



Is gezond zijn een
voorwaarde voor
de participatie
van ouderen?

— Petra Eysink, Else Zantinge & Maartje Harbers

Interview met
Marcel Olde
Rikkert

— Jan Willem van de Maat & Ria Wijnen



Naar een nieuwe definitie van gezondheid

In gesprek met Machteld Huber

Arie Stolk & Ria Wijnen

Gerōn

Tijdschrift over
ouder worden
& samenleving

#2 | Juni 2014 | jaargang 16

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

REDACTIE

- Max de Coole, sociaal gerontoloog, Groesbeek – hoofdredacteur
- Inge Klück, beleidsmedewerker Welzijn, Deelgemeente Kralingen-Crooswijk
- Bram van der Loeff, sociaal gerontoloog, onderzoeker, Oegstgeest
- Jan Willem van de Maat, Movisie, Utrecht
- Christina Mercken, Xina Tekst & Support, Amsterdam
- Els Messelis, Opleidingscoördinator Seniorenconsulentenvorming, Brussel
- Arie Stolk, voormalig directeur De Burcht, Amsterdam
- Lieve Vanderleyden, senior researcher Studiedienst van de Vlaamse Regering, Brussel
- Toon Verlaan, sociaal gerontoloog, Leiden
- Joost van Vliet, teamleider Maatschappelijk Werk en Dienstverlening aan de Haagse Hogeschool, Den Haag
- Angelique van Vondelen, Woordwaarde teksten & vertalingen, Utrecht – eindredacteur/redactiesecretaris
- Yvonne Witter, Aedes-Actiz Kenniscentrum Wonen-Zorg, Utrecht
- Ria Wijnen, gerontoloog, Gilze
- Henk Bakkerode, voormalig directeur Ouderenbeleid, min. VWS, Den Haag
- Jan Brinkers, Unie KBO, 's-Hertogenbosch
- Laura Christ, sociaal gerontoloog, Brummen
- Jan Coolen, directeur Cordaan Zorgondersteuning, Amsterdam
- Liesbeth de Donder, Vrije Universiteit, Brussel
- Mirjam de Klerk, Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP), Den Haag
- Kees Penninx, Activage, Amersfoort
- Carolien Smits, Hogeschool Windesheim, Zwolle
- Fleur Thomése, Vrije Universiteit, Amsterdam
- Gerben Westerhof, Universiteit Twente, Enschede

STICHTING GERŌN

- Joop J. Belderok (voorzitter), sociaal gerontoloog, Loppersum
- Tineke Fokkema (bestuurslid), senior onderzoeker NIDI, Den Haag
- Maria Westen-Reckman (secretaris), sociaal gerontoloog, Delden
- Sjoerd van der Weide (penningmeester), Koog aan de Zaan
- Jetty Voermans (bestuurslid), sociaal gerontoloog, Oosthuizen

REDACTIESECRETARIAAT

- E-mail: geron@bsl.nl, t.a.v. Angelique van Vondelen

REDACTIERAAD

- Jan Baars, Universiteit voor Humanistiek, Utrecht

NVG KNOWS

Gerōn komt tot stand in samenwerking met NVG KNOWS (www.nvgerontologie.nl).

Leden van NVG KNOWS ontvangen het tijdschrift viermaal per jaar.

Als je maar gezond bent!

‘Santé’ en ‘gezondheid’. Het zijn wensen die we als toast uitbrengen bij een gezamenlijk drankje. Het zijn niet zomaar wensen. Uit menig wetenschappelijk onderzoek of interview blijkt steevast dat een goede gezondheid prioriteit heeft in het dagelijks leven en dat mensen dat zichzelf en ook hun naasten van harte toewensen.

Het definiëren van gezondheid blijkt nog niet zo eenvoudig. Hierover wordt momenteel een debat gevoerd. ‘Healthy aging’ was tot voor kort een populair concept, maar ouder worden gaat niet zonder ziekte en beperking. Gezond ouder worden is een contradictio in terminis. In zijn laatste boek is hoogleraar ouderengeneeskunde Rudi Westendorp daar heel duidelijk over. Het lichaam is de laatste decennia niet veranderd en gezonder geworden, maar de omgeving is nu zodanig ingericht dat jong sterven niet hoeft en het ervaren van een redelijke gezondheid tot op hoge leeftijd tot de mogelijkheden behoort. We beschikken in de westerse wereld over schoon drinkwater, er is voldoende eten en de medisch zorg staat op hoog peil. Ziedaar de zegeningen.

Gezondheid blijkt dus een relatief begrip en dat zie je duidelijk terug bij het ouder worden. Zo rond het vijftigste levensjaar beginnen de gebreken, waar vrijwel iedereen mee te maken krijgt. Maar daarvoor kunnen we compenseren met leesbril, hoortoestel, steunzolen, en iets later met kunstheup en nieuwe

hartklep. Hulpmiddelen en ingrepen waarmee we onze gezondheid of vitaliteit behouden en opgewekt ons leven verder kunnen leven. We hebben dan misschien wel allerlei beperkingen en ziekten, maar we hebben ons aan de situatie aangepast en voelen ons gezond. Al is er ook een grens wanneer medische ingrepen ons geen betere gezondheid meer kunnen geven. Dan loert overbehandeling om de hoek en blijkt dat de kwaliteit van leven centraal moet staan bij het geven van zorg en ondersteuning. Nieuwe concepten zoals ‘healing environment’ sluiten bij dit inzicht aan. Kleuren, licht en materiaal worden daarbij ingezet om niet alleen ons genezingsproces in klinieken te versnellen, maar ook de kwaliteit van leven in verpleeghuizen te verhogen.

Ouder worden is hard werken. Leefstijl is belangrijk: we moeten goede voeding eten, veel bewegen en mentale uitdagingen zoeken. In alle media wordt aandacht besteed aan het feit dat vitaal ouder worden niet vanzelf gaat en inspanning vraagt. Zo gezond mogelijk ouder worden betekent op de hoogte blijven van nieuwe inzichten en het dagelijkse leven daarnaar inrichten. Al is het natuurlijk ook gezond om af en toe gewoon even van het leven te genieten.

Ria Wijnen, Jan Willem van de Maat &
Arie Stolk
Redactie Gerōn

IN DIT NUMMER

In gesprek met Machteld Huber

Arie Stolk & Ria Wijnen

4

Naar een nieuwe definitie van gezondheid, een persoonlijk verhaal.

Is gezond zijn een voorwaarde voor de participatie van ouderen?

Petra Eysink, Else Zantinge en Maartje Harbers

8

Veel ouderen kampen met een chronische ziekte of beperking.
Wat betekent dat voor hun participatie?

Voorbij de geraniums: vitaliteit en zelforganisatie van ouderen in de wijk

Paulien Vermunt, Philip Spinhoven, Jeroen Loeffen en Rudi Westendorp

12

Het project 'Leiden Vitaal' biedt ouderen handvatten om hun vitaliteit te behouden of te verbeteren.

Interview met Marcel Olde Rikkert

Jan Willem van de Maat & Ria Wijnen

17

Van goed luisteren kun je weer vonken krijgen.

Kun je overbehandeling zien aankomen?

Theo Boer

23

Op zoek naar signalen die erop wijzen dat een behandeling bij kwetsbare ouderen beter nagelaten kan worden.

Honkvast in een koopwoning: vergrijzing, verzilvering en woningaanpassingen

Carola de Groot, Frank van Dam & Femke Daalhuizen

27

De behoefte aan voor ouderen geschikte woningen neemt toe.
Oudere huiseigenaren die zelfstandig willen blijven wonen moeten in de toekomst zelf investeren in woningaanpassingen.

Effecten van de versobering van de pensioenopbouw

Jan Bonenkamp & Marcel Lever

31

Het kabinet heeft besloten om de fiscaal gesubsidieerde opbouw van aanvullend pensioen fors te verlagen. Een overzicht van de gevolgen voor werkenden en gepensioneerden.

Veranderingen in de zorgwetgeving en de gevolgen voor ouderen met een zorgbehoefte

Anne-Marie van Bergen

35

Door het scheiden van wonen en zorg kunnen ouderen tussen wal en schip raken. Professionals maken het verschil in het bieden van ondersteuning in de thuissituatie en het voorkomen van verschraling.

Het Vlaams bevolkingsonderzoek naar dikkedarmkanker

Guido van Hal

40

Welke afwegingen spelen een rol bij het maken van de keuze om wel of niet deel te nemen?

De schimmige grens tussen mens en techniek	
René Munnik	43
Met het inzetten van robots als zorgverleners en communicatiepartners vervaagt de grens tussen mens en techniek. Dat roept morele, maatschappelijke en politieke vragen op.	
Over toe- en afname van eenzaamheid onder ouderen	
Theo van Tilburg	46
De nieuwste bevindingen uit het LASA onderzoek naar eenzaamheid, met aandacht voor verschillen naar sekse, leeftijd en burgerlijke staat.	
Digitaal contact is ook contact	
José van Berkum	50
Hoe het gebruik van internet eenzaamheid onder ouderen kan helpen voorkomen en verminderen.	
Korting voor ouderen op Openbaar Vervoer: behouden of afschaffen?	53
Marian Propstra, Sebastiaan van der Vliet en Michel van Hulten geven antwoord op de vraag of het wenselijk is om de OV-leeftijdskorting te laten voortbestaan.	
Nationaal Programma Ouderenzorg	
Laura van der Mark	58
Gezond oud worden kan niet, maar gelukkig oud worden wel.	
 Redactioneel	1
 Column Joep Dohmen	16
 Column Christina Mercken	26
 Gedicht Leo Vromans	30
 Gerôngrafiek	39
 Boekbespreking	53
 Tijdschriftbespreking	61
 Gesignaleerd	11, 15, 22, 63

In gesprek met Machteld Huber

Naar een nieuwe definitie van gezondheid, een persoonlijk verhaal

ARIE STOLK EN RIA WIJNEN

Een grijze dag, Landgoed De Reehorst in Driebergen ligt er somber bij op deze winterdag. We bezoeken het Louis Bolk Instituut, dat samen met nog 24 andere instituten op het terrein van dit landgoed gevestigd is. We spreken met arts-onderzoeker Machteld Huber over 'positieve gezondheid'.

Louis Bolk instituut

Het Louis Bolk Instituut is een onafhankelijk multidisciplinair kennisinstituut dat eind zeventiger jaren van de vorige eeuw op dit terrein is gestart door twee onderzoekers van de Universiteit van Amsterdam, die onderzoek deden naar homeopathisch verdunde oplossingen en het effect daarvan op de snelheid van celdeling. Naarmate zij de oplossing verder verdunden, bleek dat een effect te hebben dat doorging ook toen het in de homeopathische range kwam. Toen zijn zij beticht van allerlei mogelijke fraude want dát kon niet waar zijn. Maar bij alle mogelijke herhalingen bleef er hetzelfde effect uitkomen. Deze onderzoekers vonden toen dat er een plek moest komen waar je wetenschappelijk onderzoek kunt doen zonder dogma's maar met een open mind. Zij zijn met dit instituut begonnen en ondertussen werken er zo'n 55 mensen. Er wordt veel landbouwonderzoek gedaan maar ook medisch onderzoek en voedingsonderzoek.

Van huisarts naar onderzoeker

Huber is van huis uit huisarts maar ze heeft ook haar kandidaats filosofie gehaald. Tijdens meerdere persoonlijke ervaringen met ziekte is zij gaan experimenteren: wanneer

voel ik zelf dat ik herstel en wanneer voel ik dat mijn gezondheid slechter wordt? Met goede zelfobservatie heeft zij ontdekt wat ze zelf aan haar ziekte kon beïnvloeden. Over deze ervaring wilde zij meer weten. In de huidige tijd moet je dan onderzoek doen. Zij is toen parttime bij het Louis Bolk Instituut gaan werken omdat ze daar, zoals ze zegt, met onconventionele dingen bezig zou kunnen zijn. Het onderzoeksvak heeft ze in dit instituut geleerd.

Een andere ervaring heeft haar eveneens op dit spoor gezet. Haar vader was bevriend met verzetsstrijder Pim Boellaard. Boellaard heeft drie jaar concentratiekamp overleefd. Deze man had niet alleen overleefd, maar was ook de steun en toeverlaat van medegevangenen geweest. Al tijdens haar studie voerde ze graag gesprekken met hem. Van hem hoorde ze hoe overlevingskansen kunnen verbeteren. Boellaard was gedreven. Hij ging voor koningin en vaderland, hij was een man met een hoogstaande moraal. Hij zei dat je nooit je moreel moet opgeven. Dat was één. Andere belangrijke zaken waren het hebben van vrienden en steun aan elkaar. Hij heeft Huber al heel vroeg geleerd hoe belangrijk dat is, hoeveel kracht daarvanuit gaat. Ze merkte dat los van wat er allemaal aan studies op dit ge-

bied is, de geneeskunde neigt om alleen naar het lichamelijke te kijken, terwijl we weten hoe indringend het mentale én de sociale omgeving zijn. De interactie tussen bewustzijn, psyche en lichaam blijkt belangrijk.

Voeding is in de ogen van Huber ook heel belangrijk. Je kunt aan je lijf voelen of voeding je goed doet of niet. Dieren hebben dat heel sterk. Als zij voelen dat zij ziek zijn, doen zij wat goed voor hen is. Je ziet dan dat honden en katten bijvoorbeeld gras gaan eten. Daarna gaan ze overgeven. Huber is er echt voor, dat je leert luisteren en voelen waar je lijf behoefte aan heeft om zich behaaglijk te voelen. We voelen niet meer direct – zoals een klein kind – wat we eigenlijk nodig hebben. Terwijl, als je daar werkelijk op gaat letten, je dat heel goed kunt waarnemen. Je moet goed voor jezelf zorgen. We zijn gewend om voor onze kleine kinderen te zorgen en met ons eigen lijf gaan we een beetje slordig om.

Een nieuwe definitie van gezondheid

Hubers proefschrift gaat over een nieuw begrip van gezondheid. Daarin komt eigenlijk alles wat zij tijdens haar leven ervaren heeft samen. Ze is na een lange periode van werk op andere terreinen weer terug op haar thema: het bevorderen van gezondheid. Artsen worden opgeleid om ziekte te bestrijden, maar het grote potentieel om gezondheid te bevorderen, ook al heb je een ziekte, dat blijft braak liggen. Ze pleit ervoor dat daar veel meer aandacht voor komt. Het gezondheidsbudget gaat voor 96% naar cure en care en slechts 4% is bestemd voor preventie. Preventie betekent dan ook nog het voorkomen van suikerziekte of hart- en vaatziekten. Maar echt bevorderen van gezondheid, dat hele stuk blijft in haar ogen liggen. De WHO heeft eind jaren veertig gezondheid héél idealistisch maar ook heel statisch gedefinieerd. Huber heeft om deze reden kritiek op deze definitie. Er zijn verscheidene pogingen gedaan om de definitie te veranderen, maar dat is niet gelukt. De WHO is conservatief en is moeilijk in beweging te brengen. In Nederland kunnen we van alles vinden maar de derdewereldlanden hebben ook een heel duidelijke invloed binnen de

WHO. Die hebben zoiets van: nu hebben jullie het in het westen voor elkaar en nu moeten wij ons aan jullie gaan aanpassen?

Problematisch aan de WHO-definitie is dat deze medicaliserend werkt. Rudi Westendorp zegt ook dat niemand gezond oud kan worden. Huber denkt dat de biologische lijn zo is: Eerst als kind loopt de lijn op, dan krijg je een middenfase en uiteindelijk loopt de lijn weer af. Dat is wat ons lijf doormaakt. Ze denkt dat de geestelijke lijn heel goed door kan stijgen. Natuurlijk moet het lijf goed verzorgd worden, maar dat de mens geestelijk kan doorgroeien tot zijn dood is voor haar duidelijk. Als men uitgaat van dat complete welbevinden dan wordt iedereen ziek of niet gezond, alleen al omdat je lijf biologisch ouder wordt. Omdat de WHO-definitie stimuleert om altijd maar te behandelen, werkt dat medicalisering in de hand. Daarbij is het de vraag of je de mensheid dient met al die extra diagnostische methoden en al die ingrepen van tegenwoordig.

De mening van ouderen zelf

Als je het aan ouderen zelf vraagt – Huber heeft voor haar onderzoek heel veel mensen geïnterviewd – dan hoeven zij al die ingrepen niet. Ouderen zeggen: “Ik wil aan mijn staar geopereerd worden zodat ik mijn krantje nog kan lezen en mijn kleinkinderen nog kan zien. Maar ik hoef geen open hartoperatie, of weet ik wat”. Dus de mensen zelf willen die enorme medische technologie ook niet. Mensen vragen om kwaliteit van leven. Dat kan als je dus veel meer aandacht geeft aan wat je behoeftes zijn en wat voor jou belangrijk is. Als je aanvaardt dat toename van beperkingen gewoon een natuurlijk proces is, ligt acceptatie ook meer voor de hand. Huber: “Uit mijn onderzoek is ook gekomen dat naarmate mensen ouder worden ze ook anders naar gezondheid gaan kijken. Ze gaan meer accepteren. Dat neemt toe met de jaren. Dus de acceptatie van je kleine klachten en beperkingen levert aan de andere kant een grotere geestelijke winst op. Er zijn mensen die tot op zeer hoge leeftijd genieten van het leven en er met volle aandacht bij zijn en die de ongemakken gewoon

op de koop toe nemen. Het hoort erbij, maar het is geen drama. Dat je niet alleen aan dat lichamelijke blijft hangen, daarbij kan zinging een hele belangrijke bijdrage leveren". Zin geven aan het leven is in de ogen van Huber het beste medicijn.

Die zinging kan groot of klein zijn, dat is heel persoonlijk en dat maakt niet uit. Dat kun je niemand aanpraten. Ieder zou voor zichzelf eens moeten nagaan wat het belangrijkste voor hem of haar is. De een weet dat meteen en de ander moet daarover nadenken. De vraag op zich brengt je bij een antwoord en daar gaat enorme kracht van uit. Uit de concentratiekampliteratuur is dat bekend. De psychiater Viktor Frankl heeft daaraan veel gedaan. Frankl was een leerling van Freud en helemaal met de theorie over seksualiteit opgevoed en opgegroeid. Frankl was een Joodse psychiater en heeft het concentratiekamp overleefd. Hij was toen al een ervaren psychiater en heeft een aantal jaren in gevangenschap doorgebracht. Hij bemerkte dat als er transporten kwamen en hij keek naar die nieuwkomers, hij dan al dacht: "Die haalt het en die haalt het niet". En dat bleek altijd uit te komen. Hij dacht toen al: "Wat zie ik dan toch?" Hij is toen gaan praten met die mensen en hij was met zijn ervaren blik blijkbaar in staat geweest om die mensen te onderscheiden, die werkelijk 'voor iets gingen'. Hij kon het kennelijk met zijn klinische blik waarnemen, dat waren de mensen die er doorheen kwamen. Na zijn bevrijding zei hij: "Het is niet de seksualiteit, niet de macht, maar de diepste drijfveer van de mens is de wil tot zinging. Dat is de meest gezond makende kracht". Daar heeft hij toen zijn therapie op gericht, logotherapie is dat gaan heten, om mensen te helpen hun zinging te vinden

De WHO-definitie geherdefinieerd

De nieuwe kijk op gezondheid begon allemaal met een nieuw begrip '*Health as the ability to adapt and to self manage, in the face of social, physical and mental challenges*', dat werd vermeld in een publicatie in de British Medical Journal. Of vertaald: '*Gezondheid als het vermogen om je te kunnen aanpassen en je eigen*

regie te voeren in het licht van fysieke, sociale en emotionele uitdagingen van het leven'. Aanleiding was een conferentie: 'Is health a state or an ability? Het nieuwe begrip was bedoeld als een paraplubegrip en niet als een definitie. Het begrip moest worden uitgewerkt om het te kunnen toepassen. Er is een vervolgonderzoek gedaan bij zeven groepen die betrokken zijn bij de zorg. Er zijn veel mensen geïnterviewd: waaronder behandelaren, patiënten, beleidsmakers en verzekeraars. Eerst is aan respondenten gevraagd wat zij van de omschrijving vonden? De volgende vraag was: waar leest u gezondheid aan af? Daarop kwamen de cardiologen met hun cardiologenlijstjes en de longartsen met hun lijstjes. Patiënten kwamen echter met hele andere dingen. En dan was de derde vraag: Vindt u nu dat dit lijstje, de dingen die u noemt, hoort bij dit paraplubegrip? En dan zei bijna iedereen ja, ofschoon ze heel verschillende lijstjes hadden. In de eerste ronde is met 150 mensen gesproken. Dat leidde tot 556 uitspraken over waar je gezondheid aan afmeet. Die uitspraken zijn gerubriceerd in groepen. Dat paraplubegrip is vanuit een discussie met heel veel begrippen langzaam verdicht. Een ander instituut heeft dat ook nog gedaan. Dat is een heel 'consensus-proces' geweest en uiteindelijk zijn er zes hoofdpijlers gekomen, waar allemaal nog weer begrippen onder hangen. En dat worden indicatoren of dimensies van gezondheid genoemd, die allemaal onder die paraplu vallen. Die dimensies van gezondheid zijn 'lichaamsfuncties', 'mentale functies & -beleving', 'spirituele/existentiële dimensie', 'kwaliteit van leven', 'sociaal-maatschappelijke participatie' en 'dagelijks functioneren'.

In de tweede fase is een vragenlijst gemaakt. Die vragenlijst is rondgestuurd aan alle groepen waar eerder mee gesproken was, bijvoorbeeld panels van artsen, een panel van fysiotherapeuten, verpleegkundigen, enzovoort. Aan al die groepen is gevraagd in hoeverre deze woorden bij gezondheid horen. Er stond bijvoorbeeld 'zinging'. In hoeverre vindt u dat zinging bij gezondheid hoort? Vindt u dat het 'kunnen werken' bij gezondheid hoort? Het hebben van sociale contacten? Dat type

vragen. Toen bleek dat al die verschillende groepen: behandelaars, verzekeraars, burgers en beleidsmakers het over slechts één ding eens waren, namelijk over het lichamelijke. Over al die andere zaken lopen de meningen zeer uiteen. Er is dus een enorme spraakverwarring over wat gezondheid is.

Eind november 2013 is er een conferentie geweest in Den Haag, georganiseerd door het Ministerie van VWS, de Gezondheidsraad, het RIVM en ZonMw. Alle groepen waren daar vertegenwoordigd. De vraag was: Is deze spraakverwarring herkenbaar en zo ja, is het een probleem? En wat moeten we daar dan mee? Het was inderdaad herkenbaar en het werd geweten aan verkokering. Het Ministerie van Volksgezondheid bijvoorbeeld vindt dat zij niet over werkgelegenheid gaat, dat zit bij een ander ministerie. In principe moet het kabinet alles dekken maar al die ministeries zitten vast op eigen terreinen en hebben niet de neiging om breed te denken, terwijl die dingen elkaar allemaal beïnvloeden. Die brede benadering van gezondheid is niet voor iedereen weggelegd. Mensen denken dus of breed of ze denken smal. Vooral patiënten met ziekte-ervaring nemen gezondheid heel breed.

Positieve gezondheid

Huber heeft gekozen voor de naam 'positieve gezondheid'. Het zou duidelijk moeten zijn dat het over al die zes verschillende dimensies gaat en niet alleen over gezondheid als de afwezigheid van ziekte. Mensen zouden als zij zich *onbehaaglijk voelen in een stoel moeten gaan zitten en bedenken waar die onbehaaglijkheid vandaan komt en het niet meteen als een ziekte labelen*. Als dat gedaan wordt dan wordt de verantwoordelijkheid bij de ander gelegd en niet bij zichzelf. En de arts heeft alleen maar een medisch antwoord. Dan worden medicijnen voorgeschreven.

Een begrip voor de 'happy few'?

Het grote bezwaar tegen dit begrip en haar toepassing is dat niet iedereen bij machte is aan deze definitie te voldoen. Groepen met een lage sociaaleconomische status vallen waarschijnlijk uit de boot. Bovendien hebben deze groepen een verzameling van allerlei problemen en ook de meeste ziektes en zij sterven eerder. Het betreft dan wel zo'n 10 procent van de bevolking.

Het grootste deel van de burgers kan en wil die positieve gezondheidsgedachte ook wel omarmen. Die moet je een stukje informatie bieden en wat coachen.

Dan is er een groep waarmee het wat moeilijker zal gaan. Die wil wel, maar komt mogelijkheden tekort. Het is echter wel gebleken dat ook die laagopgeleide groep tot positieve gezondheid te bewegen is. Die moet je wel heel intensief begeleiden, maar het gaat wel. En ook daar moet geprobeerd worden die zinging, wat voor die mensen belangrijk is, boven tafel te krijgen. Dat is de sleutel.

De laatste groep is een groep die in iedere samenleving voorkomt en in iedere huisartsenpraktijk bekend is, dat is de groep die niet kan en niet wil. Marcel van Dam noemde die groep 'de onrendabelen'.

Het economische perspectief voert de boventoon in onze samenleving, maar Hubers ideaal zou zijn dat het zich veel meer naar die zingeving, naar het zinvolle bestaan, zou gaan ontwikkelen. Dan verschuift alles. Het is haar missie om dit heel veel onder de aandacht te brengen en te kijken of daar toch meer belangstelling voor opgebracht kan worden. Alleen al het breder kijken dan het medische, noem het welzijn, als dat toegevoegd wordt en mensen gaan beseffen wat ze zelf aan hun gezondheid en hun welbevinden kunnen bijdragen, dan komt positieve gezondheid van de grond. Eigen ervaring speelt een rol bij de drive die mensen hebben!

Is gezond zijn een voorwaarde voor de participatie van ouderen?

PETRA EYSINK, ELSE ZANTINGE EN MAARTJE HARBERS

In het huidige kabinetsbeleid neemt participatie een belangrijke plaats in. Het idee achter de participatiesamenleving is dat iedereen die dat kan verantwoordelijkheid neemt voor zijn eigen leven en omgeving. Veel ouderen kampen echter met een chronische ziekte of beperking. Wat betekent dat voor hun participatie?

Langer en meer participeren

Het huidige kabinetsbeleid, waarbij iedereen geacht wordt eerst in eigen omgeving hulp te regelen voordat een beroep op de overheid kan worden gedaan, leidt tot een toenemend beroep op ouderen als mantelzorgers en vrijwilligers. Tegelijkertijd zijn door de vergrijzing ouderen hard nodig op de arbeidsmarkt. Van ouderen wordt dus veel verwacht, maar steeds meer 55-plussers hebben chronische ziekten. Nu al heeft bijna de helft van de 55- tot 65-jarigen ten minste één chronische ziekte en dit aandeel neemt waarschijnlijk verder toe de komende jaren. De vraag is of chronische ziekten en andere aspecten van ongezondheid, zoals beperkingen en mentale gezondheidsproblemen, een belemmering vormen voor 55-plussers om te participeren in betaald werk, vrijwilligerswerk en mantelzorg.

Veel 55-plussers participeren al

Van alle 55-plussers verleent één op de vijf mantelzorg en een derde doet vrijwilligerswerk (zie figuur 1). Zowel het aandeel ouderen dat mantelzorg geeft als het aandeel dat vrijwilligerswerk verricht, is tussen 1993 en 2010 toegenomen. Het aandeel ouderen dat betaalde arbeid verricht, is ook toegenomen. In

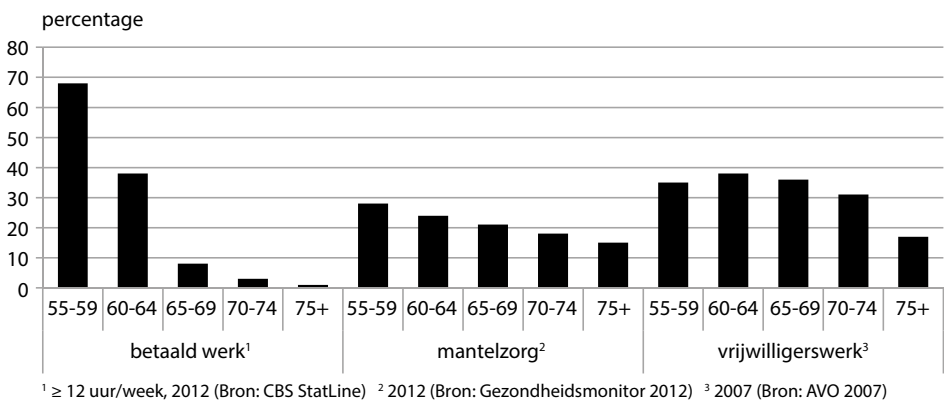
de groep 60- tot 65-jarigen is het aandeel werkenden tussen 2001 en 2012 zelfs verdrievoudigd. De toegenomen arbeidsparticipatie van ouderen vertaalt zich in een toename van de gemiddelde pensioenleeftijd van 61 jaar in de periode 2000-2006 tot 63,6 jaar in 2012. Ook zijn steeds meer mensen bereid om tot, of na, hun 65ste door te werken en/of achten zichzelf daartoe in staat.

Participatie op het ene terrein kan, maar hoeft niet ten koste te gaan van participatie op het andere terrein. Een deel van de ouderen combineert verschillende vormen van maatschappelijke participatie met elkaar. Zo is van de ouderen die betaald werk verrichten, 30% ook actief in vrijwilligerswerk, 17% in mantelzorg en bijna 7% in zowel vrijwilligerswerk als mantelzorg. Vooral degenen met een parttimebaan (tot 28 uur per week) doen vaker vrijwilligerswerk (35%). Het aandeel ouderen dat betaald werk verricht, neemt overigens af met de leeftijd, net als het aandeel ouderen dat mantelzorg verleent of vrijwilligerswerk doet (figuur 1).

Gezonde ouderen participeren meer

Veel ouderen participeren, zowel ouderen die gezond zijn als ouderen die op de een of

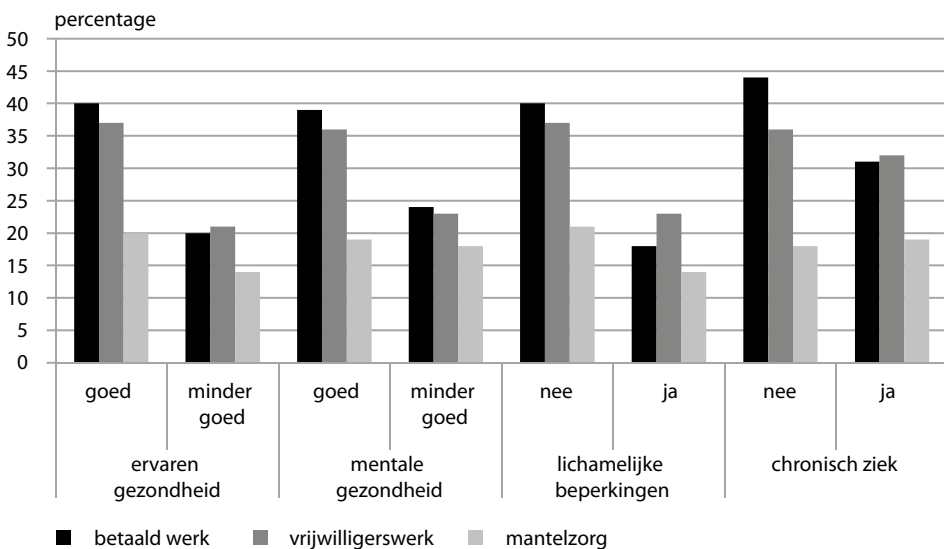
Figuur 1. Percentage ouderen (55+) dat participeert in betaald werk, mantelzorg en/of vrijwilligerswerk, naar leeftijd.



andere manier minder gezond zijn. Maar ouderen met een goede gezondheid participeren wel meer (zie figuur 2). Ouderen tussen de 55 en 75 jaar die hun gezondheid als goed ervaren, zich mentaal gezond voelen en geen beperkingen of chronische ziekten hebben, verrichten vaker betaald werk dan leeftijdsgenoten met een minder goede gezondheid. De samenhang tussen gezondheid en betaald werk is het sterkst voor lichamelijke beperkingen: van de 55- tot 75-jarigen met beperkingen

verricht 18% betaald werk en van de mensen zonder beperkingen is dat ruim het dubbele (40%). Ouderen met een chronische ziekte zoals aandoeningen aan het bewegingsapparaat, hart- en vaatziekten, diabetes of astma, hebben ook minder vaak betaald werk dan mensen zonder ziekte. Zo heeft 22% van de 55- tot 75-jarigen met astma een betaalde baan en van de mensen zonder astma is dat 38%. Hetzelfde beeld zien we voor vrijwilligerswerk (met uitzondering van aandoeningen aan het

Figuur 2. Percentage ouderen (55+) met en zonder gezondheidsproblemen dat participeert in betaald werk, mantelzorg en/of vrijwilligerswerk (Bron: AVO 2007).



¹ bij betaald werk: 55 tot 75 jaar

bewegingsapparaat). Maar een chronische ziekte op zichzelf blijkt niet van invloed te zijn op participatie. Pas als chronisch zieken ook beperkingen of mentale gezondheidsproblemen hebben of hun gezondheid als minder goed ervaren, participeren zij minder.

Ouderen van 55 tot 75 jaar met een goede gezondheid combineren ook vaker meerdere vormen van maatschappelijke participatie dan leeftijdgenoten met een minder goede gezondheid. Zo combineert 12,5% betaald werk met vrijwilligerswerk, tegenover 5% van de ouderen die hun gezondheid als minder goed ervaren. Het al dan niet hebben van een chronische aandoening hangt niet samen met het combineren van meerdere participatievormen.

Goede gezondheid werkt

Met de leeftijd neemt de kans om aan het werk te blijven af, en deze kans neemt sneller af bij een minder goede gezondheid. Eenmaal uit het arbeidsproces hebben ouderen bovendien minder mogelijkheden om weer betaald werk te vinden. Ouderen, ook gezonde ouderen, komen dan nog maar moeilijk weer aan het werk. Gezondheid lijkt daarmee op oudere leeftijd wel een noodzakelijke, maar niet een voldoende voorwaarde voor arbeidsparticipatie.

Het is overigens niet altijd zo dat een goede gezondheid de kans om te blijven werken vergroot. Een goede gezondheid kan er juist ook toe leiden dat mensen eerder met pensioen gaan om van hun leven te genieten zolang hun gezondheid dit toelaat. Bovendien zijn ook andere factoren dan gezondheid van belang bij de beslissing om vervroegd uit het arbeidsproces te stappen of om juist wel langer door te werken. Financiële overwegingen en persoonsgebonden factoren als motivatie en tevredenheid met het werk spelen ook een rol, evenals werkgerelateerde factoren als autonomie en sociale steun op de werkvloer, regelmogelijkheden in het werk, flexibiliteit in werktijden en scholing.

Participatie beïnvloedt gezondheid

Voor ouderen is een goede gezondheid van belang om vrijwilligerswerk te kunnen verrich-

ten, maar ook andere factoren spelen een rol. Zo verrichten hoogopgeleiden, mensen met een hoog inkomen en mensen met een groot sociaal netwerk relatief vaak vrijwilligerswerk. Ook voor het verlenen van mantelzorg speelt een goede gezondheid een rol, maar deze lijkt minder belangrijk dan bij betaald werk of vrijwilligerswerk. Vooral de vraag naar zorg en de band met de hulpbehoevende bepalen of iemand mantelzorg geeft, evenals het gevoel dat het een morele verplichting is om te zorgen. Als het nodig is, doen mensen het, voor zover de gezondheid het toelaat.

Gezonde ouderen participeren dus meer, maar andersom beïnvloedt participatie ook de gezondheid van ouderen. Zo hangt het doen van vrijwilligerswerk samen met een betere gezondheid van ouderen en een lagere sterfte. Ook geldt over het algemeen dat werken gezonder maakt: door te werken verbetert vooral de mentale gezondheid en het sociale functioneren. Maar participatie kan ook negatieve gezondheidseffecten hebben. Zo vindt ruim één op de vijf mantelzorgers dat hun ervaren en/of psychische gezondheid achteruit is gegaan door het geven van hulp.

Actief blijven

In de toekomst zijn ouderen steeds meer nodig op de arbeidsmarkt en als vrijwilliger en mantelzorger. Het is dan ook van belang om zo veel mogelijk belemmeringen om te participeren weg te nemen. Dit betekent onder andere dat manieren moeten worden gevonden om de gevolgen van chronische ziekten te verminderen, zodat ouderen zich, ondanks een chronische ziekte, gezond blijven voelen en in staat blijven op verschillende maatschappelijke terreinen actief te zijn. Als ouderen lang actief blijven, snijdt het mes bovendien aan twee kanten. Niet alleen leidt gezondheid tot meer participatie, maar participatie heeft ook vaak een positieve invloed op de gezondheid van ouderen, tenzij de belasting te groot wordt. Het is een uitdaging om hier een goede balans in te vinden.

Literatuur

Harbers, M.M. & Hoeymans, N. (red) (2013).

Gezondheid en maatschappelijke participatie. Themarapport Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2014. Bilthoven: RIVM.

Nationaal Kompas Volksgezondheid, Volksgezondheid Toekomst Verkenning (2013). Bilthoven: RIVM, <http://www.nationaalkompas.nl>, versie 4.14, 12 december 2013.

Hoeymans, N., Noordt van der, M. & Verweij, A. (2013). Participatie en gezondheid versterken elkaar. Tijdschrift voor Sociale Vraagstukken, nummer 4.

Over de auteurs

Petra Eysink, Else Zantinge en Maartje Harbers werken bij het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). Zij hebben samen met collega's het rapport 'Gezondheid en Maatschappelijke participatie' geschreven, waarop dit artikel is gebaseerd. Dit rapport is een van de vier themarapporten in het kader van de Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV) die op 24 juni 2014 uitkomt.

GESIGNALEERD

Tentoonstelling Blijven Plakken: meer dan 50 jaar migratie naar Gent

Van 27 april t/m 2 november 2014. Locatie: Stadsmuseum Gent (STAM). Zie voor meer informatie: www.blijvenplakkeningent.be

In 2014 is het 50 jaar geleden dat Marokko en Turkije een verdrag ondertekenden met België waarin de tewerkstelling van gastarbeiders geregeld werd. In Gent werden in 1964 de eerste Turkse immigranten in het vreemdelingenregister ingeschreven. Zij waren uiteraard niet de eerste buitenlanders die in Gent kwamen. Het Gent dat we vandaag kennen, is het resultaat van een hele reeks migratiestromen uit ondermeer Frankrijk, Italië, Algerije en Ghana. Eén op vijf Gentenaars heeft een andere origine. Velen zijn blijven plakken! Tot op vandaag vormt de migratie een minder bekend hoofdstuk in de stedelijke geschiedenis. Met deze tentoonstelling en bijbehorende stadswandelingen brengt het STAM deze geschiedenis tot leven en zorgt ervoor dat Gent zich laat kennen als stad van de wereld.



Vorbij de geraniums: vitaliteit en zelforganisatie van ouderen in de wijk

PAULIEN VERMUNT, PHILIP SPINHOVEN, JEROEN LOEFFEN EN RUDI WESTENDORP

*Het toenemend aantal ouderen in Nederland roept de noodzaak op om zorg, welzijn (geestelijk welbevinden) en leven (basisbehoeften) op een andere leest te schoeien. Het waar-
deren en zo nodig stimuleren en faciliteren van de vitaliteit van ouderen in hun directe leefomgeving kan een belangrijke impuls geven aan zelforganisatie in de wijk.*

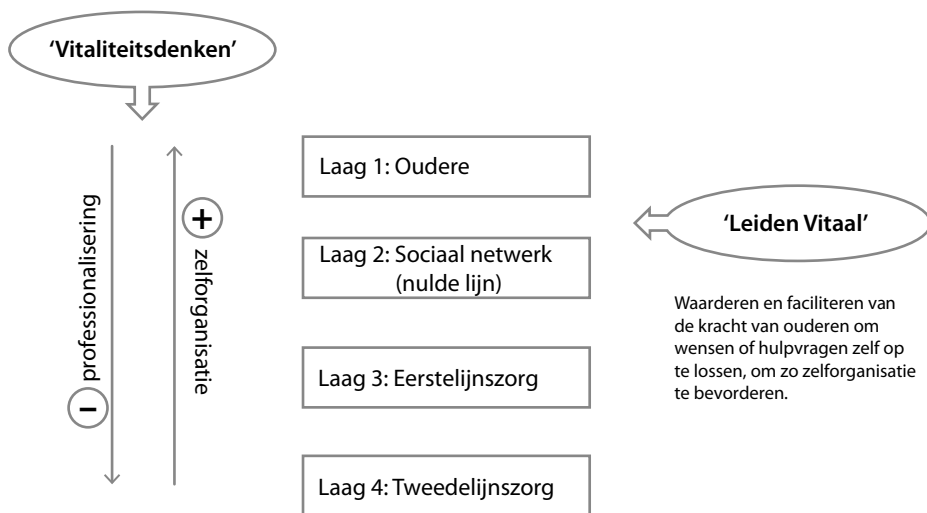
Het vitaliteitsdenken

De geplande hervorming van de langdurige ondersteuning en zorg voor ouderen brengt belangrijke maatschappelijke en financiële consequenties met zich mee. De nieuwe invulling van de Wmo en de WLZ (Wet Langdurige Zorg) zorgt voor een verzwaring van de gemeentelijke taken met betrekking tot de zorg voor (kwetsbare) ouderen. Ouderen moeten, waar nodig, met ondersteuning vanuit het sociale netwerk zo lang mogelijk thuis blijven wonen en zijn in eerste instantie zelf verantwoordelijk voor wensen of hulpvragen op het gebied van wonen, werk en financiën, gezondheid of sociale contacten. Deze ontwikkeling naar zelforganisatie vraagt om een veerkrachtige houding van ouderen, waarbij fysieke of mentale gebreken niet in de weg staan van dagelijkse activiteiten en levenslust. Dit vermogen om ambities te stellen passend bij de levenssituatie en deze zelf gestelde doelen te realiseren noemen we 'vitaliteit'.

Het project 'Leiden Vitaal' tracht (kwetsbare) ouderen handvatten te bieden om hun vitaliteit te behouden of te verbeteren, waardoor zij zelf de regie kunnen houden en onnodige professionalisering van wensen of hulpvragen kan worden voorkomen. Uitgangspunt

hierbij is het waarderen en faciliteren van de kracht van ouderen om problemen zelf op te lossen, zonder deze direct over te nemen of te medicaliseren. Dit vitaliteitsdenken sluit aan bij de conceptnota lokaal gezondheidsbeleid van de gemeente Leiden, waarin zij het belang van het versterken van vitaliteit en zelforganisatie van ouderen onderschrijft. Het beleid krijgt vorm binnen de Leidse Proeftuin Zorg en Welzijn, waarin kennisinstellingen (Hogeschool Leiden, TNO, Leiden Institute for Brain and Cognition en Leyden Academy on Vitality and Ageing) samen met zorgverleners en oudere burgers werken aan zorg en welzijn voor de toekomst.

Bij de uitwerking van het vitaliteitsdenken moeten verschillende organisatorische lagen worden onderscheiden (figuur 1). De eerste laag is die van de oudere zelf. In laag 2 vormen deze ouderen samen met de formele en informele zorg in hun directe leefomgeving (familie, vrienden, burens, vrijwilligers, welzijn) sociale netwerken in de wijk (nulde lijn). De eerste lijn (huisarts, paramedische zorg, ambulante zorg, thuiszorg, GGZ) vertegenwoordigt de derde laag. In de vierde laag tenslotte bevindt zich de tweede lijn: het ziekenhuis, verpleeghuis of verzorgingshuis. Met elke op-



Figuur 1. Conceptueel kader bij het vitaliteitsdenken

eenvolgende laag wordt een wens of hulpvraag meer geprofessionaliseerd en nemen de regie en zelforganisatie van de oudere af.

Vertaling naar de zorgpraktijk

Structurele inbedding van het vitaliteitsdenken in de dagelijkse (zorg)praktijk vraagt om een invulling van dit concept over de verschillende organisatorische lagen. In laag 1 staat het vermogen van ouderen om sociale cohesie in de buurt te bevorderen centraal. Verbinding en vertrouwen tussen mensen met een gemeenschappelijk belang - bijvoorbeeld een prettige buurt voor ouderen - vormt daarbij de basis voor het organiseren van zelfvoorziening. Een open digitaal platform, waarop ouderen drempelloos en plezierig contact kunnen hebben met anderen in hun buurt, kan hen daarin faciliteren. Het platform staat in dienst van fysieke ontmoetingen en activiteiten, waarbij elkaar (leren) kennen en - waar nodig - helpen het uitgangspunt vormen. Enthousiaste ouderen of instanties die open staan voor ontmoeting en voor het stimuleren van eigen kracht bij anderen vervullen een cruciale rol als verbinder.

Deelnemers hoeven geen profiel aan te maken of functie te vervullen; op informele en onafhankelijke wijze sturen ze samen het netwerk en de inhoud. Vanuit het platform

kunnen wijkbewoners samen werken aan sociale cohesie en een fijne leefomgeving, door hun wensen en ideeën op verschillende gebieden met elkaar te delen. Samen kunnen ze hier dan ook weer - vanuit persoonlijke interesses of talenten - invulling aan geven. Zo zouden kookliefhebbers wekelijks in het buurthuis een verse maaltijd kunnen bereiden voor andere ouderen en zou een wandelclub bij de gemeente kunnen pleiten voor meer bankjes in het groen.

In laag 2 kan worden bijgedragen aan de vitaliteit van meer afwachterende of kwetsbare ouderen door hen te wijzen op activiteiten of voorzieningen die vanuit het platform ontstaan. De verbinders in de wijk kunnen in dit proces een belangrijke rol spelen. Daarnaast kunnen de beweging en het enthousiasme vanuit de wijk minder vitale ouderen uitdagen stil te staan bij hun kwaliteit van leven en daar zo nodig zelf initiatief in te nemen. Zelfhulpvoorzieningen (boekje, internetmodule, bijeenkomst, praatgroep) kunnen helpen om inzicht te krijgen in persoonlijke waarden en om deze om te zetten in realistische doelen. Waar nodig kan een getrainde vrijwilliger als 'vitaliteitscoach' hierbij persoonlijke ondersteuning bieden. Implementatie van het vitaliteitsdenken in laag 3 en 4 vraagt met nadruk

om een andere mindset van zorgverleners. Bij de benadering van ouderen moet het stimuleren van empowerment om de eigen regie te voeren centraal staan. Hiervoor is het van belang dat zorgprofessionals binnen en tussen organisatorische lagen nauw met elkaar samenwerken. Daarnaast is het belangrijk dat zorginstellingen of -instanties ruimte geven aan initiatief en enthousiasme vanuit de wijk en zo ook bijdragen aan verbinding met wijkbewoners. Best practices van vitale ouderen en zelforganisatie in de wijk kunnen bijdragen aan een meer open houding van zorgprofessionals.

Uitwerking in Leiden

Bovenstaande gedachten over vitaliteit en zelforganisatie zijn recent als product van de Leidse Proeftuin Zorg en Welzijn aangeboden aan de gemeente Leiden. In haar reactie op deze visie gaf de wethouder aan dat het project een grote bijdrage kan leveren aan het welzijn van (oudere) Leidenaren. Door te verleiden, uit te dagen, elkaar te leren kennen en te vragen in plaats van te vertellen kunnen de voorwaarden worden geschapen waarbinnen mensen hun eigen keuzes maken en vitaal zijn. Specifieke aandacht voor mensen met een lager zelfbeeld is daarbij essentieel. Door de verbinding te leggen met welzijnswerk en de sociale wijkteams kan worden aangesloten bij bestaande initiatieven in de wijk.

Als eerste stap richting concrete invulling van het project is een *wijkscan* uitgevoerd in de wijken Pancras-Oost, Havenwijk-Noord en Havenwijk-Zuid in het gebied Binnenstad-Oost in Leiden. In gesprekken met professionals, vrijwilligers en ouderen is verkend welke gedachten en ervaringen het uitgangspunt vormen bij de implementatie van Leiden Vitaal, bij welke bestaande faciliteiten aangesloten kan worden en welke personen of organisaties als verbinders kunnen optreden. De wijkscan toonde een grote bereidheid om samen invulling te geven aan het bevorderen van vitaliteit en zelforganisatie. 'Zingeving, trots en voldoening', 'verleiden met activiteiten' en 'behoefte aan ontmoeting' werden daarbij naar voren gebracht als uitgangspun-

ten en 'sociaal activeren' en 'loslaten' als randvoorwaarden. Actieve en vitale ouderen krijgen - ondersteund door welzijnswerk of het sociale wijkteam - een sleutelrol toebedeeld bij het bereiken en enthousiasmeren van de minder vitale groep.

De komende maanden geven focusgroepen met ouderen en vrijwilligers meer inzicht in de vraag in welke mate ouderen bereid zijn om zelf zorg te dragen voor de (individuele of wijkgerichte) determinanten van een hogere kwaliteit van leven en hoe zij in dat proces het beste kunnen worden gestimuleerd. Daarnaast wordt samen met woon- en zorgcentrum 't Huis op de Waard' in Leiden verkend hoe een instelling meerwaarde kan bieden als publieke voorziening voor de wijk. Dit kan bijvoorbeeld vorm krijgen door aantrekkelijke faciliteiten te bieden die open staan voor de hele wijk (restaurant, winkeltjes, tuin) of door ruimte te bieden aan initiatieven of activiteiten vanuit de wijk. Een geplande verbouwing van 't Huis op de Waard' vormt daarbij een waardevolle casus voor het (opnieuw) vormgeven van de koppeling tussen de instelling en het enthousiasme vanuit de wijk (participatie).

Voorbij de geraniums

Het toenemend aantal 60-plussers vraagt om een herinrichting van de langdurige ondersteuning en zorg voor deze groep, waarbij eigen verantwoordelijkheid centraal staat. Door verbinding en vertrouwen te faciliteren, uit te dagen om passende ambities te stellen en te realiseren en door initiatief en organisatie te waarderen, kan eigen regie van ouderen worden bevorderd en onnodige belasting van het zorgsysteem worden tegengegaan. Het project Leiden Vitaal biedt een interessante mogelijkheid om structurele inbedding van dit vitaliteitsdenken in de dagelijkse (zorg) praktijk te onderzoeken. Goede samenwerking met sleutelfiguren (ouderen/vrijwilligers) of -organisaties (wijkvereniging, sociale wijkteam, ouderenberaad) in de wijk vormt daarbij een belangrijk uitgangspunt. In het komende jaar geeft het project antwoord op

de vraag in hoeverre de in dit stuk beschreven wijkbrede en individuele handvatten voor eigen regie bijdragen aan meer zelforganisatie en een hogere kwaliteit van leven van ouderen in de Leidse Binnenstad-Oost.

Literatuur

Hervorming van de langdurige ondersteuning en zorg (2013). Den Haag: Rijksoverheid

Ouderaa, F. van der, Lindenberg, J. (2014). Etic of Emic? Vitaliteit en de ambities, opinies en wensen van 55 plussers. In: *Gerôn 16* (1), 28-32.

Conceptnota lokaal gezondheidsbeleid. Ruimte maken voor gezondheid (2013). Leiden: Gemeente Leiden.

Over de auteurs

Paulien Vermunt is biologie en wetenschapscommunicator en lid van de wetenschappe-

lijke staf van Leyden Academy on Vitality and Ageing. Vanuit die functie is zij projectleider van het project Leiden Vitaal.

Philip Spinhoven is hoogleraar klinische psychologie aan de Universiteit Leiden. Hij heeft interesse in het bevorderen van zelfmanagement van gezondheid en in het bijzonder in het bevorderen van de vitaliteit van ouderen.

Jeroen Loeffen is mede-eigenaar en directeur van Villa Koopzicht, een maatschappelijke onderneming die zich toelegt op het ontwikkelen van kennis en infrastructuur voor zelfvoorziening en op het realiseren van nieuwe verbinding, participatie en dialoog.

Rudi Westendorp is hoogleraar ouderengeneeskunde aan het Leids Universitair Medisch Centrum en directeur van de Leyden Academy on Vitality and Ageing.

GESIGNALEERD

Congres Cross-culturele aspecten van dementie

Op 10 oktober 2014, locatie: Casa 400 te Amsterdam, kosten: € 275,-, zie voor meer informatie: www.cursussencongressen.nl

In de komende jaren zal het aantal niet-westerse allochtone ouderen sterk toenemen. Dit betekent ook dat professionals (o.a. werkzaam op geheugenpoli's) meer te maken zullen krijgen met dementerende patiënten van niet-westerse afkomst. Door de culturele verschillen in beleving van symptomen, de taalbarrière en soms een laag opleidingsniveau of analfabetisme, is specifieke kennis noodzakelijk voor goede diagnostieke zorg. Tijdens het plenaire ochtendprogramma wordt ingegaan op de achtergronden en de cross-culturele aspecten van dementie. In de middag komen in zes praktijksessies specifieke thema's aan bod, waarbij de nadruk ligt op praktisch toepasbare kennis zoals het werken met tolken, de keuze van geschikte tests en omgaan met analfabetisme en laaggeletterdheid. Dit congres is primair bedoeld voor zorgverleners zoals geriaters, (neuro)psychologen, psychiaters, gespecialiseerde verpleegkundigen en huisartsen.

De blinde vlek van ‘het vitale ouder worden.’

JOEP DOHMEN

Onlangs was ik op een gerontologisch congres in Galway (Ierland). Ideale plek voor bezinning over ouder worden: kleinschalig, statige en verweerde gebouwen, overal pubs met liedjes over verloren liefdes. Heel het stadje ademt melancholie. Daar hoorde ik de Engelse socioloog Chris Gilleard zeggen: ‘Successful old age is old age without old age.’ En ik wist het meteen: dat gaat helemaal op voor Rudi Westendorps bestseller *‘Oud worden zonder het te zijn.’*

Rudi had volgens mij moeten schrijven: Oud worden en het ook zijn. Dat was veel eerlijker geweest maar ja, het verkoopt niet. Nog altijd zien veel mensen er tegenop om oud te zijn. Daarom zoeken ze liever steun bij iemand die suggereert dat je eraan kunt ontsnappen. Het boek van Westendorp, hoogleraar ouderengeneeskunde en directeur van Leyden Academy on Vitality and Ageing, is vlot geschreven en leest als een trein. Je leert van alles over de oorzaken waarom wij verouderen, de toename van onze levensverwachting, het cijfer dat Nederlandse ouderen gemiddeld geven aan hun leven (8). Het venijn zit hem in de staart, Westendorps pleidooi

voor vitaal ouder worden. We moeten op tijd voorzorgsmaatregelen nemen, vooral fysiek; we moeten ons sociaal netwerk duurzaam onderhouden; en we moeten vooral doelen blijven stellen. Passief zijn lijkt de snelste weg naar het einde.

Westendorp vergeet de tragiek. Voorzorg betekent ook dat we onszelf al heel vroeg leren kennen als door en door kwetsbare wezens, niet alleen in fysieke zin. We worden ontslagen, geminacht en krijgen geen erkenning. We begaan allerlei stomiteiten waarover we ons nog jaren lang voor de kop slaan. Niemand kan vitaal ouder worden als hij niet met zijn echecs in het reine komt. We moeten gaandeweg leren leven met verlies, van partner, vrienden en collegae. Van hen ontvangen we geen liefde meer en aan hen kunnen we die ook niet meer geven. Uiteindelijk kunnen we belangrijke doelen niet meer stellen, want we kunnen niet meer lopen, lezen, schrijven, horen. Westendorps optimisme is misleidend. We moeten al vroeg oefenen in actieve gelatenheid.

Vitaal ouder worden is rijpen en rouwen.

Marcel Olde Rikkert: Van goed luisteren kun je weer vonken krijgen

JAN WILLEM VAN DE MAAT & RIA WIJNEN



Marcel Olde Rikkert, vooraanstaand klinisch geriater en hoogleraar geriatrie aan het UMC St Radboud, vindt dat professionals in het ziekenhuis beter naar patiënten moeten leren luisteren, zodat ze meerwaarde en beter passende zorg kunnen bieden. Met een brede en genuanceerde blik kijkt Olde Rikkert naar de vraagstukken in de ouderenzorg. Als geriater, onderzoeker en opleider zoekt hij voortdurend naar innovatieve oplossingen om de zorg voor oudere patiënten te verbeteren. Sinds een jaar schrijft hij columns over ouder worden onder de titel 'Grijs Gebied'. Olde Rikkert pleit voor 'gelukkig ouder worden' en wijst daarbij op het belang van spelen. Hij eindigde zijn TedX-speech in 2013 dan ook met de woorden van George Bernard Shaw: 'You don't stop playing because you grow old, but you grow old when you stop playing'.

Interesse voor geriatrie

Hoe is uw belangstelling voor geriatrie ontstaan?

Al toen ik begon met studeren heb ik een brede interesse, een generalistische voorkeur, gehad. Tegelijkertijd had ik niet het gevoel dat huisarts het voor mij zou zijn. Toen er op een gegeven moment in het ziekenhuis meer generalistisch naar ouderen werd gekeken, trok dat mijn aandacht. Het bood me de mogelijkheid om een interessante verbinding te maken tussen somatiek, psychologie, psychiatrie en sociale interactie. En ik vond het ook leuk om met ouderen om te gaan. Het was bovendien een terrein waar nog heel veel leeg en in te vullen was. Ik vond het spannend om te kijken wat een minder gebaand pad zou opleveren.

Wat doet een klinisch geriater precies?

Het coördineren van zorg vinden we een belangrijke rol. De rol als medebehandelaar in zorgketens. Als iemand niet kwetsbaar is en een orgaanprobleem heeft, dan heb je een orgaanspecialist nodig. Maar dat orgaanprobleem komt op 75-jarige leeftijd vrijwel nooit alleen. Er zijn bijna altijd bijkomende problemen die juist in een behandelingsperiode veel aandacht vragen. Daarin hebben wij, vanaf het moment dat mensen in het ziekenhuis aankomen, een belangrijke rol als medebehandelaar.

Hoe ervaart u het om als geriater in het ziekenhuis te werken?

We worden hier in het Radboud gewaardeerd en hebben nadrukkelijk een plek in het

ziekenhuis. Niet alleen de beschouwende specialismen vragen ons als medebehandelaar, maar juist ook de snijders. Hartchirurgen zijn belangrijke partners van ons. Dat geeft trouwens mooi de verandering in de tijd aan, want dat was tien jaar geleden nog niet denkbaar. Chirurgen hadden echt *geen* enkele interesse voor geriatrie. Die zeiden: 'Wat een flauwekul, geriatrie dat hebben we niet nodig.' Maar dat is nu echt anders. Chirurgen hebben gemerkt dat er niet alleen veel ouderen zijn, maar dat die bovendien proble-

dan doen?' Dat is dus een belangrijke missie voor geriateren: zorgen dat de zorg meer passend wordt.

Passende zorg

Met passende zorg doelt u dan op medische zorg, of bijvoorbeeld ook op verpleegkundige zorg en welzijn?

Dat is eigenlijk pas iets van de laatste tijd, dat je in het ziekenhuis ook mag praten over welzijn. We gebruiken bijvoorbeeld het Easy Care-instrument, dat we als een breed assessment-instrument inzetten. Daarmee kijken we niet alleen naar het medische domein, maar ook naar de domeinen wonen, vei-

We hebben als geriateren momenteel de wind in de zeilen

men hebben op terreinen waar zij met twee linkerhanden staan. Ze hebben ervaren dat ze breder moeten kijken om te kunnen bepalen of je met een operatie meerwaarde kunt genereren. Dat ze zich bijvoorbeeld niet in de war laten brengen door een kortademigheidsklacht, die helemaal niet cardiaal bepaald is. We hebben als geriateren momenteel de wind in de zeilen, zonder dat we de pretentie hebben dat we het allemaal alleen kunnen doen.

Wat ik momenteel als missie voor geriateren zie, is het bieden van passende zorg bij mensen met meerdere aandoeningen. Daar zijn nog maar weinig handvatten voor, terwijl die dringend nodig zijn. Er is zo veel mogelijk medisch technisch gezien en de prikkels op productie draaien. Dus de vraag is: hoe zorg je nou dat je specialisten zo opleidt dat ze beter leren afwegen wat passende zorg is. Nu zeggen specialisten vaak: 'Ik heb hier iemand die hier en daar recht op heeft.' Want dat is nu de manier waarop het vaak gaat. Iemand 'heeft recht op', alleen maar omdat er een bepaald label is verleend of een bepaalde diagnose is gesteld waarvoor een ziektegerichte richtlijn bestaat. Dat geeft meestal wel aan dat er geen dialoog met de patiënt zelf is geweest waarbij de vraag is gesteld: 'Hoe belangrijk is dit probleem voor u?' Of dat de behandelaar zichzelf de vraag heeft gesteld: 'Als ik meerwaarde wil realiseren, moet ik dit nu

ligheid, mobiliteit, sociale steun en zingeving. Daarmee brengen we in kaart of we ons op de juiste problematiek richten. Dat is nog een ontwikkelroute hoor, want dat wordt niet zomaar door iedereen geaccepteerd. De zittende professionals zijn niet zo opgeleid, dus wat dat betreft is er nog heel veel te doen. Maar er is wel steeds meer oor voor. Hier in het Radboud is de nieuwe basisgedachte dat we de patiënt als partner zien. Geïndividualiseerde persoonlijke zorg kun je alleen bieden als je navraagt hoe het met iemand in brede zin gaat, en wat de prioriteiten zijn die iemand stelt. Liggen die op het gebied van zorg of liggen die juist ergens anders? En hoe ga je daar vervolgens op handelen?

Definitie van gezondheid

Het thema van dit nummer van Geron is gezondheid. Een complex begrip ontdekten wij tijdens de voorbereiding. Wat betekent gezondheid voor u als geriater?

Dat is een vraag, die niet eenduidig te beantwoorden is. De algemene denkklijn van nu is wel helder. We bewegen van de definitie van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO), waarin het ontbreken van ziekten en beperkingen centraal staat, naar een definitie van gezondheid zoals Huber die heeft opgesteld. Daarin is het kernconcept 'je kunnen aanpas-

sen'. Mensen met ziekten en beperkingen kunnen ook van gezondheid proeven, als ze in staat zijn zich aan te passen aan de ziekten en beperkingen die op hun pad komen. Zo'n kijk naar gezondheid past beter bij deze tijd daarmee is meer verbetering te boeken voor ouderen en andere kwetsbare groepen.

Om gezondheid in de levensloop te begrijpen moet je inzien dat ouder worden een ingewikkeld proces is met zowel biologische, psychische als sociale aspecten. Hoe iemand ouder wordt, hangt dan ook van ontelbaar veel factoren af, waardoor een enorme heterogeniteit onder ouderen ontstaat. Ouder worden is in feite het gevolg van een combinatie van: individuele opeenstapelingen van normale verouderingsprocessen, schadeopbouw die ontstaat door patronen die iemand in zijn leven heeft gevolgd, en schade die op toeval berust. Als je dat tot je door laat dringen dan vraag ik mij af of een definitie van gezondheid, met een normatief kader dat van buiten opgelegd is, wel past bij die enorme heterogeniteit van het ouder worden. Waar ik uiteindelijk op uitkom is dat je gezondheid moet definiëren vanuit iemands eigen denkkader: gezondheid is dat leven dat iemand zelf als gezond en goed beschouwd.

Als gezondheid een subjectief begrip is, volg je als geriater dan de beleving van de patiënt? Of ben je ook de dokter die kijkt en klopt en zegt 'uw bloedwaarden zijn echt te hoog'?

Uiteindelijk is het de oudere die bepaalt of ik iets kan toevoegen. Dus ik moet eerst actief luisteren: 'Wie heb ik voor me?' Ik moet weten welke doelen iemand heeft en waar iemand aan wil werken. De tweede fase is dat ik gegevens ga verzamelen volgens mijn professionele denk- en werkkader. Ik onderzoek iemand en kijk of iemand afwijkt van wat ik als normgegevens en normaalwaarden beschouw. En dan stel ik me de vraag: 'Kan ik met wat ik heb waargenomen iets bijdragen aan het doel dat iemand voor zichzelf geformuleerd heeft?' Vervolgens proberen we samen tot afstemming en

doelgerichte acties te komen, een vorm van 'shared decision making'.

Tien minuten om te luisteren

Dat klinkt als een moderne manier van zorg verlenen. Is dit ook al vanzelfsprekend in het ziekenhuis?

Dat is nog niet zomaar geland hoor. En het eerste stuk, het goed luisteren naar wat iemand echt wil, dat is nog het lastigst. Mijn pleidooi is dat iedere dokter en iedere verpleegkundige altijd eerst tien minuten neemt om te luisteren. Je zou denken, tien minuten, wat zijn nou tien minuten? Maar dat realiseren we nu echt niet. En het is eerlijk gezegd ook best moeilijk om te doen. Je moet bereid zijn je eigen professionele bril even af te zetten en met een frisse blik te kijken: 'Om wie gaat het hier eigenlijk? Wie is deze persoon? Wat wil deze persoon?' We geven hier intern nu ook scholing over. Je merkt dat er veel interesse voor is. We zijn in de zorg een beetje vastgelopen. We moeten heel veel vinken, zonder dat

Dat is eigenlijk pas iets van de laatste tijd, dat je in het ziekenhuis ook mag praten over welzijn

er veel vonken zijn. Ik denk dat je van goed luisteren weer vonken kunt krijgen. Dat je denkt: 'Ja, hierom was ik in de zorg begonnen.'

Als gezondheid subjectief is, dan betekent dat dus ook dat mensen met dezelfde klachten andere behandelingen kunnen krijgen?

Ja, dat is zo. Wij ontkomen in ons werk en in de gesprekken met patiënten niet aan subjectiviteit. En dat moeten we ook niet willen. Subjectiviteit is de basis waarop je met mensen een gesprek start. Dat kan niet objectief zijn. Je moet je realiseren dat de dokter en de patiënt het leeuwendeel van de kwaliteit en effectiviteit van de zorg bepalen. Het is echt een illusie om

te denken: 'Het moet allemaal objectief en 'evidence based' zijn.' Dat is echt flauwekul.

Vitaliteit niet het belangrijkste doel

Wat draagt volgens u bij aan een goede gezondheid als we ouder worden?

Omdat de groep ouderen zo heterogeen is, zijn er weinig generieke interventies die bewezen effectief de gezondheid versterken. We weten wel dat in de dementiezorg sociale activeringsinterventies de cognitie verbeteren en bijdragen tot belastingvermindering en een betere stemming. En er komt ook steeds meer bewijs dat bewegen een positief effect heeft. Waar we alleen wel voor op moeten passen is dat vitaliteit, zoals bijvoorbeeld Rudi Westendorp dat voorstaat, het belangrijkste doel wordt. Je moet vitaal blijven tot je dood neervalt in de kist. Het ideaalbeeld van de moderne oudere lijkt de uniforme vitale senior die veel wilskracht heeft, de NRC leest, en met de trein naar het Stedelijk Museum gaat tot hij 103 jaar

Gezondheid is dat leven dat iemand zelf als gezond en goed beschouwd

oud is. Dat vind ik te normatief en het is evenzeer een modieuze karikatuur, waar in de kas kraker over de Zweedse 100 jarige die uit het raam klimt hartelijk om gelachen kan worden. Maar ook dit is een droomwereld gestalte gegeven door een nog geen 50 jarige acteur.

Vitaliteit wordt gekoppeld aan wilskracht en zelfsturend vermogen en tegenover apathie geplaatst. Als je ziet hoe mensen zich in werkelijkheid in het leven ontwikkelen, dan is het niet zo dat wij allemaal opgroeien tot wilskrachtige en zelfsturende mensen. Er zijn ook mensen die in hun leven een heel andere rol hebben gekozen, of die daar op een of andere manier in gegroeid zijn. En die zich daar goed bij voelen. Dan denk ik niet dat je aan het eind van iemands leven moet zeggen dat ze van alles moeten ondernemen om hun vitaliteit, zoals wij dat gedefinieerd hebben, op te krikken. Ik denk dat we moeten kijken wie

die persoon is, en in dialoog en al reflecterend, moeten bepalen wat bij de persoon past in de volgende fase van zijn of haar leven.

Voorbereiden op het ouder worden

Denkt u dat de groep babyboomers die nu ouder begint te worden wilskrachtiger en zelfsturender in het leven staat dan de huidige 75plussers?

Ik denk zeker dat die groep over het geheel genomen in de klassieke betekenis langer gezond blijft. Ze hebben minder fysieke problemen en zijn cognitief beter tot op hoge leeftijd. Dat komt waarschijnlijk door de hogere opleidingen en sociale omgeving die meer stimulerend was. Maar de heterogeniteit blijft zeer groot, ook onder de babyboomers. We hangen ons beeld nu erg op aan de hoogopgeleide babyboomers. Maar de laagopgeleide babyboomer is echt een heel ander verhaal. Die verschilt niet zo heel veel van de vorige cohorten. Vergeet ook niet dat je naast

het continuüm dat gaat over kwetsbaarheid en stevigheid in fysieke en mentale zin, ook nog het continuüm hebt dat over wilskracht versus apathie gaat. Ik weet niet of generaties

daarin wel zo verschillen.

Het om kunnen gaan met het ouder worden hangt trouwens ook niet per se samen met een hoge opleiding. Wat ik bijvoorbeeld zie is dat mensen die hoog, en vaak ook smal, opgeleid zijn veel moeite hebben met het verwerken van verlies. Het zijn vaak de wat meer narcistisch ingestelde mensen die soms helemaal vastlopen als ze ouder worden. Als je netto naar ze kijkt dan kunnen ze nog heel veel, maar dat verlies dat ze geleden hebben is voor hen onacceptabel, ten opzichte van de hoge standaard die ze gewend waren. Het zou dus ook kunnen dat meer mensen minder goed voorbereid zijn op ouder worden, omdat wij steeds meer op prestatie en op een smaller domein gericht zijn.

Hoe kunnen we ons goed voorbereiden op het ouder worden?

Wat dat betreft is er denk ik nog een grote missie te vervullen om meer over de levensloop en veroudering te onderwijzen bij de jeugd en op school. Het is toch vreemd als je kijkt naar wat we op school allemaal *wel* uitgelegd krijgen? Maar over hoe je je leven indeelt en waar je tijdens je leven rekening mee moet houden, daarover leren we op school niets. Je moet het dan wel aantrekkelijk maken. Ik probeer nu zelf in onze nieuwe bachelor een blok 'leeftijdsafhankelijke problematiek' te krijgen. Als ik zo'n vak samen met een kinderarts vormgeef, en bijvoorbeeld de verschillen en parallellen laat zien, dan is dat voor studenten veel interessanter.

Het blijft een uitdaging om jonge mensen goed en volledig onderwijs te geven over veroudering, maar de inhoud kun je veel spannender maken dan tot nu toe gedaan is. We weten veel en hebben echt spannende kennis te bieden. We kunnen de werkwijze eigentijds verpakken, bijvoorbeeld door te werken met 'serious games'. We gebruiken een game in het keuzeonderwijs dat 'Geriatrrix' heet. Dat is een serious game, waarin studenten moeten puzzelen om bij drie oudere patiënten met bloedarmoede goede keuzes te maken. Ze worden daarbij kritisch bevraagd en gevolgd door de directrice, die onder meer let op de kosten. Maar ook door de patiënten zelf, die zeggen bijvoorbeeld: 'Heb je mij eigenlijk wel gevraagd wat ik wil?' We zagen dat de studenten, vergeleken met een controlegroep die de tool niet had gebruikt, het echt leuker vinden, meer geraakt worden en meer leren. Dat is toch verrassend!

Er zijn ook steeds meer serious games en andere e-health toepassingen voor ouderen. Welke mogelijkheden biedt E-health voor ouderen?

E-health biedt vele mogelijkheden en wij werken ook aan verschillende projecten mee. Tegelijkertijd, en dat wil ik graag benadrukken, moet je onder ogen zien dat er onder ouderen

veel angst is voor de dreigende dictatuur van de digitale omgeving. Wij merken dat veel ouderen bang zijn toegang te verliezen wanneer het digitale kanaal de enige route is om ergens binnen te komen. Daar moeten we wel iets mee. In de Verenigde Staten zie je nu bijvoorbeeld dat er steeds meer ziekenhuizen zijn die boetes geven als je je niet van te voren digitaal aanmeldt en van alles invult. Wil je op zo'n manier omgaan met een groep ouderen die weinig digitale vaardigheden heeft? Die groep blijft voorlopig gewoon bestaan. Hoe we daar mee om moeten gaan, dat zie ik net zo goed als een grote uitdaging.

Rekening houden met toeval

Net als iedereen wordt u ook ouder. U bent onlangs de vijftig gepasseerd. Was dat voor u een mijlpaal?

Voor mij was 47 jaar meer een mijlpaal, eerlijk gezegd. Dat is de leeftijd waarop mijn broer is overleden. Daar heb ik meer mee geworsteld. Hoe is het als ik ouder ben dan mijn broer

Het is echt een illusie om te denken: het moet allemaal objectief en 'evidence based' zijn'

ooit geworden is? Hij was acht jaar ouder en echt een voorbeeld voor mij. Dat confronteerde mij met de vraag: hoe wil ik ouder worden? Wat leer ik van hoe hij ouder is geworden en welke keuzes maak ik zelf? Ik probeer het ouder worden zo in te richten, dat het bij mij past. Ik ontwijk niet angstvallig alle risicofactoren en tegelijkertijd past een gezondere levensstijl meer bij mij, dan bij mijn broer. Ik fiets en loop hard. Maar ik vind het ook heerlijk om een sigaar te roken. Ik wil graag die dingen doen waarvan ik denk dat ze bij mij passen. Daar voel ik mij goed bij.

Wat is het laatste inzicht dat u heeft opgedaan met het ouder worden?

De kunst bestaat er voor mij uit dat je beseft dat er aan de ene kant veel maakbaar en te sturen is in het leven en dat er aan de andere

kant veel van toeval afhangt. Wij sluiten, zeker in de wetenschap, onze ogen voor toeval. We zoeken bijvoorbeeld naar verklaringen voor afwijkingen van het gemiddelde die we niet begrijpen. We zien deze 'onverklaarde variantie' als het op te lossen vraagstuk. Maar

We speuren naar een oplossing voor iets dat eigenlijk gewoon toeval is.

dat is een misvatting, want we speuren naar een oplossing voor iets dat voor een belangrijk deel eigenlijk gewoon toeval is.

Rekening houden met toeval speelt ook een rol bij het ouder worden en de levensloop. Je staat anders in het leven als je er reke-

ning mee houdt dat de zaken door toeval ineens anders kunnen lopen. Je moet daar een beetje mee durven spelen. In het boek dat ik momenteel schrijf, omarm ik de metafoor van bijvoorbeeld het voetbalspel. Ouderen spelen in de tweede helft. Je kunt, net als in

een voetbalwedstrijd, heel veel doen aan techniek en tactiek, maar uiteindelijk is het toch afhankelijk van het toeval waar de bal naartoe rolt. En die bal dwarrelt soms zo maar

in de goal. Als je daar dan de lol niet van inziet, dan speel je een beroerd spelletje. Dus die combinatie van aan de ene kant het toeval en aan de andere kant de maakbaarheid door te leren en trainen, dat maakt het leven en veroudering tot een interessante happening.

GESIGNALEERD

Zorgen met Zin: Hoe mantelzorg je raakt

Gerrie Ham e.a. Zoetermeer: Uitgeverij Boekencentrum te Zoetermeer, ISBN 978-90-239-27-67-9, 2014, 168 pagina's, €14,50.

Zorgen voor een ander raakt je. In het zorgen krijg je te maken met vragen, noodkreten of uitingen van zorg of vreugde. Je gaat op zoek naar de diepere betekenis van de dingen die gebeuren rondom leven, ziekte en sterven. Thema's als zinverlies, loslaten, grenzen en verantwoordelijkheid spelen dan een rol. Zorgen voor een ander kan een zingevende ervaring zijn. Op die manier kan het zorgen ook in moeilijke situaties enigszins draaglijk blijven. Zinbeleving kan ook in de knel komen. Dan is het moeilijk om de zorg vol te blijven houden. In de poging om de ander bij te staan, komt de mantelzorger aan de eigen zingevingsvragen vaak nauwelijks toe. Hoe gaan zorgvragers en zorgverleners om met deze vragen? *Zorgen met Zin* is een praktisch boek dat inzicht geeft in kansen en valkuilen en veel adviezen aanreikt voor zorgvragers en hun mantelzorgers. Ook geschikt voor kerkelijk werkers, pastores en hulpverleners.



Kun je overbehandeling zien aankomen?

THEO BOER

Overbehandeling staat in Nederland prominent op de agenda. Er moet een einde komen aan behandelingen die niet op hun plaats zijn. Maar hoe doe je dat, 'overbehandelen' vermijden? Vaak kun je toch pas achteraf zeggen of iets overbehandeling is? In dit artikel gaan we op zoek naar signalen vooraf die erop wijzen dat een behandeling bij een kwetsbare oudere maar beter nagelaten kan worden.

In ons land zette J.H. van den Bergh de thematiek op de agenda met zijn boekje *Medische macht en medische ethiek* (1969). Een indringend relaas over mensen die met toeters en bellen in leven werden gehouden en daar zwaar onder leden. Een man met een geamputeerd onderlichaam, iemand van twintig met een vegetatief bestaan, mensen in vergevorderde dementie, dat alles temidden van een kille, klinische setting. In de jaren tachtig betoogde Heleen Dupuis dat het tijd werd om dokters, betrokken bij dit maar door- en doorgaan, tot de orde te roepen. Begin jaren negentig introduceerde Dunning zijn gelijknamige 'trechter' die, met kostenbeheersing als doel, noodzakelijke van niet noodzakelijke behandelingen kon helpen te onderscheiden. Langzamerhand wordt het pleidooi voor terughoudendheid bij behandelen nu gemeengoed. Steeds meer beroepsbeoefenaars en patiënten zien er de noodzaak van in.

Probleem is intussen wel dat je vaak pas achteraf kan vaststellen of iets 'overbehandeling' is. 'Had ik maar geweten dat ik zo ziek van die behandeling zou worden', zegt iemand met kanker; familieleden klagen over de eindeloze lijdensweg voordat iemand 'eindelijk mocht

sterven'; anderen klagen over de kosten van niet-noodzakelijke behandelingen. Zeker, daar staan ook succesverhalen tegenover: mensen die waren opgegeven maar dankzij een invasieve chemokuur een half jaar later op Aruba kunnen gaan snorkelen. Maar alle wijsheid achteraf ten spijt: voor beslissingen die je *nu* moet nemen heb je daar niets aan. Het heeft evenmin zin om na afloop van een autorit te zeggen: we hebben geen ongeluk gehad, dus hadden net zo goed onze gordel niet hoeven omdoen.

Indicatoren voor overbehandeling

In een onlangs gepubliceerde studie gingen filosoof Maarten Verkerk, chirurg en ex-AMC directeur Dirk-Jan Bakker en ikzelf op zoek naar criteria die zorgverleners vooraf helpen om te bepalen of er bij kwetsbare ouderen nog behandeld moet worden. Het ging daarbij nadrukkelijk om behandeling en niet om zorg. Op zorg, nabijheid en palliatie moet je niet willen bezuinigen. Uitgangspunt was de medische ethiek van Beauchamp en Childress (2012). Deze ethici gingen vanuit verschillende achtergronden (utilistisch respectievelijk religieus) op zoek naar punten van overeenstemming. Volgens hen spelen er in de geneeskunde vier

Casus: IJdele hoop

Peter Bongers (82) was geschokt toen bij hem een uitgezaaid coloncarcinoom werd geconstateerd. Toen de oncoloog vertelde dat een operatie tot de opties behoorde putte Peter nieuwe hoop. Het zou een zware en risicovolle operatie worden. Zonder operatie zou hij naar verwachting nog twee tot drie maanden te leven hebben, mét een operatie misschien nog wel een half jaar. De dochters van meneer Bongers gingen eerst een gesprek aan met de oncoloog en daarna met de internist. Uit deze gesprekken kwam naar voren dat de operatie voor iemand als hem weinig zou opleveren. Peter Bongers wilde echter van geen wijken weten: hij moest en zou geopereerd worden: 'Zolang er leven is, is er hoop'. De operatie werd als geslaagd gezien. Na acht weken verliet hij het ziekenhuis en enkele maanden later stierf hij in het verpleeghuis.

morele principes een rol: weldoen, geen schade berokkenen, respect voor autonomie en oog voor rechtvaardige verdeling. Deze principes hebben we toegepast op overbehandeling. Welke indicatoren vooraf duiden op het risico van overbehandeling?

1. Onbewezen effect

Heeft een behandeling een wetenschappelijk bewezen effect? Of is het eerder iets van 'je weet maar nooit'? Die vraag naar het effect wordt extra belangrijk als het gaat om kwetsbare ouderen, daar op hoge leeftijd de effectiviteit van behandelingen die bij anderen wel werken, verder afneemt. Bij meneer Bongers was het bewezen effect van een operatie bewijsbaar gering. In het jargon van de genoemde principe-ethiek zeggen we dan: een behandeling kan niet worden aangemerkt als een vorm van wel-doen.

2. Te verwachten bijwerkingen

Welke negatieve effecten heeft een behandeling op iemands welzijn? Denk aan de bijwerkingen van een chemokuur of aan een ingrijpende operatie. Vaak is het: 'baat het niet, het schaadt ook

niet'. Maar soms moet je concluderen: het baat weinig en het schaadt enorm. Denk aan wat misselijkheid en pijn bij een toch al kwetsbare oudere doen; denk ook aan wat je door een poging om het leven te rekken niet meer zult kunnen: in alle rust afscheid nemen, die ene reis nog maken. Een behandeling voegt dus schade toe.

Bij beide, het positieve effect en het toegevoegde lijden, is het van belang dat de behandelaars de voors en tegens eerlijk op een rijtje zetten. Dat is voor wie zijn opgeleid met het adagium 'opgeven is geen optie' echter niet altijd gemakkelijk. Doorgaan-bij-twijfel heeft bovendien voor behandelaars het voordeel dat het bij kan dragen aan kennis over de werking van een behandeling. Ook kan behandelen gunstige effecten hebben op het inkomen van de arts. Dat minister Schippers in januari 2014 aankondigde dat ook afgebroken behandelingen vergoed zullen worden, is in dit opzicht een stap voorwaarts.

3. Twijfels bij de patiënt

Alles eerlijk wegende: wil de patiënt deze behandeling inderdaad wel? Te vaak is er nog de vanzelfsprekendheid van 'we gaan behandelen'. Natuurlijk moet je soms proberen een patiënt over de streep te trekken. Het zou jammer zijn als iemand therapie weigert alleen uit somberheid of uit een ongegronde angst voor bijwerkingen. Hoe veelbelovender een therapie, des te meer ruimte moet er zijn voor een beetje overtuigingskracht. Tegelijk wijst de praktijk uit dat menige oudere, als hij echt de keuze eerlijk en open krijgt voorgelegd, kiest voor terughoudendheid bij riskante of weinig effectieve behandelingen.

4. Extreme kosten

Is een behandeling financieel te verantwoorden? Hoewel we in Nederland vinden dat in de gezondheidszorg iedereen moet krijgen wat hij nodig heeft, kunnen we onze ogen niet sluiten voor het feit dat de middelen beperkt zijn. Met peperdure behandelingen zetten we de betaalbaarheid en daarmee de solidariteit van het zorgstelsel op het spel. Moet je de medicijnen ter bestrijding van Pompe en Fabry vergoeden?

Het gaat om honderdduizenden euro's per jaar en in het geval van sommige medicijnen, die het leven van een patiënt met kanker maanden kunnen verlengen, om duizenden euro's per maand. Blijkens een enquête van de Nederlandse Vereniging voor Medische Oncologie vind bijna de helft van de oncologen inmiddels dat de kosten moeten meespelen bij het besluit om een geneesmiddel wel of niet voor te schrijven. De vraag is dan wel wie het prijsplafond moet bepalen. Je moet dit in elk geval niet de individuele dokter en zijn patiënt aandoen. Natuurlijk gaan de patiënt en zijn familie voor de allerbeste therapie. En natuurlijk sta je als dokter pal achter je patiënt. Je wilt je niet voorstellen hoe het is als een arts tegen je zegt: 'Ik heb er nog eens een nachtje over geslapen maar die uitstekende behandeling waar ik gisteren op zinspeelde, gaan we toch maar niet doen. Ik vind hem in uw geval te duur'. Beslissingen over de toelaatbaarheid van peperdure behandelingen horen op een ander niveau thuis. Helaas wil daar in Nederland tot dusverre niemand zijn handen aan branden. De zorgverzekeraars niet, het Zorginstituut Nederland (het voormalige CVZ) en de Nederlandse Zorgautoriteit niet, de beroepsbeoefenaars niet en de politiek evenmin. Maar keuzen rondom peperdure behandelingen zullen ons vroeg of laat gaan bezighouden.

Vijfde morele principe: natuurlijkheid

Aan het rijtje van weinig effect, toegevoegd lijden, autonomie en rechtvaardigheid voeg ik hier tot slot een vijfde begrip toe: past een behandeling bij wat je de 'loop van je leven' kunt noemen? Ik vat dit vijfde criterium samen als: natuurlijkheid. Wat bedoel ik daarmee? De Nederlandse medische ethiek staat in zijn algemeenheid kritisch tegenover het begrip natuurlijkheid. Hebben we het dan immers niet over vroeg doodgaan, ziektes, kiespijn? Dankzij onze cultuur en technologie hebben we ons toch juist aan die narigheid ontworsteld? Vanuit de godsdienst is gewezen op wat er in de natuur allemaal niet overwonnen moest worden: lust, wraak, wreedheid, sterfelijkheid. Verlichtingsfilosofen en Existentialisten droegen het hunne ertoe bij om de moraal van de

natuur los te wrikken, met als resultaat: hoe minder natuur, hoe meer mens. Hoe langer leven, hoe beter. En als we al doodgaan, dan het liefst snel en autonoom. Het is jammer dat we op deze manier met het badwater het kind hebben weggegooid. Nog steeds heeft een grote meerderheid van de mensen een voorkeur voor een 'natuurlijke dood'. Ook de moderne mens roept de geneeskunde het liefst pas te hulp als het niet anders meer kan. In wilsverklaringen komt een afkeer van 'infusen en slangen' naar voren zoals we dat ook bij Van den Bergh al zagen. Een mens mag van ophouden weten, schreef Kuitert twee decennia later. En dat betekent, toegepast op behandelen: hoe verder verwijderd van een natuurlijk overlijden, hoe meer reden tot voorzichtigheid.

De vijf genoemde criteria geven geen zekerheid vooraf. Meer dan pikepaaltjes zijn het niet. Toch ben ik ervan overtuigd dat ze kunnen helpen om een streep te trekken. De conclusie is dus: een goede dokter weet wanneer te stoppen. Vergelijkbaar met: 'een goede chauffeur weet wanneer hij niet moet inhalen'. We hebben daarnaast ook dappere patiënten en hun omgeving nodig. Mensen die na rijp beraad zeggen: 'Misschien zou er nog meer in zitten, maar alles wegende – het is genoeg geweest zo.'

Literatuur

- Beauchamp T.L. & Childress J.F. (2012). *Principles of Biomedical Ethics*. 7e, gewijzigde druk. Oxford: Oxford University Press.
- Berg, J.A. van den (1969). *Medische macht en medische ethiek*. Nijkerk: Callenbach.
- Boer T.A., Verkerk M.J. & Bakker D.J. (2013). *Over (-) behandelen. Ethiek van de zorg voor kwetsbare ouderen*. Amsterdam: Reed Business Education.

Over de auteur

Theo Boer studeerde theologie en ethiek in Utrecht en Uppsala. Hij is Universitair docent medische ethiek aan Protestantse Theologische Universiteit te Groningen en verbonden aan het Ethiek Instituut van de Universiteit Utrecht. Hij is tevens ethicus-lid van een Regionale Toetsingscommissie Euthanasie.

Liever kanker dan de ouderdom

CHRISTINA MERCKEN

Het meisje in de krantenwinkel kijkt betuurd naar het pakje sigaretten dat de verkoper haar aanreikt: “Die wil ik niet. Kun je me niet die met kanker of de baby geven?” Als ze wegloopt blijft het geweigerde pakje op de toonbank liggen, met de tekst die het meisje zo afstootte: Roken verouderd de huid.

Achter de toonbank knipoogt de verkoper naar me: “Arm meisje, voorkomen kan ze het niet, de ouderdom komt nou eenmaal met gebreken.” Alsof het een waarheid als een koe is. Maar is dat wel zo? Steeds weer toont onderzoek aan dat de meeste gebreken, chronische ziekten en geestelijke problemen die zogenoemd met de ouderdom komen, door vier simpele gedragsverandering te voorkomen zijn. Wie niet rookt, matig drinkt, regelmatig beweegt en iedere dag fruit en groenten eet kan de kans op succesvol en gezond oud worden sterk vergroten.

En toch rookt het meisje dat zo bang is gebrekkig oud te worden. Waarom? Ook daarop hebben onderzoekers antwoord. Dat komt

omdat mensen nu eenmaal gevoeliger zijn voor korte termijn effecten dan die op de langere termijn. We blijven liever in ons warme bed liggen dan eruit te gaan om hard te lopen zodat we in de tweede helft van ons leven fitter zijn. Maar niet iedereen blijft liggen. Niet iedereen blijft roken. En inmiddels weten onderzoekers ook waarom de een wel goed voor zijn lichaam zorgt en de ander niet. De eerste groep heeft een positief toekomstbeeld waar ze graag naartoe werken. Dit zijn de mensen die een gezonde en fitte toekomst als oudere voor zich zien en dat stimuleert hen om die toekomst ook werkelijkheid te maken. De tweede groep daarentegen, heeft een negatief toekomstbeeld dat ze liever niet onder ogen zien. Net als het meisje met de sigaretten zien ze een ouderdom vol gebreken voor zich. En dus steken ze hun kop in het zand en gedragen zij zich alsof alleen het hier en nu telt.

Inderdaad, arm meisje. Haar angst voor een gebrekkige ouderdom leidt er juist toe dat zij de kans erop enorm vergroot.

Honkvast in een koopwoning: vergrijzing, verzilvering en woningaanpassingen

CAROLA DE GROOT, FRANK VAN DAM & FEMKE DAALHUIZEN

De vergrijzing resulteert in een roep om nieuwbouw van voor ouderen geschikte woningen. Maar zijn aanpassingen van bestaande woningen niet een meer voor de hand liggende oplossing, gezien de honkvastheid van ouderen? En als aanpassing de voorkeur krijgt wat betekent dit dan, wetende dat ouderen steeds vaker huiseigenaar zijn?

Vergrijzing in Nederland: nieuwe ouderen

Nu de eerste vertegenwoordigers van de naoorlogse geboortegolf (de babyboomgeneratie) 65 jaar zijn geworden, neemt de vergrijzing een hoge vlucht. Momenteel is 16 procent van de Nederlandse bevolking 65 jaar of ouder. Volgens de demografische prognoses van het CBS en het Planbureau voor de Leefomgeving (PBL) zal in 2040, op de top van de vergrijzingsgolf, een kwart van de bevolking ouder zijn dan 65 jaar. Er zullen dan zo'n vijf miljoen 65-plussers in Nederland wonen.

Niet alleen de toename van het aantal en aandeel ouderen zal gevolgen hebben voor de woningmarkt, maar ook het feit dat deze ouderen op een aantal kenmerken anders zijn dan de ouderen van nu. Dit kan resulteren in ander gedrag op de woningmarkt.

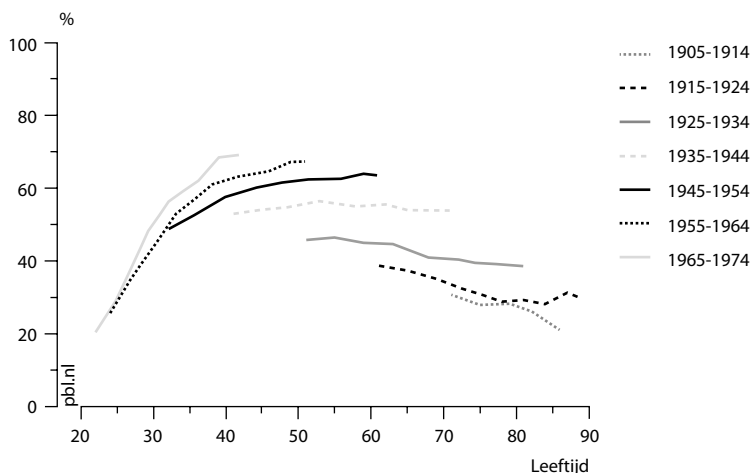
Zo zijn de ouderen in toenemende mate alleenstaand en kinderloos. Concreet betekent dit dat op de lange termijn minder ouderen kunnen terugvallen op een partner of kinderen, bijvoorbeeld voor hulp en mantelzorg (Van Dam et al. 2013). Het aantal jaren dat 65-jarigen gemiddeld vrij zijn van (matige tot ernstige) fysieke beperkingen is echter ook gestegen in de afgelopen decennia. Dit is een

positieve ontwikkeling in het licht van het beleidsstreven om ouderen langer zelfstandig te laten wonen.

Daarnaast zijn nieuwere generaties van ouderen vaker huiseigenaar dan de pre-babyboomgeneratie (zie figuur 1). Zo was in 1981 slechts 30 procent van de 65-plus huishoudens eigenaar van de woning; in 2012 gold dit voor 48 procent van de 65-plussers. Dat de pre-babyboomgeneratie rond het zestigste levensjaar minder vaak huiseigenaar is dan de generatie geboren in de periode 1935-1945, komt eenvoudigweg omdat deze generatie ouderen nooit de koopwoningmarkt heeft betreden – destijds was de woningmarkt immers minder koop-georiënteerd.

Honkvast in een niet specifiek voor ouderen geschikte woning

Op zich hoeft het toenemend aantal en aandeel ouderen geen gevolgen te hebben. Als ouderen zich net zo zouden gedragen als jongeren, zou er immers weinig veranderen. Maar ouderen gedragen zich wel degelijk anders, zeker op de woningmarkt. Een van de meest pregnante verschillen is te zien in de mate waarin wordt verhuisd: ouderen verhuizen veel minder dan jongeren. Zo verhuisde



Figuur 1. Aandeel huiseigenaren naar geboortecohort en leeftijd

(Bron: WBO's 1981-2002 & WoON 2006-2012)

in 2011 minder dan 5 procent van de 65-plussers; onder jonge twintigers lag dit aandeel in dat jaar rond de 27 procent. Dat jongeren veel vaker verhuizen dan ouderen komt omdat rond deze jaren veel gebeurtenissen plaatsvinden die van nature sterk zijn gebonden aan verhuizingen; denk aan uit huis gaan of gaan samenwonen. Pas op heel hoge leeftijd – na het 85^e levensjaar – gaan ouderen weer fors vaker verhuizen. Deze verhuizingen zijn vooral ingegeven door de toenemende zorgbehoeften en mobiliteitsbeperkingen.

In de afgelopen jaren zijn de ouderen zelfs nog honkvaster geworden. Dit heeft ten dele te maken met het toegenomen eigenwoningbezit onder ouderen; eigenwoningbezit remt de verhuismobiliteit af. Waar per 1.000 65-plussers er in 1995 nog 65 verhuisden, zijn dit er vandaag de dag nog maar 48. De honkvastheid van ouderen neemt in de (nabije) toekomst vermoedelijk verder toe, zowel door het toegenomen eigenwoningbezit, als door de doelstelling van het Rijk ouderen zo lang mogelijk zelfstandig te laten wonen.

Dat ouderen weinig verhuizen, betekent niet dat hun woning objectief gezien de meest ideale woning is om oud in te worden. Veel ouderen hebben hun woning betrokken in de gezinsvormende fase waarin ze vitaler en mobieler waren en ervaren pas veel later met welke gebreken de ouderdom komt. Gemiddeld

genomen wonen 75- en 85-plushuishoudens zo'n 25 jaar in de huidige woning. Vanwege de ongemakken waarmee ouder worden doorgaans gepaard gaat, zou je verwachten dat de feitelijke woonsituatie op een gegeven moment minder goed aansluit bij de meest geschikte woonsituatie.

Toch woont het merendeel (ongeveer 75 procent) van de 75-plushuishoudens in een woning die (in potentie) geschikt is om oud in te worden. Ofwel omdat ze speciaal bestemd zijn voor ouderen, ofwel omdat ze dicht bij een steunpunt liggen van waaruit mogelijk zorg of diensten geleverd kunnen worden, ofwel omdat het een nultredenwoning is ofwel omdat de woning ingrijpend is aangepast.

Uitbreiding of aanpassing?

De vergrijzing, in combinatie met het door de overheid ingezette beleid van extramuralisering, betekent een toenemende behoefte en daarmee (afgezet tegen het aanbod) een toenemend tekort aan woningen die geschikt zijn om oud in te worden (Van Galen & Willems 2011). Zonder extra inzet op woningaanpassingen loopt het aantal ouderen dat niet in een voor ouderen geschikte woning woont verder op tot ruim 400.000 zelfstandig wonende 75-plushuishoudens in 2040 (De Groot et al. 2013).

Het toenemende tekort aan voor ouderen

geschikte woningen wordt soms al snel vertaald naar een nieuwbouwopgave (ANBO 2012). Gezien de grote honkvastheid van ouderen, is het evenwel de vraag of dat een realistische opgave is. In de wetenschap dat veel ouderen in hun woning willen blijven wonen, óók wanneer zij minder mobiel en vitaal worden en de behoefte aan zorg toeneemt, is de opgave voor de woningvoorraad er eerder een van aanpassing van de bestaande voorraad dan van uitbreiding door nieuwbouw.

Op dit moment wonen ouderen vooral in (sociale) huurwoningen waar corporaties verantwoordelijk zijn voor het (levensloop) geschikt maken van woningen. Voor corporaties zijn dergelijke investeringen 'rendabeler' dan voor particuliere huiseigenaren, omdat vrijkomende huurwoningen weer verhuurd kunnen worden aan andere (oudere) huishoudens.

Ouderen zijn echter steeds vaker huiseigenaar. De verantwoordelijkheid voor de aanpassingsopgave verschuift daardoor meer en meer van de corporaties naar de oudere huiseigenaren zelf. Het toenemende eigenwoningbezit onder ouderen kan daarbij worden opgevat als een medaille met twee kanten: enerzijds betekent het dat de sturing op de realisatie van woningaanpassingen (door de Rijksoverheid dan wel lagere overheden als gemeenten) lastiger wordt, anderzijds kan het ook een spaarpot bieden voor de bekostiging van woningaanpassingen en zorg. De huidige 65-plussers hebben namelijk gemiddeld meer dan 200.000 euro aan overwaarde in het huis zitten. Maar makkelijk kapot te slaan is deze spaarpot niet (Mulder en Tang 2012). Hoewel er wordt nagedacht over mogelijkheden om het verzilveren van de overwaarde te vergemakkelijken zullen niet alle oudere huiseigenaren hier baat bij hebben. Er is immers ook een groep oudere huiseigenaren die nauwelijks overwaarde heeft of de overwaarde in de afgelopen jaren heeft zien verdampen. En deze groep is naar verwachting groeiende. De oudere huiseigenaren van straks zijn namelijk vermoedelijk minder vaak hypotheekschuldvrij (De Groot et al. 2013). Tegelijkertijd moet ook worden bedacht dat de huidige oudere huiseigenaren nauwelijks bereid of geneigd zijn te investeren in

woningaanpassingen die niet direct noodzakelijk zijn of die door hen niet als waarde-verhogend worden gezien. Mogelijk komt dit doordat het idee dat men bij een toenemende zorgbehoefte en mobiliteitsbeperkingen kan terugvallen op de overheid vooralsnog sterk is verankerd in het gedachtegoed van oudere huiseigenaren. Deze gedachte heeft echter bijstelling. In toenemende mate wordt immers een beroep gedaan op de zelfredzaamheid van burgers. Wanneer deze burgers een laag inkomen hebben in combinatie met een eigen huis zonder al te veel overwaarde, bestaat de kans dat deze zelfredzaamheid meer het karakter krijgt van het leren leven met de ongemakken in de eigen woning dan van het nemen van verantwoordelijkheid voor het aanpassen van de eigen woning.

Literatuur

- Dit artikel is grotendeels gebaseerd op de PBL studies Vergrijzing en Woningmarkt en Vergrijzing en Ruimte.
- Groot, Carola de, Dam, Frank van & Daalhuizen, Femke (2013). *Vergrijzing en Woningmarkt*. Den Haag: Planbureau voor de Leefomgeving.
- Dam, Frank van, Daalhuizen, Femke, Groot, C. de, Middelkoop, Manon van & Peeters, Pautie (2013). *Vergrijzing en ruimte: gevolgen voor de woningmarkt, vrijetijdsbesteding, mobiliteit en regionale economie*. Den Haag: Planbureau voor de Leefomgeving.
- ANBO (2012). Impuls bouw seniorenwoningen nodig, nieuwsbericht 11-12-2012, geraadpleegd op 14-1-2013 via <http://www.anbo.nl>.
- Galen, J. van & Willems, J. (2011). Monitor investeren voor de toekomst 2009. Delft: ABF Research.
- Mulder R.J. & P.J.T. Tang (2012). Overwaarde verzilver je niet zo makkelijk. *Tijdschrift voor de Volkshuisvesting*, 18(4), 14-17.

Over de auteurs

Carola de Groot, Frank van Dam & Femke Daalhuizen zijn allen werkzaam bij het Planbureau voor de Leefomgeving alwaar zij onderzoek doen op het snijvlak van demografie en wonen.

Psalm II

Systeem, Systeem, waar is mijn plaats?

Planeten wachten buitengaats,

geen Mars legt aan, geen Venus daalt.

Word ik verwacht of afgehaald?

Uw sterren keren traag maar vlug
hun puntbeeld naar Uw Raadsel terug.

Hoe dicht Gij zijt hoe meer nabij
hoe meer verwacht Uw oproep mij.

Uw stem herhaalt zich andermaal
waarheen ik U maar ademhaal,

kaatst in het hol van elke cel
waarin ik zelf de waarheid spel

maar laat mij hoorziek en ontheemd
en al Uw woorden zijn mij vreemd.

Zult Gij ooit zijn waar ik U prijs
in alle richtingen op reis
dan bid ik U te doen alsof
mijn stof mag paren met Uw Stof

Leo Vroman

Uit: *Psalmen en andere gedichten*, Amsterdam: Querido, 1995.

Effecten van de versobering van de pensioenopbouw

JAN BONENKAMP EN MARCEL LEVER

Het kabinet heeft met instemming van de Eerste en Tweede Kamer besloten om de fiscaal gesubsidieerde opbouw van aanvullend pensioen fors te verlagen. Het kabinet beoogt hiermee een budgettaire opbrengst van 2,9 miljard euro te realiseren in 2017. Het is qua opbrengst de grootste maatregel van het kabinet Rutte II.

In dit artikel gaan we in de eerste plaats in op de generatie-effecten van de versobering van de pensioenopbouw. Naast dit verdelingsvraagstuk besteden we ook aandacht aan het effect van de verminderde pensioenopbouw op de pensioenambitie: welk ambitieniveau is nog haalbaar met die verlaagde opbouw? We beginnen deze bijdrage met een korte toelichting op de kabinetsplannen.

Versobering Witteveenkader

In het Regeerakkoord is afgesproken om het Witteveenkader, dat de fiscale aftrekbaarheid van pensioenpremies begrenst, te beperken vanaf 2015. De maximale fiscaal gefaciliteerde jaarlijkse opbouw gaat omlaag van 2,15% naar 1,75% bij middelloonregelingen en van 1,90 naar 1,55% bij eindloonregelingen.* Deze maatregel komt bovenop de eerdere verlaging van de maximale jaarlijkse opbouw met 0,1%-punt in het Lenteakkoord. Afgezien van de

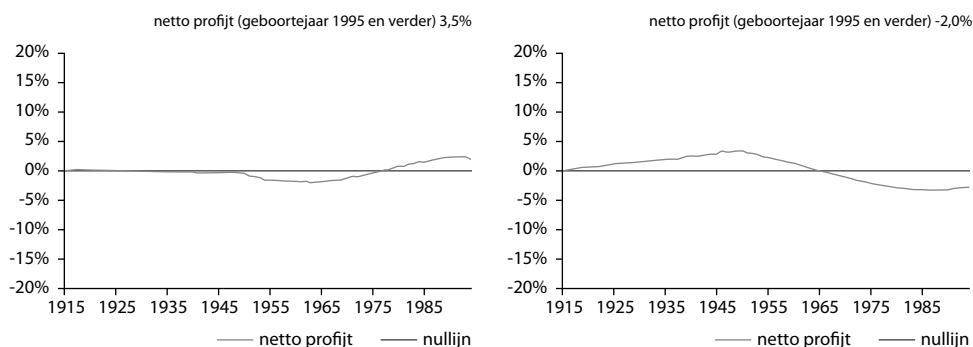
effecten van tussentijdse aanpassingen van de pensioenrichtleeftijd, resulteert na 40 jaar werken dan een pensioen in de orde van 70% middelloon of 62% eindloon. Daarnaast is afgesproken om de fiscale begunstiging van pensioensparen af te toppen boven honderdduizend euro. Zonder compensatie impliceren beide maatregelen gezamenlijk een verlaging van de pensioenopbouw en van de kostendeekkende premie met 22%.

Het CPB heeft eerder ingeschat dat door deze maatregelen de feitelijke pensioenpremie ongeveer 15% lager uitvalt dan in een scenario van ongewijzigd beleid. De resterende premieruimte wordt naar verwachting aangewend voor het verhogen van de indexatieambitie (bijvoorbeeld meer loonindexatie), het verminderen van de kans op onvolledige indexatie of korten (bijvoorbeeld door minder risicovol beleggen) of het verhogen van het nabestaandenpensioen.

Definitie generatie-effecten

Een politiek relevante vraag is hoe de versobering van het Witteveenkader uitpakt voor verschillende generaties. Deze zogenoemde generatie-effecten zijn door het CPB berekend met behulp van een stochastisch pensioenmodel.

* Dit kabinetsplan is eind vorig jaar niet aangenomen door de Eerste Kamer. Het kabinet heeft daarop een akkoord gesloten met enkele oppositiepartijen waarin de opbouw minder wordt verlaagd, namelijk tot 1,875 procent (middelloon). De berekeningen in dit artikel zijn nog gebaseerd op de oorspronkelijke kabinetsplannen.



Figuur 1. Generatie-effecten bij directe aanpassing van de premie (links) en bij een constante premie (rechts)

Met dit model kan voor een zeer groot aantal economische scenario's (ten aanzien van rentes, de aandelenkoers, inflatie etcetera) bepaald worden hoe pensioenuitkeringen en -premies zich kunnen gaan ontwikkelen.

We berekenen de generatie-effecten van de versobering van het Witteveenkader onder twee scenario's:

- In het eerste scenario daalt de pensioenpremie in 2015 direct in lijn met de verlaagde pensioenopbouw;
- In het tweede scenario blijft de pensioenpremie constant over de gehele simulatieperiode, terwijl de pensioenopbouw wordt verlaagd. De betaalde premie wordt mede aangewend voor extra indexatie van bestaande rechten.

Omvang generatie-effecten

Bij directe aanpassing van de pensioenpremie zijn de generatie-effecten beperkt, doordat de daling van de premie en van de latere pensioenuitkeringen elkaar min of meer compenseren (zie figuur 1, links). Op de horizontale as van deze figuur staat het geboortjaar van een cohort en op de verticale as de mutatie in het netto profijt (de waardeoverdracht) als percentage van het totale aanvullend pensioen. Voor de gepensioneerden is er een effect van nul, de oudere werkende generaties verliezen iets en de jongere werkende generaties gaan er licht op vooruit. De cijfers bovenin de figuren representeren het gewogen gemiddelde van het netto profijt van alle toekomstige generaties, wederom uitgedrukt als percentage van

het pensioen: bij directe premieverlaging gaan ook zij er licht op vooruit.

De verlaagde pensioenopbouw (gecombineerd met de lagere premie) betekent dat oudere werkenden minder profiteren van de voor hen gunstige overdrachten uit hoofde van de doorsneesystematiek. Bij de doorsneesystematiek betalen ouderen en jongeren dezelfde procentuele premie voor een vergelijkbare opbouw van rechten, hoewel de beleggingsopbrengsten naar verwachting verschillen naar gelang de tijdshorizon. Voor jongere generaties geldt het omgekeerde: zij hoeven in absolute zin minder pensioenpremie af te dragen aan de oudere generaties.

De generatie-effecten bij een constante premie zijn forser en laten een omgekeerd beeld zien (zie figuur 1, rechts). Het constant houden van de premie is in het voordeel van de oudere generaties, omdat zij profiteren van de extra indexatie die de vrijgevallen premieruimte mogelijk maakt en geen of minder last hebben van de lagere pensioenopbouw. Deze winst gaat ten koste van de jongere en toekomstige generaties, omdat de generatie-effecten van alle generaties bij elkaar opgeteld per definitie gelijk moeten zijn aan nul. Een euro in kas kun je immers maar één keer uitgeven.

Effect versobering Witteveenkader op vervangingsratio

Naast de omvang van de generatie-effecten is een andere relevante vraag wat voor pensioenambitie nog haalbaar is met een verlaagde opbouw. We meten het pensioenresultaat als

de totale bruto pensioenuitkering (AOW en aanvullend pensioen) ten opzichte van het laatstverdiende brutoloon. Dit verhoudingsgetal wordt ook wel de vervangingsratio genoemd. De vervangingsratio is een lastig te bepalen grootheid omdat het sterk afhankelijk is van individuele omstandigheden, zoals het aantal jaren pensioenopbouw, de huishoudsituatie en het inkomensprofiel.

Tabel 1 presenteert voor verschillende inkomensniveaus de vervangingsratio, voor en na de versobering. Het perspectief is een nieuwe toetreders van 25 jaar, die de gehele loopbaan met de verlaagde opbouw te maken heeft. De basissituatie betreft een loonprofiel met een gemiddelde van 40 duizend euro bruto over de loopbaan. Vanwege carrièresprongen zit een jonge deelnemer die nog aan het begin van de loopbaan staat onder dit gemiddelde en een oudere deelnemer erboven. We zetten het basispad af tegen een hoger gemiddeld loon (80 duizend euro) en een lager gemiddeld loon (20 duizend euro). Bij de bepaling van de vervangingsratio is verondersteld dat een individu volledig werkt tot aan de AOW-leeftijd. Uitgaande van de meest recente bevolkingsprognose van het CBS (2012), zal deze persoon pas vanaf 71-jarige leeftijd een AOW-uitkering krijgen. Aangezien de uit-

komsten onzeker zijn, rapporteren we een bandbreedte. In het basisscenario daalt de gemiddelde vervangingsratio door de versobering van 80 procent naar 71 procent.

De versobering van de pensioenopbouw als gevolg van de beperking van het Witteveen-kader treft vooral werkenden met hoge inkomens, omdat voor hen het aanvullend pensioen relatief belangrijk is in vergelijking met de AOW. Indien werkenden de versoberde opbouw te laag vinden, kunnen zij de vrijvallende pensioenpremie uiteraard sparen in eigen beheer.

Het effect van de versobering van de opbouw zal kleiner zijn voor oudere werknemers, omdat zij minder jaren opbouw voor de boeg hebben. Dit betekent overigens niet dat oudere werknemers op een hogere vervangingsratio uitkomen, aangezien zij minder opbouwjaren hebben bij een minder hoge AOW-leeftijd. Bovendien ondervinden oudere werknemers en gepensioneerden naar verwachting meer nadeel van de kortingen en de achterblijvende indexatie in de afgelopen en de komende jaren dan jongeren. Wegens het ontbreken van jaarlijkse gegevens over opbouw in het verleden, zijn geen resultaten voor oudere werknemers in de tabel opgenomen.

Tabel 1. Vervangingsratio van een 25-jarige voltijdwerker bij pensionering voor en na verlaging pensioenopbouw (in % eindloon, inclusief AOW)

	Middenscenario		Optimistisch scenario		Pessimistisch scenario	
	voor	na	voor	na	voor	na
Basis	80	71	86	77	58	53
Hoog loon	84	74	92	80	57	50
Laag loon	71	67	74	69	61	58
Ongehuwd	89	81	95	86	68	62
Geen carrière	90	81	98	88	64	58
Deeltijd	101	92	107	98	79	74

Het middenscenario correspondeert met de mediaan, het pessimistische scenario met het 2,5%-percentiel en het optimistische scenario met het 97,5%-percentiel.

Breder perspectief

Het effect van de verlaging van de pensioenopbouw op de pensioenuitkeringen wordt deels gecompenseerd doordat werknemers over meer jaren pensioen kunnen opbouwen dan voorheen. Werknemers zullen na de versobering van de pensioenopbouw voor eenzelfde pensioen wel langer moeten werken dan voorheen. De toetredingsleeftijd voor pensioenopbouw is in 2007 verlaagd van maximaal 25 naar maximaal 21 jaar. De gemiddelde uittreedleeftijd is reeds gestegen van 61 jaar in 2006 naar 63,9 jaar in 2013. Voor de huidige jongeren stijgt de AOW-leeftijd vanwege de koppeling aan de levensverwachting, volgens de meest recente bevolkingsprognose van het CBS, naar 71 jaar. De lagere toetredingsleeftijd en de hogere uittreedleeftijd bieden ruimte voor meer dan 40 jaren pensioenopbouw.

Een versobering van de jaarlijkse pensioenopbouw met een navenante verlaging van de premie heeft beperkte generatie-effecten. In-

dien de premie gelijk blijft én mede aangevend wordt voor extra indexatie van bestaande rechten, ontstaat er wel enige overheveling van jonge en toekomstige generaties naar de huidige oudere generaties.

Tegenover de hogere aanvangsleeftijd voor de AOW staat dat de jongere generaties ook een hogere levensverwachting hebben dan de oudere generaties. Per saldo neemt de duur van het door de overheid gefinancierde of fiscaal pensioen in verhouding tot die van het werkzame leven echter af.

Meer informatie

Dit artikel is een korte bewerking voor Gerôn van de CPB notitie 'Generatie effecten van de versobering van de pensioenopbouw'. De volledige notitie is te downloaden op de website van het CPB.

Over de auteurs

Jan Bonenkamp en *Marcel Lever* werken als onderzoekers bij het Centraal Planbureau.

Veranderingen in de zorgwetgeving en de gevolgen voor ouderen met een zorgbehoefte

ANNE-MARIE VAN BERGEN

In 2015 verandert er veel in de wetgeving die de zorg voor ouderen en gehandicapten regelt: de AWBZ verdwijnt, verstrekkingen vervallen of worden verdeeld over de Zorgverzekeringswet (ZVW), de herziene Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en de Wet Langdurige Zorg (WLZ). In 2014 zijn hier de eerste veranderingen van merkbaar. Wat verandert er en wat gaan ouderen met een zorgbehoefte hiervan merken? Wat zijn kansen en wat zijn risico's? Hoe kunt u hierop inspelen?

De veranderingen op een rijtje

De AWBZ houdt op te bestaan. In 2013 is de toegang tot verzorgingshuishouding voor ouderen die nog redelijk zelfredzaam zijn gestopt. Dit gaat over de voormalige zorgzwaartepakketten (ZZP) 1 en 2. In 2014 is ook ZZP 3 vervallen. Dit scheiden van wonen en zorg gaat de komende jaren verder. In 2016 zal ZZP 4 deels vervallen. Daarmee komt een einde aan het verzorgingshuis, zoals we dat tot nu toe kenden. Ouderen zullen langer zelfstandig wonen, ook als sprake is van verminderde zelfredzaamheid en een grote verzorgingsbehoefte. Voor een voorbeeld van de ouderen om wie het gaat, zie het kader op deze pagina.

In 2013 en 2014 is de situatie ontstaan, dat de intramurale zorg al wordt afgebouwd, terwijl het wettelijk kader voor de vervangende zorg in de thuissituatie nog niet is aangepast. Dat staat wel te gebeuren. Persoonlijke verzorging en verpleging in de thuissituatie gaan per 2015 naar de zorgverzekeringswet. De wijkverpleegkundige nieuwe stijl wordt een

centrale uitvoerder hiervan. Zij is de *linking pin* tussen de medische en paramedische zorg die via de zorgverzekeringswet geregeld is en de sociale zorg en welzijn die binnen het gemeentelijk sociaal domein vallen. Ook krijgt zij een belangrijke rol bij het bewaken van de afstemming tussen mantelzorg en professionele zorg. Dementiezorg zal vooral binnen het domein van de zorgverzekeringswet gestalte krijgen.

Begeleiding, inclusief het zorgdragen voor dagactiviteiten en kortdurend verblijf (respijtzorg) gaan naar de Wmo. Het gaat daarbij om het zorgen voor praktische steun om het eigen huishouden te kunnen voeren en om deel te kunnen nemen aan het sociale leven. Hier worden gemeenten verantwoordelijk voor, zoals ze al zijn voor hulpmiddelen, woningaanpassing, hulp bij het huishouden en mantelzorgondersteuning. Voor ouderen met een zorgbehoefte zal de invulling van de sociale kant het grote verschil maken of thuis verblijven een haalbare situatie oplevert, waarin de oudere voldoende kwaliteit van leven ervaart. De gemeenten krijgen ruimte voor de invul-

Mevrouw S. (86), weduwe zonder kinderen, heeft na een lichte beroerte veel moeite met lopen. Ook heeft ze last van concentratie- en oriëntatiestoornissen, diabetes, een chronische blaasontsteking en hartritmestoornissen. Ze gebruikt incontinentiemateriaal, maar kan dit zelf niet goed verwisselen. Ze durft niet zonder begeleiding buitenshuis, omdat ze de weg kwijtraakt en bang is te vallen. Ze kan geen boeken meer lezen en ook haar hobby's handwerken en schilderen gaan niet meer. Ze vergeet afspraken en ze kan niet meer koken. Vrienden en familie ziet ze nauwelijks; ook die zijn overleden of oud en niet meer mobiel. Soms vergeet ze te eten en te drinken. Haar dagen zijn leeg. Ze zit op de bank en kijkt tv. Uit zichzelf komt ze tot niets. De situatie maakt haar eenzaam en triest.

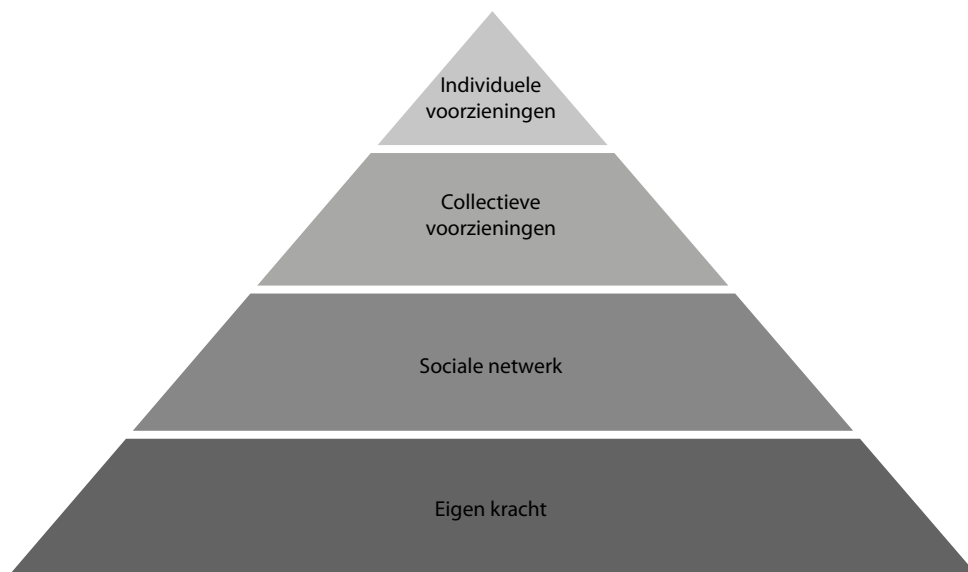
ling van hun wettelijke opdracht, zodat ze lokaal maatwerk kunnen realiseren. Veel gemeenten proberen de zorg dichtbij de leefwereld van de mensen te brengen door het inrichten van sociale wijkteams of het stimuleren van wijknetwerken. Hierin werken professionals uit verschillende disciplines (welzijn, jeugd, zorg, werk en inkomen) samen met

elkaar, met informele zorgverleners en met de zorgvragers binnen een afgebakend gebied. Doel is 'levensbreed' en dichtbij huis ondersteuning en zorg te organiseren. De bedoeling is dat de wijkverpleegkundige deelneemt in, of intensief samenwerkt met zo'n sociaal team.

Tenslotte komt er een Wet Langdurige Zorg, die de zware en langdurige (meestal) intramurale zorg zoals verpleeghuiszorg regelt. Deze zorg is alleen beschikbaar voor personen die 7x24 uur direct beschikbare zorg en voortdurend toezicht nodig hebben.

De achterliggende visie: veranderende verhoudingen

De visie achter deze wetsveranderingen is dat de verzorgingsstaat is doorgeschoten. We worden steeds afhankelijker van professionele zorg en steun, die via de staat wordt betaald. Vandaar de oproep aan de bevolking om meer zelf, in persoon en vanuit de eigen middelen, te investeren in maatregelen om verlies aan zelfredzaamheid op te vangen en in de ondersteuning van elkaar daarbij. Iedereen wordt aangesproken om een steentje bij te dragen. Als in een gemeente veel onderlinge contacten en spontane ondersteuning plaatsvinden, en er zijn goede en toegankelijke algemene voor-



De piramide van eigen kracht

zieningen, dan kan je toe met minder professionele (maatwerk)voorzieningen dan wanneer dat niet het geval is. Veel gemeenten werken daarom aan innovaties. Ze streven ernaar dat mensen zo veel mogelijk onderling voor elkaar zorgen (als mantelzorger en als vrijwilliger), dat inwoners zelf met initiatieven komen voor passende oplossingen en dat professionals dienstverlenend en ondersteunend daarop aansluiten, in plaats van zelf alle zorg te leveren. De gemeente wordt meer een partner, die meedenkt, mee-organiseert en bureaucratische belemmeringen wegruimt, dan dat ze uitsluitend optreedt als beleidsmaker en claimbeoordelaar vanuit een kantoor. Gemeente, professionele ondersteuningsorganisaties, vrijwilligers en bewoners en hun organisaties worden samenwerkingspartners die elk vanuit eigen mogelijkheden hun bijdrage leveren. Iedereen moet veranderen en uit zijn comfortzone komen.

Bezuinigingen

Een complicerende factor bij deze omvangrijke wetswijzigingen is dat gemeenten tegelijkertijd ingrijpend moeten bezuinigen. Naast inhoudelijke overwegingen is de financiële onhoudbaarheid van de verzorgingsstaat zoals we die nu kennen een reden voor de stelselhervorming. Ook zorgt de economische crisis nu al voor minder beschikbare publieke middelen. Het beschikbare budget voor hulp bij het huishouden wordt vanaf 2015 in een paar stappen met 40% teruggebracht, het budget voor begeleiding dat gemeenten in 2015 krijgen is slechts 75% van het budget dat daar nu in de AWBZ in omgaat. Ook de invoering van Jeugdwet en Participatiewet gaan gepaard met budgetverminderingen ten opzichte van de huidige situatie.

Gemeenten moeten dus tegelijkertijd innoveren en bezuinigen. Dat is een slechte combinatie. Het risico bestaat dat de bestaande voorzieningen worden afgebroken voordat nieuwe voorzieningen en diensten er zijn. Huisartsen signaleren al gevolgen en hebben hiervoor gewaarschuwd (LHV, 2014). Wat kunnen professionals doen? Advies: aarzel

niet om effecten van te strenge normen en verschraling te signaleren en bespreekbaar te maken, maar werk tegelijkertijd opbouwend mee aan alternatieven die passen binnen het beschikbare budget en de gemeentelijke visie op het vormgeven van ondersteuning.

Wat betekent dit nu voor ouderen zoals mevrouw S.?

In het verleden zou haar vereenzaamde situatie met de gezondheidsklachten die ze heeft voldoende reden zijn voor opname in een verzorgingshuis met een ZZP 3 of 4. Nu blijft ze thuis wonen. Ze heeft immers niet voortdurend hulp en toezicht nodig. Huisarts, wijkverpleegkundige en leden van een sociaal wijkteam zullen er dan samen en in nauw overleg met mevrouw S. voor moeten zorgen dat zij meer onder de mensen komt, beweging en afleiding krijgt en dat ze in de thuissituatie voldoende steun krijgt om te voorkomen dat ze qua hygiëne, eten en drinken tekort komt. Zij zullen hierbij niet alleen beroepskrachten inzetten, maar ook kijken naar mogelijkheden in het netwerk van mevrouw en/of de inzet van vrijwilligers. Ook zal haar financiële situatie een rol spelen: kan zij ondersteuning (deels) zelf bekostigen?

Wat voor mevrouw S. veel zal uitmaken, is de plek waar ze woont, haar financiële situatie en in hoeverre er in haar woonplaats al een start is gemaakt met de ontwikkeling van alternatieven.

Er zijn in het land al voorbeelden van (kleinschalige) woonvormen voor ouderen, waar ieder het eigen appartement huurt en waar via onderlinge steun en met behulp van domotica, thuiszorg, vrijwillige inzet, betrokkenheid van mantelzorgende familieleden en vrienden, en in samenspel met de buurt bevredigende oplossingen gevonden worden met een goede kwaliteit van leven.

Op veel plaatsen ontstaan laagdrempelige steunpunten, waarin bijvoorbeeld open eetcafés en een activiteitenaanbod zijn en waar ouderen terecht kunnen voor (vrijwillige) hulp bij boodschappen, klusjes en tuinonderhoud. Een voorbeeld hiervan is: OOK Zandvoort.

Deze aanpakken vragen om randvoorwaarden die niet altijd beschikbaar zijn. Voor een mevrouw S. zonder dichtbij wonende kinderen, met een uitgedund sociaal netwerk, zonder eigen vermogen of behoorlijk pensioen en wonend in een plaats waar mensen langs elkaar heen leven, is het risico op vereenzaming en verwaarlozing zeker aanwezig.

Professionals maken het verschil!

De kaders zijn volop in beweging, voor een professional is het belangrijk dat deze zich daardoor niet laat verlammen. Om mensen als mevrouw S. ook in de toekomst kwaliteit van leven te kunnen bieden, is het essentieel dat opdrachtgevers én organisaties daarvoor ruimte geven en dat professionals die nemen. De professional die meebeweegt, naast de kwetsbare oudere staat, ruimte biedt voor eigen regie en aan de bel trekt als een situatie daar aanleiding toe geeft, vrijwilligers en mantelzorgers betreft en steunt, samenwerkt met andere disciplines, bereid is te werken vanuit de bedoeling van zijn functie en niet uitsluitend vanuit de taak- en functiebeschrijving en protocollen, is de professional die broodnodig is in de nieuwe situatie.

Literatuur

- Kamerbrief van VWS, Uitwerking extramuraliseren lichte zorgzwaartepakketten d.d. 12 09 2012, DLZ-U-3131822.
- VWS-nota, Hervorming van de langdurige ondersteuning en zorg, LZ 103091, behorend bij de Kamerbrief d.d. 25 april 2013, nr. 114352-103091-LZ.
- Kamerbrief van VWS: Samenhang in zorg en ondersteuning, d.d. 4 maart 2014, nr. 188415-115983-Z
- Landelijke Huisartsen Vereniging (2014), Enquête-verslag: huisartsen maken zich zorgen over langer thuis wonen ouderen, d.d. 22 maart.
- Vlaar, P. e.a. (2013), *Competenties maatschappelijke ondersteuning*, Utrecht: Movisie.
- Website: www.oorkzandvoort.nl, een voorbeeld van een laagdrempelige wijkvoorziening.
- Website: www.kcwz.nl voor voorbeelden van vernieuwende woon-zorg-arrangementen.

Over de auteur

Anne-Marie van Bergen is senior adviseur in het programma Sociale Zorg van Movisie. Zij adviseert gemeenten, organisaties op het gebied van zorg en welzijn, vrijwilligers- en cliëntenorganisaties over de ondersteuning en zorg aan en participatie van mensen in kwetsbare posities. Op dit moment is ze daarbij veel bezig met de voorbereidingen op de transitie van AWBZ naar Wmo.

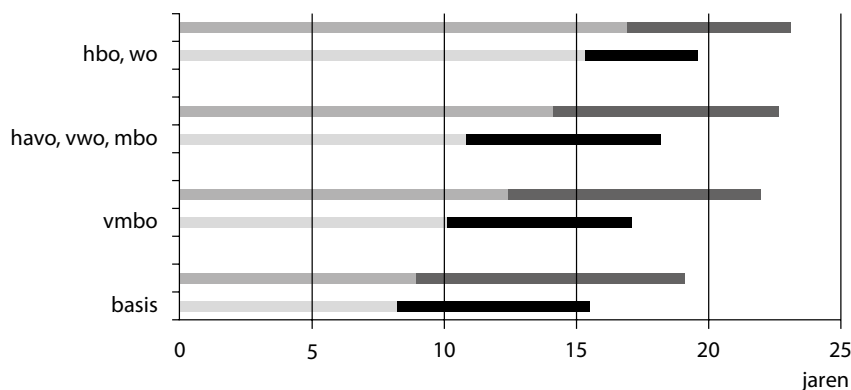
Grote verschillen in (gezonde) levensverwachting naar opleiding

HANNA VAN SOLINGE, NIDI

De gemiddelde Nederlander wordt steeds ouder. Vrouwen leven gemiddeld langer dan mannen. De levensverwachting van hoogopgeleide mensen is aanzienlijk hoger dan die van laagopgeleiden. Hoogopgeleiden leven ook veel langer in goede gezondheid dan laagopgeleiden. De figuur toont de resterende levensverwachting op 65-jarige leeftijd voor mannen en vrouwen en naar opleidingsniveau. Een gemiddelde Nederlandse man met hbo/universiteit als hoogst behaalde

opleidingsniveau heeft op 65-jarige leeftijd nog 19,6 levensjaren te gaan, waarvan 15,3 jaren (78%) in als goed ervaren gezondheid. Een man met alleen basisonderwijs daarentegen heeft gemiddeld nog 15,5 levensjaren te gaan, waarvan 8,2 (53%) in goede gezondheid. De verschillen in de zogenaamde gezonde levensverwachting tussen hoog- en laagopgeleide mannen is 7,1 jaar. Bij vrouwen is dit verschil maar liefst 8 jaar.

Resterende levensverwachting op 65-jarige leeftijd



resterende levensverwachting vrouwen (bovenste balk ■) waarvan in als goed ervaren gezondheid (■)
 resterende levensverwachting mannen (onderste balk ■) waarvan in als goed ervaren gezondheid (■)

Het Vlaams bevolkingsonderzoek naar dikkedarmkanker

GUIDO VAN HAL

Sinds kort krijgen alle Vlamingen in de leeftijd van 56 tot en met 74 jaar een uitnodiging om deel te nemen aan het Vlaams bevolkingsonderzoek naar dikkedarmkanker. Bij mensen zonder klachten of symptomen kan deze kanker in een vroeg stadium worden opgespoord. In deze bijdrage wordt ingegaan op de vraag waarom u wel of niet zou deelnemen aan dit bevolkingsonderzoek.

Voor- en nadelen van bevolkingsonderzoek naar kanker

Het langstlopende bevolkingsonderzoek naar kanker in Vlaanderen, dat naar borstkanker, is sinds 2001 geïmplementeerd. Daar waar de Vlaamse gezondheidsdoelstelling zich toenmaals voornamelijk toelagde op het maximaliseren van de participatiegraad ('Tegen 2012 dient de participatie binnen de doelgroep van 50 tot en met 69 jaar 75% te bedragen'), is er sedertdien heel wat discussie ontstaan over de zin of de onzin van borstkankerscreening. In het Verenigd Koninkrijk stelde men een onafhankelijk panel aan dat moest uitmaken of het nog zin had om de bevolking deze vorm van screening aan te bieden (Independent UK Panel, 2012). Het panel oordeelde dat het nog altijd zinnig is om aan borstkankerscreening te doen maar dat er een belangrijke voorwaarde is: er moet voldoende en objectieve informatie aan de vrouwen worden gegeven, zodat ze een geïnformeerde keuze kunnen maken om al dan niet deel te nemen. Ook de Gezondheidsraad in Nederland werd gevraagd om na te gaan of het nog zin had om het programma voor borstkankeropsporing voort te zetten

(Gezondheidsraad, 2014). De Raad kwam eveneens tot de bevinding dat bevolkingsonderzoek nog steeds loont, ondanks een zekere mate van overdiagnose.

Wat is darmkanker?

Dikkedarmkanker ontstaat niet uit het niets. Er is een preklinische fase te onderscheiden, waarbij in de darm poliepen ontstaan. Deze poliepen kunnen doorgroeien tot dikkedarmkanker. Het proces van een gezonde darm over poliepen naar dikkedarmkanker verloopt traag en kan tot 15 jaar in beslag nemen. Dit opent perspectieven om tijdens die periode de voorloperletsels of een vroege kanker te ontdekken dankzij screening. Darmkanker komt frequent voor in België: het is de tweede meest voorkomende kanker bij vrouwen, na borstkanker, en de derde meest voorkomende kanker bij mannen, na prostaat- en longkanker.

Hoe zit het met screening naar dikkedarmkanker?

In oktober 2013 startte de Vlaamse overheid met de implementatie van het bevolkingsonderzoek naar dikkedarmkanker voor alle Vla-

mingen van 56 tot en met 74 jaar. Was het verstandig van de Vlaamse overheid om een nieuw bevolkingsonderzoek naar kanker te starten, terwijl er zoveel commotie was en is over het bevolkingsonderzoek naar borstkanker? Er zijn Europese richtlijnen, die de lidstaten van de EU aanbevelen om een bevolkingsonderzoek naar dikkedarmkanker aan te bieden aan hun inwoners en die gebaseerd zijn op wetenschappelijke evidentie, dus daar zit het wel goed (Segnan et al., 2010). Bovendien is er in de wetenschappelijke wereld veel minder discussie over de zin van dikkedarmkankerscreening dan over borstkankerscreening. Toch is ook hier het plaatje genuanceerd.

Voor- en nadelen van bevolkingsonderzoek naar dikkedarmkanker

De voordelen zijn legio: de staalname is eenvoudig, kan thuis gebeuren door de deelnemer zelf en het bevolkingsonderzoek is bovendien gratis (de afnameset en het onderzoek in het labo). Binnen twee weken na afname worden alle deelnemers persoonlijk bericht over het resultaat. De kwaliteit van het programma wordt bewaakt en alle resultaten worden opgevolgd. Het grootste voordeel is natuurlijk dat poliepen vroeg kunnen worden opgespoord en verwijderd. Hierdoor is de behandeling meestal minder zwaar en stijgt de overlevingskans. Grote gerandomiseerde, gecontroleerde studies, hebben aangetoond dat door vroegtijdig onderzoek, de sterfte ingevolge dikkedarmkanker met 15% kan dalen. Voor een kanker die zo vaak voorkomt en waaraan elk jaar 1.800 Vlamingen sterven, betekent dat toch een fikse gezondheidswinst.

Maar er zijn ook nadelen. Sommige mensen zijn niet zo happig om een staaltje van hun stoelgang te nemen. Uit het proefproject dat in Vlaanderen werd uitgevoerd, bleek het zogenaamde stoelgangstaboe echter best mee te vallen (Hoeck et al., 2011; Van Hal et al., 2012). Een vervelender nadeel is dat de resultaten van het onderzoek geen definitieve diagnose zijn. Screening of bevolkingsonderzoek levert steeds waarschijnlijkheidsdiagnose

ses op. Als er sporen van bloed zijn gevonden, dient een bijkomend onderzoek (kijkonderzoek of colonoscopie) te worden uitgevoerd om zekerheid te krijgen over het resultaat. Het wachten hierop kan voor spanning zorgen. Soms blijkt uit dit bijkomend onderzoek dat er niets aan de hand is, waardoor men zich kan afvragen waarom men dit bijkomend onderzoek heeft laten uitvoeren. Andersom kan ook: dat er wel degelijk iets aan de hand is maar dat er geen bloed is terug te vinden in het staal.

Een ander nadeel voor mensen die een colonoscopie moeten laten uitvoeren, is dat dit onderzoek niet zonder risico's is. Bij één op 1.000 onderzoeken komt een darmperforatie of bloeding voor.

Wat beslist u bij een uitnodiging?

Iedere potentiële deelnemer aan het bevolkingsonderzoek naar dikkedarmkanker dient, evenals bij borstkankerscreening, een geïnformeerde keuze te maken. De vraag of de voordelen opwegen tegen de mogelijke nadelen, is een individuele keuze. In het voordeel van deelname spreekt alleszins dat, zoals bij alle kankers, de kans om te genezen groter wordt bij kleinere gezwellen. Screening is net bedoeld om de dikkedarmkanker in een vroeg stadium op te sporen. De statistieken zijn duidelijk: in stadium I, als de kanker beperkt is tot de darmwand, overleeft tot 95% van de patiënten in de eerste vijf jaar. In stadium II, wanneer de kanker doorheen de darmwand is gegroeid, zakt de overleving spectaculair tot tussen de 20 en de 40%. In stadium III, waarbij ook lymfeklieren in de omgeving zijn aangetast, is de overleving eveneens tussen de 20 en de 40%. In stadium IV tenslotte, als er sprake is van metastasen of uitzaaiingen op afstand, overleeft slechts tot 5% van de patiënten.

'Ik heb geen klachten' is geen excuus om niet deel te nemen. Het excuus dat men zich perfect gezond voelt en geen klachten heeft en het daarom niet nodig is om deel te nemen aan de screening naar dikkedarmkanker, gaat niet op. Het is juist de bedoeling om de darmkan-

ker te vinden wanneer hij zo klein mogelijk is en nog geen klachten geeft. Integendeel zelfs, mensen die al klachten of symptomen hebben, behoren niet tot de doelgroep voor screening maar worden geacht zich met hun klachten of symptomen rechtstreeks tot een arts te wenden.

'Ik doe niet mee want de test geeft vaak verkeerde resultaten.' Net zoals bij de mammografie bij borstkankerscreening, is de test voor dikkedarmkanker niet perfect. Die test, de immunochemische faecaal occult bloedtest of iFOBT, vervangt stilaan overal de klassieke 'guajactest' (gFOBT). In een eerste ronde worden ongeveer de helft van de dikkedarmkankers met de iFOBT gevonden, de helft wordt dus niet gevonden. Het bloed in de stoelgang dat men tracht op te sporen is immers afkomstig van een poliep of (kleine) darmkanker, die echter niet altijd bloeden. Zo komt het dat dit signaal door de test soms niet wordt opgepikt. Als men echter om de twee jaar blijft deelnemen, is de kans groot dat in een volgende ronde de iFOBT wel in staat is om de afwijking te detecteren.

Bij vroege ontdekking van (voorlopers van) dikkedarmkanker, is de ingreep meestal veel minder invasief dan wanneer de kanker in een laatstijdig stadium wordt ontdekt. Vroeg ontdekt, kan men ter gelegenheid van het vervolgonderzoek, de colonoscopie, poliepen wegnemen, waardoor er hieruit geen kanker meer kan ontstaan. Na een colonoscopie waarbij men geen poliepen of darmkanker heeft gevonden of waarbij men de poliepen heeft verwijderd, moet men vijf tot tien jaar

geen onderzoek meer laten uitvoeren (tenzij men in tussentijd klachten zou krijgen).

Aan u de (geïnformeerde) keuze...

Literatuur

- Bevolkingsonderzoek naar borstkanker: verwachtingen en ontwikkelingen.* Gezondheidsraad (2014). Den Haag: publicatienr. 2014/01.
- Hal, G. Van et al. Screening voor dikke darmkanker: heerst er een stoelgangstaboe in Vlaanderen? *Onco-Hemato* 2012;6:33-9.
- Hoeck, S. et al. *Pilootproject bevolkingsonderzoek naar dikke darmkanker.* In opdracht van de Vlaamse overheid. Universiteit Antwerpen, Centrum voor Kankerpreventie, februari 2011.
- Independent UK Panel on Breast Cancer Screening. The benefits and harms of breast cancer screening: an independent review. *The Lancet* 2012;380:1778-86.
- Segnan, N. et al. (red.). *European guidelines for quality assurance in colorectal cancer screening and diagnosis* (1st ed.). Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2010.

Over de auteur

Guido Van Hal is medisch socioloog en als hoofddocent verbonden aan de Vakgroep Epidemiologie en Sociale Geneeskunde van de Universiteit Antwerpen. Hij was promotor van het Vlaams proefproject voor dikke darmkankerscreening en is sinds 1986 nauw betrokken bij de bevolkingsonderzoeken naar borst-, baarmoederhals- en dikkedarmkanker in Vlaanderen. Hij was in de periode 2011-2012 voorzitter van het Vlaams Consortium voor borstkankerscreening.

De schimmige grens tussen mens en techniek

RENÉ MUNNIK

Geriatrische robots vinden steeds breder toepassing op verschillende terreinen. Het zou weleens kunnen zijn dat ouderen in zorginstellingen een voorhoede vormen van een algemene ontwikkeling waarin de grens tussen mens en techniek verregaand vervaagt, met alle morele, maatschappelijke en politieke vragen die dat oproept.

Grensvervaging

Revalidatiebots als *ARMin* en *LOPES* zijn al in ontwikkeling, evenals zorgrobots (*Care-o-bot*) en telepresente robots (*Giraff* en *VGO*) voor afstandsconsulten. Ook *emotional robots* (*Aibo*, *Yumel*, *PLEO*, *Huggable*, *Paro* en dergelijke) zijn al een tijdje in gebruik. Ze zijn bedoeld als maatje voor dementerende ouderen die daar werkelijk een affectieve band mee kunnen ontwikkelen. Die affectieve band vormt zelf weer de inzet van robottherapieën, niet zozeer voor dementerenden als wel voor autistische kinderen. Door machines als humanoïde zorgverleners en communicatiepartners te promoveren, gaan ze steeds meer deel uitmaken van onze sociale wereld, waardoor de grens tussen mens en techniek steeds schimmiger wordt.

We zijn er inmiddels aan gewend dat ongeveer ieder medisch of huishoudelijk apparaat chips bevat waardoor het doet wat we willen dat het doet. Zodoende transformeren we gaandeweg ons leefmilieu tot een intelligente en interactieve omgeving. Maar de (medische) techniek gaat ook onderhuids. De koppeling van informatica met biotechnologie, cognitiewetenschappen en nanotechnologie (NBIC) maakt een ongekende miniaturise-

ring mogelijk waardoor apparatuur gemakkelijk in het lichaam is onder te brengen. Zo worden (brein)implantaten ontwikkeld die verbonden zijn met elektronische apparatuur en die daar kunnen interveniëren of bepaalde functies kunnen overnemen. Voorbeelden van reeds toegepaste technieken op dit gebied zijn *Deep Brain Stimulation* (DBS) waarbij middels een elektrode bepaalde hersengebieden geprikkeld worden waardoor de symptomen van de ziekte van Parkinson vaak kunnen worden tegengegaan, of het cochleair implantaat waarmee volledig doven weer enigszins kunnen horen omdat een elektronische geluidssensor direct is aangesloten op de gehoorzenuwen. Andere toepassingen zijn nog in ontwikkeling, zoals brein-machine interfaces waarmee een invalide zijn rolstoel niet meer bestuurt *met* zijn lichaam maar, na oefening, via sensoren onmiddellijk vanuit de hersenen – dus veeleer *als* zijn lichaam.

Deze ontwikkelingen hebben tot gevolg dat de grens tussen mens en ‘machine’ gaandeweg begint te vervagen. Tot voor kort lagen de zaken duidelijk; men kon volstaan met het wezenonderscheid tussen de levende, redelijke, autonome mens, en de levenloze, redeloze, heteronome machine. En als men het wat

minder filosofisch formuleerde, dan kon men de techniek (op een heupgewricht of hartklep na) toch hoofdzakelijk plaatsen 'buiten' op-perhuid en hersenpan, terwijl men zelf woonde in het innerlijk, 'ergens onder' huid en schedeldak. Maar zo helder liggen die scheidslijnen niet meer. DBS kan als ongewenst neveneffect persoonlijkheidsveranderingen bij de patiënt teweegbrengen. Maar hoe kan een rechter de rol van de techniek en die van de 'verantwoordelijke persoon' van elkaar scheiden, wanneer zo'n patiënt onder invloed daarvan een misdaad begaat?

Van cyborgs tot transhumanisme

Wanneer de techniek zo sterk is binnengedrongen in onze directe omgeving en zelfs tot in ons eigen lichaam en ons brein, kunnen we dan niet beter spreken over mens-machine-systemen, in plaats van over 'mens' en 'techniek' alsof dat twee afzonderlijke domeinen zouden zijn? Sommigen gaan inderdaad zo ver, en spreken over *cyborgs*... de toekomstige mens zou een hybride zijn, samengesteld uit mens en machine. Dat het hier niet slechts science fiction betreft, blijkt wel uit de initiatieven van bijvoorbeeld het Rathenau Instituut om het maatschappelijk debat daarover te stimuleren.

De beloften die met deze technologische vergezichten gepaard gaan, verleiden velen ertoe te spreken over 'mensverbetering' of *human enhancement*. De gedachte hierbij is dat de medische wetenschap tot voor kort curatief en restauratief was – het ging om het herstel van de 'natuurlijke gezondheid' bij ziekte of trauma – maar dat tegenwoordig de medische wetenschap in combinatie met de NBIC technologieën zich kan gaan toeleggen op het overschrijden en 'verbeteren' van die natuurlijke staat. Denk daarbij aan het kunstmatig verhogen van de levensverwachting (*life span extension*), het tegengaan van het verouderingsproces (*battle against ageing*), het ontwikkelen van hogere intelligentie, leervermogen, en zelfs het sturen van gewenste persoonlijkheidskenmerken. Maar dit optimisme gaat gemakkelijk over in de opvatting dat deze technologische overschrijding van de 'natuur-

lijke staat' van de mens zal leiden tot de realisering van een wezen dat in feite afscheid heeft genomen van het mens-zijn zoals we dat kennen. Ze spreken over 'transhumanisme'.

Men hoeft niet zo ver te gaan als deze laatsten, om toch te erkennen dat de hedendaagse technologie buitengewoon indringende vragen opwerpt op het vlak van de filosofische antropologie ('wat verstaan we onder de mens?') en de ethiek ('hoe moeten we met deze nieuwe technische mogelijkheden omgaan?').

Drie onzekerheden

Tsjalling Swierstra (2009) wijst op een drietal onzekerheden dat met deze technologische ontwikkelingen gepaard gaat, ook - en misschien wel met name - in de zorg. De eerste is de *feitelijke onzekerheid* met betrekking tot onze kennis over de toekomstige culturele inbedding en de maatschappelijke *spin off* van nieuwe technologieën. Alle doorwrochte toekomstscenario's ten spijt, kan men van een technologie die nog in een vroege ontwikkelingsfase verkeert wellicht wel een aantal beloften, dilemma's en risico's in kaart brengen, maar wat haar *maatschappelijke* betekenis en toekomstige (neven)effecten zullen zijn valt eigenlijk niet te voorspellen. Nieuwe technologieën lijken in dat opzicht op geneesmiddelen zonder bijsluiters. Die feitelijke onzekerheid over de gevolgen, maakt beleidsmatige en politieke sturing van technologieontwikkeling moeilijk.

De tweede is de *normatieve onzekerheid*. Deze betreft niet de kennis van technologische ontwikkelingen, maar het normatief kader waarmee die beoordeeld worden. Morele criteria (normen, waarden) waarover voorheen grote consensus bestond, kunnen vaak niet goed op de nieuwe technologieën worden toegepast, of ze worden in hun toepassing problematisch. Een voorbeeld: er heerst een grote consensus over de beschermwaardigheid van menselijk leven, maar geldt dat in dezelfde mate voor een geïsoleerde bevruchte eicel? Deze vraag komt alleen op binnen de hedendaagse technische context van het laboratorium. Soms leiden technologische ontwikkelin-

gen ook tot andere normen en waarden. Denk bijvoorbeeld aan de rol die de introductie van de anticonceptiepil speelde in veranderingen in de seksuele moraal en in de algemeen aanvaarde ideeën over de verhouding tussen mannen en vrouwen. De normatieve onzekerheid is dus niet de onzekerheid over de feitelijke gevolgen van ons huidige technisch handelen, maar de onzekerheid over de mogelijkheid om vanuit ons huidige morele kader de criteria te voorzien waarmee men in de toekomst die gevolgen zal beoordelen.

De derde onzekerheid noemt Swierstra de 'onzekerheid aangaande de symbolische orde'. Zowel onze kennis van de feiten als onze morele beoordeling daarvan, veronderstelt dat wij de werkelijkheid ordenen met behulp van cultureel bepaalde classificatieschema's. Daarbij koersen we op een aantal fundamentele onderscheidingen of 'grenzen' die we normaliter niet ter discussie stellen. Het gaat dan om onderscheidingen als levend-levenloos, mens-dier-ding, geest-lichaam, binnen-buiten, natuur-cultuur, normaal-abnormaal, enzovoorts. Swierstra noemt deze classificatieschema's, in navolging van Martijntje Smits (2002), de 'symbolische orde'. Maar men zou in een wat klassieker filosofisch idioom ook over 'wezensverschillen' kunnen spreken. De onzekerheid aangaande de symbolische orde komt erop neer dat hedendaagse technologie onze gangbare culturele classificatieschema's aanvreet, door de fundamentele grenzen die daarin vervat zijn te overschrijden, te verwarren of te laten vervagen. De hierboven genoemde mens-machine-systemen of *cyborgs* zijn daarvan een voorbeeld, want ze zijn de belichaamde verwarring van mens en machine, van natuur en techniek, van het levende en het levenloze. In het cultureel antropologisch idioom van Smits zijn het 'monsters'; hedendaagse representanten van de chimae-

ren of hybride wezens uit de mythologie, zoals kentaur, harpijen, Pegasos, de Minotaurus en de Sfinx. Deze wezens roepen verontrusting en weerzin op, zonder dat die verontrusting kan worden uitgedrukt binnen het taalspel van de aan redelijkheid gebonden ethische argumentatie, laat staan in termen van beleidsstudies, risicoanalyses of kosten-baten afwegingen. In feite gaat het hier eerder om een levensbeschouwelijke dan om een ethische problematiek.

Het kan zijn dat de *emotional robots* op sommigen nu nog een wat vreemde en verontrustende indruk maken vanwege de menselijke affectie die ze oproepen, terwijl het toch echt machines zijn. Maar het kan evengoed zijn dat dergelijke apparaten over niet al te lange tijd een vanzelfsprekend onderdeel van de wereld van alledag worden.

Literatuur

- De nieuwe technologische golf, zijn we er klaar voor? (2009). *Flux Magazine*, 2.
- Est, R. van, Schuijff, M., et al. (2009). *Van beterschap naar mensverbetering. Zoeken naar een nieuwe menselijke maat*. Den Haag: Rathenau Instituut.
- Smits, M. (2002). *Monsterbezwering. De culturele domesticatie van nieuwe technologie*. Amsterdam: Boom.
- Swierstra, T. (2009). Inleiding; ethische uitdagingen van de nieuwe technologische golf. In T. Swierstra, M. Boenink et al. (red.), *Leven als bouw pakket. Ethische verkenningen van een nieuwe technologische golf* (pp. 9-24) Kampen: Klement.

Over de auteur

René Munnik is universitair docent wijsbegeerte aan de Universiteit van Tilburg en bijzonder hoogleraar vanwege de Stichting Thomas More aan de Universiteit Twente.

De nieuwste bevindingen uit het LASA onderzoek

Over toe- en afname van eenzaamheid onder ouderen

THEO VAN TILBURG

Ouderen zijn eenzaam en alleen, is de gangbare opvatting. Door individualisering en andere ontwikkelingen in de samenleving neemt eenzaamheid toe. Tegelijk hebben we door een betere gezondheid en technische ontwikkelingen als ICT meer mogelijkheden om tot op hoge leeftijd contact te onderhouden. Toenemende eenzaamheid, waar of niet waar?

Ouderen zijn eenzaam

Een van de primaire stereotypen over oudere mensen is dat ze eenzaam zijn. Zo denkt 51% van de respondenten in een Nederlands onderzoek dat de meerderheid van de oudere mensen ernstig eenzaam is (Thomé & Bergsma, 2008). Het percentage oudere mensen in verschillende Westerse landen, waaronder Nederland, dat zich eenzaam voelt, schat Dykstra (2009) op ongeveer 25%, oplopend tot 40% onder de oudste ouderen. De kans op eenzaamheid neemt met het ouder worden toe, bijvoorbeeld doordat de gezondheid achteruit gaat en contacten onderhouden moeilijker wordt en doordat naasten overlijden. Het stereotype beeld dat ouderen eenzaam zijn, is dus niet perse onwaar. Het is echter niet zo dat ouderen in meerderheid eenzaam zijn.

Eenzaamheid neemt toe

Er wordt wel gezegd dat de kans op eenzaamheid onder ouderen in vergelijking met vroeger toeneemt omdat zij sociale en economische hulpbronnen verliezen. Een sociale bron is bijvoorbeeld de buurt, die door migratie minder mogelijkheden geeft met gelijken om te gaan. De neerwaartse druk op voorzieningen en inkomens, vooral sinds de economi-

sche crisis in 2008, geeft minder mogelijkheden om contacten te onderhouden. Ook noemt men de grotere nadruk op individuele vervulling in vriendenrelaties en liefdesrelaties; de laatste zijn voor ouderen niet altijd meer binnen bereik. Verder komen generaties (bijvoorbeeld volwassen kleinkinderen en hun grootouders) minder met elkaar in contact omdat levenssferen meer gescheiden zijn. Demografische en andere sociale ontwikkelingen maken dat de structuur van familie- en relatienetwerken zijn veranderd, inmiddels ook onder ouderen (Van Tilburg & Thomé, 2010). Het aantal eerstegraads familieleden is minder dan vroeger, en multigenerationele huishoudens van ouderen zijn zeldzaam. Door echtscheiding en daaropvolgende herpartnering is het aantal stieffamilies toegenomen, waarin de rol van familielid minder duidelijk is. De structurele inbedding van persoonlijke relaties is meer veranderbaar geworden. In een gefragmenteerd en minder voorspelbaar sociaal leven neemt de kans op eenzaamheid toe.

Eenzaamheid neemt af

Uit eerder onderzoek blijkt niet dat in de afgelopen decennia verlies is opgetreden in de rela-

tiennetwerken van ouderen (Van Tilburg & Thomése, 2010). Uitgaande van dezelfde ontwikkelingen die hierboven zijn geschetst, kan ook gesteld worden dat beperkende factoren en knellende structuren om goede relatienetwerken te ontwikkelen, zijn verdwenen. Traditionele samenlevingsverbanden beschermen mensen in hun rollen, maar houden ze hierin ook gevangen. In een gefragmenteerd en minder voorspelbaar sociaal leven zijn er juist meer kansen om passende en tevredenstellende relaties te ontwikkelen. Om deze vrijheid te kunnen gebruiken, is het nodig dat mensen toegerust zijn. Het toegenomen opleidingsniveau, de grotere welvaart omdat veel ouderen tegenwoordig ook een pensioen hebben, de grotere mobiliteit en de opmars van informatie- en communicatietechnologie dragen bij aan deze toerusting. De toegenomen levensduur maakt ook dat ouderen langer dan vroeger relaties met leeftijdsgenoten kunnen onderhouden. Het is daarom waarschijnlijk dat de kans op eenzaamheid is afgenomen.

Wat zegt eerder onderzoek?

Engelse onderzoekers (Victor et al., 2002) vonden van 1948 naar 1957 een toename van prevalentie van eenzaamheid, maar daarna – tot 2001 – niet meer. Uit Duits onderzoek (Döring, 1997) bleek een daling van de prevalentie van 1948 tot 1973, daarna was er – tot 1995 – geen verandering. Een Belgische studie (Vanden Boer & Pauwels, 2005) gaf een daling aan tussen 1966 en 2001. Een onderzoek onder Nederlandse mannen (Tijhuis et al., 1999) liet geen verandering tussen 1985 en 1995 zien. Een Amsterdamse vergelijking (Dijkshoorn, Van Dijk & Janssen, 2009) tussen 2000 en 2008 gaf een stijging van eenzaamheid te zien. Er is dus niet een duidelijke, algemene trend van stijging of daling in de periode na de Tweede Wereldoorlog. Bij deze studies waren er overigens verschillende methodische problemen, zoals niet goed vergelijkbare steekproeven, onderlinge afhankelijkheid van veroudering en historische verandering, en een klein aantal meetpunten.

Opzet van de Longitudinal Aging Study Amsterdam

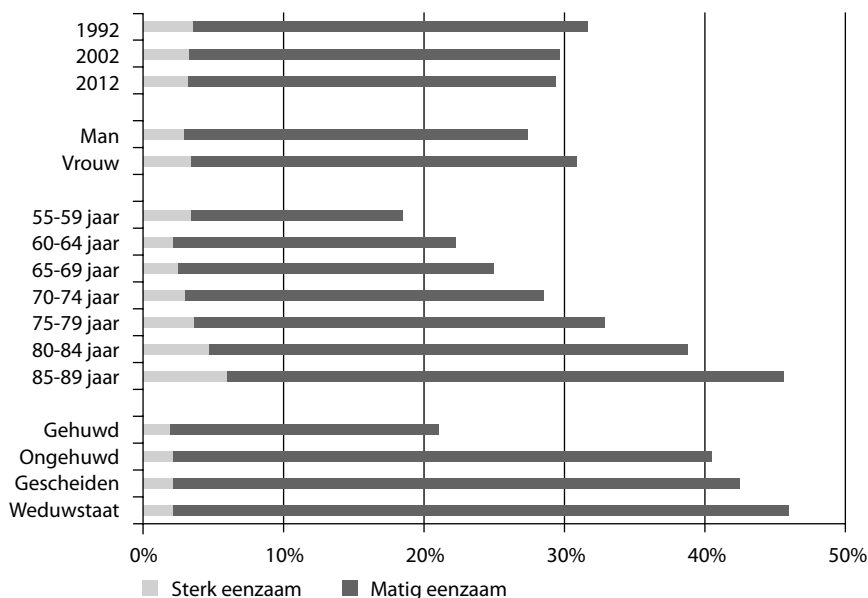
Door de lange looptijd van dit onderzoek (twintig jaar), het ontwerp (steekproeven uit bevolkingsregisters van gemeenten verspreid over Nederland; elke tien jaar aanvulling met jongere geboortecohorten), en het longitudinale karakter (waarnemingen met hetzelfde meetinstrument en gelijke organisatie) is dit onderzoek geschikt om na te gaan of de prevalentie van eenzaamheid onder Nederlandse autochtone ouderen in de laatste twee decennia is veranderd. De opzet van de waarnemingen in het kort: in 1992 zijn ouderen uit de geboortecohorten 1903-1937 ondervraagd, aangevuld in 2002 met geboortecohorten 1938-1947 en in 2012 met geboortecohorten 1948-1957. Vanaf 1992 tot 2013 waren er maximaal acht waarnemingen bij 6209 ondervraagden in de leeftijd van 55 tot en met 89 jaar (19082 observaties).

We onderscheiden ouderen die niet eenzaam zijn van ouderen die matig of sterk eenzaam zijn op basis van de somscore van de elf items van de eenzaamheidsschaal (Van Tilburg & De Jong Gierveld, 1999). Middels een ordinale logistische meerniveau regressieanalyse schatten we effecten van het jaar (specifieker: datum) van het interview, sekse, leeftijd, en burgerlijke staat. Aan het criterium van tolerantie is voldaan. Modellen met tweeweg interacties tussen de vier variabelen en een niet lineair effect van het jaar bleken niet beter passend dan het model met alleen hoofdeffecten, en rapporteren we niet. We wegen de resultaten naar de samenstelling van de Nederlandse bevolking in verschillende jaren, gegeven de verdeling over sekse, leeftijd, en burgerlijke staat.

De uitkomsten

Figuur 1 geeft geschatte individuele kansen om niet, matig, of sterk eenzaam te zijn op basis van een multivariaat model. Alle verschillen zijn statistisch significant. Gemiddeld is 30% eenzaam (27% matig en 3% sterk). Van 1992 tot 2012 daalt de prevalentie met drie procentpunten, van 32% naar 29%.

De schattingen naar sekse, leeftijd en bur-



Figuur 1. Individuele schatting van de individuele kans om matig of sterk eenzaam te zijn, naar jaar van onderzoek, en (in 2012) naar sekse, leeftijd, en burgerlijke staat

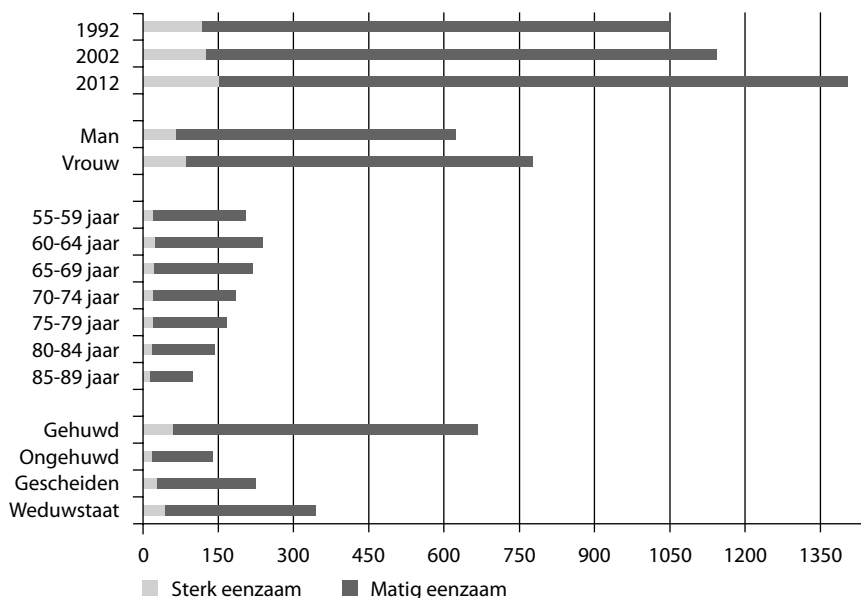
gerlijke staat zijn berekend voor 2012. Het verschil tussen mannen en vrouwen is klein. Vanaf de leeftijd van 55 jaar loopt de kans op eenzaamheid sterk op, van 18% tot 46% bij de 85-plussers. Onder gehuwde ouderen zijn er minder eenzaam dan onder ouderen met een andere burgerlijke staat; de onderlinge verschillen tussen ongehuwde (41%), gescheiden (43%) en verweduwde ouderen (46%) zijn klein. Omdat leeftijd en burgerlijke staat samenhangen, kunnen we de kansen niet zomaar combineren; berekening geeft bijvoorbeeld aan dat onder de oudsten in weduwstaat 49% eenzaam is.

Figuur 2 presenteert de schatting van aantallen eenzamen op basis van populatieomvang en individuele kansen. De bevindingen zijn diametraal ten opzichte van die in Figuur 1. Over een periode van twintig jaar stijgt het aantal matig en eenzamen in de Nederlandse samenleving met respectievelijk 320 en 34 duizend. Dus, terwijl de individuele kans op eenzaamheid daalt, stijgt het aantal eenzamen omdat de oudere bevolking sterk is gegroeid. Het aantal eenzame gehuwden is vrijwel gelijk is aan het aantal eenzame onge-

huwde, gescheiden en verweduwde ouderen samen. De individuele kans op eenzaamheid is voor een gehuwde klein, maar er zijn veel gehuwden in de oudere populatie. Vergelijkbaar zien we dat juist veel jonge ouderen eenzaam zijn, en niet veel oudste ouderen, en dat meer vrouwen dan mannen eenzaam zijn.

Toenemende eenzaamheid, waar of niet waar?

Het antwoord op deze vraag is tweeledig. Relatief gezien, berekend als de individuele kans op eenzaamheid, is er een daling. Mogelijk heeft de Nederlandse samenleving zich in lichte mate ontwikkeld tot één waarbij ouderen beter toegerust zijn om passende en tevredenstellende relaties te ontwikkelen. De daling is echter gering, en 'positieve' en 'negatieve' ontwikkelingen houden elkaar waarschijnlijk min of meer in evenwicht. Dat betekent ook dat er groepen in de bevolking zijn waarbinnen er grote kans op eenzaamheid is, en dat deze groepen mogelijk anders zijn samengesteld dan decennia geleden. Het tweede antwoord is dat absoluut gezien het aantal eenzamen in onze samenleving is toegenomen in de periode tussen 1992 en 2012.



Figuur 2. Schatting van het aantal eenzamen (x 1000) naar jaar van onderzoek, en (in 2012) naar sekse, leeftijd, en burgerlijke staat

Eenzaamheid blijft een probleem in onze samenleving dat grote aantallen mensen raakt.

Literatuur

- Dijkshoorn, H., Dijk, T. K. van, & Janssen, A. P. (2009). *Zo gezond is Amsterdam!: Eindrapport Amsterdamse Gezondheidsmonitor 2008*. Amsterdam: GGD Amsterdam, cluster Epidemiologie, Documentatie en Gezondheidsbevordering.
- Döring, N. (1997). Einsamkeit in der „Informationsgesellschaft“. *ZUMA-Nachrichten*, 21, 36-52.
- Dykstra, P. A. (2009). Older adult loneliness: Myths and realities. *European Journal of Ageing*, 6, 91-100.
- Thomé, G. C. F., & Bergsma, A. (2008). Van oude mensen en de dingen die nog komen? *Gerón: Tijdschrift over ouder worden en maatschappij*, 3, 60-63.
- Tijhuis, M. A. R., Jong Gierveld, J. de, Feskens, E. J. M., & Kromhout, D. (1999). Changes in and factors related to loneliness in older men: The Zutphen Elderly Study. *Age and Ageing*, 28, 491-495.
- Tilburg, T. G. van, & Jong Gierveld, J. de (1999). Cesuurbepaling van de eenzaamheidsschaal.

Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie, 30, 158-163.

- Tilburg, T. G. van, & Thomése, G. C. F. (2010). Societal dynamics in personal networks. In D. Dannefer & C. R. Phillipson (Eds.), *The Sage handbook of social gerontology* (pp. 215-225). London: Sage.
- Vanden Boer, L., & Pauwels, K. (2005). *Eenzame ouderen: Mythe of realiteit?* Retrieved February 11, 2008 (www.cbgs.be).
- Victor, C. R., Scambler, S. J., Shah, S., Cook, D. G., Harris, T., Rink, E., & De Wilde, S. (2002). Has loneliness amongst older people increased? An investigation into variations between cohorts. *Ageing and Society*, 22, 585-597.

Over de auteur

Theo van Tilburg is hoogleraar Sociologie en Sociale Gerontologie aan de Vrije Universiteit Amsterdam ([email t.g.van.tilburg@vu.nl](mailto:t.g.van.tilburg@vu.nl)). Hij is sinds de start in 1990 verbonden aan de Longitudinal Aging Study Amsterdam, welke grotendeels wordt gefinancierd door het ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport, directie Langdurige Zorg. NWO financierde de dataverzameling in 2012-2013 (dossiernummer 480-10-014).

Digitaal contact is ook contact

JOSÉ VAN BERKUM

In de eerste dagen van het internet waren er fervente voor- en tegenstanders van het medium. Tegenstanders zagen het internet als een verarming: meer tijd achter de computer zou alleen ten koste gaan van de kwaliteit van sociale relaties. Inmiddels is internet niet meer weg te denken en is er ruimschoots onderzoek beschikbaar naar de effecten van internetgebruik op sociale contacten. Kan het gebruik van internet eenzaamheid onder ouderen helpen voorkomen en verminderen?

Anno 2014 is het gebruik van het internet vanzelfsprekend. Ook onder ouderen. Volgens gegevens van het CBS (2013) is Nederland koploper in Europa wat internetgebruik betreft. Acht van de tien ouderen in de leeftijdsgroep tussen 65 en 75 jaar gebruiken het internet wel eens om te mailen, te internetbankieren of om een aankoop te doen. Ruim de helft van deze groep zit dagelijks op het internet. De groeiende groep 75plussers is veel minder thuis op internet, alhoewel ook hun aandeel groeit. Een derde van hen gaat wel eens online, de mannen tweemaal zoveel als de vrouwen.

Internet maakt contact onderhouden gemakkelijk

Vooral in Amerika is veel onderzoek gedaan naar het verband tussen internetgebruik en sociale contacten en eenzaamheid. De onderzoeksgroep van dr. Shelia R. Cotten (Universiteit van Alabama) houdt zich bijvoorbeeld bezig met vragen als: helpt het gebruik van internet om eenzaamheidsgevoelens onder ouderen tegen te gaan? Draagt het gebruik van internet ertoe bij dat ouderen zich ver-

bonden voelen met familie en vrienden? En maakt het daarbij uit of ouderen zelfstandig wonen of in een verpleeg- of verzorgingshuis? De belangrijkste conclusie uit hun onderzoek luidt: internetgebruik doet ouderen goed. Door contact te onderhouden met familie, vrienden en kennissen, via computer of tablet, blijven ouderen zich verbonden voelen en verminderen eenzaamheidsgevoelens (Cotten, et al. 2012, 2013). Dat geldt voor zowel ouderen die zelfstandig wonen als voor ouderen die in een verzorgings- of verpleeghuis leven.

Het gebruik van het internet stelt ouderen in staat contact te onderhouden met familie, vrienden en bekenden. De relatie met hen vindt niet alleen offline, maar ook online plaats. E-mail speelt hierbij een belangrijke rol, omdat het als aanvullend wordt ervaren op face-to-face- en telefoongesprekken. Als kinderen verder weg wonen, of als fysieke klachten ouderen aan huis binden, is het gebruik van het internet een goede manier om familiebanden te onderhouden en de kwaliteit en kwantiteit van contact in stand te houden. Digitaal contact blijkt tijd en afstand te overbruggen. Het zorgt voor een gevoel van

verbondenheid en houdt hiermee eenzaamheidsgevoelens buiten de deur. Zeker voor 85plussers, waarvan bekend is dat ze zich soms erg eenzaam voelen, kan sociaal contact via het internet het verschil betekenen tussen verenzamen of zich onderdeel van de samenleving blijven voelen.

Minder eenzaamheidsgevoelens

Gelden de onderzoeksresultaten uit de Verenigde Staten ook voor Nederland? Dat ligt wel voor de hand. Het gebruik van internet is hier namelijk vergelijkbaar en ook de oorzaken van eenzaamheid komen overeen. In Amerika lopen vooral chronisch zieke ouderen, mensen die intensief voor hun partner zorgen of hen verloren zijn, alleenstaanden, mensen in afgelegen gebieden en ouderen die recentelijk zijn verhuisd, het risico om zich eenzaam te voelen (Cotten et al., 2013). Afgezien van de vraag of we in Nederland werkelijk afgelegen gebieden kennen zoals in de Verenigde Staten, komen deze oorzaken overeen met de oorzaken van eenzaamheid in Nederland (Van de Maat & Van Xanten, 2013).

Kleinschalig Nederlands onderzoek (Fokkema & Knipscheer, 2007) naar een interventie gericht op chronisch zieke ouderen met een fysieke beperking, bevestigt dat internetgebruik heilzaam kan zijn. Een groep ouderen, aan huis gebonden vanwege hun gezondheidsklachten, werd geleerd het internet te gebruiken. Met behulp van e-mail was het voor hen gemakkelijker om sociale contacten te onderhouden. Het ging daarbij overigens vooral om bestaande contacten met familie en kennissen. Ook ander gebruik van het internet, bijvoorbeeld het spelen van spelletjes of het zoeken van informatie, bleek af te leiden van eenzaamheidsgevoelens.

Pilots internet en ouderen

In Nederland vinden er op dit moment op een aantal plaatsen projecten en pilots plaats, waarbij het tegengaan van sociaal isolement en eenzaamheid met behulp van het internet een belangrijke doelstelling is. In Zwolle leert bijvoorbeeld de welzijnsorganisatie WIJZ aan

kwetsbare ouderen hoe zij kunnen omgaan met de computer of een iPad. De ervaringen tot dusver laten zien dat ouderen inderdaad het gevoel krijgen er weer bij te horen en ertoe te doen. Ook de communicatie met hun kinderen verloopt gemakkelijker, vooral als deze verder weg wonen.

Die ervaring heeft ook welzijnsorganisatie Vita uit Amstelveen. De pilot 'Zilver online' leerde 75plussers met behulp van het internet hun sociale netwerk te vergroten en hiermee hun eenzaamheid te verminderen. Na een succesvolle pilot is deze als cursus opgenomen in het standaardaanbod.

Ook de resultaten van de landelijk aangeboden computercursus Samen Online, waarin studenten van een ROC-opleiding aan ouderen leren hoe zij gebruik kunnen maken van het internet zijn positief. Met behulp van de cursus lukt het de meeste ouderen die vaardigheden aan te leren, waarmee zij gemakkelijker sociale contacten kunnen onderhouden en meer 'grip' op het moderne leven kunnen ervaren: emailen, websites bezoeken en vaak ook Skypen. Een potentiële spelbreker op de lange termijn is echter wel het weer vergeten van de vaardigheden en de vaak voortsudderende angst voor de computer en het internet. Een van de deelnemers vertelt: "Ik ben flink opgeschoten, maar ik begrijp nog veel dingen niet helemaal. Dat hebben we denk ik allemaal wel. En niet alles kan ik goed onthouden. Maar ik kan nu wel Skypen en ik kan e-mailen. En ik kon helemaal niets! Dat Skypen vind ik trouwens echt fantastisch." (Van de Maat & Damiaans, 2013).

Tijd, aandacht en bemoediging

Als ouderen eenmaal de voordelen van met name e-mail en Skype hebben ontdekt, durven ze de digitale kloof echt over te steken en wordt de computer of iPad onderdeel van hun leven. Voor de meeste 65plussers is dit inmiddels al realiteit. Ouderen boven de 75 jaar hebben wat meer moeite met het overbruggen van de digitale kloof. Vooral tijd en geduld, persoonlijke aandacht, herhaling en bemoediging zijn nodig om hen computer- en internetvaardigheden te laten leren. En het is de

moeite waard, want voor ouderen die dreigen te vereenzamen of zich eenzaam voelen, biedt het gebruik van internettoepassingen als email, Skype en sociale media een gouden kans om contacten te onderhouden en zich verbonden te voelen.

Literatuur

- Cotten S. R., Ford G., Ford, S. Hale, T.M. (2012). Internet use and depression among older adults. *Computers in human behaviour*, Volume 28 Issue 2, p. 496-499.
- Cotten S. R., Anderson W.A., McCullough B.M. (2013). Impact of internet use on loneliness and contact with others among older adults: cross-sectional analysis. *Journal of Medical Internet Research*, 2013 (Feb 28); 15(2):e39.
- Fokkema, T. and Knipscheer, K.(2007). Escape

loneliness by going digital: A quantitative and qualitative evaluation of a Dutch experiment in using ECT to overcome loneliness among older adults. *Aging & Mental Health*, 11: 5, 496 - 504

- Maat, J.W. van de & Laura Damiaans (2013). Samen Online, Effecten van een internetcursus door jongeren voor ouderen. Utrecht: Movisie.
- Maat, J.W. van de & Van Xanten, H. (2013). Sleutels voor de lokale aanpak van eenzaamheid. Utrecht: Movisie.

Over de auteur

José van Berkum is communicatiewetenschapper (www.vbcom.nl) en gespecialiseerd in ouderen en ICT. Zij adviseert overheid en zorgorganisaties bij communicatie- en verandertrajecten. Contact: info@vbcom.nl

Perspectieven op ouder worden en de sociaal professional

GERRIT WOLFSWINKEL

Joost van Vliet en Jan. S. Jukema (red.) (2014). Perspectieven op ouder worden en de sociaal professional. Den Haag: Boom Lemma. (368 pagina's, € 39,50, ISBN 978-90-5931-988-2).



'Ouder worden is divers worden'. Dat is het credo van dit onlangs verschenen boek. In dit lijvige werk komen uitgebreid actuele thema's en nieuwe inzichten met betrekking tot het proces van ouder worden, beeldvorming en benadering en de daarmee samenhangende vraagstukken aan de orde. Daarbij richt het boek zich nadrukkelijk ook op de consequenties daarvan voor het professioneel handelen.

Het boek is onderverdeeld in een drietal themagebieden. Het eerste is *Ouderen in Nederland*, waarin onderwerpen aan bod komen als emancipatie, netwerken, tijdsbesteding, sociaal-maatschappelijke positie, arbeid en inkomen. Het tweede is *Levensloop, kwetsbaarheid en veroudering*. In dit deel benaderen de auteurs veroudering vanuit verschillende wetenschappelijk disciplines zoals de biologie,

sociologie, psychologie, geriatrie, medische invalshoek, zingeving, levensloopbenadering. Het derde is *Hulp- en dienstverlening met en voor ouderen*. Hier gaat het met name over beleid en praktijk van de hulpverlening, met alle vragen en dilemma's vandien.

Al sinds de jaren tachtig zijn er met wisselend resultaat initiatieven geweest om binnen het HBO (Sociaal werk en Verpleegkunde) aandacht te geven aan thema's als levensloop, levensfasen en ouderdom in de vorm van afstudeerprogramma's, themalessen, studiedagen en dergelijke. De naderende vergrijzingsgolf en de maatschappelijke gevolgen daarvan op het gebied van werk, zorg en wonen vormen daarvoor de motivatie. Deze aandacht werd vooral ingegeven door de verwachte problemen die deze demografische verschuiving

op deze gebieden zou kunnen opleveren en hoe daarmee beroepsmatig om te gaan.

Een belangrijk discussiepunt is hierbij altijd geweest of je ouderen als een doelgroep kunt beschouwen, zoals dat geldt voor bijvoorbeeld verstandelijk gehandicapten, psychiatrische patiënten of werkzoekenden. Het credo van dit boek *'Ouder worden is divers worden'* suggereert van niet. Ouderen zijn geen groep met gemeenschappelijke kenmerken, behalve dan hun leeftijd en zelfs die is vloeiend: de situatie van een 50-jarige werkzoekende is van geheel andere aard dan van een demente vrouw van 85 jaar.

Diversiteit heeft in de eerste plaats betrekking op de cliënt met zijn of haar levensgeschiedenis, persoonlijkheid, gezondheidssituatie, leefomstandigheden, wensen, waarden, verwachtingen, mogelijkheden en beperkingen. Het lastige voor de werkers op dit terrein is echter niet alleen de complexiteit en de gelaagdheid van de betrokken oudere zelf, maar ook de context waarbinnen deze verkeert: alleenstaand of met partner, is er familie die in de buurt woont en die bereid en in staat is aandacht en zorg te bieden en hoe is de relatie daarmee, zijn er burens die iets kunnen en willen doen, hoe is het contact met de huisarts, hoe is de zorg- en dienstverlening ter plaatse georganiseerd, hoe zijn de financiële regelingen enzovoort?

Dan de werker zelf: wat is zijn/haar taak, welke vaardigheden, mogelijkheden en bevoegdheden heeft deze, hoe is de band met de cliënt, welke ruimte en ondersteuning krijgt hij/zij vanuit de organisatie?

Verder is er nog de fysieke omgeving van de cliënt: het huis (aanpassingen, bouwkundige staat, comfort), de woonomgeving (de

buurt, bereikbaarheid van winkels, openbaar vervoer, veiligheid).

In dit boek wordt dit probleem opgelost door te kiezen voor een breed scala aan perspectieven, waarin deskundigen uit zeer uiteenlopende disciplines hun licht laten schijnen op de aspecten van dat complexe geheel.

Dit levert meer op dan alleen een optelsom van informatie en zienswijzen, want behalve verschillen zijn er natuurlijk ook overeenkomsten tussen ouderen, al zien die er op individueel niveau soms heel anders uit. Voor iedere oudere geldt dat je bestaan verandert, je op allerlei niveaus stappen terug moet doen of afscheid moet nemen van iemand of iets dat je dierbaar is. De eindigheid van het leven komt in zicht, al is dat perspectief ook weer voor iedereen anders.

Ieder thema wordt afgesloten met een samenvatting van belangrijke leerpunten die in perspectief worden gezet.

Het geheel overziend concludeer ik dat het een zeer compleet boek is geworden, deskundig en helder geschreven, met uiterst relevante en actuele informatie, voorzien van praktijkvoorbeelden, verwijzingen, korte samenvattingen en casuïstiek.

Er hebben maar liefst 38 auteurs aan dit boek een bijdrage geleverd, de diversiteit is ook daarin aanwezig.

Over de auteur

Gerrit Wolfswinkel is oud-docent MWD aan Hogeschool De Horst in Driebergen/Amersfoort met als speciaal aandachtsgebied ouder worden en ouderenwerk. Daarvoor werkte hij bij de HBO Bejaardenwelzijnswork in Den Haag en de Landelijke Stichting Opleidingen Bejaardenwerk (LSOB).

Korting voor ouderen op Openbaar Vervoer: behouden of afschaffen?

In rapporten en beschouwingen over ouderen tref je zelden iets aan over Openbaar Vervoer (OV). Dat is opvallend voor een samenleving waarin 'participatie' – ook van 65plussers – zo centraal staat. Mobiliteit is immers een absolute noodzaak om te kunnen participeren in de moderne samenleving, waarin vrienden en familie verspreid over het land wonen en voorzieningen en (vrijwilligers)werk zich vaak niet om de hoek bevinden. Is het bieden van korting op de OV-prijs een billijk middel om ouderen hun mobiliteit te geven?

Redactieleden van Gerôn zijn het land in gegaan en hebben drie deskundigen om hun mening gevraagd over de volgende stelling: *Het Sociaal en Cultureel Planbureau heeft vastgesteld dat de huidige gepensioneerden de meest welvaarts vaste bevolkingsgroep van Nederland zijn. Daarom is het niet gewenst de OV leeftijds-kortingen te laten voort bestaan.*

Marian Propstra (VVD Statenlid van Zuid-Holland) onderschrijft de stelling en vraagt zich af: waarom zou je ouderen zoveel korting bieden?

“Openbaar vervoer wordt fors gesubsidieerd. Waar het autoverkeer zichzelf ruimschoots financiert, is daar bij het OV geen sprake van. De OV-reiziger draagt gemiddeld slechts de helft bij in de kosten van het OV. De andere helft wordt betaald uit de algemene middelen, waar automobilisten onder andere via accijnzen substantieel aan bijdragen.

Ouderen krijgen nu een korting van respectievelijk 40% bij treinreizen en 34% bij reizen met bus of tram. Waarom zou je ouderen zoveel korting bieden? Het oorspronkelijke

argument is het verminderen van de filedruk. Onderzoek wijst echter uit dat ouderen ondanks de korting de auto niet vaker laten staan. Zij kiezen vooral voor het gemak en de sociale veiligheid. Daarom is het autogebruik onder ouderen hoog, zeker in landelijk gebied. Een andere overweging was het verminderen van gevoelens van eenzaamheid. Ook hier is geen relatie geconstateerd met goedkoop OV. En waarom een korting vanaf 65 jaar? Een leeftijdscriterium is discriminatoir. Bovendien: de ene 65 plusser is de andere niet.

Het is bekend dat de Rijksbegroting onder druk staat. Daarom wordt de exploitatiebijdrage voor het OV verminderd. Ook loopt het OV-gebruik nog steeds terug. Dit betekent minder inkomsten voor de vervoerders. Het is dus een enorme opgave om voor een acceptabele prijs een hoogwaardig OV-aanbod te behouden, zeker in dunbevolkte gebieden. Dit is ook in het belang van ouderen die geen alternatief hebben om zich te kunnen verplaatsen. Voor ouderen die nu nog autorijden zal wellicht ooit het moment komen dat

zij dit niet meer kunnen. Ook zij zijn dan op het OV aangewezen.

Gelet op de noodzaak te bezuinigen, overweegt het kabinet nu om de OV-studentenkaart af te schaffen. Studenten hebben, in tegenstelling tot veel ouderen, niet de keus tussen OV en auto. Ook beschikken zij over een beperkt budget. Het zal voor velen van hen dan ook een probleem zijn, mocht dit werkelijkheid worden. De huidige gepensioneerden behoren, zoals de stelling aangeeft, juist tot de meest welvaartsvaste bevolkingsgroep van ons land. Het is dan ook niet logisch ouderen met vaak een ruim budget jarenlang korting te geven, terwijl jongeren met een beperkt budget die korting, die ze slechts tijdens hun studie krijgen, mogelijk kwijtra-ken.

Als ouderen voor het OV kiezen, hebben zij naar mijn mening geen korting nodig. In feite reizen alle OV-reizigers wegens de subsidie die structureel op elke rit wordt gegeven toch al met 50% korting.”

(Marian Propstra schreef dit commentaar op persoonlijke titel.)

Sebastiaan van der Vliet (vervoerseconoom bij Mobycon en secretaris van het Regionaal Overleg Consumenten Openbaar Vervoer van Utrecht en Gelderland) kijkt heel anders naar korting op het Openbaar Vervoer. OV is volgens hem te duur, en dat geldt extra voor ouderen:

“Openbaar Vervoer is in Nederland voor een groot gedeelte gesubsidieerd. In het stads- en streekvervoer gaat het om ongeveer 60% subsidie van de kostprijs. Toch wordt OV over het algemeen als duur ervaren door veel reizigers.

Is het een probleem dat de overheid zoveel op OV moet bijleggen? Niet als naar de totale maatschappelijke kosten en baten wordt gekeken. OV voorziet in vervoer voor mensen zonder auto (30% van de huishoudens), het zorgt ervoor dat economische en maatschappelijke voorzieningen bereikbaar zijn. Het OV moet mensen verleiden de auto te laten staan. Dit zou het parkeerprobleem gemakkelijker tot een oplossing brengen. Het aantal

ongevallen en de milieukosten zouden beperkt worden. Het autorijden is economisch ook enorm inefficiënt. Een auto staat namelijk gemiddeld 23 uur per dag stil. OV heeft die negatieve maatschappelijke effecten niet, of veel minder. Kortom: overstappen op OV levert maatschappelijk voordeel op.

Prijs is een belangrijke reden om al dan niet het OV te gebruiken. Als iemand de prijs van een OV-reis vergelijkt met de benzinekosten van een auto – en dat is hoe veel mensen hun beslissing nemen als ze eenmaal over een auto beschikken – valt deze als twee mensen samen reizen al snel uit in het voordeel van de auto. OV zou dus voor iedereen op zijn minst goedkoper moeten worden om beter te kunnen concurreren met de auto. Dit is goed voor de welvaart en het welzijn in de maatschappij.

Voor ouderen speelt een aantal factoren extra mee waardoor het logisch is om ze goedkoper, of zelfs gratis, openbaar vervoer aan te bieden. Ten eerste zijn ouderen een stuk gevoeliger om in een sociaal isolement terecht te komen dan de werkende bevolking. Zij leggen minder makkelijk sociale contacten. Niet meer werken is daarvoor een reden. Ook valt veel familie en vrienden in de loop der jaren weg.

Daarnaast is het voor ouderen die hulp nodig hebben goedkoper om algemene voorzieningen te gebruiken, in plaats van de vaak dure individuele vervoersvoorzieningen op maat. Een voorbeeld hiervan is het gebruik van de Regiotaxi. Door OV goedkoop of gratis aan te bieden ontstaat een positieve prikkel om openbaar vervoer te gebruiken in plaats van de Regiotaxi. In Rotterdam is bij het gratis worden van het OV het gebruik van de Regiotaxi met ongeveer 20% gedaald.

Kortom, ik ben het niet eens met de stelling. Maatschappelijk is het juist wenselijk OV goedkoper te maken. Voor ouderen zijn er zelfs extra redenen dit te doen.”

Michel van Hulten (sociograaf en voormalig staatssecretaris van Verkeer en Waterstaat) gaat nog een stapje verder en pleit voor ‘gratis’ Openbaar Vervoer voor senioren:

“Is alleen voor gepensioneerden de uitslag van het debat over leeftijdskorting voor openbaar

vervoer van groot belang? Nee toch! Daarom is al bij voorbaat de stelling onjuist. Openbaar vervoer (OV) heeft een zekere mate van massaliteit om te kunnen functioneren. Niemand heeft baat bij lege bussen die rond rijden met lucht op de stoelen. Die massaliteit verkrijgt je als reizenden collectief geabonneerd zijn. De financiële basis is dan gegarandeerd en per reizende zijn de kosten laag. Omdat die garantie er in dat geval is, kan het OV rijden en beschikbaar zijn voor andere, kaartjeskopende, reizigers. Vergelijkenderwijs vervult de Studenten OV-kaart dezelfde rol. Zonder die kaart was het regionaal busvervoer in Nederland al lang uitgedund en mogelijk zelfs verdwenen. Mijn stelling is dan ook dat de leeftijdskortingen moeten voortbestaan.

In de loop der jaren hebben wij een divers pakket aan voorzieningen voor alle burgers toegankelijk gemaakt door deze gezamenlijk in te kopen: trottoirs en fietspaden langs de autorijbanen, verkeerslichten, parken en plantsoenen, zitbanken, sportvoorzieningen, maar ook politie en brandweer (waarvoor we graag betalen ook als we hopen er nooit gebruik van te hoeven maken).

Het is tenminste merkwaardig te noemen dat in die reeks van voorzieningen het lokale openbaar vervoer ontbreekt, ook al beschikt de helft van de bevolking niet of slechts part-

time over een auto. Ook al betalen we reeds de helft tot tweederde deel van de kosten van het openbaar vervoer gezamenlijk uit belastinggeld, het laatste derde deel betaalt de reiziger. Niemand staat erbij stil dat dit net zo iets is als het kopen van een entreekaartje om toegang te krijgen tot een park of kinderspeelplaats. Bovendien worden alle kosten voor het OV al gemaakt en rijdt zonder het 'gratis' openbaar vervoer (GOV) een groot deel van de stoelen in het openbaar vervoer leeg rond. Wat ligt er meer voor de hand, dan die stoelen 'om niet' ter beschikking te stellen voor onze senioren als beginstap voor een 'revolutie' in het woningnabije verkeer? Een stap die om te beginnen de senioren in onze maatschappij het eerst ten goede komt. Het helpt hen eenzaamheid te vermijden en mobiel te blijven. Het vermindert de autodrukke op de weg. Als meer mensen de bus kiezen, komt er op de weg ruimte vrij voor automobilisten, vermindert het aantal verkeersongevallen (en het aantal doden en gewonden), vermindert de luchtvervuiling en wordt het voor senioren mogelijk om hun dikwijls schaarse financiële middelen anders te besteden. Het maakt zelfs op de weg en op parkeerplaatsen ruimte vrij voor anderen die wel van een auto gebruik moeten maken. Solidariteit die goed uitwerkt op duurzaamheid."

Gezond oud worden kan niet, maar gelukkig oud worden wel

LAURA VAN DER MARK

Zorg is te veel gericht op het tegengaan van ziekte, terwijl ouderen meer behoefte hebben aan aandacht voor hun welbevinden. Dat vindt Joris Slaets, hoogleraar ouderengeneeskunde aan het Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG). Daarom heeft hij het project 'Analyse van zorgbehoeften en organiseren van zorg en ondersteuning vanuit het perspectief van de oudere' uitgevoerd.

Niet ziekte, maar persoon centraal

Om te weten waaraan mensen behoefte hebben, moet je de persoon leren kennen in plaats van zijn ziekte, is de overtuiging van Slaets. Daarvoor heeft hij in 2009 een project opgezet dat vorig jaar is afgerond. "We hebben gezocht naar wat een persoon karakteriseert. Daarvoor hebben we ruim tweeduizend ouderen gevraagd naar hun kracht en hun kwetsbaarheid. En naar hun behoeftes op lichamelijk en psychisch gebied en wat betreft zorg en wonen." De ouderen werden op verschillende wijze benaderd: in de huisartspraktijk, door de thuiszorg, in het verpleeg- of verzorgingshuis, bij opname in een ziekenhuis, door welzijnswerk en ouderenbonden. Zij vulden de vragenlijst zelf in, eventueel met ondersteuning van mantelzorgers of een professional.

Het doel van het onderzoek was om de behoeften van mensen te analyseren en hen op basis daarvan per behoefte in groepen in te delen. Daarmee kunnen zorgverleners modulaire zorg bieden, waarbij de modules precies aansluiten op de behoeften. Slaets: "Dat kan natuurlijk een module voor zorg zijn, maar ook een module voor meer beweging, voor

meer contacten of voor een aangepaste woning. Het idee is dat alle zorgverleners én medewerkers van welzijn en wonen samenwerken om aan die behoeften te voldoen. En overleggen wie in welke behoefte gaat voorzien. Op die manier kun je daadwerkelijk tegemoet komen aan de wensen van ouderen en vraaggericht in plaats van aanbodgericht werken. En omdat je efficiënter werkt, scheelt het ook nog geld."

Gelukkig oud worden

Gezond ouder worden is maar weinigen gegeven. Dat is wat Slaets zorgverleners en ouderen op het hart wil drukken. "Op dát aspect moet je dan ook niet de nadruk leggen. Als je alleen maar werkt aan het beperken van narigheid, loop je tegen grenzen aan. Mensen slijten gewoon. Het beeld dat iedereen gezond honderd kan worden, is flauwekul. Wat wel kan, is gelukkig oud worden. Ondanks de verouderingsprocessen." Volgens Slaets gaan vragenlijsten die zorgverleners nu vaak gebruiken om de kwaliteit van iemands leven te bepalen vooral over narigheid. "Heb je hoofdpijn, lijdt je aan slapeloosheid? Terwijl de vraag zou moeten zijn: waaraan beleef je plezier? Het

beperken van narigheid is heel wat anders dan het bevorderen van leefplezier. Je kunt veel pijn en narigheid hebben en toch veel plezier hebben in het leven.” Die conclusie komt ook duidelijk naar voren uit het onderzoek van de hoogleraar. Doorslaggevend is in die gevallen de interactie met anderen. Slaets: “Dat contact blijkt cruciaal. De betekenis van leven ontstaat in interactie met andere mensen. Dus: liever ziek met vrienden, dan gezond maar eenzaam.”

De wijk in

Het project van Slaets is afgerond, maar nu brengt hij zijn bevindingen over op anderen. Hij begeleidt dorpen en wijken in het hele land waar zorgverleners, welzijn, wonen en ook burgers meer willen samenwerken. Daarvoor doet hij wederom onderzoek naar de behoeften van de ouderen in het dorp of de wijk. “Als je een dorp in kaart brengt, moet je verder kijken dan de inwoners en hun behoeften alleen. De belangrijkste stakeholders, gemeenten, vertegenwoordigers van ouderen én huisartsen, moeten achter het project staan. Zij zijn immers degenen die daadwerkelijk iets met onze bemoeienis en input moeten doen. Wij zeggen nooit wat ze met de uitkomsten moeten doen, dat laten we liever aan hen over. Ik wil dat gemeenschappen met elkaar nadenken over het oplossen van vraagpatronen.”

Tot nog toe kwamen vier dorpen en wijken aan bod en zijn er ook vier in voorbereiding. Volgens Slaets zijn de problemen overal anders omdat de populatie verschilt, dus een blauwdruk leveren kan niet. “Ik word blij als ik zie dat de mensen waar het om gaat, dus de burgers en de stakeholders, samen nadenken over de vraagpatronen. Is er veel behoefte aan contacten, of juist aan een betere woning? Of zijn er veel ouderen die complexe zorg nodig hebben? Daarna kun je vanuit de vraag beleid ontwikkelen.” Slaets meent dat mensen soms te snel klaar staan met een oplossing. “Dan geven ze geld uit aan initiatieven die niet bijdragen aan het welzijn van de ouderen. Het uitgangspunt is dat zorg niet los moet staan van wonen en welzijn. Dat is essentieel voor

de kwaliteit van leven. En dat willen we in het aanbod verwerken.”

Goed voorbeeld: Appingedam

Appingedam is een van de gemeenten die willen werken volgens de principes die Slaets uitdraagt. De Stichting Eerstelijnszorg Appingedam (EZA) heeft het initiatief genomen om met het ziekenhuis, huisartsen, praktijkondersteuners, thuiszorg en de Algemene Stichting Welzijn Appingedam (ASWA), zorg en welzijn gezamenlijk te gaan aanbieden aan ouderen. Joris Slaets ondersteunt de betrokkenen in de werkgroep ‘integrale ouderenzorg’.

Eveline Nieuwland, zelfstandig adviseur en manager van EZA, vertelt over het project: “Sinds enkele jaren zit alle eerstelijnszorg van Appingedam bij elkaar in één pand. Maar niemand werkte structureel samen en niemand wist wat de ander eigenlijk precies aan zorg leverde. Daarom is in het voorjaar van 2013 EZA opgericht. Sinds het najaar werkt men binnen EZA samen aan een afgestemd zorgaanbod.”

Het belangrijkste doel van Nieuwland komt overeen met dat van Joris Slaets: zorg en welzijn integraal aanbieden en de eigen kracht van ouderen versterken. “We willen de disciplines op elkaar afstemmen, waardoor we meer met minder middelen kunnen. We hopen dat ouderen zolang mogelijk in optimale gezondheid thuis kunnen blijven wonen. En als zij zorg nodig hebben, dat zij die zorg zo lang mogelijk thuis kunnen ontvangen. We willen ouderen stimuleren om aanspraak te doen op hun eigen kracht en netwerk. Waarbij we uitgaan van hun interesses en mogelijkheden en niet hun beperkingen.”

Verschillende brillen, één taal

“We hopen met elkaar problemen te signaleren, mensen door te verwijzen naar de juiste hulpverlener, en het netwerk van ouderen te versterken. Voor ons is het belangrijk dat een oudere maar één zorgverlener hoeft aan te spreken voor alles wat hij nodig heeft op het gebied van wonen, welzijn, zorg en hulpmiddelen. De oudere moet niet van het ene loket naar het andere worden gestuurd. Wij zijn als

partijen verantwoordelijk voor het uitzoeken van de vraag. En voor het bepalen wie dan het beste ondersteuning kan bieden.”

Appingedam zit nog in het voortraject van de integrale manier van werken. Streven is om in het najaar van 2014 volledig vraaggestuurd en multidisciplinair te werken. Nieuwland: “De visie is helder. We hebben uitgesproken dat we willen samenwerken. De werkgroep weet welke partijen betrokken zijn, wie wat doet en met welke middelen. Nu zijn we bezig met het vertalen naar de dagelijkse praktijk: waar komt het frontoffice? Wat voor competenties zijn nodig en wie hebben die? We hebben allemaal onze eigen bril op, maar we hopen te komen tot één taal.”

Mensen met dezelfde behoeften

De dorpen en wijken die Slaets ondersteunt, krijgen inzicht in de behoeften op individueel niveau en op populatieniveau. In de eerste situatie zijn alle gegevens per individuele oudere beschikbaar voor de huisarts. Vervolgens kunnen alle zorgverleners bij een concrete zorgvraag samen overleggen wie welke zorg en ondersteuning gaat inzetten. In de tweede situatie wordt inzichtelijk hoe een specifieke populatie (bijvoorbeeld alle ouderen uit een huisartsenpraktijk of woonachtig in een verzorgingshuis) is verdeeld als je kijkt naar hun mate van kwetsbaarheid en zorgcomplexiteit. Dat is belangrijk voor het beleid en het aanbod dat er moet zijn in een dorp of wijk. “Zorgverleners zijn gewend na te denken over individuen”, meent Slaets. “Ze hebben geen idee hoeveel mensen met dezelfde behoeften in hun wijk of dorp wonen. Terwijl je, als je groepen benoemt, op dat niveau kunt standaardiseren en afspraken kunt maken. De volgende stap is om voor die groepen modules te ontwikkelen.”

Tot nu toe reageren ouderen en vertegenwoordigers positief op de bijdragen van Slaets. “Natuurlijk willen ze goede zorg ontvangen als dat nodig is. Er zijn echter nog veel inspanningen nodig om ouderen zelf meer invloed te geven in het lokale wonen-welzijn-zorg beleid. Maar de meeste ouderen weten wel dat gezond oud worden meestal niet lukt. Dat is voor hen dan ook niet het belangrijkste. Sociale contacten en erbij horen zijn dat wel. Door ons project voelen ze dat eindelijk over hun vraagpatronen en welbevinden wordt nagedacht en wellicht beter in hun behoefte wordt voorzien. Maar niet elke oudere ervaart dit zo. Ik denk dan ook dat het succes uiteindelijk afhangt van de betrokkenheid en participatie van ouderen.”

Over de auteur

Laura van der Mark is tekstschrijver bij Leene Communicatie, communicatiebureau te Gouda, www.leenecomunicatie.nl

Het Nationaal Programma Ouderenzorg (NPO) verbetert de zorg en ondersteuning voor kwetsbare ouderen. Talrijke organisaties slaan daarvoor landelijk en regionaal de handen ineen. Doel is een samenhangend zorgaanbod dat beter is afgestemd op de individuele behoeften van ouderen. Binnen het NPO lopen 75 transitie-experimenten en onderzoek- en implementatieprojecten. Het NPO is een programma van ZonMw, in samenwerking met de NFU en de CSO. Het NPO is in 2008 gestart. Opdrachtgever is het ministerie van VWS.



De derde leeftijd v/m

LAURA CHRIST

**Janneke Van Mens-Verhulst & Mariëlle Cloïn (red.) (2013).
De derde leeftijd v/m. Themanummer Tijdschrift voor Gender-
studies, 16 (2), Amsterdam University Press.
€ 19,- te bestellen via redactie@tijdschriftgenderstudies.eu**

'Oma' heeft zo'n poefklank, klinkt zo kneuterig
zo half teuterig, het mummelt zo seksloos, zo tandeloos
binnensmonds dat je reuzezin krijgt om zo'n omaatje
eens lekker in elkaar te trimmen en je ziet alle
kranten al voor je, van wilde yam en hormoontherapie geen benul.

Fragment uit: *Statement van een oma*, Antjie Krog (2006)

In dit themanummer bespreekt Martina Vitackova de dichtbundel *Verweerskrif* van schrijfster Antjie Krog, in het Nederlands uitgegeven als *Lijfreet* (2006). In deze tweetalige bundel dicht Krog over de ouder wordende vrouw. Zij biedt daarmee een weerwoord, stelt Vitackova, tegen de onzichtbaarheid van de derde leeftijd in het maatschappelijke en literaire discours en het doorbreken van het taboe rondom het ouder wordende, menopauzale vrouwelijke lichaam. Vitackova plaatst Krog's focus op het abjecte en het beschrijven van(uit) het vrouwelijk lichaam in de traditie van de écriture féminine (Kristeva en Cixous) waar taal - hoe wij over taal nadenken en er betekenis aan geven - bepaald wordt door een 'manne-lijk' gezichtspunt. Krog's taalgebruik noemt

zij revolutionair en poëtisch, een contrataal met een alternatieve woordenschat voor het onbespreekbare. Vitackova's verwijzing naar de derde leeftijd roept vraagtekens op. De derde leeftijd verwijst naar de achtereenvolgende levensfasen jeugd, volwassenheid en ouderdom in combinatie met opleiding, werk en pensionering. In de redactionele bijdrage van dit themanummer omschrijven Van Mens-Verhulst en Cloïn het begrip derde leeftijd als 'de levensfase waarin mensen in de westerse wereld bevrijd zijn van arbeids- en gezinsverplichtingen, terwijl ze over voldoende gezondheid en kapitaal beschikken om mobiel te zijn, hun sociale netwerken te onderhouden en anderszins actief te zijn'. Van Mens-Verhulst en Cloïn zijn zich bewust van het generaliserende karakter

van deze omschrijving en opperen dat het beginpunt van die levensfase voor vrouwen minder duidelijk gemarkeerd is dan voor mannen, omdat velen van hen niet zo duidelijk met pensioen gaan. Sekse/gender, maar ook partnerstatus en ouderschap, klasse, seksuele voorkeur en etniciteit kunnen de verwachtingen over, en de betekenissen van de derde leeftijdsfase beïnvloeden (Van Mens-Verhulst & Cloïn, 2013). Daarmee plaatsen Van Mens-Verhulst en Cloïn het begrip derde leeftijd in een context die veel breder is dan het gebruikelijke politiek-economisch denkkader waarin de levens van mannen model staan. Er blijkt onvoldoende respons en empirisch materiaal voorhanden en het themanummer moet het hebben van enkele deskundigen die bereid zijn vanuit hun vakgebieden (arbeidsmarkt, gezondheid, identiteit) een analyse of review te maken. De bijdragen roepen verschillende vragen op die uitnodigen tot nader onderzoek. Deeg (2013) vraagt zich af hoe factoren als opleidingsniveau, inkomen, sociale cohesie, toegang tot gezondheidszorg, die zich verschillend voor vrouwen en mannen manifesteren, samenhangen met voor vrouwen en mannen verschillende culturele verwachtingspatronen en hoe dit de gezondheid van vrouwen en mannen op latere leeftijd beïnvloedt. Van Mens-Verhulst en Radtke vragen zich af hoe de kennis over de normen, verwachtingen en culturele belemmeringen beïnvloed wordt door 'gender en aging' (2013). Het themanummer *De derde leeftijd v/m* maakt duidelijk dat genderstudies en de gerontologie veel

raakvlakken en gemeenschappelijke vragen hebben. In de taal van Antjie Krog:

'Een krantenkop: 'Wereldrecord hoogspringen door oma'.

Wat houdt dat nu eigenlijk in? Dat ze aardig hoog springt

Voor een oma? Hoe hoog mag een oma dan wel springen? Of mag ze wel springen maar niet over een lat en niet waar iedereen bij is?

Van Mens-Verhulst en Cloïn verdienen alle lof voor het initiatief van dit themanummer, Antjie Krog voor haar inspirerende en krachtige Verweerskrif.

Literatuur

Van Mens-Verhulst, Janneke & Marëlle Cloïn (red.) (2013). *De derde leeftijd v/m. Tijdschrift voor Genderstudies*, 16(2). Amsterdam: University Press.

Antjie Krog, (2006), *Verweerskrif Lijfkreet. Gedichten* (pp. 52), Amsterdam: Podium.

Vitackova, Martina. De derde leeftijd in versvorm, Verweerskrif van Antjie Krog (2013) in: *De derde leeftijd v/m Tijdschrift voor Genderstudies*, 16 (2), Amsterdam University Press.

Over de auteur

Laura Christ is sociaal gerontoloog. Vanuit haar eigen praktijk biedt zij persoonlijke begeleiding, waarbij zij werkt met de Zelf-konfrontatiemethode (ZKM).

Contact: laura.christ@xs4all.nl

Congres De Ouderenpsycholoog: voorbereid op de toekomst

Op 25 september 2014, locatie: de Eenhoorn te Amersfoort, kosten: € 279,-, zie voor meer informatie: www.cursussencongressen.nl

In deze roerige tijden heeft de programmacommissie van dit congres voor psychologen zich gericht op wat de ouderenpsycholoog te bieden heeft. Het programma geeft informatie over verschillende behandelvormen die nu gebruikt worden, maar ook zeker in de toekomst tot de capaciteiten van een ouderenpsycholoog blijven behoren. Ook is er aandacht voor de veranderingen in de organisatie van de zorg en de positionering van de ouderenpsycholoog. Zowel voor de startende psychologen als de ervaren collega's is er voldoende aanbod.

Aan de slag met sociale netwerken: de 44 meest bekende methoden verzameld

Wilco Kruijswijk, Mieke van der Veer, Cora Brink, Willy Calis, Jan Willem van de Maat en Inge Redeker. Utrecht: MOVISIE, Vilans en Actiz, 109 pagina's, 2014, gratis te downloaden via: www.movisie.nl, www.vilans.nl of www.actiz.nl.

Netwerkgericht werken kan op vele manieren. Hoe begint u en wat levert het uw cliënt op? Deze toolkit helpt u op weg en maakt u wegwijz in de 44 meest bekende instrumenten en methoden. U kunt erin grasduinen en ideeën opdoen. Leer van wat professionals in zorg én welzijn al ontwikkeld hebben en met succes in de praktijk toepassen. U kunt links en tips volgen en zo nog meer te weten komen. De wegwijzer start met acht instrumenten waarmee u het sociale netwerk van uw cliënten in kaart kunt brengen. Daarna kunt u aan de slag. Hoe? Kies uit 36 methoden om het sociale netwerk te versterken. En voor wie nog meer wil weten: achter in de wegwijzer staat meer informatie over waar u nog meer aan zou kunnen denken bij het werken met sociale netwerken.



Stormachtig Stil: Levensverhalen van Roze Ouderen

Eveline van de Putte. Utrecht: Uitgeverij Xanten, ISBN 978-94-914-46-08-5, 2013, 224 pagina's, € 21,95.

Voor veel roze ouderen in een verzorgingstehuis of andere woon-zorgsituatie, is het moeilijk zichzelf te zijn, sociale contacten te leggen en de juiste zorg en aandacht te krijgen. Op initiatief van COC Leiden en Stichting Radius zijn levensverhalen van roze ouderen verzameld en gebundeld. In dit boek vertellen 27 roze ouderen (homoseksuele mannen, lesbische vrouwen, biseksuelen en transgenders) van Nederlandse en niet Nederlandse komaf, openhartig over hun (liefdes)leven, hun stilzwijgen en angst om nog altijd niet geaccepteerd te worden. Deze unieke verzameling portretten is interessant voor een breed publiek en inspirerend voor hulpverleners, verpleegkundigen en vrijwilligers in zorginstellingen. Stormachtig Stil is geen theoretische verhandeling, het laat de ouderen zelf aan het woord.



Het tweede bedrijf: ander bedrijf na je pensioen

Claar Urbanus (red.). Den Haag: NIDI, ISBN 978-90-8780-008-6, 2014, 50 pagina's, gratis te downloaden via www.nidi.nl of te bestellen via: solinge@nidi.nl.

Wat gaat u doen na uw pensionering? Misschien wilt u blijven werken, maar dan wel in een ander soort baan. Dan bent u niet de enige! Steeds meer mensen keren na hun pensioen terug op de arbeidsmarkt. Veel van hen maken daarbij een ommezwaai: zij gaan heel ander werk doen dan ze daarvoor deden. Ze volgen hun droom of zetten andere talenten in. In dit boek maakt u kennis met tien ommezwaaiers. Ze zijn nu sportinstructeur of chauffeur, bloemenbezorger of ondernemer. U leest over de redenen waarom ze weer zijn gaan werken, hoe ze op het spoor van hun nieuwe 'baan' kwamen en wat het werk hen brengt. Het Tweede Bedrijf geeft een inspirerend beeld van een nieuwe generatie gepensioneerden.



COLOFON

Uitgever

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

Redactie

E-mail: geron@bsl.nl, t.a.v. Angélique van Vondelen

Abonnementen

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

Abonnementsprijzen 2014

Reguliere abonnementsprijs (print & online
toegang): € 60,00
Online only voor particulieren: € 36,00
Prijzen voor instellingen voor meer exemplaren
en online toegang op aanvraag.
Studenten ontvangen 50% korting.
Voor buitenlandse abonnees geldt een toeslag
op de abonnementsprijzen.

Advertenties

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

Arbeidsmarkt:

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

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

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

Verschijning

Viermaal per jaar.

©2014, Bohn Stafleu van Loghum

ISSN: 1389-143X

mvw
media voor vak-
& wetenschap



Bohn
Stafleu
van Loghum
Springer Media

VOLGENDE KEER IN GERÖN

THEMA: THE STATE OF THE ART OF AGEING

- The State of in internationaal perspectief
- Zijn de prioriteiten van ouderen veranderd? (LASA-onderzoek)
- Hoe gezond zijn ouderen nu en in 2020?
- Het concept participatiesamenleving en ouderen
- Ouderen op de arbeidsmarkt, nu en straks
- De tijdsbesteding van ouderen verandert

- Overheidsbeleid en informele zorg: een (on) realistisch perspectief?
- De woningmarkt voor ouderen na het verzorgingshuis
- Een pensioen voor oud en jong
- The State of interviews met sleutelpersonen

In dit nummer

onder andere

Juni 2014 | jaargang 16 | #2

Voorbij de geraniums:
*vitaliteit en zelforganisatie van ouderen
in de wijk*

– Paulien Vermunt, Philip Spinhoven, Jeroen Loeffen &
Rudi Westendorp

Kun je overbehandeling zien
aankomen?

– Theo Boer

Effecten van de versobering van de
pensioenopbouw

– Jan Bonenkamp & Marcel Lever

Veranderingen in de zorgwetgeving
en de gevolgen voor ouderen met een
zorgbehoefte

– Anne-Marie van Bergen

De schimmige grens tussen mens en
techniek

– René Munnik

Over toe- en afname van
eenzaamheid onder ouderen

– Theo van Tilburg

Digitaal contact is ook contact

– José van Berkum

