constateren ook dat de vragenlijsten die in de door hen geanalyseerde onderzoeken gebruikt zijn om de mate van maatschappelijke participatie te meten, onderling nogal verschillen en voor verbetering vatbaar zijn. Er is behoefte aan één goede, breed gedragen vragenlijst. Toekomstig onderzoek ter evaluatie van beleid mikt op het bevorderen van de maatschappelijke participatie van ouderen zou daar zeer bij gebaat zijn.

4.1.5 Ouderdomsklachten kunnen soms worden behandeld

De groeiende last van beperkende ‘ouderdomsklachten’ noopt tot nader onderzoek naar de biologische basis ervan. Er is immers geen reden om te veronderstellen dat preventie en behandeling, zoals bij bestaande ziekten, niet ook bij die klachten mogelijk zouden zijn. Daarmee zullen een aantal beelden mogelijk als nieuwe ziekte-eenheid geïdentificeerd worden*. Tenslotte is het niet zeker dat de ziekten van de huidige 60- tot 80-jarigen ook die zullen zijn van toekomstige 80- tot 100-jarigen. Voor sommige ziekten lijkt

* Een voorbeeld daarvan is ‘sarcopenie’, als basis voor stramheidsklachten^{77,78}

het sterftecijfer op hoge leeftijd weer te dalen. Het is dus geenszins ondenkbaar dat een zeer hoge leeftijd gepaard zal gaan met nieuwe, nog onbekende ziektebeelden.

4.1.6 *Sociaal-economische verschillen in gezondheid blijven aanzienlijk*

Niet alleen sekse heeft invloed op gezondheid en sterfte. Ook is al jaren bekend dat mensen met een minder gunstige sociaal-economische status een lagere levensverwachting hebben. Zo leven de laagstopgeleide mannen gemiddeld vijf jaar korter dan de hoogstopgeleide. Bij vrouwen bedraagt dit verschil 2,6 jaar. Bovendien leven mannen en vrouwen met de hoogste opleiding gemiddeld bijna tien jaar langer zonder beperkingen.³⁹ Deze gezondheidsverschillen lijken niet kleiner te worden. Hoogstens lijkt er sprake te zijn van een stabilisatie.³⁹

Anders dan men misschien op grond van sociaal-economische overwegingen zou verwachten, zijn allochtonen niet structureel ongezonder dan autochtone Nederlanders. Wel bestaan er duidelijke verschillen naar land van herkomst. Zo is de levensverwachting van Marokkaanse mannen ruim 3,5 jaar hoger dan die van Nederlandse mannen, terwijl Turkse en Surinaamse mannen gemiddeld ongeveer 1,5 jaar korter leven dan hun Nederlandse seksegenoten. Marokkaanse vrouwen leven gemiddeld bijna één jaar langer en Surinaamse vrouwen gemiddeld bijna 1,5 jaar korter dan Nederlandse vrouwen. De levensverwachtingen van Turkse en Nederlandse vrouwen zijn ongeveer gelijk.³⁹ Uit onderzoek blijkt ook dat de sociaal-economische gezondheidsverschillen binnen de diverse groepen allochtonen een wisselend beeld te zien geven. Opvallend is bijvoorbeeld dat die verschillen bij mannen van Marokkaanse afkomst niet worden aangetroffen, terwijl ze onder Antillianen en Arubanen zeer groot zijn.⁷⁹ Men kan concluderen dat gezondheidsverschillen naar sociaal-economische positie, sekse en etniciteit veel minder verweven zijn dan vaak wordt verondersteld. Ze hebben een eigen karakter en vragen om zelfstandig beleid.⁷⁹⁻⁸¹

4.2 **Co-morbiditeit en broosheid**

Hoe hoger de leeftijd, hoe vaker mensen meer dan één ziekte onder de leden hebben (co-morbiditeit of multi-morbiditeit). Boven de 80 jaar heeft driekwart van de ouderen twee of, vaker nog, drie of meer aandoeningen tegelijk.⁸² Op dit vlak is nog veel onbekend. De schattingen van het optreden van co-morbiditeit en van de verschillende combinaties van ziekten lopen uiteen. Duidelijk is wel dat co-morbiditeit van chronische lichamelijke aandoeningen en psychische stoornissen een veel voorkomend verschijnsel is.⁸³

Co-morbiditeit vraagt om speciale aandacht bij diagnose en behandeling en om samenwerking tussen disciplines. Vaak schort het hieraan. Een gebrek aan kennis en de meestal gefragmenteerde organisatie van de zorg zijn daar debet aan. Integratie van de

bijdragen van verschillende disciplines in ziektespecifieke zorgprogramma's, hoe belangrijk op zichzelf ook, is niet voldoende. Om de zorg voor ouderen met co-morbiditeit goed gestalte te geven, zullen de ziektespecifieke zorgprogramma's op hun beurt geïntegreerd of op zijn minst goed afgestemd en gecoördineerd moeten worden. De eerstelijnsgezondheidszorg kan hierin een belangrijke rol vervullen.⁸⁴ Op het vlak van de kennis ontbreekt het niet alleen aan voldoende inzicht in de interacties tussen verschillende ziekten en behandelingen op oudere leeftijd. Om beter recht te kunnen doen aan de problemen waarmee ouderen te kampen hebben, is bovendien meer kennis noodzakelijk over de samenhang tussen ziekten en beperkingen (*disability*) en over de omstandigheden waaronder deze leiden tot een verminderd welbevinden.

Broosheid of *frailty* bij ouderen is een begrip op zichzelf. Lang niet alle ouderen met meer dan één aandoening zijn ook broos te noemen. Omgekeerd hebben veel, maar zeker ook niet alle, broze ouderen wel te kampen met twee of meer chronische aandoeningen. Bij ouderen met *frailty* kunnen kleine veranderingen (een bijkomende klacht, een nieuw geneesmiddel, een verandering van omgeving) grote gevolgen hebben. Zorgverleners moeten daarop bedacht zijn.

4.2.1 *Frailty is belangrijker dan leeftijd*

De draagkracht of kwetsbaarheid heeft bij ouderen grote invloed op de uitkomst van een behandeling. Zo is de zelfredzaamheid van oudere patiënten een goede voorspeller van hoe het hen zal vergaan tijdens en na een ziekenhuisopname. Dit betreft allerlei uitkomstmaten, zoals de kans op overlijden, de opnameduur, de kans op een verpleeghuisplaatsing of de mate waarin die zelfredzaamheid behouden blijft.⁸⁵ De prognose van een oudere patiënt met een bepaalde medische diagnose krijgt dus pas gestalte wanneer de *frailty* wordt meegewogen. De biologische leeftijd doet er veel minder toe. Zelfredzaamheid en *frailty* verdienen dan ook een zelfstandige plaats te krijgen in het klinisch denken en handelen.⁸⁶ Dat geldt voor alle geledingen van het zorgsysteem, of het nu gaat om de eerstelijnszorg, ziekenhuizen, onderwijs of vervolgopleidingen.

4.2.2 *Frailty moet worden geoperationaliseerd*

Kwetsbaarheid bij ouderen kent verschillende determinanten waaronder somatische en psychische co-morbiditeit maar ook factoren als de mate van sociale integratie en van stabiliteit van de woonomgeving. Een integrale benadering van deze complexe kwetsbaarheid kan alleen vorm krijgen binnen een zogeheten bio-psycho-sociaal model*.

Het definiëren en meten van *frailty* is een belangrijke stap om te komen tot een risicostratificatie: wie is het best af met een standaardbehandeling (ongeacht de leeftijd), wie heeft baat bij een aangepaste behandeling (daar is nog veel gebrek aan kennis) en voor wie is de beste zorg een palliatieve benadering? Een eenvoudig instrument daarvoor is bijvoorbeeld de *Groningen Frailty Indicator* (GFI), waarbij fysieke kwetsbaarheid, functiestoornissen en psychosociale kwetsbaarheid onder de loep worden genomen.⁹⁰

4.3 **Preventie**

Preventieve maatregelen kunnen er voor zorgen dat een ziekte wordt voorkómen of uitgesteld dan wel juist eerder wordt opgespoord en behandeld.

4.3.1 *Preventie levert gezondheidswinst op*

Preventieve acties zetten zoden aan de dijk, zoals veelvuldig is aangetoond.^{39,91-95} Op alle leeftijden hebben zulke acties zin. Hoewel er theoretisch weinig verdeeldheid is over het nut van preventie, valt het in de praktijk niet mee om de meest effectieve preventieve maatregelen te treffen. Vooraf dient de werkzaamheid te zijn aangetoond in goed wetenschappelijk onderzoek. Duidelijk moet zijn wat de effecten zijn op de mortaliteit en morbiditeit en op de kwaliteit van leven. Als er bijvoorbeeld meer gevallen van een ziekte zullen worden opgespoord in een vroeg stadium, kan dit effecten hebben voor de capaciteit van de zorg en voor het type behandeling.⁹⁵ Verder moet er nagedacht worden over de wijze waarop een preventieve maatregel aan (een deel van) de bevolking wordt aangeboden.

* Een van de initiatieven waarin dit is uitgewerkt is de INTERMED-methode.⁸⁷⁻⁸⁹ Deze methode biedt de mogelijkheid om via een elektronisch dossier de zorgrisico's en zorgbehoeften van complexe patiënten op een systematische wijze in kaart te brengen en complexe zorg aan te sturen. Belangrijk hierbij is dat deze methode onafhankelijk is van de setting en het specialisme en dat complexe informatie transparant en (elektronisch) overdraagbaar wordt gemaakt voor alle geledingen van de zorg.

4.3.2 Gedragsverandering loont, ook voor ouderen

Het is aangetoond dat ook bij ouderen gezondheidswinst te behalen is door gedragsverandering in de vorm van minder en gezonder eten, niet roken en meer bewegen.

In een groot internationaal onderzoek (met daarin ook Nederlandse deelnemers) werden aanzienlijke effecten gevonden van dieet en leefstijl op de sterfte bij ouderen tussen zeventig en negentig jaar. Een gezonde leefstijl was gedefinieerd als: mediterrane voedingsgewoonten, sinds minstens vijftien jaar niet (meer) roken, lichamelijk actief (minimaal dertig minuten matige lichaamsbeweging per dag) en matig alcoholgebruik. De deelnemers werden tien jaar gevolgd. Als mensen aan twee van deze kenmerken voldeden, was hun sterftekans tijdens de volgperiode 38 procent lager dan wanneer zij zich aan geen of slechts één kenmerk van een gezonde leefstijl hielden.⁹⁶

Stoppen met roken helpt aantoonbaar om langer te leven.⁹⁷ Dit geldt ook voor minder en gezonder eten. Door afnemend overgewicht daalt namelijk de kans op diabetes en op hart- en vaatziekten. Dat deze gedragsveranderingen gezondheidswinst zullen opleveren staat vast, maar of dit ook zal leiden tot een verkorting van de periode die mensen met ziekten of beperkingen doorbrengen is nog maar de vraag. Bij stoppen met roken bijvoorbeeld is het mogelijk dat ook de periode met ziekte of beperkingen per saldo toeneemt. Roken bekort namelijk niet alleen de totale levensverwachting en de periode zonder hart- en vaatziekten maar ook de periode met hart- en vaatziekten.⁹⁸ Dit komt doordat rokers gemiddeld genomen op veel jongere leeftijd overlijden.

Eerder werd al beschreven dat sociaal-economische status een belangrijke gezondheidsdeterminant is. Roken en overgewicht zijn factoren die sterk samenhangen met opleiding, een indicator van sociaal-economische status. Roken komt onder de laagstopgeleiden ongeveer anderhalf keer zo vaak als onder de hoogstopgeleiden. Ernstig overgewicht vindt men onder de eerste groep drie keer zo vaak als onder de laatste.³⁹ Het RIVM heeft voor een aantal clusters van ziekten berekend wat het effect zou zijn als het aandeel rokers onder de laagstopgeleiden afneemt tot het niveau van de hoogstopgeleiden. Per jaar zouden er dan 3 000 ziektegevallen minder zijn. Eliminatie van verschillen in overgewicht tot het niveau van de hoogstopgeleiden heeft vooral effect op diabetes mellitus. In totaal zouden er in 2020 90 000 ziektegevallen minder kunnen zijn door het opheffen van sociaal-economische verschillen in ernstig overgewicht. Tabel 5 vat de diverse uitkomsten samen.

Het gaat in al deze gevallen om theoretisch te boeken gezondheidswinst. In de praktijk blijkt het verre van simpel om riskant gedrag te veranderen en sociaal-economische gezondheidsverschillen te verkleinen. Preventie bij ouderen staat als afzonderlijk onderwerp op het werkprogramma 2005 van de Gezondheidsraad.⁵¹

Tabel 5 Het aantal patiënten van 65 jaar en ouder in 2020 met kanker, hartziekten, beroerte en astma/COPD, diabetes en ziekten van het bewegingsapparaat na het opheffen van sociaal-economische verschillen in roken en overgewicht (afgerond op 1000-tallen), met vermelding van de demografische projectie en de trendprojectie. (Bron: RIVM.)¹

Ziekteclusters	Geschat aantal patiënten in 2020 volgens demografische projectie	Geschat aantal patiënten in 2020 volgens trendprojectie	Geschat aantal patiënten in 2020 na opheffen ses-verschillen in roken/overgewicht (incl. demografie, excl. trend in prevalentie)
ROKEN			
Kanker	137 000	137 000	134 000
Hartziekten	447 000	497 000	439 000
Beroerte	188 000	217 000	182 000
Astma/COPD	397 000	515 000	381 000
OVERGEWICHT			
Kanker	137 000	137 000	136 000
Diabetes mellitus	312 000	386 000	272 000
Hartziekten	447 000	497 000	431 000
Beroerte	188 000	217 000	185 000
Ziekten van het bewegingsapparaat	1 311 000	1 331 000	1 281 000

4.3.3 *Bewegen bevordert functiebehoud: van spier tot autonomie*

Veel ouderen en mensen met chronische aandoeningen bewegen te weinig, waardoor de kans op complicaties en op een verdere verslechtering van de fysieke conditie sterk toeneemt. Uit onderzoek is bekend dat inactiviteit leidt tot veranderingen in het spierskeletstelsel, in het hart- en vaatstelsel en in de hersenen. Wat de hersenen betreft moet worden gedacht aan de verandering in de doorbloeding en aan veranderingen in de concentratie van neurotransmitters zoals noradrenaline. Dit laatste is belangrijk omdat noradrenaline een rol speelt bij het opslaan van informatie in het geheugen en bij het reguleren van de stemming. Er zijn aanwijzingen dat bewegen een gunstig effect heeft op het functioneren van het voorste deel van de hersenen,⁹⁹ dat een grote rol speelt bij onder andere initiatief nemen, plannen maken en uitvoeren van plannen. Samenvattend kan men stellen dat lichamelijke activiteit en fitheid een zeer gunstige invloed hebben op het (cognitief) functioneren van ouderen en van ouderen met aan leeftijd gerelateerde ziekten.¹⁰⁰

De laatste jaren is duidelijk geworden dat voor het goed aansturen van de motoriek informatie nodig is die alleen door het bewegen zelf kan worden gegenereerd. Inactivi-

teit vermindert dus niet alleen de spierkracht, maar ook de regulatie van bewegingen.¹⁰¹⁻¹⁰³

Lichamelijke activiteit heeft verder een duidelijk effect op het bloedsuikergehalte en op de insulinegevoeligheid van patiënten met diabetes mellitus (zowel type 1 als type 2). Regelmatige lichamelijke inspanning zou de behoefte aan insuline kunnen verminderen. Ook is bekend dat mensen met een voorstadium van diabetes door meer te bewegen hun kans op diabetes aanzienlijk kunnen verlagen.^{104,105} Daarnaast wordt er een verband vermoed tussen beweging en het immuunsysteem.¹⁰⁶

In een inmiddels tien jaar oud Engelse onderzoek met 7000 deelnemers tussen 19 en 94 jaar werd een opmerkelijk verband gevonden tussen fysieke activiteit en reactietijd. Actieve ouderen verschilden in de reactietijd niet van jongeren en waren zelfs sneller dan niet-actieve jongeren.¹⁰⁷ Sneller kunnen reageren vermindert de kans op vallen, een veel voorkomende oorzaak van ziekte en sterfte op oudere leeftijd.

Regelmatige beweging is dus belangrijk en dient gestimuleerd te worden. Dit blijkt in de praktijk ook mogelijk te zijn.^{108,109} Verspreid over het land zijn verschillende programma's opgezet om te bevorderen dat ouderen gaan en blijven bewegen. De factoren die het succes van deze programma's bepalen zijn in kaart gebracht.¹¹⁰

4.3.4 *Preventie van infectieziekten behelst meer dan griep alleen*

Infecties komen bij ouderen meer voor dan bij andere volwassenen. Veel ouderen hebben last van urineweginfecties, luchtweginfecties, huid- en darminfecties. Uit ieder van deze infecties kan bloedvergiftiging (sepsis) ontstaan. Er is veel onderzoek gedaan naar de immunologische afweer bij veroudering. Op enkele uitzonderingen na blijkt het moeilijk hiermee de toegenomen vatbaarheid voor infecties te verklaren. De verklaring moet in de eerste plaats worden gezocht in co-morbiditeit die de afweer beïnvloedt. Daarnaast is het vooral de veroudering van de barrière van huid en slijmvliezen die tot infecties leidt. Om deze infecties te voorkomen moet dus co-morbiditeit worden voorkomen, dan wel goed worden behandeld. Ook is het zaak de barrièrefunctie van huid en slijmvliezen in stand te houden, en zo mogelijk te verbeteren. Een goede voedingstoestand, voldoende vochtinname en het voorkomen van kwetsuren zijn daarbij essentieel.

Een andere effectieve manier om infecties te voorkomen is vaccineren. Nu al wordt iedereen die ouder is dan 65 jaar standaard opgeroepen via de huisarts voor de jaarlijkse grieprik*. Binnenkort komt een vaccin beschikbaar tegen gordelroos, een pijnlijke en belastende aandoening die zich vooral voordoet bij ouderen met een verminderde weerstand. Andere vaccins zijn nog niet beschikbaar. Er is behoefte aan een pneumokokken

* Aan de Gezondheidsraad is de vraag gesteld of dat zou moeten gelden voor alle personen boven de vijftig jaar.

vaccin dat beter werkt dan het huidige polysacchariden vaccin, aan een vaccin tegen verwekkers van urineweginfecties en aan een vaccin tegen darmpathogenen.

Tot slot: uit onderzoek is gebleken dat de werkzaamheid van vaccins bij ouderen beter is wanneer ze worden toegediend in een fase van (relatieve) gezondheid.¹¹¹

4.3.5 *Mogelijkheden voor preventie van dementie komen geleidelijk in beeld*

Dementie is een zeer ernstige aandoening die uiteindelijk alle lichamelijke en geestelijke functies aantast. Als preventie hiervan tot de mogelijkheden gaat behoren, is daarmee veel gezondheidswinst te behalen. Pogingen om dementie in de vergrijzende bevolking te voorkomen, moeten om die reden een hoge prioriteit hebben op de onderzoeksagenda. Er zijn aanwijzingen dat interventies als matig alcoholgebruik, gebruik van ontstekingsremmers en lichaamsbeweging een beschermend effect hebben.^{112,113} Nader onderzoek naar dit soort relatief goedkope en ogenschijnlijk eenvoudige maatregelen is op dit moment gaande. Over de rol van hoge bloeddruk en verhoogd cholesterol bij het ontstaan van dementie is nog geen duidelijkheid. Bepaalde bloeddruk- en cholesterolverlagende middelen lijken de kans op het ontwikkelen van dementie te verkleinen.^{114,115} De onderzoeksuitkomsten zijn echter niet eensluidend.

4.3.6 *Preventie maakt de zorg niet goedkoper*

Preventie kost geld omdat er bijvoorbeeld voorlichtingscampagnes en screeningsprogramma's voor nodig zijn. Maar dat zijn niet de enige kostenposten. Wanneer een ziekte wordt uitgesteld of eerder opgespoord, levert dat gezondheidswinst op. Naarmate een ziekte eerder wordt opgespoord, kan iemand echter ook langer als ziek te boek staan. Ook kunnen zich in de gewonnen levensjaren andere ziekten voordoen. Bij geslaagde preventie komen er dus paradoxaal genoeg vaak méér mensen met een ziekte. De behandeling en zorg die met die toegenomen morbiditeit gepaard gaan, leiden tot extra kosten.¹¹⁶ Uiteindelijk zal preventie dus gezondheidswinst opleveren, maar geen besparingen voor het gezondheidszorgsysteem.

Een voorbeeld. In 2000 kon bijna 15 procent van alle sterfte aan roken worden toegeschreven.³⁹ In de wetenschappelijke literatuur is uitvoerig aandacht besteed aan de gevolgen van uitbannen van roken op het optreden van ziekte en beperkingen en de gevolgen voor de kosten.^{117,118} Door het uitbannen van roken zullen de kosten voor de gezondheidszorg eerst dalen, maar later weer stijgen.¹¹⁷

4.4 Behandeling

Net als ieder ander moeten zieke ouderen passend en tijdig worden behandeld. Zo'n behandeling is niet vanzelfsprekend. Enerzijds moet men constateren dat bestaande medische inzichten onvoldoende hun weg naar de praktijk vinden. Anderzijds schiet de kennis over adequate zorg voor ouderen nog op veel terreinen tekort.

4.4.1 *Onderbehandeling is een probleem*

In 1998 gaf de Gezondheidsraad het signaal dat ouderen soms verstoken blijven van effectieve medische interventies.¹¹⁹ Hoewel er in het geneeskundig handelen bij ouderen wel beweging valt te bespeuren in de richting van behandeling op steeds hogere leeftijden, zijn er nog steeds aanwijzingen over een te grote discrepantie tussen wat op grond van de stand van wetenschap beschouwd moet worden als doeltreffende behandeling bij ouderen, en het aanbod daarvan. Destijds wees de raad op tekortschietende medische zorg bij onder andere diverse vormen van kanker en hypertensie. De commissie heeft vastgesteld dat deze ziekten in de medische literatuur nog steeds ter sprake komen in verband met onderbehandeling van oudere patiënten.¹²⁰⁻¹²⁵ Andere voorbeelden die genoemd worden, betreffen anti-stollingstherapie bij boezemfibrilleren (een hartritme-stoornis)^{126,127}, behandeling met statines bij een verhoogd risico op hart- en vaatziekten^{128,129} en behandeling van depressie (zie ook paragraaf 4.4.2).¹³⁰

In het advies uit 1998 maakte de Gezondheidsraad wel enkele aanvullende opmerkingen. Interventies kunnen het leven verlengen, maar ook belastend zijn. Artsen kunnen dan redenen hebben om een zekere terughoudendheid te betrachten met het aanbieden van dergelijke interventies aan oudere patiënten. Ook zien ouderen misschien om hen moverende redenen van behandeling af. Bovendien kan nader onderzoek leren dat een minder intensieve therapie soms wel degelijk medisch verantwoord is. Paragraaf 4.4.4 bevat een voorbeeld daarvan.

4.4.2 *Psychische stoornissen ontsnappen vaak aan de aandacht*

Depressies en angststoornissen komen bij ouderen veel voor. De prevalentie van klinisch relevante depressieve syndromen bij 55-plussers is 13,5 procent¹³¹, bij 85-plussers zelfs 25 procent.¹³² De prevalentie van angststoornissen boven de 55 jaar is 10,2 procent.¹³³ Beide aandoeningen komen vaak tegelijk bij dezelfde persoon voor.¹³⁴ Hoe langer depressies duren en hoe ernstiger ze zijn hoe groter de kans is dat de patiënt komt te overlijden.¹³⁵ Tevens is bekend dat de sterftekans van oudere mannen met angststoornis-

sen verhoogd is.¹³⁶ Optimisme daarentegen verkleint de kans op overlijden, met name aan hart- en vaatziekten.¹³⁷

Depressie komt bij veel chronische lichamelijke ziekten in versterkte mate voor en versnelt in die gevallen het *disablement* proces.¹³⁸ Depressies verhogen ook de kans om, vaak jaren later, hart- en vaatziekten te ontwikkelen. Omgekeerd gaan depressies als die ontstaan onder andere na een hartinfarct¹³⁹ of bij dementie¹⁴⁰ gepaard met een verhoogde sterftekans. Bij angststoornissen is hier nog weinig onderzoek naar gedaan. Wel is bekend dat angststoornissen bij ouderen geassocieerd zijn met een minder goed functioneren en een verminderd welbevinden.⁷⁵ Zowel depressie als angststoornissen blijken een grotere nadelige invloed op de maatschappelijke participatie in de vorm van arbeid, vrijwilligerswerk en informele hulp en op de persoonlijke betrokkenheid bij de samenleving (lidmaatschap vereniging, cultuur, recreatie) dan lichamelijke aandoeningen als hart- en vaatziekten (zie kader: *Ziek zijn en participeren nader bekeken*).

Depressies en angststoornissen blijven vaak ongediagnostiseerd,⁸⁴ ook bij ouderen.¹³² Onder andere daardoor worden deze stoornissen vaak niet of niet goed behandeld.¹⁴¹

4.4.3 Veronachtzaamde kwalen eisen een hoge tol

Incontinentie en decubitus zijn twee veel voorkomende en in de praktijk vaak veronachtzaamde kwalen die het leven voor kwetsbare ouderen tot een last kunnen maken.

De Gezondheidsraad constateerde in 1999 dat decubitus of 'doorliggen' zich in verpleeghuizen voordoet bij 29 procent van de bewoners, in verzorgingshuizen bij 12 procent, in de thuiszorg bij 17 procent, in algemene ziekenhuizen bij 20 procent en in academische ziekenhuizen bij 14 procent.¹⁴² Decubitus wordt in Nederlandse gezondheidszorginstellingen nog te weinig als een groot probleem gezien, aldus de raad. De Gezondheidsraad onderschreef de bestaande richtlijnen voor de preventie en behandeling van decubitus en formuleerde een aantal aanbevelingen om de implementatie van die richtlijnen te bevorderen. Sindsdien heeft een in negen instellingen uitgevoerd project van het CBO laten zien dat consequente toepassing van de richtlijnen het ontstaan van nieuwe gevallen van decubitus inderdaad sterk kán terugdringen.¹⁴³ Maar de cijfers over de prevalentie van decubitus, die sinds 1998 jaarlijks in een geleidelijk groeiend aantal instellingen geregistreerd worden, laten zien dat er over het geheel genomen in de praktijk nog weinig ten goede veranderd is. De prevalentie in verpleeghuizen, algemene en academische ziekenhuizen is door de jaren heen - met wat schommelingen - ongeveer stabiel gebleven. Die in verzorgingshuizen is zelfs gestegen, naar 16 procent in 2004. Alleen de in de thuiszorg geregistreerde prevalentie geeft de laatste jaren een lichte daling te zien en bedroeg 14 procent in 2004.¹⁴⁴

Ook incontinentie is bij ouderen een veel voorkomend probleem. Meer dan de helft van de bewoners van verzorgingshuizen en 90 procent van de verpleeghuisbewoners heeft te kampen met incontinentie voor de urine.¹⁴⁵ Maar ook bij zelfstandig wonende ouderen komt het vaak voor. In één onderzoek had negentien procent van de zelfstandig wonende 60-plussers last van urine-incontinentie, zes procent van fecale incontinentie en 3 procent van incontinentie voor zowel urine als ontlasting.¹⁴⁶ Net als het Gezondheidsraadadvies over decubitus heeft ook dat over urine-incontinentie nog weinig aan actualiteit ingeboet.¹⁴⁵ De raad stelde in 2001 vast dat over het geheel genomen de kwaliteit van leven van ouderen met urine-incontinentie door een behandeling conform de bestaande richtlijnen aanzienlijk te verbeteren is, ook wanneer het gaat om patiënten met meervoudige co-morbiditeit en beperkingen. Maar in de praktijk, zo meldde het advies, '[wordt] door personeelstekorten in de thuiszorg, verzorgingshuizen en verpleeghuizen [...] doorgaans voornamelijk verzorging geboden en te weinig adequate behandeling van incontinentie.' De commissie heeft mede op grond van haar eigen ervaringen de indruk dat sinds 2001 de zorg voor ouderen met incontinentie in het algemeen niet verbeterd is.

4.4.4 *Er is te weinig bekend over passende zorg voor ouderen*

Ouderen, zo constateerde de Gezondheidsraad al in 1998, worden om uiteenlopende redenen te weinig in klinisch wetenschappelijk onderzoek opgenomen.¹¹⁹ Eén van de redenen is dat de heterogeniteit van de oudere patiëntenpopulatie methodologische problemen oplevert. Co-morbiditeit is vaak een exclusiecriteria. Daarnaast blijken artsen, de patiënten zelf en hun familie dikwijls twijfels te hebben over de belastbaarheid van oudere patiënten. Rechtstreekse onderzoeksgegevens over ouderen zijn dus relatief schaars. Meestal steunt de behandeling van oudere patiënten op extrapolatie van onderzoeksresultaten bij jongere patiënten, al dan niet vervat in richtlijnen. Deze situatie is verre van optimaal.

Een voorbeeld waar het gebrek aan kennis bijzonder klemmt, is dat van de medicatie. Aangezien ouderen vaak te maken hebben met co-morbiditeit worden er ook meerdere ziekten tegelijkertijd behandeld, elk met eigen medicijnen. De interactie tussen deze geneesmiddelen kan leiden tot bijwerkingen of nadelige effecten hebben op de prognoses. Daarnaast is het mogelijk dat lever en nieren te zwaar belast worden door een te grote hoeveelheid medicijnen, wat kan leiden tot schade aan organen en een afname van de effectiviteit van de therapie.

Uit onderzoek van het NIVEL blijkt dat er onvoldoende zicht is op interacties die zich kunnen voordoen bij gelijktijdig gebruik van meerdere geneesmiddelen.¹⁴⁷ Indicaties, maar ook contra-indicaties voor behandelingen moeten in het geval van co-morbiditeit opnieuw beoordeeld worden. Specialisten blijken vaak onafhankelijk voor te

schrijven zonder onderlinge afstemming. Hierdoor neemt de kans op negatieve bijwerkingen toe. In de toekomst kan het elektronisch patiëntendossier hieraan vermoedelijk voor een deel tegemoet komen. Het NIVEL beveelt aan om te onderzoeken hoe onnodig medicijngebruik teruggedrongen kan worden.¹⁴⁷

Andere voorbeelden van lacunes in kennis betreffen het klinisch beleid bij een trager werkende schildklier, de agressieve behandeling van hoge bloeddruk en de keuze uit behandelingsmodaliteiten bij verschillende vormen van kanker. Zo blijkt dat oudere vrouwen minder vaak (de volgens de richtlijn voorgeschreven) radiotherapie na operatieve behandeling van borstkanker krijgen.¹⁴⁸ Hier lijkt dus sprake te zijn van onderbehandeling. Recent bleek evenwel uit een gerandomiseerd onderzoek dat voor vrouwen boven de 70 jaar met een bepaald soort tumor een minder intensieve therapie wel degelijk verantwoord is.¹⁴⁹

Om ouderen passend te kunnen behandelen, zal men hen vaker moeten opnemen in klinisch wetenschappelijk onderzoek. Voor adequaat onderzoek naar behandelingseffecten bij ouderen met specifieke co-morbiditeit zal, om voldoende patiënten in het onderzoek op te kunnen nemen, vaak samenwerking van verschillende centra, landelijk en internationaal, noodzakelijk zijn.⁹⁵

Zelfstandigheid en welzijn

Zelfstandigheid en welzijn zijn doelen op zich, maar ze zijn nauw verweven. Mensen streven naar behoud van zelfstandigheid, ook als dat door gezondheidsproblemen niet langer vanzelfsprekend is. Mensen streven ook naar welzijn. Zolang ze hun welzijn op peil weten te houden, zullen ze in het algemeen zelfstandig willen blijven wonen.^{68,69} Wanneer dat niet langer haalbaar is, blijft de wens om de regie over het eigen leven te behouden. Mensen die ook deze regie uit handen moeten geven, blijven streven naar welzijn.

Het welbevinden van ouderen is niet alleen voor henzelf, maar ook voor de gezondheidszorg van groot belang. Motivatie, zelfvertrouwen, de mogelijkheid om afleiding te zoeken en genegenheid te ervaren: het heeft invloed op de beleving van klachten en beperkingen én het zet mensen aan om zich in te zetten voor zichzelf en anderen.

Veel ouderen maken een proces door van geleidelijk verlies van zelfstandigheid. Bij slechts weinigen wordt dat verlies totaal. Voor de professionele zorgverleners gaat de vermindering van zelfstandigheid van hun cliënten gepaard met een even geleidelijke verschuiving van hun rollen en verantwoordelijkheden. Zolang ouderen zelfstandig zijn, vormen zij de spil in de zorg voor hun eigen welzijn en is de bijdrage van de professionele zorgverlening primair gericht op het behoud van zelfstandigheid. Naarmate de zelfstandigheid verloren gaat, groeit de rol van de zorgverlening in de bevordering van het welzijn. Ook wanneer het einde nadert, kunnen professionele zorgverleners in de vorm van terminale zorg en stervensbegeleiding een belangrijke bijdrage leveren aan het welzijn van patiënten.

5.1 Zorg voor zelfstandigheid en welzijn

De afgelopen decennia is het percentage ouderen dat in een verzorgingshuis woont geleidelijk gedaald. Woonde in 1990 bijna zeven procent van de 65-plussers in een verzorgingshuis, in 2002 was dit nog 4,5 procent. Het percentage ouderen dat geregistreerd staat als woonachtig in een verpleeghuis bleef vanaf 1990 ongeveer constant. Het loopt sterk op met de leeftijd. Van alle 65-plussers woonde in 2002 1,2 procent in een verpleeghuis; van de 85-plussers vijf procent. Maar de overgrote meerderheid van de ouderen woont zelfstandig: van de 65-plussers 94 procent, van de 85-plussers nog altijd bijna 70 procent.^{4,5}

De zorg voor zelfstandigheid en welzijn van zelfstandig wonende ouderen kan veel verschillende vormen aannemen, variërend van het aanpassen van woningen, het verzorgen van warme maaltijden en huishoudelijke hulp tot het verhogen van zelfmanagementvaardigheden, het ondersteunen van mantelzorgers en dagopvang. De vraag naar deze vormen van zorg zal onvermijdelijk toenemen in de komende decennia. Volgens ramingen van het SCP zal tussen 2000 en 2020 de potentiële vraag van 65-plussers naar wat we nu kennen als AWBZ-gefinancierde verzorging en verpleging aan huis met circa 50 procent toenemen, ongeveer evenveel als het aantal personen in die leeftijdscategorie.^{131,150}

Belangrijke hulpbronnen bij het streven naar zelfstandigheid en welzijn zijn een partner en een redelijk inkomen.⁴ Alleenstaande ouderen met een laag inkomen hebben extra aandacht nodig.

5.1.1 De woonomgeving kan ondersteunen, beschermen en stimuleren

Veel ouderen willen, ook al krijgen ze te kampen met functiestoornissen, zelfstandig blijven wonen. Ze zijn vaak gehecht aan hun woning, hun spullen en hun woonomgeving, en bovenal: in hun eigen woning zijn ze eigen baas. Maar als de eigen capaciteiten afnemen, wordt het belangrijker dat hun omgeving meewerkt in hun streven naar behoud van zelfstandigheid. Woningaanpassingen en technische hulpmiddelen spelen in dat opzicht een essentiële rol.¹⁵¹ Ouderen wijzen daar zelf ook op.⁶ Constant hulp nodig hebben bij intieme handelingen als naar het toilet gaan en uit bed komen, ervaren zij als een aantasting van hun privacy en vrijheid. Zij hopen dat toekomstige ontwikkelingen hen daarvoor zullen behoeden. Ook hechten zij grote waarde aan flexibele vervoersmogelijkheden en aan persoonlijke zorg die afroepbaar is op momenten dat zij hulp nodig hebben.⁶

De woonomgeving moet niet alleen hanteerbaar zijn, maar ook voldoende bescherming bieden en voldoende mogelijkheden en stimuli: indrukken, sociale contacten, uit-

dagingen. Een veilige, aantrekkelijke omgeving die uitnodigt tot bewegen is voor iedereen van belang, maar niet in het minst voor ouderen.¹⁵² En ook faciliteiten op maat, in de oude of in een nieuwe woonomgeving, zijn van belang om te bevorderen dat ouderen, fysiek en sociaal, contact houden met de maatschappij.

5.1.2 *Zelfredzaamheid van ouderen kan gericht bevorderd worden*

Verskillende wijzen van zorgverlening zijn of worden ontwikkeld om het welzijn van ouderen met beperkingen gericht te bevorderen en zo hun streven naar behoud van zelfstandigheid te ondersteunen.

De zorgverlening kan niet afwachtend zijn. Juist de kwetsbare ouderen die zorg meer dan wie ook nodig hebben zijn vaak niet in staat om zelf een vraag om zorg te formuleren of tot de juiste instantie te richten. Zorgarrangementen die voorzien in een actieve signalering van de zorgbehoeften van zelfstandig wonende ouderen zijn dan ook van groot belang. Naargelang de omstandigheden kunnen die verschillende vormen aannemen, variërend van huisbezoeken door vrijwilligers, verzorgenden, verpleegkundigen of ouderenadviseurs^{153,154} tot het identificeren van kritieke fasen die een aanvullend zorgaanbod noodzakelijk kunnen maken.⁶⁹

De rouw om het verlies van een dierbare is zo'n kritieke fase. De kans op depressie, bij ouderen toch al groter dan bij jongeren, neemt extra toe bij rouw. Depressie is op zijn beurt gerelateerd aan een toegenomen kans op ziekte en beperkingen. Ook los daarvan is er in een rouwperiode een verhoogde kans op sterfte^{155,156} en een duidelijk toegenomen zorgvraag, die allerlei lichamelijke klachten kan betreffen.^{157,158} Dezelfde kwetsbaarheid treedt op bij mantelzorgers die een dierbare tot en met het sterven hebben verzorgd.¹⁵⁹ Bij mensen op hoge leeftijd kan dat leiden tot een spiraal van achteruitgang en een grotere zorgbehoefte. Een actief maar gedifferentieerd aanbod vanuit het zorgsysteem is gewenst, om het welzijn te verhogen en om onnodige zorgafhankelijkheid te voorkomen.

De zorg kan zich richten op het wegnemen van negatieve factoren, zoals depressie, en op het versterken van positieve krachten.¹⁶⁰ Dat geldt zowel voor zelfstandig levende ouderen als voor ouderen in verpleegtehuizen.⁵⁹ Zo is bijvoorbeeld in Zuid-Limburg een groepscursus ontwikkeld die zelfstandig wonende ouderen door het verhogen van gevoelens van competentie en controle kan bevrijden van hun angst om te vallen en daarmee van hun neiging om sociale en fysieke activiteiten te vermijden.¹⁶¹ Een ander voorbeeld biedt de Groningse interventie die gericht is op het versterken van 'zelfmanagementvaardigheden', zoals zelf initiatief nemen om bronnen van welzijn aan te boren en zoeken naar alternatieve manieren om welbevinden na te streven. In onderzoek bleek deze interventie te leiden tot een verhoging van het welzijn.¹⁶²

Voor ouderen met ernstige, complexe gezondheidsproblemen is *case management* van groot belang. De verschillende vormen van zorg die deze mensen nodig hebben – in het ziekenhuis, thuis en in eventuele tussenvoorzieningen – moeten goed gepland, gecoördineerd, gestuurd en geëvalueerd worden, teneinde de zelfstandigheid en het welzijn zoveel mogelijk te bevorderen. Er zijn aanwijzingen dat *case management* de gezondheidszorgkosten en in het bijzonder de opnameduur in ziekenhuizen zonder negatieve bijeffecten kan reduceren.^{163,164}

Dit zijn slechts enkele – veelbelovende – voorbeelden van interventies die zelfstandigheid en welzijn van ouderen met functiestoornissen positief kunnen beïnvloeden. Een recent rapport van het Europese Burden of Disease in Old Age (BURDIS) project geeft een overzicht van wat ten aanzien van de ontwikkeling van dit soort interventies in Europa gaande is. Het benadrukt het belang van onderzoek naar de sociale, fysieke, economische, culturele en politieke omgevingsfactoren die de zelfredzaamheid van ouderen beïnvloeden en wijst op het belang van de ontwikkeling van adequate methoden om de vaak complexe interventies die op deze factoren aangrijpen goed te kunnen onderzoeken.³⁴

5.1.3 Mantelzorg vraagt om ondersteuning

Van het totaal aantal uren dat aan de zorg voor hulpbehoevenden wordt besteed komt zo'n 80 procent voor rekening van verwanten, vrienden of kennissen.¹⁶⁵ Het aantal mantelzorgers in Nederland anno 2001, ruim gedefinieerd als 'die personen die hulp bieden aan familieleden of goede bekenden die vanwege gezondheidsproblemen hulp nodig hebben', bedroeg volgens een schatting van het SCP zo'n 3,7 miljoen. Ongeveer 750 000 van hen hielpen in dat jaar langer dan drie maanden en meer dan acht uur per week.¹⁶⁶ Onder ouderen lag het percentage huishoudens dat mantelzorg ontvangt tussen 1991 en 1999 rond de twaalf procent.⁵

Mensen vinden het in overgrote meerderheid volkomen vanzelfsprekend dat ze hun verwant of bekende met gezondheidsproblemen helpen. Dat betekent niet dat de mantelzorg ook louter uit eigen vrije wil geleverd wordt. In onderzoek van het SCP worden 'liefde en genegenheid' en 'vanzelfsprekendheid' weliswaar het vaakst genoemd als belangrijkste reden om te helpen, maar is er ook nogal eens sprake van dwingende omstandigheden. Zo zegt een kwart van de respondenten te helpen om tehuisopname van de hulpbehoevende te voorkomen. Nog eens acht procent helpt omdat een alternatief niet voorhanden is.¹⁶⁶

Niet alleen het verlenen, ook het ontvangen van mantelzorg is maar betrekkelijk vrijwillig. De ouderen die in 2003 deelnemen aan door het NIZW georganiseerde 'toekomstdebatten' verklaren in meerderheid professionele hulp te verkiezen boven mantel-

zorg. Met kinderen, kleinkinderen en vrienden willen ze vooral een ‘gezelligheidsband’. Zij willen niet te veel en niet structureel een beroep op hen doen.⁶

De huidige praktijk is anders. Mantelzorgers zijn vaak zwaar belast. Hobby’s en het eigen huishouden schieten erbij in. De ervaren belasting neemt toe naarmate de sociale afstand tussen hulpgever en hulpvrager kleiner is en is vooral groot als er geen alternatieve hulp beschikbaar is.¹⁶⁶ Ondersteuning van mantelzorgers – in de vorm van informatie, advies, deskundigheidsbevordering, emotionele steun, oppas, dagopvang en respijtzorg – heeft de afgelopen jaren veel aandacht gekregen. Overal in het land zijn projecten geïnitieerd om deze ondersteuning gestalte te geven.¹⁶⁷ Opvallende afwezigheid onder de gebruikers van deze ondersteuning zijn helaas juist die groepen mantelzorgers die desgevraagd zeggen zich zwaar belast te voelen: degenen die hun partner verzorgen en zij die helpen omdat een alternatief ontbreekt.¹⁶⁶ Investeren in een beter bereik van mantelzorgondersteuning lijkt aangewezen.

Een andere opmerkelijke bevinding van het in 2001 uitgevoerde SCP-onderzoek naar mantelzorg is dat ruim tweederde van de mantelzorgers kritiek heeft op het gebrek aan flexibiliteit van de thuiszorg. Volgens hen past de thuiszorg zich onvoldoende aan als de mantelzorger verstek moet laten gaan of op andere tijden beschikbaar is. Bijna de helft van de mantelzorgers is bovendien ontevreden over de aard van de verleende thuiszorg en over het overleg wanneer er problemen rijzen.¹⁶⁶ In de afstemming van de professionele thuiszorg op de mogelijkheden en beperkingen van de mantelzorg lijkt dus nog veel te verbeteren.¹⁶⁸ Dat geldt ook voor de beschikbaarheid van aanvullende thuiszorg. Eenderde van de mantelzorgers vindt dat voor degene die zij helpen (meer) thuiszorg gewenst is. Vaak zijn dit de mantelzorgers die een hoge belasting ervaren doordat de behoefte aan hulp van de zorgvrager groot is en de huishoudelijke verzorging veel tijd vraagt.¹⁶⁶

De mantelzorg is, zo constateerde onlangs de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) in de *Signalering ethiek en gezondheid 2004*, een zeer gewaardeerd onderdeel van het zorgsysteem omdat het zo goedkoop is, maar ook een zorgelijk deel omdat overbelasting en tekorten dreigen. De overheid staat voor de vraag hoe de mantelzorg te ondersteunen, zonder de kosten te hoog op te laten lopen. De RVZ signaleert een aantal punten voor maatschappelijke discussie die hiermee samenhangen: de spanning tussen vrijwilligheid van mantelzorg en gebrek aan keuzevrijheid in de praktijk; de rechtvaardige verdeling van zorg over de publieke en de privé-sfeer; de wenselijkheid van financiële ondersteuning van mantelzorgers; de (aansprakelijkheid voor de) kwaliteit van de mantelzorg; en de positie, belangen en rechten van mantelzorgers en zorgontvangers.¹⁶⁹ Uit het RVZ-signalement blijkt zonneklaar dat er op het gebied van de mantelzorg belangrijke politieke discussiepunten liggen die van grote betekenis zijn voor de vormgeving van het toekomstige ouderenbeleid.

Skewiel Trynwâlden

In het Friese Trynwâlden werd midden jaren negentig het lokale verzorgingshuis gesloopt, om plaats te maken voor een servicecentrum, het 'Skewiel' (het Friese werkwoord voor iemand tegemoet komen, iemand van dienst zijn). Skewiel Trynwâlden biedt onderdak aan onder meer fysio- en ergotherapeuten, sociaal werk, dagopvang voor ouderen, een 'zorhotel' met tien bedden, een winkeltje, een biljartzaal, een kapper, een pedicure, een fraai gestileerd restaurant, terras, vergaderruimten, maar ook een kinderdagverblijf, een peuterspeelzaal en naschoolse opvang. Op steenworpafstand zitten huisartspraktijk, tandartsen en apotheek. Verder is een complex verrezen met honderd fraaie en ruime huur- en koopappartementen, waarin onder anderen de bewoners van het gesloopte verzorgingshuis wonen, maar waar ook jongere mensen welkom zijn. Alle appartementen kunnen zo nodig worden uitgerust met een computer in de meterkast die brand-, gas- en inbraakdetectoren regelt. Ook kan een draadloze spreek- en luisterverbinding met een meldkamer geïnstalleerd worden en een bewegingsmelder die signaleert wanneer een verwarde bewoner gaat dwalen.¹⁷³

Het servicecentrum bedient een landelijk gebied met zeven dorpen en twee gehuchten, waar in totaal circa 10 000 mensen wonen. Het is de thuisbasis van vijf zelfstandig opererende dorpssteams, bestaande uit verzorgenden, verpleegkundigen, huishoudelijk medewerkers, welzijnswerkers, artsen en dominees. De dorpssteams leveren alle zorg die mensen thuis nodig hebben. De zorg is zeven dagen per week, 24 uur per dag beschikbaar. Een cruciale rol spelen de vier ouderenadviseurs, de 'omtinkers'. Zij helpen mensen te formuleren wat hun behoeften zijn op het gebied van wonen, zorg en welzijn en zorgen ervoor dat hun vragen goed terechtkomen. Verder hebben alle cliënten een persoonlijk begeleider. De wensen en gewoonten van individuele cliënten staan centraal.¹⁷⁴

Skewiel Trynwâlden heeft geen wachtlijsten. Volgens de initiator van het project is door de komst de nieuwe zorgverlening de vraag naar verzorgingshuiszorg 80% lager dan voorheen en de vraag naar verpleeghuiszorg 55% lager. De vraag naar huishoudelijke hulp steeg met 30%. Een eerste verkenning van de kosten van de zorg in Trynwâlden in vergelijking met die van een traditioneel ingerichte zorgverlening laat zien dat de AWBZ-kosten 14,4% lager uitvallen. De belastingbetaler is per saldo 1,1% goedkoper uit. De cliënten zelf besteden aanzienlijk meer aan huisvesting en levensonderhoud dan in de traditionele situatie. Daar staat een grote besparing aan eigen AWBZ-bijdragen tegenover. In totaal zijn ze gemiddeld 900 euro per jaar meer kwijt.¹⁷⁵

5.1.4 *In verpleeghuizen moet gewoon kunnen worden*

Ondanks nieuwe ontwikkelingen in woonzorgvoorzieningen die bedoeld zijn mensen zo lang mogelijk zelfstandig te laten wonen, zullen er toch mensen zijn die volledig afhankelijk worden van professionele zorg en daarvoor moeten worden opgenomen in een verpleeghuis of een andere voorziening met verpleeghuisfaciliteiten. In die situatie komt de verantwoordelijkheid voor het realiseren van welzijn vrijwel volledig bij de zorginstelling te liggen.

Uitgaand van nu waarneembare trends en relaties tussen persoonskenmerken en gezondheidsproblemen raamt het SCP dat in 2020 het percentage 65-plussers met een potentiële vraag naar opname voor verpleging net als in 2000 ongeveer vier procent zal bedragen. In totaal zullen er volgens deze voorspelling in 2020 zo'n 128 000 ouderen zijn met zodanige gezondheidsproblemen dat ze voor intramurale verpleging in aanmerking komen, 40 000 meer dan in 2000.¹ Net als bij de vraag om verzorging en verpleging aan huis, is ook hier dus sprake van een toename van de potentiële vraag met ongeveer 50 procent.

Over de huidige kwaliteit van de zorg in verpleeghuizen bestaat in Nederland brede overeenstemming. De Inspectie voor de Gezondheidszorg, beroeps- en cliëntenorganisaties en politici zijn het erover eens dat het (veel) beter kan en moet.¹⁷⁰⁻¹⁷² De Inspectie stelt vast dat op een aantal verpleegafdelingen duidelijk sprake is van krapte, die dwingt tot keuzen in de zorg die aan de bewoners geboden kan worden. Zij concludeert dat de tekortkomingen structureel van karakter zijn en dat er meer aan de hand is dan falend management. Onafhankelijk onderzoek naar de achterliggende oorzaken (organisatorisch, beroepsinhoudelijk, financieel etc.) is dringend geboden, aldus de Inspectie.¹⁷⁰

De gebreken van de zorg en de groeiende behoefte aan verpleegplaatsen in aanmerking genomen, lijkt het onvermijdelijk dat de komende decennia flink geïnvesteerd zal moeten worden in voorzieningen met verpleeghuisfaciliteiten. Daarbij zal het niet alleen moeten gaan om de kwaliteit van de zorg, maar ook om die van het wonen. Veel ouderen zijn langdurig opgenomen. Voor hen is de zorginstelling ook een woonvoorziening. Bouw en organisatie van de voorzieningen dienen erop gericht te zijn de bewoners, gegeven hun beperkingen, de mogelijkheden te bieden om op hun eigen wijze aan hun leven vorm te geven. Dit vraagt om een grotere flexibiliteit en differentiatie in leefomgeving en sociale context dan nu in verpleeghuizen gangbaar is.

5.2 **Spraakmakende initiatieven**

Op verschillende plaatsen in het land zijn initiatieven genomen om te komen tot nieuwe vormen van zorgorganisatie die verschillende van de bovengenoemde ideeën integreren.

Humanitas Rotterdam

In Rotterdam zijn sinds het begin van de jaren negentig vijf verzorgingshuizen gesloopt en vervangen door levensloopbestendige appartementencomplexen met een centraal 'overdekt dorpsplein'. De appartementen hebben een vloeroppervlak variërend van 72 m² in de sociale huursector tot meer dan 250 m² in de koopsector. Ze zijn rolstoel- en brancardtoegankelijk, met brede deuren zonder drempels, in hoogte aanpasbare keukenblokken, grote badkamers, zwenkkransen en vanuit de rolstoel te bedienen meterkasten. Er wordt gestreefd naar een gemengde bewoning, door jong en oud, rijk en arm, gezond en ziek, allochtoon en autochtoon. Bij een verslechterende gezondheid hoeven de bewoners niet te verhuizen: tot en met volledige en volwaardige verpleging kan alle zorg in de appartementen geboden worden. Voor demente ouderen zijn speciale 'hofjes' gecreëerd.^{176,177}

Het dorpsplein is het hart van het complex. Hier vinden bar, restaurant, internetcafé, supermarkt, biljartplaats, kapsalon, schoonheidssalon en kindercrèche hun plaats, en zijn ook fysiotherapie, logopedie, ergotherapie, tandarts, verpleeghuisarts, huisartspraktijk, apotheek en cursusruimten te vinden. Door het plein krijgt het gebouw een belangrijke functie in de wijk en wordt het een ontmoetingsplaats voor vele doelgroepen. Veel zorg is besteed aan de inrichting, de sfeer en de kwaliteit van de keukens van de restaurants. In het hele complex hangen en staan conversation pieces: schilderijen, beelden, gevonden voorwerpen.^{176,177}

In het zorgconcept van Humanitas Rotterdam is *use it or lose it* een centrale notie. De bewoners worden gestimuleerd zoveel mogelijk zelf te doen. Voor de zorgverleners betekent dit als het even kan 'helpen met de handen op de rug' en geen standaard zorgsystemen, maar zorg op maat. De cliënten houden zelf de regie. Zij en hun familie hebben de ruimte zelf te doen wat ze kunnen en willen, ook als ze alleen maar af en toe willen koffiezetten, koken of stofzuigen. Het uitgangspunt is dat de bewoners zelf weten wat goed voor hen is: wensen en vernieuwingsvoorstellen worden in principe positief tegemoet getreden, ook als iemand vijf poezen wil houden, iedere dag bruine bonen eet of twee keer per dag wil douchen. Deze 'ja-cultuur' strekt zich ook uit tot familieleden, medewerkers en vrijwilligers.

Volgens de directeur van Humanitas Rotterdam mogen de resultaten van deze aanpak er wezen: tevreden, vrolijke cliënten en familieleden, enthousiasme, creativiteit en laag ziekteverzuim van medewerkers, lange wachtlijsten voor appartementen en een ruim voldoende aanbod van medewerkers en vrijwilligers. Het, in de woorden van de directeur, 'centraal stellen van geluk, in plaats van *cure* en *care*', blijkt ook financieel te lonen: door de activiteit van bewoners, familieleden en vrijwilligers en het lage ziekteverzuim van de medewerkers ontstaat financiële ruimte voor de naar verhouding dure welzijns- en woonvoorzieningen.¹⁷⁶

Spraakmakend zijn het zorgsysteem van Skewiel Trynwâlden, op het platteland tussen Drachten en Leeuwarden, en de appartementencomplexen van Humanitas Rotterdam (zie kaders Skewiel Trynwâlden en Humanitas Rotterdam). Beide initiatieven hebben veel gemeen. In beide gevallen zijn verzorgingshuizen gesloopt om plaats te maken voor zorgsystemen waarin ouderen hun zelfstandigheid kunnen behouden, ook wanneer zij te maken krijgen met stoornissen in hun lichamelijk en mentaal functioneren. Bij beide initiatieven staat de bevordering van het welzijn van de ouderen hoog in het vaandel geschreven: als doel op zich en als voorwaarde voor zelfstandigheid. Zowel in Friesland als in Rotterdam wordt daarbij een cruciale rol toegekend aan het sociale verband waarin ouderen functioneren. Eenzaamheid geldt als fnuikend. Er wordt veel belang gehecht aan de instandhouding of het bewerkstelligen van nieuwe sociale netwerken en aan het creëren van aantrekkelijke ruimten, waar wat te beleven is, waar familieleden en buurtgenoten, jong en oud, ziek en gezond elkaar ontmoeten en waar het goed toeven is.

Van de zorgverleners in beide projecten wordt een principieel individuele benadering verwacht, die de opvattingen, wensen en gewoonten van de ouderen respecteert, de cliënten uitnodigt om zelf te doen wat ze kunnen en familieleden de ruimte laat om hun deel van de zorg op zich te nemen. De professionele zorgverlening die in aansluiting op deze zelf- en mantelzorg nodig is, is een zaak van flexibel maatwerk. Dit vraagt om open communicatie, inventiviteit en beslissingsruimte op de werkvloer, in de directe interactie tussen zorgverlener en cliënt. Er zijn aanwijzingen dat daarmee niet alleen de cliënt gediend is, maar ook de arbeidssatisfactie van de zorgverleners.

Deze principes van een op zelfstandigheid van ouderen gerichte zorgverlening blijken velen in Nederland aan te spreken, getuige de grote belangstelling die zowel Skewiel Trynwâlden als Humanitas Rotterdam de afgelopen jaren ten deel is gevallen. Des te opvallender is het dat onafhankelijk wetenschappelijk onderzoek ter evaluatie van deze beide initiatieven tot dusver niet heeft plaatsgevonden. Een innovatief ouderenbeleid zal goed evaluatieonderzoek naar zorgvernieuwingen krachtig moeten stimuleren.

5.3 Zorg rond het naderend einde

Ook een langer leven heeft een eind. Het aantal overledenen per jaar zal volgens de prognose van het CBS tussen nu en 2030 ruim 30 procent stijgen.¹⁷⁸ Vraagstukken rond het naderend einde zullen zich door het grotere aantal sterfgevallen indringend voordoen. Ook is het niet ondenkbaar dat de gedachten rond een aantal thema's op dit gebied zich verder zullen ontwikkelen.

5.3.1 *De vraag naar palliatieve en terminale zorg zal toenemen*

Palliatieve zorg is al die zorg die gericht is op de verlichting van klachten en de bevordering van het welzijn van patiënten en hun naasten, wanneer genezing van een levensbedreigende ziekte niet meer mogelijk is. De palliatieve fase is vaak kort, maar kan soms maanden tot jaren duren. Palliatieve zorg is zeer uiteenlopend van karakter: pijnbestrijding is één van de belangrijkste elementen in een waaier die gaat van psychische steun tot *high-tech* geneeskunde. Levensverlenging kan een doel zijn in de palliatieve zorg. Terminale zorg en stervensbegeleiding zijn onderdelen van palliatieve zorg die gericht zijn op een zo goed en waardig mogelijk einde.

Er zijn in Nederland diverse organisaties die zich richten op de ontwikkeling en kwaliteit van palliatieve en terminale zorg, zowel thuis als in instellingen, verleend door zowel professionele zorgverleners als vrijwilligers.¹⁷⁹⁻¹⁸³ Het aantal sterfgevallen in aanmerking genomen, zal de totale vraag naar palliatieve en terminale zorg tot 2030 met ruim 30 procent toenemen. Ook de vraag naar terminale zorgplaatsen in verpleeghuizen, verzorgingshuizen en andere woonzorgvoorzieningen, hospices en bijna-thuishuizen zal een duidelijke groei te zien geven.

Palliatieve zorg kan veel baat hebben bij gebruik van geavanceerde technologische hulpmiddelen, ook in de thuissituatie. De mogelijkheden van thuiszorgtechnologie zijn sterk in opkomst.¹⁸⁴ Het Centrum voor Ethiek en Gezondheid heeft ethische en juridische vraagstukken op dit gebied gesignaleerd, met betrekking tot onder meer de afhankelijkheid van apparatuur, de kwaliteits- en veiligheidseisen, de belasting voor en wensen en mogelijkheden van de mantelzorg, de invloed op de relatie tussen patiënt en mantelzorg, de privacy, de verantwoordelijkheidstoedeling en de financiering.^{169,185}

5.3.2 *Discussie over beslissingen rond het levenseinde blijft nodig*

Het normatieve kader voor beslissingen rond het levenseinde is in Nederland in belangrijke mate uitgekristalliseerd. Zo is in de afgelopen decennia consensus gegroeid over de toelaatbaarheid van euthanasie. Dat betekent echter niet dat het debat over levensbekorting kan worden afgesloten. De discussie heeft plaatsgevonden tegen de achtergrond van ontwikkelingen die voorlopig nog geen halt houden. Het aantal stervenden neemt toe. Ouderen zullen geconfronteerd blijven worden met steeds meer medisch-technologische mogelijkheden om hun leven te verlengen. De roep om ruimte voor zelfbeschikking met betrekking tot het levenseinde zal waarschijnlijk luider worden. En ook de beschikbaarheid en de kwaliteit van de zorg voor zorgafhankelijke ouderen kunnen hier niet ongenoemd blijven. Als de tekortkomingen van de zorg die nu door velen gesignaleerd

worden blijven bestaan of toenemen, dan zou ook dat de behoefte kunnen doen toenemen om zelf te bepalen wanneer men van het leven afscheid wil nemen.

Tot de discussiepunten behoren beslissingen over levensverlengende behandelingen of toediening van voeding en vocht. Deze beslissingen komen veel vaker voor dan bijvoorbeeld euthanasie. Het is echter de vraag of patiënten bij zulke beslissingen voldoende worden betrokken. Vaak zijn de mogelijkheden daartoe beperkt, omdat de patiënt niet meer goed aanspreekbaar is. Als zo'n situatie dreigt, kan een patiënt een schriftelijke wilsverklaring opstellen. Het ligt voor de hand om te bekijken hoe in de praktijk met deze verklaringen wordt omgegaan.

Ook zal discussie nodig zijn over verzoeken om levensbekorting waarvoor nu nog geen normatief houvast bestaat. Het eerste is het verzoek op grond van dreigend toekomstig lijden. De dreiging van zulk lijden kan bijvoorbeeld voortvloeien uit dementie. Het aantal verzoeken om hulp bij zelfdoding of om levensbeëindiging bij dreigende dementie zal de komende decennia waarschijnlijk toenemen. De huidige wetgeving biedt een arts de mogelijkheid om op grond van een eerdere, anticiperende schriftelijke wilsverklaring euthanasie toe te passen bij iemand die door dementie wilsonbekwaam is geraakt. In de praktijk zal een arts zich er echter meestal niet van kunnen overtuigen dat iemand met dementie uitzichtloos en ondraaglijk lijdt, zodat euthanasie volgens de huidige wet niet toelaatbaar is, tenzij de patiënt ernstig lijdt aan bijkomende aandoeningen.¹⁷⁹

Een tweede type verzoek om levensbekorting waarbij normatief houvast ontbreekt is dat wegens 'lijden aan het leven'. Ook deze verzoeken zullen in de toekomst waarschijnlijk in aantal toenemen. In rechtspraak en politiek is naar aanleiding van de zaak Brongersma uitgesproken dat de huidige euthanasiewetgeving het een arts niet toestaat om dergelijke verzoeken te honoreren. Volgens het recente rapport van de commissie Dijkhuis¹⁸⁶ staat die opvatting op gespannen voet met de medische praktijk. Vanuit het perspectief van verantwoorde hulpverlening zou het volgens deze commissie noodzakelijk zijn 'lijden aan het leven' te betrekken bij de verdere ontwikkeling van professionele normen voor levensbekorting. Nog verder gaat de discussie binnen de Nederlandse Vereniging voor een Vrijwillig Levens einde (NVVE) over het beschikbaar stellen van een 'laatstewilpil' voor ouderen.

Een zorg apart: dementie

Er is wellicht geen andere ziekte die zo'n afbreuk doet aan het zelfstandig functioneren van een persoon als dementie. De aandoening kan jaren duren en tast uiteindelijk alle lichamelijke en geestelijke functies aan. Veel patiënten worden langzamerhand volledig zorgafhankelijk, zowel voor hun dagelijkse verzorging als voor hun welzijn. Voor de naasten betekent dementie een langdurig proces van rouw om het verlies van een persoon. Mantelzorg bij dementie is een zware opgave, die een forse aanslag kan doen op welbevinden en gezondheid. Veel mantelzorgers zijn bovendien zelf op leeftijd. De zorg voor demente patiënten moet daarom expliciet gericht zijn op de patiënt, zijn mantelzorgers en zijn naasten.

Actie voor de opvang van demente ouderen is urgent

Dementie is een ziekte die vooral zeer oude mensen treft. Van de 65-jarigen lijdt bijna één procent eraan. Dit percentage loopt echter op tot ruim 40 bij mensen van 90 jaar en ouder. Omdat er steeds meer ouderen zullen zijn, en van steeds hogere leeftijd, zal het aantal patiënten naar schatting oplopen van circa 200 000 nu tot 317 000 in 2030 en 412 000 in 2050.¹⁷⁹ Op dit moment wordt het overgrote deel van de patiënten thuis verzorgd door mantelzorg en thuiszorg, circa 35 procent is opgenomen in een zorginstelling,

Er is op dit moment geen therapie die dementie kan genezen en dat zal naar verwachting de komende twintig jaar niet anders zijn. Ook is het effect van preventieve maatregelen nog ongewis. Het doel van interventies is de bevordering van het welbevin-

den en steun aan de mantelzorg. In 2002 stelde de Gezondheidsraad in zijn advies over dementie: ‘Ondermaatse verzorging in instellingen maakt een groot publiek gevoelig voor de opvatting dat verpleeghuisopname ontluisterend is en koste wat kost vermeden moet worden. Toch is opname soms het beste voor beide partijen.¹⁷⁹ De raad doet een reeks aanbevelingen voor verbetering van de kwaliteit van de zorg, buiten en binnen de instellingen. Hierbij is het streven niet alleen het welbevinden van de patiënten, maar expliciet ook dat van de mantelzorgers, zodat die hun taak kunnen uitvoeren en volhouden. Naast dringende aanbevelingen over voorwaarden voor het thuis kunnen verzorgen en verplegen van dementerenden, breekt de Gezondheidsraad een lans voor kleinschalige woonvormen voor demente patiënten. Het is buitengewoon lastig om robuuste effecten op de levenskwaliteit van dergelijke woonvormen aan te tonen en dus om iets te zeggen over de kosteneffectiviteit. De raad vindt echter dat er tal van humanitaire overwegingen zijn om kleinschaligheid na te streven. Het netwerk kleinschalig wonen voor ouderen met dementie* coördineert initiatieven op dit gebied. Er zijn inmiddels in Nederland tientallen huizen met kleinschalige zorg voor dementerenden¹⁸⁷, maar als geheel blijft het aanbod sterk achter bij de behoefte.

De Gezondheidsraad wijst op het naar verwachting schrijnend tekort aan plaatsen in zorginstellingen als niet snel actie wordt ondernomen en berekent dat er bij gelijkblijvende prevalentiecijfers in 2010 bijna 13 000 plaatsen meer nodig zijn dan in 2000. Jaarlijks zouden er circa 1300 plaatsen bij moeten komen.

De raad vindt het niet reëel de hoop te vestigen op uitbreiding van de capaciteit van mantelzorg en thuiszorg: opnames worden reeds nu tot het uiterste vermeden. Op redelijk afzienbare termijn lijkt er een duidelijk tekort aan professionele zorgverleners te ontstaan. De suggestie dat meer mantelzorg(ondersteuning) de oplossing zou zijn voor de capaciteitsproblemen in de zorg voor dementiepatiënten, wordt om diverse redenen van de hand gewezen.

De staatssecretaris van VWS heeft in reactie op het advies een Landelijk Dementie Plan laten ontwikkelen, gericht op problemen van patiënten en hun mantelzorgers.¹⁸⁸ De samenhang en beschikbaarheid van het aanbod moet worden gerealiseerd via (uiteindelijk 64) Regionale Dementie Plannen.¹⁸⁹ Het blijft echter onduidelijk wie de regie voert en bij wie de verantwoordelijkheid berust om aan de urgente en overduidelijke behoefte aan plaatsen te voldoen, te meer omdat regio's geen bestuurlijke eenheden zijn die men als zodanig kan aanspreken.

* in het kader van het Innovatieprogramma Wonen en zorg van het NIZW; www.iwz.nl

Steun aan de mantelzorg is noodzakelijk onderdeel van de zorg

Mantelzorg aan een dementerende naaste is een dagelijkse, lichamelijk en emotioneel zware opgave die vaak jaren duurt. Er zijn diverse initiatieven die ondersteuning bieden in psychologische en praktische zin. Ook hiervan is uitbreiding dringend gewenst. De belangrijkste zijn de Alzheimer-café's¹⁹⁰ en de ontmoetingscentra voor mensen met dementie en hun verzorgers.¹⁹¹ Om allerlei redenen is het daarbij belangrijk aan te sluiten bij de (vroegere) belevingswereld van patiënt en verzorgende. Naarmate het aandeel allochtonen in de oudere bevolking toeneemt, zal ook het aantal allochtone patiënten met dementie toenemen en dus de behoefte aan zorg die op deze patiënten en hun verzorgenden is toegesneden.^{3,192,193}

Kansen benutten, zorg garanderen

In elke discussie over politiek beladen kwesties is beeldvorming een onmiskenbare constante: wie voert de boventoon bij de formulering van het probleem? Het vergrijzingsvraagstuk vormt geen uitzondering op die regel. De afgelopen jaren is een groot aantal rapporten, verkenningen en adviezen verschenen over deze demografische ontwikkeling en over manieren om daar als samenleving tijdig rekening mee te houden. Al naar gelang de vraagstelling schemert in de analyses een schrikbeeld door (meer afhankelijke ouderen die kostbare zorg vragen en minder jongeren die moeten bijdragen aan de financiering daarvan) of juist een ideaalbeeld (ouderen die lang hun zelfstandigheid behouden en volop blijven meedraaien).

In de vorige hoofdstukken van dit advies heeft de commissie uiteengezet dat er geen reden hoeft te zijn voor pessimisme. Veel mogelijkheden dienen zich aan of liggen in het verschiet om de gezondheid, de zelfstandigheid en het welzijn van ouderen tot op hoge leeftijd te bevorderen, met alle positieve gevolgen van dien voor de samenleving. Die kansen moeten dan echter wel worden benut. Dat is niet slechts een vrijblijvende theoretische uitspraak, maar ook een harde les uit de praktijk. Alle mooie toekomstvisies ten spijt laat de huidige staat van onze volksgezondheid, gezondheidszorg en zorgverlening nogal wat te wensen over. De commissie plaatst in dit slothoofdstuk de zaken in perspectief: waar hapert het?; hoe kan het beter?; en wat is de rol van de politiek?

7.1 Waar hapert het?

7.1.1 *Het buitenland houdt ons een spiegel voor*

Weliswaar leven we in Nederland steeds langer, en mogelijk steeds langer zonder beperkingen, maar we verliezen terrein ten opzichte van enkele andere delen van de geïndustrialiseerde wereld. Japan neemt al enige tijd de koppositie in, maar ook Europees glijden we af naar de middenmoot. Al meer dan anderhalve eeuw dalen internationaal de sterftecijfers gestaag en bij die daling is nog geen grens in zicht, ook niet op hoge leeftijd. Wat is er in Nederland aan de hand? Uit analyses van het RIVM blijkt dat de stagnatie in belangrijke mate te wijten is aan ongunstige trends in ongezond gedrag, vooral onder jongeren en vrouwen. Ook zijn er aanwijzingen dat de sterftecijfers in de leeftijds-categorie boven 85 jaar zelfs iets toenemen. Over de precieze oorzaken daarvan tast men in het duister. Het is mogelijk dat een toegenomen kwetsbaarheid van ouderen en verschralingen in medische en sociale voorzieningen een rol spelen. Verder is de achterblijvende gezondheidstoestand van sociaal-economisch zwakke groepen een punt van aanhoudende zorg. Zo leven de laagstopgeleide mannen 5,0 jaar korter dan de hoogstopgeleide. Bij vrouwen bedraagt dit verschil 2,6 jaar. Bovendien leven mannen en vrouwen met de hoogste opleiding gemiddeld bijna 10 jaar langer zonder lichamelijke beperkingen.

7.1.2 *Ouderen krijgen niet altijd passende medische zorg*

Behandeling van oudere patiënten plaatst artsen voor bijzondere uitdagingen. Bij ouderen verlopen ziekteprocessen soms anders dan bij mensen van middelbare leeftijd. Bovendien hebben oudere patiënten dikwijls met twee of meer kwalen tegelijk te kampen (zogeheten co-morbiditeit). Verder zijn er ziektebeelden die alleen op hogere leeftijd voorkomen. Diagnostische procedures en behandelingen moeten op zulke omstandigheden zijn toegesneden. Dat kan alleen als er voldoende – fundamenteel en klinisch – wetenschappelijk onderzoek gedaan is. Helaas wringt daar de schoen. Oudere patiënten worden nog te weinig opgenomen in onderzoek naar de veiligheid en doeltreffendheid van medische interventies. Hierdoor is onvoldoende duidelijk waar zij baat bij hebben. Dat heeft weer tot gevolg dat ze van bepaalde passende behandelingen verstoken dreigen te blijven of ingrepen dreigen te ondergaan die meer kwaad dan goed doen. Ook de zogeheten ketenzorg – het samenhangende geheel van zorginspanningen door verschillende zorgaanbieders – voor patiënten met veel voorkomende chronische ziekten komt nog onvoldoende uit de verf.¹⁹⁴

7.1.3 *De verpleging van oudere patiënten is dikwijls onder de maat*

In 2001 werden binnen de zorgbranche afspraken gemaakt over de vereiste (minimum) kwaliteit van zorgverlening. Maar volgens een onlangs uitgevoerd onderzoek van de Inspectie voor de Gezondheidszorg slaagt slechts een op de vijf verpleeghuizen erin dat overeengekomen kwaliteitsniveau te garanderen.^{170,171} Een speciaal probleem vormt de urgente en toenemende behoefte aan verpleeghuiszorg voor dementiepatiënten. De overheid blijft naar het oordeel van de commissie ernstig in gebreke als zij niet op korte termijn goede regelingen treft om in die zorgbehoefte te voorzien.

7.2 **Hoe kan het beter?**

7.2.1 *Met preventie valt nog veel gezondheidswinst te boeken*

Er is een toenemend aantal mogelijkheden om ziekten te voorkomen of tijdig op te sporen. Door verandering van riskante leefgewoonten, zoals roken, verkeerd eten en te weinig bewegen, kan bijvoorbeeld de kans op allerlei ziekten worden verkleind. Op dit vlak worden al de nodige initiatieven ontplooid, maar gedragsverandering blijkt moeilijk te bereiken. Vaak is niet duidelijk welke mix van maatregelen het meeste uitzicht op succes biedt. Duidelijk is wel dat de kans van slagen het grootst is bij een samenhangend pakket van maatregelen die een voldoende lange looptijd en continuïteit hebben. Ook met te ontwikkelen nieuwe vaccins is bij ouderen nog gezondheidswinst te behalen. Mensen varen bij dit alles persoonlijk wel en ook de samenleving als geheel heeft er profijt van. Onvermijdelijk komen er echter later andere ziekten voor in de plaats. Bovendien zullen bij een toenemende levensverwachting ziekten in hun totaliteit vaker optreden. Met preventie valt dus nog veel gezondheidswinst te boeken. De zorg wordt er echter niet goedkoper door.

7.2.2 *Voor oudere patiënten is medisch maatwerk nodig*

Artsen moeten hun handelen zo veel mogelijk laten leiden door wetenschappelijke inzichten in de veiligheid en doeltreffendheid van interventies. Investeren in kennisontwikkeling op dit gebied is dan onontbeerlijk. Ook ligt hier een taak voor de diverse beroepsverenigingen. Zo zal in richtlijnen voor het medisch handelen en in medische opleidingen de oudere patiënt nadrukkelijk in het vizier moeten worden genomen. Aandacht voor co-morbiteit hoort daar ook bij. De organisatorische kant van de zaak mag evenmin uit het oog worden verloren. Omdat veel gezondheidsproblemen bij ouderen een specialisme-overstijgend karakter hebben, zullen de verschillende medische

beroepsgroepen nieuwe samenwerkingsverbanden moeten ontwikkelen. Het is aan zorgorganisaties om de totstandkoming van zulke werkverbanden te faciliteren.

7.2.3 *Bevordering van zelfstandigheid moet hoog in het vaandel staan*

Wanneer mensen ziek zijn, betekent dat niet dat ze noodzakelijkerwijs te maken krijgen met beperkingen die hun zelfstandigheid aantasten. Zoals gezegd komen er steeds meer medische mogelijkheden om de nadelige gevolgen van ziekten en functiestoornissen geheel of gedeeltelijk te ondervangen. Bovendien ontstaan beperkingen in het dagelijks functioneren uit een complexe wisselwerking tussen hoe mensen er persoonlijk aan toe zijn en welke eisen de fysieke en sociale omgeving aan hen stelt. Preventie van beperkingen en bevordering van zelfstandigheid kennen zo tal van aangrijpingspunten, variërend van het aanpassen van woningen, vervoersvoorzieningen, het verzorgen van warme maaltijden en huishoudelijke hulp tot het verhogen van zelfmanagementvaardigheden, het ondersteunen van mantelzorgers en dagopvang.

Er is grote behoefte aan innovatie in de verzorgingssector. In ons land zijn er inmiddels verschillende initiatieven van de grond gekomen. Ze hebben gemeen dat de persoonlijke wensen en capaciteiten van ouderen uitdrukkelijk centraal staan. Dit blijkt ook familieleden te stimuleren om, waar dat kan, hun steentje bij te dragen. De arbeidssatisfactie van professionele zorgverleners, die in aansluiting op deze zelf- en mantelzorg en in nauw overleg met de betrokkenen hun diensten aanbieden, lijkt er eveneens door toe te nemen. Projecten als deze laten zien hoe voor ouderen met gezondheidsproblemen nog een zelfstandig en aangenaam bestaan mogelijk is. Innovatie kan het echter niet stellen zonder evaluatie. De zoektocht naar nieuwe zorgvormen en de toepassing ervan moeten hand in hand gaan met wetenschappelijk onderzoek naar de kwaliteit van de arrangementen. Wil men meer inzicht krijgen in wat binnen de ouderenzorg doeltreffend en doelmatig is, dan verdient ook dat type onderzoek de komende tijd de nodige aandacht.

7.2.4 *Het welzijn van ouderen laat zich op vele manieren dienen*

Zelf tot dingen in staat zijn draagt sterk bij aan iemands welzijn, of het nu gaat om arbeidsdeelname, vrijwilligerswerk of meedoen in clubverband. De samenleving zal daar op haar beurt ook de vruchten van kunnen plukken. Wel mag dan van diezelfde samenleving worden verwacht dat de hele sociale infrastructuur uitnodigt tot participeren. Te denken valt aan het ontwikkelen van passende taken bij betaald en onbetaald werk en aan het stimuleren van het verenigingsleven.

Maar niet iedereen kan even goed regie voeren over het eigen leven en even duidelijk zijn zorgbehoefte peilen en kenbaar maken. Bepaalde groepen ouderen zijn extra

kwetsbaar, zoals mensen bij wie de gezondheidstoestand plotseling verslechtert of die hun partner verliezen. Ook een sociaal-economisch zwakke positie is een risicofactor. Het is aan zorgverleners om alert te zijn op zulke situaties en om tijdig actie te ondernemen. Opnieuw mag evaluatie van de manier waarop zorgvormen op die kwetsbaarheid anticiperen en inspelen niet ontbreken. Des te meer geldt de professionele verantwoordelijkheid wanneer de lichamelijke of geestelijke functies van mensen sterk achteruitgaan, zoals bij dementie. Zelfstandigheid raakt dan als doel uit beeld en moet plaats maken voor het welbevinden van patiënten en hun mantelzorgers.

7.3 Wat is de rol van de politiek?

In hoeverre de kansen die er liggen ook benut gaan worden, hangt af van een groot aantal factoren en actoren. Economie en politiek spelen hierbij doorgaans de eerste viool. De commissie wijst op ontwikkelingen en keuzemogelijkheden die aan de orde zijn. Vervolgens noemt zij een aantal onderwerpen waarvoor met voorrang nieuwe beleidsplannen moeten worden gemaakt.

7.3.1 Zorgkosten stijgen, maar niet in de eerste plaats door vergrijzing

De zorgkosten stijgen sterk met de leeftijd. Uit onderzoek blijkt dat 45 procent van de totale kosten wordt besteed aan zorg voor 65-plussers en 30 procent aan die voor 75-plussers.^{195,196} Dit komt door de chronische zorgbehoefte van ouderen. Uit trendanalyses blijkt dat de vergrijzing de zorgkosten met 0,6 tot 0,7 procent per jaar doet stijgen.^{195,196} Het toenemend zorggebruik per hoofd van de bevolking – alle leeftijden inbegrepen dus – voegt daar echter een drie maal zo sterke stijging aan toe: ongeveer 2 procent per jaar. Bij dit toenemende gebruik gaat het om de resultante van een complex van factoren. Daartoe behoren epidemiologische trends (veranderende ziektecijfers), medisch-technologische innovatie (nieuwe diagnostische technieken, medicijnen en behandelmethoden), sociaal-culturele ontwikkelingen (veranderende voorkeuren van mensen) en wijzigingen in het overheidsbeleid. Vergrijzing op zich is dus niet de doorslaggevende determinant van kostenontwikkeling.

7.3.2 Investeren loont maar is een keuze

Onder economen en politici woedt al jaren een debat over de vraag hoe groot het aandeel van de gezondheidszorg mag worden in het bruto nationaal product. Sommigen vinden dat de totale volumegroei van de zorg in de pas moet blijven lopen met de economische groei. Anderen zien mogelijkheden voor een toenemend aandeel bij voortgaande groei. Hoe dit ook zij, duidelijk is wel dat de zorgsector meer ruimte kan krijgen naar-

mate het beter gaat met de economie. In tegenstelling tot de geringe economische groei van dit moment is volgens de laatste toekomstverkenning van het CPB is een forse welvaartsstijging voor de komende decennia een reële verwachting.¹⁹⁷ De werkgelegenheid zal hierbij verder blijven verschuiven naar de sector diensten en zorg. Daarmee is tegelijk een dubbel perspectief geschetst: de gezondheidszorg maakt kosten, maar is ook een belangrijke dienstverlenende sector. De samenleving heeft veel profijt van deze sector, zowel vanwege de geleverde diensten als vanwege de werkgelegenheid die ermee gemoeid is.

Zoals gezegd is het toenemend zorggebruik de sterkst stuwende kracht achter de stijging van de zorgkosten. Anders dan de zich relatief autonoom ontwikkelende vergrijzing valt dat zorggebruik onder de invloedssfeer van politiek en beleid. De voortdurende discussie over bezuinigingen en kostenbeheersing getuigt daarvan. De kunst is dan om zaken zo in te richten dat goede zorg voor iedereen bereikbaar en betaalbaar blijft.

Men dient zich echter te realiseren dat nog verdere gezondheids- en welzijnswinst is te boeken door extra investeringen. In tijden van hoogconjunctuur zal deze zienswijze op veel belangstelling kunnen rekenen. Maar ook bij economische tegenwind is het belangrijk te beseffen dat de politiek kan besluiten om de zorgsector te stimuleren.

7.3.3 *Gezondheid en welzijn verschillen maar zijn ook verweven*

Gezondheid en welzijn zijn beide rekbare begrippen. De commissie heeft er geen definities van gegeven maar vooral gewezen op hun onderlinge verband. Gezondheid en welzijn beïnvloeden elkaar wederzijds via een subtiel patroon van interacties.

Zelfstandigheid heeft ook een plaats binnen dat geheel. Niettemin is er met enige regelmaat discussie over de vraag hoe met name het begrip gezondheid het best omschreven kan worden. Dat heeft vooral te maken met de wens om de omvang van het collectieve verzekerde pakket beheersbaar te houden. Bij een smallere begripsomschrijving (bijvoorbeeld 'afwezigheid van ziekte en stoornissen') lukt dat beter dan bij een ruimere definitie (bijvoorbeeld 'toestand van volledig lichamelijk, geestelijk en sociaal welzijn').¹⁹⁸ Ook hebben begripsafbakening vaak beleidsmatige consequenties: wat behoort tot de gezondheidszorg en wat tot de welzijnszorg?

Bij bevordering van zelfstandigheid lopen welzijnszorg en gezondheidszorg in elkaar over. Ze institutioneel en financieel scheiden kan ondoelmatigheid in de hand werken. Dat betekent niet dat er beleidsmatig geen onderscheid tussen de twee mogelijk is. Het gaat dan echter om een praktische keuze die per land kan verschillen. Komen stijgende uitgaven vooral bij één beleidsterrein terecht of zijn ze over meer terreinen ver-

deeld en kunnen ze dus breder worden opgevangen? Internationaal vergelijking leert dat in omliggende landen de afbakening van de gezondheidszorg ten opzichte van verschillende vormen van maatschappelijke dienstverlening nogal uiteenloopt. Voorzieningen als ouderenzorg, gehandicaptenzorg, gezinszorg en hulpmiddelen die in ons land (nog)** onder de AWBZ vallen, worden in andere landen (België, Duitsland, Denemarken, Engeland) niet tot de gezondheidszorg gerekend.²⁰⁰ Bij internationale vergelijking van de zorgkosten dient men dan ook rekening te houden met verschillen in het zorgstelsel en in de samenstelling van het verzekerde zorgpakket.^{198,201} Pakketbeslissingen zullen in ieder geval voortdurend op de agenda blijven staan. Telkens zal het gaan om het formuleren van operationaliseerbare criteria waaraan zulke beslissingen kunnen worden getoetst.¹⁹⁸ De overheid stelt daarbij niet alleen de financiële kaders vast, maar is ook in belangrijke mate verantwoordelijk voor de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg. Bij de vormgeving van het nieuwe zorg- en verzekeringsstelsel en bij toekomstige aanpassingen daarvan zal steeds nauwlettend in de gaten moeten worden gehouden of zij die verantwoordelijkheid waarmaakt, zeker ook met betrekking tot de zorg voor kwetsbare ouderen.

7.3.4 Een ambitieus ouderenbeleid vereist nieuwe beleidsinitiatieven

Economische en maatschappelijke ontwikkelingen scheppen weliswaar voorwaarden voor een ambitieus beleid, maar zijn niet voldoende. Maatregelen ter bevordering van gezondheid, zelfstandigheid en welzijn – en dat zijn er vele op een groot aantal terreinen – moeten ook gericht en in goede onderlinge samenhang worden toegepast, willen ze maximaal effect sorteren. Daarvoor zijn nieuwe beleidsplannen en voortgaande kennisontwikkeling nodig. Politieke keuzes hebben invloed op de prestaties van de zorgsector. Het gaat niet alleen om geld, maar ook om voorwaarden voor innovatie, om kwaliteitsbewaking en om passende wet- en regelgeving. Op dit laatste wees de commissie in de vorige paragraaf al in verband met de vormgeving van het nieuwe zorg- en verzekeringsstelsel.

Op basis van haar beschouwingen in hoofdstuk 4 beveelt de commissie aan dat in de desbetreffende beleidsplannen ten minste de volgende, elkaar deels aanvullende, punten een prominente plaats krijgen dan wel behouden:

- Verkleining van de sociaal-economische gezondheidsverschillen vergt extra inspanningen.

* De WRR wees er in 1997 al op dat de voorzieningen die men in ons land tot de gezondheidszorg is gaan rekenen, enorm zijn uitgebreid. Deze uitbreiding zou mede verantwoordelijk zijn voor het grote aandeel van het bruto binnenlands product dat aan volksgezondheid wordt uitgegeven.¹⁹⁹

** Dit verandert als de Wet voorzieningen gehandicapten, de Welzijnswet en delen van de huidige AWBZ opgaan in de Wet maatschappelijke ondersteuning.

- Effectieve bevordering van gezond gedrag verdient permanente aandacht.
- Innovatie in preventie – van ziekte én beperkingen – moet bevorderd worden. Te denken valt aan de ontwikkeling van nieuwe vaccins en aan nieuwe wegen om een deel van het groeiend aantal gevallen van dementie te voorkómen.
- Over co-morbiditeit en over passende behandeling daarvan is nog te weinig bekend. Oudere patiënten zullen veel baat kunnen hebben bij verdieping van inzicht in dit complexe vraagstuk.
- Depressies en angststoornissen komen veel voor bij ouderen en kunnen een zeer nadelige invloed hebben op hun maatschappelijk participeren en hun sterftekans. Er is actie nodig om te zorgen dat deze aandoeningen tijdig worden gediagnostiseerd en behandeld.
- De kwaliteit van de zorg voor veel voorkomende en vaak veronachtzaamde kwalen als decubitus ('doorliggen') en incontinentie moet krachtig worden bevorderd.

De commissie heeft geconstateerd dat zich leemten in kennis voordoen binnen het hele spectrum van de zorg, van preventie en behandeling tot verzorging en verpleging. Een breed, samenhangend en lang lopend onderzoeksprogramma naar mogelijkheden om de gezondheid, de zelfstandigheid en het welzijn van ouderen te verbeteren, kan niet worden gemist. In paragraaf 3.2.3 is erop gewezen dat de Gezondheidsraad en de Raad voor Gezondheidsonderzoek op verzoek van de regering met gezamenlijke aanbevelingen zullen komen voor zo'n programma.

Conform haar uiteenzettingen in de hoofdstukken 5 en 6 vindt de commissie dat de beleidsaandacht verder moet uitgaan naar:

- Toereikende capaciteit en kwaliteit van de verpleeghuiszorg, inbegrepen die voor dementiepatiënten.
- Innovatieve, op behoud van zelfstandigheid gerichte zorg- en woonvormen.
- De plaats van de mantelzorg in het zorgbestel en de praktische ondersteuning van mantelzorgers.

Gaat het om bevordering van zelfstandigheid, dan komt ook een reeks meer generieke maatregelen in aanmerking, bijvoorbeeld op het gebied van woonvoorzieningen en vervoer.²⁰²

7.3.5 *De planningstermijn is variabel*

Vooruitblikkend tot 2030 kan men stellen dat de demografische ontwikkeling geen grote verrassingen zal opleveren: de vergrijzing komt er onherroepelijk aan. Voorspellingen van diverse andere ontwikkelingen, zoals de economische groei of de vraag naar AWBZ

gefinancierde zorg, kennen echter een grotere mate van onzekerheid. Heel ver vooruit plannen van maatregelen heeft dan niet altijd zin. Men doet er in die gevallen beter aan om plannen telkens bij te stellen aan de hand van de periodieke rapportages van de verschillende planbureaus en onderzoeksinstituten die ons land rijk is. Daarentegen is nu al duidelijk dat onmiddellijk maatregelen moeten worden getroffen voor de opvang van demente ouderen.

7.3.6 *Ouderen zijn individuen*

In de inleiding van dit hoofdstuk liet de commissie de woorden schrikbeeld en ideaalbeeld vallen. Die termen benadrukken vooral dat ouderen een onderscheiden groep binnen de samenleving vormen. En natuurlijk kunnen ze ook als groep worden gezien. Maar in de discussie over vergrijzing gaat het er evenzeer om welk mensbeeld schuil gaat achter vraagstellingen en beschouwingen. De commissie wil hier nog eens beklemtonen dat ouderen net als andere leden van de samenleving in de eerste plaats individuen zijn en dat hun persoonlijke gezondheid, zelfstandigheid en welzijn centraal moeten staan.

Aandacht voor het individu betekent ook aandacht voor verschillen tussen ouderen. Die verschillen zijn vaak groter dan bij jongere mensen, althans wanneer men kijkt naar hun gezondheid, zelfstandigheid en welzijn. Deze bevinding geeft aanleiding tot diverse overwegingen. Enerzijds moet men bijvoorbeeld extra alert zijn op kwetsbare ouderen. Anderzijds is er bijvoorbeeld gezondheidskundig geen reden om iedereen op 65-jarige leeftijd met pensioen te laten gaan.

Aandacht voor het individu betekent bovenal dat mensen de gelegenheid krijgen een eigen invulling te geven aan hun leven. Nadruk op sociaal participeren mag niet verworden tot 'participatiedwang'. Al naar gelang de omstandigheden moeten ouderen ook de kans krijgen zich terug te trekken uit het actieve leven. Een meer contemplatieve invulling van het bestaan kan in een gegeven fase van grotere betekenis zijn voor hun welbevinden. Toeleven naar de dood past hier ook bij. In het kielzog daarvan en gelet op het toenemend aantal ouderen, en dus ook stervenden, is te verwachten dat het maatschappelijk debat over beslissingen rond het levenseinde regelmatig oplaait. Acceptatie van de eindigheid van het leven impliceert echter niet acceptatie van tekortschietende zorg.

Literatuur

- 1 Berg Jeths van den A, Timmermans JM, Hoeymans N, Woittiez IB. Ouderen nu en in de toekomst. Gezondheid, verpleging en verzorging 2000-2020. Bilthoven: RIVM/SCP; 2004: RIVM 270502001.
 - 2 Sociaal en Cultureel Planbureau. In het zicht van de toekomst: Sociaal en Cultureel Rapport 2004. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau; 2004: 2004/13.
 - 3 Schellingerhout R. Gezondheid en welzijn van allochtone ouderen. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau; 2004: 2004/16.
 - 4 Klerk de MMY. Rapportage ouderen 2004. Zorg en wonen voor kwetsbare ouderen. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau; 2004: 2004/4.
 - 5 Klerk de MMY. Rapportage ouderen 2001. Veranderingen in de levenssituatie. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau; 2001.
 - 6 Overbeek van R, Schippers A, red. Ouder worden we allemaal. Trendstudies en toekomstdebatten over de vergrijzing in Nederland. Utrecht: NIZW Uitgeverij; 2004.
 - 7 Raad voor de Volksgezondheid & Zorg. Met zorg wonen, deel 2. Zoetermeer: Raad voor de Volksgezondheid & Zorg; 1998: 97/12.
 - 8 Raad voor de Volksgezondheid & Zorg en de Raad voor maatschappelijke ontwikkeling. Zorgarbeid in de toekomst. Den Haag: SDU Uitgevers; 1999.
 - 9 Sociaal-Economische Raad. Sociale zekerheid en gezondheidszorg. Sociaal-Economische Raad; 1998: nr. 98/13.
 - 10 Sociaal-Economische Raad. Bevordering arbeidsdeelname ouderen. Sociaal-Economische Raad; 1999: 1999/18.
 - 11 Commissie Sociaal-Economische Deskundigen van de Sociaal-Economische Raad. Gezondheidszorg in het licht van de toekomstige vergrijzing. Den Haag: Sociaal-Economische Raad; 1999.
-

- 12 Sociaal-Economische Raad. Van alle leeftijden. Een toekomstgericht ouderenbeleid op het terrein van werk, inkomen, pensioenen en zorg. Den Haag: Sociaal-Economische Raad; 2005: 2005/02.
- 13 Raad voor maatschappelijke ontwikkeling. Mogen ouderen ook meedoen. Den Haag: Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling; 2004: 33.
- 14 Raad voor maatschappelijke ontwikkeling. Ouderen tellen mee. Den Haag: Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling; 2004: 34.
- 15 Sociaal-Economische Raad. EU en vergrijzing. Den Haag: Sociaal-Economische Raad; 2002: 2002/02.
- 16 Maas J, Delnoij DMJ. Brancherapport 2000-2003; Cure. Den Haag: Ministerie van VWS; 2004.
- 17 Witte KE, Busch MCM, Maassen ITHM, Schuit AJ. Brancherapport 2000-2003; Preventie. Den Haag: Ministerie van VWS; 2004.
- 18 RIVM met medewerking van Prismant. Brancherapport 2000-2003; Care. Den Haag: Ministerie van VWS; 2004.
- 19 Berg M van der, de Ruiters C, Schoemaker C. Brancherapport 2000-2003; GGZ-MZ. Den Haag: Ministerie van VWS; 2004.
- 20 Dam CL van, Boogaardt PAM van der, Smet JMA de, ea. Brancherapport 2000-2003; Welzijn en Sport. Den Haag: Ministerie van VWS; 2004.
- 21 Dean M. Growing older in the 21st century. Swindon; UK: Economic and Social Research Council; 2001.
- 22 Cock de G. Senior citizens - active participants in society or a welfare burden? Brussel: AGE - the European older people's platform; 2003.
- 23 Coördinatieorgaan Samenwerkende Ouderenorganisaties. www.ouderenorganisaties.nl . 2005.
- 24 Ministry of Health, Welfare and Sport. Health care in an ageing society; A challenge for all European Countries. Den Haag: Min VWS; 2004.
- 25 Jong AH de, Hilderink HBM. Lange-termijn bevolkingsscenario's voor Nederland. Bilthoven, RIVM 2004. RIVM 408129027.
- 26 Troen BR. The Biology of Aging. The Mount Sinai Journal of Medicine 70, 3-22. 2003.
- 27 Kirkwood TB, Austad SN. Why do we age? Nature 2000; 408(6809): 233-238.
- 28 Vijg J, Suh Y. Functional genomics of ageing. Mech Ageing Dev 2003; 124(1): 3-8.
- 29 Aalami OO, Fang TD, Song HM, Nacamuli RP. Physiological features of aging persons. Arch Surg 2003; 138(10): 1068-1076.
- 30 Klinkenberg M. The last phase of life of older people: health, preferences and care. A proxy report study. [Proefschrift]. Amsterdam: Vrije Universiteit; 2004.
- 31 Oeppen J, Vaupel JW. Demography. Broken limits to life expectancy. Science 2002; 296(5570): 1029-1031.
- 32 Olshansky SJ. The future of human life expectancy. In: World population to 2300. United Nations Department of Economic and Social Affairs/Population Division; 2003: 159-164.
- 33 IUSSP Committee on Longevity and health. Third IUSSP seminar on longevity and health. 20-22 October 2003. New York: Rockefeller University; 2003.
- 34 Burden of Disease Network Project. Disability in old age. Final report. Conclusions and recommendations. Jyväskylä: Jyväskylä University Press; 2004.
- 35 Population Reference Bureau. Population: a lively introduction. Population Bulletin 1998; 35(3).
-

- 36 Janssen F, Nusselder WJ, Looman CWN, ea. Stagnatie van sterftedaling onder ouderen in Nederland. Tijdschr Gerontol Geriatr 2004; 35: 173-185.
- 37 Deeg DJ, Robine and Michel's "Looking forward to a general theory on population aging": population aging: the benefit of global versus local theory. J Gerontol A Biol Sci Med Sci 2004; 59(6): M600-M620.
- 38 Gezondheidsraad. Europees Actieplan Milieu en Gezondheid 2004-2010. 2005. Den Haag: Gezondheidsraad; 2005: Nr 2005/03.
- 39 Oers JAM van. Gezondheid op koers? Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2002. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum; 2002.
- 40 Janssen F, Mackenbach JP, Kunst AE. Sterftetrends onder ouderen in zeven Europese landen van 1950-1999. Bevolkingstrends 2004; 3e kwartaal 2004: 40-51.
- 41 United Nations. World Population Prospects: The 2002 Revision and World Urbanization Prospects: The 2001 Revision. Department of Economic and Social Affairs of the United Nations/Population Division; 2005.
- 42 Robine JM, Michel JP. Looking forward to a general theory on population aging. J Gerontol A Biol Sci Med Sci 2004; 59(6): M590-M597.
- 43 Verbrugge LM, Jette AM. The disablement process. Soc Sci Med 1994; 38(1): 1-14.
- 44 Nederlandse vertaling van de 'International Classification of Functioning, Disability and Health' (WHO); compilatie. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum; 2002.
- 45 Bisschop I. Psychosocial resources and the consequences of specific chronic diseases in older age [Proefschrift]. EMGO-institute; 2004.
- 46 Nusselder WJ, Looman CWN, Mackenbach JP. Trajecten van beperkingen. In: Groenewegen P, Bos van den G, Megchelen P, editors. Zorg, opvang en begeleiding van chronisch zieken. Van onderzoeksresultaten naar verbetering van zorg. Assen: Koninklijke Van Gorcum: 153-170.
- 47 Nusselder WJ, Looman CWN, Mackenbach JP. Non-disease factors affect trajectories of disability. Journal of Clinical Epidemiology 2005; in press.
- 48 Kempen GI, van Heuvelen MJ, van Sonderen E, van den Brink RH, Kooijman AC, Ormel J. The relationship of functional limitations to disability and the moderating effects of psychological attributes in community-dwelling older persons. Soc Sci Med 1999; 48(9): 1161-1172.
- 49 Stuck AE, Walthert JM, Nikolaus T, Bula CJ, Hohmann C, Beck JC. Risk factors for functional status decline in community-living elderly people: a systematic literature review. Soc Sci Med 1999; 48(4): 445-469.
- 50 Mackenbach JP, Borsboom GJ, Nusselder WJ, Looman CW, Schrijvers CT. Determinants of levels and changes of physical functioning in chronically ill persons: results from the GLOBE Study. J Epidemiol Community Health 2001; 55(9): 631-638.
- 51 Gezondheidsraad. Werkprogramma 2005 Gezondheidsraad. Den Haag: Gezondheidsraad; 2004: Nr A2004/03.
- 52 Raad voor Gezondheidsonderzoek. Raad voor Gezondheidsonderzoek Werkprogramma 2004-2006; Verslag 2002 en 2003. Den Haag: Raad voor Gezondheidsonderzoek; 2004: RGO 04/46.
-

- 53 Bootsma-van der Wiel A, von Faber M, van Exel E, Gussekloo J, Lagaay AM, van Dongen E ea. Succesvol
oud op hoge leeftijd; de 'Leiden 85-plus Studie'. *Ned Tijdschrift Geneesk* 2004; 148(20): 985-990.
- 54 Schneider G, Driesch G, Kruse A, Wachter M, Nehen HG, Heuft G. What influences self-perception of
health in the elderly? The role of objective health condition, subjective well-being and sense of coherence.
Arch Gerontol Geriatr 2004; 39(3): 227-237.
- 55 Nieboer AP, Lindenberg S. Substitution, buffers and subjective wellbeing: A hierarchical approach
[Proefschrift]. Dordrecht: 2002.
- 56 Stek ML. Depression in late life: natural history, treatment and prognosis. [Proefschrift]. Amsterdam: Vrije
Universiteit; 2004.
- 57 Carlson MC, Seeman T, Fried LP. Importance of generativity for healthy aging in older women. *Aging
(Milano)* 2000; 12(2): 132-140.
- 58 Fried LP, Bandeen-Roche K, Kasper JD, Guralnik JM. Association of comorbidity with disability in older
women: the Women's Health and Aging Study. *J Clin Epidemiol* 1999; 52(1): 27-37.
- 59 Gerritsen DL, Steverink N, Ooms ME, Ribbe MW. Finding a useful conceptual basis for enhancing the
quality of life of nursing home residents. *Qual Life Res* 2004; 13(3): 611-624.
- 60 Steverink N, Westerhof GJ, Bode C, Dittmann-Kohli F. The personal experience of aging, individual
resources, and subjective well-being. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2001; 56(6): 364-373.
- 61 Bandura A. Health promotion by social cognitive means. *Health Educ Behav* 2004; 31(2): 143-164.
- 62 Blazer DG. Self-efficacy and depression in late life: a primary prevention proposal. *Aging Ment Health*
2002; 6(4): 315-324.
- 63 Conn VS, Tripp-Reimer T, Maas ML. Older women and exercise: theory of planned behavior beliefs. *Public
Health Nurs* 2003; 20(2): 153-163.
- 64 Resnick B. Geriatric rehabilitation: the influence of efficacy beliefs and motivation. *Rehabil Nurs* 2002;
27(4): 152-159.
- 65 Lindenberg S. Continuities in the theory of social production functions. In: Lindenberg SM, Ganzeboom
HBG, editors. *Verklarende sociologie: opstellen voor Reinhard Wippler*. Amsterdam: Thesis Publishers;
1996: 169-184.
- 66 Ormel J, Lindenberg S, Steverink N, Vonkorff M. Quality of life and social production functions: a
framework for understanding health effects. *Soc Sci Med* 1997; 45(7): 1051-1063.
- 67 Steverink N, Lindenberg S, Slaets JP. How to understand and improve successful self-management of aging.
GRIP Prepublication Series; 2004: 1.
- 68 Steverink N. Succesvol ouder worden; een produktiefunctie benadering. *Middenkatern TSG* 1996; 2: 29-34.
- 69 Steverink N. When and why frail elderly people give up indepent living: The Netherlands as an example.
Ageing and Society 2001; 21: 45-69.
- 70 Ruwaard D, Kramers PGN. *Volksgezondheid Toekomst Verkenningen (VTV). De gezondheidstoestand van
de Nederlandse bevolking in de periode 1950-2010*. Den Haag: Sdu Uitgeverij; 1993.
- 71 Ruwaard D, Kramers PGN. *Volksgezondheid Toekomst Verkenning 1997. De som der delen*. Utrecht:
Elsevier/De Tijdstroom; 1997.
-

- 72 Portrait F, Alessie R, Deeg D. Disentangling the age, period, and cohort effects using a modeling approach. Tinbergen Institute; 2003: TI 2002-120/3.
- 73 Robine JM, Michel JP. Looking forward to a general theory on population aging - authors' response to commentaries. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2004; 59A(6): 616-620.
- 74 Robine JM, Mormich PE, Sermet C. Examination of the causes and mechanisms of the increase in disability-free life expectancy. *J Aging and Health* 1998; 10(2): 171-191.
- 75 de Beurs E, Beekman AT, van Balkom AJ, Deeg DJ, Van Dyck R, van Tilburg W. Consequences of anxiety in older persons: its effect on disability, well-being and use of health services. *Psychol Med* 1999; 29(3): 583-593.
- 76 Beekman AT, Deeg DJ, Braam AW, Smit JH, van Tilburg W. Consequences of major and minor depression in later life: a study of disability, well-being and service utilization. *Psychol Med* 1997; 27(6): 1397-1409.
- 77 Köhler W. Ouderdom is groeiende chaos. *NRC Handelsblad*, 7 augustus 2004.
- 78 Roubenoff R. Sarcopenia: effects on body composition and function. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2003; 58(11): 1012-1017.
- 79 Kunst A, Bos V, Mackenbach J. De verwevenheid van gezondheidsverschillen naar sociaal-economische status met gezondheidsverschillen naar sekse en etniciteit. Een beschrijvend overzicht. Rotterdam: Landelijke Expertcommissie Sekse en Etniciteit in de Gezondheidszorg; 2003.
- 80 Veen van der E, Schrijvers CT, Redout E. Bewijs voor verschil. Den Haag: ZonMw; 2002.
- 81 Crommentuyn R. Mythe of werkelijkheid: politiek kleurt discussie over achterstand allochtonen. *Medisch Contact* 2003; 46: 1764-1765.
- 82 van den Akker M, Buntinx F, Metsemakers JF, Roos S, Knottnerus JA. Multimorbidity in general practice: prevalence, incidence, and determinants of co-occurring chronic and recurrent diseases. *J Clin Epidemiol* 1998; 51(5): 367-375.
- 83 Beekman ATF. Depression in later life: studies in the community [Proefschrift]. Amsterdam: Vrije Universiteit; 1996.
- 84 Gezondheidsraad. European primary care. Den Haag: Gezondheidsraad; 2004: publicatie nr 2004/20E.
- 85 Schuurmans H, Steverink N, Lindenberg S, Frieswijk N, Slaets JP. Old or frail: what tells us more? *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2004; 59(9): M962-M965.
- 86 Slaets JPJ. De oudere patiënt. In: Gans ROB, Hoorntje SJ, Strack van Schijndel RJM, editors. Consultatieve inwendige geneeskunde. Bohn Stafleu Van Loghum; 2004.
- 87 Huyse FJ, Lyons JS, Stiefel FC, Slaets JP, de Jonge P, Fink P ea. "INTERMED": a method to assess health service needs. I. Development and reliability. *Gen Hosp Psychiatry* 1999; 21(1): 39-48.
- 88 Huyse FJ, Lyons JS, Stiefel F, Slaets J, de Jonge P, Latour C. Operationalizing the biopsychosocial model: the intermed. *Psychosomatics* 2001; 42(1): 5-13.
- 89 Huyse FJ, Jonge de P, Slaets JP, Latour C. Complexe patiënten. In: Leentjens, Bannink, Boenink, Huyse FJ, editors. Consultatieve psychiatrie in de praktijk. Assen: Van Gorcum; 2004.
- 90 Steverink N, Slaets JP, Schuurmans H, Lis van M. Measuring frailty: Developing and testing the GFI (Groningen Frailty Indicator). *The Gerontologist* 2001; 41: SI: 236.
-

- 91 Gezondheidsraad. Preventie van aan osteoporose gerelateerde fracturen. Den Haag: Gezondheidsraad; 1998: Nr 1998/05.
- 92 Gezondheidsraad. Bevolkingsonderzoek naar dikkedarmkanker. Signalement. Den Haag: Gezondheidsraad; 2001: Nr 2001/01.
- 93 Gezondheidsraad. Volksgezondheidsschade door passief roken. Den Haag: Gezondheidsraad; 2003: Nr 2003/21.
- 95 Signaleringscommissie Kanker van KWF Kankerbestrijding. Kanker in Nederland. Trends, prognoses en implicaties voor zorgvraag. Amsterdam: KWF Kankerbestrijding; 2004.
- 96 Knoop KT, de Groot LC, Kromhout D, Perrin AE, Moreiras-Varela O, Menotti A ea. Mediterranean diet, lifestyle factors, and 10-year mortality in elderly European men and women: the HALE project. *JAMA* 2004; 292(12): 1433-1439.
- 97 Doll R, Peto R, Wheatley K, Gray R, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 40 years' observations on male British doctors. *BMJ* 1994; 309(6959): 901-911.
- 98 Mamun AA, Peeters A, Barendregt J, Willekens F, Nusselder W, Bonneux L. Smoking decreases the duration of life lived with and without cardiovascular disease: a life course analysis of the Framingham Heart Study. *Eur Heart J* 2004; 25(5): 409-415.
- 99 Kramer AF, Hahn S, Cohen NJ, Banich MT, McAuley E, Harrison CR ea. Aging, fitness and neurocognitive functioning. *Nature* 1999; 400: 418-419.
- 100 Mulder T. De Geboren Aanpasser: over beweging, bewustzijn en gedrag. Amsterdam: Uitgeverij Contact; 2005.
- 101 Churchill JD, Galvez R, Colcombe S, Swain RA, Kramer AF, Greenough WT. Exercise, experience and the aging brain. *Neurobiol Aging* 2002; 23(5): 941-955.
- 102 Sawaki L. Use-dependent plasticity of the human motor cortex in health and disease. *IEEE Eng Med Biol Mag* 2005; 24(1): 36-39.
- 103 Wolpaw JR, Tennissen AM. Activity-dependent spinal cord plasticity in health and disease. *Annu Rev Neurosci* 2001; 24: 807-843.
- 104 Knowler WC, Barrett-Connor E, Fowler SE, Hamman RF, Lachin JM, Walker EA ea. Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. *N Engl J Med* 2002; 346(6): 393-403.
- 105 Tuomilehto J, Lindstrom J, Eriksson JG, Valle TT, Hamalainen H, Ilanne-Parikka P ea. Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance. *N Engl J Med* 2001; 344(18): 1343-1350.
- 106 Crist DM, Mackinnon LT, Thompson RF, Atterbom HA, Egan PA. Physical exercise increases natural cellular-mediated tumor cytotoxicity in elderly women. *Gerontology* 1989; 35(2-3): 66-71.
- 107 Emery CF, Huppert FA, Schein RL. Relationships among age, exercise, health and cognitive function in a British sample. *The Gerontologist* 1995; 35: 378-385.
- 108 Stevens M, Bult P, de Greef MH, Lemmink KA, Rispens P. Groningen Active Living Model (GALM): stimulating physical activity in sedentary older adults. *Prev Med* 1999; 29(4): 267-276.
-

- 109 Stevens M, Lemmink KA, van Heuvelen MJ, de Jong J, Rispen P. Groningen Active Living Model (GALM): stimulating physical activity in sedentary older adults; validation of the behavioral change model. *Prev Med* 2003; 37(6 Pt 1): 561-570.
- 110 Laurant M, Harmsen M, Wensing M. Implementatie van beweegprogramma's voor ouderen. Belemmerende en bevorderende factoren voor succesvolle implementatie. Nijmegen: WOK, UMC St Radboud; 2002.
- 111 Remarque EJ, Cools HJ, Boere TJ, van der Klis RJ, Masurel N, Ligthart GJ. Functional disability and antibody response to influenza vaccine in elderly patients in a Dutch nursing home. *BMJ* 1996; 312: 1015.
- 112 Luchsinger JA, Mayeux R. Dietary factors and Alzheimer's disease. *Lancet Neurol* 2004; 3(10): 579-587.
- 113 Szekely CA, Thorne JE, Zandi PP, Ek M, Messias E, Breitner JC ea. Nonsteroidal anti-inflammatory drugs for the prevention of Alzheimer's disease: a systematic review. *Neuroepidemiology* 2004; 23(4): 159-169.
- 114 Hanon O, Forette F. Prevention of dementia: lessons from SYST-EUR and PROGRESS. *J Neurol Sci* 2004; 226(1-2): 71-74.
- 115 Standridge JB. Pharmacotherapeutic approaches to the prevention of Alzheimer's disease. *Am J Geriatr Pharmacother* 2004; 2(2): 119-132.
- 116 Bonneux L, Barendregt JJ, Nusselder WJ, der Maas PJ. Preventing fatal diseases increases healthcare costs: cause elimination life table approach. *BMJ* 1998; 316(7124): 26-29.
- 117 Barendregt JJ, Bonneux L, Van der Maas PJ. The health care costs of smoking. *N Engl J Med* 1997; 337(15): 1052-1057.
- 118 Nusselder WJ, Looman CW, Marang-van de Mheen PJ, Mackenbach JP. Smoking and the compression of morbidity. *J Epidemiol Community Health* 2000; 54(8): 566-574.
- 119 Gezondheidsraad. *Wie is oud?* Den Haag: Gezondheidsraad; 1998: 1998/06..
- 120 Alibhai SM, Krahn MD, Cohen MM, Fleshner NE, Tomlinson GA, Naglie G. Is there age bias in the treatment of localized prostate carcinoma? *Cancer* 2004; 100(1): 72-81.
- 121 Bouchardy C, Rapiti E, Fioretta G, Laissue P, Neyroud-Caspar I, Schafer P ea. Undertreatment strongly decreases prognosis of breast cancer in elderly women. *J Clin Oncol* 2003; 21(19): 3580-3587.
- 122 Dale DC. Poor prognosis in elderly patients with cancer: the role of bias and undertreatment. *J Support Oncol* 2003; 1(4 Suppl 2): 11-17.
- 123 Klungel OH, Stricker BH, Breteler MM, Seidell JC, de Boer A. [Undertreatment of hypertension and the risk of stroke in the oldest old]. *Tijdschr Gerontol Geriatr* 2000; 31(3): 119-122.
- 124 Schwartz KL, Alibhai SM, Tomlinson G, Naglie G, Krahn MD. Continued undertreatment of older men with localized prostate cancer. *Urology* 2003; 62(5): 860-865.
- 125 Woodard S, Nadella PC, Kotur L, Wilson J, Burak WE, Shapiro CL. Older women with breast carcinoma are less likely to receive adjuvant chemotherapy: evidence of possible age bias? *Cancer* 2003; 98(6): 1141-1149.
- 126 de Craen AJ, Gussekloo J, Teng YK, Macfarlane PW, Westendorp RG. Prevalence of five common clinical abnormalities in very elderly people: population based cross sectional study. *BMJ* 2003; 327: 131-132.
- 127 Ezekowitz MD, Falk RH. The increasing need for anticoagulant therapy to prevent stroke in patients with atrial fibrillation. *Mayo Clin Proc* 2004; 79(7): 904-913.
- 128 Gaw A. The care gap: underuse of statin therapy in the elderly. *Int J Clin Pract* 2004; 58(8): 777-785.
-

- 129 Mungall MM, Gaw A, Shepherd J. Statin therapy in the elderly: does it make good clinical and economic sense? *Drugs Aging* 2003; 20(4): 263-275.
- 130 Charlson M, Peterson JC. Medical comorbidity and late life depression: what is known and what are the unmet needs? *Biol Psychiatry* 2002; 52(3): 226-235.
- 131 Beekman AT, Copeland JR, Prince MJ. Review of community prevalence of depression in later life. *Br J Psychiatry* 1999; 174: 307-311.
- 132 Stek ML, Gussekloo J, Beekman AT, van Tilburg W, Westendorp RG. Prevalence, correlates and recognition of depression in the oldest old: the Leiden 85-plus study. *J Affect Disord* 2004; 78(3): 193-200.
- 133 Beekman AT, Bremmer MA, Deeg DJ, van Balkom AJ, Smit JH, de Beurs E ea. Anxiety disorders in later life: a report from the Longitudinal Aging Study Amsterdam. *Int J Geriatr Psychiatry* 1998; 13(10): 717-726.
- 134 Beekman AT, de Beurs E, van Balkom AJ, Deeg DJ, Van Dyck R, van Tilburg W. Anxiety and depression in later life: Co-occurrence and communality of risk factors. *Am J Psychiatry* 2000; 157(1): 89-95.
- 135 Geerlings SW, Beekman AT, Deeg DJ, Twisk JW, van Tilburg W. Duration and severity of depression predict mortality in older adults in the community. *Psychol Med* 2002; 32(4): 609-618.
- 136 van Hout HP, Beekman AT, de Beurs E, Comijs H, van Marwijk H, de Haan M ea. Anxiety and the risk of death in older men and women. *Br J Psychiatry* 2004; 185: 399-404.
- 137 Giltay EJ, Geleijnse JM, Zitman FG, Hoekstra T, Schouten EG. Dispositional optimism and all-cause and cardiovascular mortality in a prospective cohort of elderly dutch men and women. *Arch Gen Psychiatry* 2004; 61(11): 1126-1135.
- 138 van Gool CH, Kempen GI, Penninx BW, Deeg DJ, Beekman AT, van Eijk JT. Impact of depression on disablement in late middle aged and older persons: results from the Longitudinal Aging Study Amsterdam. *Soc Sci Med* 2005; 60(1): 25-36.
- 139 Thomas AJ, Kalaria RN, O'Brien JT. Depression and vascular disease: what is the relationship? *J Affect Disord* 2004; 79(1-3): 81-95.
- 140 Janzing JG, Bouwens JM, Teunisse RJ, Van't Hof MA, Zitman FG. The relationship between depression and mortality in elderly subjects with less severe dementia. *Psychol Med* 1999; 29(4): 979-983.
- 141 Bijl RV, de Graaf R, Hiripi E, Kessler RC, Kohn R, Offord DR ea. The prevalence of treated and untreated mental disorders in five countries. *Health Aff* 2003; 22(3): 122-133.
- 142 Gezondheidsraad. Decubitus. Den Haag: Gezondheidsraad; 1999: nr 1999/23.
- 143 van Zelm R, Ettema R. Continue registratie van decubituszorg in de praktijk. *Tijdschrift voor Verpleegkundigen* 2004; 114(9): 46-49.
- 144 Halfens RJG, Janssen MAP, Meijers JMM, Wansink SW. Landelijke Prevalentiemeting Decubitus en andere zorgproblemen. Maastricht: Universiteit Maastricht, Sectie Verplegingswetenschap; 2005.
- 145 Gezondheidsraad. Urine-incontinentie. Den Haag: Gezondheidsraad; 2001: nr 2001/12.
- 146 Teunissen TA, van den Bosch WJ, van den Hoogen HJ, Lagro-Janssen AL. Prevalence of urinary, fecal and double incontinence in the elderly living at home. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2004; 15(1): 10-13.
-

- 147 Heymans MJWM, Rijken PM, Schellevis FG, Bos van den GAM. Meer dan een ziekte. De gevolgen van comorbiditeit vanuit het perspectief van chronisch zieken en gehandicapten. NIVEL; 2003.
- 148 Giordano SH, Hortobagyi GN, Kau SW, Theriault RL, Bondy ML. Breast cancer treatment guidelines in older women. *J Clin Oncol* 2005; 23(4): 783-791.
- 149 Hughes KS, Schnaper LA, Berry D, Cirrincione C, McCormick B, Shank B ea. Lumpectomy plus tamoxifen with or without irradiation in women 70 years of age or older with early breast cancer. *N Engl J Med* 2004; 351(10): 971-977.
- 150 Timmermans J, Woittiez I. Verpleging en verzorging verklaard. Den Haag: SCP; 2004.
- 151 www.thuiszorgtechnologie.nl. 2005.
- 152 Gezondheidsraad, Raad voor Ruimtelijk Natuur- en Milieuonderzoek. Natuur en gezondheid. Invloed van natuur op sociaal, psychisch en lichamelijk welbevinden. Den Haag: Gezondheidsraad en RMNO; 2004: publicatie nr 2004/09; RMNO publicatie nr A02/a.
- 153 Elkan R, Kendrick D, Dewey M, Hewitt M, Robinson J, Blair M ea. Effectiveness of home based support for older people: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2001; 323(7315): 719-725.
- 154 Murphy E. Case management and community matrons for long term conditions. *BMJ* 2004; 329(7477): 1251-1252.
- 155 Rees W, Lutkins S. Mortality of bereavement. *BMJ* 1967;(iv): 13-16.
- 156 Manor O, Eisenbach Z. Mortality after spousal loss: are there socio-demographic differences? *Soc Sci Med* 2003; 56(2): 405-413.
- 157 Charlton R, Sheahan K, Smith G, Campbell I. Spousal bereavement--implications for health. *Fam Pract* 2001; 18(6): 614-618.
- 158 Woof WR, Carter YH. The grieving adult and the general practitioner: a literature review in two parts (Part 1). *Br J Gen Pract* 1997; 47(420): 443-448.
- 159 Chentsova-Dutton Y, Shuchter S, Hutchin S, Strause L, Burns K, Zisook S. The psychological and physical health of hospice caregivers. *Ann Clin Psychiatry* 2000; 12(1): 19-27.
- 160 Frieswijk N. Frail but happy: The importance of self-management ability and social comparison for the subjective well-being of elderly persons. [Proefschrift]. Groningen: Rijksuniversiteit; 2004.
- 161 Kempen GIJM. Een beetje mens vergrijst niet (oratie). Maastricht: Universiteit Maastricht; 2003.
- 162 Schuurmans H. Promoting well-being in frail elderly people: Theory and intervention. [Proefschrift]. Groningen: ICS/Rijksuniversiteit; 2004.
- 163 Ham C, York N, Sutch S, Shaw R. Hospital bed utilisation in the NHS, Kaiser Permanente, and the US Medicare programme: analysis of routine data. *BMJ* 2003; 327(7426): 1257.
- 164 Hutt R, Rosen R, McCauley J. Case-managing long-term conditions. What impact does it have in the treatment of older people? Londen: King's Fund; 2004.
- 165 Knipscheer K. Mantelzorg. Een aaneenschakeling van lastige keuzes. In: Knipscheer K, editor. Dilemma's in de mantelzorg. Utrecht: NIZW; 2004: 9-15.
- 166 Timmermans JM. Mantelzorg. Over de hulp van en aan mantelzorgers. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau; 2003: NUR 740.
- 167 www.projectenzorgenwelzijn.nl. 2005.
-

- 168 Mulder-Boers D. De thuiszorg. Meer aandacht voor de mantelzorger. In: Knipscheer K, editor. Dilemma's in de mantelzorg. Utrecht: NIZW; 2004: 105-113.
- 169 Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Signalering ethiek en gezondheid 2004_RVZ. Zoetermeer: Raad voor de Volkgezondheid en Zorg; 2004.
- 170 Inspectie voor de Gezondheidszorg. Verpleeghuizen garanderen minimale zorg niet. Den Haag: IGZ; 2004.
- 171 Brief KNMG aan Tweede Kamercommissie VWS; 2 februari 2005. 2005. Internet: www.nvva.artsennet.nl.
- 172 Landelijke Organisatie Cliëntenraden. Zorg in verpleeghuizen snel verbeteren. Persbericht 10 september 2004. Landelijke Organisatie Cliëntenraden; 2004. Internet: www.loc.nl.
- 173 de Jong F. A one-stop shop for well-being and happiness. In: Maliepaard R, Meinema T, editors. European challenges and local realities. Initiatives in care and welfare in the Netherlands. Utrecht: NIZW International Centre; 2004: 13-23.
- 174 www.skewiel-trynwalden.nl. 2005.
- 175 Bakker PF, Homans CF, Welling AAE. Kosteneffecten Trynwâlden. Tweede versie. De financiële consequenties van het ontvlechten van zorg, wonen, welzijn en dienstverlening. Enschede: Hoeksma, Homans & Menting, organisatieadviseurs.; 2004.
- 176 Becker HM. De verborgen hand van culturele sturing. Geluk bevorderende zorg in een vergrijzende wereld. [Proefschrift]. Rotterdam: Stichting Humanitas Rotterdam; 2003.
- 177 Pama G. Levensvreugde is goedkoop. Hans Becker over hoe het ook kan in verzorgingshuizen. NRC Handelsblad, 29 september 2004.
- 178 Centraal Bureau voor de Statistiek. Statline. www.statline.cbs.nl. 2005.
- 179 Gezondheidsraad. Dementie. Den Haag: Gezondheidsraad; 2002: 2002/04.
- 180 Sichting Agora, onafhankelijk ondersteuningspunt palliatieve terminale zorg. www.palliatief.nl. 2005.
- 181 Vrijwilligers Terminale Zorg Nederland. www.vtz-nederland.nl. 2005.
- 182 Kittz. Keuzewijzer Palliatieve zorg. 2005. Internet: www.kittz.nl/product/keuzewijzer/palliatieve_zorg/index.htm.
- 183 Startpagina palliatieve zorg. www.palliatief.pagina.nl. 2005.
- 184 van Kammen J, red. Zorgtechnologie. Kansen voor innovatie en gebruik. Den Haag: STT/Beweton; 2002.
- 185 Gezondheidsraad. Signalering ethiek en gezondheid 2004_Gezondheidsraad. Den Haag: Gezondheidsraad; 2004: 2004/12. Internet: www.ceg.nl.
- 186 Op zoek naar normen voor het handelen van artsen bij vragen om hulp bij levensbeëindiging in geval van lijden aan het leven. Verslag van de werkzaamheden van een commissie onder voorzitterschap van prof. JH Dijkhuis. 2004. Utrecht.
- 187 Kenniscentrum Wonen-Zorg. www.kenniscentrumwonzorg.nl. 2005.
- 188 Tweede Kamer. Vaststelling van de begroting van de uitgaven en de ontvangsten van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2003. 2001-2002, 28 000 XVI 119. Den Haag: Sdu Uitgevers, 2002.
- 189 Meerveld J, Schumacher J, Krijger E, Bal R, Nies H. Landelijk Dementieprogramma; Werkboek. Almere: Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn; 2004. Internet: www.dementieprogramma.nl.
- 190 Alzheimercafé. www.alzheimercafe.nl. 2005.
-

- 191 Droës RM, Meiland FJM, Schmitz MJ, ea. Implementatie Model Ontmoetingscentra. Een onderzoek naar de voorwaarden voor succesvolle landelijke implementatie van ontmoetingscentra voor mensen met dementie en hun verzorgers. Amsterdam: VU medisch centrum; 2003: NUGI 895.
- 192 FORUM, Instituut voor Multiculturele Ontwikkeling en NIZW/Kenniscentrum Ouderen. Allochtone ouderen en wonen. Utrecht: NIZW Uitgeverij; 2003: NIZW E 33193.
- 193 Osté JP, Droës RM. Implementatieonderzoek 'Surinaams Ontmoetingscentrum voor mensen met dementie en hun verzorgers'. Amsterdam: VU medisch centrum; 2004.
- 194 Inspectie voor de Gezondheidszorg. De staat van gezondheidszorg 2003. Den Haag: IGZ; 2003.
- 195 Polder JJ, Takken J, Meerding WJ, ea. Kosten van ziekten in Nederland. Bilthoven: RIVM; 2002.
- 196 Polder JJ, Jacobs O, Barendregt JJ. De prijs van grijs. Medisch Contact 2003; 52: 2034-2038.
- 197 Huizenga F, Smid B. Vier gezichten op Nederland - Productie, arbeid en sectorstructuur in vier scenario's tot 2040. Den Haag: CPB; 2004.
- 198 Gezondheidsraad. Contouren van het basispakket. Den Haag: Gezondheidsraad; 2003: nr 2003/02.
- 199 Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid. Volksgezondheidszorg. Den Haag: SDU uitgevers; 1997: rapport nr 52.
- 200 RVZ. Care en cure. Zoetermeer: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg; 2001.
- 201 RVZ. Exploderende zorguitgaven. Signalement over uitgavenmanagement. Zoetermeer: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg; 2003.
- 202 VROM-raad. Oude bomen? Advies over ouderenbeleid en wonen. Den Haag: VROM-raad; 2005.

-
- A De adviesaanvraag
-
- B De commissie en geraadpleegde deskundigen
-
- C Beantwoording van 17 vragen

Bijlagen

De adviesaanvraag

Brief van 23 april 2004 van de voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal aan de voorzitter van de Gezondheidsraad:

Geachte heer Knottnerus,

Op 9 september 2003 is de Themacommissie Ouderenbeleid van de Tweede Kamer ingesteld. Het doel van Themacommissies is gericht op visieontwikkeling en het streven naar samenhang en coördinatie van beleid. Het doel van de Themacommissie Ouderenbeleid is het opstellen van een integrale visie voor het op middellange (tot 10 jaar) en lange termijn (met een doorkijk naar 30 jaar) te voeren ouderenbeleid. De Themacommissie moet toekomstige politieke, maatschappelijke en economische vragen, die gerelateerd zijn aan de vergrijzing van de samenleving in samenhang inventariseren, behandelen en vervolgens aanbevelingen doen aan de Tweede Kamer. De Themacommissie richt zich op vier onderwerpen: Wonen en woonomgeving, Welzijn, Zorg, Werk en inkomen.

Om haar taak zo goed mogelijk te vervullen wil de Themacommissie zich gedegen voorbereiden. In dit kader vraagt de Tweede Kamer u, namens de Themacommissie, een advies op te stellen over het onderwerp 'Zorg'. Aangaande de andere onderwerpen zal onder andere advies worden gevraagd aan de Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling, de VROM-raad en de Sociaal-Economische Raad.

Over deze adviesaanvraag heeft ambtelijk vooroverleg plaatsgevonden met de heren Knottnerus en Van Leeuwen van de Gezondheidsraad en mevrouw Beuker en mevrouw Naborn van de Tweede Kamer op 22 april jl. In het overleg is toegelicht dat de vragen voortkomen uit het plan van aanpak en de rondetafelge-

sprekken die de Themacommissie met maatschappelijke organisaties in november 2003 heeft gevoerd. De vragen zijn in bijlage 2 van deze adviesaanvraag opgenomen. De Themacommissie verzoekt u deze vragen bij uw advies te betrekken.

De Themacommissie heeft kennisgenomen van de recente adviezen die door uw raad zijn opgesteld, zoals "Dementie" (maart 2002).

In dit verband verzoekt de Themacommissie u te beoordelen of de daarin vervatte beleidsaanbevelingen in het licht van het toekomstige ouderenbeleid nog steeds actueel zijn. Verder is van belang dat in de afgelopen jaren al verschillende beleidsaanpassingen zijn gerealiseerd of aangekondigd die voor het onderwerp zorg in het kader van het ouderenbeleid relevant zijn.

Mede gelet op uw wettelijke taak het parlement voor te lichten over de stand der wetenschap ten aanzien van vraagstukken op het gebied van de volksgezondheid en preventie, is de Themacommissie in het bijzonder geïnteresseerd in uw visie op de ontwikkelingen met betrekking tot:

- De afhankelijkheid van welzijnsvoorzieningen en/of financiële ondersteuning en de woonvormen van ouderen (zelfstandig, aanleunwoning of verpleeghuis);
- Het stimuleren van een gezondere levensstijl (door lagere premies). Kunnen bepaalde chronische ziekten daarmee worden teruggedrongen;
- De vraag naar medische voorzieningen in de komende dertig jaar en de personeelsbehoefte in de zorg;
- Kwesties zoals benutting van de verbeterende conditie van ouderen door meer welzijn of een langer arbeidzaam leven;
- Een preventiebeleid gericht op het langer economisch actief blijven van ouderen en langer gezond functioneren;

De Tweede Kamer verzoekt u in uw advies aan te geven op welke wijze en met welke concrete beleidsmaatregelen in het overheidsbeleid op deze ontwikkelingen kan worden geanticipeerd. In dat verband rijst ook de vraag over de gewenste verdeling van verantwoordelijkheden. Tevens vraagt de Tweede Kamer in uw advies aandacht te besteden aan mogelijke verschillen naar sekse en etniciteit en aan aspecten die samenhangen met het levensloopbeleid en met inter- en intragenerationele solidariteit (generatiebewust beleid). Tevens wordt verzocht aan te geven wat dit alles betekent voor het beleid voor de middellange en lange termijn.

De Tweede Kamer verzoekt u bij het opstellen van uw advies rekening te houden met de in ontwikkeling zijnde nota van de regering 'Visie op vergrijzing en het integrale ouderenbeleid' en met de documenten die daarvoor worden gebruikt, teneinde dubblures te voorkomen. De documenten die door verschillende departementen en planbureaus zijn opgesteld, worden genoemd in bijlage 3.

Mede op basis van uw advies wil de Themacommissie in de eerste helft van 2005 enkele werkconferenties organiseren. De planning van de Themacommissie Ouderenbeleid is verder om in het najaar van 2005 haar

eindrapport gereed te hebben, zodat dit ruim voor de Tweede Kamerverkiezingen in 2007 beschikbaar is. Rekening houdend met deze planning zou de Tweede Kamer het op prijs stellen uw advies zo mogelijk in december 2004 te kunnen ontvangen.

De Themacommissie is gaarne bereid de adviesaanvraag in een gesprek toe te lichten.

De Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

w.g. FW Weisglas

Bijlage 2 bij de adviesaanvraag

De vragen die voortkomen uit de rondetafelgesprekken ten behoeve van de Themacommissie Ouderenbeleid (november 2003):

- 1 Hoe denkt de Gezondheidsraad dat het absolute en relatieve aantal ouderen zich zal ontwikkelen?
 - 2 Hoeveel mensen per leeftijdcohort kan op de lange en middellange termijn blijven werken, zal verschillende soorten welzijnvoorzieningen en/of financiële ondersteuning nodig hebben, op zich zelf blijven wonen, op aanleunwoningen of op verpleeghuizen aangewezen zijn?
 - 3 Volgens de minister van VWS zijn er in 2010 1.1 miljoen 75-plussers waarvan 649 000 een of meer aan chronische ziekten lijden. Volgens de minister is met de bevordering van gezond gedrag een aanzienlijk deel van de chronische ziekten te voorkomen (22 894, nr. 21; 30 januari 2004). Welke mogelijkheden ziet de Gezondheidsraad om tot een gezonder gedrag te komen?
 - 4 Ziet de raad mogelijkheden om door lagere premies betrokkenen te stimuleren een gezondere levensstijl aan te nemen?
 - 5 Is het mogelijk een baten/lasten vergelijking voor vaccinatieprogramma's op te stellen?
 - 6 Hoe groot schat de Gezondheidsraad de vraag naar medische voorzieningen in de komende dertig jaar?
 - 7 Hoe denkt de Gezondheidsraad dat de personeelsbehoefte in de zorg zich zal ontwikkelen?
 - 8 Hoe schat de Gezondheidsraad de noodzaak in voor een aanvullend arbeidsmarkt beleid? Ziet de Raad mogelijkheden voor een betere voorziening van arbeidskrachten in de zorg door kinderopvang/zorgverlof, maar ook door omscholing van bijvoorbeeld mannelijke 40+ers van een technisch naar een zorgberoep?
 - 9 Welke mogelijkheden ziet de Gezondheidsraad om de zich verbeterende conditie van ouderen te benutten, bijvoorbeeld voor meer welzijn of een langer arbeidzaam leven?
 - 10 Bestaat er aanleiding voor een preventiebeleid dat zich richt op alle leeftijdscohorten en er toe leidt dat ouderen langer economisch actief kunnen blijven en na pensionering langer gezond functioneren? Welke mogelijkheden voor preventie acht de Gezondheidsraad aanwezig, waardoor ouderen langer gezond en vitaal kunnen functioneren?
 - 11 Op welke wijze kan het beroep van ouderen op welzijnsvoorzieningen door verbetering van de gezondheid van ouderen en door voorzieningen worden beperkt?
 - 12 Hoe kan betrokkenheid van ouderen worden gegenereerd in een betaalde baan of bij vrijwilligerswerk?
-

- 13 Hoe kunnen welzijn en zorg worden onderscheiden, ter voorkoming van begripsvervuiling?
- 14 Wat is het belang van sekse en etniciteit voor het beleid?
- 15 Wat betekent dit alles voor het beleid voor de lange en middellange termijn?
- 16 Hoe kan de beeldvorming van ouderen volgens de Raad positief worden beïnvloed?
- 17 Wat ziet de Raad als positief effect van de demografische ontwikkeling?

De commissie en geraadpleegde deskundigen

De Beraadsgroep Geneeskunde van de Gezondheidsraad

- prof. dr JA Knottnerus; Gezondheidsraad, Den Haag, *voorzitter*
- prof. dr HR Büller, hoogleraar interne geneeskunde; AMC, Amsterdam, *vice-voorzitter*
- prof. dr ID de Beaufort, hoogleraar medische ethiek; Erasmus MC, Rotterdam
- prof. dr DJ Gouma, hoogleraar heekunde; AMC, Amsterdam
- prof. dr JDF Habbema, hoogleraar medische besliskunde; Erasmus MC, Rotterdam
- prof. dr JJ Heimans, hoogleraar neurologie; VUMC, Amsterdam
- drs FrCA Jaspers, lid Raad van Bestuur; UMC Groningen
- prof. dr JH Kingma, Inspecteur-generaal; Inspectie voor de Gezondheidszorg, *adviseur*
- prof. dr ALM Lagro-Janssen, hoogleraar vrouwenstudies; UMC Nijmegen
- dr M van Leeuwen, algemeen secretaris; Gezondheidsraad, Den Haag, *adviseur*
- prof. dr WPTM Mali, hoogleraar radiologie; UMC Utrecht
- prof. dr JWM van der Meer, hoogleraar interne geneeskunde; UMC Nijmegen
- prof. dr HGM Rooijmans; psychiater; voorzitter Raad voor Gezondheidsonderzoek, Den Haag
- prof. dr JJ Sixma, emeritus hoogleraar haematologie
- prof. dr P Smits, hoogleraar klinische farmacologie; UMC Nijmegen
- prof. dr SP Verloove-Vanhorick, hoogleraar preventieve en curatieve gezondheidszorg voor kinderen; LUMC, Leiden

- prof. dr M de Visser, hoogleraar neurologie; AMC, Amsterdam; vice-voorzitter Gezondheidsraad, Den Haag
- prof. dr EGE de Vries, hoogleraar medische oncologie; UMC Groningen
- prof. dr JW Wladimiroff, hoogleraar obstetrie en gynaecologie; Erasmus MC, Rotterdam
- prof. dr FG Zitman, hoogleraar psychiatrie; LUMC, Leiden
- dr JND de Neeling; Gezondheidsraad, Den Haag, *secretaris*
- drs EJ Schoten; Gezondheidsraad, Den Haag, *secretaris*

Geraadpleegde deskundigen

- dr HM Becker, algemeen directeur; Stichting Humanitas, Rotterdam
- prof dr DJH Deeg, hoogleraar epidemiologie van de veroudering; VUMC, Amsterdam
- dr N Hoeymans, epidemioloog; RIVM, Bilthoven
- prof. dr ThW Mulder, hoogleraar bewegingswetenschappen; UMC Groningen
- dr WJ Nusselder, medisch-demograaf; Erasmus MC, Rotterdam
- prof. dr JPJ Slaets, hoogleraar geriatrie; UMC Groningen
- dr N Steverink, psycho-gerontoloog; UMC Groningen
- prof. dr RGJ Westendorp, hoogleraar veroudering; LUMC, Leiden

De projectgroep van het secretariaat van de Gezondheidsraad

- dr PMM Beemsterboer; Gezondheidsraad, Den Haag
- DCM Gersons-Wolfensberger, arts; Gezondheidsraad, Den Haag
- dr JND de Neeling; Gezondheidsraad, Den Haag
- drs EJ Schoten; Gezondheidsraad, Den Haag
- dr M de Waal, Gezondheidsraad, Den Haag

met bijdragen van

- mr A Bood, Gezondheidsraad, Den Haag
- dr YA van Duivenboden, Gezondheidsraad, Den Haag
- dr H Houweling, Gezondheidsraad, Den Haag

Beantwoording van de vragen uit bijlage 2 van de adviesaanvraag

-
- 1 *Hoe denkt de Gezondheidsraad dat het absolute en relatieve aantal ouderen zich zal ontwikkelen?*

In hoofdstuk 2 zijn enkele kerncijfers op een rij gezet. Volgens de raming van het CBS¹ neemt het aantal 65-plussers toe van 2,29 miljoen in 2005 tot 3,82 miljoen in 2030. Hun relatieve aandeel groeit van 14,0 procent in 2005 tot 22,3 procent in 2030.

- 2 *Hoeveel mensen per leeftijdscohort kan op de lange en middellange termijn blijven werken, zal verschillende soorten welzijnsvoorzieningen en/of financiële ondersteuning nodig hebben, op zich zelf blijven wonen, op aanleunwoningen of op verpleeghuizen aangewezen zijn?*

Het gaat hier om een cluster van complexe vragen, die maar zeer ten dele tot het aandachtsgebied van de Gezondheidsraad behoren. In dit advies wordt uiteengezet dat gezondheid, zelfstandigheid en welzijn nauw verweven zijn: gezondheid bevordert zelfstandigheid en welzijn en deze beide hebben weer een heilzaam effect op gezondheid. Als mensen langer gezond en zelfstandig blijven – en dat is volgens de commissie een reële mogelijkheid – zijn ze in staat langer deel te nemen aan het maatschappelijk leven, of het nu gaat om arbeidsparticipatie, vrijwilligerswerk of meedoen in clubverband. Wat dit alles betekent voor de vraag naar diverse voorzieningen en vormen van ondersteuning valt moeilijk te zeggen. Enerzijds zal een betere gezondheid gepaard gaan met een geringer beroep op voorzieningen. Anderzijds zullen bepaalde voorzieningen het

behoud van zelfstandigheid juist mede mogelijk maken. Gelet op deze wisselwerkingen is bovendien te verwachten dat allerlei substitutie-effecten optreden. Zie ook de adviezen van de SER, de RMO en de VROM-raad.²⁻⁴

Wel heeft de commissie in paragraaf 5.1 vermeld dat het relatieve aandeel van vormen van verzorging en verpleging niet zal afnemen. Volgens ramingen van het SCP zal tussen 2000 en 2020 de (potentiële) vraag van 65-plussers naar verzorging en verpleging aan huis met circa 50 procent toenemen, ongeveer evenveel als het aantal personen in die leeftijdscategorie. Dit geldt ook voor de potentiële vraag naar opname voor verpleging.^{5,6}

- 3 *Volgens de minister van VWS zijn er in 2010 1.1 miljoen 75-plussers waarvan 649 000 aan een of meer chronische ziekten lijden. Volgens de minister is met de bevordering van gezond gedrag een aanzienlijk deel van de chronische ziekten te voorkomen (22 894, nr. 21; 30 januari 2004). Welke mogelijkheden ziet de Gezondheidsraad om tot een gezonder gedrag te komen?*

Met verandering van riskante leefgewoonten – zoals roken, verkeerd eten en te weinig bewegen – is theoretisch nog veel gezondheidswinst te behalen. Hoe die verandering in de praktijk het best kan worden bevorderd, is vers twee. In het VTV-rapport *Tijd voor gezond gedrag* wordt beklemtoond dat voor elke leefstijlfactor en doelgroep een specifieke mix van maatregelen nodig is op het gebied van voorlichting, wet- en regelgeving en omgevingsgerichte instrumenten.⁷ Nader onderzoek moet leren welke mix de meeste kans van slagen heeft. De doeltreffendheid van bevordering van gezond gedrag is algemeen gesproken het hoogst bij een samenhangend pakket van planmatig uitgevoerde interventies die een voldoende lange looptijd en continuïteit hebben. Zie ook paragrafen 4.3.2 en 4.3.3 van dit advies.

- 4 *Ziet de raad mogelijkheden om door lagere premies betrokkenen te stimuleren een gezondere levensstijl aan te nemen?*

De raad kent geen onderzoek waaruit blijkt dat hiervoor effectieve mogelijkheden bestaan. Mochten die er toch zijn, dan zouden zich diverse ethische kwesties en aanzienlijke uitvoeringsproblemen voordoen.

- 5 *Is het mogelijk een baten/lasten vergelijking voor vaccinatieprogramma's op te stellen?*

In ons land wordt geen enkel nieuw vaccinatieprogramma ingevoerd, zonder dat een kostenbatenanalyse heeft plaatsgevonden. Het Rijks Vaccinatie Programma ontwikkelt

zich steeds meer tot een algemeen publiek programma voor de preventie van infectieziekten. Het is denkbaar dat het RVP ook vaccinaties voor ouderen gaat omvatten. Nu al worden alle 65-plussers via de huisarts opgeroepen voor de jaarlijkse griepvaccinatie. Zie ook paragraaf 4.3.4.

6 *Hoe groot schat de Gezondheidsraad de vraag naar medische voorzieningen in de komende dertig jaar?*

De onderzoeksinstituten Nivel en Prismant maken op gezette tijden ramingen van de verhouding tussen de vraag naar en het aanbod van medische zorg, uitgedrukt in het aantal artsen dat die zorg verleent. Volgens de laatste raming neemt de zorgvraag van de bevolking als geheel in de jaren 2000 tot 2020 (verder is niet vooruitgebleekt) met negentien procent toe op basis van de demografische ontwikkelingen. Daarbovenop wordt een extra groei voorzien van acht procent.^{8,9} Er zijn echter diverse onzekerheden in het spel, zodat de schattingen periodiek moeten worden bijgesteld.

7 *Hoe denkt de Gezondheidsraad dat de personeelsbehoefte in de zorg zich zal ontwikkelen?*

Zie het antwoord op vraag 6. Volgens de laatste raming van Nivel en Prismant zal er in 2020 per saldo een licht overschot zijn aan medisch-specialisten, zij het dat grote verschillen tussen de diverse beroepsgroepen bestaan en bijvoorbeeld een tekort aan huisartsen wordt verwacht van 23 procent.⁹ Periodiek zal moeten worden geanticipeerd op dreigende tekorten dan wel overschotten.

Volgens beschouwingen van het SCP dreigt op een wat langere termijn in de verpleging maar vooral in de verzorging een personeelstekort te ontstaan.⁸

8 *Hoe schat de Gezondheidsraad de noodzaak in voor een aanvullend arbeidsmarktbeleid? Ziet de Raad mogelijkheden voor een betere voorziening van arbeidskrachten in de zorg door kinderopvang/zorgverlof, maar ook door omscholing van bijvoorbeeld mannelijke 40+ers van een technisch naar een zorgberoep?*

Deze vraag ligt buiten het werkterrein van de Gezondheidsraad. In het advies van de RMO en dat van de SER wordt op een aantal van deze punten ingegaan.^{3,4} Wel is het belangrijk te beseffen dat verplegen en verzorgen vakken op zich zijn. De kwaliteit van de beroepsuitoefening moet gewaarborgd zijn.

- 9 *Welke mogelijkheden ziet de Gezondheidsraad om de zich verbeterende conditie van ouderen te benutten, bijvoorbeeld voor meer welzijn of een langer arbeidzaam leven?*

Zoals in dit advies wordt betoogd, hechten ouderen veel waarde aan zelfstandigheid en sociale participatie, in welke zin dan ook. Beide bevorderen hun welzijn. De samenleving als geheel heeft daar ook profijt van. Wel mag dan van diezelfde samenleving worden verwacht dat de hele sociale infrastructuur uitnodigt tot participeren. Zie ook het antwoord op vraag 2 en het advies van de RMO.³

- 10 *Bestaat er aanleiding voor een preventiebeleid dat zich richt op alle leeftijdscohorten en er toe leidt dat ouderen langer economisch actief kunnen blijven en na pensionering langer gezond functioneren? Welke mogelijkheden voor preventie acht de Gezondheidsraad aanwezig, waardoor ouderen langer gezond en vitaal kunnen functioneren?*

Paragraaf 4.3 van dit advies gaat over preventieve maatregelen. Die zijn voor alle leeftijdsgroepen van belang en kunnen nog veel gezondheidswinst opleveren. In een nog op te stellen advies aan de regering zal de Gezondheidsraad ingaan op specifieke mogelijkheden voor preventie bij ouderen. Zie ook het antwoord op vraag 3.

- 11 *Op welke wijze kan het beroep van ouderen op welzijnsvoorzieningen door verbetering van de gezondheid van ouderen en door voorzieningen worden beperkt?*

Alle maatregelen die de zelfstandigheid van ouderen bevorderen, zijn in dit verband relevant. Daartoe behoren adequate medische behandelingen, waaraan in paragraaf 4.4 aandacht geschonken wordt, en aanpassingen in de fysieke en sociale omgeving, een onderwerp dat in hoofdstuk 5 van dit advies en in het advies van de VROM-raad aan de orde komt.² Zie echter ook het antwoord op vraag 2.

- 12 *Hoe kan betrokkenheid van ouderen worden gegeneerd in een betaalde baan of bij vrijwilligerswerk?*

Zie het antwoord op vraag 9 en het advies van de RMO.³ Belangrijk is in ieder geval dat flexibel wordt ingespeeld op de mogelijkheden en wensen van ouderen. Nadruk op sociaal participeren mag niet verworden tot ‘participatiedwang’. Al naar gelang de omstandigheden moeten ouderen ook de kans krijgen zich terug te trekken uit het actieve leven.

13 *Hoe kunnen welzijn en zorg worden onderscheiden, ter voorkoming van begripsvervuiling?*

In paragraaf 7.3.3 wordt deze kwestie aangeroerd. De behoefte aan het desbetreffende onderscheid heeft vooral te maken met de wens om de omvang van het collectieve verzekerde pakket beheersbaar te houden. Ook is er de wens om vast te leggen wat onder gezondheidszorg en wat onder welzijnszorg valt. Beleidsmatig kan dat, maar het gaat dan om een praktische keuze. In het advies staat juist de verwevenheid van gezondheid en welzijn centraal. Ze beïnvloeden elkaar wederzijds via een subtiel patroon van interacties. Bovendien lopen gezondheidszorg en welzijnszorg in elkaar over bij bevordering van zelfstandigheid. Ze institutioneel en financieel scheiden kan ondoelmatigheid in de hand werken.

14 *Wat is het belang van sekse en etniciteit voor het beleid?*

In hoofdstuk 4 valt te lezen dat de ziekte- en sterftcijfers voor vrouwen en mannen verschillen. Ook verschillen bij hen de ziekten met de hoogste ziektelast (zie paragraaf 4.1.3). Verder wijst de commissie er in paragraaf 4.1.6 op dat gezondheidsverschillen naar sociaal-economische positie, sekse en etniciteit veel minder verweven zijn dan vaak wordt verondersteld. Het beleid moet met al dergelijke verschillen rekening houden, wil het doeltreffend en doelmatig kunnen zijn.

15 *Wat betekent dit alles voor het beleid voor de lange en middellange termijn?*

Zoals de titel van het advies aangeeft, is vergrijzen met ambitie een reëel perspectief. Verwezenlijking van die ambitie moet echter al op de korte termijn beginnen met het terugdringen van bestaande tekorten (zie paragrafen 4.4 en 5.1.4). Voorspellingen van ontwikkelingen op de langere termijn kennen vaak grote onzekerheden. Heel ver vooruit plannen van maatregelen heeft dan niet altijd zin. Wel is nu al een visie nodig, waarin tot uitdrukking komt welke doelen men nastreeft en hoe men daarbij de vinger aan de pols wil houden. De commissie heeft de haar voorgelegde adviesaanvraag opgevat als een verzoek om elementen voor zo'n visie aan te reiken. Dit advies, met de aanbevelingen in paragraaf 7.3, vormt de neerslag van haar beschouwingen.

16 *Hoe kan de beeldvorming van ouderen volgens de Raad positief worden beïnvloed?*

De beeldvorming is mede afhankelijk van de termen waarin de politieke discussie over ouderen en vergrijzing gevoerd wordt. Ligt het accent op de problemen, bijvoorbeeld de

ontoereikendheid van bepaalde voorzieningen, of op de kansen voor individu en samenleving? Een ambitieus ouderenbeleid met een accent op dit laatste zal een positief effect hebben op de positie van ouderen in de samenleving.

17 *Wat ziet de Raad als positief effect van de demografische ontwikkeling?*

Mensen leven steeds langer en kunnen steeds langer meedoen. En zolang het leven de moeite waard is, willen de meeste mensen dat ook.

Literatuur

- 1 CBS/Statline, 31-01-2005, middenvariant.
 - 2 VROM-raad. Oude bomen? Advies over ouderenbeleid en wonen. Den Haag: VROM-raad; 2005.
 - 3 Raad voor maatschappelijke ontwikkeling. Ouderen tellen mee. Den Haag: Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling; 2004: 34.
 - 4 Sociaal-Economische Raad. Van alle leeftijden. Een toekomstgericht oudrenbeleid op het terrein van werk, inkomen, pensioenen en zorg. Den Haag: Sociaal-Economische Raad; 2005: 2005/02.
 - 5 Berg Jeths van den A, Timmermans JM, Hoeymans N, Woittiez IB. Ouderen nu en in de toekomst. Gezondheid, verpleging en verzorging 2000-2020. Bilthoven: RIVM/SCP; 2004: RIVM 270502001.
 - 6 Timmermans J, Woittiez I. Verpleging en verzorging verklaard. Den Haag: SCP; 2004.
 - 7 Jansen J, Schuit AJ, Lucht van der F. Tijd voor gezond gedrag. Bilthoven: RIVM; 2002.
 - 8 Sociaal en Cultureel Planbureau. In het zicht van de toekomst: Sociaal en Cultureel Rapport 2004. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau; 2004: 2004/13.
 - 9 Velden van der LFJ, Hingstman L, Windt van der W, ea. Raming benodigde instroom per medische en tandheelkundige vervolgopleiding 2003-2012/2017/2020. Utrecht: Nivel/Prismant; 2003.
-