



Zorgen



Hoofdstuk 5 uit het Sociaal en Cultureel Rapport 2016

De toekomst tegemoet

Werken, leren, zorgen, samenleven en consumeren in het
Nederland van later

Redactie:

Andries van den Broek

Cretien van Campen

Jos de Haan

Anne Roeters

Monique Turkenburg

Lotte Vermeij

© Sociaal en Cultureel Planbureau, Den Haag 2016

Sociaal en Cultureel Planbureau
Den Haag, december 2016

5 Zorgen. Hoe gaan we als samenleving zorgen voor de groeiende groep ouderen?

Cretien van Campen, Sjoerd Kooiker en Alice de Boer

5.1 Zorgen over het zorgen van morgen

Er zijn grote zorgen over het zorgen van morgen. De overheid en burgers zien, met de huidige vergrijzing van de bevolking, een grote zorgbehoefte voor de toekomst opdoemen (Dekker et al. 2016; Doekhie et al. 2014; De Klerk et al. 2015). De langdurige zorg is in 2015 hervormd om het probleem van de stijgende zorgbehoefte van vooral ouderen nu en in de toekomst op te vangen. Bij deze hervorming is een grotere rol voorzien voor de burger en voor sociale netwerken in het zorgen voor elkaar.

Naast het groeiende aantal zorgbehoevende ouderen zijn medisch-technologische ontwikkelingen een drijvende kracht achter de groeiende zorgbehoefte. Chronische ziekten kunnen vroegtijdiger worden opgespoord en behandeld, waardoor het aantal mensen met een chronische ziekte toeneemt. Bovendien zijn er steeds meer medisch-technologische behandelmogelijkheden, waardoor de vraag naar zorg toeneemt (want er is zo veel meer mogelijk dan vroeger) en het leven flink kan worden opgerekt (maar niet altijd in goede gezondheid of met voldoende kwaliteit van leven).

Ook andere ontwikkelingen hebben invloed op de zorg. Om enkele voorbeelden te noemen: flexibilisering van arbeid heeft gevolgen voor mantelzorgers, internationalisering biedt meer mogelijkheden voor behandelingen van ziekten in het buitenland, en economische ontwikkelingen hebben een effect op de zorguitgaven en de zorgproductie.

Deze ontwikkelingen zullen voor de diverse bevolkingsgroepen en groepen zorgontvangers verschillend uitpakken. Een belangrijke groep wordt gevormd door de ouderen van de toekomst. Wat verandert er voor hen door de genoemde ontwikkelingen? Hoe zullen zij zorg ontvangen, van wie en waar? Kortom: gedachten over de zorg van de toekomst roepen verschillende beelden op. De vraag is op welke daarvan we kunnen varen en op welke niet.

5.2 Hoe zorgen we voor elkaar in de toekomst?

Hoe gaan we als samenleving zorgen voor de groeiende groep ouderen? luidt de beginvraag van dit hoofdstuk. 'Zorgen voor' wordt in dit hoofdstuk breed opgevat en omvat niet alleen professionele gezondheidszorg, maar ook het zorgen voor zieke vrienden, burens en familie. Ook bekijken we de *zorgomgeving*, zoals de woonsituatie, domotica (=slimme elektronische voorzieningen in woonhuizen) en telecommunicatie.

In dit hoofdstuk gaat het om de zorg voor mensen met gezondheidsproblemen, niet om de zorg voor gezonde personen (zoals de zorg voor kinderen). De tweede afbakening is dat we de vraagstukken vanuit het perspectief van de burger bekijken. De focus ligt op

de leefwereld van de burger thuis. Zal het huis van een zieke in de toekomst veranderen in een hightechomgeving met allerlei sensoren en zelfstandig acterende robotica en domotica? Of zal de zieke worden gewassen en verzorgd door huis- en buurtgenoten onder toezicht van zorgprofessionals op afstand? Wat betreft het zorgen in de thuisomgeving besteden we in dit hoofdstuk vooral aandacht aan de informele zorg en beschouwen we de te verwachten ontwikkelingen in de professionele zorg als context. Om een beeld van de toekomst te schetsen, maken we gebruik van de inzichten uit hoofdstuk 2 over de drijvende krachten, de onderzoeksliteratuur (vooral scenariostudies) en gesprekken met deskundigen.¹

Het doel van dit hoofdstuk is het schetsen van toekomstbeelden, niet het maken van trendextrapolaties, prognoses, scenario's of ramingen. Onderscheidend aan de SCP-benadering (vergeleken met andere instituten die de toekomst van de gezondheidszorg onderzoeken) is het burgerperspectief op zorgen thuis en de intersectorale doorkijk naar andere domeinen van het leven zoals leren, werken en samenleven. In het dagelijks leven kan 'de burger' immers meer dan één rol hebben: ouder, docent, leerling, werknemer, mantelzorger, patiënt of buurtvrijwilliger.

Met dit hoofdstuk staan ons twee doelen voor ogen: ten eerste inventariseren we wat er al bekend is over de verwachte effecten van demografische, technologische en economische ontwikkelingen (drijvende krachten) op de manier waarop we in de toekomst voor elkaar zullen zorgen.² Ten tweede laten we zien welke (nieuwe) beleidskwesties deze ontwikkelingen zullen oproepen.

5.3 Andere toekomstverkenningen

Welk beeld over het zorgen in de toekomst komt uit andere toekomstverkenningen naar voren? De Stichting Toekomstbeeld der Techniek heeft in een meta-analyse 46 scenariostudies onder de loep genomen (Willemse 2014).³ Uit deze meta-analyse kwamen een aantal verrassende conclusies naar voren. De belangrijkste is dat de toekomstbeelden die in de onderzochte scenario's worden geschetst niet heel sterk uiteenlopen, ondanks het feit dat de gezondheidszorg een complex systeem is en in aanmerking genomen dat heel verschillende drijvende krachten als basis zijn gekozen. De vraag die steeds terugkomt is: hoe blijft goede zorg voor iedereen toegankelijk, zonder dat de zorgkosten, als percentage van het bnp of individuele inkomens, te hoog oplopen? (Willemse 2014: 14). Op het gebied van technologie signaleert Willemse de zojuist al genoemde trend: 'Er wordt steeds meer mogelijk, maar tegen steeds hogere kosten. Er worden echter weinig concrete veronderstellingen gedaan ten aanzien van bijvoorbeeld een geneesmiddel voor Alzheimer of andere mogelijke gamechangers' (Willemse 2014: 15).

Twee toekomstverkenningen over de care-sector schetsen vooral een rooskleurig beeld. De verkenning *Toekomst Zorg Thuis 2020* van de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie en de Stichting Onderzoek en Ontwikkeling Maatschappelijke gezondheidszorg (NPCF en STOOM 2010) biedt een positief beeld van zorg aan huis die goed geregeld is en weinig problemen oplevert: cliënten zijn overwegend tevreden met de zorg die zij zelf regelen; zorg die bestaat uit nieuwe combinaties van helpende mensen en techniek. Zorgverleners doen hun werk met plezier en leveren geen stopwatchzorg, maar

hebben ook tijd voor andere zaken die mensen een prettig bestaan geven. Integrale zorg (van medische zorg tot zorg thuis) is dan werkelijkheid geworden. Zorgverleners begeleiden mensen in het omgaan met hun ziekte, helpen verergering tegen te gaan, signaleren problemen vroegtijdig en vangen crisissituaties op. Mensen met chronische ziekten hebben volgens dit toekomstbeeld steeds beter geleerd om met hun beperkingen om te gaan. De maatschappij van 2020 is een maatschappij die mensen tot een actieve bijdrage prikkelt en die tot nieuwe verbanden leidt.

De combinatie van zelfredzame zorgvragers en een dichtgeweven web aan technologische ondersteuning voor alleenwonende ouderen en chronisch zieken zijn ook belangrijke elementen in de optimistische toekomstvisie *Anna zorgt voor appeltaart* van Vilans (Van Zoest et al. 2016).

In de eerstgenoemde verkenning, die van NPCF en STOOM (2010), is geen rekening gehouden met de oplopende kosten van arbeid in de zorg en zijn de zorgvragers zelfredzaam en gezondheidsgeletterd (dat is de competentie om gezondheidsinformatie te verwerken). Beide verkenningen gaan ervan uit dat de beschikbare technische mogelijkheden daadwerkelijk zullen worden gerealiseerd. Verderop in dit hoofdstuk (paragraaf 5.5.1) zullen we zien dat vooral de implementatie van technologie (nu al) een groot probleem is. De geschetste toekomstbeelden lijken daarom een nogal optimistische visie te vertegenwoordigen.

Verkenningen die een vooral problematische toekomst voor de zorg zien, zijn ons niet bekend. Wel zijn er studies die behalve een positief scenario ook een negatieve variant beschrijven. Een voorbeeld is de toekomstverkenning van het Centraal Planbureau (CPB) over de kosten voor de zorg: de 'betere' (en ook duurdere) zorg variant laat de zorgkosten in 2040 oplopen tot een zwaar op het collectieve budget drukkende 31% van het bruto binnenlands product (bbp) (Van Ewijk et al. 2013: 56). Ook de scenario's in *Toekomstverkenning Welvaart en Leefomgeving* van het CPB en het Planbureau voor de Leefomgeving (PLB) beschrijven twee varianten: een met hoge en een met lage economische groei (zie hoofdstuk 2, paragraaf economie). Het zogenoemde laagegroei-scenario veronderstelt dat de bevolking krimpt tot 16,4 miljoen in 2050. Het aantal 75-plussers stijgt in dit scenario tot 2,64 miljoen. De institutionele bevolking stijgt tot 250.000 (De Jong 2015: 31). De lagere welvaart kan tot verschraling van de ouderdomsvoorzieningen leiden. Het hogegroei-scenario gaat uit van 350.000 ouderen in de intramurale zorg en 3,1 miljoen 75-plussers in 2050.

De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg heeft in een scenariostudie met twee varianten gekeken tot het jaar 2040 (Raad voor de Volksgezondheid en Zorg 2014). Het scenario 'Polderaars' zet zich af tegen globalisering en richt zich op de nationale 'poldercultuur'. Dat vertraagt de technologische ontwikkelingen en de economische groei, in combinatie met een laag immigratiecijfer. De zorguitgaven stijgen vooral door vergrijzing, de kosten van de care en de achterblijvende productiviteitsontwikkeling in de zorg. De collectieve zorguitgaven in dit scenario beslaan 18% van het bbp in 2040 en het totaal van de zorgkosten komt op 22% van het bbp. De behoefte aan mantelzorg zal in 2040 verdubbeld zijn. De mantelzorg wordt voor een deel opgevangen door vrouwen die werkloos zijn geworden vanwege de lage economische groei. In het Polderaarsscenario is men vooral op de lokale samenleving gericht. Burgers sluiten zich

aan bij burgercollectieven en richten zorgkringen voor onderlinge steun op; gemeenten ondersteunen deze wederkerigheid. Ook zijn er betaalbare robots uit China die allerlei taken verrichten.

In het scenario 'Kosmopolieten' van de genoemde verkenning wordt de globalisering omarmd, wat tot veel economische bedrijvigheid, groei en hoge arbeidsmigratie leidt. Nieuwe technologie komt snel op de markt, ook in de zorg. De medische mogelijkheden zijn niet alleen bedoeld om te genezen, maar ook om het leven te verbeteren. Dat gaat gepaard met een sterke stijging van zorguitgaven tot meer dan 30% van het bbp, waarvan 25% collectief is gefinancierd. Mensen leven in lossere verbanden dan voorheen. De overheid trekt zich verder terug en burgers maken eigen keuzen. De zorg is internationaler geworden. Er is hoogcomplexiteit zorg beschikbaar in enkele Europese centra. Zorg in de thuisomgeving is ieders eigen verantwoordelijkheid. Er is veel technische zelfzorg en de behoefte aan mantelzorg neemt minder toe dan in het Polderaarssscenario; mensen zijn gezonder en zelfredzamer. Door de hoge arbeidsparticipatie is er minder aanbod van mantelzorg, maar werken er wel meer arbeidsmigranten in de zorg (voornamelijk in de particuliere thuiszorg), zo wordt verondersteld.

Concluderend: over het algemeen is de toon van studies over de toekomst van de zorg gematigd positief. Hoewel er zorgen zijn over de groeiende zorgvraag en mogelijke ongelijkheid in de zorg, is er anderzijds optimisme over de zelfredzaamheid van burgers. Er worden in de studies voorstellen gedaan om deze zelfredzaamheid te bevorderen.

De uitkomsten van de hiervoor geschetste scenario's roepen de vraag op hoe realistisch de aannamen zijn. De belangrijkste pijlers van deze toekomstbeelden zijn demografische, economische en technologische ontwikkelingen. Hoe ontwikkelt de vergrijzing zich? Hoe sterk stijgt het aandeel van migranten in de vergrijzende samenleving? Zullen er genoeg mantelzorgers en vrijwilligers zijn? Wat is de rol van de arbeidsmarkt? Zullen zorgprofessionals in de toekomst betaalbaar zijn voor burgers? In de volgende paragrafen worden de meest prangende kwesties besproken die volgens de onderzoeksliteratuur en deskundigen¹ die wij spraken, spelen bij de drijvende krachten achter de toekomstbeelden (zie hoofdstuk 2).

5.4 Doorwerking van drijvende krachten

Paragraaf 2.2 over demografie (in hoofdstuk 2) toont dat naar verwachting in 2050 een op de vier inwoners 65 jaar of ouder is (nu is dat een op de zes). Het aantal 75-plussers zal in dat jaar meer dan verdubbeld zijn tot 3 miljoen personen, en nu al zijn de 100-plussers de snelst groeiende leeftijdsgroep (zie ook figuur 5.3 voor het aantal 99-plussers in 2050). Het lagegroeienscenario van het PBL en het CPB veronderstelt dat de groei van de institutionele bevolking in bijvoorbeeld verpleeginstellingen beperkt zal zijn tot ongeveer 250.000 in 2050. Het aantal migrantenouderen neemt volgens deze toekomstverkenning toe. De bevolkingssamenstelling lijkt de komende decennia dus getypeerd te zullen worden door meer ouderen en een grotere etnische diversiteit.

Het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) publiceerde in juni 2014 de *Volksgezondheidstoekomstverkenning 2014* (Hoeymans et al., 2014). Hierin zijn een aantal toekomstverwachtingen voor gezondheid en ziekte te vinden:

- De levensverwachting blijft stijgen, maar minder snel dan de afgelopen tien jaar: mannen krijgen er tussen 2012 en 2030 ongeveer 3 jaar bij en vrouwen ruim 2 jaar.
- De sociaal-economische verschillen in gezondheid en levensverwachting blijven groot en worden mogelijk groter.
- Het aantal mensen met een chronische ziekte neemt toe: van 5,3 miljoen in 2011 (32% van de bevolking) naar 7 miljoen in 2030 (40%).

Niet alleen het aantal te verwachten levensjaren zal toenemen, ook voor het aantal jaren in goede gezondheid en zonder fysieke beperkingen is een toename plausibel. Hoeveel is moeilijk te zeggen.

Voor de meest actuele schatting wordt verwezen naar de toekomstverwachting voor gezondheid en ziekte voor de periode 2015-2040 die het RIVM in het najaar van 2016 publiceert. In 2014 heeft het CBS projecties opgesteld waarin het aantal jaren zonder fysieke beperkingen tussen 2012 en 2030 met vier tot vijf jaar toeneemt, en het aantal jaren in als goed ervaren gezondheid met twee tot drie jaar.

(Van Duin en Stoeldraijer, 2014).

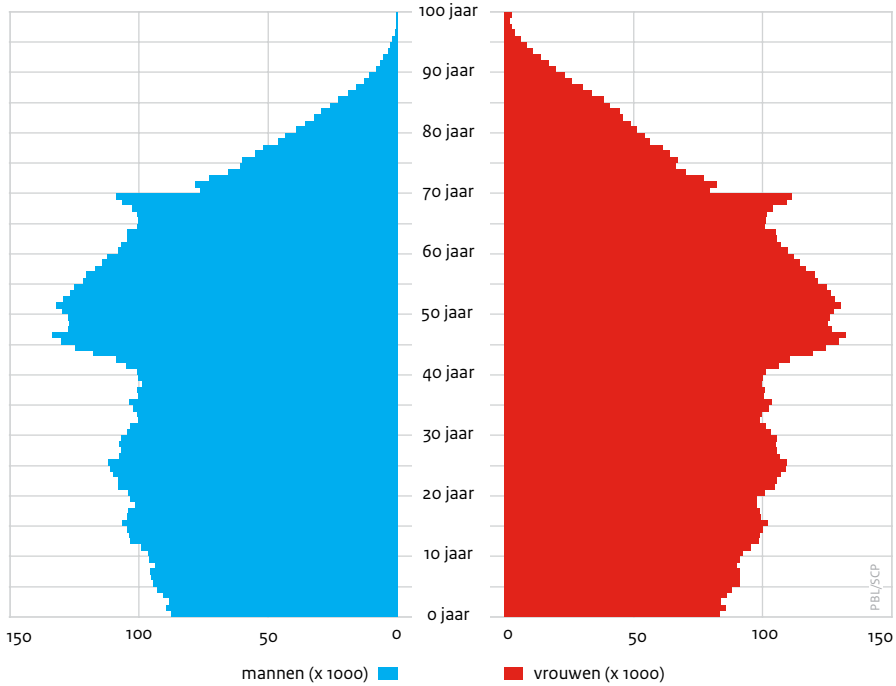
Wat zijn de gevolgen van deze ontwikkelingen voor de toekomstige vraag naar zorg en het aanbod ervan? In de volgende drie subparagrafen komen drie beleidsthema's voor de toekomst aan de orde: generaties en levensfasen, regionale verschillen en sociaal-culturele diversiteit.

5.4.1 Generaties en levensfasen

De gevolgen van de vergrijzing voor het zorgen voor elkaar worden duidelijker wanneer we naar generaties en levensfasen van ouderen kijken. Een van de meest besproken generaties van dit moment is de babyboomgeneratie. Aan de bevolkingsopbouw van 1 januari 2016, hier ontleend aan de bevolkingsprognose voor de lange termijn, (figuur 5.1) valt op dat de piek van 69-jarigen boven het midden van de figuur is terug te voeren op het hoge geboortecijfer van 1946⁴ (284.000 levendgeborenen), het jaar dat begin van de babyboom inluidde. Ook degenen die in de negen daaropvolgende jaren (1947-1955) werden geboren, noemen we babyboomers (in totaal 2,4 miljoen geboorten) (Bie en Latten 2012: 6). In figuur 5.1 is te zien dat dit een vrij groot cohort van 60-69-jarigen is. Deze leeftijdscategorie verleent vaak mantelzorg of is als (zorg)vrijwilliger actief, net als de vijftigers daaronder (De Klerk et al. 2015).

Figuur 5.1

Leeftijdopbouw van de Nederlandse bevolking op 1 januari 2016 (in duizendtallen)

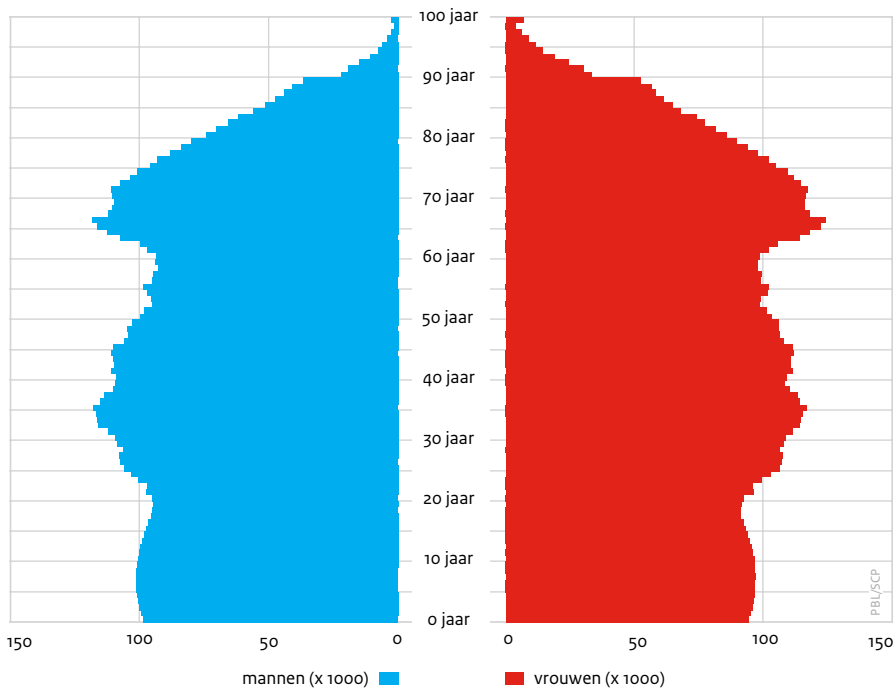


Bron: CBS StatLine. Bevolkingsprognose voor de lange termijn.

De participatiesamenleving landt anno 2016 op een gespreid bed van een grote groep mensen bestaande uit de babyboomers en de vijftigplussers. De komende decennia zijn zij een belangrijke bron van sociaal kapitaal en ze zijn bovendien door het gestegen opleidingsniveau hoger opgeleid dan vorige generaties ouderen (Van Campen et al. 2011). Boven de 70 jaar laten de schuine blauwe en paarse vlakken in figuur 5.1 zien dat het aantal ouderen met het klimmen van de jaren nu nog snel afneemt.

Figuur 5.2

Leeftijdsopbouw van de Nederlandse bevolking op 1 januari 2036 (in duizendtallen)

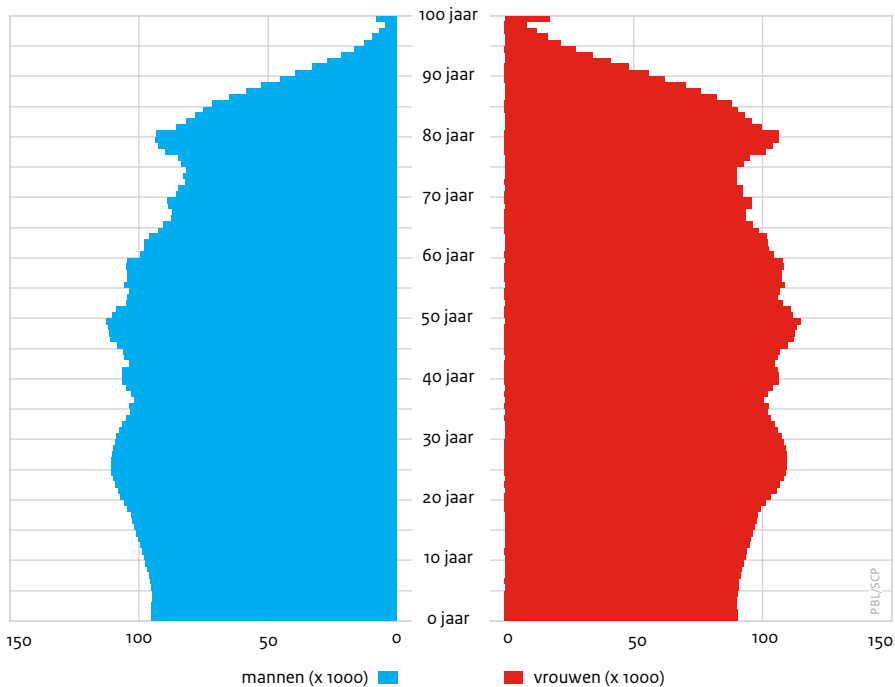


Bron: CBS StatLine. Bevolkingsprognose voor de lange termijn.

In figuur 5.2 kijken we naar de verwachte bevolkingsopbouw voor 1 januari 2036. Van de babyboomers van 1946, die in dat jaar 90 jaar worden, zal ondanks welke medische vooruitgang dan ook een flink deel zorgafhankelijk zijn. De vlakverdeling in het bovenste gedeelte van figuur 5.2 laat zien dat het aantal ouderen tussen de 80 en 90 jaar veel groter is dan twintig jaar eerder (figuur 5.1). De babyboomers die momenteel veel informele zorg verlenen, zullen waarschijnlijk tegen die tijd zelf de zorgvragers geworden zijn. Of zoals het PBL het verwoordt: ‘We gaan van een generatie ouderen met een actieve ouderdom naar een generatie in kwetsbare ouderdom met een vraag naar zorg aan huis’ (Van Dam et al. 2013). Hoewel velen hun zorgproblemen zelf zullen kunnen oplossen, zal ook een substantieel deel over een beperkt sociaal netwerk beschikken: nu al heeft een op de vijf 65-plussers niemand in het sociale netwerk die informele hulp zou kunnen bieden (Putman et al. 2016). In 2036 zijn er naar verwachting wel veel vitale ouderen van omstreeks de 70 jaar die dan nog hun stempel kunnen drukken op de participatiesamenleving.

Figuur 5.3

Leeftijdsofbouw van de Nederlandse bevolking op 1 januari 2050 (in duizendtallen)



Bron: CBS StatLine. Bevolkingsprognose voor de lange termijn.

Verder vooruitkijkend wordt het perspectief voor de participatiesamenleving steeds minder gunstig (figuur 5.3). Aan het begin van 2050 zal bijvoorbeeld de grote geboortegaargang van 1964 (251.000 geboorten) 85 jaar geworden zijn. Latere jaargangen met minder geboorten (bv. 1983, met 170.000 geboorten; zij worden 67 jaar in 2050), vormen dan waarschijnlijk de leeftijdsgroep van de mantelzorgers en zorgvrijwilligers. Van hen zal worden gevraagd om het oudere leeftijdscohort van informele hulp te voorzien. Zij zullen te maken krijgen met complexe hulpvragen, en intensieve en langdurige hulp gaan geven. Deze toekomstige generatie helpers zal dat waarschijnlijk in de context van nieuwe sociale verbanden doen. Machielse zegt daarover het volgende: 'Zij zijn meer gewend om actief te werken aan het opbouwen van een netwerk met familie en vrienden dat bescherming en ondersteuning biedt bij beperkingen en tegenslagen' (Machielse 2015: 206). In 2050 zijn er inmiddels zo veel ouderen dat het idee van de bevolkingsofbouw als piramide, in de jaren vijftig nog zo goed passend, voorgoed achterhaald is.



5.4.2 Krimpgebieden

Behalve absolute bevolkingsaantallen spelen ook regionale verdeling en lokale woningmarkt een belangrijke rol. Ten eerste omdat mensen graag in hun eigen woning willen blijven wonen, ook al worden ze minder mobiel en neemt hun zorgbehoefte toe.

Van ouderen is bijvoorbeeld bekend dat ze weinig verhuizen en als ze verhuizen, doen ze dat bij voorkeur binnen de eigen buurt (RIG O 2016). De honkvastheid van deze groep zal naar verwachting in de toekomst verder toenemen door het toegenomen eigenwoningbezit en door de beleidsdoelstelling om ouderen zo lang mogelijk zelfstandig te laten wonen (De Groot et al. 2013). Ten tweede wonen mantelzorgers vaak in de buurt van degene(n) die ze helpen. Uit recent onderzoek blijkt bijvoorbeeld dat de meeste mensen die hun (schoon)ouders helpen maximaal een halfuur reistijd hebben (De Boer en Klerk 2015: 67).

Uit de regionale bevolkingsprognose van CBS en PBL blijkt dat de bevolking sterk zal groeien in de Randstad en juist zal krimpen aan de randen van Nederland (Kooiman et al. 2016). Deze groei- en krimpbeving hangt sterk samen met de aantrekkingskracht van de (Rand)stad voor binnen- en buitenlandse migranten. Aan de randen van Nederland vertrekken juist veel inwoners van jonge en middelbare leeftijd; een voortzetting van ontwikkelingen die al sinds het begin van deze eeuw gaande zijn (figuur B1 in bijlage 5.1).

In tabel B5.1 (bijlage B5.1) is voor de krimpregio's Delfzijl en Zuid-Limburg en de groei-regio's Utrecht en Rijnmond weergegeven hoe de lokale bevolkingsontwikkeling van de 50-plussers tussen 2017 en 2040 naar verwachting zal uitpakken. In zowel de krimp- als de groei-gebieden zal het aantal 80-plussers sterk toenemen. Het grote verschil tussen beide is dat het aantal 50-59-jarigen in de krimpgebieden sterk daalt, met zo'n 36% tot 45%. In de groei-gebieden Utrecht en Rijnmond treedt ook een daling op in die leeftijdsgroep, maar deze is met ongeveer 12% veel kleiner dan in de krimpgebieden. Het aandeel 60-69-jarigen neemt toe of blijft gelijk, terwijl ook dat percentage in de krimpgebieden daalt.

'De stad' maakt een bloeiperiode door, zowel internationaal als in Nederland.

Wereldwijd trekken mensen naar de stad en de economische groei is daar dan ook groter dan in rurale gebieden. De (grote) steden zetten in op 'slim' (*platform smart cities*) en 'gezond' (*healthy urban living*). De combinatie van technologie en op gezondheidsdoelen gerichte ruimtelijke ordening maakt de stad de plek waar het gezonde, hoogopgeleide bevolkingsdeel graag woont, werkt en recreëert. Een voorbeeld is het herontwikkelde Philips-terrein Strijp-S in Eindhoven (Strijp-S 2016).

In krimpgebieden zijn mensen gemiddeld minder gezond en bovendien ouder: ongeveer 24% van de bevolking heeft een minder dan goede gezondheid, tegenover 19% elders in Nederland (Verweij en Van der Lucht 2014). Het RIVM concludeert dat selectieve migratie een rol speelt bij het ontstaan van gezondheidsachterstanden (Verweij en Van der Lucht 2014: 20). Naar verwachting worden de geconstateerde gezondheidsverschillen tussen de steden en de krimpgebieden in de toekomst groter.

5.4.3 Diversiteit onder ouderen

De groep 75-plussers kent een grote diversiteit, en die zal in de toekomst door de groei van deze leeftijdsgroep steeds zichtbaarder zijn in de samenleving. Voor een deel bestond die diversiteit onder ouderen al langer. Door de totale groei van het aantal ouderen worden de kleine groepen zichtbaarder. De antropoloog Twigg (2013) beschrijft bijvoorbeeld dat ouderen zich tegenwoordig minder uniform kleden en meer geld aan kleding uitgeven, evenals aan wonen en comfort. Door emancipatie zijn ook vrouwen, etnische groepen (Bui 2011) en LHBT-groepen (Van Lisdonk en Kuyper 2015) zich sterker gaan onderscheiden. Deze ontwikkelingen dragen alle bij aan verdere diversiteit: grijs verkleurt in een regenboog (Twigg en Martin 2015).

Niet alleen wat betreft uiterlijk en materiële bezittingen, maar ook in gezondheid en fysieke en cognitieve prestaties zien we een grotere diversiteit en variëteit in de groep 75-plussers. 'Actief ouder worden' is het mantra, maar niet iedere oudere is daar zo actief mee bezig. Er zijn culturele verschillen in de mate waarin mensen een actieve levenshouding hebben (Carroll en Bartlett 2015). De komende generaties ouderen zullen gemiddeld meer aan beweging en sport doen, maar er zullen daarin grote verschillen zijn voor wat betreft gender, etnische achtergrond, en sociale klasse (Hartmann-Tews 2015).

Onder de oudere bevolking zullen er in de toekomst meer migranten van meer verschillende herkomstlanden zijn (zie paragraaf 2.2 demografie). De groep migranten in de

ouderenzorg neemt de komende jaren absoluut en relatief toe (vws 2016). Het aantal niet-westerse migranten boven de 65 jaar groeit naar verwachting van 78.000 personen in 2011 tot 520.000 in 2050. Oudere migranten hechten over het algemeen meer waarde aan de zorgplicht van kinderen voor hun ouders dan autochtone senioren. Vooral Marokkaanse en Turkse ouderen geven de voorkeur aan de hulp van hun (schoon) kinderen (vws 2016).

Door de toename van het aantal 75-plussers van niet-westerse afkomst zal de zorgvraag veranderen. Onder migrantenouderen komt bijvoorbeeld twee- tot driemaal zo vaak dementie voor (Parlevliet et al. 2016). Ook zijn er culturele verschillen in hulpgedrag (Schans en Komter 2006). Turken en Marokkanen zijn het meest solidair in hun opvattingen over de hulp die kinderen hun ouders zouden moeten geven. Wat betreft praktische en emotionele steun zijn het de Surinamers die het meest doen voor hun ouders, terwijl het advies geven aan ouders juist iets is dat autochtonen vaak doen en Turken het minst. In sociaal opzicht neemt het aantal alleenwonenden toe. Voorheen waren verzuimden in de meerderheid, maar hun aandeel neemt tegenwoordig af terwijl het aandeel alleenwonenden dat nooit getrouwd is geweest groeit (van Duin et al. 2013).

Ook wat betreft wonen neemt de diversiteit onder ouderen toe. Tot in de jaren zeventig woonden de meeste mensen in een gezinswoning tot hun 65^e en daarna verhuisde men naar een bejaardenhuis. Tegenwoordig zijn bejaardenoorden meestal verpleeghuizen waar alleen zeer kwetsbare ouderen wonen. Er bestaat nu een grote variëteit van verschillende huishoudensvormen, samenlevingsvormen en zorgarrangementen en deze zal naar verwachting toenemen (Doorten en Meurs 2015; De Lange en Witter 2014).

De diversiteit op verschillende gebieden is voor een groot deel te verklaren door de variëteit in levenslopen. Naarmate men ouder wordt, is men meer keuzemomenten op het levenspad gepasseerd en zijn er meer levensingrijpende gebeurtenissen geweest. Dit verklaart hoe een aanvankelijk homogeen cohort van twintigers in de jaren vijftig, via de vele vertakkingen in levenspaden, na de millenniumwisseling een divers beeld van tachtigers toont.

Diversiteit is ook zichtbaar op het gebied van gezondheid en zorggebruik. Er bestaat geen standaardzorgtraject, maar er zijn ten minste zes veelvoorkomende zorgtrajecten te onderscheiden, bleek uit een studie waarin 65-plussers gedurende tien jaar werden gevolgd (Van Campen et al. 2013). Drie op de tien ouderen in deze studie bleven redelijk vitaal en woonden zelfstandig met weinig zorg. De andere zeven werden kwetsbaarder en volgden verschillende zorgtrajecten totdat ze overleden of in een verpleeghuis werden opgenomen. Een andere studie vond in de groep 65-plussers vier typen 'trajecten' in gezondheid (Kok et al. 2015). Vier van de tien mannen en drie van de tien vrouwen werden fysiek, mentaal en sociaal vitaal ouder. Ook in het beloop van kwetsbaarder worden met de jaren vonden onderzoekers verschillende 'trajecten' (Huisman en Deeg 2011). Het Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (NIVEL) onderzocht in hoeverre de beleidsaannamen over de inzet van technologie, hogere zorgkosten en meer mantelzorg om langer zelfstandig te wonen bij (toekomstige) ouderen passen (Doekhie et al. 2014). Op basis van vragenlijstonderzoek onder mensen tussen 57 en 77 jaar vonden zij vier profielen van ouderen: proactieve (46%), zorgwensende (28%), afwachtende (10%) en machteloze ouderen (16%). Deze vier profielen verschillen sterk in de mate waarin de

ouderen zelf de regie over hun leven nemen, zelfredzaamheid belangrijk vinden, voor zorg willen betalen en kans zien om mantelzorg te organiseren.

Samengevat: in de groeiende groep ouderen zal de diversiteit op verschillende terreinen zichtbaarder worden: gezondheid, wonen, samenleven, leren en consumeren. De verschillen in beschikbare hulpbronnen (inkomen, opleiding, gezondheid, wonen en sociale netwerken) nemen daardoor toe en zullen tot grote verschillen in levenskansen leiden (vgl. Vrooman et al. 2014).

5.4.4 Economische ontwikkeling

Uit paragraaf 2.4 Economie wordt duidelijk dat de mate van economische groei gevolgen voor de gezondheidszorg heeft. In de prijs van zorg spelen de kosten van arbeid een grote rol. Die kosten stijgen in de zorg vaak relatief sneller dan in andere sectoren van de economie, omdat de stijging van de arbeidsproductiviteit in de zorg achterblijft bij die andere sectoren. Dat komt doordat veel taken in de zorg moeilijk te automatiseren zijn (Kool en Huizinga 2015: 16).

Tabel 5.1

Ontwikkeling arbeidsproductiviteit per arbeidsjaar, naar bedrijfstakken (in procenten)

bedrijfstak	1980-2001
landbouw	3,6
industrie	2,9
commerciële diensten	1,1
zorg	-0,3
overheid	1,2
totale economie	1,3

Bron: Huizinga en Smid 2004, geciteerd in Kool en Huizinga 2015: 17

Voor de jaren 2018-2021 verwacht het CPB een kostenstijging van jaarlijks 5% (3,5% reëel) voor de zorg die via de Zorgverzekeringswet wordt betaald en 4,7% (3,1% reëel) voor de zorg die via de Wet langdurige zorg wordt betaald (Mot et al. 2016: 17). Dat laatste is opmerkelijk, gezien de ingrijpende wijzigingen in die langdurige zorg, die mede gericht zijn geweest op kostenbesparing.⁵ De kosten die betaald worden via de Wmo/Jeugdzorg zullen naar verwachting jaarlijks met 4,9% (3,3% reëel) groeien.

In de CPB-studie *Toekomst voor de zorg* (Ewijk et al. 2013) is de huidige trend voor de zorgkosten doorgerekend tot 2040. Het aandeel van de zorgkosten in het bbp stijgt volgens die studie van 13% in 2012 tot tussen de 22% (doorrekenen op basis van de langetermijntrend in de kostengroei van 1980-2010) en 31% (doorrekenen op basis van de kostengroei tussen 2000 en 2010) van het bbp in het jaar 2040. Volgens een voorbeeldberekening van het CPB waren tweeverdieners met een modaal inkomen in 2010 23,5% van het brutogezinsinkomen kwijt aan premies voor de ziektekostenverzekering en de AWBZ. Kostendekkende zorgpremies in het aandeel brutogezinsinkomen zouden in de toekomst kunnen stijgen naar waarden tussen de 36% en 47% van dat inkomen

(Ewijk et al. 2013: 56). Dat lijkt onbetaalbaar hoog. In de onderhavige toekomstverkenning gaat het verder niet om een kostenraming voor de lange termijn, maar is wel van belang om te benadrukken dat betaalde professionele zorg een duur product is dat niet snel goedkoper en niet ruimer beschikbaar zal worden.

5.5 Zorgen bij de burger thuis

Op basis van de demografische en economische ontwikkelingen die in paragraaf 5.4 zijn beschreven, is het beleidsprobleem voor de toekomst als volgt te omschrijven: we krijgen te maken met een groeiende groep hulpbehoevende 75-plussers en een afnemende groep mantelzorgers om voor hen te zorgen. De generatie mantelzorgers wordt ouder en gaat na verloop van tijd zelf tot de groep zorgbehoevendenden behoren. Zorgprofessionals worden steeds duurder en zullen eerder minder dan meer beschikbaar zijn, als de overheid op het beheersen van de zorgkosten blijft inzetten. Het is bovendien aannemelijk dat de trend van beperking van intramurale capaciteit in zorginstellingen wordt voortgezet.

De zorgbehoevende ouderen wonen vooral aan de dunbevolkte randen van Nederland, terwijl de potentiële jonge zorgaanbieders naar de stad vertrekken. In 2010 waren er voor elke baan in de ouderenzorg gemiddeld 27 potentiële arbeidskrachten beschikbaar, maar dit zullen er in 2040 gemiddeld nog veertien zijn (Van Dam et al. 2013).

De toekomstige groep 75-plussers is divers in sociaaleconomisch en cultureel opzicht. De verschillen tussen etnische groepen, stad en platteland, mannen en vrouwen en culturele groepen vragen aandacht bij een voortzetting van het huidige beleid, dat zorg op maat beoogt te leveren die bovendien bijdraagt aan de individuele kwaliteit van leven. Voor de jaren rond 2040 tekenen zich ernstige problemen af voor het bieden van zorg aan de grote aantallen ouderen en andere kwetsbare groepen, die in de voorgaande decennia zijn aangemoedigd om zo lang mogelijk zelfstandig te blijven wonen. Zijn deze problemen op te lossen?

De hoop lijkt gevestigd op vijf ontwikkelingen: technologische vooruitgang, aanpassing van het zorgstelsel, nieuwe vormen van wonen en zorg, zelforganisatie van burgers, en flexibilisering van de arbeid. In de volgende subparagrafen wordt per oplossingsrichting bekeken of in welke mate deze hoop terecht is.

5.5.1 Technologie

Nieuwe technologie verspreidt zich soms snel (zie paragraaf 2.2 Technologie).

Het mobiele telefoonbezit is een goed voorbeeld: tegenwoordig heeft 80% van de bevolking een smartphone (Gfk 2015). Die snelle verspreiding ging gepaard met een product dat steeds lichter en goedkoper is geworden, en de gebruiker mogelijkheden biedt om diensten en producten zelf samen te stellen (SER 2016).

Het is niet zo eenvoudig om 'van een smartphone naar een smarthome' te gaan. In de afgelopen vijf jaar zijn van de honderden uitvindingen slechts veertien toepassingen effectief gebleken (Carretero 2015). Experts, zoals Eveline Wouters en Heliantje Kort, zien dat projecten vaak in de pilotfase blijven hangen, onder andere doordat de betrokkenen

verschillende belangen in een project hebben. Een techneut spreekt een andere taal dan de eindgebruiker en de leverancier heeft andere belangen dan een gemeente, installateur, corporatie of zorgverlener. Bovendien is degene die investeert niet altijd degene die profiteert (interview Eveline Wouters).¹

In de zorg worden veel positieve effecten van technologie verwacht: langer zelfstandig blijven wonen, hogere productiviteit van beroepskrachten, meer kwaliteit van zorg en lagere kosten. In Japan bijvoorbeeld wordt veel geld geïnvesteerd in zogenoemde *robotic caregivers* (Ijii 2013). Ook in Nederland zijn de verwachtingen van technologische ontwikkelingen hooggespannen (vgl. Engelen 2016).

In de toekomstverkenning *De robot de baas. De toekomst van werk in het tweede machinetijdperk* van de Wetenschappelijke Raad voor de Regering (WRR) is te lezen dat zulke hooggespannen verwachtingen voor robotica én domotica in de thuiszorg tot nu toe niet waargemaakt zijn (Kremer 2015: 117-119). In het versnipperde Nederlandse zorglandschap is het vooral moeilijk om de noodzakelijke investeringen rond te krijgen. Zowel thuiszorgorganisaties als gemeenten hebben momenteel moeite om de benodigde huishoudelijke hulp financieel rond te krijgen, en het ontbreekt aan de middelen om voor de toekomst te investeren.

In het essay *Toekomst wonen met zorg in Nederland* (Linde en Staalduinen 2012: 28) wordt onderscheid gemaakt naar vier soorten bijdragen die technologie in de zorg kan leveren (of al levert). Allereerst speelt technologie een rol in de curatieve zorg, bijvoorbeeld met ontwikkelingen als opereren op afstand, hartbewaking op afstand, verfijnde operatietechnieken, of 3D-printers die alles lijken te kunnen maken wat we maar willen: van botprothesen tot en met bloedvaten.

Zelf monitoren is een andere technologische toepassing die snel groeit. Nog geen tien jaar geleden moest een diabetespatiënt naar de internist voor bloedcontrole, nu is er hoogstens een bezoek aan de huisarts of praktijkondersteuner nodig, maar houdt men bij voorkeur de bloedwaarden zelf in de gaten en past daar de medicatie op aan. Naar verwachting zullen steeds meer patiëntengroepen zichzelf kunnen monitoren, zoals mensen met COPD, hartfalen of obesitas. Dementerenden en epilepsiepatiënten bijvoorbeeld zullen steeds vaker via zorg op afstand worden begeleid. Technologische ontwikkelingen leiden dus tot een andere invulling van het begrip gezondheidszorg, doordat veel meer zelfmanagement van de gezondheid mogelijk wordt en mensen bovendien hun eigen medische ervaringskennis kunnen benutten (Sharon 2013). Ten tweede draagt technologie bij aan het zorgproces in de langdurige zorg, zowel in zorginstellingen als thuis: bijvoorbeeld om rondwalen te voorkomen of een val vroegtijdig te detecteren. Ook zijn er voorbeelden van toepassingen van memochips. Studies naar bijvoorbeeld automatische valdetectie laten helaas nog niet altijd gunstige resultaten zien (Lipsitz et al. 2016). In nieuwbouw- en verbouwplannen van verzorgings- en verpleeghuizen wordt de toepassing van domotica meegenomen. In de nachtzorg wordt al lange tijd toezichthoudende domotica gebruikt: 'In de verstandelijk gehandicaptenzorg maakt men al decennialang gebruik van akoestische bewaking en

nachtcentralisten zijn hier inmiddels bedreven experts in. In de ouderenzorg werd al geruime tijd actieve en passieve alarmering toegepast op basis van sensoren' (Nap et al. 2015: 4).

Een voorbeeld thuis is de 'mantelzorgrobot' Giraff; hij combineert sociale interactie met het monitoren van activiteiten in huis en verzamelt data afkomstig van sensoren, die belangrijke informatie zoals een val kunnen detecteren of bloeddruk kunnen meten. Dit soort zorgrobots zullen dan ook belangrijker worden, zeggen specialisten uit Eindhoven (interview Ilse Bierhoff¹ (zie ook Kool-Schunck 2015)). Domotica ten behoeve van de zorg van thuiswonende personen zullen zich naar verwachting verder uitbreiden naar de consumentenmarkt, zoals bouwmarkten. Voor kwetsbare ouderen zal dat waarschijnlijk niet voldoende zijn; voor hen zullen maatwerkvoorzieningen moeten worden gerealiseerd.

Ten derde kan technologie de mogelijkheden om langer thuis te blijven wonen vergroten voor ouderen, bijvoorbeeld wanneer robots huishoudelijke klussen kunnen overnemen. Vanessa Evers (hoogleraar sociale robotica) zegt hierover (Elzinga 2016):

Al onze huis-, tuin- en keukenproducten worden robotischer. En in de nabije toekomst lukt het ook om androiden te maken die eenvoudige taken kunnen uitvoeren. Eentje om de deur te openen, eentje om de vloer te dweilen en zelfs eentje die oma geruststelt als ze in de war is.

Het is niet moeilijk om je voor te stellen dat personen in de thuissituatie in de toekomst door robots worden verzorgd op dezelfde manier waarop mensen die zorg leveren. De praktijk is weerbarstiger. Zelfs in landen zoals Duitsland en Japan, waar door de vergrijzing een grote demografische druk bestaat en waar bovendien veel technologische oplossingen worden ontwikkeld, is de robotica nog niet erg ver gevorderd. Voor het onderhouden van contacten met belangrijke naasten zullen robots in de toekomst zeer waarschijnlijk een rol spelen, maar huishoudelijke taken verrichten is nog een grote stap. Hoe snel bijvoorbeeld de Care-o-bot van het Duitse Fraunhofer-instituut deze stappen gaat zetten, is moeilijk in te schatten. Deze geavanceerde antropoïde is nog altijd mijlenver verwijderd van het uitvoeren van op zich eenvoudige huishoudelijke taken.⁶ De inzet van robots zal mogelijk in tehuizen en instellingen, met gladde vloeren van gelijk niveau en een monteur om de hoek, een veel grotere vlucht nemen dan in de thuiszorg, waardoor uiteindelijk de tehuiszorg weer betaalbaarder wordt.

Ten vierde is technologie inzetbaar ten behoeve van communicatie en contact, wanneer mensen daar daartoe fysiek (of mentaal) niet in staat zijn. Skype, webcam en chat overbruggen de eventuele geografische afstand tussen mantelzorgers en zorgvragers, en helpen om de zorg te coördineren. Naast de ontwikkeling van nieuwe technieken, raken technologische oplossingen ook steeds meer in gebruik: jongeren van nu (en de patiënten van morgen) zijn veel meer dan de huidige generatie ouderen met technologie en sociale media opgegroeid.

Bierhoff geeft een voorbeeld van een dochter die nadat haar moeder een beroerte heeft gehad iedere middag bij haar moeder kwam lunchen, maar vanwege een nieuwe baan niet langer in de gelegenheid was. Nu kan ze via de Giraff op afstand met haar moeder meekijken hoe zij brood smeert en haar, indien nodig, daarbij kan ondersteunen en daarnaast kunnen ze een beetje met elkaar kletsen tijdens de lunch.¹

Een grote meerderheid van de (toekomstige) ouderen zegt gebruik te willen maken van domotica (83%) of ict (71%) als dit betekent dat ze langer zelfstandig kunnen blijven wonen. Veel ouderen kunnen met technologie overweg, maar er zijn ouderen die dat niet kunnen of willen. Ouderen die zich machteloos voelen of afwachtend zijn, hebben lagere verwachtingen van domotica en ict in huis dan de proactieve en zorgwensende ouderen (Doekhie et al. 2014).

Kwesties

Niet iedereen staat welwillend tegenover een gerobotiseerde wereld. Vooral het idee dat robots de intermenselijke contacten zullen overnemen, roept weerstand op (Van der Sloot, 2016). Studenten van zorgopleidingen bijvoorbeeld staan soms sceptisch tegenover het gebruik van technologie in de zorg; ze geven de voorkeur aan persoonlijke hulpverlening. 'Zorg is warm en persoonlijk, technologie is koud en afstandelijk', zei een van de geïnterviewde experts over de wijze waarop studenten van de zorgopleiding waar zij werkt dat onderscheid omschrijven.¹

Er wordt dan ook gewaarschuwd dat robots en andere robotica professionals niet één op één zullen gaan vervangen. Het zal eerder en-en zijn, niet of-of. Ilse Bierhoff beschrijft dit belang als volgt in het interview met de auteurs¹:

De peace of mind die we met onze technologie brengen, speelt zeker een rol. Het sociale contact, de ondersteuning bij het innemen van medicijnen, de garantie dat iemand een oogje in het zeil houdt. Die rust geldt overigens ook voor de mantelzorgers.

In welk tempo de ontwikkelingen in de technologie ook zullen gaan, de veranderingen die ermee gepaard gaan, brengen een aantal risico's met zich mee. Een voorbeeld zijn privacy risico's, wanneer computersystemen in de toekomst niet alleen alles over iemands leefstijl en mediagebruik weten, maar ook alles over gezondheid en zorggebruik. Onlangs waarschuwde Wouter Serdijn, hoogleraar in de bio-elektronica aan de TU Delft, voor de gevaren van het delen van deze data (Van Noort 2016). Ook het Rathenau Instituut pleit ervoor om de patiënt tegen de nadelige gevolgen van de medische datarevolutie te beschermen (Geesink 2016).

Ook in de informele zorg kunnen er risico's ontstaan. Voskuil en Benneken genaamd Kolmer (2016) noemen een aantal voorbeelden: aantasting van de menselijke autonomie (wie bepaalt onze toekomst: is dat de techniek of kiezen we zelf welke rol de technologie speelt in ons leven?) en de menselijke waardigheid (mantelzorg is vaak een heel betekenisvolle relatie die door de oprukkende technologie instrumenteler dreigt te worden) zijn risico's die om aandacht vragen.

5.5.2 Aanpassing van de zorgverlening

De wijze waarop mensen zorg ontvangen en zorg geven, is een samenspel van professionele en informele zorg. Dat zal in de toekomst niet anders zijn. Om een beeld van het 'zorgen voor elkaar' in de toekomst te kunnen schetsen, is het van belang om een indruk te hebben van wijze waarop de professionele zorg zich zal ontwikkelen. Er is al

een aantal invloedsfactoren genoemd: meer technologie, een diverse, hoger opgeleide bevolking van een hogere leeftijd, en steeds stijgende prijzen van het 'product' zorg. 'Zorgen' zal in de toekomst steeds meer 'zorgen voor thuiswonenden' betekenen. In de komende jaren krijgt een groot aantal gehandicapten, ouderen en mensen met psychische problemen met een lagere zorgindicatie geen toegang meer tot intramuraal verblijf. Naar verwachting zal het aantal verpleegdagen in de sector Verpleging en Verzorging tussen 2013 en 2018 met 22% dalen (De Bruin en Hagemans 2016).

Niet alleen blijven mensen (langer) thuis wonen, ook zal (medische) zorg steeds meer in de thuisomgeving plaatsvinden. Een recent rapport over *hospital at home* verwacht dat naar schatting 46% van de huidige ziekenhuiszorg de komende tien jaar naar de huiselijke omgeving zal worden verplaatst (Hagenaars 2016: 13). Dat percentage is een optelsom van verschillende ontwikkelingen: een verdere verlaging van het aantal verpleegdagen, minder polikliniekbezoeken omdat deze behandelingen met behulp van nieuwe technologie thuis kunnen plaatsvinden en diagnostisch onderzoek dat mensen zelf thuis kunnen doen. Deze ontwikkeling is al volop gaande en maakt het bijvoorbeeld mogelijk om nierdialyse en chemotherapie in de thuisomgeving te doen: daarvoor hoeft men niet meer naar het ziekenhuis, want de benodigde medische apparatuur kan bij de mensen in huis worden geplaatst.

Er is bovendien een economische prikkel om de zorg (vanwege de hoge kosten) zo veel mogelijk naar minder dure zorgverleners, mantelzorgers en (zorg)vrijwilligers te verschuiven, waar nodig ondersteund door technologie. Veel van het werk dat door de medisch specialist werd gedaan, is nu een taak van de huisarts, waarbij de patiënt ook zelf meer monitort. Veel van wat de huisarts voorheen deed, doen nu de praktijkondersteuner en de *physician assistant*. De mondhygiëniste vult (straks) de gaatjes in plaats van de tandarts. In de thuiszorg wordt het werk verschoven naar de minder dure alfhulp en naar de informele zorg. Beroepskrachten leren mantelzorgers hoe ze bepaalde zorg-handelingen moeten uitvoeren (zoals insuline spuiten, wonden verzorgen of sondes verwisselen) en dit zal in de toekomst steeds gewoner worden. Het huidige beleid is gericht op een sterkere betrokkenheid van het sociale netwerk. Deze ontwikkelingen zullen zich waarschijnlijk in de toekomst voortzetten, en vragen om een optimaal ingericht zorgsysteem met een goede samenwerking tussen laagcomplex, hoogcomplex en informele zorg.

In 2012 is de commissie-Zorgberoepen en Opleidingen ingesteld om op basis van de verwachte zorgvraag in 2030 te adviseren over toekomstgerichte en sectoroverstijgende vernieuwingen en verbeteringen van beroepen en opleidingen voor zorg en welzijn. In de toekomst zullen arrangementen van 'zorg en welzijn' worden uitgevoerd door intersectorale en multidisciplinaire teams met een mix van bekwaamheden in een continuüm van voorzorg, gemeenschapszorg, (laag)complex zorg en hoog complexe zorg. Alleen op die manier kan de steeds complexer wordende zorg- en hulpvraag worden beantwoord. Dit vraagt niet alleen om een andere toerusting van professionals, maar ook van burgers. Van burgers wordt gevraagd om meer verantwoordelijkheid te nemen voor hun eigen gezondheid en zorg, en voor de zorg voor elkaar. Veel mensen willen en kunnen dat, maar dat is niet voor iedereen haalbaar. Het van jongs af aan ontwikkelen

van leer- en gezondheidsvaardigheden wordt daarbij cruciaal geacht. Het primair en voortgezet onderwijs spelen hierbij een belangrijke rol (Kaljouw en Vliet 2015).

In hoeverre dit gewenste toekomstbeeld werkelijkheid wordt, is moeilijk te zeggen, maar het is aannemelijk dat er beleidsmatig een weg wordt ingeslagen die aan dit toekomstbeeld is ontleend.

Omdat naar verwachting zorg in de toekomst veel minder in ziekenhuizen, verpleeghuizen en andere zorginstellingen zal plaatsvinden (maar steeds meer in het huis van patiënt en cliënt), zullen de zorgberoepen veranderen: er komt vraag naar mobiele en flexibele zorgprofessionals, die via telecommunicatie en huisbezoeken het ziekteproces begeleiden en monitoren. Een aantal ziekenhuizen zal waarschijnlijk worden afgeslankt tot mobiele operatiekamers, waar patiënten voor een operatie worden opgenomen, maar de voor- en nazorg vindt thuis plaats. Dat betekent meer apparatuur in huis en personeel dat installeert en instrueert. Patiënten zullen onder toezicht van medische monitoring komen te staan, bij voorkeur met hulp van hun naasten.

Kwesties

Hoe goed we ons zorgsysteem ook aanpassen op de zorg thuis, er zullen knelpunten optreden. Een belangrijke kwestie voor de toekomst is dat er meer van patiënten zelf wordt gevraagd. In hoeverre lukt het mensen hun zorgvraag zelf op te lossen, zeker als ze onvoldoende financiële middelen hebben om zelf zorg in te kopen? Zullen meer mensen verkommeren, doordat ze zelf geen zorgvraag uiten, niet lastig willen zijn of er niemand naar hen omkijkt? Degenen die hulp binnen hun sociale netwerk kunnen regelen, zullen beter worden verzorgd, maar er kunnen net als nu ook spanningen ontstaan: overbelaste mantelzorgers, conflicten over de hulpverlening tussen familieleden onderling of met professionals. Ook kan de mantelzorg zo zwaar worden dat goede zorg ontspoot en er sprake is van ouderen mishandeling (Plaisier en Klerk 2015).

Een tweede kwestie is de afstemming van de hulp thuis, bij beroepskrachten onderling maar ook tussen beroepskrachten en informele helpers. Wie heeft (of neemt) de regie? Bij voorkeur is dat de cliënt of patiënt zelf, maar wie neemt de verantwoordelijkheid als deze daar niet (meer) toe in staat is? Dat kan een naaste zijn, of een casemanager of zorgcoördinator. In hoeverre staat het belang van de hulpvrager dan nog steeds voorop? Overleg en afstemming stellen specifieke eisen aan de communicatievaardigheden van de betrokkenen, die niet iedereen altijd in huis heeft (Broese van Groenou 2012).

Een derde kwestie is welk beroep de medische organisatie op huisgenoten en andere naasten van de patiënt zal doen. Voor de mantelzorger ziet Scholten (2016) in de publicatie *Grenzen verkennen* weinig wettelijk en juridische grenzen. Als er omstandigheden zijn die aanleiding geven om mantelzorgers te vragen om (mede) voorbehouden handelingen te verrichten dan is dat mogelijk. Dat vraagt wel om een zorgvuldige voorbereiding en uitvoering; mantelzorgers moeten daarvoor geïnstrueerd worden. De mantelzorger kan zelf ook vragen om een voorbehouden handeling te verrichten. Denk bijvoorbeeld aan een gehandicapt kind die je als ouder zelf injecties geeft. De cliënt en mantelzorger moeten er wel beiden mee instemmen dat de mantelzorger die handelingen verricht.⁷

5.5.3 Wonen en zorg

Vanwege vergrijzing van de bevolking en een verdergaande extramuralisering blijft er aandacht nodig voor woon- en zorgoplossingen. Al in de jaren negentig is bij ouderen de belangstelling verschoven van institutioneel naar zelfstandig wonen. Overheidsmaatregelen speelden daarin een rol: mensen kregen steeds minder gemakkelijk een indicatie voor een plaats in een zorginstelling. Het aandeel ouderen dat in een verzorgings- of verpleeghuis woont, is tussen 2002 en 2015 gedaald van 12% naar 8% (Ministerie van VZK 2016: 22). Het aantal bewoners van instellingen is met ruim 13.000 afgenomen. In 1980 woonde 63% van de ouderen boven de 80 jaar in een verzorgings- of verpleeghuis, in 2010 was dat nog maar 14% (Garssen en Harmsen 2011). Deze ontwikkeling zal naar verwachting doorzetten, waardoor een groeiende groep ouderen op de woningmarkt actief zal zijn en specifieke eisen zal stellen aan comfort, voorzieningen en woningaanpassingen (VWS 2016).

Niet alleen steeds meer ouderen hebben een specifieke woningvraag, ook andere groepen bewoners: mensen met psychiatrische problematiek of een verstandelijke beperking wonen bijvoorbeeld steeds vaker in een 'gewone' buurt.

De verschuiving naar 'zelfstandig' en 'in de wijk' van verschillende groepen zorgvragers is in het verleden onder andere mogelijk geworden door een stijging van het aanbod van zorg en diensten aan huis, en door alternatieve woonvormen zoals levensloopgeschikte woningen. Recent worden de mogelijkheden van 'fluïde wonen' bekeken: een woning die kan worden omgezet van extramuraal naar intramuraal als de zorgvraag zwaarder wordt (Panteia 2014).

Een ander alternatief is gemeenschappelijk wonen. In de jaren negentig ontstonden op dit gebied vele initiatieven waarmee groepen mensen hun identiteit wilden uitdrukken: woongemeenschappen en communes van kunstenaars, wetenschappers, welgestelden, duurzaam groenen of roze ouderen. Penninx (2015) noemt dit 'de woongemeenschap als de spiegel van de ziel'. Er zijn momenteel bijna 300 van deze gemeenschappen van ouderen, waarvan zo'n 60 specifiek gericht op oudere migranten. De afgelopen vijf jaar ontstond een nieuwe variant: wonen als vorm van participatie. Bewoners van dit soort woonvormen zijn minder intern gericht en maken verbindingen met de buurt, door bijvoorbeeld ontmoetingsruimten open te stellen voor buurtgenoten.

Experts verwachten voor toekomstige ouderen en door het beleid van langer thuis wonen een verdere toename in de diversiteit van woonvormen. Yvonne Witter van Aediz-Actiz Kenniscentrum Wonen-Zorg bijvoorbeeld inventariseerde diverse invullingen van wonen en zorg, variërend van de klassieke aanleunwoning tot nieuwere vormen zoals kangoeroewoningen en hofjes, en 'gestippeld wonen'.¹

De noodzaak voor nieuwe woonvormen is groot, want vooruitberekeningen laten zien dat de toekomstige vraag naar voor ouderen toegankelijke woonvormen het aanbod sterk zal overstijgen. Het PBL meldt dat het aantal ouderen dat niet in een geschikte woning woont, zal oplopen tot ruim 400.000 zelfstandig wonende 75-plussers in 2040, tenzij er wordt ingezet op woningaanpassingen (Van Dam et al. 2013).

Omdat het woningaanbod tekort zal schieten, zal een groot deel van de vraag door de beschikbare woningvoorraad moeten worden opgevangen. Hierbij moet rekening

worden gehouden met een stijging van het aantal eigenaar-bewoners onder de 75-plussers in de afgelopen 30 jaar (figuur B3 in bijlage B5.1 Ministerie van BZK 2016: 38). Deze mensen hebben eerder in hun leven een woning gekocht en zijn nog steeds woningeigenaar. Dit betekent dat de verantwoordelijkheid voor groot onderhoud en aanpassing van de woning meestal bij henzelf ligt (in plaats van bij woningbouwcorporaties). Pas vanaf het 65de jaar neemt het percentage ouderen dat naar een huurwoning wil verhuizen toe (45%) (ministerie van BZK 2016: 38). Uit een ledenraadpleging van de ouderenbond ANBO bleek dat 87% van de 65-plussers in de huidige woning wil blijven wonen (ANBO 2013). Een groot deel (79%) van de (toekomstige) zelfstandig wonende ouderen wil zo lang mogelijk thuis blijven wonen wanneer hun behoefte aan zorg toeneemt (Doekhie et al. 2014). Er wordt nog wel eens gedacht dat oudere huiseigenaars financieel veel te besteden hebben, omdat ze vaak de hypotheek gedeeltelijk of geheel hebben afgelost, maar meestal zit het geld vast in de woning. Om eventueel kapitaal vrij te maken, moet er worden verhuisd. De mogelijkheden van verzilvering van de overwaarde mogen niet worden overschat. De Groot et al. (2013) stellen bovendien dat het nog maar de vraag is of oudere huiseigenaren de overwaarde van hun huis inzetten om woningaanpassingen en zorg te financieren.

Momenteel zet de vergrijzing een rem op de huizenmarkt, maar dit zal over tien of vijftien jaar waarschijnlijk anders zijn. Dan zullen veel woningen vrijkomen vanwege overlijden, bijvoorbeeld in de zogenoemde 'bloemkoolwijken' van de jaren zeventig (Van Dam et al. 2013). Mensen die in de jaren zeventig op de woonerven neerstreken, wonen inmiddels te groot: de kinderen zijn het huis uit. Deze mensen zijn fysiek niet meer in staat om het onderhoud van een groot huis vol te houden en kijken uit naar een kleiner en overzichtelijker appartement, dat bij voorkeur aan drie wensen voldoet: veiligheid, comfort en met een groot balkon (Van Triest & Van Campen, in voorbereiding).

Kwesties

Het beeld van de toekomst van wonen en zorg is redelijk overzichtelijk: het aandeel zorgbehoevenden in zorginstellingen zal verder afnemen en de variatie in woonzorgvormen zal toenemen. Meer 75-plussers zullen in de toekomst zelfstandig blijven wonen. Deels begrijpelijk omdat de levensverwachting zonder fysieke beperkingen naar verwachtingen zal verbeteren maar het is natuurlijk ook een voorzetting van het huidige beleid. Als deze extramuralisering inderdaad grotendeels wordt gerealiseerd en 75-plussers geen andere mogelijkheid hebben dan in hun eigen huis zorg te ontvangen, zal er in navolging van het concept *hospital-at-home* ook *nursing-at-home* nodig zijn, in plaats van verpleging in een verpleeghuis. De vraag is of het huidige woningenbestand voldoende geschikt is voor *nursing-at-home*, nog afgezien van de vraag of er voldoende personeel zal zijn.

Een tweede kwestie is het feit dat kwetsbare ouderen lang in een huis blijven wonen dat niet bij hun zorgbehoefte past. Een deel van hen wil niet verhuizen en een deel heeft de financiële middelen niet. Die problematiek signaleren makelaars nu al en het probleem zal in de toekomst alleen maar groter worden (Van Triest & Van Campen, in voorbereiding).

Een derde kwestie is of er voldoende verscheidenheid in het woningaanbod zal komen die recht doet aan de toegenomen diversiteit van ouderen en hun woonwensen, met daaruit voortvloeiend de ethische vraag waar hulpbehoevende ouderen moeten verblijven wanneer er (nog) geen passende woonzorgvorm beschikbaar is. Dat zou demografisch gezien een aanzienlijke groep kunnen zijn, waarvoor de dan resterende ziekenhuis- en verpleeghuis capaciteit ontoereikend is. Verpieteren deze mensen achter de voordeur zonder dat er iemand naar hen omkijkt, worden ze tijdelijk opgevangen door familie of zal er een toename van kwetsbare ouderen in de crisisopvang zichtbaar worden?

Deze kwesties spelen nu al en zullen nog belangrijker worden vanaf 2025, wanneer het aantal 75-plussers en vooral het aandeel alleenstaanden in de bevolking sterk zal toenemen (zie demografieparagraaf 2.2). Voor de groep kwetsbare ouderen die moeite heeft om zelfstandig te blijven wonen en passende zorg te organiseren, ontstaat het dilemma van of met beperkte ondersteuning thuis achteruitgaan of verhuizen naar een van de resterende verpleeghuizen – als ze er nog zijn – met basiszorg. En op welke basiszorg mensen recht hebben, zal eveneens een vraagstuk worden (College voor de Rechten van de Mens 2016).

5.5.4 Zelforganisatie van de burger

De rol van de burger op het snijvlak van wonen en zorg is aan het veranderen. Mondige (oudere) burgers die de ontmanteling van de verzorgingsstaat – en de daarbij behorende arrangementen en voorzieningen – niet willoos willen aanzien, hebben de laatste jaren regelmatig het initiatief genomen om een burgercollectief te vormen. Het rapport *Toekomstbeelden wonen met zorg* constateert dat het ontstaan van zulke burgercollectieven op een kentering van de individualisering wijst: er ontwikkelt zich een ‘nieuwe solidariteit’ via een ‘mozaïek van netwerken, verenigingen en collectieven’ (Alphen en Turèl 2013: 15). Die solidariteit strekt zich hoofdzakelijk uit tot mensen met overeenkomstige belangen en een gemeenschappelijke achtergrond (wat betreft bijvoorbeeld cultuur of sociale klasse).

Momenteel komen talrijke initiatieven voor zelforganisatie van de steeds hoger opgeleide (oudere) bevolking tot stand. Babyboomers hebben naar verhouding een groot potentieel aan kennis, vaardigheden en financiële middelen, en bovendien beschikken ze over collectieve kracht door de omvang van hun leeftijdsgroep. Zij hebben over het algemeen grotere en gevarieerdere netwerken dan eerdere generaties, met meer vrienden en niet-verwanten. Al deze contacten dragen bij aan de kans om bijvoorbeeld als vrijwilliger actief te zijn (Van Tilburg et al. 2016).

De aanpak van de verschillende burgerinitiatieven is divers. Soms is er vruchtbare samenwerking met de lokale overheid, andere willen juist niets met de overheid te maken hebben (De Moor 2013: 8).

Het achterliggende motief van zulke burgerinitiatieven is vaak hetzelfde: burgers komen in actie omdat bestaand aanbod hen onvoldoende bedient, bijvoorbeeld in gemeenten waar zorgaanbieders zich terugtrekken omdat er te weinig inwoners zijn aan wie ze hun diensten kunnen verlenen. Dit is vaak het geval in dunbevolkte en snel vergrijzende gebieden. Ouderen zouden daar niet kunnen blijven wonen als er zorg nodig zou zijn.

In bijvoorbeeld Hoogeloon wilde men dat niet laten gebeuren en vroeg men zich af: ‘Hoe kunnen we ouderen hier houden?’ In 2005 werd als antwoord op die vraag de eerste zorgcoöperatie van Nederland gesticht. Inmiddels heeft de lokale zorgaanbieder geen ‘eigen’ cliënten meer in die regio.

Veel zorgcoöperaties richten zich op onderlinge dienstverlening. Een kleine groep regelt de zorg, bijvoorbeeld via dorpsondersteuners, wijkzusters of steunpunten. Sommige coöperaties beschikken zelfs over zorgwoningen. De indruk is dat er kosten worden bespaard (Harkes en Witter 2016):

We nemen het niet over, maar ik weet zeker dat we dankzij deze werkwijze met minder zorg toe kunnen.

In 2013 waren er ongeveer 30 van dit soort initiatieven, in 2014 al ruim 100, en anno 2016 zijn er circa 350 burgerinitiatieven rondom zorg en welzijn in Nederland bekend (Vilans 2016). De groei in aantallen laat een stijgende trend zien, maar ook is deels te verklaren door de steeds verbeterde inventarisatie. Opvallend is dat de meeste in Brabant zijn te vinden (Van Beest 2014). De Groot et al. (2013: 49) signaleren dat zulke initiatieven kansen bieden voor minder stedelijke gebieden:

Burgerinitiatieven, zoals de oprichting van zorgcoöperaties en mantelzorg waarbij nog actieve ouderen kwetsbare ouderen helpen, kunnen ertoe bijdragen dat ouderen langer thuis kunnen blijven wonen. Zeker op de korte termijn wanneer de babyboomgeneratie nog relatief weinig hulpbehoevend is, bieden zulke initiatieven een unieke kans, in het bijzonder op het platteland.

Er zijn ook voldoende voorbeelden van burgerinitiatieven die het niet redden. Succes is niet gegarandeerd, bijvoorbeeld wanneer het ontbreekt aan vrijwilligers met de juiste capaciteiten of wanneer buurtinitiatieven eerder tot verdeeldheid dan tot saamhorigheid leiden (zie ook hoofdstuk 6). Er zijn ook zorgen over de toekomstbestendigheid van burgerinitiatieven. Els de Jong (2014) schreef in het artikel ‘De Zorg Samen Buurt genereert energie’:

We leven erg bij de dag. Ons is wel eens gevraagd: hoe zorgen we voor borging voor de toekomst? Toen hebben we gezegd: ja, dat weten we niet. Als het niet meer blijft bestaan, zal er wel geen behoefte meer zijn.

Uiteraard komt er niet bij alle vormen van informele hulp een organisatie of coöperatie aan te pas, bijvoorbeeld bij hulp uit het eigen sociale netwerk van vrienden, familie of burens. Deze hulp komt meestal pas op gang als er daadwerkelijk een hulpvraag is, maar soms zijn mensen proactief en gaan bij elkaar in de buurt wonen om elkaar later indien nodig te kunnen helpen:

Kom op rollatorafstand wonen. We hebben nu al tien vrienden die op korte afstand wonen en als er dan later wat is, dan kunnen we elkaar helpen. (De Gruijter et al. 2014: 19).⁸

Deze ontwikkelingen zullen naar verwachting doorzetten onder toekomstige generaties, ook doordat het aandeel hoogopgeleiden onder de oudere generatie toeneemt. Sommige deskundigen maken zich zorgen dat met het ontwikkelen van

burgerinitiatieven nieuwe vormen van ongelijkheid kunnen ontstaan. Yvonne Witter verwoordt dit als volgt:¹

Meer mensen zullen buiten de boot vallen. Wie krijgt er nog een sociale indicatie voor het verzorgingshuis? Wie zal er omkijken naar die 'minder aalbare' buurman? Ontstaan er in zwakkere wijken voldoende burgerinitiatieven als voorzieningen verdwijnen?

Over de vraag of burgerinitiatieven zoals zorgcoöperaties in de toekomst zouden moeten worden geprofessionaliseerd, verschilt men van mening. Er zijn geluiden dat er zo min mogelijk regelgeving zou moeten zijn om de huidige groei niet af te remmen, maar er zijn ook signalen dat deze kleinschalige initiatieven financieel zouden moeten worden ondersteund, juist om de ontwikkeling ervan niet te belemmeren.

Penninx, die met zijn bureau ActivAge burgerinitiatieven zoals lokale woongemeenschappen van ouderen ondersteunt, noemt enkele valkuilen waarmee burgerinitiatieven én de (lokale) overheid rekening moeten houden: de woongemeenschappen waarin mensen van dezelfde leeftijd stappen (zoals vitale babyboomers), worden samen oud en daarna heel erg oud, waardoor ze elkaar steeds minder goed kunnen helpen. Woongroepen van verschillende leeftijden met steeds nieuwe instroom lijken de oplossing, maar dat is lastig te realiseren. Er is geen garantie dat de zwakkeren worden geholpen: vrienden sluiten elkaar in, maar anderen uit. De 'socialen' zijn meestal hoogopgeleide mensen en vaak met een arbeidsverleden in de publieke sector. Ook duurt het nog steeds heel lang om wooninitiatieven van burgers van de grond te krijgen. De bouwwereld is behoudend en is sterk gericht op standaardoplossingen. Als je iets met bijzondere groepen wilt doen, gaat het om meer dan alleen de startfase van een woongroep, aldus Penninx.¹ Ook na verloop van tijd zal de lokale overheid geld en energie moeten blijven investeren in zulke burgerinitiatieven. Gemeenten zijn hierin ambivalent: vaak is er onder gemeenteambtenaren strijd tussen vernieuwers die vooral de opbrengsten benadrukken en regelhandhavers die vooral op financiële en juridische grenzen wijzen.

Kwesties

Op kleine schaal zijn burgerinitiatieven een succes. Hoe aantrekkelijk het ook is dat burgers zelf nieuwe vormen van wonen en zorg regelen, het lijkt niet verstandig om burgerinitiatieven een te grote rol als pijler voor de toekomstige ouderenzorg te geven. Er zijn namelijk een aantal 'stel dat'-vragen waarvan beleidsmakers zich met oog op de toekomst bewust moeten zijn. Stel dat:

- de gezonde burgers zich organiseren, maar de sociaal geïsoleerde 75-plussers niet meedoen?
- leden van het burgerinitiatief onderling ruzie krijgen?
- er te weinig zorgvrijwilligers zijn, nu of in de toekomst?
- er een ongelijke verdeling van burgerinitiatieven over het land ontstaat?

Hoe de antwoorden op deze vragen ook precies luiden, het moge duidelijk zijn dat er ook in de toekomst een vangnet nodig blijft voor zorgbehoevende ouderen met minder vaardigheden of met een zwak sociaal netwerk; ouderen die in het zorglandschap van de toekomst niet over de benodigde vaardigheden beschikken.

In de scenariostudie *Toekomstbeelden wonen en zorg* schatten experts dat niet meer dan 10%-15% van de zorg via burgercollectieven kan worden georganiseerd (Alphen en Turèl 2013, p.22). Dat zullen dan waarschijnlijk moderne woonvormen zijn waar bijvoorbeeld domotica optimaal worden ingezet.

5.5.5 Flexibilisering van de arbeid

Werken zal in de toekomst dynamischer en diverser van aard zijn, zo is af te leiden uit de internationale literatuur (zie paragraaf 2.4 Economie in dit rapport). Recente ontwikkelingen zijn thuis- en telewerken, en geen vaste banen meer, maar tijdelijke contracten. Naar verwachting zal de flexibilisering van arbeid zich uitbreiden naar andere domeinen van het leven, zoals leren en zorgen. De overheid wil niet alleen dat de arbeidsdeelname toeneemt, maar ook dat werkenden meer voor hun naasten zorgen, en hun leven lang blijven leren om tot aan hun pensioen 'duurzaam inzetbaar' te blijven. Gedurende een doorsnee week in de toekomst zullen bijvoorbeeld leren, werken en zorgen elkaar vaker afwisselen en/of parallel aan elkaar lopen. De Wet flexibel werken, die in 2016 is ingevoerd, geeft mensen meer autonomie bij het bepalen van werktijden en -plek. De gedachte is dat er dan meer ruimte ontstaat om werk en privé te combineren, waardoor er meer hulp aan kwetsbare burgers kan worden geboden. Ook de Wet modernisering regelingen voor verlof en arbeidstijden moet het voor werknemers gemakkelijker maken om de zorg voor zieke naasten op te vangen. Een dynamische arbeidsmarkt kan echter ook veel onzekerheid en stress bij burgers veroorzaken. Het aandeel mensen dat werkt, is sterk gestegen in de afgelopen decennia, al daalde het percentage na 2010 licht vanwege de economische crisis (Van Echtelt et al. 2016). Thuiswerken neemt eveneens toe, hoewel het beter kunnen combineren van arbeid en zorg vaak niet de belangrijkste reden is om thuis te willen werken. Onder de werkenden is ook het aandeel mantelzorgers sterk gegroeid (Josten en de Boer 2015). Tussen 1996 en 2002 lag het percentage werkenden dat informele hulp geeft constant op 8% à 9%, maar tussen 2004 en 2014 nam het aandeel toe van 13% naar 19%. Steeds meer mensen hebben dus een baan en combineren hun werk met de zorg voor naasten. Vaak gaat deze combinatie werken en zorgen goed, vooral bij niet-intensieve en kortdurende mantelzorg. Toch gaat meer participeren in zowel werk als zorg lang niet altijd vanzelf. Sommige mensen doen zo veel tegelijk dat het hun draagkracht te boven gaat. Een op de vijf werkenden met een zorgtaak ervaart combinatiedruk; vrouwen meer dan mannen (Van Echtelt et al. 2016). Het verlenen van intensieve en langdurige mantelzorg pakt ongunstig uit voor de gezondheid en het verzuim van werknemers (Josten en De Boer 2015). Het is dan ook goed te begrijpen dat mantelzorgers, zeker als ze daarnaast werken, niet erg gerust zijn op hun toekomst (De Klerk et al. 2014: 60). Uit groepsgesprekken met mantelzorgers komt naar voren dat er steeds minder een beroep op betaalde zorg kan worden gedaan en dat mensen steeds langer thuis moeten blijven wonen. Men maakt zich zorgen over de spagaat tussen wat er aan mantelzorg nodig is in de directe omgeving en wat er wordt verwacht van de participerende burger.

Kwesties

Enkele risico's van het model van flexibilisering en telewerken zijn hiervoor al genoemd: stress, burn-out en verzuim. Recent is voor werkende mantelzorgers aangetoond dat de effecten van thuiswerken en flexibele begin- en eindtijden op de combinatie druk niet zo eenduidig zijn als wordt gedacht (Mattijsen et al. 2016). Een belangrijke rol lijkt te zijn weggelegd voor leidinggevend; als zij werknemers met een mantelzorgtaak ondersteunen, verminderen ze daarmee het werk-zorgconflict. Ook werkt een langdurige relatie met de werkgever positief uit voor de combinatie druk van werkende mantelzorgers (Mattijsen et al. 2016).

Stel dat de overheid in de toekomst meer gaat inzetten op verhoging van de arbeidsparticipatie van zowel mannen als vrouwen, dan zal dat nadelige gevolgen voor de informele hulp hebben. Doorrekeningen tot 2030 laten zien dat als mensen zo veel mogelijk full-time gaan werken, zoals bijvoorbeeld in Zweden het geval is, het aantal mantelzorgers zal dalen, vooral onder vrouwen (Sadiraj et al. 2009). Dit soort doorrekeningen kijken weliswaar niet heel ver vooruit, maar laten wel zien dat maatregelen in het ene domein gevolgen hebben voor het andere.

Samenvattend: gaat het combineren van werk en zorg inderdaad zo moeiteloos als wordt aangenomen, of zal het de capaciteit en wil van velen te boven gaan? Wie gaat de prijs betalen van het langer doorwerken van burgers en toenemende druk op de zorgzaamheid voor elkaar: hulpontvangers, mantelzorgers of hun werkgevers? Stel dat de flexibilisering van de arbeid niet zo geweldig uitpakt als gedacht? Dan zullen de kwetsbare 75-plussers allereerst het 'kind van de rekening' zijn: door toenemende klachten van overbelaste mantelzorgers komen de ouderen achteraan in de rij. Op basis van het verleden weten we dat vrouwen meer dan mannen mantelzorgtaken op zich zullen nemen en dat misschien niet combineren met een betaalde baan.

Zorgverlof biedt onvoldoende oplossing, zeker in het geval van langdurige gezondheidsproblemen van naasten. Het alternatief – de inzet van beroepskrachten voor de zorg – is te kostbaar of misschien in de toekomst niet meer mogelijk. Besparingen op professionele zorg die door het inschakelen van de sociale omgeving van zorgvragers ontstaan, hebben dan ook een prijs. Die prijs zal niet alleen door de hulpbehoevenden worden betaald, maar ook door werkende mantelzorgers: gezondheidsproblemen, uitval of stoppen met werken. Dit zal zichtbaar worden in de verzuimcijfers van werkgevers.

5.6 Conclusies

In deze paragraaf vatten we de zekerheden en onzekerheden voor de toekomst van het zorgen samen, met als doel om (beleids)kwesties te benoemen die in de nabije decennia aandacht zullen vragen.

Een van de duidelijkste kwesties is die van de demografische ontwikkeling: er ontstaat in de toekomst naar verwachting een grote zorgvraag van de groeiende, pluriforme groep zorgbehoevende 75-plussers. Daartegenover staat een kleiner wordende groep mantelzorgers die zelf ouder en kwetsbaarder worden, en een kleinere groep professionals, waarvoor de loonkosten steeds hoger worden. Vooral in de krimpgebieden aan de

randen van Nederland zal de situatie nijpend worden. Hier blijven de minder gezonde en minder verdienende ouderen achter, terwijl jongeren naar de steden trekken.

Hoe gaat de samenleving in de toekomst voor deze grote pluriforme groep hulpbehoevende 75-plussers zorgen?

Oplossingen voor dit vraagstuk worden gezocht in de technologie, in een betere organisatie van de zorg, in nieuwe woonzorgvormen, in burgerinitiatieven en in flexibilisering van arbeid. Op basis van eerdere studies, gesprekken met deskundigen en de onderzoeksliteratuur concluderen we in dit hoofdstuk dat deze beloften voor de toekomst maar ten dele zullen worden gerealiseerd.

Wie zullen goed worden geholpen en wie minder goed of helemaal niet? Onder welke voorwaarden zal zorg worden verleend? Welke implicaties zijn er voor de solidariteit in de zorg, de autonomie van de burger, de kwaliteit van de zorg en de kwaliteit van leven van zorgbehoevenden? Dit zijn en blijven belangrijke vraagstukken voor de toekomst van de zorg.

Technologie

De investeringen van zorginstellingen en ziekenhuizen in technologie, vooral voor het monitoren van de gezondheid en ten behoeve van communicatie tussen patiënten en zorgverleners, zal in de komende decennia leiden tot diverse toepassingen voor het ontvangen van professionele zorg thuis. Deels zullen dat commerciële toepassingen zijn die aangeboden worden via (web)winkels en deels op maat toegesneden zorgtechnologie. Verschillende partijen zullen technologische diensten gaan aanbieden, zoals zorginstellingen, gemeenten, woningcoöperaties en online-aanbieders. Vele ouderen zullen hierin prima hun weg kunnen vinden, maar voor kwetsbare ouderen met minder hulpbronnen en vaardigheden kan dit anders zijn. Wie zal in zulke gevallen de verantwoordelijk nemen en wie installeert bijvoorbeeld de technologie in het huis van zulke ouderen?

Een grote rol voor de technologie in huis (domotica) voor kwetsbare ouderen werd decennia geleden al voorspeld, maar deze ontwikkeling heeft nog niet echt goed doorgezet. De vele pilotprojecten waar beleidsmakers hoop uit putten, hebben nog maar heel zelden tot een grotere inzet van technologie ten behoeve van zorg aan huis geleid. Lastig is vaak dat er veel partijen met heel diverse belangen bij dergelijke projecten betrokken zijn (zoals gemeenten, woningbouwcorporaties, zorgverleners en bewoners). Het succes van de toepassing van zorgtechnologie en domotica hangt ook af van de welwillendheid om er daadwerkelijk gebruik van te maken. Maatwerktechnologie voor kwetsbare ouderen zal in de toekomst meer samenwerking vergen tussen de ontwerpers en de (potentiële) gebruikers om producten te ontwikkelen die voldoen aan de wensen en behoeften van kwetsbare ouderen.

Hoewel het idee van zorgrobots voor thuiswonende kwetsbare ouderen gemakkelijk is voor te stellen, blijkt de toepassing ervan in de praktijk weerbarstiger. Zelfs in landen zoals Duitsland en Japan, die al langer met vergrijzing te maken hebben en die vaak vooroplopen met technologische ontwikkelingen, is robotisering van de zorg thuis nog niet erg ver gevorderd.

De toenemende automatisering en een bredere toepassing van technologie voor een groeiende groep kwetsbare ouderen brengt behalve voordelen ook risico's met zich mee. Welke mate van inbreuk op of openheid van de privacy vinden mensen acceptabel? Wie beslist welke informatie met wie wordt gedeeld? Wie krijgt inzicht in privégegevens? Behalve privacyrisico's zijn er ook sociale risico's. Verschillen in digitale en gezondheidsvaardigheden (cognitieve en sociale vaardigheden om gezondheidsinformatie te verwerken, denk bijvoorbeeld aan bijsluiters van medicijnen), de weerstand tegen technologisering of financiële drempels om geavanceerde apparatuur te kunnen aanschaffen, kunnen leiden tot vergroting van sociale verschillen tussen groepen kwetsbare ouderen die zelfstandig blijven wonen.

Zorgcoöperaties en buurtinitiatieven

In de toekomst zal naar verwachting een aantal ziekenhuizen zijn afgeslankt tot mobiele operatiecabines en zal de voor- en nazorg bij de patiënt thuis plaatsvinden (*hospital-at-home*). Daarnaast zullen laagdrempelige gezondheidscentra een deel van de taken van ziekenhuizen overnemen. De medische organisatie zal, meer dan nu al het geval is, een beroep doen op huisgenoten en andere naasten van de patiënt, en op het sociale netwerk in de buurt. Dat vereist samenwerking en afstemming tussen beroepskrachten, mantelzorgers en vrijwilligers.

Er ontstaan de laatste decennia steeds meer buurtinitiatieven en zorgcoöperaties, met ondersteuning van vrijwilligers voor bijvoorbeeld een rit naar het ziekenhuis. Van deze samenwerkingsverbanden tussen zorgprofessionals en burgers wordt veel verwacht, maar het aantal succesvolle buurtinitiatieven en zorgcoöperaties blijft vooralsnog beperkt. Het is de vraag of er in de toekomst een grotere rol voor dergelijke initiatieven zal zijn weggelegd.

Burgerinitiatieven voor wonen en zorg wijzen op nieuwe vormen van saamhorigheid en solidariteit die zorg- en woonproblemen zonder (of met geringe) inmenging van de overheid zouden kunnen oplossen. Een risico is dat deze initiatieven vooral gelijkgestemde of al bevriende mensen met elkaar verbindt en dat bijvoorbeeld minder sociaal vaardige mensen buiten de boot vallen. In de steden is de kans groter dan in dorpen dat geïsoleerde kwetsbare ouderen worden vergeten. Zijn zulke tweedelingen acceptabel? Welke nieuwe vormen van solidariteit vraagt dit?

Burgerinitiatieven vragen bovendien om specifieke sociale vaardigheden van burgers, niet te veel belemmerende regels en om een goede mix van jong en oud (dus niet alleen oude en hulpbehoevende bewoners, maar ook jonge en vitale mensen). Hoe wordt de kwaliteit van zorg geborgd in deze nieuwe initiatieven? Een andere zorg is dat er een ongelijke verdeling van burgerinitiatieven over het land kan ontstaan.

Wonen en zorg

Steeds meer ouderen blijven langer zelfstandig wonen, en naar verwachting zal deze ontwikkeling in de toekomst doorgaan, evenals de toenemende diversiteit onder ouderen en de daaruit voortvloeiende variatie in woonwensen. Hoe zal de variatie in zorg thuis voor deze grote groep worden gerealiseerd? Die vraag reikt verder dan de opgave van het

aantal te bouwen seniorenwoningen, en betreft ook zaken als domotica, telecommunicatie, buurtsamenstelling en toegankelijkheid van de zorg.

Enkele decennia geleden leek de situatie een stuk eenvoudiger: ouderen woonden óf zelfstandig in een eengezinswoning of een appartement, óf ze verbleven langdurig in een zorginstelling zoals een verzorgingshuis of een verpleeghuis. In de komende decennia zal een diversiteit aan combinaties van woon-, zorg-, en samenleefwensen van ouderen het woonlandschap bepalen. De 65-plussers zullen gemiddeld een kwart van de bevolking in een gemeente, buurt of dorp uitmaken.

In de nieuwbouw is bovendien afstemming van een heel andere orde gewenst: co-creatie van ontwerpers en architecten met bewoners en andere gebruikers, zoals zorgpersoneel. De wensen van de zorgbehoevenden zullen steeds meer als uitgangspunt moeten worden genomen: in het verleden zijn zorgbehoevenden lang beschouwd als consumenten van diensten en producten, zonder invloed op de totstandkoming van het eindproduct. In de toekomst zullen zorgbehoevenden vaker als ‘coproducenten’ worden betrokken in het ontwerpen van de zorgomgeving, domotica, robotica en andere technologische toepassingen die het leven veiliger en comfortabeler en minder eenzaam maken.

Los van de opgave van voldoende aantallen en variatie in de bouw van seniorenwoningen is het zeer de vraag of ouderen zullen verhuizen naar voor hen passende woningen. Dat hebben ze in de afgelopen decennia weinig gedaan en te verwachten is dat ouderen ook in de toekomst honkvast zullen blijven. Dit betekent wel dat ouderen steeds meer aanspraak zullen moeten doen op eigen hulpbronnen en vaardigheden: langer thuis blijven wonen is alleen te realiseren met hulp van een partner/naaste of met voldoende financiële middelen ten behoeve van zorg, meer comfort of vergroting van de toegankelijkheid.

De technologie en het multidisciplinaire zorg thuis maken het leven niet per se eenvoudiger: zelfstandig wonen vergt specifieke vaardigheden van (kwetsbare) mensen en allerlei combinaties van informele en/of formele hulp die als het nodig is snel ter plaatse kan zijn. Dit kan buiten het bereik of de mogelijkheden liggen van de meest kwetsbare sociaal geïsoleerde oudere die alleen woont, niet opgemerkt wordt en niet voor zichzelf opkomt.

Flexibel werken en zorgen

De overheid erkent de problematiek rondom het combineren van werk en mantelzorg al langere tijd en heeft maatregelen ingevoerd die deze combinatie beter mogelijk zouden moeten maken voor werknemers. De nadruk in het beleid ligt op flexibilisering van de arbeid, zoals verlof, thuis- en telewerken.

Toch is niet duidelijk hoe dit uitpakt, nu steeds meer werknemers een tijdelijk contract hebben of als zzp-er werkzaam zijn. Van de laatste groep is bekend dat hun combinatie-druk relatief hoog is (Van Echtelt et al. 2016) en dat hun toegang tot werk-zorgarrangementen relatief beperkt is (Yerkes & Den Dulk 2015). Ook heeft een substantiële groep taakcombineerders nu al te maken met stress en ziekteverzuim, met mogelijk een burn-out als gevolg.

Vrouwen verlenen vaker mantelzorg dan mannen en combineren dat vaak met een betaalde baan. Zal deze ‘genderkloof’ verder toenemen, omdat vrouwen door

toenemende druk (op korte termijn) tijdelijk minder gaan werken om te kunnen blijven zorgen en daarmee (op lange termijn) minder pensioen opbouwen? Of zullen mannen en vrouwen in de toekomst vaker in gelijke mate mantelzorg met werk combineren? In hoeverre zullen genderverschillen in het zorgen kunnen worden overbrugd door flexibele werktijden en mantelzorgvriendelijke werkgevers en door een goede verdeling van werk- en zorgtaken binnen het gezin?

Er zal in de toekomst meer van burgers worden gevraagd, omdat de potentiële beroepsbevolking slinkt en de vergrijzing toeneemt. Onduidelijk is waar de grens zal liggen. Omdat de overheid doelen stelt op het terrein van mantelzorg, economische zelfstandigheid van vrouwen, pensioenleeftijd en bovendien voorzieningen aanbiedt die de keuze tussen werk en mantelzorg faciliteren, is het óók aan de overheid om duidelijkheid te bieden wat betreft de mogelijkheden om werk en mantelzorg te combineren. Als zorgverplichtingen door de overheid net zo belangrijk worden gevonden als arbeidsverplichtingen, dan zal de combineerbaarheid van deze taken steeds meer aandacht vragen. Als zorgverplichtingen voorrang zouden krijgen, onttrekken sommige intensieve helpers zich mogelijk aan de arbeidsmarkt. Als de overheid wil dat iedereen die kan werken dit ook doet, dan is mantelzorg misschien niet altijd beschikbaar en moet andere hulp worden ingeschakeld. Dat kan professionele of informeel geregelde hulp zijn.

Werken aan vaardigheden

In de hiervoor besproken kwesties komen een aantal thema's terug, die niet alleen het zorgen maar ook de levensdomeinen van werken, leren en samenleven raken.

In het zorgdomein is er ten eerste de vraag-aanbodkwestie: zal er in de toekomst voldoende volume en variatie in het zorgaanbod beschikbaar zijn voor grote groeiende zorgvraag van hulpbehoevende ouderen, die zo lang mogelijk zelfstandig willen blijven wonen, liefst in hun eigen buurt met vrienden en familie?

In bredere zin van het samenleven betekent dat 'autonomie' een kwestie zal worden. Hoe autonoom wensen we te leven? Hoeveel zorg accepteren we in huis totdat de opname voor terminale zorg in een verpleeghuis onvermijdelijk is? Hoeveel privacy willen we inleveren voor voldoende zorg en medische behandelingen in huis?

Ethische vragen rondom het recht op minimale basiszorg zullen opnieuw gesteld en beantwoord moeten worden. Dat raakt vragen over solidariteit. Welke verschillen in gezondheid en toegang tot zorg zijn acceptabel?

Het leven van zorgbehoevende burgers wordt complexer in de toekomst. Men zal overweg moeten kunnen met meer technologie, met meer verschillende publieke en private aanbieders van zorg en de levensdomeinen van zorgen, werken en leren zullen meer verweven raken.

Een eerste opgave is om de huidige jonge generatie daarop voor te bereiden en misschien te 'scholen' voor de tweede helft van de levensloop. De kans is immers groot dat men op enig moment te maken krijgt met complexe gezondheidsproblemen, en dat er dan niet direct een voorziening voorhanden is die dat kan oplossen. Er zal meer zelfredzaamheid van het individu verwacht worden dan nu het geval is. Een tweede opgave is om niet vóór maar mét kwetsbare ouderen een divers palet van persoonlijk afgestemde diensten en producten te ontwikkelen. Een derde opgave is om leef- en werkomgevingen

te faciliteren waarin burgers de ruimte krijgen diverse oplossingen te creëren en waarin zij zorgen, werken, leren en samenleven zonder al te veel schuring kunnen vormgeven. Werken aan vaardigheden zoals zelf zorg organiseren, netwerken, creatieve woonzorgoplossingen vinden en vooruitkijken met vrienden en familie zal essentieel worden voor de komende generaties die zelfstandig ouder willen worden.

Noten

- 1 De auteurs willen hun dank uitspreken naar de volgende deskundigen die zij ten behoeve van dit hoofdstuk hebben geïnterviewd:
Ir. Ilse Bierhoff van Smarthomes Eindhoven; Dr. Eveline Wouters, lector Health Innovations & Technology, Fontys Hogescholen; Prof. dr. Helianthe Kort van de nu Utrecht en tu/e Technische Universiteit Eindhoven; Drs. Yvonne Witter van Aedes-Actiz Kenniscentrum Wonen-Zorg; Drs. Kees Penninx van ActivAge, Amersfoort; Dr. ir. Astrid Chorus en dr. Katja van Vliet van Zorginstituut Nederland; Drs. Andries de Jong van het Planbureau voor de Leefomgeving; Drs. Willy van Egdome, directeur Bartholomeus Gasthuis te Utrecht.
- 2 Ecologische ontwikkelingen (zie hoofdstuk 2) laten we buiten beschouwing, omdat er weinig raakvlakken zijn. Al zijn er natuurlijk wel (ramp)scenario's te bedenken, zoals overstromingen door de opwarming van de aarde met grote gevolgen voor het zorgen voor elkaar.
- 3 Het gaat om 35 Nederlandse en elf buitenlandse studies, opgesteld in de periode 2005-2014, waarbij de meeste studies vrij recent zijn (uit de periode 2011-2013). De meeste studies kijken tussen de vijf en vijftien jaar vooruit en richten zich op een tijdshorizon tussen 2016 en 2030, maar er zijn ook studies die vooruitkijken naar de jaren 2041-2050.
- 4 Elke bevolkingsopbouw laat pieken en dalen zien, die voor een groot deel zijn terug te voeren op de geboortecijfers van de voorgaande decennia. Het CBS heeft een animatie gemaakt van de bevolkingspiramides voor de periode 1950-2060 (zie <https://www.cbs.nl/nl-nl/visualisaties/bevolkingspiramide>).
- 5 In de rekensom van het CPB zit ook een negatieve coëfficiënt voor beleid van -0,5% jaarlijks.
- 6 Zie <https://www.youtube.com/watch?v=08jnWDfg56Y>
- 7 De beroepskracht moet signaleren of de hulp die de mantelzorger biedt niet te kort schiet of ontspoort en moet daar ook passend op reageren. Dat betekent dat de beroepskracht dit moet bespreken met de cliënt en aantekenen in het dossier. Als er sprake is van onverantwoorde zorg of mishandeling is de meldcode onverantwoorde zorg of meldcode huiselijk geweld van toepassing. Als een mantelzorger schade toebrengt aan een cliënt is de mantelzorger daarvoor aansprakelijk. Ook als het om uitvoering van zorghandelingen gaat (Scholten 2016: 11).
- 8 Bij deze (niet-georganiseerde) informele hulp kan ook vaak sprake zijn van hulp door formele hulpverleners. Door de vergrijzing van de bevolking en nadruk van de overheid op meer informele hulp zal het aantal mensen met zowel gemeentelijke als informele ondersteuning toenemen. Er zijn aanwijzingen dat er nu al meer samenwerking tussen beide typen hulpverleners plaatsvindt. Vanaf 2009 krijgt namelijk een steeds groter aandeel van de mensen met een beperking een combinatie van Wmo- en informele ondersteuning (Kromhout et al. 2014). Een gemiddeld zorgnetwerk rond een kwetsbare ouder bestaat uit drie mantelzorgers en zeven thuiszorgmedewerkers (Zwart-Olde et al. 2013).

Literatuur

- Alphen, Henk-Jan van, en Thijs Turèl (2013). *Scenariostudie Toekomstbeelden wonen met zorg*. Eindrapport. Amsterdam: Futureconsult.
- ANBO (2013). *Voorlopig geen actieplan ouderenhuisvesting*. Geraadpleegd op 4.11.2016 via <https://www.anbo.nl/belangenbehartiging/wonen/nieuws/voorlopig-geen-actieplan-ouderenhuisvesting?searchterm=87%25>
- Beest, R van (2014). *Inventarisatie zorgcoöperaties 2014 (20-6-2014)*. Aedes-Actiz kennis centrum Wonen-Zorg/Institute for collective action.
- Bie, Ronald van der, en Jan Latten (2012). *Babyboomers; indrukken vanuit de statistiek*. CBS: Den Haag.
- Boer, Alice de, en Mirjam De Klerk (2015). *Mantelzorgers: wie helpt wie waarmee en hoe*. In: Klerk, Mirjam de, Alice de Boer, Inger Plaisier, Peggy Schyns en Sjoerd Kooiker (2015). *Informele hulp: wie doet er wat? Omvang, aard en kenmerken van mantelzorg en vrijwilligerswerk in de zorg en ondersteuning in 2014*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Bruin, Jurre de, en Marloes Hagemans (2016). *Het nieuwe normaal. Studie ouderenzorg*. Ophemert: Gupta Strategists.
- Broese van Groenou, Marjolein (2012). *Informele zorg 3.0: schuivende panelen en een krakend fundament (oratie)*. VU: Amsterdam.
- Bui, Giang (2011). *Kleurrijke vergrijzing: een onderzoek naar de woonwensen van de huidige en toekomstige oudere migranten in Nederland*. Eindhoven: Technische Universiteit Eindhoven.
- Campen, Cretien van, Maaïke den Draak en Michiel Ras (2011). *Kwetsbaar alleen*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Campen, Cretien van, M.I. Broese van Groenou, D.J.H. Deeg en J. Iedema (2013). *Met zorg ouder worden: zorgtrajecten van ouderen in tien jaar*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Carretero, Stephanie (2015). *Mapping of effective technology-based services for independent living for older people at home*. *European Commission-Joint Research Centre-Institute for Prospective Technological Studies*, vol. 10.
- Carroll, Matthew en Helen Bartlett (2015). *Ageing well across cultures*. In: Twigg, Julia en Wendy Martin (red.), *Routledge Handbook of Cultural Gerontology* (p. 285-292). Londen: Routledge.
- College voor de Rechten van de Mens (2016). *De cliënt centraal*. Utrecht: College voor de Rechten van de Mens.
- Dam, Frank van, Femke Daalhuizen, C. de Groot, Manon van Middelkoop en Pautie Peeters (2013). *Vergrijzing en ruimte; gevolgen voor de woningmarkt, vrijetijdsbesteding, mobiliteit en regionale economie*. Den Haag: Planbureau voor de Leefomgeving.
- Dekker, P., J. den Ridder en P. Houwelingen (2016). *Zorg en onbehagen in de bevolking. Een verkenning van de publieke opinie op verzoek van de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (rvs) ter voorbereiding van zijn congres op 10 oktober 2016*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Doekhie, Kirti, Anke de Veer, Jany Rademakers, François Schellevis en Jan Paul Francke (2014). *NIVEL Overzichtstudies. Ouderen van de toekomst. Verschillen in de wensen en mogelijkheden voor wonen welzijn en zorg*. Utrecht: NIVEL.
- Doorten, Ingrid en Pauline Meurs (2015). *Ruimte voor redzaamheid* via <http://www.ruimtevoorredzaamheid.nl>. Geraadpleegd op 31.10.2016.
- Duin, Coen van, en Lenny Stoeldraijer (2014). *Projecties van de gezonde levensverwachting tot 2030*. Den Haag, CBS.

- Duin, C. van, L. Stoeldraijer, J. Garssen (2013). *Huishoudensprognose 2013–2060: sterke toename oudere alleenstaanden*. Heerlen: CBS.
- Echtelt, Patricia van, Simone Croezen, Jan Dirk Vlasblom, Marian de Voogd-Hamelink m.m.v. Lucille Mattijssen (2016), *Aanbod van Arbeid 2016* (webpublicatie), Sociaal en Cultureel Planbureau: Den Haag.
- Elzinga, Anne (2016). De robot moet meer op een mens gaan lijken. In: *Opzij*, nr. 7/8, p. 32-37.
- Engelen, L. (2016). *Blog: deze 10 technologietrends gaan impact hebben op de zorg in 2016*. geraadpleegd op 4.11.2016 via <http://www.smarthealth.nl/trendition/2016/01/13/blog-deze-tien-technologietrends-gaan-impact-hebben-op-de-zorg-in-2016/>
- Ewijk, Casper van, Albert van der Horst en Paul Besseling (2013). *Toekomst voor de zorg*. Den Haag: Centraal Planbureau.
- Garssen, J., en C. Harmsen (2011). Ouderen wonen steeds langer zelfstandig. Heerlen: *Centraal Bureau voor de Statistiek*.
- Geesink, I. (2016). *Bescherm de digitale patiënt*. Geraadpleegd op 4.11.2016 via <https://www.rathenau.nl/nl/blog/bescherm-de-digitale-pati%C3%ABnt>
- Gfk (2015). *Geen groei meer in bezit (mobiele) devices*. geraadpleegd op 4.11.2016 via <http://www.gfk.com/nl/insights/press-release/geen-groei-meer-in-bezit-mobiele-devices/>
- Groot, Carola de (2013). *Vergrijzing en woningmarkt. Beleidsstudies*. Den Haag: Planbureau voor de leefomgeving.
- Hagenaars, Niels (2016). *No Place Like home. An analysis of the growing movement away from hospitals towards providing medical care to patients in their own homes*. Ophemert: Gupta Strategists.
- Harkes, Danielle, en Yvonne Witter (2016). *Van burgerinitiatief naar bedrijf: Hoogeloon blijft in beweging*. Gedownload op 26-10-2016 <http://www.kcwz.nl/thema/burgerinitiatieven/van-burgerinitiatief-naar-bedrijf-hoogeloon-blijft-in-beweging>
- Hartmann-Tews, Ilse (2015). Assessing the sociology of sport: On ageing, somatic culture and gender. In: *International Review for the Sociology of Sport*, jg. 50, nr. 4-5, p. 454-459. Hoeymans, N. A.J.M. van Loon, M. van den Berg, M.M. Harbers, H.B.M. Hilderink, J.A.M. van Oers, C.G. Schoemaker. (2014). *Een gezonder Nederland. Kernboodschappen van de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2014*. Bilthoven, RIVM.
- Huisman, M., en D. Deeg (2011). Het beloop van kwetsbaarheid. In: C. van Campen (red.), *Kwetsbare ouderen*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Huizinga, F., en B. Smid (2004). *Vier vergezichten op Nederland*. Den Haag: Centraal Planbureau.
- Ijji (2013). Ministry to push nursing robots to aid caregivers (2013). In: *Japan Times* geraadpleegd op 2-11-2016: <http://www.japantimes.co.jp/news/2013/11/26/national/ministry-to-push-nursing-robots-to-aid-caregivers/#.WBoEif6QKUK>
- Jong, Andries de (2015). *Cahier Demografie*. Den Haag: Centraal Planbureau / Planbureau voor de Leefomgeving.
- Jong, E. de (2016 'De Zorg Samen Buurt genereert energie'. geraadpleegd op 20 oktober 2016 via www.kcwz.nl/actueel/specials/lokale-kracht-in-beeld
- Josten, Edith, en Alice de Boer (2015). Concurrentie tussen mantelzorg en betaald werk. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Kaljouw, Marjan, en Katja van Vliet (2015). *Naar nieuwe zorg en zorgberoepen: de contouren*. Diemen: Zorginstituut Nederland.

- Klerk, Mirjam de, Alice de Boer, Inger Plaisier, Peggy Schyns en Sjoerd Kooiker (2015). *Informele hulp: wie doet er wat? Omvang, aard en kenmerken van mantelzorg en vrijwilligerswerk in de zorg en ondersteuning in 2014*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Klerk, Mirjam de, Alice de Boer, Sjoerd Kooiker, Inger Plaisier en Peggy Schyns (2014). *Hulp geboden; Een verkenning van de mogelijkheden en grenzen van (meer) informele hulp*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Kok, Almar A.L., Marja J. Aartsen, Dorly J.H. Deeg en Martijn Huisman (2015). Capturing the diversity of successful aging: an operational definition based on 16-year trajectories of functioning. In: *The Gerontologist*, Epub DOI: 10.1093/geront/gnv127.
- Kooiman, Niels, Andries de Jong, Corina Huisman, Coen van Duin en Lenny Stoeldraijer (2016). PBL/CBS Regionale bevolkings- en huishoudensprognose 2016-2040: sterke regionale verschillen. In: *CBS Bevolkingstrends*, 2016, nr. 8. Geraadpleegd op 8 nov 2016 via <http://www.pbl.nl/sites/default/files/cms/publicaties/PBL2016-PBL-CBS-Regionale-bevolkings-en-huishoudensprognose-2016-2040-sterke-regionale-verschillen-1959.pdf>
- Kool, Clemens, en Free Huizinga (2015). *Cahier Macro-economie*. Den Haag: Centraal Planbureau / Planbureau voor de Leefomgeving.
- Kool-Schunck, Robert (2015). Mooie ontwikkelingen in de robotica, 11-5-2015 http://www.telegraaf.nl/dft/goeroes/robertschunckkool/24028798/___Mooie_ontwikkelingen_in_robotica___html
- Kremer, Monique (2015). Wachten op Alice: technologie in de thuiszorg. In: Robert Went, Monique Kremer en André Knottnerus (red.), *De robot de baas. De toekomst van werk in het tweede machinetijdperk*. Den Haag: Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR-verkenning 31).
- Kromhout, Mariska, Petek Feijten, Frieke Vonk, Mirjam de Klerk, Anna Maria Marangos, Wouter Mensink, Maaïke den Draak en Alice de Boer (2014). *De Wmo in beweging. Evaluatie Wet maatschappelijke ondersteuning 2010-2012*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Lange, Peter de, en Yvonne Witter (2014). Hoe ouderen steeds diverser wonen. In: *Geron*, jg. 16, nr. 3, p. 54-57.
- Linde, Marianne, en Willeke van Staaldin (2012). *Toekomst wonen met zorg in Nederland*. Utrecht: TNO.
- Lipsitz, Lewis A., Achille E. Tchalla, Ikechukwu Iloputaife, Margaret Gagnon, Kiran Dole, Zhen Zhong Su en Lloyd Klickstein (2016). Evaluation of an automated falls detection device in nursing home residents. In: *Journal of the American Geriatrics Society*, jg. 64, nr. 2, p. 365-368.
- Lisdonk, Jantine van, en Lisette Kuyper (2015). *55-plussers en seksuele oriëntatie*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Machielse, A. (2015). Jong geleerd, oud gedaan. Levensdomein sociale relaties. In: K. Penninx (red.), *Kiezen en verbonden blijven. Krachtgericht werken met ouderen in de wijk* (p. 201-229). Utrecht: Movisie.
- Moor, Tine de (2013). *Homo cooperans; instituties voor collectieve actie en de solidaire samenleving* (oratie). Utrecht: Universiteit Utrecht.
- Mot, Esther, Kasper Stuu, Paul Westra, Rob Aalbers (2016). *Een raming van de zorguitgaven 2018-2021*. Den Haag, CPB.
- Nap, Henk Herman, Sanne van der Weggen, Lotte Cornelissen Dirk Lukkien, Johan van der Leeuw (2015), *Zorgdomotica in de nachtzorg; onderzoek naar de mogelijkheden en onmogelijkheden van de nieuwe generatie zorgdomotica*. Vilans.
- Noort, Wouter van (2016). Google wil nu ook data uit je lichaam. In: *NRC Handelsblad*, 7 augustus 2016.
- NPCF en STOOM (2010). *Toekomst Zorg Thuis, nieuwe trends nieuwe kansen*. Utrecht/Bunnik: VIA Graphics.

- Panteia (2014). *Belemmeringen bij het opzetten van woonzorgarrangementen voor senioren*. Geraadpleegd op 26-10-2016 via http://www.kenniscentrumwonenzorg.nl/doc/extramuralisering/Samenvatting_Panteia_Belemmeringen_bij_opzetten_woonzorgarrangementen.pdf
- Parlevliet, J.L., Ö. Uysal-Bozkir, M. Goudsmit, J.P. Campen, R.M. Kok, G. Riet, B. Schmand en S.E. Rooij (2016). Prevalence of mild cognitive impairment and dementia in older non-western immigrants in the Netherlands: a cross-sectional study. In: *International journal of geriatric psychiatry*, doi: 10.1002/gps.4417.
- Penninx, K. (2015). *Woondromen 55+. Van wens tot werkelijkheid. Handboek bij de leergang*. Amersfoort: ActivAge.
- Plaisier, Inger, en Mirjam de Klerk (2015). *Ouderenmishandeling in Nederland. Inzicht in kennis over omvang en achtergrond van ouderen die slachtoffer zijn van ouderenmishandeling*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Plaisier, Inger, Marjolein I. Broese van Groenou en Saskia Keuzenkamp (2015). Combining work and informal care: the importance of caring organisations. In: *Human Resource Management Journal*, jg. 25, nr. 2, p. 267-280.
- Putman, Lisa, Debbie Verbeek-Oudijk, Mirjam de Klerk en Evelien Eggink (2016). *Zorg en ondersteuning in Nederland: kerncijfers 2014*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2014). *Met de kennis van later. Naar een toekomstgericht zorgbeleid*. Den Haag: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.
- RIG O (2016). *Vergrijzing en extramuralisering en de woningmarkt. Senioren en groepen met beperkingen*. RIG O: Adam.
- Sadiraj K., J. Timmermans, M. Ras, A. de Boer (2009). *De toekomst van de mantelzorg*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau (scp-publicatie 2009/16).
- Schans, Djamilia, en Aafke Komter (2006). Intergenerationele solidariteit en etnische diversiteit. In: *Migrantenstudies*, 2006, jaargang 22, nummer 1, p 2-21.
- Scholten, Cecil (2016). *Grenzen verkennen; wettelijke en juridische aspecten in het samenspel tussen informele en formele zorg*. Utrecht: Vilans.
- SER (2016). *Advies Een werkende combinatie. Advies over het combineren van werken, leren en zorgen in de toekomst- Deel II Analyses*. Sociaal-Economische Raad: Den Haag.
- Sharon, T. (2013). Self-tracking en sociale netwerken in de gezondheidszorg: Verschuivende definities van gezondheid en patiënt-zijn. In: M. Schermer, M. Boenink en G. Meynen (red.), *Komt een filosoof bij de dokter...: Denken over gezondheid en zorg in de 21e eeuw* (p. 275-290). Amsterdam: Boom.
- Sloot, D. van der (2016). *Robotmantelzorger, droom of nachtmerrie?* Geraadpleegd op 4.11.2016 via <http://doretvandersloot.nl/robotmantelzorger-droom-of-nachtmerrie/>
- Strijp-S (2016). <http://www.strijp-s.nl/nl/home>.
- Tilburg, T.G. van, M.I. Broese van Groenou en B.A. Suanet (2016). *Sociale aspecten van veroudering*. In: M. Visser, D.J.H. Deeg, D.Z.B. van Asselt, R. van der Sande (red.). *Inleiding in de gerontologie en geriatrie*. Houten: BSL.
- Timmermans, Joost, en Alice de Boer (2009). *Samenvatting en beschouwing*. In: Alice de Boer, Marjolein Broese van Groenou en Joost Timmermans (red.) *Mantelzorg; een overzicht van de steun van en aan mantelzorgers in 2007*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Triest, N. van, en C. van Campen (in voorbereiding). *Vergrijzende pioniers in voormalige groeigemeente Nieuwegein*. In: L. Vermeij, G. Engbersen (red.), *Heilzaam ouder worden*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau / Platform 31.
- Twigg, Julia (2013). *Fashion and age: Dress, the body and later life*. Londen: Bloomsbury.

- Twigg, Julia en Wendy Martin (2015). *Routledge handbook of cultural gerontology*. Londen: Routledge.
- Verweij, A., en F. van der Lucht (2014). *Gezondheid in krimpregio's: Verdiepingsstudie*. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM).
- Vilans (2016). *Trend opkomst burgerinitiatieven zet door*. Geraadpleegd op 4.11.2016 via <http://www.vilans.nl/nieuwsoverzicht-trend-opkomst-burgerinitiatieven-zet-door.html>
- Voskuil, Dorien, en Deirdre Beneken genaamd Kolmer (2016). *Denken over technologie, gezondheid en zorg*. Delft: Eburon.
- Vrooman, Cok, Mérove Gijsberts en Jeroen Boelhouwer (2014). *Vershil in Nederland*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- vws (2016). *Verpleeghuiszorg 2025*. Geraadpleegd op 31.10.2016 via <http://www.verpleeghuiszorg2025.nl/>
- Willemse, Ellen (2014). *Van Aspirine op brood tot Zorgserres in de tuin*. Den Haag: Stichting Toekomstbeeld der Techniek.
- Yerkes, M.A., en Dulk, L. den (2015). Arbeid en zorgbeleid in de participatiesamenleving. Een vergroting van de mogelijkheden? *Tijdschrift voor arbeidsvraagstukken*, 31 (4), 510-528.
- Zoest, Frans van, Else Stapersma, Sanne van der Weegen en Zwany Huiting (2016). *Anna zorgt voor appeltaart*. Utrecht: Vilans.
- Zwart-Olde, N. E., M. T. Jacobs en M. I. Broese van Groenou (2013). *Zorgnetwerken van kwetsbare ouderen. Onderzoeksrapportage voor hulpverleners, onderzoekers en (beleids)medewerkers in de ouderenzorg*. Amsterdam: Vrije Universiteit.