

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Vitale ouderen en de houdbaarheid van de zorg

Kwalitatieve systeemanalyse

Lydia Vunderink, Bert Karssen, Paul van Hooff en Loes Koster

7 augustus 2012

significant.

Inhoudsopgave

Doelstelling en toelichting op de rapportage	3
Resultaten	10
Vrijwilligerswerk	15
1. Vermindering druk collectief gefinancierde zorg door vitale oudere vrijwilligers	17
2. Het motiveren van oudere vrijwilligers om zich in te zetten voor zorg en ondersteuning	21
3. Randvoorwaarden bij oudere vrijwilligers in de zorg en ondersteuning	24
4. Het professionaliseren van vrijwilligerswerk in zorg en ondersteuning	26
Mantelzorg	30
1. Beroep op mantelzorgers	33
2. Drempels voor het verlenen van mantelzorg	37
3. (Over)belasting van de mantelzorger	39
Zelfredzaamheid	42
1. Vitaliteit van ouderen	44
2. Leef- en woonomgeving	47
3. Beïnvloeden van de aard van zorgvraag en vraagverlegenheid	51
Conclusies	52
Bijlagen	57
• Literatuur	58
• Wetenschappers	63
• Experts	64
• Kerngroep	65
• Onderbouwing Systeemdynamica en Group Model Building	66
• (Uitleg) Effectentabellen	67
• SD modellen in zijn geheel	73

Doelstelling en toelichting op de rapportage

Vitale ouderen en houdbaarheid van de zorg

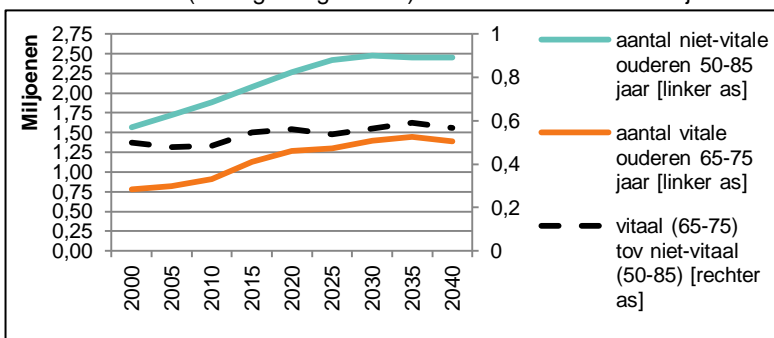


Zorgvraag en zorgkosten nemen toe

Mensen leven steeds langer, en langer in goede (ervaren) gezondheid. Ieder jaar neemt de gemiddelde levensverwachting gemiddeld met drie maanden toe (Gezondheid en zorg in cijfers, 2011, CBS). Bovendien is een deel van de oudere bevolking heel bewust bezig met gezond ouder worden (Van Gezond naar Beter, RIVM, 2010). Hierbij dient te worden opgemerkt dat, volgens gegevens van het RIVM en het CBS (2009), er naar Sociaal Economische Status (SES) grote verschillen zijn in de gezonde levensverwachting.

Belangrijke nuancering hierbij is dat mensen zich steeds langer gezond *voelen*. De *ervaren* gezondheid is groter dan de *objectieve* gezondheid (Trendcijfers Gezondheidsenquête 2001 - 2009, 2011).

Prognoses van het CBS (CBS-Statline) laten zien dat niet alleen het aantal ouderen de komende jaren stijgt, maar ook het aantal ouderen met een (zeer) goede ervaren gezondheid. De verhouding tussen het aantal vitale (in dit geval gezonde) en niet-vitale ouderen blijft min of meer gelijk (zie figuur).



Tegelijkertijd geldt dat, hoe ouder men wordt, des te langer een beroep op de zorg gedaan kan worden en ook daadwerkelijk wordt. In lijn daarmee neemt volgens gegevens van het CBS de zorgvraag in Nederland voortdurend toe, maar er zijn ook andere factoren (zie kader).

Andere factoren dan vergrijzing voor de stijgende formele en informele zorgvraag

De prevalentie van ziekten als diabetes, COPD, harten vaatziekten en kanker, soms als gevolg van een ongezonde leefstijl en overgewicht, neemt toe, met een toenemend beroep op de zorg. Voor een groot deel echter wordt een toenemend beroep op de zorg gedreven door technologische ontwikkelingen: nieuwe mogelijkheden scheppen een nieuwe vraag. Zo zorgt de ontwikkeling in minimale chirurgie er bijvoorbeeld voor dat bepaalde operaties gemakkelijker tot op hogere leeftijd kunnen worden uitgevoerd.

Andere kostenoprijvende factoren zijn: verschuivende normen (men accepteert minder ongemakken, zeker als deze verholpen kunnen worden), een groter beroep op psychofarmaceutica en stijgende ziekenhuiskosten ten gevolge van zorgintensivering en zorgvernieuwing (TNO Centrum voor zorg en bouw, 2009).

Ook de ontwikkeling rond dementie is van groot belang. Naar schatting wordt 60% van de hulp aan dementerenden verleend door familieleden en wordt er dus (nog) geen maximaal beroep gedaan op formele zorg. Het is volgens het EIZ/NIZW (Factsheet Mantelzorg en dementie, 2005) nog maar de vraag of er voldoende informele zorg in de toekomst beschikbaar zal zijn om aan de toenemende vraag te kunnen voldoen.

Achtergrond: Ondersteuning en Chronische ziekten

In de periode 2003 - 2007 had ongeveer de helft van het aantal personen boven de 55 ten minste één chronische ziekte (RIVM, 2010). Er wordt door het RIVM verwacht dat dit zal toenemen. Het hoeft echter niet te leiden tot meer mensen met klachten of beperkingen. Naar verwachting kan een deel van de chronische ziekten beter worden behandeld. Er zijn wel (recente) waarschuwingen over een mogelijke toename van ouderdomsziekten als gevolg van leefstijl op jongere leeftijd. Zo is er verdenking dat overgewicht op jonge leeftijd leidt tot een stijging van het aantal gevallen van dementie op latere leeftijd.

Vitale ouderen en houdbaarheid

Er lijkt dus een tegenstelling te bestaan tussen enerzijds een groeiende zorgvraag onder ouderen en anderzijds een toename van de vitaliteit van ouderen. Aan de ene kant consumeren ouderen steeds meer zorg, aan de andere kant zijn zij steeds langer vitaal. Zij zijn objectief langer gezond en daarbij voelen zij zich - ondanks enkele aandoeningen - gezond, omdat zij de dingen kunnen blijven doen die zij willen doen. Deze schijnbare tegenstelling is met name relevant in relatie tot de houdbaarheid van ons zorgstelsel, omdat juist ouderen om vitaal te blijven een groter beroep doen op het zorgstelsel. De balans in het zorgstelsel komt onder spanning. Balans tussen de zorgvraag aan de ene kant en aan de andere kant de beschikbaarheid van financiële middelen en personele capaciteit.

De betaalbaarheid van de zorg, nu en op langere termijn, staat onder zware druk, zowel ten aanzien van collectieve verzekeringen (AWBZ, Wmo) als de premies voor de ziekte-kostenverzekering. In krimpregio's speelt momenteel al het tekort aan personeel (zie kader).

De directie MEVA van het ministerie van VWS voert in relatie tot dit onderwerp het project Vitale ouderen en houdbaarheid van de zorg uit. Dit project is een verkenning naar de potentiële waarde van de toenemende vitaliteit onder ouderen voor de zorg. Hiervoor is het van belang om na te gaan welke factoren een rol spelen om de vitaliteit van ouderen te benutten om het zorgstelsel te ontlasten en duurzaam te maken. Vervolgens kan vastgesteld worden welke beleidsonderwerpen, maatregelen en interventies relevant zijn om de vitaliteit van ouderen in de zorg maximaal te benutten en in de gewenste richting te helpen. Significant is gevraagd hiertoe een onderzoek uit te voeren.

Achtergrond: vergrijzing en ontgroening in krimpregio's

In de krimpregio's in Nederland is het effect van vergrijzing op zorgvraag en -aanbod eerder en sterker zichtbaar dan in de rest van Nederland. De ontwikkelingen in die regio's bieden als het ware een venster naar de toekomst. Het gaat bijvoorbeeld om Zuidoost-Drenthe, Oost-Groningen, de Achterhoek, Midden en Zuid-Limburg en Zeeuws-Vlaanderen. Daar is er sprake van vergrijzing (er blijven oudere mensen wonen en oudere mensen gaan er juist wonen om hun oude dag door te brengen) en ontgroening (jonge gezinnen trekken weg, omdat in de meer stedelijke gebieden meer banen zijn en er meer voor-zieningen zijn op het gebied van bijvoorbeeld scholen). Dit betekent dat er naast een grotere zorgvraag sprake is van een vermindering van het zorgaanbod; van formele en van informele zorg.

Definitie van 'vitaliteit'

Schaufeli en Bakker (2004) definiëren vitaliteit als volgt: 'Energie, veerkracht, zich sterk en fit voelen, bereidheid in te spannen, lang en onvermoeibaar doorwerken, grote mentale veerkracht en doorzettingsvermogen'.

In het onderzoek is aansluiting gezocht bij de levensloop-benadering waarop 5 levensdomeinen worden benoemd die in balans moeten zijn om vitaal te zijn. Dit betekent ook dat het verlies van vitaliteit op het ene domein gecompenseerd kan worden met vitaliteit op een ander domein:

1. Lichaam en geest: gezondheid, bewegingsmogelijkheden, seksualiteit, geestelijk welbevinden;
2. Sociale relaties: relatie met burens, kinderen, vrienden en andere bekenden;
3. Materiële zekerheid: financiële zaken, woonomgeving, vervoersmiddelen en dergelijke
4. Arbeid en presteren: werk, vrijwilligerswerk, creatieve bezigheden of andere vrijetijdsbesteding;
5. Waarden en inspiratie: religie, spiritualiteit, ideeën en opvattingen die geestelijk houvast bieden in het leven of die iemand gedurende zijn leven zou willen realiseren.

Doelstelling van het onderzoek

Doelstelling van het onderzoek

- Inventariseer de factoren die van invloed zijn op de relatie 'vitale ouderen' en 'houdbaarheid van de zorg' en geef aan op welke manier deze factoren samenhangen.;
- Welke aangrijpingspunten voor (beleids)maatregelen zijn er om de rol van de vitaliteit van ouderen in de zorg te vergroten?

De relevante factoren en aangrijpingspunten zijn zoveel als mogelijk gebaseerd op ervaringen. Daarom zijn deelnemers van het zorgexperiment Oost-Drenthe benaderd om vanuit hun ervaring met krimp (=gebied dat als gevolg van bevolkingsontwikkeling kampt met vergrijzing ontgroening en een toenemende zorgvraag) het voor deze opdracht ontwikkelde model te toetsen.

Zuidoost-Drenthe

In Zuidoost-Drenthe zijn er initiatieven tot stand gekomen, waarin onder andere de zorgaanbieders, de bestuurders en de bewoners gezamenlijk vraagstukken rond ouderen (in brede zin, over meerdere beleidsterreinen) proberen op te lossen en zo mogelijk te voorkomen (Zorgexperiment). Het gaat dan om initiatieven op het terrein van ouderenzorg, huisvesting, regionaal vervoer en welzijn. Met een groot beroep op mantelzorgers en vrijwilligers (in de zorg). In een van de projecten (Krimp en Kracht) worden bewoners en organisaties bij het vraagstuk betrokken, om enerzijds de vraagstukken in beeld te brengen en anderzijds werkbare oplossingen te formuleren. Er wordt bijvoorbeeld actief gewerkt aan het realiseren van levensloopbestendige woningen en van buurten waarin een mix van jong en oud woont. De integratie van het zorgaanbod zorgt ervoor dat het voorzieningsniveau voor de bewoners in stand blijft, waarbij de coördinatietak een gezamenlijke activiteit van de zorgaanbieders is.

Belangrijke bevindingen uit het traject liggen op het terrein van ondersteuning van de mantelzorger en het op een passende manier inzetten van de vrijwilligers. De - nu al optredende - ontwikkelingen, als gevolg van regionale variatie en de opgedane ervaringen, vormen een potentiële bron van informatie over de fenomenen vitale ouderen en houdbaarheid (Krimp en Kracht, STAMM CMO, 2011).

Rapportage is een weerslag van de verkregen inzichten

Gedurende het onderzoekstraject zijn inzichten verkregen in de samenhang tussen de relevante factoren. Deze rapportage geeft deze inzichten weer via 'modellen', waarin de samenhang en onderlinge relaties grafisch zijn weergegeven. Ook volgen uit de modellen de (aangrijpingspunten voor) interventies en de daaruit zogenoemde 'effectentabellen', waarbij beoogde effecten aan de beïnvloedingsmechanismen en maatregelen zijn gekoppeld (welke aangrijpingspunten voor maatregelen dragen bij aan welke beoogde effecten?).

De gevolgde methodiek van systeemdynamica heeft geleid tot deze inventarisatie en systeemschets. Later in dit hoofdstuk gaan wij kort op de methodiek van systeemdynamica in.

Reikwijdte van het onderzoek

Zicht op mechanismen en het systeem, minder nadruk op kwantificering

Het primaire doel van het onderzoek is het krijgen van zicht op factoren die een rol spelen bij het benutten van de vitaliteit van ouderen voor de houdbaarheid van de zorg. Daar waar mogelijk en nodig, om een gevoel te krijgen voor de impact, zijn cijfers ter onderbouwing gegeven of is een kwalitatieve grootte-ordening van mechanismen en factoren aangegeven, bijvoorbeeld (in de effectentabellen) in termen van groot of klein.

Afbakening van 'vitale oudere'

Onder het begrip 'vitale oudere' is een leeftijdsgrens van 55 jaar en ouder aangehouden. Dit is een leeftijd waar zich doorgaans de 'derde levensfase' aan-dient; stoppen met werken, gecombineerd met een relatief goede gezondheid. Ouderen van 55-plus hebben het potentieel in zich om zich in te zetten in de zorg, waarmee de houdbaarheid van de zorg ondersteund wordt.

Exogene factoren en beïnvloedbare maatregelen

In het onderzoek brengen wij vitaliteit en houdbaarheid bij elkaar en verbinden wij het zorgdomein (vanuit een brede blik op de zorg; welzijn of ondersteuning ten gunste van het welzijn rekenen wij hier ook toe) aan aanpalende domeinen, zoals de huizenmarkt, lifestyle, pensioenen en arbeidsmarkt, zo veel mogelijk aan elkaar. Dit levert inzicht op in mogelijk optredende neveneffecten van de beïnvloedbare maatregelen in andere domeinen en beleids-onderwerpen. Dit inzicht is noodzakelijk als je een beleidsmaatregel neemt. De werkelijkheid is immers complex en beperkt zich vrijwel nooit tot een beleids-onderwerp. Dat betekent niet dat de ontwikkelde modellen onbegrensd zijn. Sommige factoren zijn als exogene factoren opgenomen. Dat is gedaan als de factor grotendeels te ver buiten het beleidsterrein van de zorg valt of buiten de reikwijdte van het onderzoek valt. Denk bijvoorbeeld aan factoren waarvan de 'uitkomst' in het verleden is bepaald, zoals het 'opleidingsniveau onder ouderen', waarvan de basis in het verleden is gelegd, en dat nauwelijks meer op korte termijn te beïnvloeden is. Een ander belangrijk uitgangspunt, en daarmee exogeen beschouwd, is dat de vitaliteit onder ouderen inderdaad toeneemt.

Focus op breedte, detailuitwerking kan een volgende stap zijn

De nadruk op een brede inventarisatie van factoren en het verkrijgen van inzichten in de mechanismen van het systeem en de beleidsmaatregelen (en dus minder focus op het definiëren van gedetailleerde pakketten van maatregelen) betekent dat de geschetste beïnvloedende maatregelen niet 'panklaar' zijn. Concrete invulling en detaillering van de (effectieve) maatregelen kan als vanzelf het beste vorm krijgen in overleg met, en uitvoering door, de betrokken partijen.

De globale aanpak en procesmatige resultaten

Voor het uitvoeren van de systeemanalyse hebben wij vanaf november 2011 tot en met mei 2012 onderstaande stappen doorlopen:

1. Deskresearch (zie bijgevoegde literatuurlijst);
2. Telefonische interviews wetenschappers (zie bijgevoegde telefonische interviewlijst)
3. Interviews experts (zie bijgevoegde expertlijst)
4. System Dynamics-sessies (5) met kerngroep, zie bijgevoegde kerngroepelijst en bijgevoegde toelichting op System Dynamics:
Sessie 1 - inventariseren factoren;
Sessie 2 - verbinden van factoren;
Sessie 3 - toetsen van werkzame mechanismen in Oost-Drenthe;
Sessie 4 - toetsen conceptuele modellen;
Sessie 5 - vaststellen effectentabellen;
5. Rapportage.

Inzicht in de verbinding tussen factoren die een rol spelen via een System Dynamics-model

Alle factoren die volgens de experts in de sessies, de geraadpleegde literatuur en de geïnterviewde overige experts en wetenschappers, een rol zouden kunnen spelen op het gebied van de inzet van de vitaliteit van ouderen voor de houdbaarheid van de zorg, zijn in kaart gebracht in een System Dynamics-model. Alle factoren zijn vervolgens aan elkaar verbonden. Daarbij is de richting van het verband en een kwalitatieve omschrijving van de aard van het verband aangegeven. De experts hebben deze omschrijving in de laatste sessie aangescherpt en onderstreept.

Inhoudelijke dialoog tussen betrokken partijen

In de sessies die zijn gehouden, waarin is gekomen tot de beïnvloedbare maatregelen, hebben de deelnemers gezamenlijk de modellen gebouwd. De inhoudelijke expertise van de deelnemers kent raakvlakken met elkaar, bijvoorbeeld als het gaat om een beroep dat wordt gedaan op de maatschappelijke inzet die van ouderen wordt gevraagd. Het elkaar aanvullen, vanuit de verschillende expertises, maar ook het stellen van kritische vragen, gaat dan als vanzelf. Er is zicht gekregen op de verbinding tussen de verschillende domeinen en op de mogelijke (neven)effecten van beïnvloedbare maatregelen in de verschillende domeinen.

De toegevoegde waarde van een systeemdynamica-aanpak

Systeemdynamica kent ruwweg een tweetal componenten: (kwalitatieve) systeemanalyse en kwantitatieve systeemdynamische simulatie. De eerste kan zelfstandig worden uitgevoerd; voor de tweede is de eerste altijd (ook) nodig. Voor deze studie is uitsluitend gebruikgemaakt van methodieken uit de kwalitatieve systeemanalyse, met slechts een paar 'doorkijkjes' naar kwantificering. Door het gebruik van systeemdynamica, konden belangrijke voordelen worden geboekt ten opzichte van (andere) gangbare methodieken. Deze voordelen vloeien voort uit enkele kerneigenschappen van de methodiek:

1. *Gestructureerde inventarisatie* van relevante factoren in termen van onderlinge samenhang en mechanismen, waardoor clusters van onderwerpen ontstaan en een toets kan worden uitgevoerd op volledigheid en logica van de inventarisatie, mede door de hoge mate van visualisatie. Zo ontstaat een inventarisatie die compleet en samenhangend is.
2. *Group Model Building* als methodiek van gegevensverzameling en analyse. Het toepassen van Group Model Building houdt in essentie in dat het systeemdynamische model wordt gebouwd samen met een expertgroep bestaande uit inhoudelijk deskundigen en vertegenwoordigers van de betrokken organisaties. Deze personen brengen in de expertbijeenkomsten de relevante factoren die van invloed zijn op de vraagstelling en hun onderlinge samenhang (in termen van oorzaak-gevolgrelaties) in kaart, op basis van de in hun 'mental database' aanwezige kennis. Het model is dan het resultaat van een proces van gelijkwaardige inbreng van experts, rekening houdend met de verschillende invalshoeken, gebruikmakend van de onderlinge interactie tussen deskundigen en daarmee de creativiteit stimulerend. Met maximale herkenbaarheid en draagvlak bij de deelnemers als gevolg van toetsing van de resultaten.
3. Analyse aan de hand van *mechanismen*, waarbij de complexe werkelijkheid wordt uiteengerafeld in ketens van oorzaak en gevolg. Zo wordt de onderliggende structuur met mechanismen en onderlinge afhankelijkheden zichtbaar, die verantwoordelijk zijn voor het gedrag van het systeem in de tijd. Door bestudering van de mechanismen kunnen de dominante processen worden geïdentificeerd en het gedrag worden 'voorspeld'. Vervolgens kunnen spanningsvelden tussen de relevante mechanismen in kaart worden gebracht.
4. Identificeren van *aangrijpingspunten voor maatregelen*. Door systematische analyse van de mechanismen en hun gedrag, kan worden vastgesteld of sprake is van een gewenste ontwikkeling. Vervolgens kan het model worden gebruikt om bestaande, bekende maatregelen te beoordelen op hun impact op het gedrag van het systeem. Wordt gewenst gedrag gestimuleerd of moeten aanvullende maatregelen worden geïdentificeerd om ongewenste neveneffecten tegen te gaan? Ten slotte kan het model dan worden gebruikt om (nog onbekende) aangrijpingspunten voor maatregelen te identificeren, ofwel aangrijpingspunten voor nieuw beleid.

De navolgende resultaten vormen de weerslag van de gehanteerde methodiek.

Resultaten



Vitale ouderen en houdbaarheid in een hoofdlijnenmodel (2)

Het geschetste hoofdlijnenmodel laat uitsluitend de 'endogene' mechanismen zien, ofwel de wijze waarop de factoren van het vraagstuk van vitale ouderen onderling samenhangen en tot welke dynamiek dit leidt. Belangrijk is dan na te gaan welke (mogelijk) tegengestelde mechanismen kunnen optreden, ofwel de spanningsvelden die een bepaald mechanisme kunnen oproepen. Zo is er een spanningsveld dat als de vitaliteit van ouderen wordt ingezet om de houdbaarheid van de zorg te vergroten, dit kan leiden tot een vermindering van vitaliteit van diezelfde ouderen.

Niet opgenomen in het hoofdlijnenmodel zijn de exogene factoren, dat wil zeggen de factoren die 'autonoom' het systeem kunnen beïnvloeden, zoals de stijgende zorgvraag (zie inleiding) of de kenmerken (zoals opleidingsniveau) van de ouderen, die bepalend zijn voor de omvang van respectievelijk de zorgvraag en het zorgaanbod. Deze exogene factoren zijn uitgebreid in kaart gebracht in het onderzoek en opgenomen in de deelmodellen, alsmede in het hoofdstuk 'Resultaten'.

Beleidsmatig relevant is natuurlijk op welke manier de gewenste mechanismen kunnen worden 'aangezwengeld' en ongewenste mechanismen kunnen worden gedempt. Dat zijn de (beleids)interventies. Deze zijn weergegeven met groene bollen. Zo zijn drie hoofdgroepen van interventies onderscheiden die bijdragen aan de houdbaarheid van de zorg:

- Maatregelen die betrekking hebben op het versterken van het hoofdmechanisme 'meer inbreng', gericht op:
 1. Het behouden of aantrekken van oudere vrijwilligers en mantelzorgers.
- Maatregelen die betrekking hebben op het versterken van het hoofdmechanisme dat de vraag naar zorg dempt ('minder leunen'), bestaande uit:
 2. Het vergroten van de zelfredzaamheid, ofwel ouderen stimuleren om (deels) zelf zorg te dragen voor het invullen van de eigen zorgbehoefte;
 3. Het verkleinen van de toegang tot de collectief gefinancierde zorg: deze maatregelen dempen het mechanisme dat een beroep wordt gedaan op deze vorm van zorg, waardoor de vraag naar informele zorg zal worden geprikkeld. Ofwel: deze maatregelen helpen de vraag te verschuiven.

Leeswijzerresultaten

Vanuit het hoofdlijnenmodel is te zien dat het benutten van de vitaliteit van ouderen voor de houdbaarheid van de zorg via verschillende manieren kan. Hiervoor is al aangegeven dat de mechanismen die worden aangezwengeld door de vitaliteit van de oudere te karakteriseren zijn als 'meer inbreng' en 'minder leunen'. Wat betreft het eerste hoofdmechanisme, die het vergroten van het aanbod behelst, is het van belang om onderscheid te maken tussen de oudere als vrijwilliger en de oudere als mantelzorger. In het tweede mechanisme staat het begrip zelfredzaamheid en de zorgvraag centraal.

Deze drie componenten vormen de basis voor de structuur waarin de resultaten van het onderzoek zijn geordend: de deelmodellen die zijn ontwikkeld vormen detailleringen van het hoofdmodel op de desbetreffende deelgebieden en bieden hierbij de kapstok om de mechanismen en relevante factoren te bespreken.

De conclusie is dat voor elk van deze onderdelen andere mechanismen werkzaam zijn en dat de beïnvloedbare maatregelen van deze drie delen anders zijn; er is sprake van een verschillende dynamiek en dus van verschillende System Dynamics-submodellen. De modellen kunnen in één model aan elkaar worden gekoppeld en met elkaar worden verweven, maar dat is in deze rapportage niet gedaan. De losse modellen laten zich gemakkelijker lezen; de beïnvloedbare maatregelen zijn makkelijker te duiden. Daarom worden de onderdelen van de submodellen een voor een uiteengezet voor de onderwerpen 'vrijwilligers', 'mantelzorgers' en 'zelfredzaamheid en de zorgvraag'.

Daarbij gaan wij per deelonderwerp in op:

- De gedetailleerde mechanismen die de grondslag vormen voor het gedrag van het beschreven deelsysteem;
- De spanningsvelden die daarbij (kunnen) optreden;
- De exogene factoren die erop inspelen, waar relevant:
 - Trends;
 - De drempels die de werking van het beoogde mechanisme kunnen tegengaan;
 - De beleidsinterventies, die drempels wegnemen en/of de beoogde mechanismen versterken en leiden tot maximale benutting van de vitale oudere;
- De ingevoegde kaders geven telkens achtergrondinformatie bij factoren uit het desbetreffende onderdeel.

Toelichting op de figuren en tabellen

Beïnvloedbare maatregel



Fricie tussen formele en informele zorg

Effectentabel

	Aantal vrijwilligers	Match vrijwilliger en taak	Behouden		Aantrekken	
Beïnvloedbare maatregelen			Groot of klein effect	Direct of indirect effect	Groot of klein effect	Direct of indirect effect
Aanbod van professionalisering	-	geen effect	klein	indirect	groot	indirect

Na de onderdelen van de submodellen, staan in een effectentabel de exogene factoren en de beïnvloedbare maatregelen opgesomd. Deze beïnvloedbare maatregelen zijn herkenbaar in de deelmodellen met een groene bol, hier in het klein weergegeven.

Toelichting op effectentabellen

In de effectentabellen, hieronder in het klein weergegeven, staan de exogene factoren en de beïnvloedbare maatregelen. Daarbij is onderscheid gemaakt naar effecten op het *behouden* van bestaande en het *aantrekken* van nieuwe zorgverleners (bijvoorbeeld vrijwilligers). Het effect kan anders inwerken op het behouden of aantrekken. De aard van het effect is aangeduid met *direct* of *indirect* effect. Het gaat er hierbij om of het effect direct, dan wel via andere factoren zijn werking krijgt (of het effect (veel) later in de tijd zijn werking krijgt). Ook staat er of het effect *klein* of *groot* is. Deze orde-grootte indicatie moet vooral worden gezien als relatief ten opzichte van de andere factoren. Een verdere toelichting op de effectentabel is opgenomen in de bijlage.

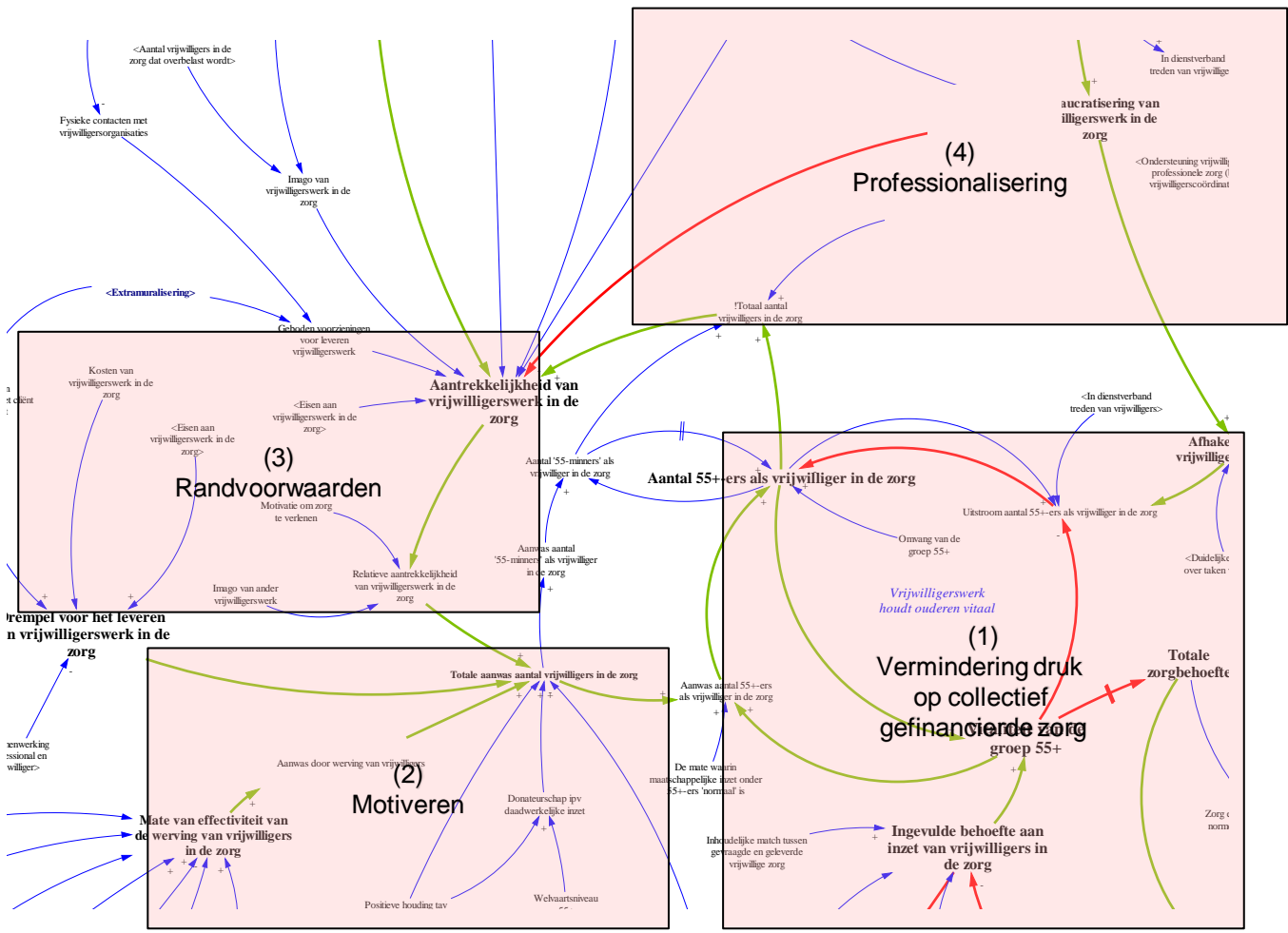
Vrijwilligerswerk

Vorbereidingen op de lange termijn



De relevante onderwerpen rond vrijwilligers

Uit het hoofdlijnenmodel blijkt dat vitale ouderen als vrijwilliger een rol kunnen spelen bij het vervullen van taken in de zorg en ondersteuning. Het vrijwilligerswerk draagt bij aan een betere gezondheid van de mensen die zorg en ondersteuning ontvangen, en ontlast daarmee het collectief gefinancierde zorgstelsel. Daarbij komt dat het geven van vrijwilligerswerk positief werkt op de gezondheid van de oudere vrijwilliger; het levert een uitbreiding van het sociale netwerk op en het werkt ook positief op de fysieke gezondheid van de vrijwilligers.



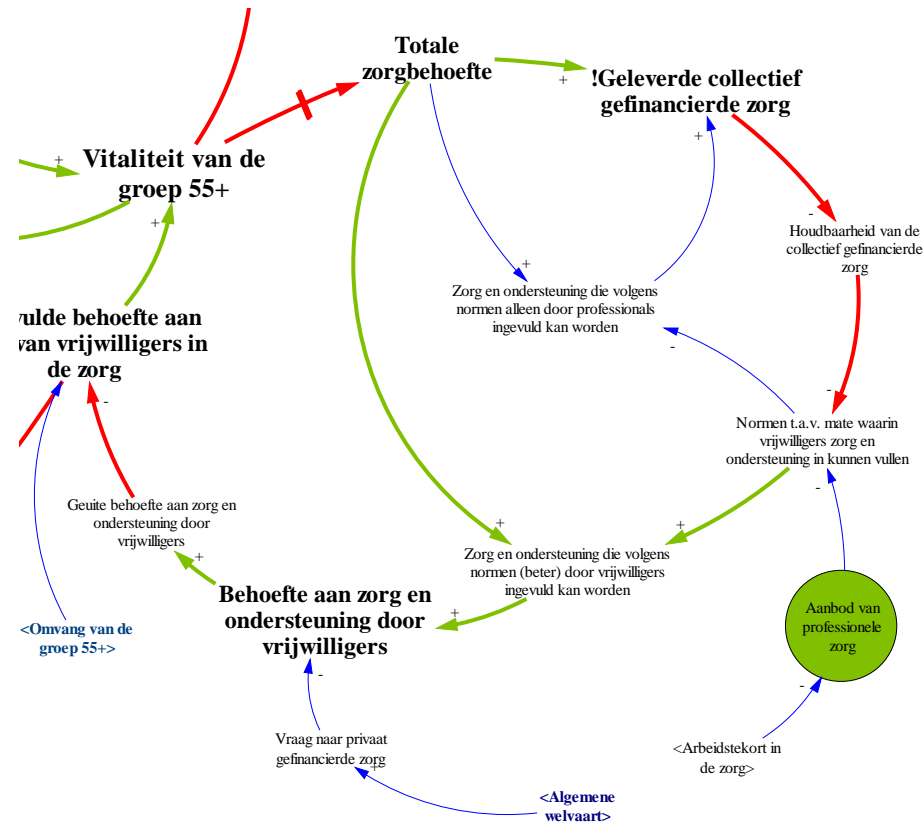
De figuur op deze sheet is, in het klein, het model waarin de relatie tussen oudere vrijwilligers en de houdbaarheid van de zorg wordt weergegeven. Het model wordt in de volgende sheets in meer detail besproken.

Het model geeft ten eerste in meer detail aan dan het hoofdlijnenmodel, op welke manier vitale ouderen via vrijwilligerswerk een rol kunnen spelen in de gevraagde zorg en ondersteuning. Daarmee zijn zij van invloed op een vermindering van het beroep dat wordt gedaan op de collectief gefinancierde zorg (1). Ten tweede is uiteengezet op welke manier vitale ouderen kunnen worden gemotiveerd om deze rol ook in te vullen (2). Vervolgens worden randvoorwaarden beschreven die het vitale ouderen mogelijk maken om ook daadwerkelijk via vrijwilligerswerk bij te dragen (3). Ten slotte wordt de ondersteunende rol van een professionele aanpak van de organisatie van het vrijwilligerswerk belicht (4).

1. Vermindering druk collectief gefinancierde zorg door vitale oudere vrijwilligers

Door een groeiende vitaliteit van de groep 55-plussers, wordt de totale zorgbehoefte onder 55-plussers relatief gezien minder, bovendien wordt de zorgbehoefte ook uitgesteld. Een minder grote zorgbehoefte levert een vermindering van de vraag naar geleverde collectief gefinancierde zorg en een minder grote vraag naar zorg en ondersteuning die goed door vrijwilligers ingevuld kan worden. Dit levert een positieve bijdrage aan de houdbaarheid van de collectief gefinancierde zorg, want minder collectief gefinancierde zorg leveren, hangt samen met een betere houdbaarheid. Bovendien: de inzet van vrijwilligers kan ertoe leiden dat het welzijn en vervolgens de vitaliteit van de zorgbehoevenden niet (verder) daalt. Hierdoor wordt de actuele behoefte aan collectief gefinancierde zorg uitgesteld en gedempt. Dit heeft vervolgens een matigende invloed op de vraag naar de inzet van zorgvrijwilligers.

Als de houdbaarheid van de zorg onder druk komt te staan, vanwege financiële en/of personele druk, verschuiven normen over het deel van de zorg en ondersteuning dat (beter) ingevuld kan worden door ouderen vrijwilligers; zij zullen dan meer taken tot hun werkterrein mogen rekenen. Hoe meer taken tot het werkterrein van de vrijwilliger gerekend kunnen worden, des te groter de behoefte aan vrijwilligers die die zorg en ondersteuning kunnen invullen. Groei in omvang van de groep 55-plussers die dit kan en wil, zorgt ervoor dat er relatief nog meer zorg en ondersteuning geleverd kan worden. Behalve als er een groei is in de algemene welvaart, want dan zal de vraag naar privaat gefinancierde zorg toenemen en zorg meer formaliseren; het fenomeen dat taken die eerst informeel waren geregeld, nu formeel worden geregeld. De behoefte aan vrijwilligers, die per definitie informele zorg en ondersteuning leveren, wordt daarom minder.



Achtergrond: Vrijwilligerswerk omgerekend naar euro's

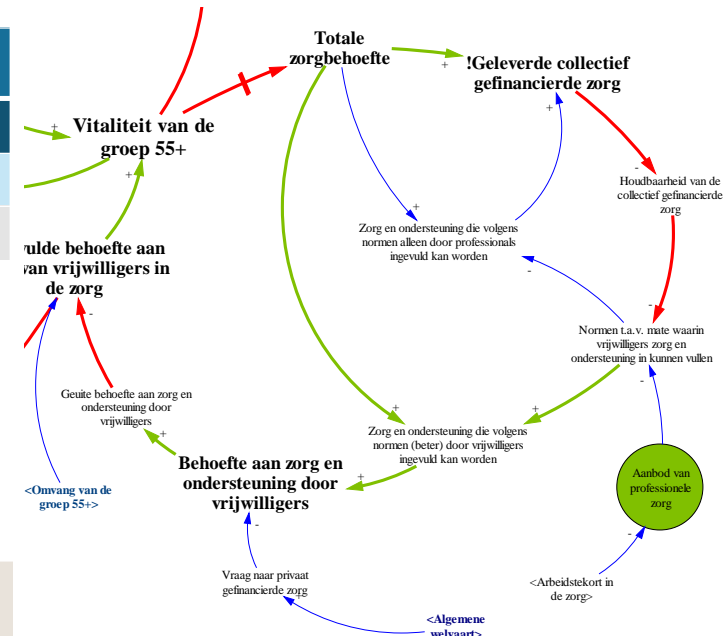
Dekker (Toekomstverkenning vrijwillige inzet 2015, SCP 2007) heeft becijferd dat vrijwilligers een bijdrage leveren van 8,4 miljard aan de samenleving. Hij gaat daarbij uit van een gemiddeld aantal uren (4,5) per vrijwilliger per week en van loonkosten die gelden voor het minimumloon (€ 20.000,-). Wanneer eenzelfde rekensom wordt gemaakt voor de circa 240.000 vrijwilligers in de zorg, dan wordt er per jaar ruim € 650 miljoen aan werk verricht door vrijwilligers. Deze berekening geeft een beeld van de omvang en de orde van grootte.

Toelichting op effectentabellen voor 'vrijwilligers'

In onderstaande tabel is het te verwachten effect van de maatregel 'Het vergroten van het aanbod van professionele zorg' schematisch weergegeven. Dit is gedaan voor de met groen ingekleurde bol in het schema op voorgaande sheet, dat op deze sheet in het klein ook is weergegeven. De schema's op verdere sheets in dit hoofdstuk laten zich op eenzelfde manier lezen.

Van het vergroten van het aanbod van professionele zorg (zowel collectief als privaat gefinancierd) is de verwachting dat het een negatief effect heeft op het aantal vrijwilligers. Als de maatregel groter wordt (meer aanbod van professionele zorg), dan daalt het aantal vrijwilligers. Bovendien is er een kans dat het vrijwilligerswerk zelf onderdeel gaat uitmaken van de professionele zorg, omdat ervoor betaald gaat worden. Als de maatregel kleiner wordt (minder aanbod van professionele zorg), des te meer zorg overblijft voor vrijwilligers. Bovendien kunnen de normen ten aanzien van de mate waarin de vrijwilliger zorg en ondersteuning kan bieden, verschuiven, waardoor er meer taken binnen het werkterrein van de vrijwilliger komen te liggen. Het vergroten van het aanbod van professionele zorg heeft naar verwachting geen effect op de match tussen de vrijwilliger en de uit te voeren taak. Taken die 'overblijven' zijn nog steeds geschikte taken voor vrijwilligers om uit te voeren. De maatregel 'vergroten van het aanbod van professionele zorg' heeft naar verwachting op het behouden of het aantrekken van vrijwilligers een andere werking. De effecten worden gekarakteriseerd als *indirect*, omdat de verbanden tot aan de factor 'te leveren collectief gefinancierde zorg' indirect zijn en dus via meerdere schakels verlopen. Het effect op het behouden van vrijwilligers is klein, omdat de mensen die nu eenmaal werken als vrijwilliger in de zorg, gemotiveerd zijn en dit blijven. Nieuwe mensen zullen waarschijnlijk sneller doorstromen in het professionele circuit. Het negatieve verband van het aanbod op het aantal vrijwilligers doet zich vooral voor onder vrijwilligers die je zou willen werven.

Beïnvloedbare maatregelen	Aantal vrijwilligers	Match vrijwilliger en taak	Behouden		Aantrekken	
			Groot of klein effect	Direct of indirect effect	Groot of klein effect	Direct of indirect effect
Aanbod van professionele zorg	-	o	klein	indirect	groot	indirect



Vrijwilligerswerk in de zorg, ingevuld door vitale ouderen

Sommige taken binnen zorg en ondersteuning kunnen beter door oudere mensen worden Ingevuld

De zorg wordt weliswaar steeds meer vraaggericht, maar is nog steeds ook in flinke mate aanbodgericht. De geboden zorg en ondersteuning zijn nog niet maximaal afgestemd op de vraag naar zorg of ondersteuning. Voor zorgaanbieders is het zaak om inzicht te hebben in de daadwerkelijke zorgbehoefte. Oudere mensen kunnen zich, door hun kennis van en ervaring met de doelgroep, beter inleven in deze behoefte en zijn (wellicht meer dan jongere mensen) zeer geschikt om zorg en ondersteuning te bieden.



Achtergrond: Vrijwilligerstaken in de zorg

Uit een onderzoek van Research voor Beleid uit 2011 (Zorg beter met Vrijwilligers) komt naar voren dat vrijwilligers steeds meer (nieuwe) taken in de zorg op zich nemen, waaraan door de overheid en door de betrokken organisaties hogere eisen worden gesteld. Het gaat daarbij niet alleen om hand- en spandiensten, maar ook om welzijnsactiviteiten. Typische zorgtaken blijven buiten het vrijwilligerswerk. De invoering van zzp's heeft gezorgd voor een stijging van de hand- en spandiensten en welzijns-activiteiten.

Penninx (2011) heeft uit zijn onderzoeken geconcludeerd dat vrijwilligers ook zelf hogere eisen zijn gaan stellen: er wordt gevraagd om een 'evidence-based' werkwijze.

De toegevoegde waarde van het vrijwilligerswerk in de zorg is steeds meer de aanvulling (en invulling) van de welzijnsbevorderende taak van de zorgverlening.

Er is een groot aantal publicaties waarin verschillende facetten van de bijdrage van vrijwilligers aan het totale volume zorg wordt beschreven. Toch is er geen betrouwbare schatting te maken van de totale bijdrage van vrijwilligers aan het zorgvolume. Er zijn wel cijfers over het aantal vrijwilligers en het SCP heeft geraamd hoe het aanbod en de vraag naar informele zorg zich tot elkaar verhouden (Toekomstverkenning informele zorg, 2007).

Achtergrond: Vrijwilligers dragen bij aan zorg en ondersteuning

Uit onderzoek van Research voor Beleid (2011) en Movisie (2011) blijkt dat er meer dan 240.000 vrijwilligers actief zijn; 100.000 van hen werken in (circa 650) verpleeg- en verzorgingstehuizen en 50.000 bij organisaties voor gehandicapten. In totaal werd bij die instellingen door vrijwilligers aan 176.000 ouderen en 155.000 gehandicapten zorg verleend. In personeelsaantallen gemeten: een vrijwilliger per twee tot drie betaalde medewerkers. De aantallen personen zeggen nog weinig over de bijdrage in uren aan het zorg-volume. Het SCP rapporteert tussen 1990 en 2005 een daling in het aantal uur vrijwilligerswerk per week van 0,3 uur. Dit hangt onder andere samen met meer tijd die besteed wordt aan kinderverzorging, hobby's/sport en tv/radio.

Groei in het aandeel vrijwilligers draagt bij aan vitaliteit ouderen

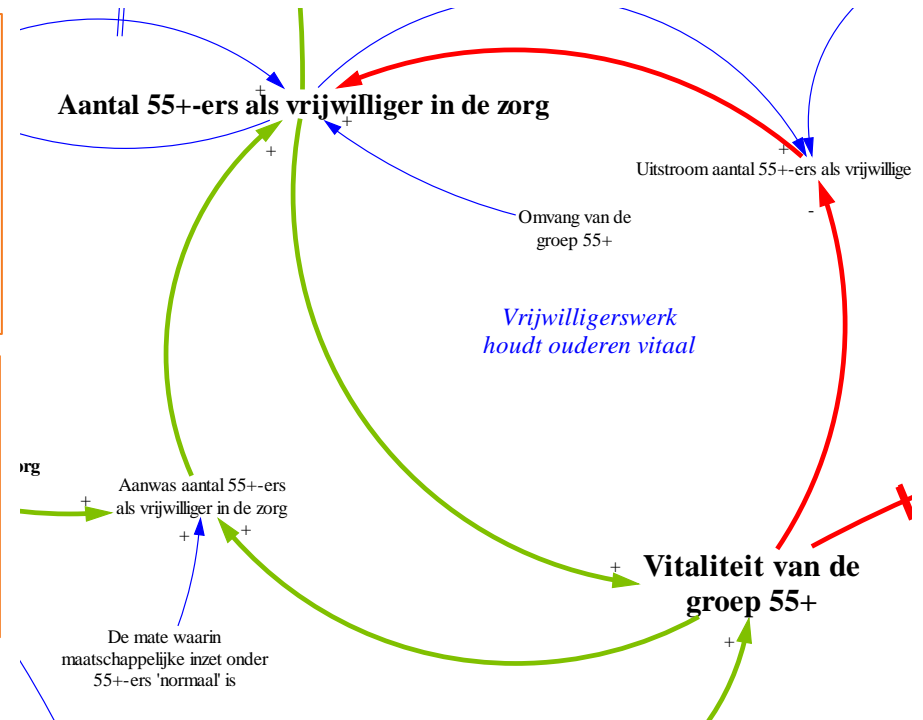
Doordat de totale groep ouderen met een goede vitaliteit stijgt, kan het aandeel van deze groep onder vrijwilligers in de zorg toenemen. De inzet als vrijwilliger draagt ook bij aan een betere vitaliteit van de vrijwilliger zelf. De vitaliteit onder ouderen blijft op peil als men actief blijft. Bij inactiviteit krijgt juist eerder last van aandoeningen en de vitaliteit gaat juist achteruit. Inzetten als vrijwilliger in de zorg is een manier waarop mensen actief kunnen blijven.

Achtergrond: Ervaren gezondheid en 'objectieve' gezondheid

Volgens onderzoek van het RIVM (Nationaal Kompas Volksgezondheid 2009) is de ervaren gezondheid een bruikbare samenvattende subjectieve maat voor iemands gezondheid, lichamelijk en geestelijk. Zo kan een chronisch zieke bejaarde zich nog heel gezond voelen, omdat de ziekte niet hinderlijk is in het dagelijks functioneren. Uit onderzoek blijkt dat deze subjectieve maat sterk voorspellend is voor sterfte. Daarbij spelen fysiologische en psychologische factoren een belangrijke rol. Er worden door het RIVM verschillende verklaringen geopperd, waarbij de perceptie van betrokkene van invloed is op de objectieve gezondheid.

Achtergrond: Vrijwilligerswerk in relatie tot eigen gezondheid

Uit onderzoek van René Bekkers (VU, 2010) komt naar voren dat het doen van vrijwilligerswerk van invloed is op de overlijdenskans van 55-plussers: die is 20%, terwijl mensen die geen vrijwilligerswerk doen een overlijdenskans hebben van 45%. Het doen van vrijwilligerswerk leidt tot een gevoel van controle over het eigen leven. Een goede gezondheid is niet alleen een gevolg van de vrijwillige activiteiten, maar ook een voorwaarde voor het actief zijn. In het onderzoek en in de gepubliceerde cijfers is hiermee rekening gehouden.



2. Het motiveren van oudere vrijwilligers om zich in te zetten voor zorg en ondersteuning

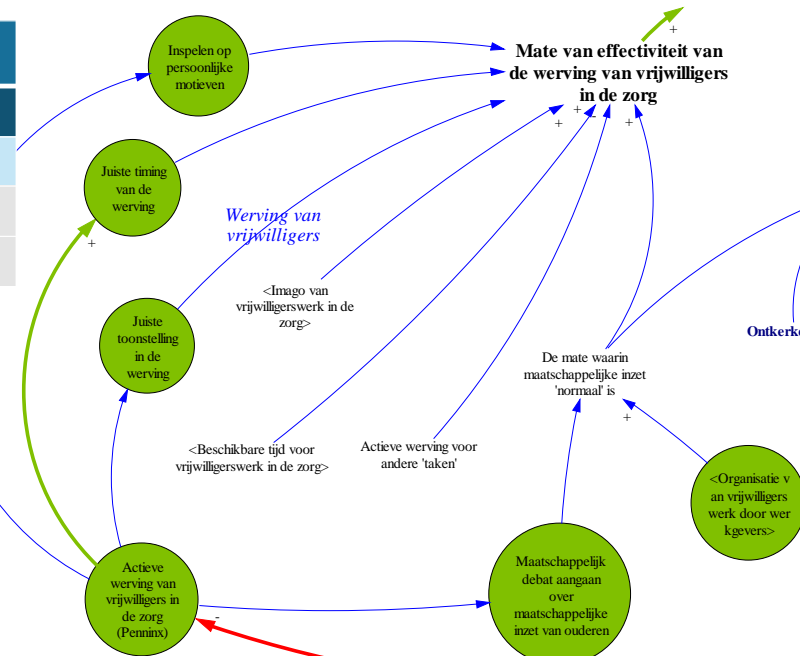
Als er wordt vastgesteld dat er meer behoefte is aan oudere vrijwilligers die zorg en ondersteuning bieden, dan *triggert* dit het mechanisme van het verbeteren van de werving van nieuwe vrijwilligers. Bij het werven van nieuwe vrijwilligers is het van belang hen op een goede manier te motiveren. Penninx (2011) heeft voor het werven van vrijwilligers een aantal maatregelen vastgesteld die effectief zijn (zie ook ingevoegd kader).

Daarnaast is het mogelijk om nieuwe vrijwilligers te werven via werkgevers. Werkgevers kunnen vrijwilligerswerk in de zorg onderdeel laten uitmaken van het maatschappelijk ondernemen. De bedrijven dragen door het vrijwilligerswerk direct bij aan de ondersteuning van de zorg. Bovendien geeft het medewerkers de kans om kennis te maken met het vrijwilligerswerk in de zorg. Uit onderzoek komt naar voren als mensen voor hun pensionering vrijwilligerswerk doen, zij na hun pensionering vaker vrijwilligerswerk (blijven) doen. Met andere woorden: het draagt positief bij aan het beeld dat maatschappelijke inzet, in de zorg, 'normaal' is, ook in de derde levensfase. Andere factoren, die minder direct te beïnvloeden zijn, die de effectiviteit van de werving van nieuwe vrijwilligers beïnvloedt zijn het imago van het vrijwilligerswerk in de zorg. En, gemakkelijk over het hoofd te zien, de effectiviteit van de werving onder ouderen van andere 'taken', waaronder vrijwilligers in andere sectoren. Daarnaast blijft het natuurlijk noodzaak dat vitale ouderen tijd beschikbaar moeten hebben om vrijwilligerswerk in de zorg te kunnen doen. Hier gaan wij later op in.

	Aantal vrijwilligers	Match vrijwilliger en taak	Behouden		Aantrekken	
			Groot of klein effect	Direct of indirect effect	Groot of klein effect	Direct of indirect effect
Beïnvloedbare maatregelen						
Organisatie van vrijwilligerswerk door werkgevers	+	o	klein	direct	klein	indirect
Toepassing van de 20 werkzame principes van Penninx (werving)	+	+	klein	direct	klein	indirect

Achtergrond: Werkzame principes van Penninx bij het werven van vrijwilligers in de zorg:

- Verdiep je in en sluit aan op de persoonlijke motieven van (potentiële) vrijwilligers, houd rekening met verschil in SES, etnische achtergrond, man of vrouw, etc.
- Juiste timing van het benaderen van vrijwilligers, niet te vroeg, niet te laat, en herhaaldelijk, etc.
- Juiste toonzetting van de werving, formuleer een concrete hulpvraag, benadruk de voordelen voor de vrijwilliger, etc.
- Aansluiting van het vrijwilligerswerk en de vrijwilliger, biedt professionele ondersteuning, maak heldere afspraken over taken en juridische of persoonlijke grenzen, etc.
- Stimuleer maatschappelijk debat, de relatief onbekende derde levensfase komt met de vraag naar invulling ervan. Stimuleer het denken over de manier waarop deze levensfase op een maatschappelijk betrokken manier ingevuld kan worden.



Achtergronden bij motieven van oudere vrijwilligers

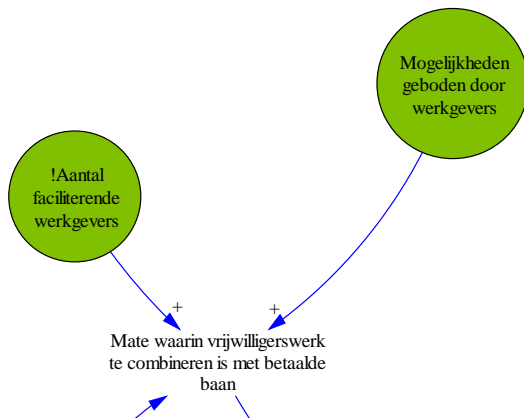
Achtergrond: Nieuwe generatie ouderen - andere houding maatschappelijk inzet

De inzet van vrijwilligers is volgens het SCP-rapport *Wisseling van de wacht* sinds 2006 aan het dalen. In hetzelfde rapport van het SCP uit 2010 wordt gewezen op de veranderende houding ten aanzien van de taak van de overheid: '45-plussers vinden zorg ook meer een taak voor de overheid'. Ten aanzien van het verlenen van mantelzorg is de bereidheid weliswaar groot (maar wel: hoe korter de duur, hoe groter de bereidheid), maar voor de oudere mantelzorger wordt de drempel hoger (eigen bezigheden, gezondheidsproblemen, afstand). Dit zou ertoe kunnen leiden dat de vraag naar mantelzorg in de toekomst minder vanzelfsprekend wordt ingevuld dan nu het geval is.

Achtergrond: Hogere SES - meer vrijwilligerswerk

Uit gegevens van het CBS (Vrijwillige Inzet 2010, CBS, 2011) komt naar voren dat er een sterk positief verband bestaat tussen opleidingsniveau en sociaal-economische status en inzet als vrijwilliger (gecorrigeerd voor leeftijd en geslacht). Ook is er een negatief verband aangetoond tussen inkomen en gezondheid: mensen met lage inkomens hebben een lagere levensverwachting en hebben gemiddeld een slechtere gezondheid (Gezondheid en determinanten, RIVM, 2010). Dit kan een factor zijn die een tweedeling kan veroorzaken: gezonde, welgestelde, ouderen doen vrijwilligerswerk (waardoor zij langer vitaal blijven), terwijl personen met een lagere SES een slechtere gezondheid hebben en (deels mede als gevolg daarvan) minder vrijwilligerswerk doen.

Faciliteren van de vrijwilliger via werkgevers



Het uitoefenen van druk op mensen om hen te bewegen zich in te zetten als vrijwilliger, past niet goed bij het karakter van het vrijwilligerswerk. Het faciliteren, ofwel het gemakkelijker maken om vrijwilligerswerk in het leven in te passen, past beter. Hierbij moet gedacht worden aan mogelijkheden die werkgevers kunnen bieden om een betaalde baan te combineren met vrijwilligerswerk, of aan mogelijkheden om voor het bereiken van de AOW-leeftijd minder te gaan werken. CAO-afspraken over bedrijfsspecifieke (pre-) pensioen- en verlofregelingen kunnen hierin ondersteunen. Ook heeft de door de overheid vastgestelde pensioengerechtigde leeftijd een belangrijke invloed op het langer doorwerken van ouderen, en daarmee op de beschikbare tijd voor vrijwilligerswerk in de zorg.

Achtergrond: Vrijwilligerswerk via werkgevers

De ING heeft eind 2011 een enquête uitgevoerd onder werkenden naar de animo om vrijwilligerswerk te doen. De conclusie uit de gegevens was dat 'een op de drie werkende Nederlanders momenteel weleens vrijwilligerswerk doet. De animo daarvoor zou fors stijgen wanneer bedrijven dit zouden faciliteren. Circa een derde van degenen die nu geen vrijwilligerswerk doen zou dit wel doen als de werkgever hiertoe mogelijkheden zou bieden. Daarmee zou de belangrijkste reden om ervan af te zien - tijdgebrek - worden weggelaten. Daarnaast zou de werkgever een aantal vrijwilligersprojecten moeten bieden waaruit werknemers kunnen kiezen.' Het faciliteren van vrijwilligerswerk wordt gezien als een invulling van het maatschappelijk verantwoord ondernemen. Naast het feit dat burgers hun maatschappelijke betrokkenheid kunnen tonen, kunnen bedrijven dat ook.

Achtergrond: Arbeidsparticipatie van 50-plussers

De arbeidsparticipatie van Nederlanders en met name die van 50-plussers is aan een opmars bezig. Uit gegevens van het CBS blijkt dat met name vrouwen boven de 50 meer dan voorheen werken: een toename van circa 15% tussen 2001 en 2009. Circa 3,3 miljoen vrouwen hadden in 2011 een baan van twaalf uur per week of meer: 460.000 meer dan in 2002. Het CBS verwacht dat deze stijging zich zal voortzetten. Ook bij mannen is er een toename te zien: ruim 5% in dezelfde periode. Omdat vrouwen (boven de 50) nu een groot deel (de helft van de vrijwilligers is ouder dan 50, 80% is vrouw) van de informele zorg verlenen, is de ontwikkeling van de arbeidsparticipatie een belangrijke factor om in de toekomst rekening mee te houden. Ook het SCP (2007) wijst ook op het mogelijk dalen van het aantal uren dat de vrijwilliger gaat besteden: 'het valt daarom te verwachten dat een stijgende arbeidsdeelname gepaard gaat met een dalende intensiteit van de hulp'.

Achtergrond: Minder tijd, meer vrijwilligerswerk

Vrijwilligers moeten natuurlijk tijd beschikbaar hebben om vrijwilligerswerk te doen. Dit betekent niet dat meer tijd automatisch tot meer vrijwilligerswerk leidt. Het blijkt dat de meeste uren per week aan vrijwilligerswerk wordt besteed door mensen die een betaalde baan hebben van ongeveer 24 uur.

4. Het professionaliseren van vrijwilligerswerk in zorg en ondersteuning

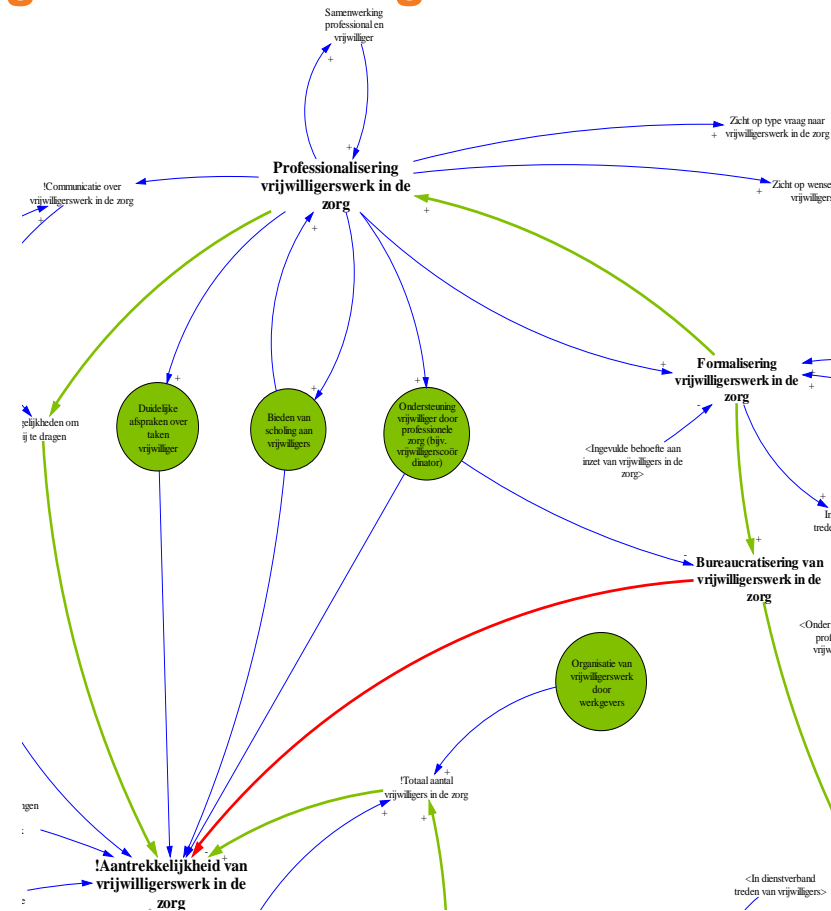
De aantrekkelijkheid van het vrijwilligerswerk in de zorg kan worden vergroot door het (verder) professionaliseren ervan. Professionalisering van het vrijwilligerswerk in de zorg kent verschillende mogelijkheden:

- Samenwerking tussen professional en vrijwilliger. Dit draagt bij aan betere inzet van de vrijwilliger en het formaliseren van het vrijwilligerswerk. Hierdoor krijgt de vrijwilliger een duidelijker plek in de organisatie;
- Duidelijke afspraken over juridische en persoonlijke grenzen. Vrijwilligers stellen hier enorm prijs op. Er worden vaak meer juridische grenzen ervaren, dan er daadwerkelijk zijn;
- Scholing van vrijwilligers wat ten goede komt aan de effectiviteit van de inzet van vrijwilligers. Belangrijk is om dit goed af te stemmen met de vrijwilliger zelf; niet alle (potentiële) vrijwilligers wordt aangetrokken door scholing;
- Ondersteuning van de vrijwilliger door de professional die bijvoorbeeld op gezette tijden de koppeling tussen vraag en aanbod checkt (voortdurende afstemming), of het mogelijk maakt dat ondersteuning tijdens vakantie van de vrijwilliger ook doorgang krijgt.

De vrijwilligerscoördinator speelt in bovenstaande punten een belangrijke rol: deze persoon vormt de schakel tussen een (groep) vrijwilligers en de professionele organisatie. Deze spilfunctie moet goed worden ingevuld. Een neveneffect is dat professionalisering kan ontaarden in bureaucratiesing. Voor vrijwilligers kan dat betekenen dat zij met verplichtingen en taken worden geconfronteerd die moeilijk te verenigen zijn met de motieven om aan het vrijwilligerswerk te beginnen.

Het aantrekken (en het scholen) van vrijwilligers in de zorg, gecombineerd met een arbeidstekort in de zorg, heeft als risico dat het vrijwilligerswerk geformaliseerd wordt. Hiermee wordt bedoeld dat het werk dat eerst vrijwillig wordt gedaan, toch op een reguliere manier, binnen de zorgverzekeringswet, AWBZ of Wmo, gefinancierd wordt.

Een ander risico is het bureaucratiesing van het vrijwilligerswerk. Bijvoorbeeld als vrijwilligers moeten registreren welke tijd zij waaraan hebben besteed. Een deel van de vrijwilligers zal het vrijwilligerswerk op deze manier onaantrekkelijker vinden.



	Aantal vrijwilligers	Match vrijwilliger en taak	Behouden		Aantrekken	
			Groot of klein effect	Direct of indirect effect	Groot of klein effect	Direct of indirect effect
Beïnvloedbare maatregelen						
Professionalisering : Afspraken over juridische en persoonlijke grenzen	+	o	klein	direct	klein	indirect
Professionalisering: Bieden van scholing aan vrijwilligers	+/-	+	klein	direct	klein	indirect
Professionalisering: Voortdurende afstemming	+	+	groot	direct	klein	indirect

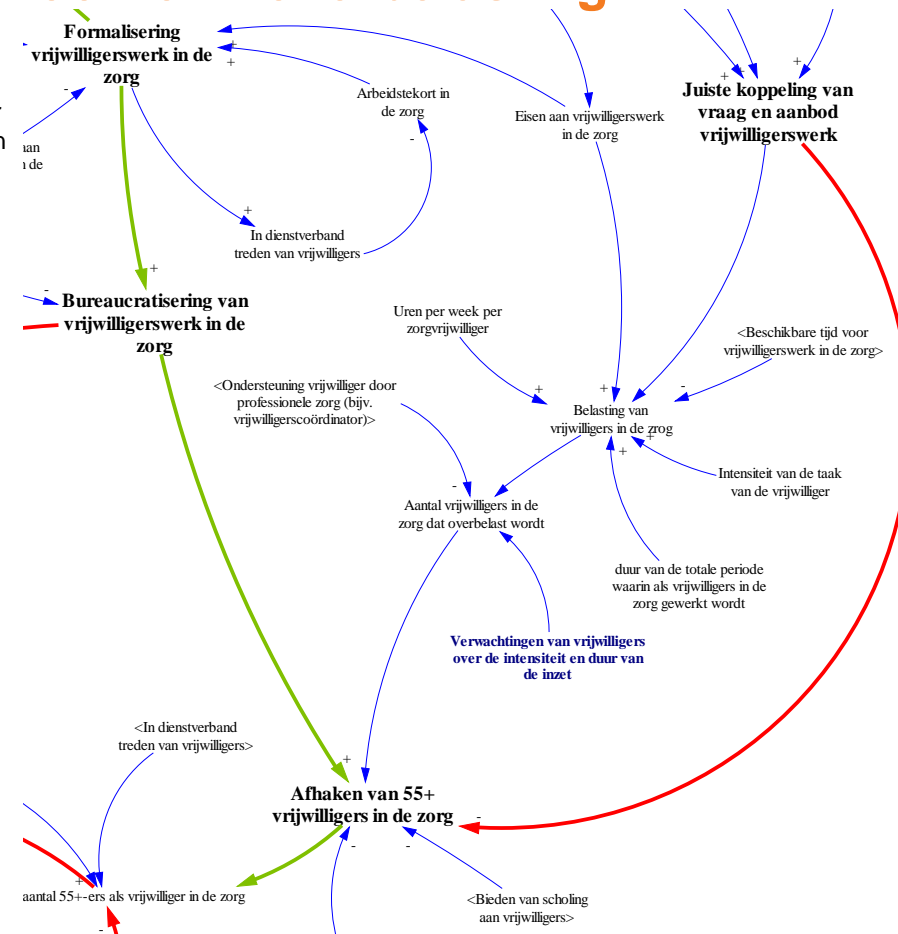
Juiste koppeling werk-vrijwilliger voorkomt overbelasting

Naast het aantrekkelijk maken van het vrijwilligerswerk in de zorg, is het van belang om mensen die er eenmaal werken, te behouden en oog te hebben voor de belasting van de vrijwilligers in de zorg. Onder andere door het juist koppelen van vraag en aanbod van het vrijwilligerswerk dat 55-plussers kunnen leveren, waarbij opgemerkt moet worden dat dit bij voorkeur niet eenmalig is, en dat de voorkeuren en flexibiliteit van vrijwilligers zelf, afgestemd op de vraag (en niet de vrijwilligersorganisaties) leidend zijn.

Dit levert een hogere motivatie op van de vrijwilliger voor het werk dat moet worden gedaan. Een risico levert de uitbreiding van taken van vrijwilligers in de zorg op, waardoor er andere (meer) eisen worden gesteld aan het vrijwilligerswerk in de zorg. Dan wordt de werkdruk voor een gelijkblijvend (of dalend!) aantal vrijwilligers hoger en kan het afhaken een steeds grotere factor worden. Dit heeft een zelfversterkend effect: steeds meer werk dat door een kleinere groep vrijwilligers geklaard moet worden, waardoor steeds meer vrijwilligers mogelijk afhaken.

Daarnaast moet een aantal meer 'technische' zaken in ogenschouw genomen worden, zoals het maken van een match op basis van het aantal uur dat de vrijwilliger per week wordt ingezet, gezien de tijd die de vrijwilliger per week beschikbaar heeft, maar ook de intensiteit van de vrijwilligerstaak, en de duur waarvoor de vrijwilliger wordt ingezet. Dit uiteindelijk met het doel om het afhaken van 55-plussers in het vrijwilligerswerk in de zorg te voorkomen en uitstroom te verlagen.

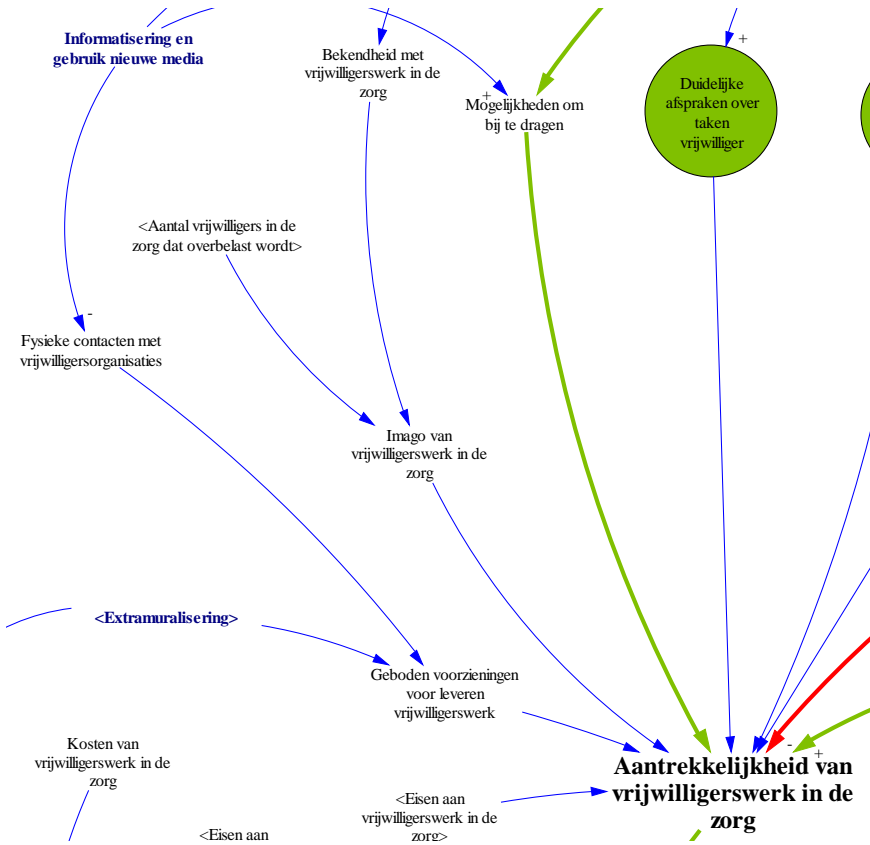
De vrijwilligerscoördinator, over wie ook in de voorgaande sheet wordt gesproken, vervult ook op deze punten een belangrijke rol.



Achtergrond: Meer eisen aan de vrijwilligerscoördinator

Vilans en Movisie hebben in 'Binden vanuit de Basis (2011)' uiteengezet welke instrumenten kunnen worden ingezet om de vrijwilliger te binden en te ondersteunen. Er wordt uitgebreid ingegaan op de rol van de coördinator. Deze is belangrijk en wordt steeds belangrijker. De taak is onder invloed van bezuinigingen in de zorg in de afgelopen jaren verzwaaard. Men is meer tijd kwijt aan coördinatie van (geleide) vrijwilligers, aan het werven van nieuwe vrijwilligers en aan overleg en coördinatie met externen. Voor het 'vinden en binden van vrijwilligers' wordt gepleit voor het meer differentiëren van taken naar de kennis en vaardigheden van vrijwilligers. Er wordt gesproken over 'ondernemend werken', dat ook eisen stelt aan de organisatie zelf: een op het individu van de vrijwilliger gerichte aandacht. Ten slotte wordt er vastgesteld dat een vrijwilligersraad vaak ontbreekt, terwijl die een belangrijke rol kan vervullen in het leggen van de verbinding tussen de professionele organisatie en de vrijwilligers.

Versterk het imago van het vrijwilligerswerk in de zorg



Gezien het feit dat 55-plussers de tijd die 'over' is kunnen besteden aan vrijwilligerswerk (vrijwilligerswerk binnen of buiten de zorg), is het van belang dat het vrijwilligerswerk in de zorg een goed imago heeft om vrijwilligers aan te trekken. Het bekend zijn, of nog meer raken, van vrijwilligerswerk in de zorg levert hier een positieve bijdrage aan. Het voeren van het maatschappelijke debat hierover (Penninx, 2010) kan dit invullen.

Als vrijwilligers in de zorg overbelast worden, dan werkt dit negatief in op het imago van het vrijwilligerswerk in de zorg. 55-plussers zullen dan uit eigen ervaring mensen niet aanraden om voor vrijwilligerswerk in de zorg te kiezen. En mond-op-mondreclame via netwerken met soortgelijken werkt sterk. Een niet uit te vlakken invloed heeft de aantrekkelijkheid van ander vrijwilligerswerk.

Nieuwe media kan de bekendheid van het vrijwilligerswerk in de media ondersteunen, waardoor de aantrekkelijkheid van de vrijwilligerswerk in de zorg kan worden vergroot. Denk hierbij aan manieren om op afstand ondersteuning te bieden, waardoor een vrijwilliger minder aan tijd en plaats gebonden hoeft te zijn. Vrijwilligers hoeven dan ook niet per se meer op locatie van de vrijwilligersorganisatie te verschijnen. Hierdoor kan het potentieel onder vitale 55-plussers verder worden aangeboord.

Achtergrond: Het imago van de zorg als sector

Het imago van de zorg als sector om in te werken wordt geregeld onderzocht. Het is aannemelijk dat het imago van de formele zorgsector gelijkenissen vertoont met het imago van de informele zorgsector. Uit een enquête uit 2009 (ADV Market Research (ADV), komt naar voren dat het werken in de zorg als positief wordt ervaren, maar dat er ook een aantal negatieve aspecten aan kleeft. Met name de werkdruk en de werktijden werden als negatieve punten genoemd. Uit een onderzoek in opdracht van Regioplus in 2011 kwam naar voren dat 55% van de Nederlanders niet in de zorg wil werken vanwege de hoge werkdruk. Gezien de prognoses van circa 75.000 extra benodigde werknemers in de Verpleging en Verzorging (Zorgen voor morgen, SCP, 2010), is dit een belangrijk cijfer. Nu is werken in de zorg iets anders dan vrijwilligerswerk, maar een vrijwilliger gaat (onder andere) af op het imago dat in het verleden is opgebouwd. Het verbeteren van het imago lijkt ons dan ook een belangrijke 'knop' in het model, waarbij op zoek gegaan moet worden hoe aan deze knop effectief 'gedraaid' kan worden.

Achtergronden bij professionalisering

Achtergrond: Samenwerking tussen vrijwilligers en beroepskrachten

Het Verwey-Jonker instituut heeft in 2006 onderzoek gedaan naar de samenwerking tussen vrijwilligers en beroepskrachten bij maatschappelijke ondersteuning (Verwey-Jonker instituut/NIZW, 2006). Er werd ingegaan op de vraag naar de gevolgen van een aantal trends, waaronder de vermaatschappelijking, voor de samenwerking tussen professionals en vrijwilligers. Het meest in het oog springt de waarschuwing dat de overheid 'irreële verwachtingen' heeft van het groeipotentieel van het aantal vrijwilligers. Daarnaast dreigt er volgens dat onderzoek 'wrijving met beroepskrachten door onduidelijkheid over taakverdeling of overspannen verwachtingen van de mogelijkheden van vrijwilligers'. Er worden te hoge eisen gesteld aan vrijwilligers en vrijwilligersorganisaties door de 'gedwongen professionalisering'.

Er is ook onderzocht aan welke voorwaarden succesvolle samenwerking moet voldoen. Voor de hand liggend is dat er een goede match moet zijn met de uit te voeren taak. Daarnaast is het belangrijk om de 'eigenheid' van vrijwilligerswerk te 'benoemen, benutten en beschermen', onder andere door geen betaald werk naar vrijwilligerswerk te verschuiven.

De optimale samenwerking kan worden gevonden door helder te maken dat de professionals 'staan voor de continuïteit en kwaliteit van de zorg en ondersteuning van de meest kwetsbare en niet-zelfredzame burgers'. Vrijwilligers spelen hierin wel een belangrijke rol, maar ondersteunen hier vooral in. Voorts is de waardering en facilitering van vrijwilligers belangrijk.

Achtergrond: De praktijk van vrijwilligers in de zorg

Uit een onderzoek in het kader van het project 'Zorg beter met Vrijwilligers' (Vilans, 2011) komt naar voren dat de zorg steeds meer op de vrijwilliger leunt. Speciale aandacht gaat uit naar de grenzen aan het vrijwilligerswerk, met name juridisch. Er wordt geconcludeerd dat er geen (...) 'beperkingen aan het vrijwilligerswerk zijn, zorgorganisaties bepalen zelf de grenzen'. Voorts is door de invoering van de zzp's veel veranderd voor de zorg en de cliënt. Volgens Vilans (2011) verandert de vraag aan vrijwilligers mede, omdat de zorgvragen van cliënten complexer worden. Dat betekent dat vrijwilligers dus ook te maken krijgen met dit soort complexere hulpvragen. Dat stelt hogere eisen aan hun vaardigheden, ook in het ondersteunen van beroepskrachten door simpeler werk van hen over te nemen. 'Hierdoor hebben de beroepskrachten meer tijd voor het uitvoeren van hun zorgtaken. In deze situatie verwachten beroepskrachten dat vrijwilligers snel in staat zijn zelfstandig werkzaamheden uit te voeren. Zij hebben niet veel tijd om vrijwilligers in te werken. De vrijwilligers zijn er ten slotte om hen te ondersteunen en niet omgekeerd.'

Achtergrond: Trend is daling in vrijwilligerswerkdeelname

Onderzoek van het SCP (2005, 2007) wijst steeds meer op de effecten van veranderingen in de samenleving op de organisatie (context en coördinatie) van het vrijwilligerswerk.

Uit gegevens van het CBS (Vrijwillige inzet 2010, 2011) blijkt dat het aantal vrijwilligers dat 'altijd' plezier in het vrijwilligerswerk (niet zorgspecifiek) heeft, is gedaald. Mogelijk is dit een registratie-effect, zo betoogt het CBS, maar het past wel in het beeld dat de populatie vrijwilligers aan het veranderen is. Uit onderzoek van Verweij-Jonker instituut (Hoe stevig is het cement, 2006) komt naar voren dat 70% van de vrijwilligers en coördinatoren vindt dat het werk wordt ondergewaardeerd. Daarnaast vindt ongeveer de helft dat het vrijwilligerswerk in de afgelopen jaren zwaarder is geworden. Een ronduit zorgelijk signaal is dat ruim 40% denkt dat er in de toekomst minder vrijwilligers zullen zijn. Het is aannemelijk dat deze algemeen gesignaleerde trend ook onder vitale 55-plussers geldt.

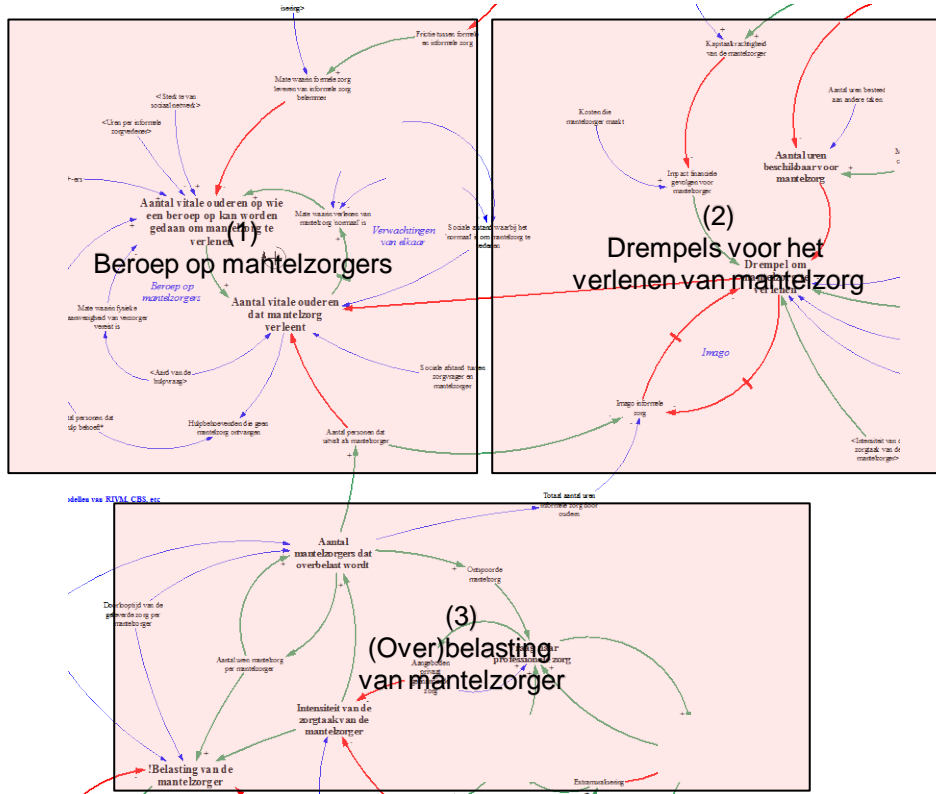
Mantelzorg

Professionele ondersteuning gevraagd



De relevante onderwerpen voor mantelzorg

Het verlenen van mantelzorg is, samen met vrijwilligerswerk in de zorg, een van de manieren waarop vitale ouderen een bijdrage kunnen leveren aan de houdbaarheid van de zorg, omdat de behoefte aan zorg door (andere) ouderen zal afnemen. In het hoofdlijnenmodel is dit mechanisme uitgewerkt. Daarin is de invloed van het verlenen van vrijwilligerswerk of mantelzorg op de eigen vitaliteit van de oudere niet met een eenduidige richting aangegeven (blauwe pijl, zie hieronder). Dit vindt zijn achtergrond in aspecten die met name met de mantelzorg te maken hebben. Het verlenen van mantelzorg kan een aanzienlijke belasting voor de mantelzorgers betekenen. De vitaliteit van mantelzorgers met een intensieve zorgtaak staat onder druk. Niet alleen kan het leveren van mantelzorg leiden tot fysieke of psychische klachten, veel mantelzorgers zien hun sociaal netwerk verzwakken. Met name bij zorg voor een dementerende partner blijft er voor de mantelzorgers weinig tijd over voor eigen sociale activiteiten. Hierdoor wordt deelname aan vrijwilligerswerk door de mantelzorgers wellicht minder vanzelfsprekend en komt mogelijk de zelfredzaamheid van de mantelzorgers in gevaar.

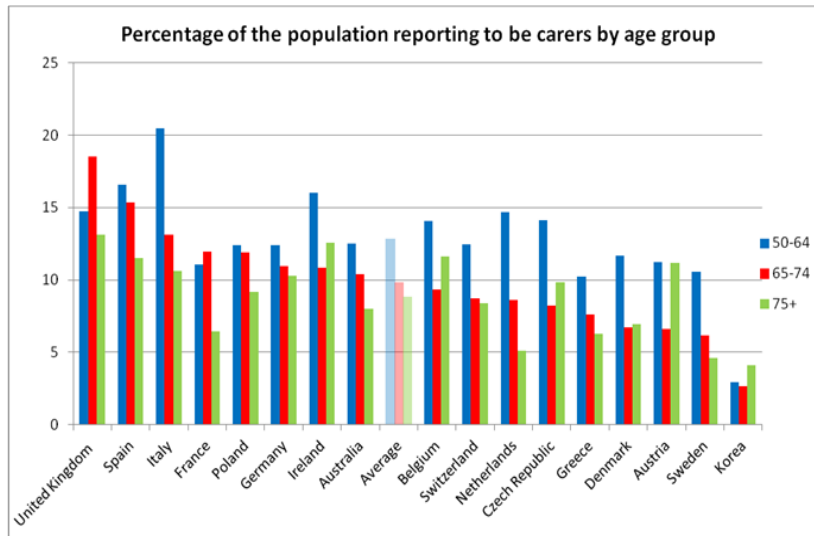


Het deelmodel mantelzorg kent - mede in dat licht - een drietal deelonderwerpen, die ieder hun invloed hebben op het centrale aspect van mantelzorg in relatie tot de houdbaarheid, te weten het aantal vitale ouderen dat mantelzorg verleent.

De relevante deelonderwerpen hebben betrekking op de mate waarin een beroep wordt gedaan op mantelzorgers (1) (de vraag naar mantelzorg, die het 'aanbod' kan aanzwengelen), de randvoorwaarden voor en drempels om mantelzorg te (gaan) verlenen (2) die - als de drempels te hoog zijn of randvoorwaarden niet worden ingevuld - een remmend effect kunnen hebben op het aantal mantelzorgers, evenals de overbelasting van mantelzorgers (3). Rond dit laatste onderwerp speelt de facilitering van de mantelzorgers een cruciale rol. Op deze drie deelonderwerpen gaan wij hierna in.

Achtergrond: 3,5 miljoen mantelzorgers en maatschappelijke trends

In 2008 waren er volgens het SCP (Mantelzorg uit de doeken, 2010) circa 3,5 miljoen mantelzorgers - een kwart van alle volwassenen. Er is echter geen betrouwbare registratie, waardoor dit cijfer wellicht een onderschatting is.



Als we kijken naar het percentage van de populatie dat mantelzorg verleent in verschillende leeftijdscategorieën en de vergelijking maken met andere landen, blijkt dat in Nederland relatief veel personen van 50 tot en met 64 jaar mantelzorg verlenen. Het percentage 65-plussers dat mantelzorg verleent ligt in Nederland echter lager dan in andere landen (zie figuur hiernaast, bron: "Help Wanted?", OECD, 2011). Gezien het grote verschil tussen 50- tot 64-jarigen en 65- tot 74 jarigen, lijkt er vooral in de laatste leeftijdsgroep potentieel te zitten.

Er zijn maatschappelijke trends die ertoe kunnen leiden dat er in de periode 2020 - 2030 juist minder personen beschikbaar zijn als mantelzorger, terwijl er juist meer chronisch zieken (onder andere door toename van dementie) zullen zijn:

- Groeiende arbeidsparticipatie van vrouwen. Omdat veel van de mantelzorg door juist deze groep wordt geleverd, is het effect op het aanbod van mantelzorg tamelijk groot (zie ook 'drempels voor het verlenen van mantelzorg').
- Een veranderende houding en andere mogelijkheden ten aanzien van het verlenen van mantelzorg in de komende generatie (SCP 2010, 'Wisseling van de wacht: generaties in Nederland').
- Individualisering, complexere gezinsverbanden en -samenstellingen, grotere fysieke afstand tot gezinsleden.

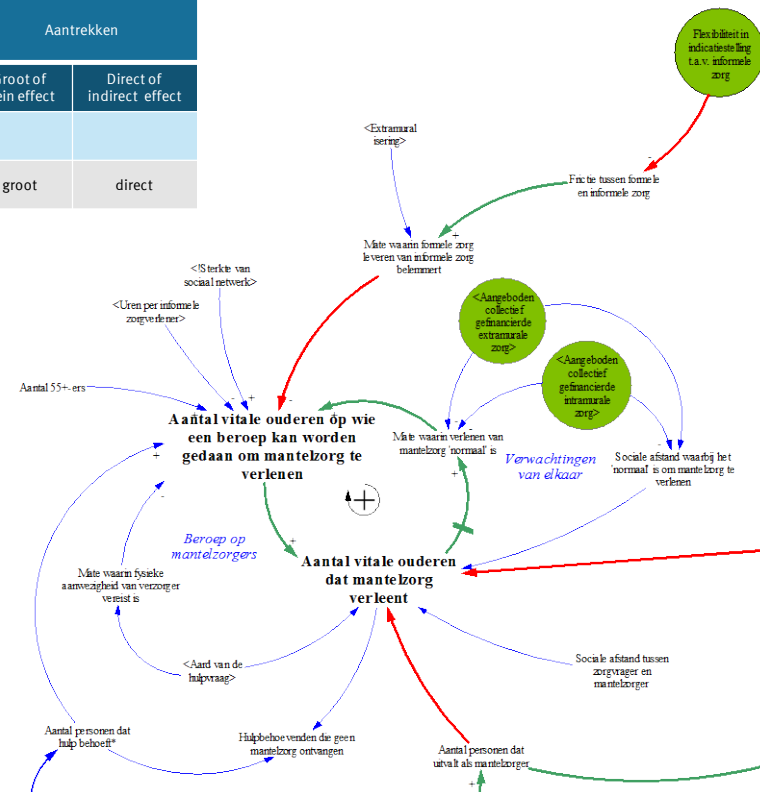
Toelichting op effectentabellen voor 'mantelzorg'

In onderstaande tabel is het te verwachten effect van de maatregel 'Het vergroten van de flexibiliteit in de indicatiestelling ten aanzien van informele zorg' schematisch weergegeven. Dit is gedaan voor een van de met groen ingekleurde bollen in het schema op voorgaande sheet, die op deze sheet in het klein ook is weergegeven. De overige twee bollen staan in de volgende sheets nader toegelicht. De bijbehorende effectentabellen staan ook op die sheets. De schema's op verdere sheets in dit hoofdstuk laten zich op eenzelfde manier lezen.

Voor de maatregel 'Het vergroten van de flexibiliteit in de indicatiestelling ten aanzien van de informele zorg', is het de verwachting dat het een positief effect heeft op de mate waarin mantelzorg wordt verleend en op de match tussen de zorg en ondersteuning die de mantelzorger kan en wil leveren en de gevraagde zorg en ondersteuning. Door een flexibele indicatiestelling blijft een mantelzorger zoveel mogelijk de taken doen die hij of zij al uitvoert en worden taken die te zwaar voor de mantelzorger zijn, binnen collectief gefinancierde zorg opgenomen.

Deze verandering in indicatiestelling levert naar verwachting een direct effect op, want dit is min of meer direct gerelateerd aan het 'Aantal vitale ouderen op wie een beroep kan worden gedaan om mantelzorg te verlenen'. Het te verwachten effect is groot. Dit is een maatregel waarin de mantelzorger als het ware gefaciliteerd wordt, wat geldt voor het behouden en het aantrekken van mantelzorgers.

	Mate van mantelzorg-verlening	Match mantelzorger en zorgtaak	Behouden		Aantrekken	
			Groot of klein effect	Direct of indirect effect	Groot of klein effect	Direct of indirect effect
Beïnvloedbare maatregelen						
Flexibiliteit in indicatiestelling t.a.v. informele zorg	+	+	groot	direct	groot	direct



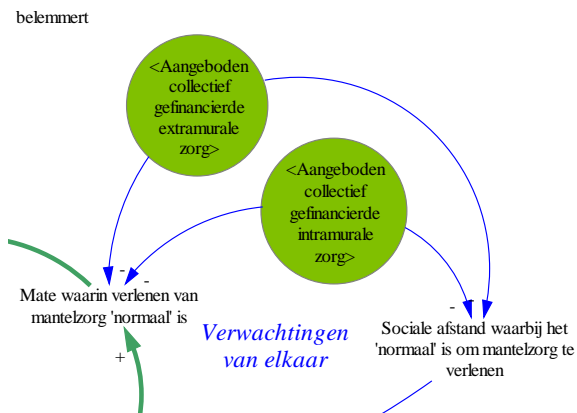
Verwachtingen van elkaar

Verwachtingen van de mate waarin mensen een beroep doen op elkaar

Hoewel er weinig mogelijkheden zijn om de motieven van mantelzorgers te beïnvloeden, kan wel ingespeeld worden op verwachtingen van de mate waarin mensen een beroep op elkaar doen. Als het in de maatschappij 'normaal' is om mantelzorg te verlenen, ook aan mensen waarbij de sociale afstand wat groter is, zal eerder een beroep op een mantelzorger worden gedaan en zal een hulpvraag eerder ingevuld worden door een mantelzorger.

Verwachtingen zijn beïnvloedbaar door middel van het verruimen of beperken van de toegang tot collectief gefinancierde zorg

Via de toegang tot collectief gefinancierde zorg kan ingespeeld worden op de mate waarin het verlenen van mantelzorg 'normaal' is: als het voor een zorgvrager moeilijker wordt om een indicatie te krijgen, zal de behoefte aan zorg en ondersteuning eerder ingevuld worden door een mantelzorger. De verblijfsituatie van de zorgvrager is belangrijk; bij intramuraal verblijf is de vraag naar mantelzorg anders van aard en omvang dan bij een verblijf thuis.



Regionale verschillen

Per regio zijn er verschillen te verwachten in de werking van bovenstaande mechanismen: in krimpgebieden en op het platteland zijn geografische afstanden tussen mensen en tot voorzieningen groter. Daarentegen is er op het platteland vaak een sterker sociaal netwerk onder buurt- of dorpsbewoners en bestaan andere verwachtingen ten aanzien van 'zorgen voor elkaar' dan in stedelijk gebied (zoals het 'Noaberschap' in Drenthe).

Achtergrond: Motieven van mantelzorgers

In het SCP-rapport 'Mantelzorg' (2007) wordt ingegaan op de motieven van mantelzorgers. Zoals te verwachten valt, komen de meeste motieven voor de mantelzorger van binnenuit. Het gaat om het belangeloos verlenen van zorg aan iemand waarmee een nauwe relatie bestaat. Genoemde redenen voor het verlenen van mantelzorg zijn 'vanzelfsprekend' (84%), 'liefde en genegenheid' (78%), 'vriendschap' (70%) en 'de plicht tot helpen' (67%). Het voorkomen van een eventuele opname in een verpleeg- of verzorgingstehuis speelt ook een rol, maar deze is ondergeschikt aan de andere motieven.

De mate waarin verschillende motieven genoemd worden, verschilt per relatie tussen de zorgvrager en de -ontvanger: bij partners gaat het meer om 'liefde en genegenheid', bij ouders en schoonouders wordt vooral de plicht genoemd en bij vrienden of kennissen staat de goede relatie met de ontvanger van zorg voorop.

De intrinsieke motieven van mantelzorgers maken dat deze nauwelijks te beïnvloeden zijn: daarom gaan wij ervan uit dat wanneer het ook maar enigszins fysiek mogelijk is, mensen mantelzorg gaan verlenen wanneer er een beroep op hen wordt gedaan. Juist die fysieke mogelijkheden komen onder druk te staan, bijvoorbeeld door toename van de geografische afstand en toenemende individualisering.

	Mate van mantelzorg-verlening	Match mantelzorger en zorgtaak	Behouden		Aantrekken	
			Groot of klein effect	Direct of indirect effect	Groot of klein effect	Direct of indirect effect
Beïnvloedbare maatregelen						
Aangeboden collectief gefinancierde intramurale zorg	-	-	groot	indirect	groot	indirect
Aangeboden collectief gefinancierde extramurale zorg	+/-	+	groot	indirect	groot	indirect

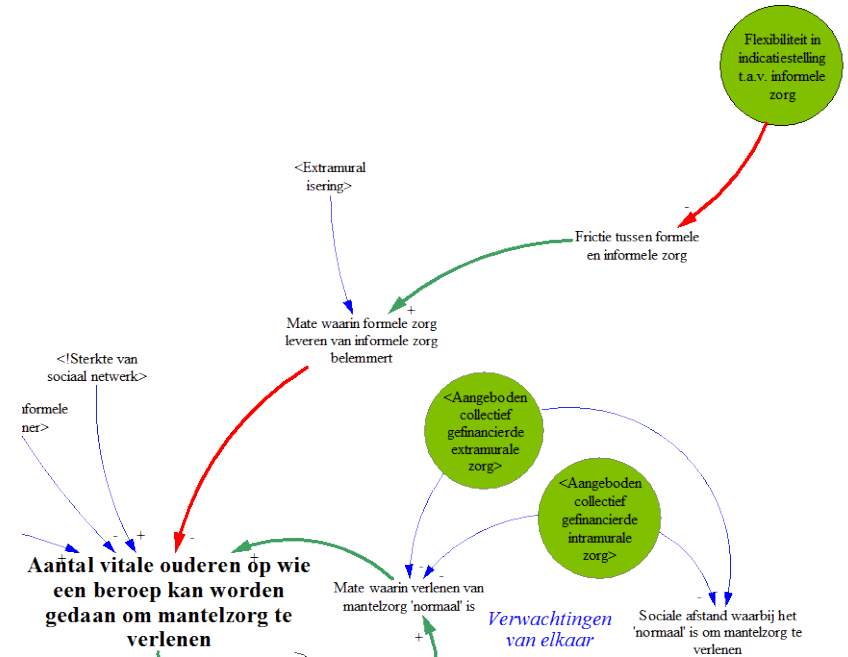
Aansluiting van formele zorg op mantelzorg en de rol van indicatiestelling

De aansluiting van formele zorg op mantelzorg

Het komt voor dat een zorgvrager graag een beroep zou willen doen op een mantelzorger, die de zorg en/of ondersteuning ook graag wil leveren, maar dat er vanuit de formele zorg belemmeringen zijn die dat niet mogelijk maken. Soms wil een mantelzorger bijvoorbeeld liever zelf zorgtaken uitvoeren, maar ontvangt ter ondersteuning graag hulp in het huishouden. De huidige indicatiestelling is echter vooral gericht op het invullen van de zorgbehoefte en minder op het invullen van ondersteunende taken. Een andere belemmering is dat in een intramurale setting het veelal niet gebruikelijk is dat een mantelzorger zorgtaken uitvoert; de zorg wordt overgenomen door professionals.

Flexibilisering van de indicatiestelling kan het leveren van mantelzorg bevorderen

Door de bijdrage die de mantelzorger kan en wil leveren mee te nemen in de indicatiestelling en beter te luisteren naar de wensen van de mantelzorger, kan bevorderd worden dat de mantelzorger (langer) betrokken blijft en het aantal mantelzorgers op wie een beroep kan worden gedaan vergroot wordt. Dit kan bijvoorbeeld door het mogelijk te maken dat niet het leveren van verpleegzorg vergoed wordt, maar in plaats daarvan hulp in de huishouding, zodat de mantelzorger zelf de zorgtaken kan uitvoeren. Of door in de indicatiestelling van de zorgvrager ook de ondersteuning en begeleiding van de mantelzorger op te nemen (denk ook aan het wijzen op mogelijke ondersteuning door vrijwilligers).



	Mate van mantelzorgverlening	Match mantelzorger en zorgtaak	Behouden		Aantrekken	
			Groot of klein effect	Direct of indirect effect	Groot of klein effect	Direct of indirect effect
Beïnvloedbare maatregelen						
Flexibiliteit in indicatiestelling t.a.v. informele zorg	+	+	groot	direct	groot	direct

Professionele zorgorganisaties en indicatiestellers zullen zich anders moeten opstellen ten opzichte van mantelzorgers

Meer betrekken van mantelzorgers, beter kijken naar de taken die de mantelzorger nog wil en kan doen, meer mogelijkheden bieden om ook (huishoudelijke) ondersteuning aan te bieden in plaats van alleen zorgtaken: om de potentiële inzet van mantelzorgers beter te kunnen benutten, zullen professionele zorgorganisaties en indicatiestellers hun blik moeten verruimen ten aanzien van mantelzorgers.

2. Drempels voor het verlenen van mantelzorg

Factoren die het leveren van mantelzorg bemoeilijken

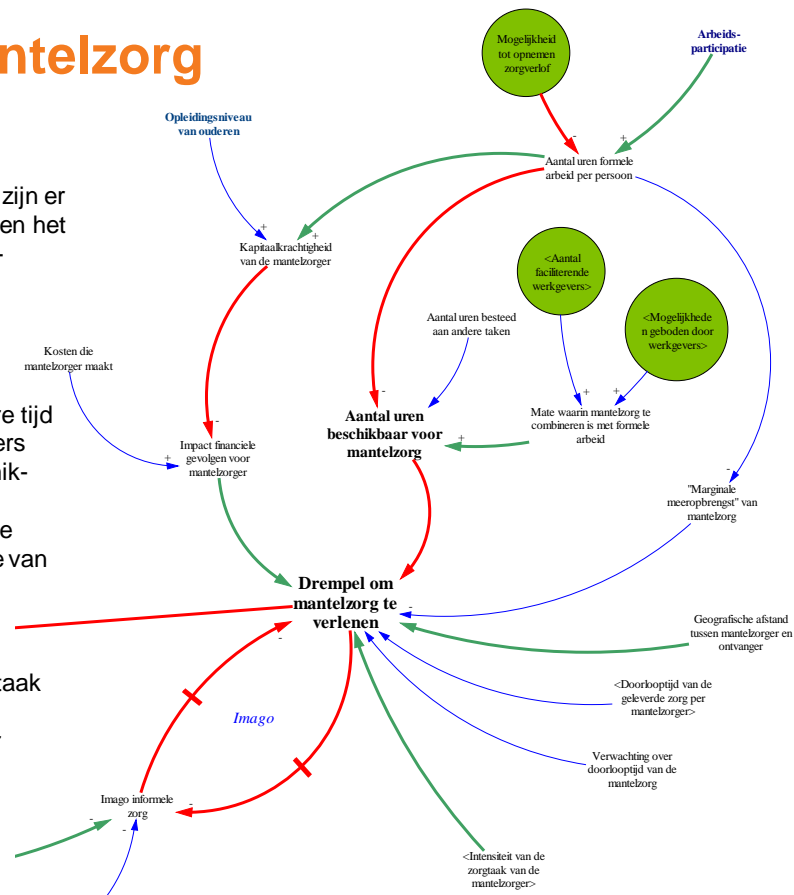
Hoewel het voor de meeste mensen geen keuze is om wel of geen mantelzorg te verlenen, zijn er wel factoren die van invloed zijn op welke taken de mantelzorger wel en niet op zich neemt en het aantal uren dat een mantelzorger (meer) gaat besteden of blijft besteden. Sommige mantelzorgers nemen de volledige zorg van de naaste op zich, anderen zorgen juist dat de professionele zorg voor de zorgvrager zo goed mogelijk geregeld wordt.

Aantal uren beschikbaar voor mantelzorg

Het aanbod van mantelzorg in uren geleverde zorg hangt af van de hoeveelheid beschikbare tijd van de mantelzorger. Wanneer deze persoon (nog) werkt, is de medewerking van werkgevers cruciaal. Via werkgevers zijn er dan ook beïnvloedbare maatregelen te nemen om de beschikbare tijd voor mantelzorg te vergroten. Hetzelfde geldt voor de wettelijke mogelijkheid om zorgverlof op te nemen voor de zorg van een zieke partner, ouder of kind. De tijd van oudere mantelzorgers staat onder druk van andere taken (naast de toenemende arbeidsparticipatie van 55-plussers), zoals de zorg voor (klein)kinderen, vrijwilligerswerk en sociale activiteiten.

De aard van de te leveren zorg

Daarnaast zijn er factoren die te maken hebben met de (emotionele) intensiteit van de zorgtaak en met de doorlooptijd van de mantelzorg die een drempel kunnen opwerpen. Zo worden bepaalde zorgtaken, bijvoorbeeld taken rondom fysieke verzorging, vanzelfsprekender door familie gedaan en niet door vrienden of kennissen.



	Mate van mantelzorg-verlening	Match mantelzorger en zorgtaak	Behouden		Aantrekken	
			Groot of klein effect	Direct of indirect effect	Groot of klein effect	Direct of indirect effect
Beïnvloedbare maatregelen						
Mogelijkheden tot opnemen zorgverlof	+	o	klein	indirect	klein	indirect
Aantal faciliterende werkgevers	+	o	groot	direct	klein	indirect
Mogelijkheden geboden door werkgevers	+	+	groot	direct	klein	indirect

Te maken kosten door mantelzorgers en het imago van mantelzorg

Kosten van het leveren van mantelzorg

De kosten die mantelzorgers maken zijn, naast feitelijke kosten, ook immateriële kosten zoals gemiste carrièremogelijkheden. Voor de mensen met een hogere SES, en dus een hoger inkomen, is dit een minder zware last dan voor de groepen met een lagere SES. Hieraan gerelateerd is de 'marginale meeropbrengst' van mantelzorg. Deze is groter als het aantal uren formele arbeid van de mantelzorger lager is.

Imago van mantelzorg

Wanneer mantelzorg wordt verleend door personen die niet tot de directe familiekring behoren, speelt het imago van mantelzorg een rol. Wanneer de drempel lager is om mantelzorg te verlenen, draagt dat bij aan een positief imago van de zorg, dat vervolgens (na een aanpassingstijd) weer zal leiden tot het verlagen van de drempel. Het imago wordt positief beïnvloed door het aantal uren dat ouderen mantelzorg verlenen; het verlenen van zorg is daardoor geen uitzondering maar eerder de 'normale' gang van zaken. Wanneer mantelzorgers (door bijvoorbeeld overbelasting) uitvallen, is dat slecht voor het imago van de informele zorg.

Achtergrond: Kosten voor mantelzorgers

Mantelzorgers maken kosten, die voor het overgrote deel niet vergoed worden. Uit gegevens van Mezzo en het SCP blijkt dat: 'ruim de helft van de mantelzorgers (56% in 2007) extra uitgaven heeft. 36% geeft een bedrag tot € 100,- per maand uit, 13% tussen de € 100,- en € 300,- en 7% meer dan € 300,-. Van de mensen die extra uitgaven hebben, heeft 17% financiële problemen. Slechts 10% van alle mantelzorgers die extra uitgaven doen, ontvangen daarvoor een vergoeding. Behalve de directe kosten, brengen mantelzorgers soms ook offers door het combineren van de zorgtaak met werk en met het eigen gezin'.

Achtergrond: Het opnemen van zorgverlof is mogelijk maar niet gebruikelijk

Om het combineren van betaald werk met zorgtaken mogelijk te maken, zijn in de Wet arbeid en zorg verschillende verlofregelingen opgenomen. Sinds 2001 is het wettelijk mogelijk om door middel van 'kortdurend zorgverlof' bij ziekte van een inwonend kind, een zieke partner of een zieke ouder verlof op te nemen tot maximaal tweemaal de arbeidsduur per week. In 2005 is daarnaast in de wet een recht op langdurend zorgverlof opgenomen. 'De werknemer heeft het recht om per jaar zes weken onbetaald verlof op te nemen voor de zorg voor een inwonend (pleeg)kind, de partner of een bloedverwant in de eerste graad met een levensbedreigende ziekte.'

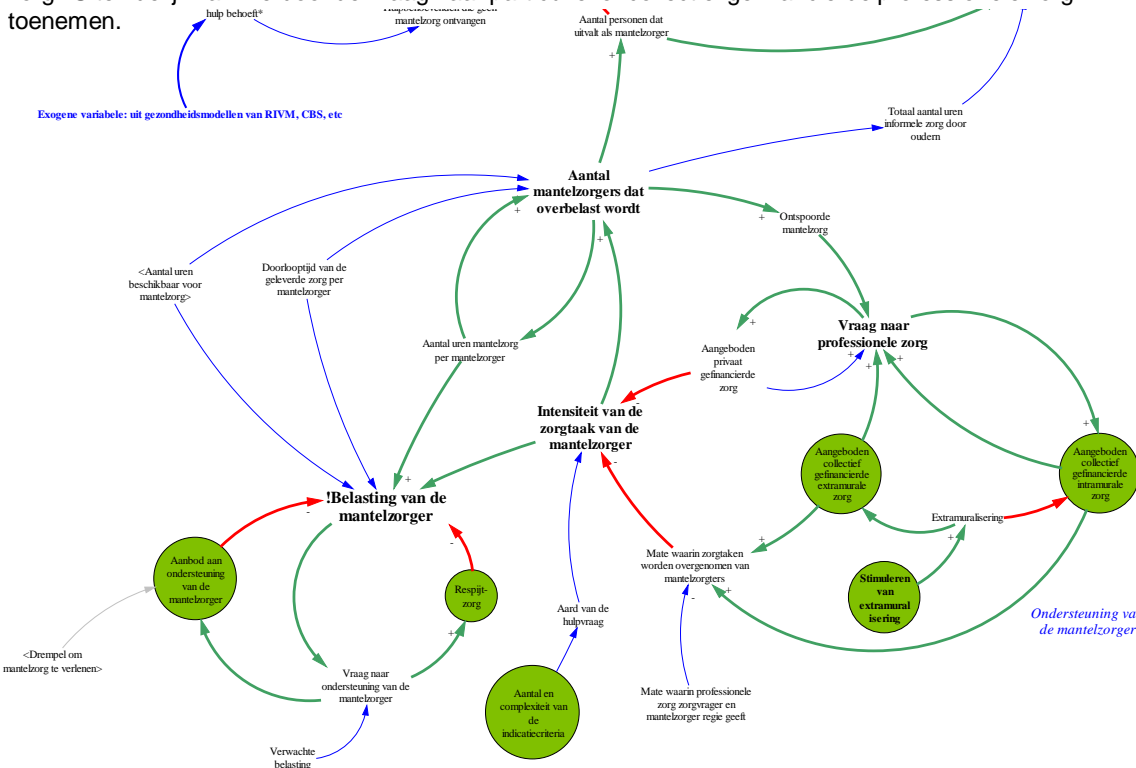
Uit onderzoek van het SCP (2011) naar het gebruik van (zorg)verlofregelingen blijkt dat het gebruik van verlofregelingen beperkt is. Van de werknemers met een onverwachte kortdurende zorgsituatie nam slechts 30,8% verlof op, maar meestal werd een adv- of vakantiedag opgenomen. Slecht 26% van de werknemers met een verlof maakte gebruik van het kortdurend zorgverlof. Bij langdurende zorgsituaties heeft maar 15,6% van de werknemers verlof opgenomen.

Het gebruik van zorgverlof is dus niet gebruikelijk. Liever probeert men individuele afspraken te maken met de werkgever, of privétijd voor de zorg vrij te maken door bijvoorbeeld huishoudelijke taken aan andere gezinsleden over te dragen. Al zegt 19,7% van de werknemers die geen gebruikmaakten van een verlofregeling, daar wel behoefte aan te hebben. 39% van deze mensen geeft als reden voor het niet-opnemen van het verlof aan dat het werk het niet toelaat of dat zij collega's niet willen belasten. Oudere werknemers nemen wel meer verlof op dan jongere. Dit komt waarschijnlijk doordat oudere werknemers meer personen in hun netwerk hebben die een beroep op hen kunnen doen vanwege een verminderde vitaliteit.

3. (Over)belasting van de mantelzorg

Van druk op mantelzorgers tot overbelasting tot ontspoorde mantelzorg

De belasting van de mantelzorgers komt voort uit de intensiteit van de zorgtaak, de doorlooptijd van de geleverde zorg en het aantal uren dat de mantelzorgers besteedt ten opzichte van het aantal uur dat deze persoon in kan zetten. Veel mantelzorgers raken hierdoor overbelast. Door veranderingen in de aard van de hulpvraag (bijvoorbeeld zwaardere dementie) neemt de intensiteit van de hulpvraag en daarmee de belasting van mantelzorgers toe. Dit kan ertoe leiden dat zij (tijdelijk) uitvallen als mantelzorgers, of dat ze niet de goede zorg meer kunnen leveren. In ernstige situaties kan dit zelfs leiden tot 'ontspoorde mantelzorg'. Uiteindelijk kan hierdoor de vraag naar particulier of collectief gefinancierde professionele zorg toenemen.



De invloed van de aard en complexiteit van indicatiecriteria

Als indicatiecriteria voor collectief gefinancierde zorg 'aangescherpt' worden, zal een groter beroep worden gedaan op de informele zorg en meer 'eisen' worden gesteld aan zorg die door mantelzorgers wordt geleverd. Dit verhoogt de intensiteit van de zorgtaak van de mantelzorgers en zorgt mogelijk voor een grotere (over)belasting.

Achtergrond: De gezondheid van mantelzorgers

In de ramingen van het SCP wordt aangetekend dat zowel de vragers als de ontvangers steeds ouder worden. Dat kan een risico zijn, omdat de gezondheid van de mantelzorgers daarmee 'dubbel' belast wordt: mantelzorgers vragen veel, terwijl de gezondheid van de oudere mantelzorgers onder druk staat.

Volgens het SCP (Bijzondere Mantelzorg, 2012) zijn 450.000 mantelzorgers overbelast. Van de mantelzorgers die voor langere tijd meer dan acht uur per week mantelzorg verlenen, ervaart meer dan de helft psychische problemen (SCP, 2003).

In 2004 concludeerde het SCP dat het zwaartepunt van de groep verleners van mantelzorg ligt bij de generatie van de vijftigers (de 'sandwichgeneratie'). Zij moeten hun aandacht verdelen tussen zorg voor hun ouders en zorg voor de kinderen.

Overbelasting brengt risico's mee voor de mantelzorgers en voor afnemers daarvan (Movisie, 2010). Uit onderzoek blijkt dat enerzijds overbelasting schadelijk is voor de mantelzorgers zelf, anderzijds kan het leiden tot ontspoorde zorg. Dat houdt in dat niet de goede zorg wordt geboden en dat zorg kan onttaarden in mishandeling. Met name bij dementie is dit een risico.

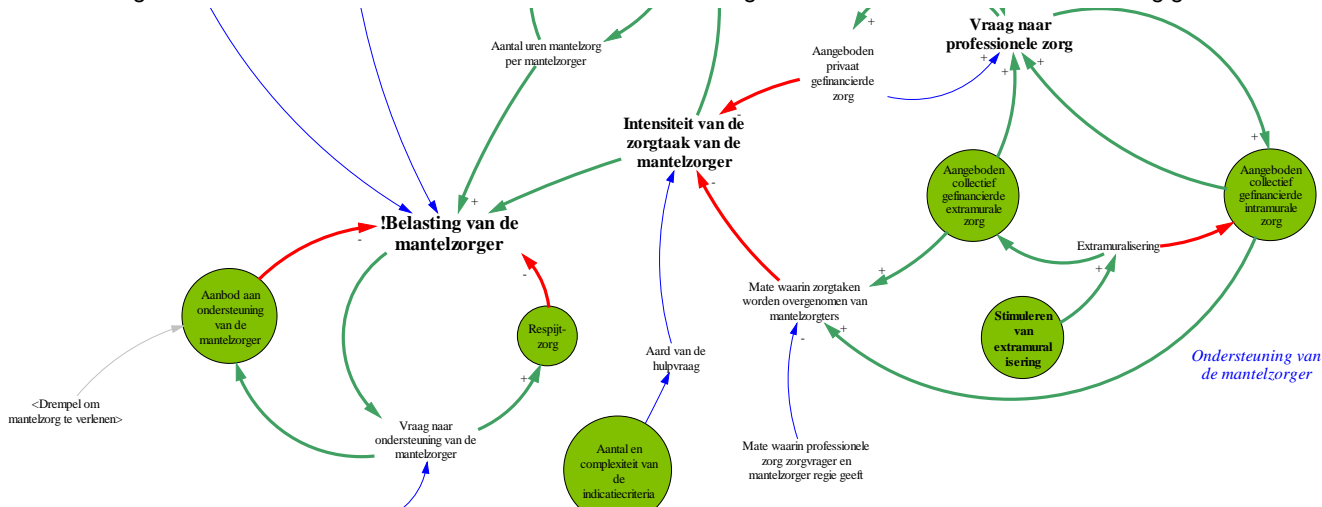
Trends die inwerken op de belasting van mantelzorgers

Er zijn verschillende ontwikkelingen die inwerken op de belasting van de mantelzorgers:

- Extramuralisering, waardoor (chronisch zieke of te verzorgen) mensen langer thuis wonen;
- De overheveling van de begeleiding van AWBZ naar Wmo (HMM Onderzoek en Advies 'Onderzoek mantelzorgondersteuning', 2011);
- De groeiende vraag naar zorg;
- Toenemende arbeidsparticipatie;
- Het vergrijzen (en mogelijk dalen) van het aanbod aan mantelzorgers.

Ondersteuning van de mantelzorg

Naarmate de belasting van de mantelzorg groter is, zal de vraag om ondersteuning toenemen. Deze ondersteuning kan bestaan uit respijtzorg en uit meer dagelijkse (emotionele) ondersteuning door professionele organisaties of vrijwilligersorganisaties, zoals bijvoorbeeld het bieden van psychologische hulp of lotgenotencontact. Hierdoor wordt de taak van de mantelzorgers verlicht. Vaak wordt ondersteuning gefinancierd vanuit de Wmo.



Achtergrond: Gebruik van ondersteuning door mantelzorgers
 Mantelzorgers maken relatief weinig gebruik van ondersteuning (SCP 2012, 'Bijzondere Mantelzorg'). Er is onbekendheid met de mogelijkheden van ondersteuning en er is sprake van vraagverlegenheid. Daarentegen is de behoefte aan ondersteuning bij mantelzorgers van mensen met psychische problemen groot. De helft van de mantelzorgers heeft helemaal geen hulp bij het zorgen. Tweederde van deze groep zorgt minder dan tien uur per week. Een op de tien zorgt meer dan twintig uur per week, dit is zes procent van alle mantelzorgers. Deze groep loopt de meeste kans op overbelasting. Mensen met een lagere opleiding en mensen van allochtone afkomst zijn oververtegenwoordigd in deze groep.

	Mate van mantelzorgverlening	Match mantelzorg en zorgtaak	Behouden		Aantrekken	
			Groot of klein effect	Direct of indirect effect	Groot of klein effect	Direct of indirect effect
Beïnvloedbare maatregelen						
Aangeboden collectief gefinancierde intramurale zorg	-	-	groot	indirect	groot	indirect
Aangeboden collectief gefinancierde extramurale zorg	+/-	+	groot	indirect	groot	indirect
Aantal en complexiteit van de indicatiecriteria	-	-	groot	indirect	groot	indirect
Respijtzorg (=vorm van ondersteuning)	+	o	groot	direct	klein	indirect
Aanbod van ondersteuning aan de mantelzorg	+	o	klein	direct	klein	indirect
Stimuleren van extramuralisering	+/-	+	groot	direct	groot	direct

Professionele zorg kan de mantelzorger ondersteunen

Overnemen van zorgtaken - intramuraal of extramuraal

De intensiteit van de zorgtaak kan ook verlicht worden door taken van de mantelzorger over te nemen door professionele zorg. In gevallen van 'ontspoorde mantelzorg' kan dit zelfs noodzakelijk zijn. Bij het aanbieden van collectief gefinancierde zorg maakt het uit of dit intramuraal of extramuraal gebeurt. In intramurale settings wordt vaak de gehele zorg overgenomen van de mantelzorger, terwijl er bij het aanbieden van zorg extramuraal meer mogelijkheden zijn voor blijvende inzet van de mantelzorger. In het eerste geval wordt een groot beroep gedaan op collectief gefinancierde zorg, in het tweede geval kan een deel van de vraag naar collectief gefinancierde zorg juist voorkomen worden. De mantelzorger houdt het verlenen van zorg dan langer vol.

Regie bij de mantelzorger

De mate waarin zorgtaken door de professionele zorg worden overgenomen is ook afhankelijk van de mate waarin de professionele zorg de zorgvrager en mantelzorger de regie geeft. Hoe meer regie wordt neergelegd bij de zorgvrager en mantelzorger, hoe beter hun wensen ingevuld worden en hoe gemakkelijker het voor hen is om de zorg nog zelf in te vullen.

Extramuralisering: pas op voor overbelasting van de mantelzorger

Dit brengt een risico met zich mee. Als de overheid extramuralisering stimuleert, dan zal in de toekomst een groter beroep worden gedaan op mantelzorgers. Verwachtingen over 'het voor elkaar zorgen' van mensen onderling veranderen op termijn wellicht mee; het kan (nog) normaler worden dat mantelzorg wordt verleend. Het risico is dat de mantelzorger overvraagd wordt en overbelast raakt, als er van hem of haar verlangd wordt langer en intensiever nog thuiswonende zorgvragers te verzorgen en ondersteunen. Het risico bestaat dat zowel de mantelzorgontvanger als de -vrager uiteindelijk een beroep moeten doen op collectief gefinancierde zorg. Ondersteuning van de mantelzorger is daarmee essentieel. Het is daarom dat belangenbehartigerorganisatie Mezzo erop wijst dat voorkomen moet worden dat 'regie geven aan de mantelzorger' niet doorslaat in het opleggen van verplichtingen aan de mantelzorger.

Ondersteuning van de mantelzorger: mogelijke verschuiving van AWBZ naar Wmo

Het bieden van ondersteuning aan mantelzorgers zal overbelasting beperken en ervoor zorgen dat mantelzorgers hun taak langer volhouden. Mogelijk betekent dit dat een beroep op AWBZ-zorg van de zorgvrager uitgesteld wordt of zelfs helemaal niet nodig is. Een een-op-een positief effect op de (financiële) houdbaarheid van de zorg is echter niet te verwachten; hoewel wellicht de aanspraak op de AWBZ kleiner wordt, zal een groter beroep worden gedaan op de Wmo, van waaruit professionele ondersteuning gefinancierd wordt.

Verschil tussen extramurale en intramurale aangeboden collectief gefinancierde zorg

De toegang tot en beschikbaarheid van collectief gefinancierde zorg is enerzijds van invloed op de mate waarin het verlenen van mantelzorg 'normaal' is (zie 'verwachtingen van elkaar'): hoe meer collectief gefinancierde zorg, hoe minder een beroep zal worden gedaan op mantelzorgers. Anderzijds kan collectief gefinancierde zorg (over)belasting van de mantelzorger verminderen door een deel van de taken van de mantelzorger over te nemen. Voor het uiteindelijke effect op de mate waarin mantelzorg verleend wordt, maakt het uit of de collectief gefinancierde zorg intramuraal of extramuraal wordt geleverd. De toegang tot intramurale zorg levert een negatief effect op: de mantelzorger heeft veelal nog maar nauwelijks een rol zodra de zorgvrager in een instelling terecht komt. De mate waarin extramurale zorg beschikbaar is, beïnvloedt de inzet van mantelzorgers positief: er blijft een langere inzet van de mantelzorger mogelijk. Daarbij kan het overnemen van taken van de mantelzorger door extramurale collectief gefinancierde zorg de mantelzorger ontlasten, zodat de mantelzorger het mogelijk zelfs langer volhoudt.

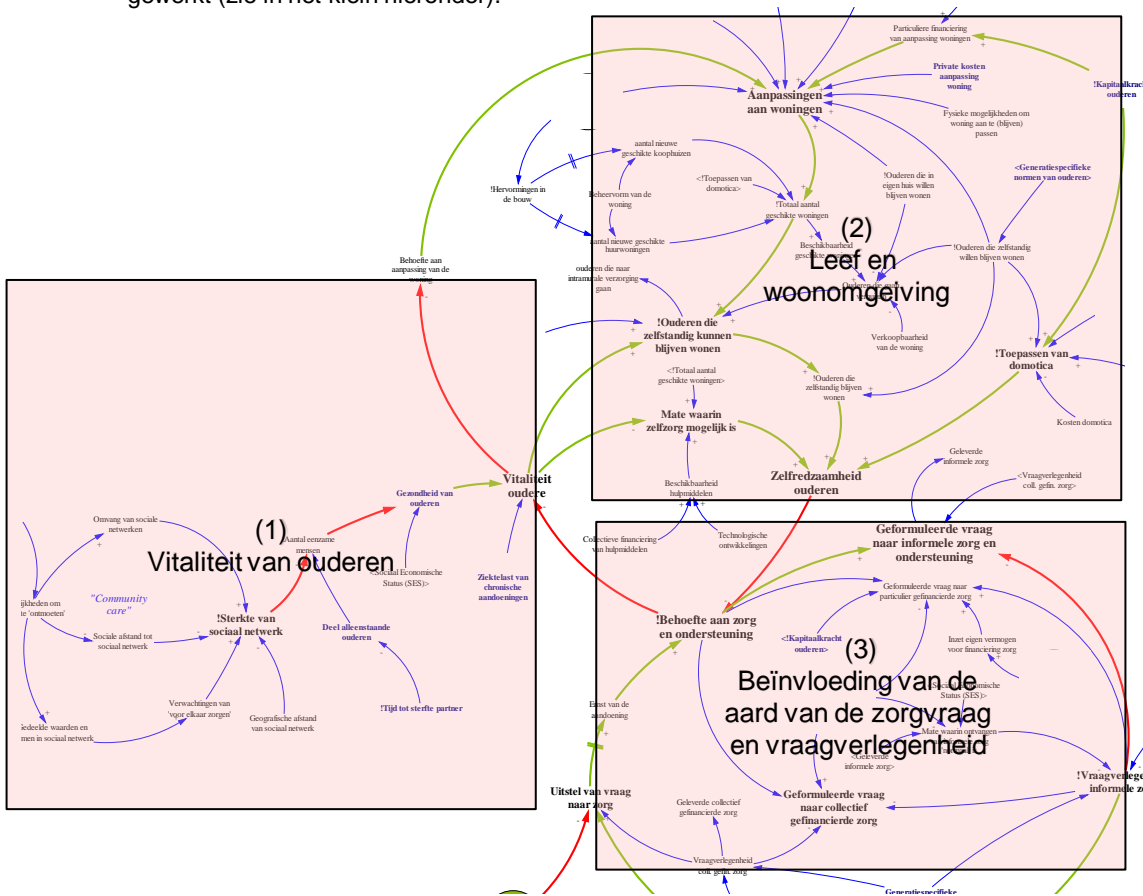
Zelfredzaamheid

De vraag naar zorg verminderen



De relevante onderwerpen rond zelfredzaamheid

Zoals al uit het hoofdlijnenmodel is af te leiden, is het basismechanisme van zelfredzaamheid dat door een grotere vitaliteit van de oudere, de mate waarin zelfzorg mogelijk is toeneemt en daarmee de zelfredzaamheid toeneemt. Met als effect een lagere (resulterende) behoefte aan (al dan niet collectief gefinancierde) zorg en ondersteuning. In het deelmodel van zelfredzaamheid is dit mechanisme goed te herkennen, waarbij ook de factoren die dit mechanisme beïnvloeden zijn uitgewerkt (zie in het klein hieronder).



Zelfredzaamheid en zelfzorg
 In dit project hanteren wij een bredere definitie van zelfredzaamheid:

- Het vermogen om dagelijkse algemene levensverrichtingen zelfstandig te kunnen doen, bijvoorbeeld wassen, aankleden en koken;
- Het vermogen om sociaal te kunnen functioneren, inclusief zelfzorg.

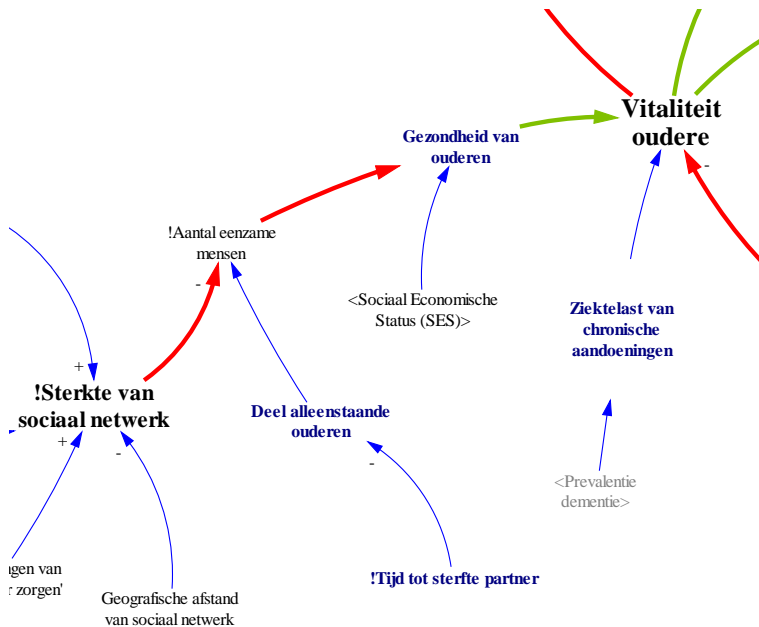
De mate waarin ouderen in zelfzorg kunnen voorzien zien wij breed: het kan ook worden ingevuld door het inzetten van eigen vermogen of sociaal netwerk. Mensen kunnen zelf, privé gefinancierd, schoonmaakhulp inzetten of zelf een beroep doen op hun omgeving om te zorgen dat eens per week zware boodschappen worden gedaan. Voor zelfzorg is de beschikbaarheid van (technische) hulpmiddelen belangrijk. Daarbij speelt de wijze van financiering een belangrijke rol, getuige de recente discussie over de financiering van rollators of scootmobielen.

Dit basismechanisme wordt beïnvloed door drie onderwerpen die wij hierna in detail zullen bespreken. Allereerst speelt de algemene gezondheid van de oudere een cruciale rol en de invloed die de sterkte van het sociaal netwerk (1) daarop heeft. Ten tweede speelt de mate waarin zelfzorg door ouderen mogelijk is gezien de leef-/woonomgeving (2) van de oudere, inclusief domotica, maar ook de beschikbaarheid van hulpmiddelen in het algemeen. Ten slotte is er de aard van de (manifeste) aandoening en de daaruit resulterende vraag naar zorg en ondersteuning, die onder meer wordt beïnvloed door het fenomeen van vraagverlegenheid (3), omdat dit verergering van de aandoening tot gevolg kan hebben. Op deze deelonderwerpen gaan wij hierna in.

1. Vitaliteit van ouderen

Gezondheid van ouderen

De vitaliteit van ouderen wordt mede bepaald door de algemene gezondheidstoestand van de oudere en van de mate waarin deze hinder ondervindt van chronische aandoeningen. Een van de oorzaken van de ziektelast door chronische aandoeningen wordt door experts met name benadrukt: de prevalentie van dementie. De reden is dat dementie niet alleen zwaar is voor de patiënt zelf, maar juist ook voor de eventueel betrokken mantelzorger. De gezondheid van ouderen hangt ook af van de SES. Deze factor wordt voor deze studie als exogeen beschouwd, maar is in belangrijke mate verantwoordelijk voor verschillen in gezondheid tussen ouderen.



Achtergrond: SES en leefstijl

Volgens gegevens van het RIVM en het CBS (2009) zijn er grote verschillen naar SES in de gezonde levensverwachting. Niet alleen leven hoogopgeleide mensen langer (circa 20 jaar bij geboorte), hebben meer gezonde jaren en hebben een kortere periode van slechte gezondheid. In een recente achtergrondstudie van de RVZ over de levensverwachting (2011) wordt echter wel de kanttekening geplaatst dat de leefstijl in het verleden (overgewicht, roken) voor de toekomstige generaties ouderen negatief kunnen uitwerken op de gezondheid en sterftkans op latere leeftijd.

Achtergrond: Eenzaamheid

Eenzaamheid wordt gezien als een groot probleem onder de 55-plusbevolking, vooral onder alleenstaande oude mannen, wiens sociale netwerk vaak minder sterk is. Volgens gegevens van TNS/NIPO (2008) zijn 200.000 van hen extreem eenzaam. Er valt te verwachten dat het aantal eenzamen onder de oudere baby-boomers zal toenemen: kleinere gezinnen, grotere verspreiding over het land, meer alleenstaanden en meer mensen die zelfstandig (blijven) wonen. Uit een Amerikaans onderzoek uit 2009 kan worden opgemaakt dat eenzaamheid even slecht voor de gezondheid is als roken of een te hoge bloeddruk. (John Cacioppo, PhD, a professor of psychology at the University of Chicago. Perceived social isolation and cognition, John T. Cacioppo and Louise C. Hawkley Center for Cognitive and Social Neuroscience, 2009.)

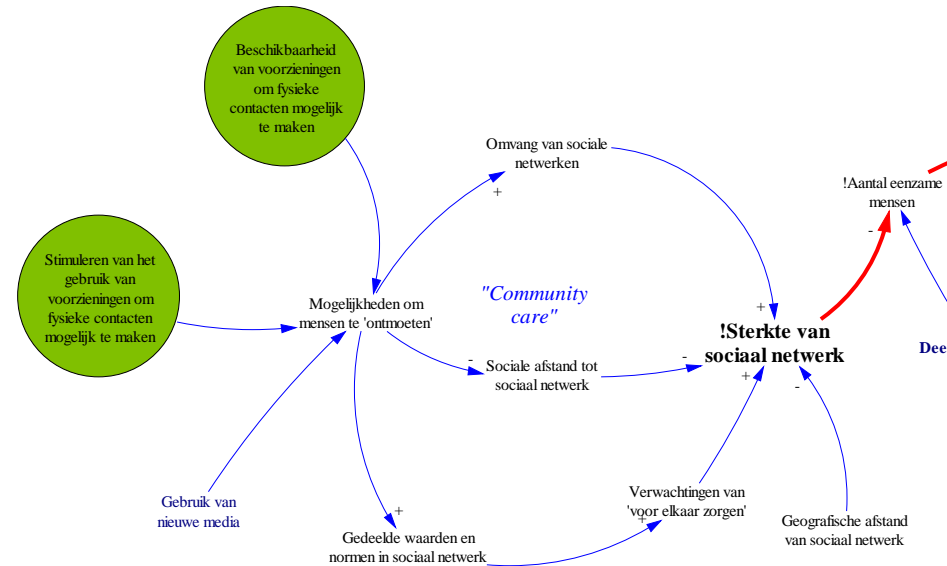
Sociaal netwerk en eenzaamheid

Daarnaast wordt de gezondheid beïnvloed door de mate van eenzaamheid van de oudere en daarmee door de sterkte van het sociale netwerk. Eenzaamheid onder ouderen wordt door de experts vaak genoemd als factor die de gezondheidstoestand van ouderen beïnvloedt. Het sterven van de partner speelt daarin een rol. Maar eenzaamheid hangt ook samen met de sterkte van het sociale netwerk: zo kunnen familie, vrienden en burens helpen om na een verlies van een partner de draad op te pikken en niet te vereenzamen.

Community care

Omvang sociaal netwerk is belangrijk voor het invullen van de zorgbehoefte

De grootte van het sociale netwerk is belangrijk, omdat de oudere daarop terug kan vallen bij het invullen van informele zorgvraag. Hoe groter het netwerk, hoe makkelijker het is om aan elkaar een zorgvraag te stellen (Plaisier et al 2011). Het is daarmee een onderdeel van de vitaliteit. Het is volgens de geraadpleegde experts belangrijk om voorzieningen te creëren waar ouderen elkaar kunnen ontmoeten en om tevens mogelijk te maken dat dit ook daadwerkelijk gebeurt. In Oost-Drenthe is daarmee ervaring opgedaan. Dit vergt investeringen in 'bakstenen', maar ook in transport en logistiek. In onderstaande tabel zijn de effecten van deze stimuleringsmaatregelen kwalitatief geduid.



Zorgen voor elkaar is makkelijker als je op elkaar lijkt

Mensen identificeren zich meer met 'soortgelijke' mensen, dan met mensen van wie de achtergrond en levenswijze sterk anders is. Daardoor hebben mensen (onder andere) ook meer begrip voor vraag naar zorg en ondersteuning. Deze verwachtingen van 'soortelijke' mensen over 'zorgen voor elkaar' zijn vergelijkbaar.

Nieuwe media vergroten sociaal netwerk

Het gebruik van nieuwe media kan in de toekomst hierbij een belangrijke ondersteunende rol spelen: fysiek contact kan worden begeleid en vervangen door virtueel contact. Voor de nieuwe generatie ouderen zal dit naar verwachting meer vanzelfsprekend zijn dan voor de huidige generatie. Dit zorgt niet alleen voor de groei van de omvang van het sociale netwerk, maar ook voor het verkleinen van de sociale afstanden tussen mensen. Het is daarnaast belangrijk dat de fysieke contacten tussen mensen zullen leiden tot meer gedeelde normen en waarden, zodat de verwachtingen over het vragen en ontvangen van zorg bijdragen aan de sterkte van het sociale netwerk.

Achtergrond: Woongemeenschappen

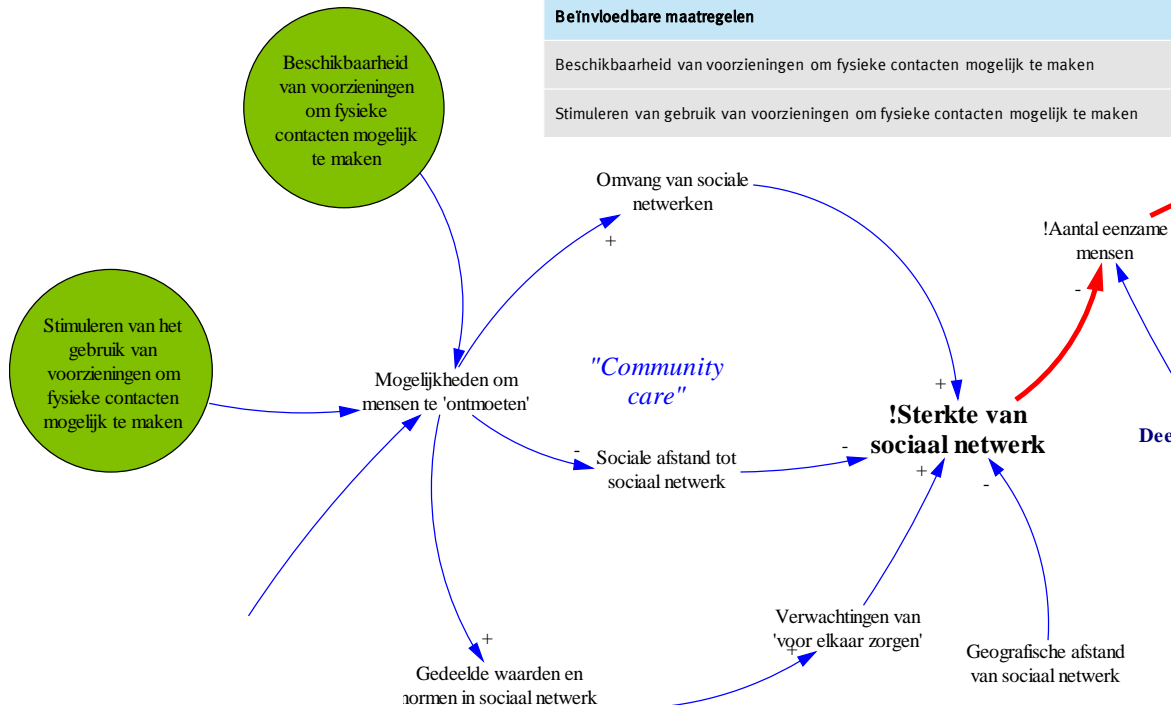
Een tot de verbeelding sprekend initiatief waarbij laagdrempelig een beroep kan worden gedaan op het sociale netwerk is die van woongemeenschappen. Soms via een experiment, soms op eigen initiatief. Soms intragenerationeel, soms intergenerationeel. Het bewust in een dergelijke woongemeenschap gaan wonen brengt verplichtingen jegens de medebewoners met zich mee. Lang niet iedereen is hiertoe bereid. Het is niet de verwachting dat woongemeenschappen met als doel ondersteuning van elkaar, gemeengoed gaan worden. Het 'design' van zo'n gemeenschap vindt plaats bij de oprichting. Het is een uitdaging om dit duurzaam te maken.

Toelichting op effectentabellen voor 'zelfredzaamheid'

In onderstaande tabel is het te verwachten effect van twee maatregelen opgenomen: die van het vergroten van de beschikbaarheid van voorzieningen om fysieke contacten mogelijk te maken, en die van het stimuleren van gebruik van voorzieningen om fysieke contacten mogelijk te maken. Hier lichten wij de eerste toe. De tweede maatregel en de maatregelen in de volgende sheets laten zich op eenzelfde manier lezen.

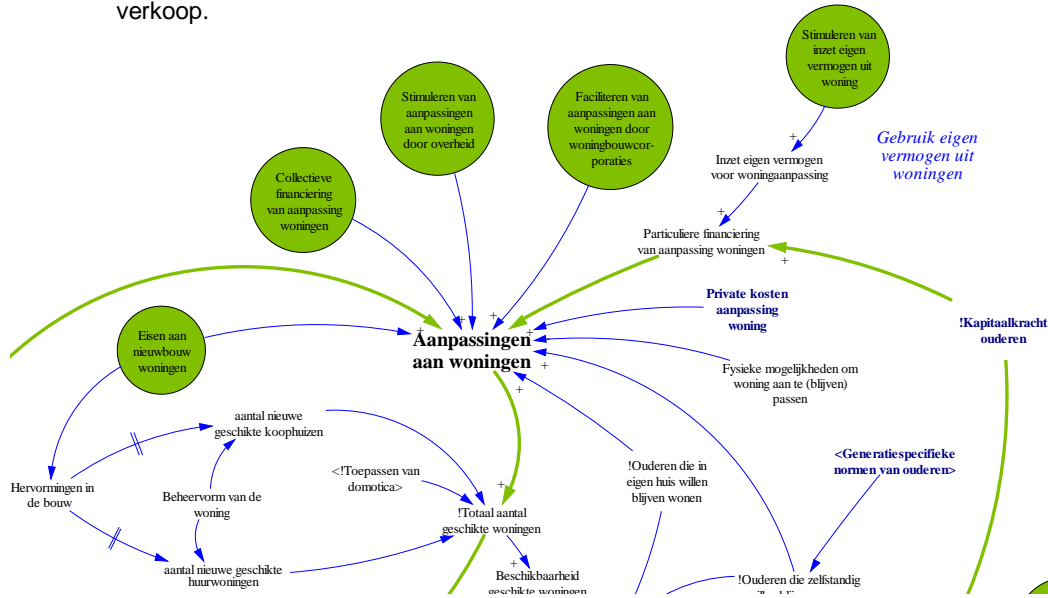
Het te verwachten effect van het vergroten van de beschikbaarheid van de voorzieningen om fysieke contacten mogelijk te maken heeft naar verwachting een klein effect op het vergroten van de zelfredzaamheid. Deze maatregel zorgt ervoor dat ouderen de sociale relaties, als onderdeel van vitaliteit, versterken. Het faciliteren van het vergroten van de sociale relaties trekt naar verwachting juist ouderen aan die uit zichzelf makkelijker sociale relaties onderhouden. Als deze faciliteit wordt ingericht kan er direct gebruik van worden gemaakt. Daarom verwacht men direct een effect te zien.

	Mate van zelfredzaamheid onder ouderen	Behouden	
		Groot of klein effect	Direct of indirect effect
Beïnvloedbare maatregelen			
Beschikbaarheid van voorzieningen om fysieke contacten mogelijk te maken	+	klein	direct
Stimuleren van gebruik van voorzieningen om fysieke contacten mogelijk te maken	+	groot	indirect



Het aanpassen van woningen

Centraal aangrijpingspunt voor het bevorderen van de zelfredzaamheid door geschikte woningen, is dus het aanpassen van woningen. Het belang hiervan zal in de toekomst zelfs toenemen. De oudere van de toekomst is namelijk meer geneigd om in de eigen woning te blijven wonen en daarin aanpassingen te doen om dit mogelijk te maken. Alleen: aanpassingen in woningen worden vaak gedaan nadat er een incident is geweest. De bereidheid bij ouderen om preventief woningen aan te passen is niet erg groot. Bij koopwoningen speelt de afweging dat een aanpassingsinvestering mogelijk niet bijdraagt aan hogere opbrengsten van het huis bij verkoop.



Beïnvloedingsmogelijkheden

Het stimuleren van het aanpassen van woningen is mogelijk door de overheid en woningcorporaties. Zo kan de overheid:

- De eisen aan nieuwbouwwoningen nauwer laten aansluiten bij de behoeften van ouderen;
- Aanpassing collectief financieren;
- Het inzetten van eigen vermogen in de woning stimuleren. Hiervoor is de kapitaalkracht van ouderen van wezenlijk belang. Hierop gaan wij later in deze rapportage nader in.

Woningbouwcorporaties kunnen een rol spelen door het aanpassen van woningen te faciliteren.

In de tabel rechtsonder zijn de effecten van deze stimuleringsmaatregelen kwalitatief geïnduceerd.

Achtergrond: Babyboomers

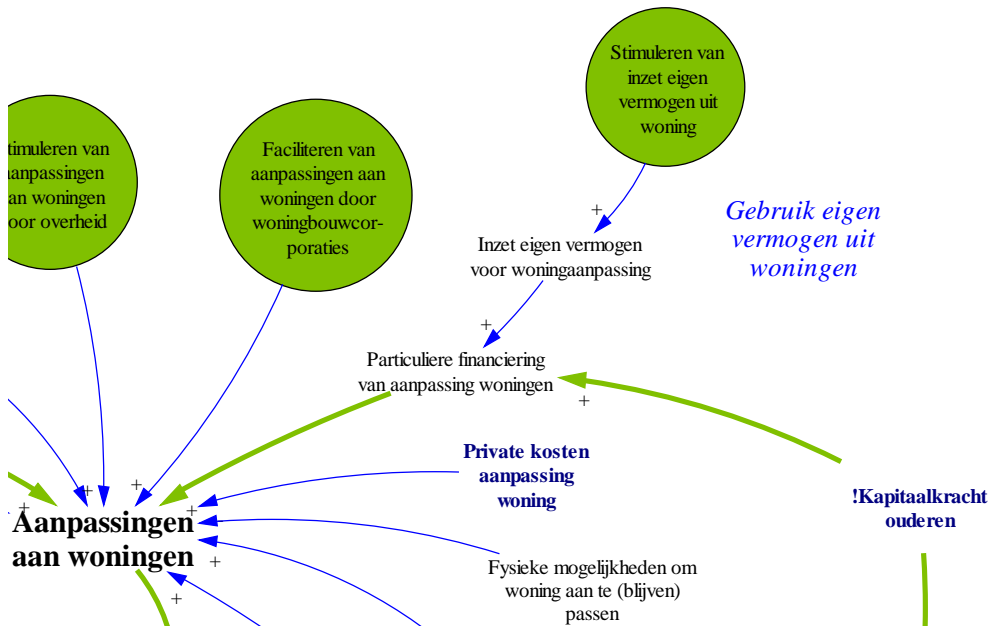
De babyboomers van boven de 55 jaar hebben op de woningmarkt andere kenmerken, maar ook andere wensen en eisen dan de groep ouderen van de vorige generatie. Volgens Singelenberg (2009) gaat het om een aantal gelijktijdige trends (onder andere): gemiddeld meer eigenwoningbezit, meer eigen vermogen en minder de neiging om anticiperend op lichamelijke beperkingen te gaan verhuizen. Daarnaast zijn er geen prikkels om de eigen (eventueel hypotheekvrije) woning te verruilen voor een huurwoning; de eigen woning kan naar eigen verwachting worden aangepast aan toekomstige behoeften. Volgens NIDO, ECN (2005) leren 'ramingen dat het aantal woningen om mensen van 55 jaar en ouder adequaat te huisvesten in 2020 kan oplopen tot de helft van de huidige woningvoorraad. In de huursector zal dit naar schatting zelfs 70 tot 80% zijn'. Er is geen gevoel van urgentie om in 'seniorencommunities' met leeftijdgenoten te gaan samenwonen. Er is volgens deze auteur wel een aantal trends gaande die kunnen leiden tot 'woonservicegebieden', vooral wanneer de zorg door toenemende vraag schaarser zal worden. De geringe bereidheid om te verhuizen kan tot (buiten de huidige woningen-crisis) een verstopping op de woningmarkt leiden: de eengezinswoningen waarin ouderen vaak blijven wonen, komen pas veel later weer op de woningmarkt.

	Mate van zelfredzaamheid onder ouderen	Behouden	
		Groot of klein effect	Direct of indirect effect
Beïnvloedbare maatregelen			
Eisen aan nieuwbouwwoningen	+	klein	indirect
Collectieve financiering van aanpassing woningen	+	groot	indirect
Stimuleren van aanpassingen aan woningen door overheid	+	klein	indirect
Faciliteren van aanpassingen aan woningen door woningbouwcorporaties	+	groot	indirect
Juiste inrichting van de woonomgeving	+	groot	indirect
Stimuleren inzet eigen vermogen uit woning	+	klein	indirect

Gebruik eigen vermogen uit woningen

Inzetten opgebouwd kapitaal

Tijdens de verschillende bijeenkomsten met de expertgroep en in verschillende interviews is gesproken over de mogelijkheden om het vermogen dat in en via de eigen woning is opgebouwd in te zetten voor het aanpassen van woningen, zodat deze woningen leeftijdbestendiger worden. Er werd ook geopperd om deze financiële reserve in te zetten om zorg in te kunnen kopen, om daarmee het hoofd te bieden aan een mogelijke beperking tot de collectief gefinancierde zorg. Daarop gaan wij in bij de vraag naar collectief gefinancierde zorg en vraagverleggenheid.



Woningbezit, AOW en pensioen: kapitaal onder ouderen

De komende generatie ouderen is gemiddeld kapitaalkrachtiger dan de huidige generatie ouderen: naast AOW is er een pensioenvoorziening. Daarnaast heeft de waardeinstijging van koopwoningen in de laatste decennia van de 20^e eeuw ervoor gezorgd dat er aanzienlijke overwaarde is opgebouwd. Gemiddeld genomen is deze ontwikkeling vooral van toepassing op de groep met een hoge opleiding en bovengemiddeld inkomen.

Achtergrond: eigen vermogen in woningen

84% van de huishoudens met ouderen heeft een aanvullend pensioen (L. Spoor, 2008). Het eigen woningbezit onder 60-plussers stijgt tot boven de 60%. Men blijft steeds langer zelfstandig wonen. In 2004 woonde van de 80 - 85-jarigen 90% nog thuis. Onder 95-plussers wordt dit 50%. Hypotheekschulden, afgezet tegen verkoopwaarde van woningen, zijn gemiddeld laag. Ouderen zijn gemiddeld welvarend te noemen. Dit geldt ook voor lagere inkomensgroepen.

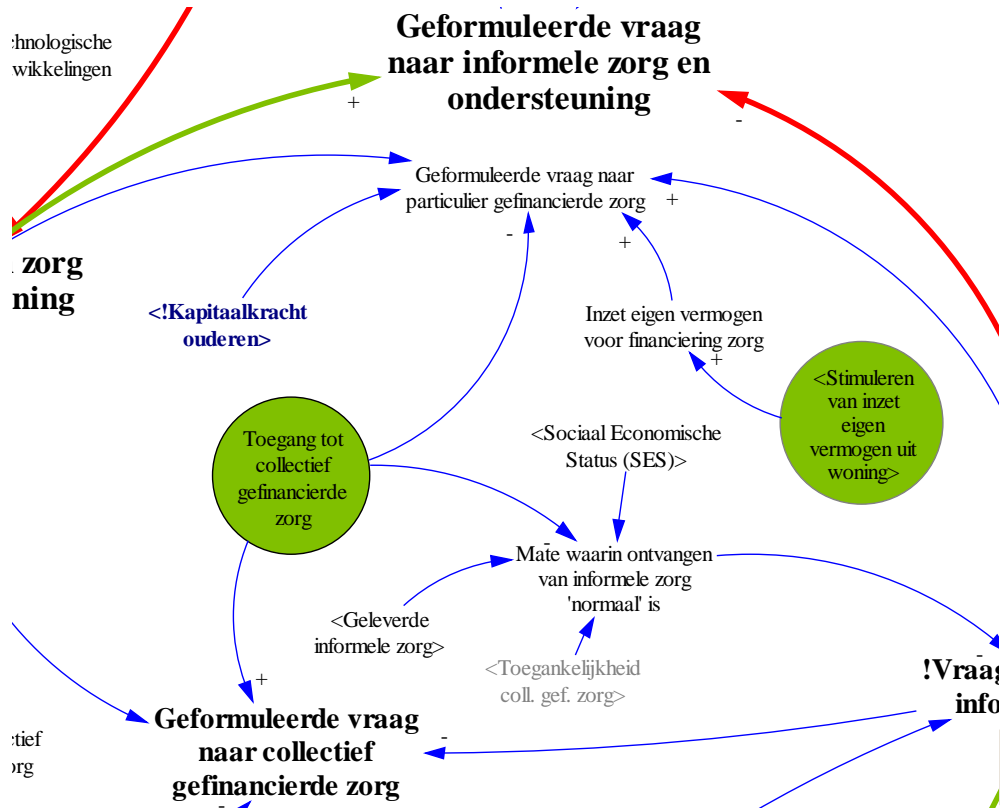
Stimuleren, maar hoe?

Hoe de stimuleringsmaatregelen om eigen vermogen uit woningen of investeringen in domotica er in de praktijk uit zouden moeten zien, is tijdens de expertbijeenkomsten en de interviews niet in detail uitgewerkt. Mogelijke aanknopingspunten zijn: mogelijkheden tot versneld aflossen, investeringen in domotica op een andere wijze fiscaal behandelen en het maken van uitzonderingen in successierechten.

3. Beïnvloeden van de aard van zorgvraag en vraagverlegenheid

Communicerende vaten in de zorg zorgen voor groter beroep op particuliere en informele zorg

Wanneer de toegang tot de collectief gefinancierde zorg wordt getemperd, dan daalt de vraag daarnaar, maar stijgt de vraag naar informele zorg en naar particulier gefinancierde zorg. Op die verandering spelen factoren een rol die te maken hebben met de sterkte van het sociale netwerk, met de kapitaalkracht van de oudere en met de 'vraagverlegenheid' ten aanzien van collectief gefinancierde zorg. Van deze laatste factor wordt door de geraadpleegde experts vermoed dat die voor de komende generatie ouderen anders komt te liggen: minder schroom om een collectief gefinancierde zorgvraag te stellen. Hier speelt mee dat naarmate er minder collectief gefinancierd gaat worden, het maatschappelijk 'normaler' wordt om een zorgvraag informeel in te vullen: geen 'verworven rechten', maar de 'eigen verantwoordelijkheid' als uitgangspunt. Uiteraard speelt de SES hierin een rol: hogere inkomens zullen makkelijker hun eigen verantwoordelijk kunnen nemen. Daar komt dan nog bij dat bij een hogere SES, een lagere zorgconsumptie ligt, maar dat de levensverwachting weer hoger is, waardoor het totale volume aan zorg juist weer hoger kan zijn.



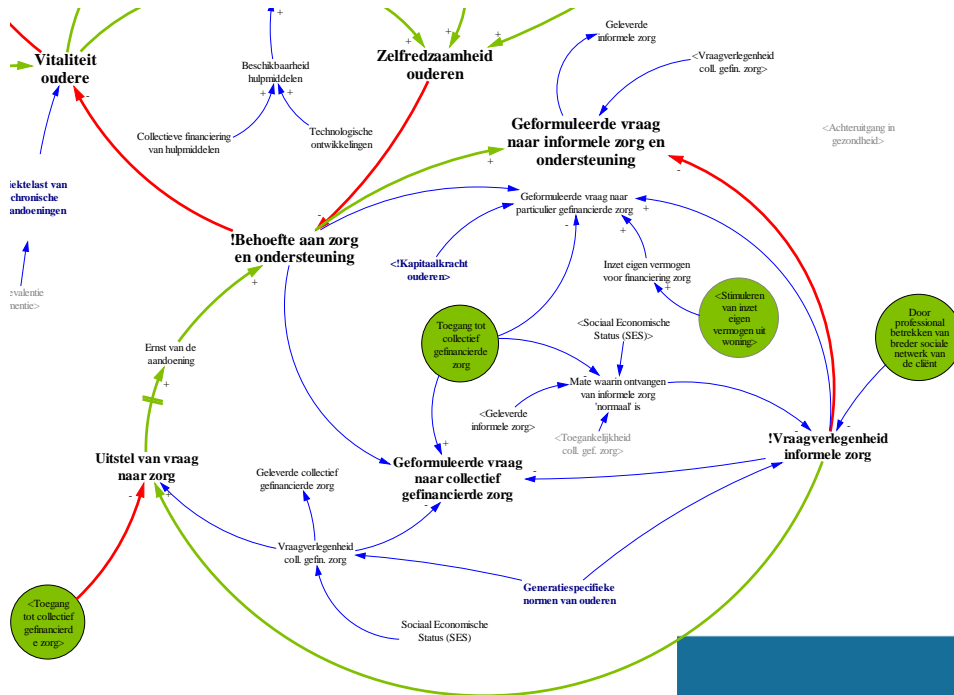
Achtergrond: onderconsumptie formele zorg

Er wordt minder (formele) zorg aangevraagd dan waarop feitelijk recht bestaat. Dit 'gat' wordt opgevuld door de informele zorg (Linders, 2011). Hoe toekomstige generaties ouderen (de 55-plussers na nu) hiermee omgaan is de vraag: zullen zij de formele zorg zien als een 'verworven recht' of zullen zij op dezelfde manier met hun zorgvraag omgaan als de vorige generatie? De Wmo gaat ervan uit dat zorg voor elkaar vooral op buurniveau gestalte krijgt, maar omdat mensen minder op hun buurt gericht zijn dan voorheen, wordt de fysieke afstand tussen zorgvrager en -ontvanger een beperkende factor. Volgens Linders schetsen onderzoekers van het NIDI en het SCP het beeld dat de moderne mens steeds meer rationeel en calculerend handelt met meer eigenbelang en minder belangeloos investeert in de ander. Tegelijkertijd blijkt uit ander onderzoek 'een grote bereidheid van vrijwilligers om zich om kwetsbare burgers te bekommeren' (Van Dam en Wiebes 2005).

Vraagverlegenheid

Uitstel van zorgvraag

Door verschillende experts is vraagverlegenheid genoemd als een belangrijke factor. Deze onderdrukt de vraag naar (in)formele zorg en stelt de zorgvraag uit. Op termijn kan dit ertoe leiden dat de ernst van de aandoening toeneemt, waardoor de behoefte aan ondersteuning groeit en de vraag naar collectief gefinancierde zorg toeneemt.



Verschillen tussen de generaties

Er wordt onderkend dat generatiespecifieke normen een rol kunnen gaan spelen. De 'zichzelf wegcijferende ouderen van nu', maken steeds meer plaats voor de 'calculerende babyboomers'. De mate waarin dit staat te gebeuren en welk effect dit zal hebben op de zorgvraag van de toekomst, is nu niet zonder meer vast te stellen. De vraagverlegenheid kan ten dele worden beïnvloed door de omgeving van de zorgvrager te betrekken bij het sociale netwerk van de cliënt. Hierdoor worden verwachtingen van de cliënt en gedrag van de omgeving ontdaan van onterechte beelden over en weer.

Zorg: deelname aan 'civil society' of verworven recht

Een onbekende factor is de visie van de komende generatie ouderen ten aanzien van de verzorgingsstaat. Wanneer de visie meer wordt gekenmerkt door het verzilveren van 'verworven rechten', dan door deelname aan de 'civil society', dan kan dit voor mensen met een lage SES tot gevolg hebben dat aan de vraagkant (naar zorg) de huidige vraagverlegenheid die meer speelt bij mensen met een lage SES (Linders, 2009) plaatsmaakt voor een uitgesproken zorgvraag en onbaatzuchtig gedrag aan de aanbodkant plaatsmaakt voor verwachtingen over een actieve rol van de overheid.

	Mate van zelfredzaamheid onder ouderen	Behouden	
		Groot of klein effect	Direct of indirect effect
Beïnvloedbare maatregelen			
Toegang tot collectief gefinancierde zorg	-	groot	indirect
Door professional betrekken van breder sociale netwerk van de cliënt	+	klein	indirect

Conclusies

Overkoepelende mechanismen over vrijwilligerswerk,
mantelzorg en zelfredzaamheid



Overkoepelende onderwerpen

In de drie deelmodellen voor vrijwilligerswerk, mantelzorg en zelfredzaamheid komen overkoepelende thema's voor, maar met verschillende uitwerking of betekenis per deelonderwerp.

Inzet eigen vitaliteit heeft effect op de eigen vitaliteit

Het eerste onderwerp is de inzet van de eigen vitaliteit die een positief of een negatief effect op de eigen vitaliteit kan hebben. Even terughalend uit de inleiding: vitaliteit bestaat uit vijf onderdelen, namelijk gezondheid, sociale relaties, materiële zaken (financiën en woonomgeving), participeren, waarden en inspiratie. Voor vrijwilligers geldt dat als zij vrijwilligerswerk in de zorg doen waardoor zij meer bijdragen aan de zorg, dit samenhangt met het behouden van de eigen vitaliteit (Vrijwilligers (1)). Voor mantelzorgers geldt dat de inzet van de eigen vitaliteit een negatief effect kan hebben op de eigen gezondheid en op de sociale relaties (Mantelzorgers (3)). Mantelzorg verlenen kan intensief zijn, waardoor overbelasting kan ontstaan, wat een negatief effect heeft op de gezondheid van de mantelzorger. Voor sociale relaties is door het verlenen van mantelzorg weinig tijd. Dit kan omgedraaid worden doordat een mantelzorger juist het sociale netwerk betreft in het verlenen van mantelzorg. Naast de inzet van eigen gezondheid en sociale relaties zetten mantelzorgers ook financiële middelen in. Naast het feit dat zij geld uitgeven ten bate van de verzorgde, komt het vaak voor dat mantelzorgers minder tijd aan betaalde arbeid kunnen besteden en dat er daarom sprake is van inkomstenderving. Wat betreft zelfredzaamheid wordt vooral een beroep gedaan op materiële zaken om minder te leunen op collectief gefinancierde zorg (Zelfredzaamheid (2)). Eigen geld kan worden ingezet om particulier zorg in te kopen. Eigen geld kan ook worden ingezet om de eigen woning aan te passen zodat men daarin langer zelf uit de voeten kan. Bijvoorbeeld door het inrichten van een slaapkamer en wasgelegenheid op de begane grond, waar ook de toegang tot het huis en de woonkamer is. Ook kan eigen geld worden ingezet in domotica, waardoor men langer zelfstandig thuis kan blijven wonen. De kosten die worden gemaakt zorgen voor een vermindering van het eigen geld, en daarmee voor een vermindering van de eigen vitaliteit.

Concurrerende alternatieven

Mensen kunnen hun tijd en financiële middelen maar een keer besteden. Als vitale ouderen zich als vrijwilliger moeten inzetten om de collectieve zorg te ondersteunen, dan moeten zij hier ook prioriteit aan geven: prioriteit aan vrijwilligerswerk, en prioriteit aan vrijwilligerswerk in de zorg. Vitale ouderen die in de derde levensfase zijn, hebben vanwege pensioen en betere ervaren gezondheid dan voorheen, tijd beschikbaar om 'vrij' in te vullen (Vrijwilligers (3)). Op deze mensen wordt een beroep gedaan door de ouders in de vierde levensfase, die zorg nodig hebben, en door kinderen die vragen op kleinkinderen te passen. Daarbij is het algemene beeld dat deze derde levensfase ouderen momenteel financieel er goed voorstaan, waardoor zij zich de luxe kunnen veroorloven als meerdere vakanties per jaar en het uitoefenen van intensieve hobby's. Deze ouderen zetten zich momenteel voor een belangrijk deel als vrijwilliger in voor de zorg, en kunnen door verleiding nog meer bijdragen aan de zorg. Voor mantelzorgers kan naast een emotionele afweging ('wil ik een belangrijke zorgtaak voor een naaste op me nemen'), een meer bedrijfsmatige afweging spelen: weegt de inkomstenderving door het mantelzorgen op tegen eventuele kosten die moeten worden gemaakt om de verzorging te regelen (Mantelzorgers (2)). Bij zelfredzaamheid speelt dat financiële reserves vaak niet zijn opgebouwd met als doel om zelfredzaamheid te vergroten, maar om als appeltje voor de dorst te dienen, of als erfenis (Zelfredzaamheid (2)). Men is daardoor niet vanzelfsprekend bereid om te investeren in particuliere zorg of in aanpassingen in het huis. De vraag van gelijkheid dringt zich op: moet iemand die zijn hele leven zuinig heeft geleefd gelijk worden behandeld met mensen die nagenoeg al hun geld altijd uitgaven?

Dilemma's

De modellen laten een aantal spanningsvelden zien: maatregelen of mechanismen die enerzijds positieve effecten hebben op bijvoorbeeld de vitaliteit of de houdbaarheid, maar anderzijds tot ongewenste neveneffecten leiden. Of waar beleidsmatige dilemma's ontstaan, waar bij het maken van beleid altijd naar twee kanten van de medaille moet worden gekeken.

De verhouding tussen formele en informele zorg: waar ligt de optimale balans?

Kijkend naar de mechanismen lijkt de houdbaarheid gebaat bij zo min mogelijk formele zorg en zoveel mogelijk zelfredzaamheid en informele zorg. Maar de onderliggende mechanismen laten ook spanningsvelden zien die betrekking hebben op de verhouding tussen informele en formele zorg. Zo zal er altijd oog moeten zijn voor zorg die door professionals moet worden uitgevoerd, en waarvan - om kwaliteitsredenen - niet gewenst is dat deze door informele zorg wordt overgenomen (Hoofdlijnenmodel). De aard van de zorg(vraag) is dan ook zeer relevant in het bepalen van de gewenste verhouding tussen informele en formele zorg. Want alleen dan kan de vitaliteit van de oudere worden bevorderd door het leveren van passende formele zorg, ondersteund met informele zorg door een (andere) vitale oudere. Formele zorg blijft dus van essentieel belang. Tegelijkertijd speelt daarbij een rol dat (vooral) de mantelzorg sterk baat kan hebben bij ondersteuning door de formele zorg, om overbelasting van de mantelzorger te voorkomen (Mantelzorgers (3)). Hier ligt dan weer het risico van formalisering op de loer. Onder druk van toenemende eisen vanuit verantwoordings-oogpunt (financieel en kwalitatief), is er de neiging om ook de informele zorg te formaliseren (Vrijwilligers (1)). Maar dit is een contradictio in terminis; een belangrijk kenmerk van vrijwilligerswerk is juist een door de ontvanger en geveer geaccepteerde uitruil van diensten, zonder financiële vergoeding, maar wel met financiële waarde. Het is dus van belang dat niet alle zorg formeel wordt ingevuld. Dé uitdaging voor de formele zorg en de indicatiestelling is het vinden van de optimale balans tussen formele zorg en informele zorg.

Financiële druk is nodig om informele zorg te (blijven) stimuleren

Dat brengt ons op een volgende dilemma: uit het hoofdlijnenmodel wordt al snel duidelijk dat een belangrijke prikkel om informele zorg beleidsmatig (en financieel) te ondersteunen, voortvloeit uit de druk op de houdbaarheid van de zorg. Terwijl tegelijkertijd de inzet van informele zorg deze houdbaarheid moet verbeteren. Of anders gezegd: informele zorg kan 'ten ondergaan aan het eigen succes', als er (ook als de financiële noodzaak minder wordt) geen blijvende beleidsmatige aandacht is voor ondersteuning van de informele zorg.

Organiseren of juist vrijlaten

Dit dilemma is niet uniek voor de inzet van de vitaliteit van ouderen ten gunste van de zorg. Daar waar de overheid zaken regelt, leunen burgers achterover. Daar waar zaken niet worden geregeld ontstaan initiatieven van 'onderop'. Als de vraag naar en aanbod van vrijwilligerswerk (over)georganiseerd wordt, ontstaat het risico dat zowel vragers als aanbieders niet zelf elkaar opzoeken, wat juist wel wenselijk is. Daarentegen zijn er natuurlijk wel randvoorwaarden waarbij het mogelijk wordt gemaakt dat vragers en aanbieders van vrijwilligerswerk elkaar kunnen vinden (Vrijwilligers (4)). In het maken van beleid doet men er goed aan steeds weer de vraag te stellen of er juist meer of minder vanuit de overheid moet worden geregeld.

Complicerende factoren

Verschillen in SES en regio

Beleed dat wordt gemaakt om de vitale ouderen te stimuleren de eigen vitaliteit in de zetten om de houdbaarheid van de zorg te vergroten, moet rekening houden met het feit dat er grote verschillen bestaan tussen ouderen in de derde levensfase. Grote verschillen op het gebied van gezondheid (mensen met een lage SES ervaren ongeveer 15 jaar eerder dan hoge SES dat zij niet meer vitaal zijn), en grote verschillen in de beschikbaarheid van financiële middelen. Zo hebben lang niet alle ouderen een aanvullend pensioen opgebouwd en hun woonhuis volledig afbetaald. En grote verschillen in sociale relaties. Alleenstaande oude mannen hebben vaak erg kleine sociale netwerken, waarop een beroep gedaan kan worden. Daarnaast zijn er nog grote verschillen tussen regio's waarmee rekening gehouden moet worden. 'Noaberschap' is niet sterk ontwikkeld in de Randstad, fysieke afstanden zijn groter op het platteland, de beschikbaarheid van zorgpersoneel is minder op het platteland. Dit is relevant voor zowel vrijwilligers (Vrijwilligers (1)), mantelzorgers (Mantelzorgers (1)) en zelfredzaamheid (Zelfredzaamheid (2) & (3)).

Trends in cohorten

Dat de gemiddelde Nederlander steeds langer en in goede gezondheid leeft, is momenteel een trend die zichtbaar is. Mogelijk wordt deze trend negatief beïnvloed door welvaartsziekten als obesitas en de negatieve gevolgen van deze ziekte. Ook is het niet vanzelfsprekend dat het aandeel vrijwilligers dat zich momenteel in de zorg inzet, stabiel blijft of zelfs groeit. De 'nieuwe' oudere stelt mogelijk andere prioriteiten in het besteden van de eigen tijd. Het verdient aanbeveling om het vrijwilligerswerk, en specifiek het vrijwilligerswerk in de zorg aantrekkelijk te maken. (Vrijwilligers (2) & (4)). wij bedoelen hier niet mee dat er een financiële vergoeding tegenover moet staan, maar dat de vrijwilliger zich gewaardeerd en nuttig voelt, en dat het werk dat hij of zij uitvoert in lijn is met de eigen motieven om vrijwilligerswerk te doen.

Bijlagen



Literatuurlijst (1)

1	@Mantelzorger.nl Inzet van internet en sociale media bij de ondersteuning van mantelzorgers in Zuid-Holland, Tympaan Instituut, Nienhuis, T. et al., 2012
2	5. Rapport Themacommissie ouderenbeleid, Tweede Kamer der Staten-Generaal, Tweede Kamer vergaderjaar 2005 - 2006, nrs. 4-5/Sdu uitgevers, 2005
3	Aanpak vergrijzing bij de overheid, Rijksoverheid, 2011
4	Advies : Van alle leeftijden een toekomstgericht ouderenbeleid op het terrein van werk, inkomen, pensioenen en zorg, Sociaal Economische Raad (SER), 2005
5	Arbeid en inkomen van ouderen: de toekomst ziet er rooskleurig uit!, Gerón, Paul de Beer, 2008
6	Artsen hoor je nooit over dure medicijnen', Zorgmarkt, Baten van de zorg, Kusiak, L., 2010
7	Betrokken belangen: zelforganisatie en de coöperatieve vorm, Futura, Brandsen, T. en Helderman, J.K., 2009
8	Bijzondere mantelzorg - Ervaringen van mantelzorgers van mensen met een verstandelijke beperking of psychiatrische problematiek, SCP, Wittenberg, Y. et al., 2012
9	Binden vanuit de basis - Onderzoek naar coördinatie van het vrijwilligerswerk en inspraak van vrijwilligers in zorgorganisaties, Vilans-MOVISIE, Elferink, J. et al., 2011
10	Building The Civil Society - Zorgruil-initiatieven als innovatief instrument, Vrijwilligerscentrale Cardanus, ZonMw, Boele, E, et al.
11	Burgerkracht - De toekomst van het sociaal werk in Nederland, Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling, De Boer, N. en Van der Lans, J., 2011
12	CBS-Statline, ontwikkeling van de ervaren gezondheid naar leeftijdsklasse
13	Coöperatieven, een alternatief? Aanleiding tot onderzoek, Futura, Brandsen, T. en Helderman, J.K., 2009
14	De klem van Malthus, CDJA Interruptie 2011, Polder, J., 2005
15	De Kracht van Keuze, Boer & Croon, rapportage van de denktank langdurige zorg, Denktank langdurige zorg, 2010
16	De toekomst van de langdurige zorg - Achtergrondstudie ten behoeve van het College van zorgverzekeringen, Erasmus Universiteit in opdracht van het College voor zorgverzekeringen, Van der Veen, R., 2011
17	De toekomst van de mantelzorg, SCP, Sadiraj,K, et al., 2009
18	De toekomst van de zorg thuis verkend, PWC, Poerstamper, R.J.C. et a., 2010
19	De verborgen opbrengsten van beleid, ESB, Van Koesveld, E., 2007
20	De zilveren kracht in cijfers, Movisie, Penninx, K. et al., 2008
21	Determinants of Health Care Expenditure in an Aging Society, Netspar Panel Papers, Koopmanschap, M. et al, 2010
22	Does declining health affect the responsiveness of retirement decisions to financial incentives?, Network for Studies on Pensions, Aging and Retirement, Erdogan-Ciftci, E. et al., 2005
23	Economic Evaluation and the Postponement of Health Care Costs, Health Economics in Wiley InterScience, Van Baal, P.H.M. et al., 2005
24	Eenzaam en dan? De (on)mogelijkheden van interventies bij ouderen, Nederlands Interdisciplinair Demografisch Instituut en Vrije Universiteit Amsterdam, Fokkema, T. en Van Tilburg, T., 2005
25	Effecten van preventie - Deelrapport van de VTV 2010 - Van gezond naar beter, RIVM, Van den Berg, M. en Schoemaker, C.G., 2005
26	Effects on Health on Own and Spousal Employment and Income using Acute Hospital Admissions, Network for Studies on Pensions, Aging and Retirement, García-Gómez, P. et al., 2011
27	E-health en domotica in de zorg: kans of risico?, Inspectie voor de gezondheidszorg, Van der Velde, R. et al., 2008
28	Er is geen community care', Zorg en Welzijn, Verplanke, L., 2010
29	Er is meer mogelijk dan je denkt! Praktische wegwijzer voor de mantelzorger, Mezzo, 2011
30	Bevolkingsprognose 2010-2060: model en veronderstellingen betreffende de sterfte, SCP, Van Duin, C. et al., 2011

Literatuurlijst (2)

31	Future Health Care Costs - do health care costs during the last year of life matter?, Elsevier Health Policy, Serup-Hansen, N. et al., 2002
32	Gezond actief: de relatie tussen ziekten, beperkingen en maatschappelijke participatie onder Nederlandse Ouderen, RIVM, Hoeymans, N.J.M. et al., 2005
33	Gezond en actief ouder worden: de maatschappelijke baten van healthy ageing onderzoek - Een scenario-analyse tot 2050, UMCG, Pompe, M., 2011
34	Gezond ouder worden in Nederland, RIVM, Zantinge, E.M. et al., 2005
35	Gezondheid en determinanten - Deelrapport van de VTV 2010. Van gezond naar beter, Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, N. Hoeymans, J.M. Melse en C.G. Schoemaker, 2005
36	Gezondheid en zorg in cijfers 2011, CBS, Van Hilten, O. et al., 2005
37	Godsdienstige veranderingen in Nederland - Verschuivingen in de binding met de kerken en de christelijke traditie, SCP, J. Becker en J. de Hart, 2005
38	Health Care Reforms in an Ageing European Society, with a Focus on the Netherlands, Centre for European Studies, Drs. E.J. van Asselt, Prof. Dr. A.L. Bovenberg, Prof. Dr. R.H.J.M. Gradus en Dr. A. Klink, 2010
39	Health, Disability and Work: Patterns for the Working Age Population, Network for Studies on Pensions, Aging and Retirement, García-Gómez, P. et al., 2005
40	Healthy ageing - A Challenge for Europe, Statens folkhälsoinstitut, 2007
41	Healthy aging in complex environments - Exploring the benefits of systems thinking for health promotion practice, Proefschrift, Naaldenberg, J., 2005
42	Help wanted? Providing and Paying for Long-Term Care, OECD, 2011
43	Het Chronic Care model als basis voor zorg aan mensen met een veel voorkomende chronische aandoening, Hans Mak Instituut, Spreeuwenberg, C., 2011
44	Het model van de levensloopbenadering - Een bouwsteen voor de discussie over de visie van welzijn, Maatschappelijk Ondernemers Groep, Alsem, I., 2005
45	Het nieuwe wonen voor ouderen - Een omgevingsverkenning naar domotica en duurzaamheid voor ouderen, TNO Bouw, Drs. J. Dries, drs. G.J. Ellen, drs. M. den Blanken en ir. N. Maas, 2003
46	Het stimuleren van maatschappelijke inzet door vitale ouderen - Verkenning, Movisie, Van de Maat, J.W. en Van der Zwet, R., 2009
47	Hoe stevig is het cement? Positie van vrijwilligers en vrijwilligersorganisaties in de zorg, Verwey-Jonker Instituut en NIZW Zorg, Drs. E. Plemper, drs. C. Scholten, drs. D. Oudenampsen, drs. R. van Overbeek, drs. F. Dekker en drs. G. Visser, 2006
48	Imago (werken in de) Zorg, ABVAKABO FNV, ADV Market Research
49	Informeel zorg - Het aandeel van mantelzorgers en vrijwilligers in de langdurige zorg, RVZ, Struijs, A.J., 2005
50	Kan het wat minder? - De gevolgen van wet- en regelgeving op het vrijwilligerswerk - Een inventarisatie van wetten en regelingen die belastend zijn voor het vrijwilligerswerk, CIVIQ, Edinga, R. et al., 2004
51	Kosten en baten van extramuralisering - De gevolgen voor de Regeling hulpmiddelen, Stichting voor Economisch Onderzoek der Universiteit van Amsterdam en Sociaal en Cultureel Planbureau, Lucy Kok, Natasja Brouwer, Klarita Sadiraj (allen SEO), John Stevens, Edwin van Gameren en Isolde Woittiez (allen SCP), 2004
52	Kosten naar Leeftijd, RIVM (website), 2007
53	Krimp & Kracht - De nieuwe realiteit in Drents perspectief, STAMM CMO, Fenna Bolding en Roosje van Leer (redactie), 2005
54	Kwetsbare Ouderen, Social en Cultureel Planbureau, Van Campen, C, 2011
55	Kwetsbare ouderen: Zorg of geen zorg?, Vrije Universiteit Amsterdam, Plaisier, I. et al., 2011
56	Levensverwachting stijgt sterk, SKIPR, Redactie SKIPR, 2011
57	Levensverwachting, RVZ, Ottes, L., 2005
58	Lokale coördinatie: de onmisbare schakel - Adviezen aan vrijwilligersorganisaties in zorg en welzijn, Verwey-Jonker Instituut, Van der Klein, M. en Oudenampsen, D., 2010
59	Maatschappelijke baten - Deelrapport van de VTV 2010 - Van gezond naar beter, RIVM, Post, N.A.M., et al., 2005
60	Mantelzorg - Een overzicht van de steun van en aan mantelzorgers in 2007, Sociaal en Cultureel Planbureau, De Boer, A. et al., 2009

Literatuurlijst (3)

61	Mantelzorg uit de doeken, SCP, Oudijk, D. et al., 2010
62	Mantelzorg op maat, Netwerk Dementie Drenthe, Bakker, C., 2010
63	Mantelzorg uit de doeken, Sociaal en Cultureel Planbureau, Oudijk, D. et al., 2005
64	Mantelzorg: extra uitgaven en vergoedingen, Sociaal en Cultureel Planbureau en Mezzo, Borsboom, L. et al., 2005
65	Mantelzorgers van mensen met een psychische aandoening, Trimbos Instituut, Bransen, E., 2005
66	Meer ouderen langer aan het werk, ESB, Otten, F. et al, 2011
67	Met pensioen als vrijwilliger? Onderzoek naar de inzet van oudere vrijwilligers, Vilans-MOVISIE, Elferink, J. en Scholten, C., 2009
68	Met zorg gekozen? Woonvoorkeuren en woningmarktgedrag van ouderen en mensen met een lichamelijke beperking, VROM/Sociaal Cultureel Planbureau, Kulberg, J. en Ras, M., 2011
69	Method for Calculating Healthy Life Expectancy by Including Dynamic Changes of Both Mortality and Health, Netspar Panel Papers, Yang, Y., 2010
70	Micro-effecten van het Scheiden van Wonen en Zorg, Van der Waart, J. et al., 2009
71	Minder ouderen verblijven in instelling, SKIPR, Redactie SKIPR, 2011
72	Mogelijkheden voor preventie van AWBZ-gebruik: netwerken van zelfstandig wonende ouderen, Vrije Universiteit Amsterdam, Plaisier, I. et al., 2011
73	Monitor ouderenbeleid 2008, SCP, Van Kampen, C., 2008
74	Nederland in een dag - Tijdbesteding in Nederland vergeleken met die in vijftien andere Europese landen, SCP, Cloin, M. et al., 2011
75	Onder de mensen? Een onderzoek naar mensen met beperkingen in vier stadsbuurten, Nicis Institute, Verplanke, L. et al., 2009
76	Onderzoek mantelzorgondersteuning - Stand van zaken en aanknopingspunten voor versterking vanuit gemeenten en andere betrokken partijen, Bureau HHM, Laan, A. et al., 2011
77	Op zoek naar de Heilige Graal van de volkshuisvesting - Een verslag over woningcoöperatieven in Duitsland, Futura, Brandsen, T. en Helderman, J.K., 2009
78	Ouderen en maatschappelijke inzet, SCP, Breedveld, K. et al., 2005
79	Ouderen maken de civil society, Gerōn, Van Minnen, W.
80	Ouderen nu en in de toekomst - Gezondheid, verpleging en verzorging 2000 - 2020, RIVM, Van den Berg Jeths, A.J.M. et al., 2004
81	Ouderen nu en in de toekomst - Toekomstverkenning 2000 - 2020, RIVM en SCP, Singelenberg, J., 2004
82	Ouderenbeleid in het perspectief van vergrijzing, Nota, Ministerie VWS, 2005
83	Panacee of paradox? Over de (on)zin van preventie, DE EERSTELIJNS, Polder, J.J. en De Wildt, J.E., 2011
84	PasAan - Aanbouwwunit en mantelzorgwoning, Wonen en zorgen in de tuin, ZorgInstellingen, Betty Rombout, 2007
85	Pensioenleeftijd werknemers ruim 63 jaar, Webmagazine, Arts, K. en Otten, F., 2012
86	Perceived social isolation and cognition, Center for Cognitive and Social Neuroscience, University of Chicago, Cacioppo, J.T. and Hawkley, L.C., 2009
87	Portretten van mantelzorgers, SCP, Kooiker, S. en De Boer, A., 2008
88	Preventie bij ouderen: Focus op zelfredzaamheid, Gezondheidsraad, Healt Council of the Netherlands, 2009
89	Private Pensions for Europe, CPB Netherlands Bureau for Economic Policy Analysis, Lans Bovenberg, Casper van Ewijk, 2011
90	Proefschrift: De betekenis van nabijheid - Een onderzoek naar informele zorg in een volkswijk, Linders, E.A.H.M., 2009

Literatuurlijst (4)

91	Proefschrift: Essays on Labor Force Participation, Aging, Income and Health, Knoef, M.G., 2005
92	Rapport Arbeidsmarktpositie van ouderen (45 tot 65 jaar) in 2006-2009, CBS, König, T, Ter Haar, D., 2010
93	Samenwerking vrijwilligers en beroepskrachten bij maatschappelijke ondersteuning, Verwey-Jonker Instituut / NIZW, Oudenampsen, D. et al., 2006
94	Senioren op de woningmarkt - Nieuwe generaties, andere eisen en wensen, Rigo Research en Advies BV in opdracht van Wonen, Wijken en Integratie (ministerie VROM), Van Iersel, J. en Leidelmeijer, K., 2010
95	Special issue on healthcare - Healthy ageing and the future of public healthcare systems, European Commission, Directorate-General for Research, 2009
96	Sport een leven lang, SCP, Tiessen Raaphorst, A. et al., 2010
97	Standardizing the Inclusion of Indirect medical Costs in Economic Evaluations, Pharmacoeconomics, Van Baal, P.H.M. et al., 2005
98	System Dynamics Health Applications 1970s to the Present, Homer
99	System Dynamics Modeling for Public Health: Background and Opportunities, American Journal of Public Health, Homer, J.B. et al., 2006
100	The impact of ageing on expenditures in the National Health Service, British Geriatrics Society, Meena Seshamani, Alistair Gray, 2002
101	The Impact of Caring on Family Carers, OECD, 2011
102	The influence of the welfare state on the number of young old persons, Cambridge Journals, Komp, K. et al., 2005
103	The Relationship between baselinehealth and longitudinal costs of hospital use, Health Economics, Wouterse, B. et al., 2010
104	Thema Ouderenzorg, Zorgmarkt, Westendorp, R. en Van der Waal, M., 2011
105	Thuis voelen in de buurt: een opgave voor stedelijke vernieuwing - Een vergelijkend onderzoek naar de buurthechting van bewoners in Nederland en Engeland, Nicis Institute en Amsterdam University Press, Van der Graaf, P. en Duyvendak, J.W., 2005
106	Tijd en toekomst - Deelrapport van de VTV 2010 Van Gezond naar Beter, RIVM, Luijben, A.H.P. en Kommer, G.J., 2005
107	Toekomst zorg thuis - Nieuwe trends, nieuwe kansen, Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie en Stichting Onderzoek en Ontwikkeling Maatschappelijke gezondheidszorg, 2011
108	Toekomstverkenning informele zorg, SCP, De Boer, A., 2005
109	Toekomstverkenning thuiszorg - Hoe wonen wij in 2020 en wat betekent dat voor thuiszorg?, SEV, Singelenberg, J., 2009
110	Toekomstverkenning vrijwillige inzet 2015, SCP, Dekker, P. et al., 2005
111	Topcare: Toegangspoort naar dynamische verpleeghuiszorg, LSJ Medisch Projectbureau, Schmit Jongbloed, en Jacques, 2010
112	Trendcijfers Gezondheidsenquête 1981-2009 - Gebruik geneeskundige voorzieningen, gezondheidsindicatoren en leefstijl, CBS, Swinkels, H., 2011
113	Trendrapport Bewegen en Gezondheid 2008/2009, TNO, Hildebrandt, V.H. et al., 2010
114	Tussenevaluatie "Zorg beter met vrijwilligers", Research voor Beleid, Hoffman, M. en Van Vree, F., 2011
115	Uitvoeringstoets lage-ziektelastbenadering (concept), College voor zorgverzekeringen, Gimbrère, C.H.F., 2005
116	Van gezond naar beter - Kernrapport van de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2010, RIVM, Van der Lucht, F. en Polder, J.J., 2005
117	Vandaag de vraag, morgen het aanbod - Vraaggestuurde zorg in ontwikkeling, Inaugurale reden lectoraat, Kort, H.S.M., 2005
118	Verantwoorde vrijwilligerszorg - Een verkennende studie naar de behoefte aan normen, Verwey-Jonker Instituut en Vilans, Van der Klein, M. en Oudenampsen, D., 2008
119	Vergrijzing - Gezond ouder worden door te werken, Arbo Magazine, Platzer, B., 2010
120	Vergrijzing verdeeld - Toekomst van Nederlandse Overheidsfinanciën, CPB, Van der Horst, A. et al., 2010

Literatuurlijst (5)

121	Verkenning participatie - Arbeid, vrijwillige inzet en mantelzorg in perspectief (werkdocument 16), De Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling, Van Beek, K., 2008
122	Verlof vragen - De behoefte aan en het gebruik van verlofregelingen, SCP, De Meester, E. en Keuzenkamp, S., 2011
123	Versterking preventieve zorg voor ouderen, Ministerie VWS, Klink, A. et al, 2009
124	Versterking van de arbeidsmarktpositie van laagopgeleiden, TPEdigitaal, Geralt Nekkens, Charlotte van Trier en Els Vogels, maart 2008
125	VEVERA-IV - Actualisatie en aanpassing ramingsmodel verpleging en verzorging 2009-2030, SCP, Eggink, E. et al., 2012
126	Vitale buurten - Over buurtcontacten en voorzieningen voor ouderen en mensen met een beperking., Bureau Onderzoek Gemeente Groningen, Van Teerns, M., 2005
127	Voor vermaatschappelijking van de zorg is méér nodig dan een eigen huis, Nicis Institute, Van Lenning, P.L., 2010
128	Vrijwillige inzet 2010, CBS, Houben-van Hertem, M. en Te Riele, S., 2011
129	Vrijwilligers en beroepskrachten - Verslag van een verkennend onderzoek naar hun relatie, Verwey-Jonker Instituut, Van Daal, H.J. et al., 2005
130	Vrijwilligers in de zorg: meer dan ooit een helpende hand - Het effect van de invoering van zorgzwaartepakketten op het vrijwilligerswerk in de ouderen- en gehandicaptenzorg, Vrije Universiteit Amsterdam, Boersma, T., 2011
131	Vrijwilligerswerk in meervoud - Civil society en vrijwilligerswerk 5, SCP, Dekker, P. en De Hart, J., 2005
132	Vrijwilligerswerk onder werkenden en niet-werkenden, CBS, Arts, K. en Ter Riele, S., 2011
133	Vrouwen, mannen en mantelzorg - Beelden en feiten, SCP, De Boer, A. en Keuzenkamp, S., 2005
134	Werk maken van participatie, Oratie, Van der Klink, J., 2007
135	Werken en weldoen - Kiezen voor betaalde en onbetaalde arbeid, SCP, Ooms, I. et al., 2009
136	Wie dan leeft, wie dan zorgt?, Proefschrift, Poldermans, M.W.E., 2008
137	Wisseling van de wacht: generaties in Nederland - Sociaal en Cultureel Rapport 2010, SCP, Van den Broek, A. et al., 2005
138	Wonen, Wijken en Integratie - Senioren op de woningmarkt (nieuwe generaties, andere eisen en wensen), Ministerie VROM, Van Iersel, J. en Leidelmeijer, K., 2010
139	Zelfstandig blijven met domotica - In eigen omgeving oud worden - praktijkwenken, Energieonderzoek Centrum Nederland, Kester, J., 2005
140	Zicht op kwetsbare burgers - Een onderzoek naar de mogelijkheden van sociale professionals om maatschappelijke steunsystemen uit te breiden naar informale zorg (masterscriptie), Hanneke van Lieshout, Van Lieshout, H., 2010
141	Zilveren Kracht in uw buurt: het Eemlands Model, Movisie, Mercken, C.J., 2008
142	Zin in meedoen - Werkzame principes voor het stimuleren van vrijwillige inzet van mensen in de derde levensfase, MOVISIE, Penninx, K., 2005
143	Zonder cement geen bouwwerk, Movisie, Vilans, NOV, Scholten, C. et al., 2011
144	Zorg voor mensen, mensen voor de zorg - Arbeidsmarktbeleid voor de zorgsector richting 2025, Zorginnovatieplatform, 2009
145	Zorgen voor Zorg - Ramingen van de vraag naar personeel in de verpleging en verzorging tot 2030, SCP, Eggink, E. et al., 2010

Wetenschappers

De volgende wetenschappers zijn telefonisch geïnterviewd:

- Martin Boekholdt
- Marjolein Broese van Groenou
- Jan Willem Duyvendak
- Marleen Goumans
- Inge Hutter
- Helianthe Kort
- Marcel Olde Rikkert
- Kees Penninx
- Johan Polder
- Jan Kees Helderma
- Rudi Westendorp

Experts

Met onderstaande experts zijn interviews gehouden:

- Jancor de Boer, Mezzo
- Fenna Bolding, Stamm
- Elise Splint, SZW
- Frank Bonnerman, BZK
- Rona Bosman, CIZ
- Jolanda Elferink, Movisie
- Wendy van der Kraan, VWS
- Wim van Minnen, CSO
- Annemiek Mulder, ActiZ
- Valentin Neevel, VWS
- Roos Scherpenzeel, Movisie
- Yvonne Witter, ActiZ kenniscentrum wonen
- Rob Wolthuis, VNO/NCW

Kerngroep

De kerngroep waarmee de System Dynamics-sessie zijn gehouden, bestaat uit de volgende mensen:

- Jancor de Boer/Jan Anne van Dijk, Mezzo
- Fenna Bolding, Stamm
- Elise Splint, SZW
- Frank Bonnerman, BZK
- Wendy van der Kraan, VWS
- Wim van Minnen, CSO
- Annemiek Mulder, ActiZ
- Valentin Neevel, VWS

De derde sessie is niet met bovengenoemde kerngroep gehouden, maar met experts uit Oost-Drenthe:

- Jacob Bruintjes, wethouder gemeente Borger-Odoorn en tevens voorzitter van de stuurgroep Zorgexperiment
- Fenna Bolding, Stamm
- Hans Scheer, woningcorporatie Woonservice
- Heleen Schut, beleidsambtenaar gemeente Borger-Odoorn (zorg)
- Ida Snippe, beleidsambtenaar gemeente Borger-Odoorn
- Greet van Heusden, locatiemanager Welzijnsgroep Andes
- Els van der Veen, coördinator Netwerk Dementie Drenthe
- Renske de Vries, Zorgkompas

Onderbouwing systeemodynamica en Group Model Building

Systeemodynamica

Systeemodynamica is ontwikkeld in de jaren '50 en '60 van de vorige eeuw en is ontstaan uit de regeltechniek en de theorie voor niet-lineaire dynamica. Het is een hulpmiddel om op een rationele (wiskundige) wijze om te kunnen gaan met complexe vraagstukken. De methode is ontwikkeld om bedrijfskundige en andere problemen te analyseren en te doorgronden.

Systeemodynamica is op een aantal punten onderscheidend vergeleken met andere methodieken:

1. Het gedrag en het begrijpen (in termen van oorzaak-gevolgrelaties) van complexe systemen staat voorop. Dit vanuit de gedachte dat de structuur (onderlinge samenhang) bepalend is voor het gedrag van het systeem en het gedrag van de mensen in het systeem;
2. Het gaat om effecten in de tijd, dus zowel effecten op korte termijn als effecten op lange(re) termijn;
3. Het draait om inzicht in mogelijke effecten van beleid en niet om exacte voorspellingen;
4. Het is een van weinige methoden die om kan gaan met (versterkende of balancerende) feedback (terugkoppeling).

Group Model Building

Het toepassen van Group Model Building houdt in essentie in dat het systeemdynamische model wordt gebouwd samen met een expertgroep bestaande uit inhoudelijk deskundigen en vertegenwoordigers van de betrokken organisaties. Deze personen brengen in de expertbijeenkomsten de relevante factoren die van invloed zijn op de vraagstelling en hun onderlinge samenhang (in termen van oorzaak-gevolgrelaties) in kaart, op basis van de in hun 'mental database' aanwezige kennis. In een model wordt de complexe werkelijkheid uiteengehaald in ketens van oorzaak en gevolg. Zo wordt de onderliggende structuur met mechanismen en onderlinge afhankelijkheden zichtbaar, die verantwoordelijk zijn voor het gedrag in de tijd. Op deze manier wordt een model gebouwd dat een herkenbaar verband houdt met de realiteit met herkenbare inbreng van de groep betrokken experts. Ook is deze methode geschikt om te waarborgen dat de aannames, die worden gemaakt ten behoeve van een rekenend simulatiemodel, plausibel zijn.

Uitleg effectentabel

De effectentabellen zijn opgesteld voor de drie modellen; vrijwilligersmodel, mantelzorgmodel en zelfredzaamheidsmodel. De tabellen geven een samenvatting van de autonome ontwikkelingen en de beïnvloedbare maatregelen die effect hebben op de inzet van vitale oudere als vrijwilliger, vitale oudere als mantelzorger en de mate van zelfredzaamheid van de oudere. De autonome ontwikkeling en de beïnvloedbare maatregel worden benoemd, de richting van het effect is aangegeven op de omvang van de groep vitale ouderen die vrijwilligerswerk of mantelzorg levert. Ook is het te verwachten effect gegeven op de match tussen de vrijwilliger of mantelzorger en de benodigde zorg en ondersteuning. In de tabellen voor vrijwilligers en mantelzorg is vervolgens een onderscheid gemaakt naar effecten voor vitale ouderen die al vrijwilliger of mantelzorger zijn (behouden) of die mogelijk vrijwilliger of mantelzorger worden (aantrekken). De tabel van zelfredzaamheid geeft effecten op de mate van zelfredzaamheid en het behouden daarvan. Hierbij is aangegeven of het effect klein of groot is, of dat het effect direct of indirect is.

Symbolen bij het effect op aantal over mate van en de match:

- + = een verwacht positief effect; als een variabele stijgt, dan stijgt de andere gerelateerde variabele ook.
Of: als een variabele daalt, dan daalt de andere gerelateerde variabele ook.
- o = geen of verwaarloosbaar effect.
- = een verwacht negatief effect; als een variabele stijgt, dan daalt de andere gerelateerde variabele ook, of andersom.
- +/- = een verband kan tegelijkertijd een positief én negatief effect hebben.

Samenvattende effectentabel vrijwilligers

	Aantal vrijwilligers	Match vrijwilliger en taak	Behouden		Aantrekken	
			Groot of klein effect	Direct of indirect effect	Groot of klein effect	Direct of indirect effect
Beïnvloedbare maatregelen						
Organisatie van vrijwilligerswerk door werkgevers	+	o	klein	direct	klein	indirect
Aanbod van professionele zorg	-	o	klein	indirect	groot	indirect
Aantal faciliterende werkgevers	+	o	klein	direct	klein	indirect
Toepassing van de 20 werkzame principes van Penninx (werving)	+	+	klein	direct	klein	indirect
Professionalisering: Afspraken over juridische en persoonlijke grenzen	+	o	klein	direct	klein	indirect
Professionalisering: Bieden van scholing aan vrijwilligers	+/-	+	klein	direct	klein	indirect
Professionalisering: Voortdurende afstemming	+	+	groot	direct	klein	Indirect
Aantal en complexiteit indicatiecriteria	-	-	groot	indirect	groot	indirect
Mogelijkheden om voor AOW leeftijd (deels) te stoppen met werken	+	o	klein	indirect	klein	Indirect
AOW-leeftijd	+	o	klein	indirect	klein	indirect

Samenvattende effectentabel mantelzorgers

			Behouden		Aantrekken	
	Aantal vrijwilligers	Match vrijwilliger en taak	Groot of klein effect	Direct of indirect effect	Groot of klein effect	Direct of indirect effect
Beïnvloedbare maatregelen						
Aangeboden collectief gefinancierde intramurale zorg	-	-	groot	indirect	groot	indirect
Aangeboden collectief gefinancierde extramurale zorg	+/-	+	groot	indirect	groot	indirect
Flexibiliteit in indicatiestelling t.a.v. informele zorg	+	+	groot	direct	groot	direct
Mogelijkheden tot opnemen zorgverlof	+	o	klein	indirect	klein	indirect
Aantal faciliterende werkgevers	+	0	groot	direct	klein	indirect
Mogelijkheden geboden door werkgevers	+	+	groot	direct	klein	indirect
Aantal en complexiteit van de indicatiecriteria	-	-	groot	indirect	groot	indirect
Respijtzorg (=vorm van ondersteuning)	+	o	groot	direct	klein	indirect
Aanbod van ondersteuning aan de mantelzorger	+	o	klein	direct	klein	indirect
Stimuleren van extramuralisering	+/-	+	groot	direct	groot	direct

Samenvattende effectentabel zelfredzaamheid

Beïnvloedbare maatregelen	Mate van zelfredzaamheid onder ouderen	Behouden	
		Groot of klein effect	Direct of indirect effect
Eisen aan nieuwbouwwoningen	+	klein	indirect
Collectieve financiering van aanpassing woningen	+	groot	indirect
Stimuleren van aanpassingen aan woningen door overheid	+	klein	indirect
Faciliteren van aanpassingen aan woningen door woningbouwcorporaties	+	groot	indirect
Juiste inrichting van de woonomgeving	+	groot	indirect
Stimuleren inzet eigen vermogen uit woning	+	klein	indirect
Beschikbaarheid van voorzieningen om fysieke contacten mogelijk te maken	+	klein	direct
Stimuleren van gebruik van voorzieningen om fysieke contacten mogelijk te maken	+	groot	indirect
Mogelijkheid en toepassen domotica	+	groot	indirect
Gebruiksvriendelijkheid van domotica voor ouderen	+	groot	Indirect
Toegang tot collectief gefinancierde zorg	-	groot	indirect
Voorzieningen om fysieke contacten mogelijk te maken	+	klein	indirect
Gebruik van sociale media	+	klein	indirect
Door professional betrekken van breder sociale netwerk van de cliënt	+	klein	indirect

