

Kwetsbare ouderen

Kwetsbare ouderen

Cretien van Campen (red.)

Sociaal en Cultureel Planbureau
Den Haag, februari 2011

Het Sociaal en Cultureel Planbureau is ingesteld bij Koninklijk Besluit van 30 maart 1973.

Het Bureau heeft tot taak:

- a wetenschappelijke verkenningen te verrichten met het doel te komen tot een samenhangende beschrijving van de situatie van het sociaal en cultureel welzijn hier te lande en van de op dit gebied te verwachten ontwikkelingen;
- b bij te dragen tot een verantwoorde keuze van beleidsdoelen, benevens het aangeven van voor- en nadelen van de verschillende wegen om deze doeleinden te bereiken;
- c informatie te verwerven met betrekking tot de uitvoering van interdepartementaal beleid op het gebied van sociaal en cultureel welzijn, teneinde de evaluatie van deze uitvoering mogelijk te maken.

Het Bureau verricht zijn taak in het bijzonder waar problemen in het geding zijn die het beleid van meer dan één departement raken. De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport is als coördinerend minister voor het sociaal en cultureel welzijn verantwoordelijk voor het door het Bureau te voeren beleid. Omtrent de hoofdzaken van dit beleid treedt de minister in overleg met de minister van Algemene Zaken, van Justitie, van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties, van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap, van Financiën, van Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieubeheer, van Economische Zaken, van Landbouw, Natuur en Voedselkwaliteit, van Sociale Zaken en Werkgelegenheid.

© Sociaal en Cultureel Planbureau, Den Haag 2011

SCP-publicatie 2011-10

Zet- en binnenwerk: Textcetera, Den Haag

Figuren: Mantext, Moerkapelle

Vertaling samenvatting: Julian Ross, Carlisle, Engeland

Omslagontwerp: Bureau Stijlzug, Utrecht

Foto's omslag en binnenwerk: Stichting GetOud, Den Haag

ISBN 978 90 377 0542 3

NUR 740

Voorzover het maken van reprografische verveelvoudigingen uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16h Auteurswet 1912 dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprorecht (Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.repro-recht.nl). Voor het overnemen van (een) gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (art. 16 Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot de Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten Organisatie, Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.cedar.nl/pro).

Sociaal en Cultureel Planbureau

Parnassusplein 5

2511 vx Den Haag

Telefoon (070) 340 70 00

Fax (070) 340 70 44

Website: www.scp.nl

E-mail: info@scp.nl

De auteurs van SCP-publicaties zijn per e-mail te benaderen via de website.

Inhoud

| | |
|---|----|
| Voorwoord | 9 |
| Samenvatting | 11 |
| 1 Inleiding <i>Cretien van Campen (SCP)</i> | 17 |
| Deel I Wat is kwetsbaarheid? | |
| 2 Perspectieven van ouderen op kwetsbaarheid en kwaliteit van leven <i>Aukje Verhoeven (SCP), Sjoerd Kooiker (SCP) en Jos van Campen (Slotervaartziekenhuis, Geriatrie)</i> | 25 |
| 2.1 Kwetsbare ouderen aan het woord | 25 |
| 2.2 Belangrijk in het leven | 25 |
| 2.3 Verlies van zelfstandigheid | 30 |
| 2.4 Wat verstaan ouderen onder 'kwetsbaarheid'? | 32 |
| 2.5 Draaglast en draagkracht, een wankel evenwicht | 35 |
| 2.6 Samenvatting | 35 |
| Noten | 36 |
| 3 Wetenschappelijke definities en metingen van kwetsbaarheid <i>Robbert Gobbens (Hogeschool Rotterdam / UvT-Tranzo), Katrien Luijckx (UvT-Tranzo), Ria Wijnen-Sponselee (Avans Hogeschool), Marcel van Assen (UvT-MTO) en Jos Schols (UM-Caphri)</i> | 39 |
| 3.1 Opkomst van het begrip frailty | 39 |
| 3.2 Afbakening van het begrip 'kwetsbaarheid' | 40 |
| 3.3 Verschil tussen kwetsbaarheid en verwante begrippen | 40 |
| 3.4 Een conceptueel model van kwetsbaarheid | 42 |
| 3.5 Definities van kwetsbaarheid | 45 |
| 3.6 Het meten van kwetsbaarheid | 45 |
| 3.7 De Tilburg Frailty Indicator (TFI) | 46 |
| 3.8 Samenvatting | 47 |
| Noten | 48 |
| Deel II Welke ouderen zijn kwetsbaar? | |
| 4 Kwetsbare ouderen in Nederland <i>Maaïke den Draak en Cretien van Campen (SCP)</i> | 51 |

| | | |
|---|---|-----|
| 4.1 | Omvang van de populatie kwetsbare ouderen | 51 |
| 4.2 | Zelfstandig wonende kwetsbare ouderen | 54 |
| 4.3 | Kwetsbare ouderen in instellingen | 58 |
| 4.4 | Kwetsbaarheid, multimorbiditeit en beperkingen | 60 |
| 4.5 | Signalering van kwetsbare ouderen | 62 |
| 4.6 | Samenvatting | 63 |
| | Noten | 64 |
| 5 | Raming van het aantal kwetsbare ouderen tot 2030 <i>Cretien van Campen, Michiel Ras en Maaïke den Draak (SCP)</i> | 69 |
| 5.1 | Ontwikkeling van het aantal kwetsbare ouderen | 71 |
| 5.2 | Sociaaldemografische ontwikkelingen in de oudere bevolking | 72 |
| 5.3 | Veranderingen in de samenstelling van de groep kwetsbare ouderen | 76 |
| 5.4 | Samenvatting | 80 |
| | Noten | 81 |
| Deel III Ontwikkeling van kwetsbaarheid | | |
| 6 | Het beloop van kwetsbaarheid <i>Martijn Huisman en Dorly Deeg (VU/VUMC-LASA)</i> | 85 |
| 6.1 | Een longitudinale studie van kwetsbaarheid | 85 |
| 6.2 | Het beloop van kwetsbaarheid | 86 |
| 6.3 | Zes belooptypen van kwetsbaarheid | 87 |
| 6.4 | Voorspelt het beloop van kwetsbaarheid de opname in een verzorgings- of verpleeghuis en het overlijden? | 89 |
| 6.5 | Samenvatting | 91 |
| | Noten | 92 |
| 7 | Fysieke kwetsbaarheid <i>Martijn Huisman en Dorly Deeg (VU/VUMC-LASA)</i> | 95 |
| 7.1 | Wat is fysieke kwetsbaarheid? | 95 |
| 7.2 | Het beloop van fysieke kwetsbaarheid | 96 |
| 7.3 | Zes belooptypen van fysieke kwetsbaarheid | 97 |
| 7.4 | Samenhang tussen het beloop van fysieke kwetsbaarheid en psychische en sociale kwetsbaarheid op de langere termijn | 99 |
| 7.5 | Voorspelt het beloop van fysieke kwetsbaarheid opname in een verzorgings- of verpleeghuis en het overlijden? | 100 |
| 7.6 | Samenvatting | 102 |
| | Noten | 103 |

| | | |
|---|--|-----|
| 8 | Psychische kwetsbaarheid <i>Hannie Comijs (GGZinGeest / VUmc-LASA)</i> | 107 |
| 8.1 | Wat is psychische kwetsbaarheid? | 107 |
| 8.2 | Beloop van psychische kwetsbaarheid | 108 |
| 8.3 | Zes belooptypen van psychische kwetsbaarheid | 109 |
| 8.4 | Samenhang tussen het beloop van psychische kwetsbaarheid en fysieke en sociale kwetsbaarheid op de langere termijn | 111 |
| 8.5 | Voorspelt het beloop van psychische kwetsbaarheid opname in een verzorgings- of verpleeghuis en het overlijden? | 113 |
| 8.6 | Aanbevelingen voor onderzoek en beleid | 115 |
| 8.7 | Samenvatting | 116 |
| | Noten | 117 |
| 9 | Sociale kwetsbaarheid <i>Marjolein Broese van Groenou (VU-LASA)</i> | 121 |
| 9.1 | Wat is sociale kwetsbaarheid? | 121 |
| 9.2 | Beloop van sociale kwetsbaarheid | 123 |
| 9.3 | Zes belooptypen van sociale kwetsbaarheid | 125 |
| 9.4 | Samenhang tussen het beloop van sociale kwetsbaarheid en fysieke en psychische kwetsbaarheid op de langere termijn | 126 |
| 9.5 | Voorspelt het beloop van sociale kwetsbaarheid opname in een verzorgings- of verpleeghuis en het overlijden? | 129 |
| 9.6 | Aanbevelingen voor onderzoek en beleid | 131 |
| 9.7 | Samenvatting | 132 |
| | Noten | 134 |
| Deel IV Bescherming tegen kwetsbaarheid | | |
| 10 | Sociaaleconomische status <i>Martijn Huisman (VU/VUmc-LASA)</i> | 137 |
| 10.1 | Sociaaleconomische status en gezondheid van ouderen | 137 |
| 10.2 | Sociaaleconomische verschillen in kwetsbaarheid | 139 |
| 10.3 | Sociaaleconomische verschillen in tehuisopname en overlijden | 141 |
| 10.4 | Samenvatting | 143 |
| | Noten | 144 |
| 11 | Wonen en zorg <i>Alice de Boer, Debbie Oudijk (SCP) en Marjolein Broese van Groenou (VU-LASA)</i> | 149 |
| 11.1 | Beleid en onderzoek | 149 |

| | | |
|------|---|-----|
| 11.2 | De woon-zorgsituatie van ouderen | 151 |
| 11.3 | Beloop van kwetsbaarheid | 155 |
| 11.4 | Veranderingen in de woon-zorgsituatie | 158 |
| 11.5 | Samenvatting | 162 |
| | Noten | 163 |
| 12 | Gemeentelijke ondersteuning <i>Anna Maria Marangos en Mirjam de Klerk (SCP)</i> | 167 |
| 12.1 | De Wmo, een brede wet | 167 |
| 12.2 | Kwetsbare ouderen met een beperking | 168 |
| 12.3 | Verschillen in gebruik en noodzaak van Wmo-ondersteuning | 169 |
| 12.4 | Wie gebruikt ondersteuning? | 170 |
| 12.5 | Wie gebruikt geen ondersteuning? | 172 |
| 12.6 | Helpt Wmo-ondersteuning? | 172 |
| 12.7 | Wat kan de Wmo nog meer doen? | 173 |
| 12.8 | Samenvatting | 175 |
| | Noten | 175 |
| 13 | Verpleging en verzorging <i>Cretien van Campen en Maaike den Draak (SCP)</i> | 179 |
| 13.1 | Kwetsbare, hulpbehoevende en zorgontvangende ouderen | 179 |
| 13.2 | Hoeveel kwetsbare ouderen ontvangen verpleging en verzorging? | 181 |
| 13.3 | Kwetsbare ouderen zonder verpleging en verzorging | 182 |
| 13.4 | Ontwikkelingen in kwetsbaarheid en de vraag naar verpleging en verzorging | 183 |
| 13.5 | Discussie en aanbevelingen | 185 |
| 13.6 | Samenvatting | 186 |
| | Noten | 187 |
| 14 | Kwetsbaarheid en behoud van kwaliteit van leven. Slotbeschouwing <i>Cretien van Campen (SCP)</i> | 191 |
| | Summary | 199 |
| | Bijlagen (te vinden via www.scp.nl bij het desbetreffende rapport) | |
| | Literatuur | 204 |
| | Publicaties van het Sociaal en Cultureel Planbureau | 215 |

Voorwoord

De ouderdom komt helaas vaak niet met één, maar met vele gebreken. Een groeiende groep ouderen wordt door een opeenstapeling van (kleine) lichamelijke, psychische en sociale tekorten kwetsbaar voor ernstige gezondheidsproblemen, die kunnen leiden tot beperkingen in het dagelijks functioneren, tot opname in een verzorgings- of verpleeginstelling of tot overlijden. Het is niet eenvoudig om de groep kwetsbare ouderen tijdig in beeld te krijgen, omdat ze zich op het moment van onderzoek meestal nog redelijk 'staande houden' en pas op de langere termijn bij een tegenslag 'omvallen' en intensievere zorg behoeven. Ouderenorganisaties, hulpverleners, zorginstellingen, gemeenten en de rijksoverheid willen de kwetsbare ouderen graag te hulp schieten, maar tasten nog grotendeels in het duister over wie deze ouderen zijn en hoe groot de groep is.

Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (vws) gaf het Sociaal en Cultureel Planbureau (scp) opdracht een verkenning uit te voeren naar kwetsbare ouderen in Nederland. Sinds de jaren negentig rapporteert het scp regelmatig over de leefsituatie en het welbevinden van ouderen. Dit thematische rapport past in die onderzoekslijn. Aan dit rapport hebben verschillende onderzoeksinstituten en organisaties meegewerkt. We willen prof. dr. Dorly Deeg, dr. Marjolein Broese van Groenou, dr. Martijn Huisman, dr. Hannie Comijs (Vrije Universiteit), dr. Jos van Campen (Slotervaartziekenhuis), dr. Robbert Gobbens, dr. Katrien Luijckx, dr. Marcel van Assen (Universiteit van Tilburg), dr. Ria Wijnen-Sponselee (Avans Hogeschool) en prof. dr. Jos Schols (Universiteit Maastricht) hartelijk danken voor hun bijdragen aan dit rapport.

Tevens willen we de externe leden van de leescommissie bedanken voor hun kritische en constructieve commentaren. De commissie bestond uit: Wim van Minnen (cso, de koepel van ouderenorganisaties), prof. dr. Marcel Olde Rikkert (Universitair Medisch Centrum St. Radboud, afdeling Geriatrie), drs. Klaske van der Meulen en dr. Pieter Hovens (ministerie van vws, directie Maatschappelijke Ondersteuning), drs. Helma Slingerland (ministerie van vws, directie Publieke Gezondheid) en drs. Pieter Roelfsema (ministerie van vws, directie Langdurige Zorg).

Voor hun waardevolle adviezen en opmerkingen bij eerdere versies van dit rapport zijn we bijzonder erkentelijk aan prof. dr. Anne Margriet Pot (Trimbos-instituut), prof. dr. Ruud Kempen (Universiteit Maastricht), dr. Hein van Hout (Vrije Universiteit), dr. Karianne Jonkers (Nationaal Programma Ouderenzorg), dr. Marijke Mootz (ZonMw) en dr. Else Zantinge (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu).

Voor dit rapport zijn interviews afgenomen met kwetsbare ouderen en zijn fotoportretten van ouderen gemaakt. Dankzij hun welwillende medewerking, de gastvrijheid van de afdeling Geriatrie van het Slotervaartziekenhuis in Amsterdam en het woonzorgcentrum Het Uiterjoon (Respect Zorggroep) in Scheveningen en de creatieve inspanning van Stichting GetOud, die de foto's met citaten maakte, hebben kwetsbare ouderen een eigen stem in dit rapport gekregen.

Prof. dr. Paul Schnabel
Directeur Sociaal en Cultureel Planbureau

Samenvatting

Kwetsbare ouderen vormen de laatste jaren een belangrijke doelgroep van het beleid van ministeries, hulpverleningsorganisaties en ouderenbonden. Maar wie zijn de kwetsbare ouderen in Nederland? In dit onderzoek heeft het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) op verzoek van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) antwoorden gezocht op de vragen: Wat is kwetsbaarheid? Welke ouderen zijn kwetsbaar en hoeveel kwetsbare ouderen zijn er in Nederland? Wat is het beloop van kwetsbaarheid tijdens het leven van ouderen? en Wat beschermt ouderen tegen kwetsbaarheid?

Wat is kwetsbaarheid?

Ouderen denken niet in termen van kwetsbaarheid over zichzelf. Zij gebruiken zelden het woord 'kwetsbaar' om hun situatie te beschrijven. Hun aandacht gaat vooral uit naar de kwaliteit van het leven; zij vragen zich bijvoorbeeld af 'wat is belangrijk', 'waar hecht ik aan' en 'wat geeft zin aan mijn leven'. De ouderen waar voor dit onderzoek gesprekken mee zijn gevoerd – allemaal ouderen die vanwege hun kwetsbaarheid door huisartsen naar een geriatriepoli waren verwezen – noemden gezondheid, levenspartner, kinderen en kleinkinderen en andere naasten 'belangrijk in hun leven'. Verlies van gezondheid en relaties en de angst voor dit verlies zouden hun kwaliteit van leven sterk aantasten. Ook spraken de ouderen de wens uit zo lang mogelijk zelfstandig te blijven wonen. Gevraagd naar wat de term 'kwetsbaarheid' voor hen betekent, gaven ze zeer verschillende antwoorden, bijvoorbeeld 'beledigd worden' of 'de weg kwijt zijn'. Anderen noemden gezondheidsrisico's, een betekenis die dichter in de buurt komt van medische opvattingen over kwetsbaarheid. De meeste geïnterviewden hadden het vooral over oorzaken van sociale kwetsbaarheid, zoals het verlies van partner en sociale contacten, de verharde maatschappij en het afhankelijk zijn van anderen.

In de gezondheidszorg bestaan verschillende ideeën over wat kwetsbaarheid bij ouderen is. Door de vele definities van het begrip is het lastig om kwetsbare ouderen eenduidig te identificeren. Hulpverleners en onderzoekers kiezen ofwel voor een smalle benadering waarin uitsluitend aandacht is voor fysieke kwetsbaarheid, ofwel voor een brede benadering die ook oog heeft voor psychische en sociale kwetsbaarheid. Men gebruikt 'kwetsbaarheid' vooral als een heuristisch of richtinggevend begrip om risicogroepen te signaleren en zorg te organiseren en niet als een diagnostisch instrument.

In dit rapport is gewerkt met een brede benadering: kwetsbaarheid bij ouderen is een proces van het opeenstapelen van lichamelijke, psychische en/of sociale tekorten in het functioneren dat de kans vergroot op negatieve gezondheidssuitkomsten (functiebeperkingen, opname, overlijden). Er zijn in Nederland verschillende meetinstrumenten beschikbaar die het mogelijk maken de breed opgevatte kwetsbaarheid te signaleren. Als iemand tekenen van kwetsbaarheid vertoont (een bepaalde score op zo'n instrument behaalt) volgt een onderzoek door professionele hulpverleners om de problematiek precies in kaart te brengen. Op grond van de onderzoeksresultaten kunnen

hulpverleners in overleg met de betrokkenen bepalen welke zorg en ondersteuning het beste past.

Uit het oogpunt van consistentie is in alle hoofdstukken van dit rapport één meet-instrument, de Tilburg Frailty Indicator (TFI), gebruikt, met uitzondering van hoofdstuk 12 over gemeentelijke ondersteuning, waar de Groningen Frailty Indicator (GFI) als meet-instrument is gebruikt. De twee vragenlijsten behandelen min of meer dezelfde onderwerpen en ze meten ongeveer hetzelfde begrip. De TFI meet kwetsbaarheid aan de hand van vijftien vragen over kracht, voeding, uithoudingsvermogen, mobiliteit, lichamelijke activiteit, evenwicht, horen en zien (= lichamenlijk domein), cognitie, stemming en coping (= psychisch domein), alleen zijn, sociale relaties en sociale steun (= sociaal domein). Het lichamenlijke domein van de TFI komt overeen met de smalle benadering van kwetsbaarheid.

De brede benadering en meting van kwetsbaarheid vertoont overlap met de begrippen 'kwaliteit van leven' en 'succesvol ouder worden' die eveneens gebruikt worden in ouderonderzoek. Metingen van ervaren kwaliteit van leven en subjectief welbevinden hangen samen met die van kwetsbaarheid bij ouderen. Het brede begrip van kwetsbaarheid onderscheidt zich scherper van de begrippen 'multimorbiditeit' en 'lichamelijke beperkingen', door naast organische en fysieke problematiek ook de nadruk te leggen op de psychosociale problematiek zoals ouderen die zelf ervaren. Empirisch is er echter een grote overlap tussen de populaties van kwetsbare ouderen, ouderen met multimorbiditeit en ouderen met langdurige lichamenlijke beperkingen. Er is een kleine groep kwetsbare ouderen zonder multimorbiditeit of ernstige langdurige beperkingen. Deze groep kwetsbaren woont zelfstandig, is relatief jong en is met name psychisch en sociaal kwetsbaar.

Welke ouderen zijn kwetsbaar

Uitgaande van een brede definitie van kwetsbaarheid waren er in Nederland in 2007 naar schatting (op basis van de TFI) ruim 600.000 kwetsbare personen van 65 jaar en ouder. De meesten van hen, ruim 500.000 ouderen, wonen zelfstandig; de rest verblijft in een verzorgingshuis of verpleeghuis. Van de zelfstandig wonende 65-plussers is ongeveer een kwart kwetsbaar. In instellingen is dit percentage veel hoger: driekwart van de verzorgingshuisbewoners en praktisch alle verpleeghuisbewoners zijn kwetsbaar. Kwetsbare ouderen zijn vaker hoogbejaard, vrouw of alleenstaand en ze komen vaker uit lage sociaaleconomische klassen. Doorslaggevend voor hun kwetsbaarheid is echter het hebben van meer dan een aandoening (multimorbiditeit) en het hebben van matige of ernstige functiebeperkingen (in bewegen, zelfverzorging en/of huishoudelijk werk). Het aantal kwetsbare personen van 65 jaar en ouder zal volgens het scp-bevolkingsmodel tussen 2010 en 2030 naar verwachting toenemen van bijna 700.000 tot meer dan 1 miljoen. Dat is een toename met ruim 300.000 kwetsbare ouderen in de komende twintig jaar. Tevens is dat echter ongeveer honderdduizend mensen minder dan op grond van de huidige demografische voorspellingen verwacht mag worden. Het aandeel kwetsbaren onder de 65-plussers zal in deze periode dalen van 27% naar 25%. Vooral het

toenemende opleidingsniveau van ouderen heeft een dempend effect op de stijging van het aantal kwetsbare ouderen.

De populatie van kwetsbare ouderen zal volgens ramingen van het scp in de komende twee decennia ook veranderen van samenstelling. Vanaf ongeveer 2025 zal het aandeel 85-plussers in deze groep toenemen. Ook het aandeel gescheiden en nooit gehuwde ouderen zal toenemen, al gaat het om betrekkelijk kleine groepen. Ook het aandeel mensen met een lichte beperking, een relatief kleine groep, neemt toe. Deze kwetsbare groep is tot nu toe weinig in beeld geweest bij hulpverleners en beleidsmakers.

Ontwikkeling van kwetsbaarheid

Kwetsbaarheid is geen toestand maar een proces. Voor ons onderzoek is een groep van 65-plussers gedurende zeven jaar gevolgd. In die periode (waarin de 65-plussers 72-plussers werden) nam het aandeel kwetsbare ouderen in de groep toe van 22% tot 28%. Kwetsbaarheid kan zich ontwikkelen volgens verschillende trajecten. We hebben in dit onderzoek zes beloopstypen onderscheiden. 39% van de gevolgde groep ouderen bleef zonder kwetsbaarheid in leven, 16% overleed zonder kwetsbaar te zijn geweest, 6% was tijdelijk kwetsbaar (aanvankelijk wel en later niet), 13% werd kwetsbaar in de onderzochte periode, 7% was gedurende de gehele periode kwetsbaar en 20% overleed na een tijdlang kwetsbaar te zijn geweest.

Het beloop van kwetsbaarheid bleek een belangrijke voorspeller van opname in een verzorgings- of verpleeghuis en van overlijden. De kans op opname in een instelling binnen enkele jaren was voor zelfstandig wonende kwetsbare ouderen bijna vijfmaal zo groot als voor de groep niet-kwetsbare ouderen. Ook bleek kwetsbaarheid een voorspeller voor overlijden. Van de groep permanent kwetsbaren overleed 22% binnen drie jaar, van de groep kwetsbaar worden 15% en van de permanent niet-kwetsbaren 6%. Er is gemeten of ouderen kwetsbaar zijn in fysiek, psychisch en sociaal opzicht. Het aandeel fysiek kwetsbaren nam bij de gevolgde 65-plussers in zeven jaar toe van 10% tot 17%. Met name een relatief sterke toename van het slecht kunnen lopen, slecht evenwicht kunnen bewaren en lichamelijke moeheid bepaalden deze stijging.

Het aandeel psychisch kwetsbaren in de onderzochte groep nam in zeven jaar toe van 22% tot 27%. De ouderen kregen vooral meer geheugenklachten; daarnaast namen gevoelens van somberheid, angst en hulpeloosheid toe. Meer vrouwen dan mannen en meer 65-85-jarigen dan 85-plussers waren psychisch kwetsbaar. Verweduwen en personen met multimorbiditeit waren het vaakst psychisch kwetsbaar.

Het aandeel sociaal kwetsbaren onder de gevolgde ouderen nam in zeven jaar toe van 21% tot 23%. De sociale kwetsbaarheid nam vooral toe doordat ouderen alleen komen te staan en contacten gaan missen. Degenen die weinig in sociale verbanden participeerden, verweduwen of gescheidenen, mensen met een klein netwerk, de niet-gelovigen en degenen die geen vrijwilligerswerk deden, waren relatief vaak sociaal kwetsbaar.

Analyse van het parallele beloop van kwetsbaarheid op de drie domeinen toonde een nieuwe, nog onbekende dynamiek. Het beloop van fysieke kwetsbaarheid bleek sterker samen te hangen met het beloop van psychische kwetsbaarheid dan met sociale kwetsbaarheid. Ouderen die fysiek en/of psychisch kwetsbaar waren, hadden een grotere kans

op opname in een verzorgings- of verpleeghuis en op overlijden dan ouderen die niet kwetsbaar waren. Een verband tussen sociale kwetsbaarheid en een grotere kans op opname of overlijden werd niet empirisch bewezen.

Bescherming tegen kwetsbaarheid

Het verkennend onderzoek naar de determinanten en dynamiek van kwetsbaarheid in de oudere bevolking kan handvatten bieden voor beleid door beschermende factoren aan te wijzen: enerzijds in de omgeving (sociaaleconomische status en woonsituatie) en anderzijds in ondersteuning en langdurige zorg (gemeentelijke ondersteuning, verpleging en verzorging).

Een hogere sociaaleconomische status blijkt bescherming te bieden tegen kwetsbaarheid op latere leeftijd. De beschermende kracht is evenwel alleen aangetoond bij de individuele sociaaleconomische status, die onder meer wordt bepaald door het opleidingsniveau en het huishoudelijk inkomen. Er is geen verband gevonden tussen kwetsbaarheid en niet-individuele determinanten van sociaaleconomische status, zoals de opleiding van de vader en de moeder en de status van de buurt.

De relatie tussen de woon-zorgsituatie van ouderen en hun kwetsbaarheid is nog onduidelijk. Verhuizing naar een gelijkvloerse woning hing niet samen met een verandering in kwetsbaarheid. Ouderen die toegankelijk wonen, kunnen net zo goed een afname of een toename in kwetsbaarheid ondervinden als andere ouderen. Ook objectieve kenmerken van de woonomgeving, zoals de urbanisatiegraad van de woonplaats of de gemiddelde woz-waarde, hangen niet samen met kwetsbaarheid. Wel is er een verband met de beleving van de woonomgeving. Ouderen die zich niet veilig voelden in de buurt waren vaker langdurig kwetsbaar. Wat nu precies oorzaak en gevolg is in dit verband dient nader te worden onderzocht.

Kwetsbare 75-plussers met een matige of ernstige beperking en een laag inkomen ontvingen vaker individuele hulp op grond van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). Van de kwetsbare ouderen zonder Wmo-ondersteuning kreeg een kwart ook geen ondersteuning van een mantelzorger. Zij kenden de Wmo wel, maar vrijwel allemaal gaven ze aan geen ondersteuning nodig te hebben, ondanks het feit dat ze kwetsbaar waren. Hier zijn verschillende verklaringen voor te bedenken: mensen mijden zorg en ondersteuning, ze zijn zich niet bewust van hun kwetsbaarheid of ze hebben inderdaad op het moment van onderzoek geen hulp nodig.

Zes van de tien kwetsbare ouderen hebben in de laatste twaalf maanden verpleging en verzorging ontvangen op grond van de Wmo (geregeld door de gemeente) of de AWBZ (geregeld door het Centrum indicatiestelling zorg (CIZ)): vier ontvingen zorg thuis (via gemeente of CIZ), twee ontvingen AWBZ-zorg in een verzorgings- of verpleeghuis. Degenen die geen gebruik maakten van verpleging en verzorging waren in vergelijking met de kwetsbare zorggebruikers gemiddeld jonger en vaker man. Ook woonden ze vaker samen en hadden ze minder bewegingsbeperkingen. Zoals eerder al vermeld zal in 2030 een kwart van de oudere bevolking kwetsbaar zijn en dit kwart zal dan – uitgaande van het voortbestaan van de huidige regelingen op dit gebied - gebruikmaken van collectief gefinancierde zorg (AWBZ en/of Wmo). Tussen de groepen kwetsbare ouderen

en zorggebruikers bestaat een overlap, maar bij ongewijzigd beleid zal naar verwachting een groep kwetsbare ouderen blijven bestaan van ongeveer 40% die geen verpleging en verzorging ontvangt. Door vroegtijdige signalering van kwetsbaarheid bij ouderen door een huisarts of Wmo-ambtenaar zou het aandeel dat geen zorg ontvangt echter kunnen dalen en zouden tehuisopnames kunnen worden uitgesteld.

1 Inleiding

Cretien van Campen (SCP)

Het echtpaar H. leeft al jaren zonder gezondheidsproblemen. Tien jaar na de pensionering van meneer H. besluiten ze naar zijn geboortedorp P. te verhuizen. Mevrouw H. kent nog weinig mensen in het dorp. Een jaar later overlijdt meneer H. aan een hartinfarct. Mevrouw H. blijft alleenstaand achter. Na het plotselinge verlies van haar man maakt ze een periode van rouw door. Ze is neerslachtig en slaapt slecht. Ze kent weinig mensen in het dorp en voelt zich door de afstandelijkheid van de dorpsbewoners buitengesloten. Van haar vier kinderen komt alleen haar dochter eens in de week langs. Deze merkt op dat haar moeder vergeetachtig wordt. Mevrouw H. woont in een groot huis met een tuin die veel werk vraagt. Ondanks de kleine lichamelijke ongemakken, momenten van psychische terugval en een eenzaam bestaan in de buurt mankeert ze niets waarvoor ze naar de dokter zou moeten. Ze vindt dat ze goed functioneert, al noemen anderen haar broos en fragiel.

Een jaar later valt ze echter van een keukentrapje en gaat het plotseling hard achteruit met haar gezondheid. Ze kan het huishouden niet meer alleen doen en is bang om hulp aan mensen uit de buurt te vragen; van haar kinderen krijgt ze te weinig steun. Op aanraden van haar kinderen vraagt ze een indicatie aan voor opname in een instelling. Kort daarop verhuist ze naar een verzorgingshuis. Daar kan ze niet aarden. Ze voelt zich eenzaam en praten met anderen valt haar steeds zwaarder. Wanneer haar cognitieve problemen toenemen, wordt ze overgeplaatst naar een gesloten afdeling van een psychogeriatrische afdeling in een verpleeghuis, waar ze drie maanden later overlijdt.

Deze fictieve casus, geïnspireerd op verhalen van kwetsbare ouderen uit deze en andere studies, illustreert wat kwetsbaarheid in kan houden. Mevrouw H. was altijd gezond, maar door een ingrijpende gebeurtenis verandert er veel in haar leven. Vervolgens stapelen kleine lichamelijke, psychische en sociale ongemakken zich op en wordt ze gaandeweg steeds kwetsbaarder; na een ongeval in huis gaat het ineens snel bergafwaarts en komt mevrouw H. in beeld van de professionele zorgverlening.

Ze heeft uiteindelijk hulp ontvangen, maar haar achteruitgang ging wel erg vlug en haar kwaliteit van leven werd lichamelijk, geestelijk en sociaal snel minder. De verzorgers en hulpverleners die haar achtereenvolgens hebben geholpen, van haar dochter tot de verpleeghuisarts, hadden de indruk dat wanneer ze eerder in de gaten hadden gehad dat zij kwetsbaar was, ze met enkele interventies, bijvoorbeeld een geriatrische checkup, huishoudelijke hulp, ondersteuning van een welzijnswerker en/of enkele aanpassingen in haar woning, de laatste jaren een prettiger bestaan had kunnen hebben.

Stel dat het mogelijk was geweest om de kwetsbaarheid van mevrouw H. in een vroeg stadium te signaleren. Dan was mevrouw H. zich eerder bewust geweest van haar kwetsbaarheid. Ze had kunnen besluiten om eerder hulp in te roepen of haar leven iets anders in te richten. Haar dochter was zich ook eerder bewust geweest van de achteruitgang van haar moeder en had kunnen besluiten om vaker langs te komen om te kijken hoe het met haar gaat. Had de huisarts de kwetsbaarheid van mevrouw H.

eerder gesignaleerd, dan had hij niet alleen naar haar klachten gekeken, maar wellicht een praktijkondersteuner gevraagd een huisbezoek af te leggen om een uitgebreid gesprek te hebben en haar situatie thuis te bezien. Dit had waarschijnlijk aanleiding gegeven om ook andere hulpverleners in te schakelen en thuiszorg, buurtwerk en/of gemeentelijke woonvoorzieningen in de zorg te betrekken en mevrouw H. geïntegreerde zorg te bieden. Haar cognitieve achteruitgang had met een geriatrisch onderzoek in het ziekenhuis wellicht eerder opgespoord kunnen worden; misschien was dagopvang voor haar een optie geweest. Haar opname in het verzorgingshuis en later het verpleeghuis hadden met integrale zorg door huisarts, geriater, thuiszorg en gemeente uit- en wellicht afgesteld kunnen worden. De belangrijkste winst was waarschijnlijk het behoud van kwaliteit van leven in haar eigen omgeving geweest. Mevrouw H. was dan een snelle aftakeling bespaard gebleven en ze had de laatste jaren een beter leven gehad en had waardiger kunnen sterven.

Mevrouw H. is een van de vele kwetsbare ouderen in Nederland. Omdat deze groep zo omvangrijk is, vormt het bieden van hulp een uitdaging voor de ouderenzorg en de gezondheidszorg. Ook internationaal raakt men doordrongen van het belang om deze groep beter in beeld te krijgen. Onderzoek laat zien dat er niet alleen winst te behalen valt door de kwaliteit van leven van individuele ouderen te verbeteren, maar ook dat de groeiende groep kwetsbare ouderen een grote last zal gaan vormen voor collectieve zorgvoorzieningen zoals de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) en de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo).

De wil om op lokaal en nationaal niveau beleid te ontwikkelen voor kwetsbare ouderen is aanwezig, maar het ontbreekt nog aan inzicht in het aantal en de kenmerken van deze ouderen. Welke ouderen zijn kwetsbaar en welke niet? Wat verstaan we onder kwetsbaarheid en wat niet?

Wat is kwetsbaarheid?

Een helder beleid en een goede gezondheidszorg voor kwetsbare ouderen beginnen met een duidelijke definitie. Wat is 'kwetsbaarheid'? Het Van Dale-woordenboek omschrijft 'kwetsbaar' als 'vatbaar voor verwonding of ander onheil'. In het geval van mevrouw H. bestond het onheil uit het ernstig ziek worden en de opname in een tehuis. Hiervoor was ze 'vatbaar' door de opeenstapeling van kleine ongemakken en tekorten, die haar langzaam 'breekbaar' maakten. In de gerontologische en geriatrische literatuur spreekt men ook wel van 'broosheid' en 'fragiliteit'.

Kwetsbaarheid lijkt vooraf te gaan aan 'ernstig ziek zijn', al kan een ziekte iemand ook kwetsbaar maken – denk aan een groter risico op sociaal isolement na een beroerte. Mevrouw H. was na het overlijden van haar man normaal gezond en klaagde alleen dat ze wat vergeetachtig was en niet goed kon slapen. Na verloop van tijd kreeg ze meer klachten. Uit de medische diagnose bleek later dat ze aan verschillende aandoeningen leed. Haar lichamelijke beperkingen en psychische klachten namen toe. Lange tijd was ze kwetsbaar, tot ze ernstig ziek werd en niet meer voor zichzelf kon zorgen.

In onderzoek wordt kwetsbaarheid vaak in een adem genoemd met termen als 'beperkingen', 'zelfredzaamheid' en 'multimorbiditeit'. De samenhang, laat staan de causale verbanden tussen deze verschijnselen, is nog allerm minst duidelijk en kan

per geval verschillen. Ouderen met meer aandoeningen (multimorbiditeit) en ernstige beperkingen zijn vaker kwetsbaar, maar niet alle kwetsbare ouderen hebben multimorbiditeit of ernstige beperkingen. Er is een groep kwetsbare ouderen die geen ernstige aandoeningen of beperkingen heeft en toch vatbaar is voor een snelle achteruitgang in hun gezondheid (vgl. Fried et al. 2001; Slaets 2004; Deeg en Puts 2008; Kempen 2009; Gobbens 2007). Kwetsbaarheid is ook iets anders dan ouderdom. Sommige personen worden kwetsbaar op hun 60ste en anderen op hun 80ste. De mate van kwetsbaarheid gaat niet gelijk op met de leeftijd, al is er een duidelijk statistisch verband (vgl. Rockwood et al. 2004; Deeg en Puts 2008). In individuele gevallen zoals dat van mevrouw H. lijkt kwetsbaarheid sterk bepaald te worden door ingrijpende gebeurtenissen.

Andere begrippen die in beleid en behandeling in verband worden gebracht met kwetsbaarheid zijn de 'positieve' begrippen 'goede kwaliteit van leven' en 'succesvol ouder worden'. Zij lijken tegenhangers van kwetsbaarheid. Toch kunnen kwetsbare ouderen een redelijke tot goede kwaliteit van leven ervaren, zeker in de periode voordat de negatieve gebeurtenissen en hun gevolgen zich voordoen (Puts et al. 2007, 2009). Ook kunnen ouderen in hun omgeving gezien worden als personen die met succes ouder worden, bijvoorbeeld omdat ze actief in het buurtleven en vrijwilligerswerk zijn (Von Faber 2002; Von Faber et al. 2001). Kwetsbare ouderen zijn moeilijk te herkennen als de uiterlijke schijn bedriegt.

Hoeveel kwetsbare ouderen

De Nederlandse bevolking telt nu ongeveer tweeënhalve miljoen personen van 65 jaar en ouder, een aandeel van ongeveer een zesde. Dit aandeel zal naar verwachting toenemen tot een kwart van de bevolking in 2030 en zal in 2050 waarschijnlijk nog steeds zo groot zijn. Zal het aandeel kwetsbare ouderen de komende decennia even snel, sneller of langzamer stijgen dan het aandeel 65-plussers? Welke invloed hebben andere ontwikkelingen in de oudere bevolking zoals de stijgende levensverwachting en de toename van multimorbiditeit en het aantal beperkingen? (vgl. Zantinge et al. 2011) De zorgverlening voor ouderen is veranderd door de stelselherzieningen in de AWBZ, de Zorgverzekeringswet en de introductie van de Wmo in het afgelopen decennium (Woittiez et al. 2009; De Klerk et al. 2010). Ouderen doen vaker een beroep op mantelzorg (De Boer et al. 2009). Het volume en de kwaliteit van deze zorgvoorzieningen zullen mede bepalen hoe kwetsbaar de oudere bevolking is.

Ontwikkeling van kwetsbaarheid

Ouderen worden gemiddeld kwetsbaarder met de jaren. Hoe ontwikkelt die kwetsbaarheid zich? En waar zou de landelijke en lokale overheden in kunnen investeren om kwetsbaarheid onder ouderen tijdig te onderkennen en de negatieve gevolgen te voorkomen? De meeste interventiestudies naar kwetsbare ouderen zijn verricht in de klinische praktijk. Op grond van deze studies hebben onderzoekers aanbevelingen gedaan voor hulpverleners en de lokale overheid. Ook in het Nationaal Programma Ouderenzorg (NPO), geïnitieerd door het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), is gekozen voor lokale interventies. Behalve interventiestudies zijn

er studies verricht die inzicht geven in de dynamiek van kwetsbaarheid, zoals de Longitudinal Ageing Study Amsterdam (LASA) aan de VU. Deze studie is landelijk representatief, maar de uitkomsten ervan zijn nog niet gebruikt voor landelijk en gemeentelijk beleid.

Bescherming tegen kwetsbaarheid

Hoe kunnen ouderen zich beschermen en beschermd worden tegen kwetsbaarheid? Welke keuzen hebben ouderen? Wat kunnen ze zelf doen? Zijn ouderen kwetsbaar door hun afkomst? Personen uit lage sociaaleconomische klassen hebben een grotere kans op chronische aandoeningen en sterven gemiddeld eerder dan personen uit hogere sociaaleconomische klassen. Betekent dit dat een hogere sociaaleconomische positie ouderen beschermt tegen kwetsbaarheid?

Als de kwetsbaarheid van mevrouw H. en andere kwetsbare ouderen met name te wijten is aan multimorbiditeit, dan kan kwetsbaarheid worden voorkomen dankzij preventie van chronische aandoeningen. Wanneer het gemis aan sociale contacten en buurtsamenhang doorslaggevend blijkt te zijn dan kunnen gemeenten kwetsbaarheid verminderen door de buurtsamenhang te versterken en sociale contacten van ouderen te stimuleren, bijvoorbeeld door middel van buurtwerk.

Sommige ouderen kiezen ervoor naar een levensloopbestendige woning te verhuizen (bv. gelijkvloers en met aanpassingen). Maakt dit hen minder kwetsbaar voor opname in een verzorgingshuis of verpleeghuis? Deze vraag is van belang voor woningcorporaties: zij zijn erbij gebaat om te weten in welke woningtypen en woningaanpassingen geïnvesteerd moet worden om te voorkomen dat kwetsbare ouderen moeten verhuizen naar een verzorgingshuis of verpleeghuis.

Vraagstellingen

Kwetsbare ouderen zijn nog onvoldoende in beeld bij beleidsmakers. Om welke groep ouderen gaat het nu precies? Wat is de omvang en samenstelling van deze groep, nu en in de komende decennia? Ook ontbreekt het beleidsmakers aan inzicht in de determinanten en de dynamiek van kwetsbaarheid en daarmee aan mogelijke handvatten om ouderen te beschermen tegen kwetsbaarheid. Om in deze informatiebehoefte te voorzien heeft het Sociaal en Cultureel Planbureau in opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport onderzoek gedaan naar kwetsbare ouderen in Nederland. Vier vragen vormen het uitgangspunt voor deze verkenning:

- 1 Wat is een praktische beleidsdefinitie van kwetsbaarheid?
- 2 Welke en hoeveel ouderen zijn volgens deze definitie kwetsbaar in Nederland?
- 3 Hoe is het beloop van kwetsbaarheid bij ouderen en welke determinanten bepalen dit?
- 4 Welke factoren kunnen ouderen beschermen tegen kwetsbaarheid en wat kan beleid op het terrein van sociaaleconomische positie, woonomgeving, gemeentelijke ondersteuning en langdurige zorg betekenen voor kwetsbare ouderen?

Studies naar kwetsbare ouderen beperken zich meestal tot een oudere leeftijdsgroep, vanaf 70, 75 of 85 jaar. Om de geleidelijke toename van het aantal kwetsbare ouderen in oplopende leeftijdsgroepen in beeld te krijgen wordt in deze studie 65 jaar als ondergrens genomen. Dat is tevens een belangrijk moment in de levensloop, omdat het samenvalt met de leeftijd waarop men in Nederland officieel met pensioen gaat. Dit rapport vormt een eerste verkenning van de groep kwetsbare ouderen in Nederland en biedt handvatten voor beleidsmakers om deze groepen vroegtijdig te ondersteunen. De auteurs hopen dat dit rapport zal bijdragen aan een beter beleid voor kwetsbare ouderen, zodat mevrouw H. en anderen langer een leven kunnen leiden zoals ze dat wensen.

DEEL I

Wat is kwetsbaarheid?

Helena le Roy - Dijkhuizen

(92 jaar)



‘Sommige ouderen maken zichzelf kwetsbaar door zielig te doen, te klagen of te blijven focussen op dingen die niet goed gaan. Met optimisme en relativeringsvermogen kies je er zelf voor minder kwetsbaar te zijn. Ik heb door bepaalde gebeurtenissen in mijn leven bovendien een hardheid gekregen waardoor ik me niet kwetsbaar voel. Ik wil ook niet kwetsbaar zijn.’

2 Perspectieven van ouderen op kwetsbaarheid en kwaliteit van leven

Aukje Verhoeven (SCP), Sjoerd Kooiker (SCP) en Jos van Campen (Slotervaartziekenhuis, Geriatrie)

2.1 Kwetsbare ouderen aan het woord

Hoe kijken ouderen aan tegen kwetsbaarheid? In de onderzoeksliteratuur ligt de nadruk op de medische definitie van dit begrip. Uit enkele studies blijkt echter dat dit begrip niet de perspectieven van ouderen zelf reflecteert en dat ouderen het woord kwetsbaar nooit gebruiken om hun situatie te beschrijven (Becker 1994). Ouderen die naar medische maatstaven kwetsbaar zijn, voelen zich ook niet altijd kwetsbaar (Von Faber 2002; Puts 2007). Dit verschil in interpretatie tussen arts en patiënt wordt ook wel de *disability paradox* genoemd (Albrecht en DeVlieger 1999).

In dit hoofdstuk wordt de visie van ouderen weergegeven. Om meer inzicht te krijgen in de opvattingen die ouderen hebben omtrent kwetsbaarheid en kwaliteit van leven, hebben wij ouderen laten vertellen wat zij belangrijk vinden in het leven en in welke mate dit door het ouder worden onder druk staat. Vervolgens hebben wij hen gevraagd wat 'kwetsbaarheid' voor hen betekent.

Er zijn gesprekken gevoerd met 21 mensen tussen de 70 en 91 jaar oud (de gemiddelde leeftijd was 82 jaar), van wie 7 mannen en 14 vrouwen.¹ De studie vond plaats in april 2010. De respondenten waren bezoekers van de dagafdeling van de geriatriepoli van het Slotervaartziekenhuis in Amsterdam.² Zij waren door de huisarts doorverwezen naar deze poli wegens problemen met de gezondheid. De respondenten zijn dus mensen die door artsen als kwetsbaar worden gezien. Eén man was niet goed aanspreekbaar en werd om die reden uitgesloten van de analyse; er zijn zodoende gegevens van twintig respondenten geanalyseerd.³

2.2 Belangrijk in het leven

Ons gesprek met de ouderen begon met de vraag 'Wat is belangrijk in uw leven?' Deze open vraag was bedoeld om de ouderen uit te nodigen te gaan vertellen over zichzelf. We verwachtten dat als ze eenmaal aan het woord waren, ze zich op hun gemak zouden voelen en over hun 'kwaliteit van leven' zouden vertellen, in hun eigen woorden en zonder daar expliciet naar te zijn gevraagd. Uit de reacties blijkt dat de meeste mensen gezondheid en familie erg belangrijk vinden. We vervolgden ons interview met vragen als 'Veranderen de dingen die u belangrijk vindt met het ouder worden?' en 'Bent u bang dat [wat u belangrijk vindt] te verliezen?' Met deze vragen hoopten we erachter te komen welke invloed het ouder worden volgens de respondenten heeft en welke bedreigingen zij zien voor de kwaliteit van hun leven.

Gezondheid

Voor veel mensen is gezondheid het belangrijkste in het leven. Dat geldt ook voor een aantal van de mensen die wij spraken. Tijdens het onderzoek werd al snel duidelijk dat we te maken hebben met een selecte groep ouderen: onze respondenten waren immers ouderen die voor een dagopname het ziekenhuis bezoeken. Veel van deze ouderen zeiden dat ze gezondheid belangrijk vinden. Ze hadden vaak het idee dat ze hun gezondheid dreigden te verliezen of dat ze deze voor een deel al verloren hadden, en ze hoopten (snel) weer op te zullen knappen. Een paar deelnemers aan het onderzoek hadden veel last van pijn die een allesomvattende schaduw over hun leven werpt.

Mevrouw M. is iemand die gezondheid het belangrijkste vindt en dat ook koppelt aan het onomkeerbare verlies ervan:

Wat is belangrijk? Dat is gezondheid, dacht ik toch. Dat staat bovenaan. [...] En ik denk dat je het, hoe ouder je wordt, belangrijker vindt omdat het anders loopt. [...] Er komen alleen maar dingetjes bij die je lastig vindt. En die gaan er niet meer af. Je kunt er bij sommige dingen misschien zelf iets aan doen, maar het is er wel. En je kijkt naar je leeftijd: eens is het afgelopen. Daar moet ik niet aan denken hoor.

Ze zegt ook duidelijk dat ze 'eraan moet werken' en dat 'niks vanzelf gaat'. Een van de mannen die wij spraken noemt eveneens gezondheid als belangrijkste en zegt dat medicijnen hem helpen om gezond te blijven:

Ja, dat probeer ik te continueren. Dat is belangrijk. Door medicijnen kun je in balans komen.

Iemand die gezondheid belangrijk vindt en daar over praat vanuit een verlieservaring is mevrouw R.:

Belangrijk in mijn leven is dat ik gezond wil blijven. Ik heb aldoor pijn en die pijn maakt mij wanhopig. Vooral pijn in mijn lies, ik heb geen plezier in niets. [...] 's Avonds zit ik alleen televisie te kijken, ik heb niemand om te praten.

De vraag of dat vroeger anders was, beantwoordt ze zo:

Ja, het was anders, daarom ben ik zo verdrietig. Vroeger kon ik alles doen, maar nu kan ik het niet meer. Ik doe wel iets, ik kook zelf.

Andere deelnemers vertellen dat het belangrijkste voor hen is dat ze opknappen, dat ze weer kunnen lopen, en dat de pijn verdwijnt. Ook geven ze aan dat ze de gang door het medische circuit meer dan zat zijn.

Partner, kinderen en kleinkinderen

Het spreekt bijna vanzelf dat de ouderen waarmee wij spraken hun naaste familieleden heel belangrijk vinden in hun leven. Als ze hun kinderen als belangrijkste noemen dan hebben ze daar goed contact mee en hebben ze het gevoel dat ze gemakkelijk een beroep op hen kunnen doen:

Ik heb een hele goede hulp en mijn kinderen helpen veel. Ik hoef maar een kik te geven en zij staan voor mij klaar.

En ik heb geen moeilijkheden met de kinderen en ze komen geregeld. Ja, ze hebben hun werk natuurlijk, ze kunnen ook niet iedere dag bij moeder zitten. Maar ze komen toch geregeld langs. Of ze bellen even op: 'Hoe is het ermee?'.

Maar niet iedereen is zo gelukkig. We spraken ook iemand die het jammer vindt dat ze haar kinderen zo weinig ziet. Ze voelt zich eenzaam en verlaten.

Een aantal geïnterviewden kwamen samen met hun partner. Vaak kon je goed zien hoe deze stellen elkaar nodig hebben en elkaar steunen. Dat zeiden ze dan ook in het gesprek, zoals deze mevrouw:

Ik kan mijn man niet missen. Dan zeg ik alle dagen tegen 'hierboven': help me. Ik heb hem gewoon nodig. Maar ik heb altijd al heel erg op hem geleund hoor. Want er zijn er wel die allebei een soort van eigen leven hebben. Dat hebben wij absoluut niet want wij zijn altijd samen. En ik denk dat het andersom ook zo is; dat hij dat ook denkt. Dus dan voel je misschien af en toe dat je heel erg op hem leunt en hem hartstikke nodig hebt.

Het verlies van je levensgezel is een ingrijpende ervaring. Veel ouderen hebben dat meegemaakt, vooral vrouwen:

Het was gewoon een hartstikke goede kerel. Maar ja, één gaat er altijd het eerste en het zijn altijd de mannen. [...] Als je bij mij ook in het huis ziet, dan zijn dat praktisch allemaal weduwen. Maar een hele enkele keer zie je mannen. Ik zeg wel: het sterke geslacht blijft over.

Deze vrouw mist haar man nog elke dag en ze zegt:

Maar ik had een heel goed huwelijk, dus dat is al heel belangrijk. Dat is eigenlijk het belangrijkste wat je hebben kan, een goed huwelijk. Je hebt weleens een keer een meningsverschil. Maar dat mag toch? Dan zei ik weleens: 'Hè, W., lig toch niet te zeuren, man. Het komt wel weer goed.' En het kwam ook altijd goed, anders blijf je geen vijftig, zestig jaar bij elkaar.

Het verliezen van meer partners achter elkaar kan een behoorlijke rem zijn om opnieuw op zoek te gaan naar iemand:

Kan ik wel weer een vriend zoeken. Die gaat ook weer dood. Zijn er al drie dood. Dacht ik bij mezelf, ben ik bang van geworden. Want ik loop maar naar kerkhoven en ziekenhuizen.

Verandering is vaak verlies

Verlies van naasten is voor ouderen een veelvoorkomende ervaring. Een van de geïnterviewden vertelt hoe het leven eigenlijk vanzelf verandert als je ouder wordt en dat deze verandering vaak neerkomt op verlies:

In de loop der jaren gaat je moeder dood. Je vader gaat dood. Die gaat dood. Weet je wel. Kennissen allemaal om me heen. Die wordt ziek. Die wordt ziek. En de vreugde van het leven kan ik dan niet meer zo goed zien.

Een opeenstapeling van verliezen, zoals van gezondheid en je naasten, kan verstrekende gevolgen hebben. Het maakt het moeilijk om de lol erin te houden:

Al mijn vrienden gaan dood hoor, of ze zijn dood. Mijn schoonzusjes zijn overleden. Ik had één schoonzus met wie ik heel goed kon opschieten. Want reizen vind ik ook heerlijk. Dat liep met maculadegeneratie⁴ wel af. Maar toen zei ik tegen haar 'het spijt me meid, maar ik kan dat niet meer bijhouden'. Als jij bij de metro staat en je wuift niet en je roept niet, dan raak ik het kwijt. Dus ik ga niet meer mee'. Nou dat is goed'. Zij zou de eerstvolgende vakantie met een ander gaan. En ze is er ziek vandaan gekomen en binnen zes maanden was ze dood. Dan denk ik: nou ja, die valt ook weer weg. En dan had ik iemand die regelmatig bij mij komt lunchen. Nou, dat gaat ook niet meer. Die woont in V., dat valt ook niet meer mee. Die heeft ook maculadegeneratie. Dat is zo gek dat je denkt: verdikkeme, blijf ik nou echt alleen over? Maar goed, ik heb er nog wel lol in maar het is wel moeilijker. Het is moeilijker om dat te doen wat je eigenlijk graag zou willen.

Meerdere respondenten geven aan dat het steeds moeilijker wordt om te doen wat ze graag zouden willen. Als de gezondheid achteruitgaat, worden ze vaak minder mobiel. Zo vertelt mevrouw S.:

Mevrouw S.: *Je wordt nu eenmaal ouder dus er zijn dingen die je ook niet meer kunt. Die je wel graag zou willen doen maar die gewoon niet meer kunnen.*

Interviewer: *Wat zou dat zijn bijvoorbeeld? De dingen die u net noemde zoals dat fietsen en naar de markt gaan?*

Mevrouw S.: *Ja. Ik dacht: daar staat mijn fiets, zou ik er ooit nog op komen?*

Vasthouden aan één passie?

Al aan het begin van de reeks interviews viel op dat onze respondenten soms vertelden over dat 'ene ding waar hun leven om draait' en dat hun leven zou instorten als ze dat ene ding zouden kwijtraken. Drie ouderen waren kwetsbaar door hun eenzijdige belangstelling. Het mooiste voorbeeld van die 'passie voor dat ene ding' was het verhaal van de heer H. en zijn woonboot. De vraag 'Wat is belangrijk in uw leven?' beantwoorde hij kort maar krachtig met 'mijn boot'. Het bleek om een echt woonschip te gaan, een betonnen ark, waarmee je alleen kunt varen als je er twee motoren op zet. Hij woont er met zijn vrouw op een prachtige locatie buiten Amsterdam.

En ik heb het daar reuze naar de zin. Als je het Noordzeekanaal hebt en je gaat daarop dan ga je de tunnel onderdoor en dan ga je nog meer naar het Noordzeekanaal en daar lig ik. Je ligt in de natuur. Schitterend. We hebben een water tegenover ons dat – geloof ik – achttien meter diep is.

Maar er zijn wel zaken die een bedreiging vormen voor dat mooie leven. Door het ouder worden wordt het onderhoud moeilijker:

Ja. Je bent niet zo vlug meer. En dat komt je opbreken. En je kunt er nog wel tegenop, maar het gaat toch niet zo happy meer. Dat komt natuurlijk ook doordat je die boot natuurlijk moet onderhouden en dat wordt steeds moeilijker.

En uitbesteden van het onderhoud is eigenlijk geen optie:

En dan komen de problemen wie het oplost dat je ... dan komt er iemand die hem daar wel wil maken en schilderen, maar dat kost een vermogen.

Dus doet hij het voorlopig nog zelf. De tweede bedreiging komt van buiten: de bouw van een tunnel in de buurt, die effect kan hebben op de ligplaatsen:

Dat kan je niet bepalen, want dat ligt ten eerste aan de ligging van de boot en ze zijn bezig een tunnel te maken. Dus daar zitten we ook mee. En dat is het grootste probleem: het opheffen van die randen die nog te gebruiken zijn voor alle schipbewoners.

Die bedreigingen zouden ertoe kunnen leiden dat hij niet meer op de boot kan blijven wonen, dat beseft de heer H. ook wel. Op de vraag 'Hoe zou u het vinden om niet meer op de boot te wonen?' antwoordt hij dan ook resoluut: 'Dan laat ik me zakken. Dat meen ik serieus.' Gelukkig heeft de heer H. er vertrouwen in dan het niet zover zal komen, de gemeente zal de woonbootbewoners ter wille zijn.

Een andere oudere heer met een passie en één houvast in het leven is de heer G. Tijdens zijn werkzame leven was hij een belangrijke wetenschapper die veel post kreeg uit binnen- en buitenland. Aan zijn werk ontleende hij zijn identiteit. Getrouwd was hij nooit. Nu is hij 82 jaar en is hij verward geraakt. In zijn belevingswereld gaat het werk nog steeds door. Het antwoord op de vraag 'Wat is belangrijk in uw leven?' is dan ook snel gegeven: de post.

Er komen allerlei interessante dingen binnen. Mensen vragen bijvoorbeeld allerlei dingen. Dat is voor mij een belangrijk onderwerp. [...] Ik ben bijzonder geïnteresseerd in natuurbescherming. Vandaar dat ik allemaal wonderlijke brieven uit het buitenland krijg. Ik heb vorige week twee brieven gekregen die gericht waren aan professor G.

Vervolgens vertelt de heer G. dat hij nog elke dag op zijn oude instituut te vinden is maar dat het instituut binnenkort gaat verhuizen. Voor hem is die verhuizing een echte bedreiging. Later vertelt het begeleidende familielid dat de heer G. verward is en in een schijnwereld leeft.

Onder de deelnemers is nog een andere man met een passie, meer een hobby eigenlijk, en dus iets minder belangrijk dan wonen (de woonbootbewoner) en werken (de wetenschapper). De heer B. (81) bouwde en repareerde hengels. Hij werd daarmee een lokale beroemdheid:

Het maken van hengels is als hobby begonnen. Het is nooit mijn beroep geworden, maar ik deed het ook voor winkels. Als een hengel vroeger van W.B. was, was het goed en moesten ze hem hebben. Dat is voorbij.

Veel sportvisseren kunnen zich tegenwoordig dure hengels veroorloven. De heer B. zag de vraag naar de door hem gebouwde hengels als sneeuw voor de zon verdwijnen. De sportvisseren wilden zijn hengels zelfs gratis niet meer hebben.

Ik kan er geen hengel meer kwijt. Ik ging een keer naar de pier en toen had ik twee zeehengels bij me die ik niet meer gebruik. [...] Toen dacht ik dat er nog jongens zijn die op zee vissen en dat ik de hengels zou weggeven. Toevallig kwamen er een paar jongens met een bootje. Het bootje ging aan de kant [...] Ik zei dat ik wat moois voor hen had en dat ze mee moesten gaan. Hij zei dat hij nog even bezig zou zijn. Ik ging naar mijn hengels en gaf hem er een. Hij vroeg wat hij ermee moest doen. Ik zei dat hij de hengel mocht houden en dat hij hem niets koste. Ik zei dat ik er heel wat mee gevangen had. Hij zei dat hij al zoveel hengels had. Ik heb nog nooit gehoord dat iemand dat zei. [...] Ik moest er echt om lachen. Ik zei: 'Dan kosten ze niets en dan willen jullie ze nog niet hebben!' Dan weet ik het niet meer. Ze gingen toen hele dure merken noemen.

De instortende vraag naar zelfgebouwde hengels bleek dus een duidelijke bedreiging voor de passie van de heer B. Een andere bedreiging was de artrose die hij aan zijn handen kreeg. Gelukkig kreeg hij medicijnen waardoor hij geen last meer van zijn klachten had:

Ik had een tijd artrose in mijn handen. Ik kon doen wat ik wilde, maar ik kreeg er nog niet eens één oog op [op de hengel]. Dat is erg hoor, maar dat is helemaal voorbij.

Nu repareert hij alleen nog hengels, maar is een stuk minder actief dan in het verleden:

Tot een half jaar geleden voelde ik me up to date. Ik kon alles aan en ineens begint het toch wel een beetje minder te worden. [...] Ik ben niet meer zo actief.

2.3 Verlies van zelfstandigheid

Met het ouder worden verliezen mensen vaak (deels) hun zelfstandigheid: zij hebben hulp nodig bij hun dagelijkse bezigheden of moeten in een instituut wonen (Rockwood et al. 1999). Om erachter te komen in hoeverre ouderen denken dat zij in de nabije toekomst zelfstandig kunnen blijven, hebben we de vraag gesteld hoe groot zij de kans achten binnen een jaar hun zelfstandigheid te verliezen, extra hulp nodig te hebben, of niet meer zelfstandig te kunnen wonen. Al snel werd ons duidelijk dat de respondenten bereid zijn om te vechten voor hun zelfstandigheid. Onafhankelijk zijn van anderen hebben de respondenten vaak hoog in het vaandel. Sommige respondenten verwachten dat zij voorlopig nog wel zelfstandig kunnen blijven. Andere geven aan dat er altijd wat kan gebeuren, maar de meesten van hen bereiden zich niet bewust voor op eventuele problemen. Een derde groep geeft aan wel te anticiperen op mogelijke tegenslagen. Wat zelfstandigheid inhoudt, verschilt per persoon en van situatie tot situatie. Sommige respondenten willen zo lang mogelijk alles zelf doen en beschouwen zelfs hulp in de huishouding als een te grote stap naar afhankelijkheid. Anderen wonen in een verzorgingshuis, waar ze worden geholpen met dagelijkse handelingen zoals douchen en het aantrekken van steunkousen, maar ervaren toch veel zelfstandigheid.

De mensen die aangeven dat ze nog wel zelfstandig kunnen blijven wonen, zeggen dat vaak in de wetenschap dat ze altijd op iemand terug kunnen vallen of omdat ze al toegang tot hulp hebben. Zo vertelt mevrouw O., bewoonster van een verzorgingshuis, dat ze nog heel zelfstandig woont. We vroegen haar of ze denkt dat dit het komende jaar ook zo zal blijven.

Ik hoop het. Ik heb wel huishoudelijke hulp. Eén keer in de week komt er een hulp die mijn huis stofzuigt en doet. Maar je kookt niet meer, dus het wordt niet meer vuil. Ik laat gewoon eten komen. Dat gaat allemaal prima. Ik zou ook niet graag weg willen, want je hebt toch hier mensen om je heen die je kent. En je kunt iedere dag naar beneden naar de koffietafel als je dat wilt. Je kunt ook twee keer in de week eten daar.

De heer B., de man die vol passie over zijn vishengels vertelde, geeft aan dat er altijd wat kan gebeuren, maar ook hij kan altijd op iemand terugvallen, mocht het zover komen. De heer B. heeft eerder problemen gehad met artrose aan zijn handen, waardoor hij niet langer zelfstandig kon leven. Hij is in die tijd opgevangen door zijn dochter. Op de vraag hoe groot hij de kans schat om het komende jaar zijn zelfstandigheid te verliezen, antwoordde hij:

Ik denk daar niet over na. Waarom? [...] Je weet nooit wat er gebeurt, maar ik heb wel een opvang hoor. Dat is mijn jongste dochter. Zij laat me absoluut niet stikken en als ze het wel doet, heeft ze ook gelijk. Een keer moet het over zijn. Ik heb tweeënhalf jaar bij haar in huis gewoond.

De meeste ouderen geven aan dat ze niet kunnen inschatten of zij zelfstandig zullen blijven. Je weet immers nooit wat je overkomt, zoals mevrouw De B. aangeeft:

Daar kun je geen schatting naar maken, want het is niet iets dat je geregeld zus of zo doet. Gewoonlijk dan gebeurt er iets. Je valt of je krijgt een ongeluk of wat dan ook en dan verandert heel je leven.

Volgens mevrouw De B. verandert je leven van het ene op het andere moment.

Sommige respondenten geven aan dat ze nu leven en niet bezig zijn met de eventuele behoefte aan extra zorg in de nabije toekomst. Anderen zeggen dat zij nadenken over hun situatie en zij voorzorgsmaatregelen nemen om eventuele problemen op te vangen. Als voorbeeld staat hier een deel van het gesprek met mevrouw S. weergegeven. Mevrouw S. is een zelfstandige vrouw die inmiddels 'de leeftijd der zeer sterken' heeft bereikt, zoals ze het zelf noemt. Ondanks haar leeftijd van 86 jaar doet ze alles nog zelf:

Ik ga iedere dag – dat is niet nodig – onder de douche. Dan heb ik – een ander zegt: dat is werk zoeken – lekker mijn badjas aan en een ander die denkt dat droogt vanzelf wel, maar ik ga die tegeltjes weer droogmaken. Dan ben ik bezig. En ik vind het prettig om bezig te zijn. Want lezen wordt voor mij moeilijk. [...] Ik ga om negen uur, want dan is het een meer uitgebreid nieuws met ondertiteling, en dan ga ik mijn meubeltjes afstoffen. Stofzuigen doe ik ook iedere dag, dat is niet nodig en dan ben ik bezig. En op ramen lappen heb ik iets gevonden, want ik ga niet op een trap staan. Dat zie je bij winkeliers ook, dan staan ze

buiten met een emmertje en hebben ze zo'n lange bezemsteel met een knijper. [...] Wie niet sterk is, moet slim zijn. Nou, dan is het onderhand koffietijd en zet ik altijd nog ouderwetse filterkoffie met zo'n opschenker. Dan ben je even bezig. En als dat dan gebeurd is, ga ik even als het niet regent naar dat pleintje. Even een ronde maken. Kijken wat ik nodig heb. Al is het niet nodig en het is goed weer, ga ik even een ommetje maken, want dan ben ik in beweging. Dan is het onderhand lunchtijd en dan ga ik dat weer doen. En afen toe als ik om een praatje verlegen zit, ga ik iemand opbellen.

Mevrouw S. ziet echter niet goed meer en ook is ze een korte tijd geleden gevallen. Wanneer het gesprek gaat over zelfstandig blijven wonen, geeft ze dan ook aan dat ze, ondanks haar zelfstandigheid, haar kans zal grijpen zodra er een plek vrij komt in een verzorgingshuis. We vroegen haar of ze verwacht binnenkort naar een verzorgingshuis te moeten, of dat ze denkt nog lang zelfstandig te kunnen blijven:

Nou, met de wetenschap die ik nu heb en wat ik nu mee heb gemaakt zou het natuurlijk mooi zijn dat als er plaats is, dat ik daar wel naartoe ga. Want het is geen verpleeghuis, maar een verzorgingshuis. [...] En nu moet ik binnenkort geopereerd worden aan dit oog en hier heb ik al niets meer. Dus ik neem geen risico. Als daar plaats is, dan pak ik dat met beide handen aan. Het verstand zegt: doen.

2.4 Wat verstaan ouderen onder 'kwetsbaarheid'?

Gekwetst worden

Sommige ouderen kunnen maar weinig met het begrip 'kwetsbaarheid' en zijn niet of niet goed in staat uit te leggen wat het woord inhoudt. Andere gaven er de betekenis aan van 'gekwetst worden' of definieerden kwetsbaarheid anders dan deskundigen dit doen. Toen we een mevrouw vertelden dat ouderen weleens kwetsbaar worden genoemd, en haar vroegen wat kwetsbaarheid voor haar betekent, antwoordde ze:

Ja, dat word je natuurlijk wel. Je wordt wel met je neus op de feiten gedrukt. Dat is wel een beetje kwetsend natuurlijk.

Een andere mevrouw vertelt:

Je bent kwetsbaar als je zelf voelt dat je de weg weleens kwijt bent. Dan ben je kwetsbaar.

Zij bedoelt overigens letterlijk de weg kwijt zijn:

Als je bijvoorbeeld ergens heen moet waar je nog amper bent geweest of waar je nog nooit bent geweest, en dat je denkt: hoe moet ik daar komen? Als je daar dan niet uitkomt, vind ik wel dat je kwetsbaar bent.

Je partner verliezen

Veel mensen vinden iemand kwetsbaar als diegene weinig sociale contacten meer heeft. Veelal wordt het voorbeeld genoemd van een buurman of buurvrouw van wie de partner is overleden. De respondenten voelen medelijden met deze mensen en geven dikwijls aan hoe blij ze zijn dat ze hun partner nog hebben. Voor de heer M. is zijn partner – zijn

‘schattebout’ – het belangrijkste in zijn leven. Emotioneel vertelt hij dat hij niet zou weten wat hij zonder haar zou moeten doen:

Als je je partner verliest, dan ben je nog kwetsbaarder. Als je je partner nog hebt, dan kun je overal nog naartoe. Samen, samen ben je krachtig. Als je alleen bent, dan krijg je een schop onder je kont.

Ook mensen die zelf hun partner hebben verloren, geven aan dat zij hierdoor kwetsbaar zijn:

Wanneer ik kwetsbaar ben? Als ik verdrietig ben. Als ik denk van: W., waar blijf je nou? Waarom ben je nou weggegaan. Ik zit altijd maar met W. in mijn maag.

Veranderingen in de maatschappij meemaken

In de huidige literatuur wordt weinig gesproken over de invloed van de omgeving op de beleving van kwetsbaarheid door ouderen. Uit de gesprekken kwam echter veelvuldig naar voren dat ouderen denken dat zij kwetsbaarder zijn door de veranderende maatschappij. Mogelijk geven de interviews hier een vertekend beeld, aangezien de meeste respondenten woonachtig zijn in Amsterdam, waar stedelijke problematiek speelt. Maar de verhalen geven wel weer hoe belangrijk de invloed is van de maatschappij op de ervaringen van ouderen. Wanneer hierover werd gesproken, waren er twee belangrijke consequenties te onderscheiden van de huidige samenleving op de beleving van ouderen. Allereerst gaven sommige respondenten aan dat volgens hen de ouderen de schuld krijgen van de ‘vergrijzing’ en dat zij zich niet meer geaccepteerd voelen in de huidige maatschappij. Dat laatste ervaart ook deze mevrouw:

Als ze worden genegeerd. Dan ben je kwetsbaar. Uiteindelijk zijn we niet meer zo in de picture, laat ik het zo zeggen. Want wat zijn wij? Oudere mensen. De één loopt zo, de ander loopt zo. Of we zijn vervelend of wat dan ook. Voor de gezinnen hebben ze hun doel nog. Maar voor het leven? Ik ben 80. Ik bedoel: voor wie ben ik nog nuttig?

Een meneer uit zijn frustratie dat er weinig rekening wordt gehouden met ouderen. Al kan hij met behulp van zijn kinderen de maatschappelijke ontwikkelingen wel behouden, hij ervaart dat veel ouderen dat niet kunnen.

De dingen om je heen veranderen natuurlijk. Je wordt natuurlijk niet meer opgenomen in het maatschappelijk proces. Men gaat ervan uit dat iedereen een computer heeft. Ik bedoel, de oudere wordt gewoon voorbijgelopen.

Tot slot zijn ouderen kwetsbaar doordat zij zich minder goed kunnen verweren tegen agressie. Veel ouderen geven aan dat zij zich ’s avonds in huis niet veilig meer voelen en dat zij de deur niet meer open durven doen als er wordt aangebeld. De heer en mevrouw S. geven aan dat deze angst toeneemt naarmate zij ouder worden:

Mevrouw S.: *Als er ’s avonds gebeld wordt, wij wonen in een groot appartementencomplex, dan doe ik niet meer zo snel open. Dan vraag ik eerst even ‘wie is het’ en als er dan iemand zegt: ik ben de sleutel vergeten, kunt u even open doen, dan denk ik nee, ik doe het niet.*

De heer S.: Voorheen deed je de deur open, probleemloos, ik bedoel: zonder er bij na te denken, bij wijze van spreken. Door de ontwikkeling van de maatschappij, als je de krant leest, die wordt beroofd, die wordt beroofd, daar wordt ingebroken.

Mevrouw S.: Ik denk ook dat niet alleen ouderen dat hebben, maar ik denk: je doet niet meer zo gauw open als er om tien uur gebeld wordt. Nee, dat doen wij niet meer, daar ben je voorzichtiger mee. Ik denk omdat je ouder bent, dan heb je dat helemaal.

Ook mevrouw De B. is bang om open te doen:

Ja, wanneer voel ik me kwetsbaar. Als er 's avonds laat gebeld wordt en ik ben alleen binnen. Dat vind ik eng. Ben nooit bang geweest, maar afen toe nu, ja tegenwoordig weleens. Als ik 's avonds de ramen en deuren even nakijk voor ik naar bed ga, voel ik me toch niet zo lekker. Nee. [...] Want je weet natuurlijk als ze met de vinger zo komen, dan kun je op de grond liggen. Ik ben zo uit mijn evenwicht namelijk. Een vinger en hup jongens dan ligt ze weer.

We vragen haar of ze kwetsbaarder wordt naarmate ze ouder wordt:

Natuurlijk. Ja, natuurlijk, want je voelt je veel minder mans. Ik bedoel, kijk als je aangevallen zou worden op straat of je tas geroofd of wat, dan zou je je verzetten. Wat stel ik nou nog voor met mijn verzet? Ben altijd wel een mannetjesputter geweest, maar dat gaat over. Ze hoeven maar zo te doen en ik ben uit mijn evenwicht.

Afhankelijk zijn van anderen

Veel mensen zijn bang om hun zelfstandigheid te verliezen en geven aan dat je kwetsbaar bent wanneer je afhankelijk bent van anderen. Voor mevrouw De J. is het duidelijk, kwetsbaarheid is 'iets waar je je tegen verzetten moet en moet zien wat er wel kan'. Deze dame van 82 jaar heeft medicijnen gestudeerd en is jarenlang arts geweest. Met veel humor en vastberadenheid vertelt ze haar verhaal. Tot nu toe heeft ze het altijd alleen gered:

Mevrouw De J.: Dat lukte me tot nu toe wel en daarom zit ik hier [in het ziekenhuis]. Ik ben bang dat dit nu niet meer gaat lukken. Ik verzet me tegen echte kwetsbaarheid. Ik weet niet hoe ik dat zeggen moet. Ik voel me niet kwetsbaar, ik ben alleen bang dat ik het word.

Interviewer: En wat is die kwetsbaarheid dan volgens u?

Mevrouw De J.: Dat ik me niet meer zelfstandig kan redden. Dat ik hulp nodig ga hebben. Ik heb nu zelfs nog geen huishoudelijke hulp.

Tot drie weken voor het gesprek had ze 'slechts' een aandoening aan haar ogen, waardoor ze slecht zag, maar waar ze wel mee heeft leren leven. Toen is ze echter gevallen en door de continue duizeligheid loopt ze met een stok. En nu denkt ze potverdorie, daar gaat mijn zelfstandigheid.

2.5 Draaglast en draagkracht, een wankel evenwicht

Uit de gesprekken is duidelijk geworden dat de geïnterviewden veel te maken hebben met verlies. Hun gezondheid gaat achteruit en ze raken hun dierbaren en hun zelfstandigheid kwijt. Opvallend was echter dat de respondenten hier op verschillende manieren mee omgaan. Zo blijft de eerder geciteerde mevrouw S. ondanks haar ernstige oogklachten, verlies van dierbaren en worstelingen met de huidige maatschappij een zeer optimistische vrouw. Zij is zich ervan bewust dat ze niet altijd zelfstandig zal blijven en bereidt zich voor op dit verlies door een plaats te regelen in een verzorgingshuis. Zo heeft zij controle over haar leven en kan zij zeer goed omgaan met haar situatie zonder zich kwetsbaar te voelen.

Mensen met dezelfde draaglast lijken dus te verschillen in draagkracht. Als de draagkracht gering is, dan zijn ze kwetsbaar. Deze constatering komt overeen met wat Wellink (2003) concludeerde op basis van haar onderzoek naar mensen met lichamelijke beperkingen. Deze mensen vormen volgens haar 'een kwetsbare groep vanwege het risico op een verstoorde balans tussen hun draaglast en draagkracht'.

In wetenschappelijke definities van kwetsbaarheid (zie hoofdstuk 3) worden vaak voorbeelden van draaglast genoemd, zoals het verliezen van gezondheid en van vaardigheden die van belang zijn voor het dagelijks functioneren, of het verlies van familie en vrienden en van een positieve houding in het leven. Als je dan blijft bij het idee dat kwetsbaarheid een verstoorde balans is tussen draagkracht en draaglast, dan moet je ook die draagkracht kunnen meten. In de Tilburg Frailty Indicator, een instrument om kwetsbaarheid te meten, wordt de draagkracht onderzocht door respondenten te vragen of zij goed kunnen omgaan met problemen (vraag 22). De capaciteit van mensen om problemen het hoofd te bieden zou uitgebreider onderzocht moeten worden in meetinstrumenten voor kwetsbaarheid, willen we een beter beeld krijgen van kwetsbaarheid als een verstoorde balans tussen draaglast en draagkracht.

2.6 Samenvatting

Onze vraag 'Wat is belangrijk in uw leven?' leverde een aantal redelijk te verwachten antwoorden op. Het ligt immers best voor de hand dat gezondheid, de levenspartner, kinderen en kleinkinderen en andere naasten genoemd zouden worden. We vroegen ook naar veranderingen in die belangrijke zaken en naar de angst om dat wat belangrijk is te verliezen. Uit de interviews komt duidelijk naar voren dat het beleven van 'verlies' en de angst voor 'verlies' belangrijke ervaringen in het leven van ouderen zijn. Het zijn ervaringen die de kwaliteit van leven (sterk) kunnen aantasten. Hoe sterk, hangt af van iemands persoonlijke draagkracht. Een tekort aan draagkracht kan resulteren in kwetsbaarheid. Veel respondenten geven aan dat er altijd wat kan gebeuren waardoor zij niet meer zelfstandig kunnen leven of extra hulp nodig hebben. Niet iedereen bereidt zich echter op dit verlies van zelfstandigheid voor. Een deel van de respondenten geeft aan dat zij 'leven in het nu', zij houden zich niet bezig met wat er zou kunnen gebeuren. Vaak willen mensen zo lang mogelijk zelfstandig blijven en proberen zij met zo min mogelijk hulp in

hun levensbehoeften te voorzien. Zij willen liever niet afhankelijk zijn van de steun van hulpverleners of van de eigen familie.

Wat betekent 'kwetsbaarheid' voor ouderen? Sommigen geven een eigen invulling aan dit begrip: ze spreken bijvoorbeeld over beledigd worden, of de weg kwijt zijn. Anderen geven een betekenis aan kwetsbaarheid die dichter in de buurt komt van medische opvattingen. Het verlies van de partner en van sociale contacten, de verharde maatschappij en het afhankelijk zijn van anderen zijn belangrijke oorzaken van kwetsbaarheid in de ogen van ouderen. Al proberen zij hun eigen kwetsbaarheid zolang mogelijk uit te stellen, gebreken komen met de jaren en de ouderen zijn zich bewust van deze toenevende kwetsbaarheid. Op de vraag of zij kwetsbaarder wordt naarmate ze ouder wordt, antwoordt mevrouw M. dan ook 'Ik denk zelf dat het absoluut met het ouder worden te maken heeft. Ik zou verder geen andere verklaring kunnen geven.'

Uit de gesprekken bleek dat ouderen het woord 'kwetsbaarheid' niet snel op zichzelf betrekken. Net als in het onderzoek van Becker (1994) bleek dat ouderen de term 'kwetsbaar' nooit noemen om hun fysieke situatie te beschrijven. Wel relateren zij kwetsbaarheid aan hun relaties met andere mensen. Als de eigen fysieke gesteldheid al ter sprake komt (volgens deskundigen is de fysieke gesteldheid van grote invloed op iemands kwetsbaarheid), dan hebben zij het over de sociale gevolgen van de fysieke klachten. Zo zegt mevrouw S. dat als ze blind zou worden, ze kwetsbaar zou zijn omdat ze dan afhankelijk is van anderen. De invloed van de maatschappij op iemands kwetsbaarheid is dus groot, een bevinding die nauwelijks terug te vinden is in de huidige literatuur over kwetsbaarheid. Opvallend is verder dat ouderen, met een enkele uitzondering, slechts één oorzaak van kwetsbaarheid noemen, terwijl volgens medische wetenschappers kwetsbaarheid het gevolg is van een samenspel van oorzaken.

Noten

- 1 De scores op de Tilburg Frailty Indicator (zie hoofdstuk 3) lagen tussen 2 en 11, gemiddelde score was 5,85; zie hoofdstuk 4 voor de gemiddelde scores in de bevolking.
- 2 Wij willen de verpleegkundigen van de geriatrieafdeling van het Slotervaartziekenhuis hartelijk bedanken voor hun hulp bij het benaderen van deze patiënten.
- 3 De interviews werden gehouden op de geriatrieafdeling van het Slotervaartziekenhuis in Amsterdam en afgenomen aan de hand van een onderwerpenlijst. De interviews namen ongeveer twintig minuten in beslag en werden opgenomen met audioapparatuur. In elk interview kwamen de volgende onderwerpen aan bod: belangrijke zaken in het leven, zelfstandigheid in de nabije toekomst, betekenis van kwetsbaarheid en mate waarin de respondent zelf en mensen in zijn of haar omgeving kwetsbaar zijn. Daarnaast werd de vragenlijst Tilburg Frailty Indicator (TFI) afgenomen (zie hoofdstuk 3). De interviews werden uitgeschreven en verwerkt met behulp van een classificatiesysteem (Droogleevers Fortuijn 2002).
- 4 Een aandoening aan de ogen waardoor het zicht verslechtert.

Gertruida Berens-Westerduin

(88 jaar)



‘Wat is kwetsbaar? Ik vind dat een moeilijk begrip. Misschien toen ik drie jaar geleden plotseling in het verzorgingshuis kwam en al mijn spullen moest achterlaten. Nu gaat het een stuk beter dan toen. Lichamelijk ben ik wel bijna op. Ik zie nog maar 5% en hoor slecht, maar ik ben nog helder van geest en in mijn hart blijf ik jong.’

3 Wetenschappelijke definities en metingen van kwetsbaarheid

Robbert Gobbens (Hogeschool Rotterdam / UvT-Tranzo), Katrien Luijkx (UvT-Tranzo), Ria Wijnen-Sponselee (Avans Hogeschool), Marcel van Assen (UvT-MTO) en Jos Schols (UM-Caphri)

3.1 Opkomst van het begrip frailty

Het concept 'kwetsbaarheid' (in het Engels *frailty*) wordt de afgelopen jaren steeds vaker gebruikt in zowel de wetenschap als de hulpverlening. In de literatuur van voor 1980 was nauwelijks aandacht voor kwetsbaarheid bij oudere mensen. The Federal Council on Aging (FCA) in de Verenigde Staten introduceerde eind jaren zeventig de term *frail elderly* om een specifiek segment van de oudere bevolking te kunnen aanduiden. In 1978 definieerde de FCA kwetsbare ouderen als 'personen die meestal, maar niet altijd, een hogere leeftijd hebben dan 75 jaar en die vanwege een opeenstapeling van diverse voortdurende problemen frequent ondersteuning nodig hebben om het hoofd te kunnen bieden aan het dagelijkse leven' (Hogan et al. 2003: 4 [eigen vertaling]). In de jaren tachtig definieerden ook andere onderzoekers de termen 'kwetsbaarheid' en 'kwetsbare ouderen' (bv. Woodhouse et al. 1988). Sinds 1991 is het aantal publicaties over kwetsbaarheid aanzienlijk toegenomen (Gobbens et al. 2007).

De mate van kwetsbaarheid van een oudere persoon blijkt een betere voorspeller van ongewenste gebeurtenissen zoals opname in een ziekenhuis of verpleeghuis en vroegtijdig overlijden dan leeftijd (Mitnitski et al. 2002; Morley et al. 2002; Schuurmans et al. 2004). Dit is van belang om te bepalen hoeveel en welk type zorg of behandeling nodig is en om een inschatting te maken van de gezondheidsrisico's en de daarmee samenhangende zorgbehoefte. Door de mate van kwetsbaarheid vast te stellen kan bepaald worden wie extra aandacht of zorg nodig heeft (Schuurmans et al. 2004). Kwetsbaarheid verdient daarom een plaats in het klinisch denken en handelen (Slaets 2004). Het concept zou volgens ons aandacht moeten krijgen in alle geledingen van het zorgsysteem, of het nu gaat om ziekenhuizen, verpleeghuizen of eerstelijnszorg. Uit het onderzoek van Kaethler et al. (2003) blijkt dat medische deskundigen deze mening delen: 69% van de respondenten in dit onderzoek, dat gehouden werd onder vertegenwoordigers van verschillende disciplines (zoals verpleegkunde, geneeskunde, psychologie en maatschappelijk werk) vindt het nuttig om het begrip kwetsbaarheid te hanteren in zowel de klinische zorg als de extramurale zorg.

Onduidelijk blijft echter wat kwetsbaarheid precies inhoudt. Er bestaat geen eenduidige definitie van dit begrip (Hogan et al. 2003; Markle-Reid en Browne 2003). Om te kunnen vaststellen wie de kwetsbare ouderen zijn en vervolgens hun kwetsbaarheid te verminderen of verergering te voorkomen, is een definitie van kwetsbaarheid noodzakelijk.

Het doel van dit hoofdstuk is de wetenschappelijke definities van kwetsbaarheid te beschrijven en op basis van deze definities een voorstel te doen voor een praktisch bruikbaar meetinstrument voor kwetsbaarheid.

3.2 Afbakening van het begrip ‘kwetsbaarheid’

Er bestaan veel verschillende wetenschappelijke definities van kwetsbaarheid. In de wetenschappelijke literatuur wordt het begrip ‘kwetsbaarheid’ tot nu toe veelal afgebakend tot het lichamelijke domein. Een veelvuldig geciteerde definitie van kwetsbaarheid is die van Fried et al. (2001: M146 [eigen vertaling]): kwetsbaarheid is een biologisch syndroom van een verminderde reserve en weerstand tegen stressoren, dat het resultaat is van dalingen van diverse fysiologische systemen, en dat kwetsbaarheid voor ongewenste uitkomsten veroorzaakt. De bijbehorende operationele ofwel meetbare definitie van kwetsbaarheid, genoemd *a phenotype of frailty*, bevat de volgende criteria: onbedoeld gewichtsverlies, zelfgerapporteerde uitputting, zwakheid, traagheid in lopen en verminderde fysieke activiteit. Volgens Fried et al. (2001) is iemand kwetsbaar als hij of zij aan drie of meer van deze criteria voldoet. De definitie van Fried et al. maakt deel uit van een stroming die kwetsbaarheid smal definieert. Bij smalle definities wordt sterk de nadruk gelegd op gezondheidsverlies bij ouderen; er is nauwelijks aandacht voor hun psychisch en sociaal functioneren.

Een definitie waarin kwetsbaarheid niet uitsluitend verwijst naar fysieke achteruitgang bij ouderen is die van Strawbridge et al. (1998: S9 [eigen vertaling]). Zij definiëren kwetsbaarheid als ‘een syndroom dat een groep van problemen en verlies aan mogelijkheden in diverse domeinen bevat en een individu vatbaar maakt voor omgevingsfactoren’. Naast een lichamenlijk domein onderscheiden zij een cognitief en sensorisch domein (horen, zien) en een domein voeding (gebrek aan eetlust, onverklaarbaar gewichtsverlies).

Er kwam kritiek op de smalle definities van kwetsbaarheid en onderzoekers zijn vaker brede definities gaan hanteren (Strawbridge et al. 1998; Rockwood et al. 1999; Markle-Reid en Browne 2003; Schuurmans et al. 2004; Puts et al. 2005; Gobbens et al. 2007). De breedte van de definitie van kwetsbaarheid, ofwel het aantal domeinen van het menselijk functioneren dat in die definitie ter sprake komt, is vanzelfsprekend van invloed op de afbakening van de groep kwetsbare ouderen.

3.3 Verschil tussen kwetsbaarheid en verwante begrippen

Het is niet alleen van belang om kwetsbaarheid breed te definiëren, maar ook om duidelijk onderscheid te maken tussen kwetsbaarheid en verwante begrippen zoals ‘beperkingen’, ‘multimorbiditeit’, ‘kwaliteit van leven’ en ‘succesvol ouder worden’ (vgl. Zantinge et al. 2010).

Functiebeperkingen zijn te definiëren als de moeilijkheden die iemand ondervindt bij het uitvoeren van activiteiten (vgl. De Kleijn-de Vrankrijker et al. 2010).¹ Multimorbiditeit (ook wel comorbiditeit genoemd) is het hebben van meer dan een aandoening (vgl. Gezondheidsraad 2009). Deze begrippen overlappen elkaar ten dele, zo blijkt uit

verschillende studies. Van Amerikaanse ouderen die als kwetsbaar werden geïdentificeerd, rapporteerde 26,6% alleen kwetsbaarheid, 46,2% was kwetsbaar en had twee of meer chronische ziekten, 5,7% was kwetsbaar en had beperkingen en 21,5% rapporteerde zowel kwetsbaarheid als beperkingen en twee of meer chronische ziekten (Fried et al. 2004). In een Nederlands onderzoek onder 65-plussers bleek dat bij kwetsbare ouderen iets vaker sprake was van multimorbiditeit (14,8%) dan van beperkingen (11,9%) (Deeg en Puts 2007). In hoofdstuk 4 wordt de overlap tussen de begrippen functiebeperking en multimorbiditeit beschreven voor de Nederlandse populatie van zelfstandig en in een instelling wonende ouderen.

Fried et al. (2004) stellen dat beperkingen de kwetsbaarheid van een persoon kunnen verergeren en dat multimorbiditeit kan bijdragen aan de ontwikkeling van kwetsbaarheid. Maar niet alle oudere personen met beperkingen zijn kwetsbaar, en niet alle kwetsbare ouderen hebben beperkingen. Uit een survey onder geriateren van zeven universitaire medische centra bleek dat 98% van hen vond dat kwetsbaarheid een oorzaak is van beperkingen (Walston en Fried 1999). The Geriatric Advisory Panel concludeerde dat kwetsbaarheid een voorstadium is van beperkingen (Abellan van Kan et al. 2008).

Tegelijk met het begrip kwetsbaarheid kwamen in de jaren tachtig en negentig ook de begrippen 'kwaliteit van leven' en 'succesvol ouder worden' op in onderzoek en beleid. Terwijl bij 'kwetsbaarheid' de nadruk ligt op een tekortschietend functioneren van mensen, staan bij 'kwaliteit van leven' en 'succesvol ouder worden' de positieve kanten voorop. 'Succesvol ouder worden' is een theoretisch begrip, terwijl 'kwetsbaarheid' en 'kwaliteit van leven' vaker als operationele ofwel meetbare begrippen worden gebruikt.

Het begrip 'kwaliteit van leven' kent zijn oorsprong in de psychologie en gezondheidswetenschappen en wordt omschreven als 'de individuele perceptie van de eigen positie in het leven in de context van culturele waarden en normen waarin zij leven en in relatie tot hun doelen, verwachtingen, standaarden en zorgen' (WHO Group 1998: 11 [eigen vertaling]). Kwaliteit van leven is dus een subjectief begrip.

Het begrip 'succesvol ouder worden' is sinds de jaren tachtig een belangrijk begrip in gerontologisch onderzoek (Baltes en Baltes 1990). Het proces van het ouder worden wordt gezien als een veranderende balans tussen winsten en verliezen. Deze balans wordt met het ouder worden minder positief (Baltes 1987; Baltes 1997). De gedachte is dat mensen proberen hun welbevinden te vergroten door beter in een of meer van hun basisbehoeften te voorzien (Steverink et al. 1998; Steverink 2009).

Als we kijken naar de manier waarop kwetsbaarheid, kwaliteit van leven en succesvol ouder worden gemeten worden, zien we zowel overeenkomsten als verschillen (zie schema B3.3 in de bijlage, te vinden via www.scp.nl bij het desbetreffende rapport). Alle drie de begrippen kennen een fysiek en een sociaal domein. Bij succesvol ouder worden ontbreekt het psychische domein. De vaardigheden die aangewend kunnen worden om beter in een of meer basisbehoeften te voorzien kunnen echter tot het psychische domein worden gerekend. Daarnaast kent kwaliteit van leven een vierde domein, dat van de woon- en leefomgeving van mensen.

Alle drie de begrippen zijn bestudeerd vanuit het perspectief van ouderen (zie ook hoofdstuk 2). Uit dit onderzoek blijkt dat ouderen lichamelijke gezondheid weliswaar belangrijk vinden, maar nog meer belang hechten aan hun psychische en sociale welbevinden.

Kwetsbare en niet-kwetsbare ouderen in de leeftijd van 67 tot en met 90 jaar omschrijven kwetsbaarheid in dezelfde termen: slechte gezondheid, moeite hebben met lopen, somber zijn, angstig zijn, weinig sociale contacten hebben en niet in staat zijn om de dingen te doen die men wil doen. Mannen leggen meer nadruk op fysieke beperkingen, vrouwen meer op psychologische en sociale beperkingen. Niet-kwetsbare ouderen beschrijven kwetsbaarheid op een meer afstandelijke manier, ze zetten kwetsbaarheid af tegen hun eigen mogelijkheden en benadrukken dat ouderen kunnen voorkomen dat zij kwetsbaar worden door bijvoorbeeld voldoende te bewegen. Kwetsbare ouderen noemen zichzelf als voorbeeld om te omschrijven wat kwetsbaarheid is en benadrukken dat het onlosmakelijk is verbonden met het ouder worden en dat je er eigenlijk niets aan kunt doen (Puts et al. 2009).

Voor zowel kwetsbare als niet-kwetsbare ouderen (67-90 jaar) omvat kwaliteit van leven een goede gezondheid hebben, je goed voelen, sociale relaties hebben, actief zijn, andere mensen helpen en in een fijn huis in een goede buurt wonen. Beide groepen vinden gezondheid, welzijn en sociale contacten het belangrijkste. Wat men het meest van belang vindt voor de kwaliteit van leven verandert als mensen kwetsbaarder worden: niet-kwetsbare ouderen vinden gezondheid het belangrijkste, kwetsbare ouderen hechten meer waarde aan sociale contacten (Von Faber et al. 2001; Phelan et al. 2004; Puts et al. 2007). Bij Nederlandse 75-plussers hangt kwetsbaarheid sterk samen met kwaliteit van leven (Gobbens et al. 2010e). Hoewel de meeste kwetsbare ouderen hun slechtere gezondheid hebben geaccepteerd en hun activiteiten hebben aangepast, ervaren zij wel een lagere kwaliteit van leven dan niet-kwetsbare ouderen (Puts et al. 2007). Ook de domeinen van kwaliteit van leven en kwetsbaarheid hangen samen: als mensen bijvoorbeeld sociaal kwetsbaar zijn, is hun kwaliteit van leven op het sociale domein lager. Hetzelfde geldt voor het psychische en fysieke domein (Gobbens et al. 2010e). Ook uit onderzoek onder Mexicaans-Amerikaanse ouderen van 74 jaar en ouder blijkt dat kwetsbare ouderen lager scoren op kwaliteit van leven dan niet-kwetsbare ouderen. De kans dat kwetsbare ouderen een lage kwaliteit van leven ervaren, is tien keer groter dan de kans dat niet-kwetsbare ouderen ontevreden zijn met hun leven (Masel et al. 2009).

3.4 Een conceptueel model van kwetsbaarheid

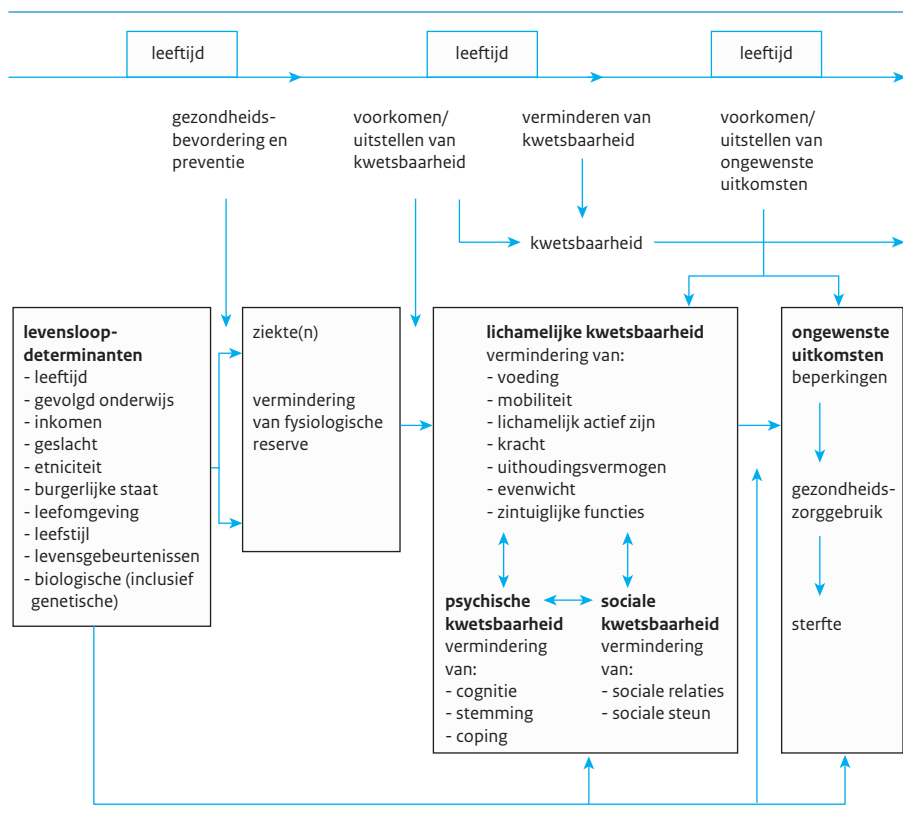
Diverse onderzoekers hebben een conceptueel model van kwetsbaarheid ontwikkeld.² Er zijn mathematische modellen (Rockwood et al. 2002), modellen waarbij het disfunctioneren van verscheidene biologische systemen centraal staat (Walston en Fried 1999; Morley et al. 2002), biomedische en psychosociale modellen (Rockwood et al. 1994), en levensloopmodellen (Bergman et al. 2004). Modellen van kwetsbaarheid zijn er in verschillende vormen. Ze worden gepresenteerd als een algoritme (Morley et al. 2002; Bergman et al. 2004), een balans (Rockwood et al. 1994), een cirkel (Walston en Fried 1999; Fried et al. 2001) of een 'plot' (Walston en Fried 1999).

De meeste modellen van kwetsbaarheid zijn ontwikkeld door medische wetenschappers (Markle-Reid en Browne 2003). Dat geldt onder andere voor de modellen van Rockwood et al. (1994), Buchner en Wagner (1992) en Walston en Fried (1999). In deze dualistische benadering kan de mens gescheiden worden in lichaam en geest. Het object van de

medische wetenschappen is het menselijk organisme, de ‘menselijke machine’. Onder hulpverleners is enige onvrede ontstaan over deze medische benadering, omdat het psychisch en maatschappelijk functioneren van de mens niet wordt belicht. Een invloedrijk model is multidimensioneel en multidisciplinair van aard, namelijk het model van Bergman et al. (2004): *a working framework in development*. Dit model is na systematisch literatuuronderzoek ontwikkeld door The Canadian Initiative on Frailty and Aging. Het model van de levensloop van ouderen schetst de weg van kwetsbaarheid naar ongewenste gebeurtenissen; het laat zien dat deze kunnen worden beïnvloed door een verscheidenheid aan biologische, psychische en sociale variabelen die beschreven kunnen worden als de competenties, hulpbronnen en tekorten van een individu in zijn omgeving. In dit model worden de criteria gebruikt die Fried et al. (2001) hanteren om te bepalen of iemand kwetsbaar is of niet. Bergman et al. (2004) voegen daar nog twee criteria aan toe, namelijk cognitieve achteruitgang en symptomen van depressie. Biologische, psychologische en sociale factoren die gedurende de levensloop op elkaar inwerken, worden gezien als de determinanten van kwetsbaarheid.

Figuur 3.1

Een conceptueel model van kwetsbaarheid



Bron: Gobbens et al. (2010c)

Gobbens et al. (2010c) hebben het model van Bergman et al. 2004 bewerkt tot een conceptueel model van kwetsbaarheid (zie figuur 3.1). Dit model onderscheidt zich van het oorspronkelijke model door drie vormen van kwetsbaarheid onderscheiden, namelijk lichamelijke, psychische en sociale kwetsbaarheid, die onderling samenhangen (Gobbens et al. 2010c).

Daarnaast wijst het conceptuele model de volgende determinanten aan: sociaal-demografische factoren (leeftijd, geslacht, burgerlijke staat, etniciteit), sociaal-economische factoren (onderwijs, inkomen), leefstijl, levensgebeurtenissen, woonomgeving en genetische factoren. Deze determinanten zijn ontleend aan wetenschappelijk onderzoek naar kwetsbare ouderen.

In diverse onderzoeken wordt de relatie tussen sociaaldemografische en sociaal-economische factoren en kwetsbaarheid belicht (Strawbridge et al. 1998; Fried et al. 2001; Nourhashemi et al. 2001). Zo hebben Fried et al. (2001), Rolfson et al. (2006) en Deeg en Puts (2007) aangetoond dat de prevalentie van kwetsbaarheid sterk stijgt met de leeftijd. Ook zijn vrouwen kwetsbaarder dan mannen (Fried et al. 2001; Woo et al. 2005; Gobbens et al. 2010d).

Volgens diverse onderzoekers kan een ongezonde leefstijl, ongezond eten, roken en alcoholgebruik, leiden tot het ontstaan van kwetsbaarheid (Bortz 2002; Fries 2002; Morley et al. 2006; Gobbens et al. 2010d). Ook de woonomgeving (Raphael et al. 1995) en ingrijpende levensgebeurtenissen (bv. verweduwing) (Morley et al. 2006) behoren tot de levensloopteterminanten in het model. Zo kan de veiligheid in de buurt de levensloop beïnvloeden en komen op hogere leeftijd vaker gebeurtenissen voor die mensen liever niet meemaken, zoals het overlijden of een ernstige ziekte van een dierbaar persoon. Ook zijn onderzoekers overtuigd van de relatie tussen biologische factoren, waaronder genetische factoren, en het ontstaan van kwetsbaarheid (Fried et al. 2001; Bortz 2002). Het begrip 'ziekte' neemt een prominente plaats in binnen het conceptuele model van kwetsbaarheid. Verschillende ziekten zoals hartfalen, anemie en diabetes mellitus kunnen iemand kwetsbaar maken (Buchner en Wagner 1992; Brown et al. 1995; Strawbridge et al. 1998; Fried et al. 2001; Bortz 2002; Morley et al. 2006). Ook uit het literatuuronderzoek van Levers et al. (2006) blijkt dat het hebben van twee of meerdere ziekten (multimorbiditeit) de kans op het ontstaan van kwetsbaarheid aanzienlijk vergroot.

Een toestand van progressieve kwetsbaarheid kan ten slotte leiden tot ongewenste situaties zoals het hebben van ernstige beperkingen, een toename van zorggebruik en vroegtijdig overlijden. Volgens Covinski et al. (2006) behoren functiebeperkingen tot de grootste risicofactoren voor het optreden van andere ongewenste gezondheidsuitkomsten, te weten verpleeghuisopname, hoge gezondheidszorgkosten en vroegtijdig overlijden. Puts et al. (2005) hebben aangetoond dat kwetsbaarheid de kans op een opname in een verzorgings- of verpleeghuis vergroot. In deel III van dit rapport wordt nader onderzocht hoe de risico's op opname en overlijden samenhangen met de ontwikkeling van kwetsbaarheid.

In het model van Gobbens et al. (2010c) (zie figuur 3.1) staan direct onder de tijdlijn van het leven interventiemogelijkheden vermeld. Het model laat zien op welke momenten hulpverleners preventief en/of curatief kunnen ingrijpen. Primaire preventie van kwetsbaarheid is vooral een taak van de publieke gezondheidszorg (GGD), van

welzijnsorganisaties en van de eerstelijnschulp, die vooral wordt geboden door huisartsen. Daarnaast kan primaire preventie een taak zijn van ouderenadviseurs, wijkverpleegkundigen en specialisten ouderengeneeskunde omdat zij bij uitstek goed op de hoogte zijn van beïnvloedbare factoren die normaliter snel tot institutionalisering kunnen leiden (Schols 2008). Heel weinig ouderen zijn kwetsbaar zonder dat zij meerdere ziekten en/of beperkingen hebben; het is dus vooral belangrijk om verlies van zelfredzaamheid en welzijn bij ouderen te voorkomen (tertiaire preventie) (Deeg en Puts 2007; Gezondheidsraad 2009).³

3.5 Definities van kwetsbaarheid

De wetenschappelijke definiëring van kwetsbaarheid kan verschillende doelen dienen. Bij de beoordeling van definities hebben wij gelet op de bruikbaarheid van een definitie voor beleidsmakers en hulpverleners. Daarnaast moet een definitie van kwetsbaarheid het mogelijk maken om vast te stellen welke ouderen kwetsbaar zijn.

Er zijn conceptuele en operationele definities van kwetsbaarheid te onderscheiden in de literatuur. Vooral het aantal conceptuele definities is groot (Gobbens et al. 2010a en b). In de meeste conceptuele definities (zie schema B3.1 in de bijlage) is slechts aandacht voor één vorm van kwetsbaarheid, veelal die op fysiek gebied. Dat geldt bijvoorbeeld voor de definities van Buchner en Wagner (1992), Hamerman (1999) en Fried et al. (2001). De definities van Strawbridge et al. (1998), Nourhashémi et al. (2001) en Schuurmans et al. (2004) verwijzen niet alleen naar het fysieke, maar ook naar het sociale functioneren van mensen.⁴

Op basis van literatuuronderzoek en het zowel schriftelijk als mondeling raadplegen van Nederlandse, Amerikaanse en Canadese experts op het gebied van kwetsbaarheid stellen we de volgende conceptuele definitie van kwetsbaarheid voor:

Kwetsbaarheid bij ouderen is een proces van het opeenstapelen van lichamelijke, psychische en/of sociale tekorten in het functioneren dat de kans vergroot op negatieve gezondheidsuitkomsten (functiebeperkingen, opname, overlijden).

3.6 Het meten van kwetsbaarheid

Na raadpleging van Nederlandse, Amerikaanse en Canadese experts op het gebied van kwetsbaarheid (Gobbens et al. 2010c) stellen wij voor om de volgende criteria te gebruiken om vast te stellen of een oudere persoon kwetsbaar is: lichamelijk actief zijn, voeding, mobiliteit, evenwicht, zintuiglijke functies, kracht, uithoudingsvermogen (op het lichamelijk domein), cognitie, stemming, coping (psychische domein), sociale steun en sociale relaties (sociale domein).

De experts vonden dat de volgende criteria in een operationele definitie van kwetsbaarheid niet mogen ontbreken: kracht, voeding, uithoudingsvermogen, mobiliteit, lichamelijke activiteit, evenwicht en cognitie. De eerste vijf criteria behoren ook tot de eerder beschreven *phenotype of frailty*, de operationele definitie van Fried et al. (2001). Op basis van hun gesprekken met deskundigen en hun literatuurstudie hebben Gobbens et al. (2010c) ook criteria voor zintuiglijke functies (gehoor, gezichtsvermogen) toegevoegd aan het

lichamelijke domein van kwetsbaarheid. Daarnaast zijn psychische functies (stemming en coping) en sociale functies (sociale relaties en steun) toegevoegd.

Schema B3.2 in de bijlage biedt een overzicht van operationele definities van kwetsbaarheid. Een aantal van deze definities staat in een kader omdat ze in de internationale literatuur veelvuldig worden geciteerd en/of omdat ze zijn ontwikkeld door Nederlandse onderzoekers. Net als bij de conceptuele definities van kwetsbaarheid (zie schema B3.1 in de bijlage) zien we bij de operationele definities dat het lichamelijk functioneren het belangrijkste criterium voor kwetsbaarheid vormt. In de definities van Chin A Paw et al. (1999), Brown et al. (2000) en Fried et al. (2001) vormt het lichamelijk functioneren van oudere mensen zelfs de enige maatstaf voor kwetsbaarheid. Daarnaast treffen we bij de operationele definities van kwetsbaarheid, net als bij de conceptuele definities, andere criteria van kwetsbaarheid aan, namelijk het ervaren van beperkingen bij het uitvoeren van dagelijkse activiteiten en/of het hebben van twee of meerdere ziekten (multimorbiditeit) (vgl. Rockwood et al. 1999; Schuurmans et al. 2004).

3.7 De Tilburg Frailty Indicator (TFI)

Momenteel zijn er verschillende multidimensionale instrumenten waarmee kwetsbaarheid bij ouderen kan worden vastgesteld, zoals de Edmonton Frail Scale (Rolfson et al. 2006), de Frailty Index (Jones et al. 2004) en de Groningen Frailty Indicator (GFI) (Schuurmans et al. 2004). In Nederland worden binnen het Nationaal Programma Ouderenzorg (NPO) diverse meetinstrumenten gebruikt om de mate van kwetsbaarheid bij ouderen vast te stellen. Van consensus over wat het beste meetinstrument is, is nog geen sprake. De meetinstrumenten GFI, ISAR, Easycare en Trazag worden in verschillende NPO-projecten gebruikt, soms in combinatie.

Op basis van het conceptuele model van kwetsbaarheid hebben we een meetinstrument ontwikkeld, de Tilburg Frailty Indicator (TFI). Met behulp van de TFI kan worden bepaald of iemand kwetsbaar is en in welke mate. De totaalscore voor kwetsbaarheid wordt bepaald door de scores per vraag op te tellen. De maximale score is vijftien en geeft het hoogste niveau van kwetsbaarheid weer. Op basis van bestaand onderzoek (Gobbens et al. 2005e) hebben we bepaald dat ouderen kwetsbaar zijn bij een score van ten minste vijf. Bij deze score bleek de TFI naar psychometrische maatstaven voldoende 'specifiek' en ruim voldoende 'sensitief' om ongewenste situaties te kunnen voorspellen. Met de TFI kan het functioneren van oudere mensen in kaart worden gebracht. Zowel lichamelijke, als psychische en sociale problemen kunnen ermee worden vastgesteld. De TFI is een gebruiksvriendelijke vragenlijst, die door ouderen zelf kan worden ingevuld. De TFI bestaat uit twee delen. Het eerste deel bevat vragen over determinanten van kwetsbaarheid. Het tweede deel bevat vijftien vragen over drie domeinen van kwetsbaarheid. Aan de hand van deel B van de TFI (zie schema 3.1) wordt bepaald of iemand kwetsbaar is en in welk opzicht.⁵

Met een vragenlijst als de TFI hebben zorgverleners een instrument in handen waarmee zij eenvoudig en vroegtijdig kunnen vaststellen welke ouderen kwetsbaar zijn. Zij kunnen op tijd ingrijpen om onnodig verlies van kwaliteit van leven te voorkomen.

Schema 3.1

De Tilburg Frailty Indicator

Onderdeel B domeinen van fragiliteit

B1 Lichamelijk domein

- | | |
|--|------------|
| 11. Kunt u voldoende lichamelijk actief zijn? ⁶ | o ja o nee |
| 12. Bent u de afgelopen periode veel afgevallen zonder dit zelf te willen? (veel is: 6 kg of meer in de afgelopen zes maanden of 3 kg of meer in de afgelopen maand) | o ja o nee |
| Hebt u problemen in het dagelijks leven door | |
| 13.slecht lopen? | o ja o nee |
| 14.het slecht kunnen bewaren van uw evenwicht? | o ja o nee |
| 15.slecht horen? | o ja o nee |
| 16.slecht zien? | o ja o nee |
| 17.weinig kracht in uw handen? | o ja o nee |
| 18.lichamelijke moeheid? | o ja o nee |

B2 Psychische domein

- | | |
|--|-------------------|
| 19. Hebt u klachten over uw geheugen? | o ja o soms o nee |
| 20. Hebt u zich de afgelopen maand somber gevoeld? | o ja o soms o nee |
| 21. Hebt u zich de afgelopen maand nerveus of angstig gevoeld? | o ja o soms o nee |
| 22. Kunt u goed omgaan met problemen? | o ja o nee |

B3 Sociale domein

- | | |
|---|-------------------|
| 23. Woont u alleen? | o ja o nee |
| 24. Mist u weleens mensen om u heen? | o ja o soms o nee |
| 25. Ontvangt u voldoende steun van andere mensen? | o ja o nee |

Score onderdeel B: van 0 tot 15

- | | |
|------------------|----------------------|
| Vraag 11: | ja = 0, nee = 1 |
| Vraag 12: | nee = 0, ja = 1 |
| Vraag 13 t/m 18: | nee = 0, ja = 1 |
| Vraag 19: | nee/soms = 0, ja = 1 |
| Vraag 20 en 21: | nee = 0, ja/soms = 1 |
| Vraag 22: | ja = 0, nee = 1 |
| Vraag 23: | nee = 0, ja = 1 |
| Vraag 24: | nee = 0, ja/soms = 1 |
| Vraag 25: | ja = 0, nee = 1 |

3.8 Samenvatting

Vanaf de jaren tachtig en negentig is kwetsbaarheid uitgegroeid tot een veelgebruikt begrip in zowel wetenschap als praktijk. Door het grote aantal conceptuele en operationele definities is het lastig om vast te stellen welke ouderen precies kwetsbaar zijn. Eenduidige afbakening van deze groep is echter wel noodzakelijk om tijdig maatregelen te kunnen nemen om kwetsbaarheid en daaraan gerelateerde ongewenste situaties bij oudere mensen te verminderen, uit te stellen of te voorkomen.

Op basis van literatuuronderzoek en gesprekken met nationale en internationale experts op het gebied van kwetsbaarheid, stellen wij de volgende definitie voor:

Kwetsbaarheid bij ouderen is een proces van het opeenstapelen van lichamelijke, psychische en/of sociale tekorten in het functioneren dat de kans vergroot op negatieve gezondheidsuitkomsten (functiebeperkingen, opname, overlijden).

Kwetsbaarheid volgens deze definitie is meetbaar aan de hand van de volgende criteria: kracht, voeding, uithoudingsvermogen, mobiliteit, lichamelijke activiteit, evenwicht, zintuiglijke functies (= lichamenlijk domein), cognitie, stemming en coping (= psychisch domein) en sociale relaties en sociale steun (= sociaal domein). De Tilburg Frailty Indicator (TFI) is een operationalisering van de definitie.⁷ Deze vragenlijst kan door ouderen zelf ingevuld worden en bestaat uit vijftien vragen over lichamelijke, psychische en sociale aspecten van kwetsbaarheid.

Noten

- 1 Voor het beschrijven van functiebeperkingen maken beleidsmakers en onderzoekers veelal gebruik van de ICF-classificatie van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO). ICF is de afkorting van International Classification of Functioning, Disability and Health.
- 2 Een conceptueel model is 'een set van begrippen en voorstellen die de concepten integreren tot een betekenisvol geheel (Fawcett 1989: 2 [eigen vertaling]).
- 3 De voorspellende waarde van kwetsbaarheid voor (vroegtijdige) sterfte is empirisch bewezen (Campbell en Buchner 1997; Fried et al. 2001; Mitnitski et al. 2002).
- 4 Daarnaast valt op dat sommige definities geen duidelijk onderscheid maken tussen kwetsbaarheid en ziekte of beperkingen. Zo nemen Rockwood et al. (1999) ziekte op in hun definitie en zijn mensen volgens Brown et al. (1995) kwetsbaar wanneer zij beperkingen ervaren in het uitvoeren van hun dagelijkse activiteiten.
- 5 De psychometrische eigenschappen van de TFI zijn onderzocht in een cross-sectioneel onderzoek met twee representatieve steekproeven (n = 245; n = 234) van zelfstandig wonende oudere mensen van 75 jaar en ouder, woonachtig in de gemeente Roosendaal in de provincie Noord-Brabant (Gobbens et al. 2010e). Uit dit onderzoek bleek dat de TFI een betrouwbaar en valide instrument is om kwetsbaarheid vast te stellen. De test-hertestbetrouwbaarheid van de TFI was goed (periode van één jaar), evenals de interne consistentie. Ook de constructvaliditeit was goed: de vijftien afzonderlijke items (tweede deel van de TFI) correleerden zoals verwacht met gevalideerde schalen zoals de Timed Up&Go Test, de Four Test Balance Scale, de Center for Epidemiologic Studies Depression Scale en de Loneliness Scale. De predictieve validiteit van de TFI was goed voor kwaliteit van leven, gemeten met de WHOQOL-BREF (zie Gobbens 2010 voor een uitgebreide verantwoording).
- 6 Uit onderzoek blijkt dat deze vraag beter kwetsbare en niet-kwetsbare ouderen van elkaar onderscheidt dan de oorspronkelijke vraag: 'Voelt u zich lichamenlijk gezond?' (Gobbens et al. 2010e).
- 7 Een voorbeeld van een andere, vergelijkbare operationalisering is de Groningen Frailty Indicator (GFI).

DEEL II

Welke ouderen zijn kwetsbaar?

Simon de Niet

(89 jaar)



‘Als je ouder wordt, mankeer je sneller wat. Een dame van 103 die ik kende, lette zelf bijvoorbeeld goed op dat ze niet op de tocht zat. Ik voel me nog gezond. Ik loop nog, kan nog horen, alleen ben ik slechtiend aan een oog. Maar ik voel me nog een jonge vent, ik kan overal nog aan meedoen.’

4 Kwetsbare ouderen in Nederland

Maaïke den Draak en Cretien van Campen (SCP)

Er wordt alom gesproken over kwetsbare ouderen en men is het erover eens dat zij een belangrijke risicogroep vormen in een vergrijzende samenleving. Het publieke debat wordt gevoed door de bijzondere aandacht die 'kwetsbare ouderen' krijgen van belangengroeperingen zoals de ouderenbonden en artsenverenigingen.¹ Maar wie zijn die kwetsbare ouderen en hoeveel kwetsbare ouderen zijn er in Nederland? Daar willen we in dit hoofdstuk een empirisch antwoord op geven, in aanvulling op de voorgaande hoofdstukken 2 en 3, die aandacht besteedden aan de betekenis van het begrip. Doel van dit hoofdstuk is een landelijk beeld te geven van de omvang en het profiel van kwetsbare ouderen in Nederland. Met behulp van bevolkingsenquêtes van het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) is onderzocht hoeveel kwetsbare ouderen er naar schatting zijn in Nederland. De bestudeerde groep is groter dan in veel bestaand onderzoek: naast zelfstandig wonende ouderen zijn namelijk ook ouderen in instellingen in het onderzoek betrokken. Er zijn gegevens van personen van 65 jaar en ouder uit twee surveys gebruikt: het Aanvullend voorzieningengebruikonderzoek (AVO) voor zelfstandig wonende ouderen en de survey Ouderen in instellingen (OII) voor bewoners van verzorgingshuizen en verpleeghuizen (zie § B4.1 in de bijlage, te vinden via www.scp.nl bij het desbetreffende rapport).

Op grond van deze gegevens zijn de volgende vragen beantwoord: Hoeveel ouderen (65-plus) zijn kwetsbaar in Nederland? Hoeveel daarvan wonen zelfstandig en hoeveel in een instelling? Welke kenmerken hebben deze twee groepen en overlapt de groep kwetsbare ouderen andere doelgroepen van het ouderenbeleid, zoals ouderen met multimorbiditeit en/of functiebeperkingen?

4.1 Omvang van de populatie kwetsbare ouderen

De omvang van de populatie kwetsbare ouderen hangt samen met de definitie van kwetsbaarheid die men kiest (zie hoofdstuk 3). De prevalenties van kwetsbaarheid onder ouderen lopen uiteen in de wetenschappelijke literatuur. Dit heeft te maken met twee zaken: ten eerste het gebruik van een smalle of een brede definitie, waarbij de laatste vanzelfsprekend in een hogere prevalentie resulteert; en ten tweede de ondergrens in leeftijd, waarbij een hogere ondergrens van bijvoorbeeld 75-plus of 85-plus een hogere prevalentie voortbrengt dan een ondergrens van 65-plus.

Bestaande prevalentiemetingen van kwetsbare ouderen in Nederland zijn moeilijk te vergelijken door verschillen in definitie (en operationalisering) en leeftijdsgrenzen. Het SCP schatte eerder het aantal kwetsbare ouderen op 150.000 personen onder 55-plussers; deze schatting was gebaseerd op een definitie van kwetsbaarheid als een situatie waarin de draaglast (ziektelast) voor een persoon te zwaar is in verhouding tot diens draagkracht (sociaal netwerk, inkomen) (De Klerk et al. 2004: 30). Deze benadering combineert

zelfzorgproblemen (fysieke kwetsbaarheid) met de inkomenspositie en de samenlevingsvorm van ouderen.

Internationaal gezien volgen de meeste schattingen van het aantal kwetsbare ouderen tot nu toe de smalle, fysiologische benadering van Fried et al. (2001). De laatste jaren is een verschuiving waarneembaar naar bredere definities, omdat men erkent dat ook psychische en sociale kwetsbaarheid leiden tot een slechtere gezondheid (zie hoofdstuk 3).

De smalle definitie van kwetsbaarheid levert Nederlandse prevalentiecijfers op in de orde van 6% tot 11% onder 65-plussers (Chin A Paw et al. 2003; Santos Eggiman et al. 2009). Op basis van een uitgebreidere definitie (inclusief aspecten van psychische kwetsbaarheid)² vonden Deeg en Puts (2008) dat 14,5% van de mannen en 20,7% van de vrouwen van 55 jaar en ouder kwetsbaar is in Nederland.

Brede operationalisering van biopsychosociale kwetsbaarheid zoals de Groningen Frailty Indicator (GFI) (Schuurmans et al. 2004) en de Tilburg Frailty Indicator (TFI) (Gobbens et al. 2010e) leveren de hoogste prevalentiecijfers in lokale steekproeven: 32% onder zelfstandig wonende 65-plussers in de regio Groningen (Schuurmans et al. 2004, GFI), 47% onder zelfstandig wonende 75-plussers in Roosendaal (Gobbens 2010e, TFI), 46% (GFI) en 40% (TFI) onder huisartspatiënten van 70 jaar en ouder in Limburg en Utrecht (Metzelthin et al. 2010).

Zoals gezegd bekijken we in dit hoofdstuk de totale populatie van 65-plussers (inclusief ouderen in instellingen) met een brede, biopsychosociale afbakening van kwetsbaarheid (zie hoofdstuk 3): Kwetsbaarheid bij ouderen is een proces van het opeenstapelen van lichamelijke, psychische en/of sociale tekorten in het functioneren dat de kans vergroot op ernstige gezondheidsproblemen (functiebeperkingen, opname, overlijden). Kwetsbaarheid is geoperationaliseerd met een aangepaste versie van de in hoofdstuk 3 voorgestelde Tilburg Frailty Indicator (TFI). Paragraaf B4.2 in de bijlage bevat een verantwoording van de meting. Tabel 4.1 geeft de mate van kwetsbaarheid (op een schaal van 0 tot 15) naar leeftijdsklassen weer van zelfstandig wonende ouderen en ouderen in instellingen.

De mate van kwetsbaarheid neemt bij zelfstandig wonenden toe met de leeftijd, maar dat geldt niet voor ouderen in instellingen (tabel 4.1 en tabel B4.1 in de bijlage). De ouderen in instellingen vormen namelijk al een selectie van ouderen die problemen ondervinden en eenmaal in een instelling maakt de leeftijd blijkbaar niet meer uit voor de kwetsbaarheid van de bewoner.

Tabel 4.1

TFI-score van personen van 65 jaar en ouder, naar woonvorm en leeftijdsklasse, 2007
(verticaal gepercenteerd)^a

| zelfstandig wonende ouderen | 65-69 jaar | 70-74 jaar | 75-79 jaar | 80-84 jaar | ≥ 85 jaar | totaal sign.*** |
|--------------------------------|------------|------------|------------|------------|-----------|--------------------|
| TFI 0 | 33 | 23 | 17 | 4 | 0 | 21 |
| TFI 1-4 | 56 | 57 | 55 | 49 | 43 | 54 |
| TFI 5-9 | 11 | 16 | 24 | 39 | 47 | 21 |
| TFI 10-15 | 0 | 3 | 4 | 8 | 10 | 3 |
| (n) | 628 | 500 | 408 | 243 | 115 | 1894 |
| ouderen in instellingen | | | | | | n.s. |
| TFI 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| TFI 1-4 | 15 | 10 | 15 | 19 | 20 | 18 |
| TFI 5-9 | 66 | 68 | 68 | 61 | 59 | 61 |
| TFI 10-15 | 19 | 20 | 17 | 20 | 21 | 20 |
| (n) | 35 | 72 | 156 | 328 | 935 | 1526 |

a Significantie: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$; n.s. = niet significant.

Bron: SCP (AVO'07)

Ongeveer een kwart van de zelfstandig wonende 65-plussers in Nederland is kwetsbaar (tabel 4.2). In verzorgingshuizen is bijna driekwart van de 65-plussers kwetsbaar en in somatische en psychiatrische (afdelingen van) verpleeghuizen is bijna iedere bewoner kwetsbaar (niet in tabel). In totaal is 27% van de 65-plussers kwetsbaar, naar schatting tussen de 600.000 en 700.000 personen in 2007/2008.

Tabel 4.2

Prevalentie van kwetsbaarheid in de bevolking van 65 jaar en ouder naar woonvorm, 2007/2008
(in procenten en absolute aantallen x 1000)

| | % | aantal | 95%-betrouwbaarheidsinterval |
|----------------------|----|--------|------------------------------|
| zelfstandig wonend | 24 | 520 | 473 -567 |
| in instelling wonend | 81 | 92 | 90-95 |
| totaal (gewogen) | 27 | 613 | 564-661 |

Bron: SCP (AVO'07, OII'08)

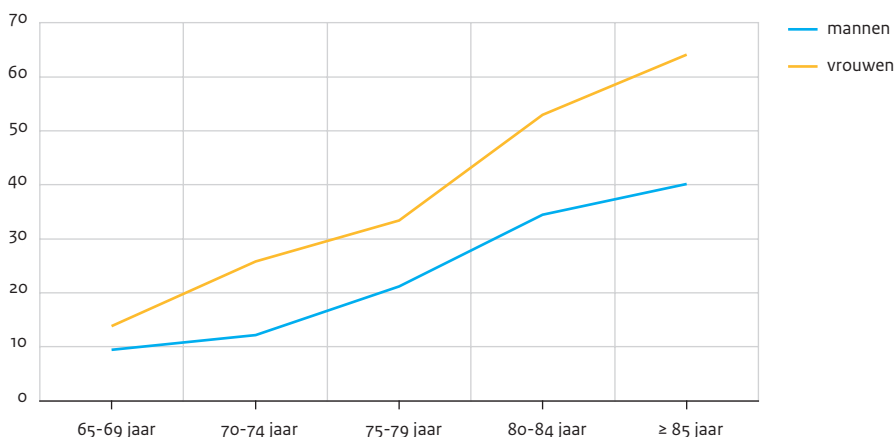
4.2 Zelfstandig wonende kwetsbare ouderen³

Het percentage kwetsbaren onder zelfstandig wonenden neemt toe naarmate men de leeftijdsgrens hoger legt: onder 75-plussers is het 38% en onder 80-plussers 50% (niet in tabel). Deze percentages liggen in de orde van de lokale studies en komen overeen met de toepassingen van de TFI in een andere landelijk representatieve steekproef van 65-plussers, de LASA-studie (die gepresenteerd wordt in de bijlage bij hoofdstuk 6). Ook uit eerder besproken onderzoek is gebleken dat kwetsbaarheid stijgt met leeftijd (Fried et al. 2001; Rolfson et al. 2006; Deeg en Puts 2007). Tabel 4.1 bevestigt dat deze bevinding juist is. Wie kwetsbare ouderen wil signaleren, zal hen vooral vinden onder de oudste ouderen.

Boven de 65 jaar zijn vrouwen vaker kwetsbaar dan mannen. Deze constatering wordt ondersteund door resultaten van andere onderzoeken (Fried et al. 2001; Woo et al. 2005; Gobbens et al. 2010d). Een oudere studie in de LASA-reeks (LASA staat voor Longitudinal Ageing Study Amsterdam) vermeldt een prevalentie van circa 14% bij mannen en van 21% bij vrouwen van 65 jaar en ouder (Deeg en Puts 2007).⁴ Dit verschil wordt natuurlijk mede veroorzaakt doordat de gemiddelde leeftijd van vrouwen hoger is dan die van mannen uit deze groep. Maar ook de relatie tussen kwetsbaarheid en leeftijd ligt bij mannen en vrouwen anders, zoals figuur 4.1 laat zien. De snelle toename van het aantal kwetsbare mannen begint gemiddeld zo'n vijf jaar later dan bij vrouwen.⁵

Figuur 4.1

Aandeel kwetsbaren naar geslacht en leeftijdsgroep, zelfstandig wonende bevolking van 65 jaar en ouder, 2007 (in procenten)



Bron: SCP (AVO'07)

In de internationale studies naar *frailty* is niet veel informatie te vinden over de sociale achtergronden van kwetsbare ouderen. Hebben kwetsbare ouderen bijvoorbeeld vaker

een lagere sociaaleconomische status, wonen ze vaker in grote steden of zijn ze vaker alleenstaand?

Men zou verwachten dat alleenwonenden kwetsbaarder zijn dan ouderen die samenwonen met een partner of anderen, maar dat blijkt niet helemaal waar. Vier van de tien verweduwd of gescheiden alleenwonenden zijn kwetsbaar, maar bij andere alleenwonenden, die bijvoorbeeld nooit zijn gehuwd, is dit aantal lager: drie op de tien. Van de samenwonende ouderen⁶ is een à twee op de tien kwetsbaar (zie tabel B4.4 in de bijlage). Kwetsbare ouderen hebben vaker een lage sociaaleconomische status. Tabel 4.3 laat zien dat onder ouderen met een netto maandinkomen onder 1400 euro het aandeel kwetsbaren ongeveer driemaal zo hoog is als onder personen met een maandinkomen vanaf 1800 euro.

Tabel 4.3

Inkomen en opleidingsniveau naar kwetsbaarheid, zelfstandig wonende bevolking van 65 jaar en ouder, 2007 (horizontaal gepercenteerd)^a

| netto besteedbaar huishoudensinkomen per maand | kwetsbaar | niet-kwetsbaar | (n) sign.*** |
|--|-----------|----------------|-----------------|
| ≤ 1000 euro | 41 | 59 | 111 |
| 1001-1200 euro | 48 | 52 | 207 |
| 1201-1400 euro | 37 | 63 | 254 |
| 1401-1800 euro | 24 | 76 | 398 |
| 1800-2200 euro | 15 | 85 | 344 |
| > 2200 euro | 14 | 86 | 579 |
| totaal | 24 | 76 | 1894 |
| opleidingsniveau | | | sign.*** |
| hooguit lager onderwijs | 37 | 63 | 481 |
| lbo, mulo | 21 | 79 | 635 |
| mms, hbs, mbo, hbo, universiteit | 15 | 85 | 571 |
| totaal | 24 | 77 | 1687 |

a Significantie: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$; n.s. = niet significant.

Bron: SCP (AVO'07)

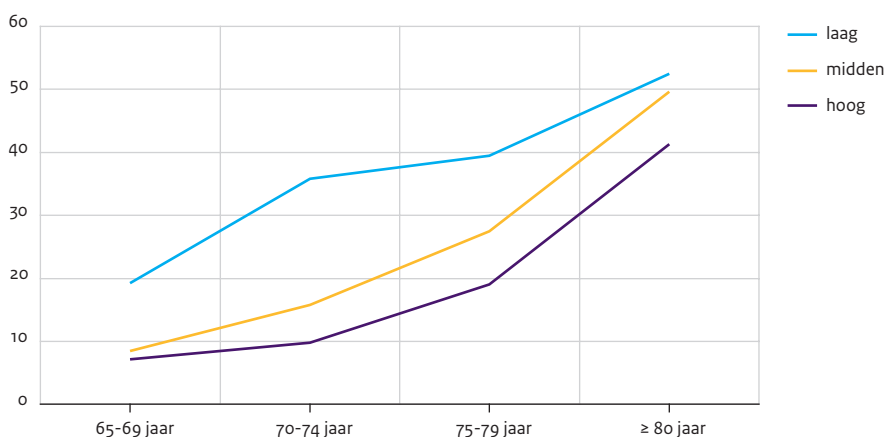
Ook opleidingsniveau speelt een rol. Een derde van de ouderen met hooguit lager onderwijs is kwetsbaar, terwijl onder ouderen met een hoge opleiding slechts een op de zeven kwetsbaar is.

Opmerkelijk is dat de sociaaleconomische verschillen in kwetsbaarheid verschillen per leeftijd. Figuur 4.2 laat zien dat in de leeftijdsgroep 65-74-jarigen de kwetsbaarheid onder laagopgeleiden meer toeneemt dan onder ouderen met een ander opleidingsniveau en dat boven de 75 jaar de verschillen weer kleiner zijn. Dat lijkt erop te duiden dat personen met een lage sociaaleconomische status gemiddeld eerder kwetsbaar worden. Dit zou kunnen verklaren waarom deze personen gemiddeld eerder overlijden dan personen met

een hogere sociaaleconomische status. Een hoge sociaaleconomische status lijkt kwetsbaarheid uit te stellen. Deze hypothese zal preciezer geanalyseerd en besproken worden aan de hand van longitudinale gegevens in hoofdstuk 10.

Figuur 4.2

Aandeel kwetsbaren naar opleidingsniveau en leeftijdsgroep, zelfstandig wonende bevolking van 65 jaar en ouder, 2007 (in procenten)



Bron: SCP (AVO'07)

In steden wonen relatief veel ouderen met een lage sociaaleconomische status. Men zou dus verwachten dat het aandeel kwetsbare ouderen in de steden hoger is dan in minder stedelijke gebieden en op het platteland. Dat blijkt niet het geval. De analyses laten geen significant verband zien tussen stedelijkheid en kwetsbaarheid (niet in tabel).

Samengevat zijn zelfstandig wonende kwetsbare ouderen in Nederland vooral te vinden onder personen met een hoge leeftijd, vrouwen, alleenwonenden (m.n. verweduwd en gescheiden personen), en groepen met een lage sociaaleconomische status.⁷

Voor een deel overlappen deze groepen ouderen elkaar. Vrouwen zijn bijvoorbeeld gemiddeld ouder en daardoor vaker kwetsbaar. Daarom is onderzocht welke persoonskenmerken na correctie voor overlap hun invloed behouden op de mate van kwetsbaarheid. Omdat de literatuur aangeeft dat multimorbiditeit en beperkingen van ouderen belangrijke determinanten van kwetsbaarheid zijn, worden deze kenmerken ook in het analysemodel meegenomen.⁸

Het eerste model voorspelt de mate van kwetsbaarheid op grond van demografische en sociaaleconomische kenmerken van zelfstandig wonende ouderen (zie tabel 4.4). Dit model verklaart 28% van de verschillen in kwetsbaarheid. Alle kenmerken behalve inkomen zijn significant. Met name samenwonen⁹ met een partner of anderen en een hoger opleidingsniveau zijn van belang omdat deze kenmerken de kwetsbaarheid blijken te verlagen. Samenwonen en een hoog opleidingsniveau beschermt ouderen tegen kwetsbaarheid.

Tabel 4.4

Determinanten van de mate van kwetsbaarheid (TFI-score), zelfstandig wonende 65-plussers
(in bèta's en procenten; n = 1790)^a

| | model 1 | model 2 | model 3 |
|---|----------|----------|----------|
| <i>sociaaleconomische kenmerken (%)</i> | 28 | 28 | 28 |
| man (ref.) | | | |
| vrouw | 0,06* | 0,04 | -0,00 |
| leeftijd | 0,27*** | 0,23*** | 0,02 |
| samenstelling huishouden | | | |
| meerdere personen in het huishouden | -0,28*** | -0,26*** | -0,25*** |
| alleen, verweduwd | 0,01 | 0,02 | 0,02 |
| alleen, gescheiden | 0,07 | 0,06 | 0,03 |
| alleen, anders (ref.) | | | |
| netto besteedbaar huishoudensinkomen | -0,01 | -0,00 | 0,00 |
| opleidingsniveau | | | |
| hooguit lager onderwijs (ref.) | | | |
| lbo, mulo | -0,08** | -0,07* | -0,02 |
| mms, hbs, hbo, universiteit | -0,16*** | -0,14*** | -0,07** |
| <i>aandoeningen (%)</i> | | 11 | 11 |
| (chronische) aandoeningen ^b | | | |
| geen (ref.) | | | |
| één | | 0,13*** | 0,03 |
| twee of meer | | 0,37*** | 0,08*** |
| <i>beperkingen (%)</i> | | | 25 |
| motorische beperkingen | | | |
| geen (ref.) | | | |
| licht | | | 0,15*** |
| matig | | | 0,42*** |
| ernstig | | | 0,60*** |
| R ² totaal (%) | 28 | 39 | 64 |

a Significantie: * p < 0,05; ** p < 0,01; *** p < 0,001; n.s. = niet significant.

b Lijst van aandoeningen: astma, chronische bronchitis, longemfyseem of cara; kanker of kwaadaardige aandoening; ernstige hartaandoening; (gevolgen van) beroerte, hersenbloeding of herseninfarct; ernstige ziekten aan nieren, gal, lever of schildklier; gewrichtsslijtage (artrose) van heupen of knieën; chronische gewrichtsontsteking; suikerziekte; ernstige hardnekkige aandoening van de rug, nek of schouder; epilepsie; ernstige huidziekte; ziekten van het zenuwstelsel; langdurige psychische problemen; cognitieve problemen.

Bron: SCP (AVO'07)

Het tweede model is gelijk aan het eerste model, maar dan uitgebreid met de variabele 'aantal aandoeningen'. Multimorbiditeit is het hebben van meer dan een aandoening. Door de toevoeging van dit kenmerk verklaart dit model een groter deel van

de verschillen in kwetsbaarheid, namelijk 39%. Personen met multimorbiditeit (twee of meer aandoeningen) hebben een grotere kans op kwetsbaarheid. Opvallend is dat geslacht geen significante invloed meer heeft op kwetsbaarheid. Dat betekent dat vrouwen vaker kwetsbaar zijn omdat zij vaker meerdere chronische aandoeningen hebben. De significante bijdrage van het aantal aandoeningen op de mate van kwetsbaarheid suggereert dat preventie van multimorbiditeit (zoals aanbevolen door de Gezondheidsraad (2008)) de kwetsbaarheid van ouderen vermindert.

Het derde model is gelijk aan het tweede model, maar dan uitgebreid met de variabele 'lichamelijke beperkingen'. De verklaarde variantie is nu 64%.¹⁰ Naast geslacht is ook leeftijd nu niet meer significant. Dit betekent dat de verschillen in kwetsbaarheid naar leeftijd verklaard worden door de mate waarin mensen lichamelijke beperkingen hebben. Beleidsmakers zouden dus moeten streven naar het voorkomen en compenseren van lichamelijke beperkingen bij mensen van alle leeftijden en niet alleen bij ouderen. Kwetsbaarheid is niet specifiek een 'ouderdomsziekte'.

4.3 Kwetsbare ouderen in instellingen

De kwetsbare ouderen in instellingen hebben een ander profiel dan de zelfstandig wonenden. Bijna alle ouderen in verpleeghuizen scoren hoog op de mate van kwetsbaarheid. Omdat praktisch alle verpleeghuisbewoners kwetsbaar zijn, laten we deze groep verder buiten beschouwing.

In verzorgingshuizen is ongeveer driekwart van de bewoners kwetsbaar volgens de TFI-meting (tabel B4.3 in de bijlage). Kwetsbare verzorgingshuisbewoners zijn vaker vrouw (tabel B4.3 in de bijlage) en alleenstaand (tabel B4.5 in de bijlage). Tot zover komt het profiel overeen met de zelfstandig wonende kwetsbaren. Zoals eerder opgemerkt maakt leeftijd geen verschil in instellingen, ook niet in verzorgingshuizen. Het aandeel kwetsbare ouderen is zowel onder 65-plussers, als onder 75-plussers en 85-plussers gelijk: ongeveer driekwart van de bewoners is kwetsbaar. Ook onderscheiden kwetsbare verzorgingshuisbewoners zich niet naar opleiding. Kwetsbare ouderen komen in verzorgingshuizen niet vaker voor onder laagopgeleiden dan onder hoogopgeleiden. Net als bij zelfstandig wonenden is voor bewoners van verzorgingshuizen onderzocht welke persoonskenmerken hun invloed op de mate van kwetsbaarheid behouden na controle voor overlap tussen kenmerken (zie toelichting in § 4.2). Het eerste model verklaart 9% van de verschillen in kwetsbaarheid. Hogere leeftijd en vrouw-zijn dragen significant bij aan kwetsbaarheid. Gehuwd zijn (en in hetzelfde tehuis wonend) beschermt tegen kwetsbaarheid. Opleiding en inkomen hebben geen invloed op kwetsbaarheid. Het tweede model inclusief multimorbiditeit verklaart 16% van de verschillen. Net als bij zelfstandig wonenden werd het effect van geslacht overgenomen door multimorbiditeit. Het derde model inclusief beperkingen verklaart 31%. Naast ernst van de beperking dragen hoge leeftijd en multimorbiditeit significant bij aan kwetsbaarheid. Samenwonen met een huwelijkspartner en het hebben van een hoog inkomen beschermen tegen kwetsbaarheid.¹¹

Tabel 4.5

Determinanten van de mate van kwetsbaarheid (TFI-score), verzorgingshuisbewoners van 65 jaar en ouder, (in bèta's en R²; n = 938)^a

| | model 1 | model 2 | model 3 |
|---|----------|----------|----------|
| <i>sociaaleconomische kenmerken (%)</i> | 9 | 9 | 9 |
| man (ref.) | | | |
| vrouw | 0,10* | 0,07 | 0,06 |
| leeftijd | 0,10* | 0,12** | 0,10** |
| samenstelling huishouden | | | |
| gehuwd en in hetzelfde appartement of tehuis wonend | -0,18*** | -0,20*** | -0,15*** |
| alleenstaand, verweduwd | -0,03 | -0,04 | -0,04 |
| alleenstaand, anders (ref.) | | | |
| netto besteedbaar huishoudensinkomen | | | |
| ≤ 1000 euro (ref.) | | | |
| 1001-1200 euro | -0,05 | -0,05 | -0,04 |
| 1201-1400 euro | -0,03 | -0,04 | -0,04 |
| 1401-1800 euro | -0,06 | -0,06 | -0,04 |
| > 1800 euro | -0,07 | -0,08* | -0,08** |
| opleidingsniveau | | | |
| hooguit lager onderwijs (ref.) | | | |
| lbo, mulo | -0,02 | -0,03 | -0,03 |
| mms, hbs, hbo, universiteit | -0,06 | -0,05 | -0,02 |
| <i>aandoeningen</i> | | 7% | 7% |
| (chronische) aandoeningen ^b | | | |
| geen (ref.) | | | |
| één | | 0,18** | 0,05 |
| twee of meer | | 0,39*** | 0,19*** |
| <i>beperkingen (%)</i> | | | 15 |
| motorische beperkingen | | | |
| geen/licht (ref.) | | | |
| matig | | | 0,17*** |
| ernstig | | | 0,55*** |
| R ² totaal (%) | 9 | 16 | 31 |

a Significantie: * p < 0,05; ** p < 0,01; *** p < 0,001; n.s. = niet significant.

b Lijst van aandoeningen: astma, chronische bronchitis, longemfyseem of cara; kanker of kwaadaardige aandoening; ernstige hartaandoening; (gevolgen van) beroerte, hersenbloeding of herseninfarct; ernstige ziekten aan nieren, gal, lever of schildklier; gewrichtsslijtage (artrose) van heupen of knieën; chronische gewrichtsontsteking; suikerziekte; ernstige hardnekkige aandoening van de rug, nek of schouder; epilepsie; ernstige huidziekte; ernstige darmstoornissen; ziekten van het zenuwstelsel; langdurige psychische problemen; cognitieve problemen.

Bron: SCP (011'08)

4.4 Kwetsbaarheid, multimorbiditeit en beperkingen

Zowel bij zelfstandig als in een verzorgingshuis wonende ouderen zijn multimorbiditeit en lichamelijke beperkingen van grote invloed op de mate van kwetsbaarheid, zo bleek uit de voorgaande paragrafen. Nederland kent al langere tijd een beleid voor mensen met chronische aandoeningen en/of een handicap. De Gezondheidsraad heeft in twee recente rapporten aandacht gevraagd voor het verband tussen kwetsbaarheid bij ouderen en multimorbiditeit en langdurige beperkingen bij deze groep (Gezondheidsraad 2008, 2009; zie ook Kempen 2009). In hoeverre komt de groep kwetsbare ouderen overeen met de bestaande doelgroepen van beleid? Overlappen deze groepen elkaar grotendeels en gaat het dus eigenlijk om één groep ouderen of hebben we te maken met verschillende groepen?

In theorie zijn de begrippen kwetsbaarheid (*frailty*), multimorbiditeit en beperkingen (*disability*) van elkaar te onderscheiden (zie hoofdstuk 3, vgl. Fried 2001; Daniels et al. 2008; Gobbens 2010a), maar in werkelijkheid vertonen ze overlap (Fried 2001; Deeg en Puts 2007). Van een groep Amerikaanse ouderen met fysieke kwetsbaarheid bleek 27% alleen kwetsbaar, 46% was kwetsbaar en had twee of meer chronische ziekten, 6% was kwetsbaar en had beperkingen en 22% was kwetsbaar en had zowel beperkingen als twee of meer chronische ziekten (Fried et al. 2004). In een Nederlands onderzoek onder 65-plussers bleek dat bij kwetsbare ouderen iets vaker sprake was van multimorbiditeit (een overlap van 14,8% met kwetsbaarheid) dan beperkingen (overlap 11,9%) (Deeg en Puts 2007).

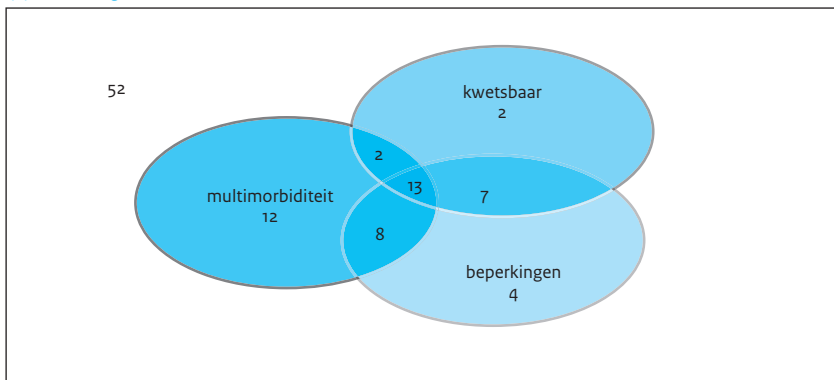
In dit onderzoek hebben we de overlap tussen kwetsbare ouderen, ouderen met multimorbiditeit en ouderen met matige tot ernstige lichamelijke beperkingen bepaald in de Nederlandse populatie van zelfstandig wonende 65-plussers en in de populatie van verzorgings- en verpleeghuisbewoners van 65 jaar en ouder.¹²

De Venndiagrammen tonen dat de overlap onder ouderen in instellingen veel groter is dan onder zelfstandig wonenden (figuur 4.3). Ouderen in instellingen hebben vanzelfsprekend te maken met multiproblematiek. Verder blijkt de populatie van kwetsbare ouderen zowel onder zelfstandig wonenden als onder ouderen in instellingen meer overlap te vertonen met de populatie ouderen met een beperking dan met de populatie ouderen met multimorbiditeit (zie figuur 4.3).

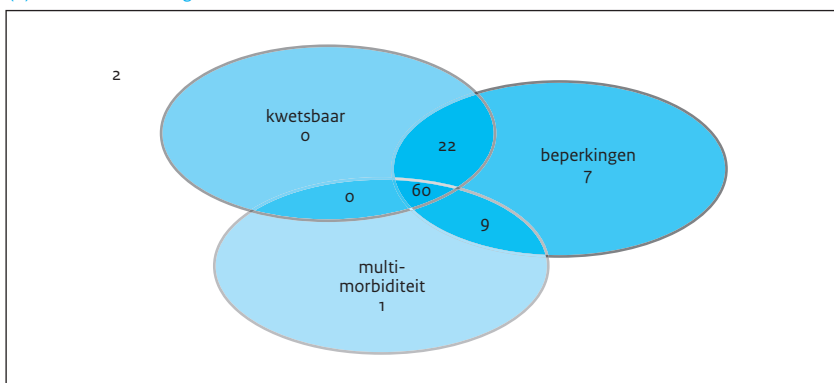
Figuur 4.3

Overlap tussen 65-plussers met multimorbiditeit, (matige tot ernstige) beperkingen en een hoge kwetsbaarheid onder zelfstandig wonenden (A) in 2007 en bewoners van instellingen (B) in 2008 (in procenten; n = 1810 (A) en n = 1526 (B))^a

(A) Zelfstandig wonende ouderen



(B) Ouderen in instellingen



- a Kwetsbare ouderen zijn ouderen met een TFI-score van 5 of hoger (zie § 4.1); welke ouderen beperkingen hebben, is vastgesteld met de SCP-maat voor lichamelijke beperkingen (zie De Klerk et al. 2006), en ouderen met multimorbiditeit zijn gedefinieerd als personen met twee of meer chronische aandoeningen (vgl. de lijst van aandoeningen in tabel B4.6 in de bijlage).

Bron: SCP (AVO'07, OII'08)

4.5 Signalering van kwetsbare ouderen

De signalering van kwetsbare ouderen met de TFI brengt tevens een groot deel van de ouderen met multimorbiditeit en/of functiebeperkingen in beeld. Dat heeft praktische voordelen want de TFI-meting is veel eenvoudiger dan de diagnostisering van verschillende aandoeningen om multimorbiditeit vast te stellen; daarnaast vindt men met de TFI-meting grotendeels twee doelgroepen in een keer: ouderen met multimorbiditeit en ouderen met langdurige functiebeperkingen. Bovendien komt een nieuwe groep kwetsbaren in beeld, namelijk ouderen zonder multimorbiditeit en/of functiebeperkingen.¹³

Wie zijn de zelfstandig wonende kwetsbare ouderen zonder multimorbiditeit en/of functiebeperkingen? Deze groep kwetsbaren heeft in vergelijking met de andere groepen (met multimorbiditeit en/of functiebeperkingen) een lagere gemiddelde leeftijd; ook voelen zij zich minder vaak energiek en zijn ze vaker neerslachtig of zenuwachtig, wonen zij vaker alleen en zouden zij vaker meer sociaal contact willen hebben. Daarnaast hebben zij minder vaak problemen met lopen en staan (zie tabel B4.8 in de bijlage). Globaal gezien zijn ze vooral psychisch en sociaal kwetsbaarder.

Het vaststellen van een nieuwe doelgroep is één, ze vinden is een tweede. Momenteel investeert het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport met het Nationaal Programma Ouderenzorg veel in het signaleren en helpen van kwetsbare ouderen via huisartspraktijken, geriatrische netwerken en gemeentes (www.nationaalprogramma-ouderenzorg.nl). Het zorggebruik door kwetsbare ouderen biedt inzicht in signaleringsmogelijkheden. Kwetsbare ouderen in instellingen zijn, mogen we aannemen, al in beeld en die laten we hier buiten beschouwing. Een van de manieren om zelfstandig wonende kwetsbare ouderen op te sporen is door te kijken met welke mensen hulpverleners contact hebben.

Acht van de tien zelfstandig wonende kwetsbare ouderen hebben in de afgelopen drie maanden de huisarts geraadpleegd¹⁴ en zes van de tien hebben contact gehad met een medisch specialist (tabel 4.6). Een kwart van de groep is in het laatste jaar opgenomen geweest in een ziekenhuis of kliniek. De helft van de zelfstandig wonende kwetsbare ouderen heeft in de laatste twaalf maanden zorg ontvangen vanuit de Wmo (gemeente) of de AWBZ (Centrum indicatiestelling zorg (CIZ)) (zie tabel 13.2 in hoofdstuk 13). De meeste mensen in deze groep ontvangen huishoudelijke verzorging van de gemeente. Deze cijfers laten zien dat de huisarts de meeste kwetsbare ouderen ziet en dat ongeveer de helft bekend is bij de gemeente en het CIZ.

In vergelijking met de medische dienstverlening (*cure*) lijken kwetsbare ouderen minder vaak contact te hebben met de langdurige ouderenzorg (*care*). De helft van de kwetsbare ouderen maakt geen gebruik van ouderenzorg vanuit de Wmo of AWBZ. Dit zou een gevolg kunnen zijn van de verscherpte indicatiestelling. Kwetsbare ouderen hebben een grotere kans op zorgafhankelijkheid maar hoeven op het moment van meting nog niet zorgbehoevend te zijn. Deze mensen zouden als ze op dit moment een aanvraag zouden indienen waarschijnlijk worden afgewezen. In hoofdstuk 12 en 13 wordt nader ingegaan op het gebruik van Wmo- en AWBZ-voorzieningen door kwetsbare ouderen.

Tabel 4.6

Kwetsbaarheid naar gebruik van medisch-curatieve voorzieningen, zelfstandig wonende bevolking van 65 jaar en ouder, 2007 (verticaal gepercenteerd)^a

| | kwetsbaar | niet-kwetsbaar | totaal | |
|---|-----------|----------------|--------|----------|
| huisarts geraadpleegd ^b | 81 | 72 | 75 | sign.*** |
| contact medisch specialist ^b | 64 | 44 | 49 | sign.*** |
| opgenomen geweest in ziekenhuis of kliniek ^c | 25 | 14 | 17 | sign.*** |
| gebruikgemaakt van fysiotherapie ^c | 37 | 26 | 29 | sign.*** |
| gebruikgemaakt van ggz-instelling ^c | 6 | 2 | 3 | sign.*** |
| (n) | 463 | 1430 | 1894 | |

a Significantie: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$; n.s. = niet significant.

b In de drie maanden voorafgaand aan het onderzoek.

c In de twaalf maanden voorafgaand aan het onderzoek.

Bron: SCP (AVO'07)

4.6 Samenvatting

Uitgaande van een brede definitie van kwetsbaarheid zijn er in Nederland naar schatting tussen de 600.000 en 700.000 kwetsbare ouderen (65-plus). De meesten van hen, tussen de 500.000 en 600.000 personen, wonen zelfstandig; de rest verblijft in een verzorgingshuis of verpleeghuis. Van de zelfstandig wonende ouderen is ongeveer een kwart kwetsbaar. In instellingen is dit percentage veel hoger. In verzorgingshuizen is ongeveer driekwart van de bewoners kwetsbaar en in verpleeghuizen praktisch alle bewoners.

Zelfstandig wonende kwetsbare ouderen zijn vaker ouder, vrouw, alleenstaand en komen vaker uit lage sociaaleconomische klassen. Doorslaggevend voor hun kwetsbaarheid zijn echter het hebben van meer dan een aandoening (multimorbiditeit) en het hebben van ernstige of matige motorische beperkingen. Het profiel van kwetsbare ouderen in verzorgingshuizen lijkt op dat van zelfstandig wonenden.

Door de signalering van kwetsbare ouderen in de samenleving worden tevens veel ouderen met multimorbiditeit en/of langdurige lichamelijke beperkingen gesignaleerd. De groepen overlappen elkaar ten dele, dus er is ook een groep kwetsbare ouderen zonder multimorbiditeit en langdurige beperkingen. Deze groep kwetsbaren woont zelfstandig, is relatief jong en is met name psychisch en sociaal kwetsbaar.

Acht van de tien zelfstandig wonende kwetsbare ouderen hebben recentelijk contact gehad met de huisarts, een kwart was onlangs voor opname in een ziekenhuis en de helft ontvangt zorg vanuit de Wmo en/of de AWBZ. Naast de signalering van kwetsbare ouderen en hulpverlening door huisartsen, verdient het aanbeveling om tevens signalering via de Wmo te onderzoeken. Dit zal een nieuwe groep van psychisch en sociaal kwetsbaren in beeld brengen.

Noten

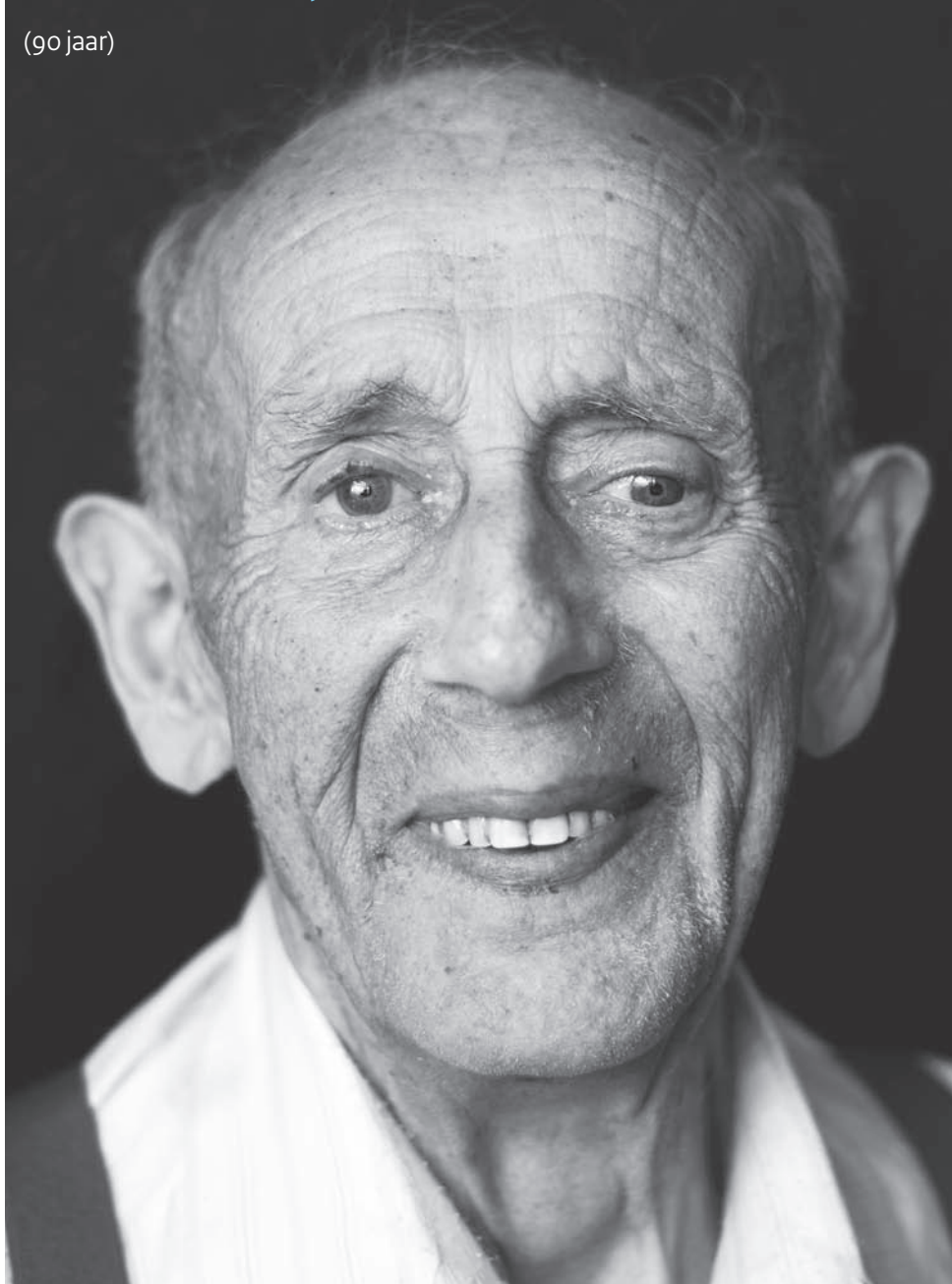
- 1 De aandacht voor kwetsbare ouderen is overigens geen typisch Nederlands fenomeen. Wereldwijd staat deze groep (*frail elderly*) hoog op de beleidsagenda's (zie bv. IFA 2008).
- 2 Deeg en Puts (2008) meten kwetsbaarheid met items over laag lichaamsgewicht, verminderde longfunctie, lichamelijke inactiviteit, cognitieve beperkingen, slechthoorendheid, slechtziendheid, incontinentie, depressieve symptomen en/of weinig ervaren regie over het eigen leven.
- 3 De vraag welke ouderen kwetsbaar zijn beantwoorden we apart voor ouderen die zelfstandig wonen (§ 4.2) en ouderen in instellingen (§ 4.3).
- 4 In de studie van Deeg en Puts (2007) wordt een andere definitie van kwetsbaarheid gebruikt dan in dit rapport.
- 5 In deel III van dit rapport wordt de relatie tussen leeftijd en geslacht nauwkeuriger geanalyseerd met longitudinale gegevens van ouderen.
- 6 Samenwonend: de respondent maakt deel uit van een huishouden bestaande uit twee of meerdere personen. De andere persoon in het huishouden is niet per se de partner.
- 7 Over etniciteit kunnen we geen uitspraken doen, omdat niet-westerse allochtonen van 65 jaar en ouder onvoldoende vertegenwoordigd zijn in de gegevensbestanden die in de rapport geanalyseerd zijn. Nader onderzoek onder deze groep is gewenst.
- 8 Om de invloed van persoonskenmerken preciezer te kunnen inschatten is de 'mate van kwetsbaarheid' (de TFI-score tussen 0 en 15) in plaats van 'wel of niet-kwetsbaar' ($TFI \geq 5$ versus $TFI < 5$) als afhankelijke variabele in de regressievergelijking opgenomen.
- 9 Omdat alleenwonen een onderdeel is van de TFI-maat voor kwetsbaarheid is het model ook getoetst met een aangepaste TFI-maat zonder het item alleenwonen. De samenstelling van het huishouden (incl. alleenwonen) was toen niet langer significant.
- 10 De grote verklaringskracht van het derde model heeft deels te maken met de overlap tussen de maten voor beperkingen en kwetsbaarheid. Daarom is het model stapsgewijs getoetst om de invloed van de variabele 'beperkingen' helder in beeld te krijgen.
- 11 Omdat de items 'alleenwonen', 'tien minuten lopen zonder te stoppen' en 'tien minuten lang staan' voorkomen in zowel de TFI-maat als de determinanten, zijn de analyses herhaald zonder deze items (zie ook noot 9). Na verwijdering van de laatste twee items over beperkingen is de invloed van beperkingen nog steeds significant, maar veranderen de coëfficiënten. Daarnaast zijn analyses uitgevoerd waarbij de determinanten steeds in een andere volgorde werden toegevoegd om te kijken of die volgorde effect heeft op de verklaarde variantie. Er was wel sprake van enig effect, maar ongeacht de volgorde hadden beperkingen de grootste invloed op kwetsbaarheid, gevolgd door achtergrondkenmerken en multimorbiditeit.
- 12 Om die overlap te bepalen gebruikten we drie meetinstrumenten: de TFI voor kwetsbaarheid (criterium: $TFI \geq 5$), de SCP-maat voor lichamelijke beperkingen (criterium: matig of ernstig) en een constructie van multimorbiditeit (criterium: twee of meer chronische aandoeningen).
- 13 Tevens is onderzocht welke aandoeningen en beperkingen zelfstandig wonende kwetsbare ouderen vaak hebben. 59% van de zelfstandig wonende kwetsbare ouderen heeft twee of meer chronische aandoeningen (multimorbiditeit). 22% heeft één chronische aandoening en 18% heeft geen chronische aandoening. De meest voorkomende chronische aandoeningen onder kwetsbare ouderen zijn: gewrichtslijtage (artrose) van heup of knieën (46%), ernstige, hardnekkige aandoening van rug,

nek of schouder (34%) en astma, chronische bronchitis, longemfyseem of cara (27%) (tabel B4.6 in de bijlage). Acht van de tien kwetsbare ouderen zijn matig tot ernstige beperkt bij de persoonlijke verzorging en het doen van het huishouden. De helft van de groep heeft matige tot ernstige gezichts- en/of gehoorbeperkingen (tabel B4.7 in de bijlage).

14 Van de 65-plussers die bij de huisarts komen is 27% kwetsbaar.

Jacobus den Heijer

(90 jaar)



‘Toen ik 48 was, heb ik drie maanden in het ziekenhuis gelegen omdat ik bij een ongeluk op de vissersboot beide benen brak. Toen was ik kwetsbaar. Ook toen mijn vrouw overleed, kreeg ik echt een klap. Ik heb na twintig jaar nu mijn derde pacemaker. Door al dat gezwerv heen ben ik toch 90 jaar geworden. Je moet er steeds weer bovenop komen door te vechten.’

5 Raming van het aantal kwetsbare ouderen tot 2030

Cretien van Campen, Michiel Ras en Maaïke den Draak (SCP)

Het spook van de vergrijzing jaagt de samenleving op kosten. Dat is het beeld dat de politieke discussie over ouderen beheerst. Naast de pensioenkosten (AOW) zouden vooral de zorgkosten enorm stijgen. De AWBZ-zorg, die voor het grootste deel uit ouderenzorg bestaat, zou onbetaalbaar worden. Het aandeel ouderen in de bevolking dat verzorging behoeft, zou toenemen en de werkende bevolking die deze verzorging moet betalen, zou slinken (zie bv. Van den Brink en Heemskerk 2006; Van Ewijk et al. 2006; Knook 2008). Cruciaal in deze gedachtegang is een veronderstelde snelle groei van het aantal kwetsbare en zorgbehoevende ouderen, die de oorzaak van de ellende zou zijn. Maar is deze veronderstelling juist?

Dit hoofdstuk gaat in op de vraag hoe het aantal kwetsbare ouderen de komende decennia zal toenemen. Houdt het aantal gelijke tred met de vergrijzing of neemt het sneller toe, of misschien wel langzamer?

Meestal wordt een eenvoudig rekensommetje gemaakt. Het aandeel ouderen neemt tussen nu en 2030 toe van 2,5 miljoen tot 4,1 miljoen personen, een toename van 61%. Het aandeel kwetsbare ouderen zal minstens zo sterk stijgen, dus het aantal kwetsbare ouderen zou in twintig jaar tijd bijna kunnen verdubbelen.

Een genuanceerdere schatting werd gemaakt door Deeg en Puts (2007) op basis van hun onderzoek naar kwetsbare ouderen in de populatie van het LASA-onderzoek onder 55-plussers. Zij gingen uit van een definitie die lichamelijke en psychische kwetsbaarheid omvat.¹ De prevalentie van kwetsbaarheid onder mensen van 65 jaar en ouder nam in hun schattingen toe van 408.000 in 2002 tot 585.000 in 2020.

Gebruikmakend van een meting van de gezondheidstoestand van ouderen in de regio West-Friesland schatten Van der Ploeg et al. (2009) het aandeel kwetsbare ouderen op 29% onder 75-plussers in 2007. Dit aantal zou tussen 2007 en 2030 stijgen met 74% tot een half miljoen kwetsbare 75-plussers. Bij deze raming werden naast leeftijd en geslacht ook ontwikkelingen in de burgerlijke staat en opleidingsniveau van ouderen meegenomen in het model. Per saldo is de groei van het aandeel kwetsbaren vergelijkbaar met de groei in het aandeel 75-plussers.²

Bestaande ramingen van het toekomstige aantal kwetsbare ouderen in Nederland zijn voornamelijk gebaseerd op demografische ramingen. Naast de leeftijdsverdeling en de sekseverdeling verandert er meer in de oudere bevolking. Door de individualisering komen er meer alleenstaanden. Het opleidingsniveau van ouderen neemt toe en ook hun gezondheid verandert. In hoofdstuk 4 zagen we dat dit determinanten van kwetsbaarheid zijn. Bij een raming van het aantal kwetsbare ouderen zal dus ook met veranderingen in deze determinanten rekening gehouden moeten worden. Daarom beantwoorden we in dit hoofdstuk de volgende vragen:

- Hoe ontwikkelt het aantal kwetsbare ouderen zich tot 2030?
- Hoe veranderen de determinanten van kwetsbaarheid in deze periode?
- Hoe verandert de samenstelling van de populatie kwetsbare ouderen tot 2030?

Op grond van de in hoofdstuk 4 gepresenteerde onderzoeksresultaten en het bevolkingsmodel van het SCP, waarin de veranderingen in demografie, opleidingsniveau en gezondheid verwerkt zijn, kunnen we inschatten hoe het aantal kwetsbare ouderen zich in de periode 2010-2030 zal ontwikkelen. Deze populatie omvat zowel de zelfstandig wonende ouderen als de ouderen in instellingen.³

Bevolkingsmodel

Nadat in hoofdstuk 4 de factoren zijn bepaald die van invloed zijn op de kwetsbaarheid van ouderen, worden in dit hoofdstuk trends in deze determinanten berekend. Soms zijn die overgenomen van andere instituten, zoals de bevolkingsprognoses van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS). In andere gevallen zijn ze ontleend aan tijdreeksen van onderzoeken waarover het SCP zelf beschikt. Belangrijk is dat de verschillende tijdreeksen op consistente wijze met elkaar zijn gecombineerd. Zo ligt het voor de hand dat het aantal mensen met een chronische aandoening in Nederland toeneemt door de vergrijzing van de bevolking; ouderen lijden immers vaker aan zulke aandoeningen dan jongeren. Bovendien kan de ziektelast van de bevolking zich binnen iedere leeftijdsgroep nog verschillend ontwikkelen.

Met behulp van de gegevens over trends in determinanten is vervolgens het gecombineerde AVO/O11-bestand (AVO'07 en O11'08, zie hoofdstuk 4) aangepast. Zo ontstaat een beeld van de 'bevolking van de toekomst', die anders is samengesteld dan die van 2007/2008. Het model kan de situatie weergeven in de jaren 2010, 2015, 2020, 2025 en 2030 en wordt al geruime tijd toegepast in SCP-ramingen van de vraag naar en het gebruik van zorg (vgl. Woittiez et al. 2009; Jonker et al. 2007; Timmermans en Woittiez 2004).

Er zijn twee bevolkingsmodellen gebruikt. Het ene is een demografisch model dat gebaseerd is op veranderingen in leeftijds- en geslachtsverdeling in de bevolking. Dit model weerspiegelt de veronderstellingen van de politieke discussies over vergrijzing. Het andere model noemen we het demo-plusmodel. Behalve met veranderingen in leeftijd en geslacht houdt dit model ook rekening met veranderingen in huishoudensvorm, opleidingsniveau en multimorbiditeit. Inkomen werd niet meegenomen in het model omdat een raming daarvan zeer onzeker is. Bovendien neemt de variabele opleidingsniveau een deel van het effect van de variabele inkomen over. De variabele 'ernst van de beperkingen' werd niet meegenomen in het model omdat het aandeel mensen met een lichamelijke beperking na correctie voor leeftijd naar verwachting redelijk stabiel blijft (Van Gool et al. 2009; Zantinge et al. 2011).⁴ Een uitgebreide verantwoording van het bevolkingsmodel is te vinden in paragraaf B5.1 in de bijlage (te vinden via www.scp.nl bij het desbetreffende rapport).

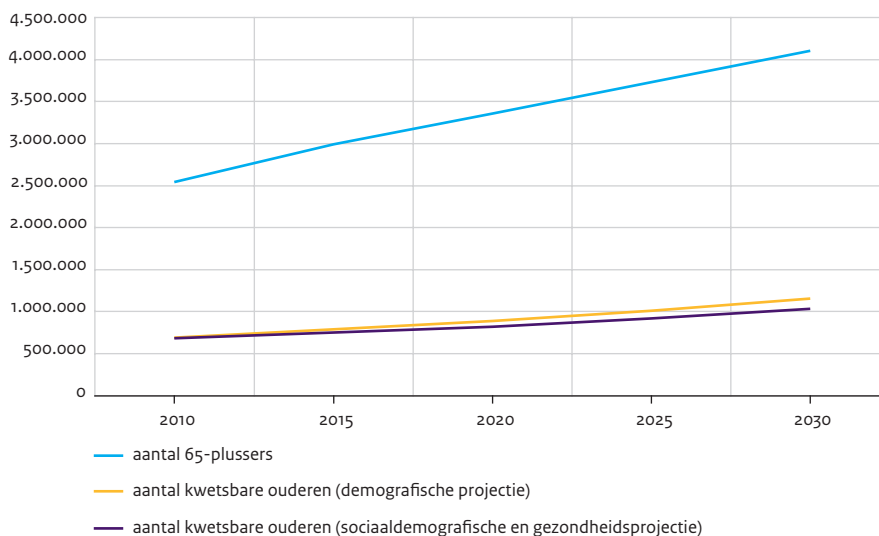
5.1 Ontwikkeling van het aantal kwetsbare ouderen

De bevolking van 65 jaar en ouder neemt tussen 2010 en 2030 naar schatting toe van circa 2,5 miljoen tot circa 4,1 miljoen personen. Dit is een toename van 61% (figuur 5.1). In 2010 waren er 690.000 kwetsbare personen van 65 jaar en ouder, een aandeel van 27%. Wanneer men een demografische raming maakt op basis van uitsluitend veranderingen in de leeftijdsopbouw en geslachtsverdeling, dan groeit het aantal kwetsbare ouderen met ca. 470.000 tot 1.160.000 personen in 2030, een toename van 68% (figuur 5.1). Het aantal kwetsbaren in de oudere bevolking neemt volgens de demografische raming dus sneller toe dan het aantal 65-plussers; deze snellere toename wordt veroorzaakt doordat het aandeel oude ouderen vanaf 2025 sterker gaat toenemen.

Tot zover bevestigt onze schatting nog de aannamen van de publieke opinie: het aantal en het aandeel kwetsbare ouderen stijgen door de vergrijzing fors. De volgende raming laat echter zien dat het naar verwachting anders zal lopen. Wanneer we behalve met demografische ontwikkelingen ook rekening houden met veranderingen in opleidingsniveau, huishoudensvorm en multimorbiditeit, ziet de raming van het aantal kwetsbare ouderen er anders uit. Figuur 5.1 laat ook de toename van het aantal kwetsbare 65-plussers zien volgens een demo-plusmodel (gebaseerd op veranderingen in leeftijd en geslacht plus burgerlijke staat, opleidingsniveau en multimorbiditeit).

Figuur 5.1

Aantal kwetsbare ouderen in de bevolking van 65 jaar en ouder, 2010-2030 (in absolute aantallen)



Bron: scp-bevolkingsmodel

Vergelijken we de drie trends dan blijkt dat het aantal kwetsbare ouderen minder snel stijgt volgens de demo-plusraming dan volgens de demografische raming. De demografische raming voorspelt in de periode 2010-2030 een toename van 68%, wat meer is dan de groei van het aantal 65-plussers (62%). De demo-plusraming voorspelt een lagere groei van 50% in deze periode. Het aandeel kwetsbare ouderen onder 65-plussers neemt volgens de demo-plusraming zelfs af: van 27% in 2010 naar 25% in 2030. In 2030 zullen er volgens de demo-plusschatting ongeveer 1 miljoen kwetsbare 65-plussers zijn.

5.2 Sociaaldemografische ontwikkelingen in de oudere bevolking

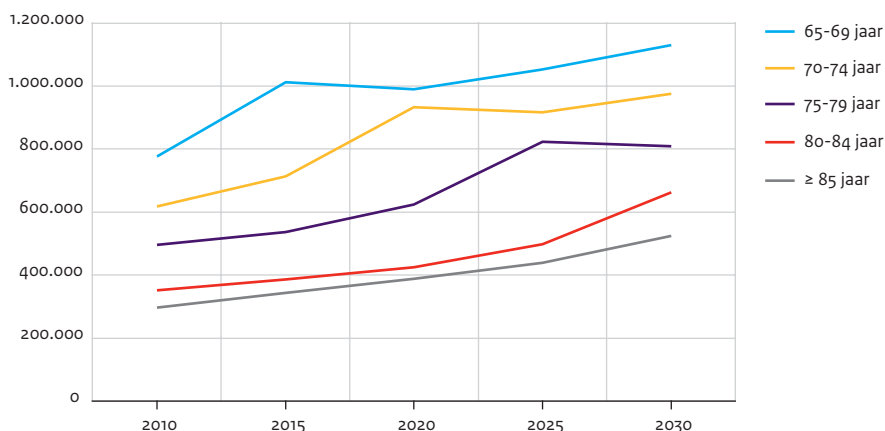
Hoe komt het dat het aantal kwetsbare ouderen minder snel zal toenemen dan verwacht? Om deze vraag te beantwoorden hebben we gekeken hoe een aantal determinanten van kwetsbaarheid zich in periode 2010-2030 zal ontwikkelen. We bespreken achtereenvolgens leeftijd en geslacht, burgerlijke staat, en opleidingsniveau en multimorbiditeit.

Leeftijd en geslacht

De verwachting van politici dat het aantal kwetsbare ouderen sterk toeneemt, is met name gestoeld op het verschijnsel dubbele vergrijzing. Dubbele vergrijzing houdt in dat niet alleen het aandeel ouderen in de bevolking toeneemt, maar ook het aandeel oude ouderen. Wanneer men de leeftijdsontwikkeling van de oudere bevolking bekijkt (figuur 5.2), dan is te zien dat de dubbele vergrijzing pas over vijftien jaar inzet. Tussen 2010 en 2015 neemt vooral het aandeel 65-69-jarigen toe. Vijf jaar later (vanaf 2015) begint het aandeel 70-74-jarigen flink te stijgen, en vijf jaar later dat van de 75-79-jarigen. Door het overlijden van mensen ebt dit cohorteffect langzaam weg. Vanaf 2025 ziet men pas een sterke stijging van het aantal 80-plussers: dan begint de dubbele vergrijzing. Tussen 2010 en 2025 schommelt het aandeel 80-plussers rond een kwart van de bevolking van 65 jaar en ouder. Daarna stijgt het snel tot 40% in 2050 (CBS, StatLine, niet in figuur).⁵ Het aantal mannen zal in de onderzochte periode sterker toenemen dan het aantal vrouwen. Dit heeft echter geen gevolgen voor het aantal kwetsbare ouderen, omdat geslacht geen determinant is na correctie voor andere kenmerken (zie hoofdstuk 4).

Figuur 5.2

Leeftijdsopbouw van de bevolking van 65 jaar en ouder, 2010-2030 (in absolute aantallen)



Bron: scp-bevolkingsmodel

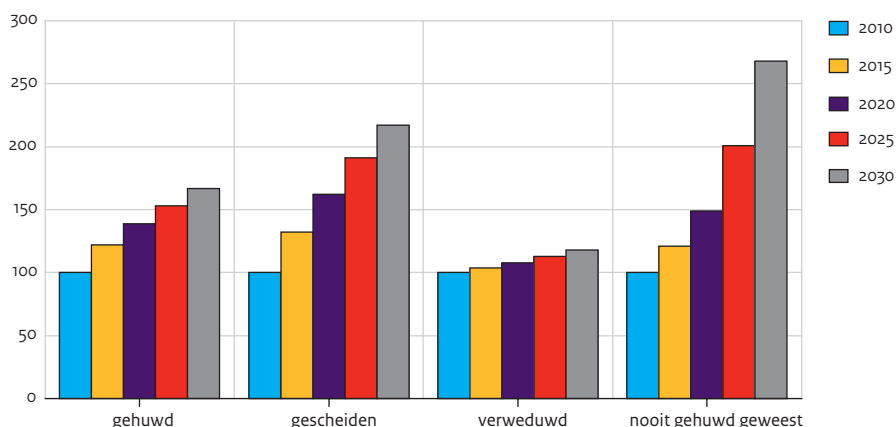
Burgerlijke staat

In hoofdstuk 4 bleek dat verweduwing en scheiding personen kwetsbaar maken en dat samenwonen hen beschermt tegen kwetsbaarheid. Alleenstaande ouderen die nooit zijn gehuwd, zijn daarentegen wat minder kwetsbaar dan verweduwde en gescheiden ouderen. Omdat huishoudensvorm een belangrijke determinant van kwetsbaarheid is, zullen veranderingen in de samenstelling van de huishoudens van de oudere bevolking in de komende decennia effect hebben op het aantal kwetsbare ouderen.

De komende decennia zal het aantal gescheiden en nooit gehuwde alleenstaande ouderen sterk toenemen (figuur 5.3). Dit zijn echter betrekkelijk kleine groepen, die weinig effect op het totaal aantal kwetsbare ouderen zullen hebben. Een groter effect is te verwachten van de lichtere toename van het aantal gehuwde ouderen (67%) en verweduwd (18%). Hoewel verweduwing kwetsbaar maakt, dempt de toename van het aantal gehuwden de ontwikkeling van het aantal kwetsbare ouderen.

Figuur 5.3

Burgerlijke staat van de bevolking van 65 jaar en ouder, 2010-2030 (in indexcijfers; 2010 = 100)



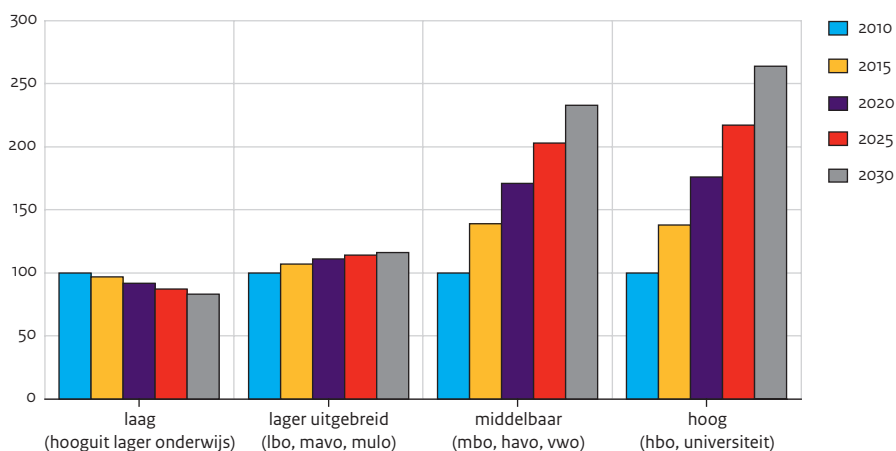
Bron: SCP-bevolkingsmodel

Opleidingsniveau

Evenals samenwonen beschermt een hoog opleidingsniveau tegen kwetsbaarheid (hoofdstuk 4). Daarom is het interessant te zien hoe het opleidingsniveau van ouderen zich ontwikkelt in de komende decennia. Figuur 5.4 toont de ontwikkeling in de verdeling van laag-, middelbaar en hoog- opgeleide personen in de bevolking in de periode 2010-2030. Deze ontwikkeling biedt een belangrijk inzicht. De sterke toename van het aantal middelbaar en hoogopgeleide ouderen en de afname van het aantal laagopgeleide ouderen verklaart namelijk voor een deel waarom het aantal kwetsbare ouderen minder snel zal toenemen dan verwacht.

Figuur 5.4

Opleidingsniveau van de bevolking van 65 jaar en ouder, 2010-2030 (in indexcijfers; 2010 = 100)



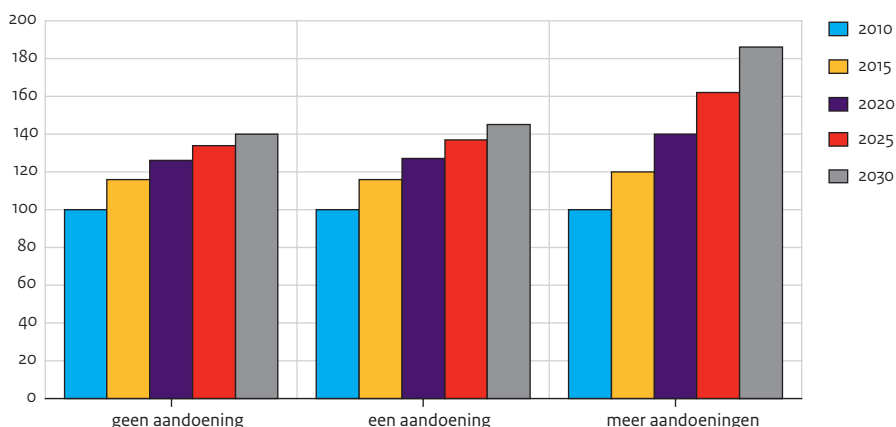
Bron: scp-bevolkingsmodel

Multimorbiditeit

Veel ouderen hebben twee of meer aandoeningen. Multimorbiditeit komt vaker voor onder vrouwen dan onder mannen en de prevalentie ervan neemt toe met de leeftijd. Zo heeft bijna een op de drie 75-plussers meer dan een chronische ziekte onder de leden (Zantinge et al. 2011). Van de 85-plussers heeft ten minste driekwart meerdere aandoeningen (Gezondheidsraad 2008: 27; Hoeymans et al. 2008). In verpleeghuizen hebben acht tot negen van de tien bewoners meerdere aandoeningen. De Gezondheidsraad verwacht dat het aantal ouderen met multimorbiditeit zal toenemen van circa 1 miljoen in 2008 tot 1,5 miljoen in 2020. Die verwachting is gebaseerd op een demografische raming op grond van leeftijd en geslacht en op de aanname dat de prevalentie van aandoeningen niet veel zal veranderen (Gezondheidsraad 2008: 31). Hier presenteren we een raming die wel rekening houdt met veranderingen in de prevalentie van aandoeningen (zie verantwoording in de bijlage). Volgens de demoplusraming zal het aantal 65-plussers met multimorbiditeit⁶ in de periode 2010-2030 met meer dan driekwart toenemen (figuur 5.5). Daar staat tegenover dat het aantal ouderen zonder een chronische aandoening ook zal toenemen. Dit heeft een dempend effect op de stijging van het aantal kwetsbare ouderen.

Figuur 5.5

Aantal aandoeningen onder de bevolking van 65 jaar en ouder, 2010-2030 (in indexcijfers; 2010 = 100)



Bron: SCP-bevolkingsmodel

5.3 Veranderingen in de samenstelling van de groep kwetsbare ouderen

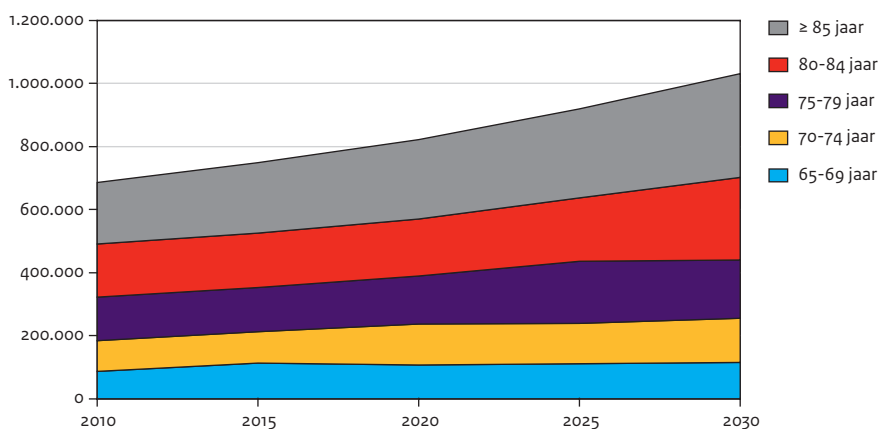
In paragraaf 5.2 bekeken we ontwikkelingen in de oudere bevolking. In deze paragraaf nemen we de ontwikkelingen in de populatie van kwetsbare ouderen onder de loep. Hoe zal de samenstelling van deze groep veranderen tot 2030?

Leeftijd

Binnen de populatie kwetsbare ouderen zal vooral de groep 80-plussers in omvang toenemen (figuur 5.6). Kwetsbaarheid is groot onder 80-plussers. Het aantal kwetsbare 85-plussers zal de komende twee decennia geleidelijk stijgen tot ongeveer 2025, en daarna sneller gaan stijgen beginnen aan een sterkere stijging (zie onze uitleg van de dubbele vergrijzing in § 5.2). Politici zouden bij het formuleren van hun doelen rekening moeten houden met deze ontwikkeling en extra aandacht moeten besteden aan de groep oudste ouderen.

Figuur 5.6

Leeftijdsopbouw van de groep kwetsbare ouderen in de bevolking van 65 jaar en ouder, 2010-2030
(in absolute aantallen)



Bron: scp-bevolkingsmodel

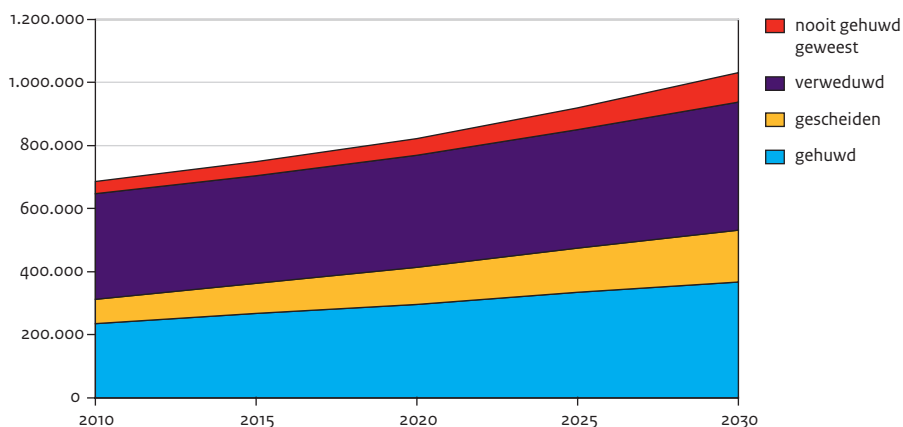
Burgerlijke staat

Figuur 5.7 toont hoe de burgerlijke staat van de kwetsbare bevolking van 65 jaar en ouder de komende twintig jaar verandert. In figuur 5.3 zagen we dat het aantal gescheiden en nooit gehuwde alleenstaanden in de oudere bevolking sterk toe zal nemen. Onder kwetsbare ouderen is het aandeel van deze groep echter klein en de toename heeft daardoor een bescheiden effect. Het aantal verweduwd onder kwetsbaren is daarentegen groot en neemt licht toe.

De aandacht van politici voor verweduwd is dus terecht en zou niet moeten afnemen; gezien de snelle omvangsgroei van de relatief kleine groepen van gescheiden en nooit gehuwde alleenstaanden, is het verder raadzaam ook deze groepen in de gaten te houden.

Figuur 5.7

Burgerlijke staat van de kwetsbare bevolking van 65 jaar en ouder, 2010-2030 (in absolute aantallen)



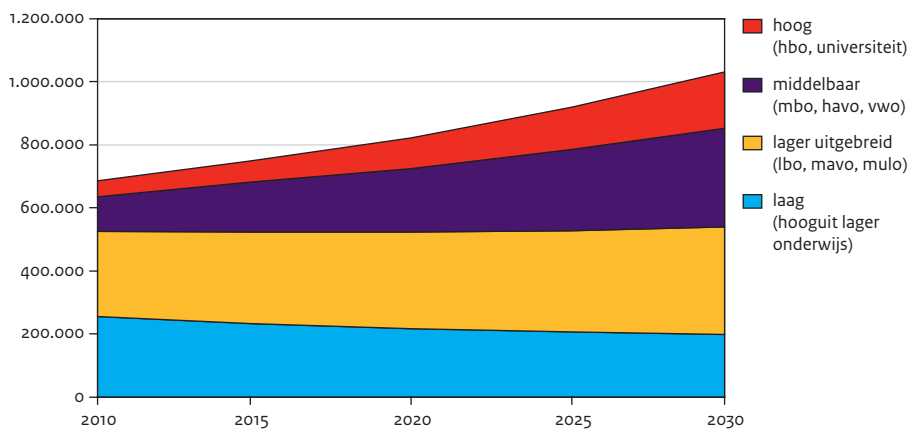
Bron: scp-bevolkingsmodel

Opleidingsniveau

Zoals we in paragraaf 5.2 al aangaven, heeft opleidingsniveau een gunstig effect op kwetsbaarheid: hogeropgeleiden zijn minder kwetsbaar dan lageropgeleiden. Het opleidingsniveau zal in de jaren 2010-2030 toenemen (figuur 5.4). Figuur 5.8 laat echter zien dat in 2030 nog steeds de meeste kwetsbare ouderen een lage opleiding zullen hebben.

Figuur 5.8

Opleidingsniveau van de kwetsbare bevolking van 65 jaar en ouder, 2010-2030 (in absolute aantallen)



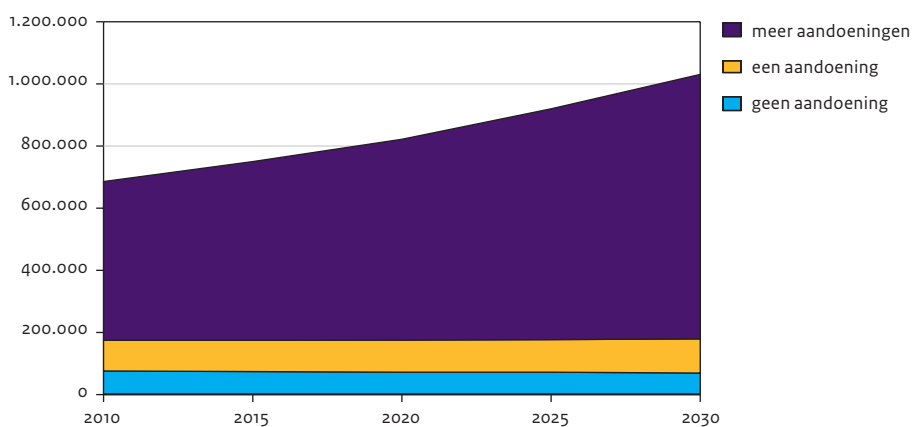
Bron: scp-bevolkingsmodel

Gezondheid

Het aandeel kwetsbare ouderen met multimorbiditeit is groot en neemt toe (figuur 5.9), net als onder de totale oudere bevolking (vgl. figuur 5.5).

Figuur 5.9

Aantal aandoeningen in de kwetsbare bevolking van 65 jaar en ouder, 2010-2030 (in absolute aantallen)



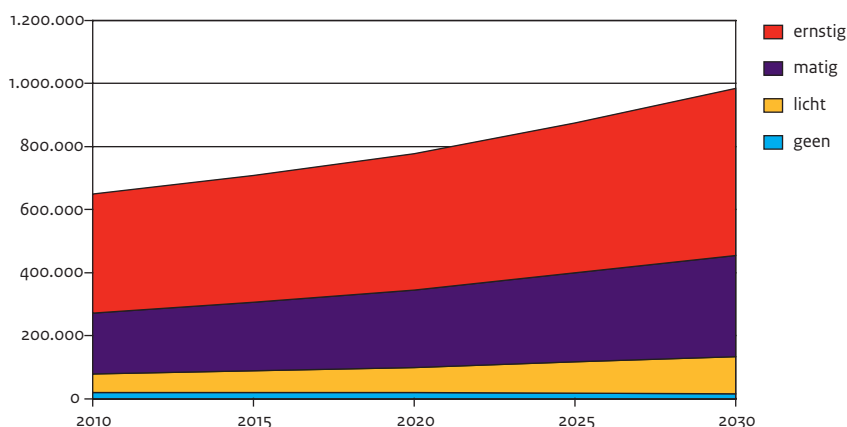
Bron: SCP-bevolkingsmodel

Lichamelijke beperkingen

De meeste kwetsbare ouderen hebben een matige of ernstige beperking (let wel, inclusief de bewoners van instellingen) en hun aantal neemt tussen 2010 en 2030 toe (figuur 5.10). De grootste toename (80%) vindt echter plaats bij de groep kwetsbare ouderen met een lichte beperking. Deze mensen zijn minder zichtbaar voor beleidsmakers en hulpverleners, omdat ze voor hun lichte beperking nog geen hulp ontvangen. Zij vormen echter wel een risicogroep.

Figuur 5.10

Lichamelijke beperkingen onder de kwetsbare bevolking van 65 jaar en ouder, 2010-2030
(in absolute aantallen)



Bron: scp-bevolkingsmodel

5.4 Samenvatting

Het aantal kwetsbare 65-plussers zal tussen 2010 en 2030 toenemen van circa 700.000 tot 1 miljoen. Het aandeel kwetsbare ouderen zal in deze periode echter dalen van 27% naar 25%. Het aantal kwetsbare ouderen zal dus minder snel toenemen dan tot nu toe op grond van demografische projecties werd verwacht, namelijk met 50% in plaats van met 68%. Een aantal ontwikkelingen hebben namelijk een dempend effect op deze stijging, met name het toenemende opleidingsniveau van ouderen.

De populatie van kwetsbare ouderen zal de komende twee decennia niet alleen in omvang toenemen maar ook veranderen qua samenstelling. Vanaf ongeveer 2025 zal het aandeel kwetsbare 85-plussers sterker toenemen. Er komen steeds meer gescheiden en nooit gehuwde kwetsbare ouderen bij, maar deze toename heeft weinig effect op het totale aantal kwetsbare ouderen. Gescheiden en nooit gehuwde ouderen vormen immers betrekkelijk kleine groepen in de populatie van kwetsbare ouderen, die voornamelijk uit verweduwd en gehuwden bestaat. De meeste kwetsbare ouderen hebben langdurige lichamelijke beperkingen en deze groep neemt gestaag toe in omvang. De grootste toename doet zich voor bij de relatief kleine groep van ouderen met een lichte beperking: een groep waar hulpverleners en beleidsmakers weinig zicht op hebben.

Noten

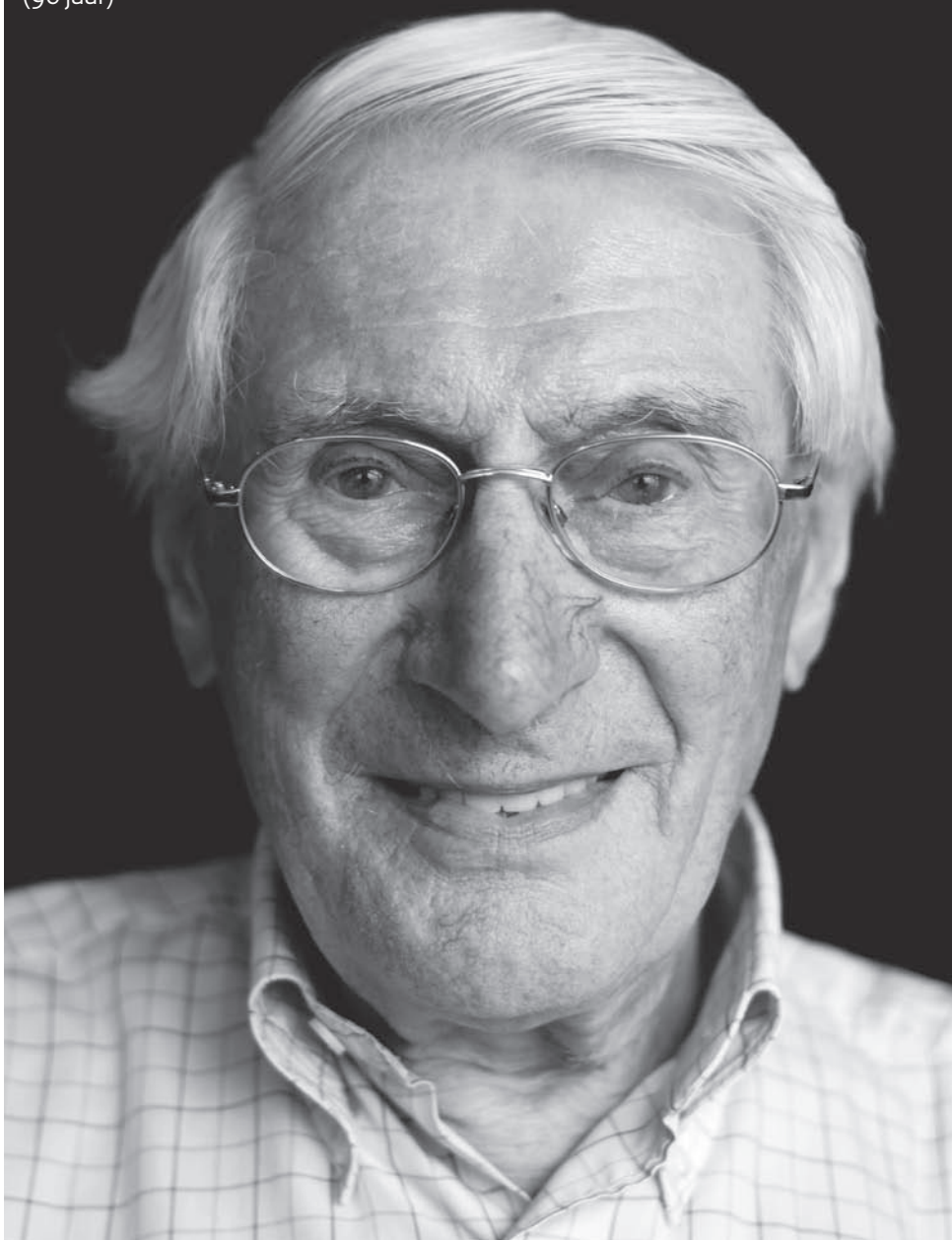
- 1 Deze definitie is een tussenvariant tussen de smalle en brede definitie van kwetsbaarheid, zie hoofdstuk 3 en 4.
- 2 De data zijn beperkt tot West-Friesland, maar de uitkomsten worden met cijfers van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) (prognoses) gegeneraliseerd tot heel Nederland. De auteurs geven zelf aan dat deze generalisatie de uitkomsten enigszins relativeert. Het CBS heeft geen prognose voor opleidingsniveau. De opleidingsniveaus van de huidige 50-65-jarigen zijn gebruikt om de verdeling in 2030 te voorspellen.
- 3 Er is gebruikgemaakt van gegevens uit het Aanvullend voorzieningengebruikonderzoek (AVO) uit 2007 en het onderzoek Ouderen in instellingen (OII) uit 2008. Het gecombineerde AVO/OII-bestand vormt een representatieve steekproef van zelfstandig wonende personen en bewoners van instellingen. Voor een beschrijving van het gebruikte bestand verwijzen we naar hoofdstuk 4. We rapporteren in dit hoofdstuk over personen van 65 jaar en ouder.
- 4 Het aandeel ouderen met lichamelijke beperkingen is gelijkgebleven in de periode 1990-2007. Doordat de levensverwachting in dezelfde periode toenam, is het absolute aantal mensen met een beperking echter wel gestegen (Van Gool et al. 2009).
- 5 Omdat hoge leeftijd een belangrijke determinant is van kwetsbaarheid zou het aantal kwetsbare ouderen na 2025 sterker kunnen gaan stijgen. De gegevens over sociale trends laten echter op dit moment een raming tot na 2030 nog niet toe.
- 6 Een maat voor multimorbiditeit is geconstrueerd op basis van de volgende aandoeningen waarvan redelijk betrouwbare prognoses beschikbaar zijn: astma en CAA, kanker, hart- en vaat-aandoeningen, diabetes, cardiovasculair accident (CVA), reuma (artrose), chronische gewrichts-ontsteking, klachten aan rug, nek of schouder, en huidziekten.

DEEL III

Ontwikkeling van kwetsbaarheid

Dirk van der Zwan

(90 jaar)



‘Met het ouder worden nemen de risico’s toe maar iedereen is kwetsbaar. Zoals psalm 103 luidt: ‘Gelijk het gras is ons kortstondig leven / Gelijk een bloem, die op het veld verheven / Wel sierlijk pronkt, maar krachtloos is en teer. / Wanneer de wind zich over ‘t land laat horen / Dan knakt haar steel, haar schoonheid gaat verloren / Men kent en vindt haar standplaats zelfs niet meer.’

6 Het beloop van kwetsbaarheid

Martijn Huisman en Dorly Deeg (vU/VUMc-LASA)

6.1 Een longitudinale studie van kwetsbaarheid

Er zijn weinig studies die het beloop van kwetsbaarheid gedurende langere perioden hebben onderzocht. De enkele studies die er zijn, tonen niettemin duidelijk aan dat het beloop van kwetsbaarheid een betere voorspeller is van overlijden dan kwetsbaarheid op één bepaald moment (Puts et al. 2005; Buchman et al. 2009). Uit het onderzoek van Buchman et al. (2009) bleek dat een toename van kwetsbaarheid gepaard ging met een hogere kans op vroegtijdig overlijden, onafhankelijk van het niveau van kwetsbaarheid voor de toename plaats vond.

Er zijn belangrijke redenen om aan te nemen dat kwetsbaarheid verschillende beloop-typen kent. Kwetsbaarheid kan worden opgevat als een gevolg van een aantal omstandigheden en gebeurtenissen die onderling samenhangen en elkaar kunnen versterken. Fried (2001) beschrijft bijvoorbeeld een cyclus van kwetsbaarheid waarbij ziekte kan leiden tot ondervoeding, die er vervolgens toe kan leiden dat hormonale processen in het lichaam verstoord raken (Fried et al. 2001). Hierdoor kan het spierweefsel verzwakken, waardoor men minder kracht heeft en minder goed kan bewegen, met een verminderde lichamelijke activiteit als gevolg. Dit kan dan ten slotte weer een verdere ontregeling van hormonale processen in de hand werken, zodat een vicieuze cirkel ontstaat. Persoonskenmerken en omgevingskenmerken kunnen op verschillende punten in deze cyclus invloed uitoefenen en de snelheid en omkeerbaarheid van het proces bepalen. Een partner die ondersteuning biedt bij het behoud van een minimum aan lichamelijke activiteit kan helpen deze fysieke cyclus van kwetsbaarheid te doorbreken. Ook een woning zonder trappen kan ervoor zorgen dat iemand zich relatief vrij kan blijven bewegen. Een buurt met moeilijk begaanbare voetgangerspaden daarentegen zal lichamelijke activiteit van kwetsbare ouderen meer belemmeren.

In dit hoofdstuk zullen we dieper ingaan op verschillende typen beloop van kwetsbaarheid bij Nederlandse ouderen. We hanteren bij onze analyses een veel bredere definitie van kwetsbaarheid dan Fried dat doet, namelijk de definitie uit hoofdstuk 3 van dit rapport. Het doel van dit hoofdstuk is om het beloop van kwetsbaarheid te beschrijven en te onderzoeken of het beloop een voorspellende waarde heeft voor opname in een verzorgings- of verpleeghuis en voor overlijden. Hierbij komen achtereenvolgens de volgende onderzoeksvragen aan bod: Wat is het beloop van kwetsbaarheid bij Nederlandse ouderen? Welke typen beloop van kwetsbaarheid kunnen worden onderscheiden en hoe vaak komt elk type voor? Wat is de samenhang tussen afzonderlijke voorspellende factoren en het beloop van kwetsbaarheid? Op welke manier hangt het beloop van kwetsbaarheid samen met opname in een verzorgings- of verpleeghuis en met overlijden?

Voor het onderzoek waarvan in dit hoofdstuk verslag wordt gedaan, zijn gegevens gebruikt van een langlopend verouderingsonderzoek, de Longitudinal Aging Study Amsterdam (LASA) (zie § B6.1 in de bijlage, te vinden via www.scp.nl bij het desbetreffende rapport). In paragraaf B6.2 is nauwkeurig beschreven hoe kwetsbaarheid wordt gemeten in LASA. Hier volstaan we met de opmerking dat iemand minstens vijf van alle vijftien kwetsbaarheidskenmerken uit de Tilburg Frailty Indicator (TFI) moest hebben om als ‘kwetsbaar’ te worden aangemerkt.

6.2 Het beloop van kwetsbaarheid

Het aandeel kwetsbare ouderen in een populatie van personen van 65 jaar en ouder is gedurende een periode van zeven jaar (ze zijn dan een populatie van 72-plussers geworden) toegenomen van 22% naar 28% (tabel 6.1). De steekproeven uit de oudere bevolking zijn op alle drie de meetmomenten niet helemaal gelijk aan elkaar door uitval en sterfte. Een beter beeld van de toename in kwetsbaarheid krijgt men bij de groep ouderen die op de drie meetmomenten heeft deelgenomen aan het onderzoek. In deze selecte groep ouderen neemt de kwetsbaarheid in zeven jaar toe van 18% naar 33% (zie ‘longitudinale groep’ in tabel 6.1).¹ Hoewel na een periode van zeven jaar een substantieel deel van de ouderen kwetsbaar is – een derde – geven deze resultaten ook aan dat het uitstellen van kwetsbaarheid helemaal geen onhaalbaar ideaal is voor ouderen.

Tabel 6.1

Beloop van kwetsbaarheid bij ouderen (in procenten en leeftijden)

| | kwetsbaar 1998/1999 | kwetsbaar 2001/2002 | kwetsbaar 2005/2006 |
|------------------------------------|---------------------|---------------------|---------------------|
| gehele steekproef (n) ^a | 1042 | 867 | 674 |
| gemiddelde leeftijd | 73,4 | 75,6 | 78,7 |
| % kwetsbaar | 22,0 | 28,1 | 27,9 |
| longitudinale groep (n) | 703 | 703 | 703 |
| gemiddelde leeftijd | 72,8 | 75,8 | 79,8 |
| % kwetsbaar | 18,2 | 23,5 | 33,1 |

a (n) is de ongewogen steekproefomvang; de percentages in de tabellen zijn gewogen om ze representatief te maken voor de gehele oudere bevolking van respectievelijk 65 jaar en ouder in 1998/1999, 68 jaar en ouder in 2001/2002 en 72 jaar en ouder in 2005/2006.

Bron: VU (LASA '98-'06)

Kwetsbaarheid zoals gemeten met de TFI kent drie domeinen (zie hoofdstuk 3). Om het aandeel van de drie verschillende domeinen in de totale kwetsbaarheid inzichtelijk te maken zijn de percentages kwetsbaren op elk van de drie meetmomenten weergegeven voor zowel fysieke, als psychische en sociale kwetsbaarheid (tabel 6.2).²

De meeste ouderen zijn ook niet specifiek fysiek, psychisch of sociaal kwetsbaar (tabel 6.2). Van de kwetsbare ouderen is rond de 70% fysiek kwetsbaar (68,7% in 1998/1999 en 76,8% in 2005/2006). Rond de helft tot 60% van de kwetsbare ouderen blijkt sociaal of

psychisch kwetsbaar te zijn. Deze uitkomsten geven aan dat kwetsbare ouderen een vrij heterogene groep vormen wat betreft het voorkomen van de drie specifieke soorten kwetsbaarheid.

Tabel 6.2

Aandeel ouderen dat wel/niet kwetsbaar is, opgesplitst naar fysieke, psychische en sociale kwetsbaarheid (verticaal gepercenteerd)

| | 1998/1999 | | 2001/2002 | | 2005/2006 | |
|--------------------------|-----------|------|-----------|------|-----------|------|
| | niet | wel | niet | wel | niet | wel |
| fysiek kwetsbaar | 7,2 | 68,7 | 10,9 | 71,2 | 10,9 | 76,8 |
| niet fysiek kwetsbaar | 92,8 | 31,3 | 89,1 | 28,2 | 89,1 | 23,2 |
| psychisch kwetsbaar | 8,2 | 56,1 | 8,2 | 53,9 | 9,3 | 59,1 |
| niet psychisch kwetsbaar | 91,8 | 43,9 | 91,8 | 46,1 | 90,7 | 40,9 |
| sociaal kwetsbaar | 11,4 | 48,0 | 11,5 | 50,0 | 11,2 | 48,2 |
| niet sociaal kwetsbaar | 88,6 | 52,0 | 88,5 | 50,0 | 88,8 | 51,8 |

Bron: VU (LASA1998-'06)

Wat uit tabel 6.2 nog niet blijkt is in welke mate fysieke, psychische en sociale kwetsbaarheid elkaar overlappen. Uit verdere beschrijvende analyses bleek dat 3,5% van de respondenten alle drie de typen kwetsbaarheid vertoonde; 5,1% was zowel fysiek als psychisch kwetsbaar, maar niet sociaal, 4,2% zowel fysiek als sociaal, maar niet psychisch, en 4,7% zowel psychisch als sociaal, maar niet fysiek.

6.3 Zes belooptypen van kwetsbaarheid

Het beloop van kwetsbaarheid is in dit onderzoek onderverdeeld in zes typen:

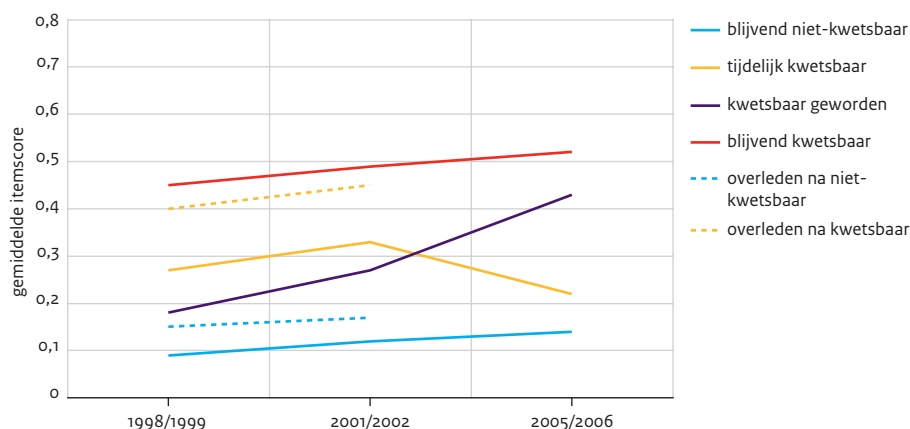
- een groep die op geen enkel moment kwetsbaarheid vertoont gedurende zeven jaar;
- een groep die gedurende zeven jaar een herstel van kwetsbaarheid vertoont;
- een groep die kwetsbaarheid ontwikkelt tijdens de zeven jaar, zonder hiervan weer te herstellen;
- een groep die de gehele zeven jaar kwetsbaar is;
- een groep die overlijdt zonder kwetsbaar te zijn geweest; en
- een groep die overlijdt na kwetsbaar te zijn geweest.³

Figuur 6.1 toont voor elk van de zes belooptypen de gemiddelde score van kwetsbaarheid op de drie meetmomenten. Figuur 6.1 maakt inzichtelijk wat de gemiddelde last van kwetsbaarheid is tussen 1998 en 2006 bij de zes verschillende groepen. Duidelijk blijkt dat de groep die overlijdt na kwetsbaar te zijn geweest en de groep die blijvend kwetsbaar is de grootste mate van kwetsbaarheid vertonen. Het herstel van kwetsbaarheid bij de tijdelijk kwetsbaren en het overschrijden van de drempel naar kwetsbaarheid

bij de groep die kwetsbaar wordt, kunnen in de figuur worden afgelezen aan de 'knik' in 2001/2002 en de daarop volgende grote verandering tot aan 2005/2006.

Figuur 6.1

Belooptypen van kwetsbaarheid op drie meetmomenten (gemiddelde itemscore)^a



a De gemiddelde itemscore ligt tussen 0 en 1; 0 geeft aan dat men op 0% van alle afzonderlijke kenmerken 'kwetsbaar' is, en 1 dat men op alle afzonderlijke kenmerken 'kwetsbaar' is.

Bron: VU (LASA '98-'06)

In de gehele steekproef blijkt de grootste groep blijvend niet-kwetsbaar te zijn (39%). Tijdelijke of blijvende kwetsbaarheid komen het minst voor. Ruim 15% van de ouderen overlijdt binnen zeven jaar zonder kwetsbaar te zijn geweest. Dit is 45% van alle ouderen die in deze periode overlijden (164 van in totaal 368) (zie tabel B6.1 in de bijlage). Alle demografische factoren die zijn onderzocht, blijken samen te hangen met het type beloop van kwetsbaarheid. Ouderen en vrouwen, weduwen en weduwnaren, en mensen met een lage opleiding blijken vaker blijvend kwetsbaar te zijn, en minder vaak blijvend niet-kwetsbaar. Mannen blijken veel vaker dan vrouwen te overlijden zonder kwetsbaar te zijn geweest. Ook gehuwden overlijden relatief vaak zonder kwetsbaar te zijn geweest. Ruim 60% van de 85-plussers die overlijden, is kwetsbaar geweest (tabel B6.1).⁴ Ook de samenhang tussen gezondheid, leefstijl, en persoonlijkheid en het beloop van kwetsbaarheid is onderzocht. Van invloed op blijvende kwetsbaarheid zijn het hebben van twee of meer chronische aandoeningen (o.a. hart- en vaatziekten, diabetes en artrose), het hebben van twee of meer functionele beperkingen, dagelijks roken, obesitas ($BMI \geq 30$) en een geringe ervaren regie over het eigen leven. Opvallend is dat van de groep matige drinkers een relatief hoog percentage blijvend niet-kwetsbaar is, een hoger percentage dan bij de groep die geen alcohol drinkt (tabel B6.1).

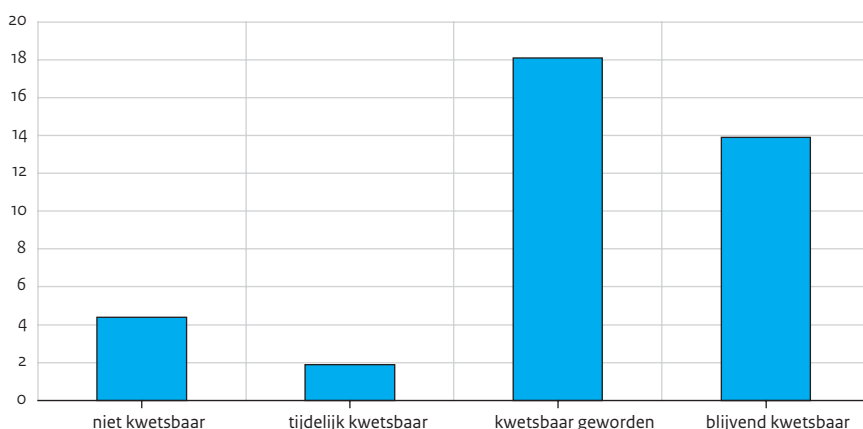
Bij het bespreken van deze resultaten moet in het oog worden gehouden dat de oorzakelijke richting van de verbanden tussen de risicofactoren onderling, en tussen de risicofactoren en kwetsbaarheid, niet altijd met zekerheid kan worden vastgesteld, hoewel de factoren voorafgaand of aan het begin van de periode tussen 1998 en 2006 zijn gemeten. Vooral de samenhang tussen kwetsbaarheid en chronische aandoeningen en functionele beperkingen kan niet altijd met zekerheid worden bepaald. Deze factoren kunnen elkaar beïnvloeden en kunnen gezamenlijk het gevolg zijn van leefstijlkenmerken. Een diepgaande analyse van oorzakelijke verbanden, waarbij verbanden tussen alle factoren voor elkaar worden gecontroleerd, ligt buiten het bestek van dit onderzoek. Wel kunnen we aangeven dat het voor de hand ligt dat leefstijlfactoren voor een belangrijk deel oorzaak zijn van kwetsbaarheid in plaats van andersom. Het tegengaan van roken en overmatig alcoholgebruik en het bevorderen van lichamelijke activiteit is dus belangrijk om kwetsbaarheid te verminderen en te voorkomen.

6.4 Voorspelt het beloop van kwetsbaarheid de opname in een verzorgings- of verpleeghuis en het overlijden?

De figuren 6.2 en 6.3 geven per belooptype weer welk percentage in 2005/2006 was opgenomen in een verzorgings- of verpleeghuis. Het blijkt dat de groep die tussen 1998/1999 en 2001/2002 kwetsbaar werd, het grootste percentage opnames vertoont (18%). Er is een groot verschil in opnames tussen enerzijds de groepen die kwetsbaar worden en kwetsbaar blijven en anderzijds de groepen die niet of tijdelijk kwetsbaar zijn.⁵

Figuur 6.2

Aandeel opnames in een verzorgings-, of verpleeghuis bij vier belooptypen^a, 2005/2006 (in procenten)



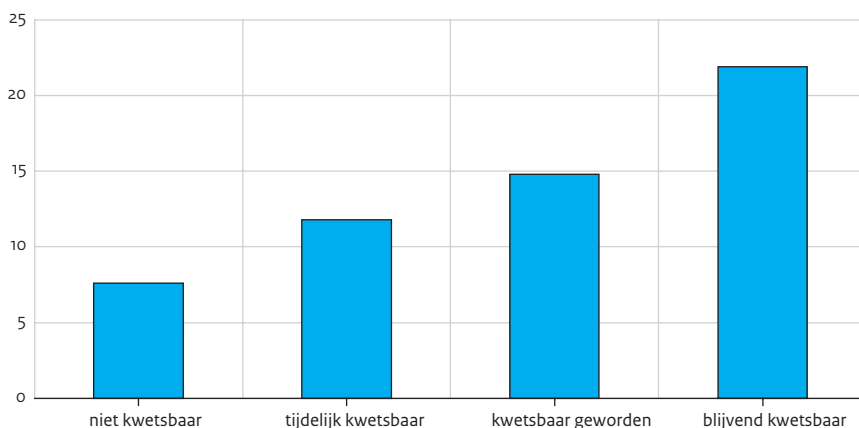
a Het beloop van kwetsbaarheid is vastgesteld tussen twee meetmomenten: 1998/1999 en 2001/2002.

Bron: VU (LASA '98-'06)

Kwetsbaarheid heeft een sterk voorspellende waarde voor opname in een zorginstelling (tabel B6.2 in de bijlage). Bij de groepen die kwetsbaar zijn geworden en die blijvend kwetsbaar zijn, is de kans op opname groter dan bij de groep die blijvend niet-kwetsbaar is. Kwetsbare ouderen hebben gemiddeld bijna vijfmaal zoveel kans op opname dan ouderen die blijvend niet-kwetsbaar zijn. Het verband tussen kwetsbaarheid en opname in een instelling blijft bestaan na controle voor leeftijd, sekse en opleiding, hoewel het verband minder sterk wordt. Dit houdt in dat slechts een klein deel van het grotere risico dat mensen die blijvend kwetsbaar zijn of kwetsbaar zijn geworden, lopen om opgenomen te worden kan worden verklaard doordat zij ouder zijn, of lageropgeleid, of vrouw. Figuur 6.3 laat zien dat kwetsbaarheid trapsgewijs samenhangt met overlijden. De groep waarvan het kleinste percentage overlijdt binnen drie jaar is de groep blijvend niet kwetsbaren, van wie bijna 8% overlijdt. De groep met het grootste percentage is de groep blijvend kwetsbaren, van wie 22% overlijdt.⁶

Figuur 6.3

Aandeel sterfgevallen bij vier belooptypen^a, binnen drie jaar na het meetmoment 2001/2002 (in procenten)



a Het beloop van kwetsbaarheid is vastgesteld tussen twee meetmomenten: 1998/1999 en 2001/2002.

Bron: VU (LASA'98-'06)

Uit de resultaten blijkt dat kwetsbaarheid voorspellend is voor sterfte, ook na controle voor leeftijd, sekse en opleiding. De groepen die kwetsbaar zijn geworden en die blijvend kwetsbaar zijn, hebben de grootste kans op overlijden binnen drie jaar na 2001/2002 (tabel B6.3 in de bijlage).⁷ De groep die blijvend kwetsbaar is, heeft duidelijk de grootste kans op overlijden.

6.5 Samenvatting

Gedurende een periode van zeven jaar volgden we personen van 65 jaar en ouder om het beloop van kwetsbaarheid in de oudere bevolking vast te stellen, evenals het voorkomen van specifieke belooptypen, de samenhang tussen specifieke voorspellende factoren en deze typen beloop, en de samenhang tussen beloop en overlijden en opname in een zorginstelling.

We zagen dat kwetsbaarheid bij de gevolgde groep ouderen geleidelijk toeneemt, van 18% tot 33%. Bijna 40% van de ouderen was in de hele onderzoeksperiode blijvend niet-kwetsbaar.

Wat de samenhang tussen het beloop van kwetsbaarheid en potentiële voorspellende factoren betreft, vonden we ondermeer dat alle onderzochte demografische factoren samenhangen met het type beloop. Ouderen en vrouwen, weduwen en weduwnaren, en mensen met een lage opleiding blijken vaker blijvend kwetsbaar te zijn, en juist minder vaak blijvend niet-kwetsbaar. Ook alle onderzochte gezondheids-, leefstijl- en persoonlijkheidskenmerken blijken aan de kwetsbaarheid van ouderen te zijn gerelateerd. Vooral de leefstijlindicatoren als roken en lichaamsgewicht hangen samen met (fysieke) kwetsbaarheid (Hubbard et al. 2009, 2010). Preventie van deze ongezonde leefstijlen zal kwetsbaarheid onder de oudere bevolking kunnen beperken.

Het beloop van kwetsbaarheid voorspelt de opname in een verzorgings- of verpleeghuis. Tussen enerzijds de groepen die kwetsbaar worden en kwetsbaar blijven en anderzijds de groepen die niet of tijdelijk kwetsbaar zijn, bleek een groot verschil in het percentage dat later opgenomen werd in een verzorgings- of verpleeghuis. Van de groep permanent kwetsbare ouderen werd 14% uiteindelijk opgenomen, en van de groep die eerst niet-kwetsbaar was maar dat later wel werd, is dat 18%. De overeenkomstige percentages voor de groep niet kwetsbaren en de groep tijdelijk kwetsbaren zijn slechts 4% en 2%. Ook was kwetsbaarheid een krachtige voorspeller van sterfte, onafhankelijk van leeftijd, sekse en opleiding. Van de groep die kwetsbaar was en bleef, overleed uiteindelijk 22% binnen drie jaar. Van de groep die kwetsbaar werd was dit 15%.

Uit de resultaten kan worden geconcludeerd dat de groep kwetsbare ouderen beleidsmatig aandacht verdient. Door kwetsbaarheid te voorkomen en het herstel ervan te bevorderen bij Nederlandse ouderen, zullen hun overlevingskansen op korte termijn waarschijnlijk toenemen en wordt opname in een zorginstelling minder noodzakelijk. Het is nuttig om nog eens de aandacht te vestigen op de resultaten voor de groep die een herstel van kwetsbaarheid vertoonde. Tijdelijke kwetsbaarheid komt voor bij slechts een klein deel van de bevolking, maar vertoont een opmerkelijk gunstig verband met de kans op overlijden en opname. Verder blijkt dat ook op oudere leeftijd, nadat kwetsbaarheid is ingetreden, een herstel naar een situatie zonder kwetsbaarheid mogelijk is.

Noten

- 1 Bij het lezen van de gegevens in deze tabel moet rekening worden gehouden met het feit dat de steekproeven op de drie meetmomenten niet gelijk zijn. De steekproef wordt tijdens de studie uitgedund door uitval als gevolg van onder andere het overlijden van deelnemers. Om deze reden zijn de percentages weergegeven voor zowel de volledige steekproef, waarvan gegevens beschikbaar zijn over kwetsbaarheid op de afzonderlijke meetmomenten, als het deel van de deelnemers waarvan we gegevens hebben op alle drie de meetmomenten (de longitudinale groep). Voor deze laatste groep kunnen de percentages op de opeenvolgende meetmomenten met elkaar worden vergeleken en kunnen verschillen worden geïnterpreteerd in termen van toe- of afname. Bedenk wel dat dit een relatief sterke groep ouderen is, vergeleken met ouderen die eerder uit de studie zijn uitgevallen (bijvoorbeeld doordat zij zijn overleden) en van wie er geen gegevens over kwetsbaarheid op alle meetmomenten beschikbaar zijn.
- 2 Tabel 6.2 bevat gegevens over iedereen in de steekproef van wie op het betreffende meetmoment bekend was of zij wel of niet-kwetsbaar zijn en op welke gebieden (vgl. tabel B6.1). Een modelmatige beschrijving van de verschillende domeinen van kwetsbaarheid is gegeven in hoofdstuk 3 van dit rapport. Hoe het voorkomen van fysieke, psychische en sociale kwetsbaarheid is bepaald in het LASA-onderzoek is beschreven in bijlage B6.1.
- 3 Sterfte is bij het bepalen van deze belooptypen meegenomen zodat niet alleen overlevenden in de analyses vertegenwoordigd zouden zijn, wat een vertekening van de resultaten zou betekenen.
- 4 Chi-kwadraattoetsen geven aan in hoeverre er statistisch bewijs is voor een samenhang tussen deze voorspellers en de beloopgroepen. Sociaaleconomische status als voorspeller van kwetsbaarheid is niet in dit overzicht opgenomen, maar komt aan bod in hoofdstuk 10.
- 5 De analyses bevatten gegevens van alle deelnemers die in 2005/2006 nog in leven waren en die ofwel zelfstandig, ofwel in een verzorgings- of verpleeghuis woonden. Binnen deze groep deelnemers werden vier beloopgroepen onderscheiden:
 - niet-kwetsbaar in 1998/1999 en niet in 2001/2002 = blijvend niet-kwetsbaar;
 - kwetsbaar in 1998/1999, maar niet meer in 2001/2002 = tijdelijk kwetsbaar;
 - niet-kwetsbaar in 1998/1999, maar wel in 2001/2002 = kwetsbaar geworden; en
 - kwetsbaar in zowel 1998/1999 als 2001/2002 = blijvend kwetsbaar.
- 6 Het voorspellen van de kans op overlijden vereist een andere analyse dan het voorspellen van de kans op tehuisopname, omdat in het LASA-bestand gevalideerde gegevens over sterfte voorhanden zijn tot 1 september 2007. Dat is te kort na de waarneming in 2005/2006 om de ontwikkeling gedurende de onderzoeksperiode in samenhang met overlijden te bezien, en zou vereisen dat respondenten tot 2005 in leven zouden blijven [Daarom is ervoor gekozen om het beloop van kwetsbaarheid tussen 1998 en 2001 te bezien op de kans om binnen drie jaar na de 2001-waarneming te overlijden. Er is gekozen voor een termijn van maximaal drie jaar na de 2001-waarneming om voldoende overleden respondenten te hebben voor een multivariate analyse. In de analyse worden slechts vier beloopgroepen onderscheiden: niet-kwetsbaar, tijdelijk kwetsbaar (wel in 1998, niet in 2001), kwetsbaar geworden (niet in 1998, wel in 2001), en blijvend kwetsbaar.
- 7 De tabellen B6.2 en B6.3 geven de resultaten weer van een reeks logistische regressieanalyses, waarbij achtereenvolgens de ruwe verbanden tussen beloop en opname en tussen beloop en overlijden zijn geschat; deze verbanden zijn gecontroleerd voor leeftijd, sekse en opleiding.

Elisabeth Turfboer-Vink

(91 jaar)



‘Ik realiseerde me pas dat ik kwetsbaar was nadat ik was gevallen, want ik deed alles nog zelf. Op mijn 89ste brak ik mijn heup bij een val op het toilet. Ik dacht: ‘Hoe kom ik hier vandaan, wie helpt me?’ Ik ben uiteindelijk in de slaapkamer gekomen, maar op zo’n moment voel je je wel kwetsbaar, ook omdat je afhankelijk bent.’

7 Fysieke kwetsbaarheid

Martijn Huisman en Dorly Deeg (vU/VUMC-LASA)

7.1 Wat is fysieke kwetsbaarheid?

In hoofdstuk 6 bespraken we het beloop van kwetsbaarheid in het algemeen. In de hoofdstukken 7 tot en met 9 gaan we in op de drie domeinen van kwetsbaarheid. We belichten het beloop van fysieke, psychische en sociale kwetsbaarheid. Deze vormen van kwetsbaarheid blijken duidelijk met elkaar samen te hangen.

Veel deskundigen vinden dat fysiologische kenmerken van kwetsbaarheid de kern vormen van het begrip *frailty* (zie hoofdstuk 3). Belangrijke kenmerken van fysieke kwetsbaarheid zijn: ondervoeding, verminderd energieniveau, verminderde kracht, en traagheid (Bergman et al. 2007). Fysieke kwetsbaarheid is een van de drie domeinen van kwetsbaarheid in de Tilburg Frailty Indicator (TFI), die in hoofdstuk 3 is beschreven. Het fysieke domein van de TFI sluit aan bij de smalle definities van kwetsbaarheid, die zich voornamelijk tot fysiologische kenmerken beperken. De maat van fysieke kwetsbaarheid moet worden onderscheiden van andere veel gebruikte gezondheidsmaten bij ouderen zoals (multi)morbiditeit en functionele beperkingen (zie hoofdstuk 3).

Het ligt voor de hand dat fysieke kwetsbaarheid het resultaat is van jarenlange blootstellingen aan diverse schadelijke invloeden op het lichaam, die resulteren in moleculaire schade (Kuh en the New Dynamics of Ageing (NDA) Preparatory Network 2007). Het is onduidelijk of de kenmerken van fysieke kwetsbaarheid een onderliggend medisch syndroom vertegenwoordigen, met andere woorden of een pathofysiologisch proces de gemeenschappelijke oorzaak is van alle symptomen, of dat zij een complex van symptomen vormen die vaak samen voorkomen maar niet noodzakelijkerwijs fysiologisch aan elkaar gekoppeld zijn (Bergman et al. 2007). Het fysiologische proces dat we in de inleiding van hoofdstuk 6 kort bespraken, is een voorbeeld van een medisch syndroom. Er ontstaat een vicieuze cirkel waarbij ondervoeding kan leiden tot verstoring van hormonale processen, vervolgens tot verzwakking van spierweefsel, verminderde kracht en verminderd vermogen om voort te bewegen, en uiteindelijk tot een verminderde lichamelijke activiteit, wat de hormonale processen nog verder kan verstoren (Fried et al. 2001). De benadering die is gevolgd bij het opstellen van de TFI is agnostisch over een mogelijk onderliggend syndroom en gaat ervan uit dat de selectie van fysieke kenmerken vooral klinisch en beleidsmatig nut heeft wanneer deze kenmerken kunnen helpen bij het voorspellen van gezondheidsproblemen.

In hoofdstuk 6 is aangetoond dat kwetsbaarheid een belangrijke voorspeller is van gezondheidssuitkomsten zoals de opname in een zorginstelling en de kans om op relatief korte termijn te overlijden. Omdat kwetsbaarheid is samengesteld uit verschillende domeinen – het fysieke, psychische en sociale domein – is het de vraag wat de relatieve bijdrage van ieder van de domeinen is. We kunnen verscheidene hypothesen formuleren. Het lijkt bijvoorbeeld aannemelijk dat fysieke kwetsbaarheid een betere voorspeller

van vroegtijdig overlijden is dan psychische en sociale kwetsbaarheid. Immers, fysieke kwetsbaarheid hangt gedeeltelijk samen met belangrijke oorzaken van overlijden, zoals chronische ziekte. Bij opname in een zorginstelling lijkt het daarnaast aannemelijk dat ook sociale kwetsbaarheid een belangrijke rol speelt. Wanneer iemand een partner of een breder sociaal netwerk ontbeert om het wegvallen van zelfstandig functioneren op te vangen zal opname in een zorginstelling eerder worden geïndiceerd. Er zijn dus redenen om aan te nemen dat de invloed van de verschillende domeinen van kwetsbaarheid op overlijden en/of opname in een zorginstelling niet eensluidend is.

De vragen in dit hoofdstuk gaan over fysieke kwetsbaarheid en worden beantwoord op basis van gegevens uit het LASA-bestand (zie bijlage B6.1 en B6.2, te vinden via www.scp.nl bij het desbetreffende rapport):

- 1 Wat is het beloop van fysieke kwetsbaarheid?
- 2 Welke typen beloop van fysieke kwetsbaarheid kunnen worden onderscheiden?
- 3 Wat is de samenhang tussen diverse voorspellende factoren en het beloop van fysieke kwetsbaarheid?
- 4 Wat is de samenhang tussen het beloop van fysieke kwetsbaarheid en sociale en psychische kwetsbaarheid?
- 5 Wat is de samenhang tussen het beloop van fysieke kwetsbaarheid en opname in een verzorgings- of verpleeghuis en overlijden?¹

7.2 Het beloop van fysieke kwetsbaarheid

Gedurende een onderzoeksperiode van zeven jaar nam het percentage fysiek kwetsbaren² in de populatie van bij aanvang 65 jaar en ouder en na afloop 72 jaar en ouder toe van 10% tot 17% (tabel 7.1). Daarnaast is ook het beloop bekeken van fysieke kwetsbaarheid bij de 730 respondenten die op alle drie de meetmomenten aan de studie deelnamen (dus zonder de personen die overleden of om een andere reden uitvielen). In deze selecte groep van 730 respondenten nam de fysieke kwetsbaarheid in zeven jaar sterk toe van 7,3% tot 21,4% (zie tabel B7.1 in de bijlage).³

Fysieke kwetsbaarheid bestaat uit in totaal acht afzonderlijke kenmerken: weinig tot niet wandelen, ongewenst gewichtsverlies, slecht kunnen lopen, slecht evenwicht kunnen bewaren, slecht kunnen horen, slecht kunnen zien, weinig handkracht hebben, en lichamelijk moe zijn. Individuele kenmerken die relatief veel voorkomen zijn het slecht kunnen bewaren van het evenwicht, en lichamelijke moeheid. Op alle meetmomenten blijkt meer dan de helft van de ouderen geen of slechts één kenmerk van fysieke kwetsbaarheid te hebben.

Kenmerken van fysieke kwetsbaarheid die gedurende de onderzoeksperiode van zeven jaar steeds vaker voorkomen, zijn: slecht kunnen lopen, slecht evenwicht kunnen bewaren en lichamelijke moeheid. Gedurende het studieverloop worden meer ouderen fysiek kwetsbaar, hoewel na zeven jaar nog altijd bijna de helft geen of slechts één kenmerk van fysieke kwetsbaarheid blijkt te hebben. Deze resultaten geven aan dat het uitstellen van fysieke kwetsbaarheid geen onhaalbaar ideaal is voor ouderen.

Tabel 7.1

Beloop van fysieke kwetsbaarheid bij ouderen (in procenten en leeftijden)

| | kwetsbaar 1998/1999 (n = 1042) ^a | kwetsbaar 2001/2002 (n = 867) ^a | kwetsbaar 2005/2006 (n = 674) ^a |
|--|--|---|---|
| gemiddelde leeftijd | 73,4 | 75,6 | 78,7 |
| % fysiek kwetsbaar | 10,4 | 14,8 | 17,2 |
| kenmerken van fysieke kwetsbaarheid ^b | | | |
| weinig/geen lichamelijke activiteit (wandelen) | 15,2 | 19,1 | 18,1 |
| ongewenst gewichtsverlies | 8,8 | 11,2 | 12,6 |
| slecht kunnen lopen | 15,5 | 22,2 | 25,2 |
| slecht evenwicht kunnen bewaren | 22,9 | 27,1 | 34,7 |
| slecht kunnen horen | 9,9 | 13,1 | 14,5 |
| slecht kunnen zien | 20,4 | 26,8 | 26,6 |
| weinig handkracht hebben | 16,4 | 14,0 | 12,3 |
| lichamelijke moeheid | 32,2 | 36,8 | 40,4 |
| aantal kenmerken van fysieke kwetsbaarheid | | | |
| 0 | 32,1 | 30,2 | 23,1 |
| 1 | 28,9 | 25,8 | 28,1 |
| 2 | 18,0 | 18,2 | 22,5 |
| 3 | 11,4 | 13,6 | 13,2 |
| 4 | 5,3 | 6,6 | 7,9 |
| ≥ 5 | 4,2 | 5,7 | 5,2 |

a (n) is de ongewogen steekproefomvang; de percentages in de tabellen zijn gewogen om ze representatief te maken voor de gehele oudere bevolking van respectievelijk 65 jaar en ouder in 1998/1999, 68 jaar en ouder in 2001/2002 en 72 jaar en ouder in 2005/2006.

b Gemeten met de Tilburg Frailty Indicator – domein lichamelijk (zie bijlage B6.2).

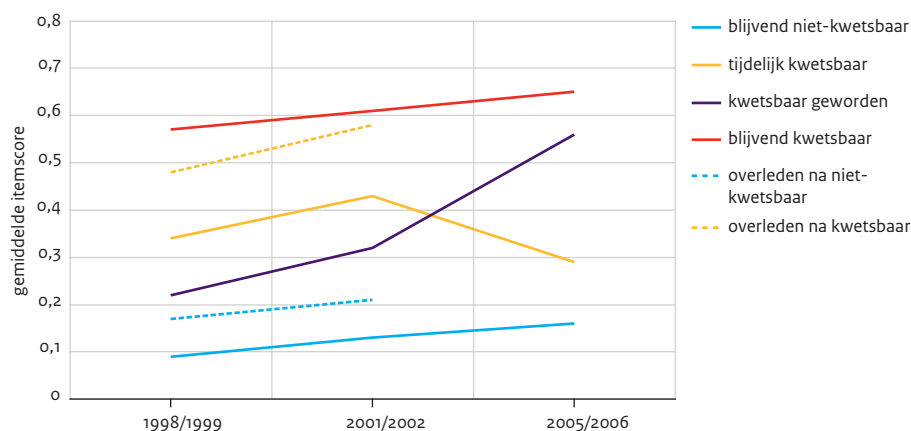
Bron: VU (LASA '98-'06)

7.3 Zes belooptypen van fysieke kwetsbaarheid

Net als in hoofdstuk 6 hebben we zes groepen met een verschillend beloop van kwetsbaarheid onderscheiden. Figuur 7.1 laat voor elk van de zes belooptypen de gemiddelde itemscore zien van fysieke kwetsbaarheid op de drie meetmomenten. Duidelijk blijkt dat de groep die overlijdt na kwetsbaar te zijn geweest, en de groep die blijvend kwetsbaar is de grootste mate van kwetsbaarheid vertonen. De mate van kwetsbaarheid neemt in de periode van zeven jaar toe bij alle groepen, behalve bij de groep tijdelijk kwetsbaren.

Figuur 7.1

Belooptypen van fysieke kwetsbaarheid op drie meetmomenten (gemiddelde itemscore)^a



a De gemiddelde itemscore ligt tussen 0 en 1; 0 geeft aan dat men op 0% van alle afzonderlijke kenmerken 'kwetsbaar' is, en 1 dat men op alle afzonderlijke kenmerken 'kwetsbaar' is.

Bron: VU (LASA '98-'06)

De helft (50,1%) van de ouderen blijkt blijvend niet fysiek kwetsbaar te zijn en slechts een heel kleine groep is blijvend kwetsbaar (2,8%). Wel is er een grotere groep die kwetsbaar is geworden (10,5%), en een grotere groep die overlijdt na kwetsbaar te zijn geweest (12%) (tabel 7.2).

Wanneer we de verbanden bekijken tussen belooptypen en demografische en sociale kenmerken dan blijkt dat de oudsten, vrouwen, lageropgeleiden en verweduwen het vaakst blijvend kwetsbaar zijn. Dit verband weerspiegelt de samenhangen die zijn gerapporteerd in hoofdstuk 6. Opvallend is dat vrouwen iets vaker dan mannen blijvend *niet*-kwetsbaar zijn. Dit heeft te maken met het hogere percentage overlijdensgevallen bij de mannen, waardoor het aandeel overlevenden bij vrouwen –in zowel kwetsbare als niet-kwetsbare staat – groter is dan dat bij mannen.

Het ligt in de lijn der verwachting dat er verbanden zijn tussen enerzijds gezondheid en leefstijl en anderzijds fysieke kwetsbaarheid. Deze verwachting wordt bevestigd door de uitkomsten. Alle (ongezonde) leefstijlkenmerken blijken samen te hangen met een ongunstig kwetsbaarheidsbeloop, behalve alcoholgebruik, dat juist met verminderde kwetsbaarheid samenhangt (zie tabel B7.2 in de bijlage). Ook andere gezondheidsmaten zoals het hebben van chronische ziekten en functionele beperkingen hangen erg sterk met fysieke kwetsbaarheid samen. Wat dit laatste betreft komen de resultaten overeen met wetenschappelijke bevindingen die samenhang vertonen tussen fysieke kwetsbaarheid en aanverwante verschijnselen als comorbiditeit en functionele beperkingen (zie ook hoofdstuk 3 en 4).

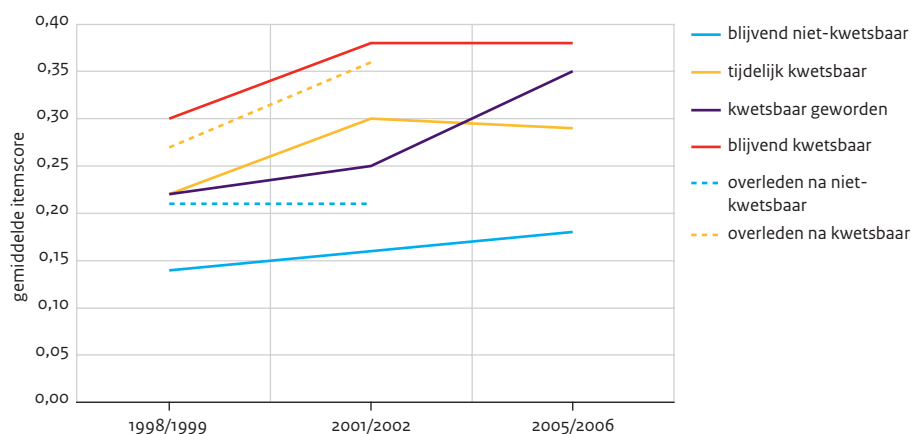
7.4 Samenhang tussen het beloop van fysieke kwetsbaarheid en psychische en sociale kwetsbaarheid op de langere termijn

De kenmerken sekse, leeftijd, opleiding, en psychische en sociale kwetsbaarheid zijn gerelateerd aan het beloop van fysieke kwetsbaarheid (tabel B7.3 in de bijlage). Fysieke kwetsbaarheid komt minder voor bij mannen en bij jongere ouderen. Het verband tussen psychische kwetsbaarheid en fysieke kwetsbaarheid is gedurende de zeven onderzochte jaren sterker dan dat tussen sociale en fysieke kwetsbaarheid.

Daarom is het interessant te analyseren hoe de afzonderlijke belooptypen samenhangen in de tijd. Hoe verloopt de psychische en sociale kwetsbaarheid van de zes belooptypen fysieke kwetsbaarheid? Psychische kwetsbaarheid blijkt in elk belooptype van fysieke kwetsbaarheid toe te nemen, behalve in de groep die overlijdt zonder kwetsbaar te zijn geweest. Verder valt op dat de groep die fysiek kwetsbaar is geworden ook een scherpe toename in psychische kwetsbaarheid vertoont (figuur 7.2a). Fysieke en psychische kwetsbaarheid gaan dus vaak samen.

Figuur 7.2a

Belooptypen van psychische kwetsbaarheid op drie meetmomenten (gemiddelde itemscore)^a



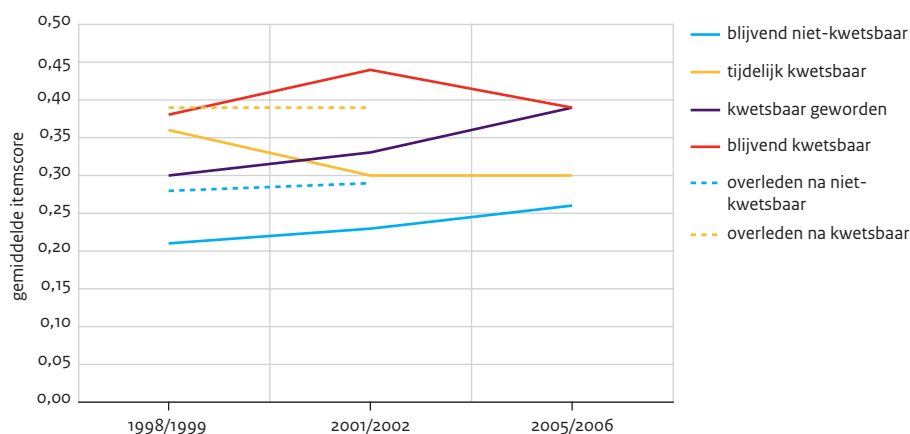
a De gemiddelde itemscore ligt tussen 0 en 1; 0 geeft aan dat men op 0% van alle afzonderlijke kenmerken 'kwetsbaar' is, en 1 dat men op alle afzonderlijke kenmerken 'kwetsbaar' is.

Bron: VU (LASA '98-'06)

De samenhang tussen het beloop van fysieke kwetsbaarheid en dat van sociale kwetsbaarheid vertoont een meer onregelmatig patroon (figuur 7.2b). Alleen de groepen die kwetsbaar worden en die blijvend fysiek niet-kwetsbaar zijn, vertonen een toename in sociale kwetsbaarheid. Bij de tijdelijk en blijvend kwetsbaren is juist een daling in sociale kwetsbaarheid waar te nemen. Voor de groep die fysiek blijvend kwetsbaar is kan die daling te maken hebben met het zoeken naar sociale steun in de omgeving om verminderd functioneren op te vangen.

Figuur 7.2b

Belooptypen van sociale kwetsbaarheid op drie meetmomenten (gemiddelde itemscore)^a



a De gemiddelde itemscore ligt tussen 0 en 1; 0 geeft aan dat men op 0% van alle afzonderlijke kenmerken 'kwetsbaar' is, en 1 dat men op alle afzonderlijke kenmerken 'kwetsbaar' is.

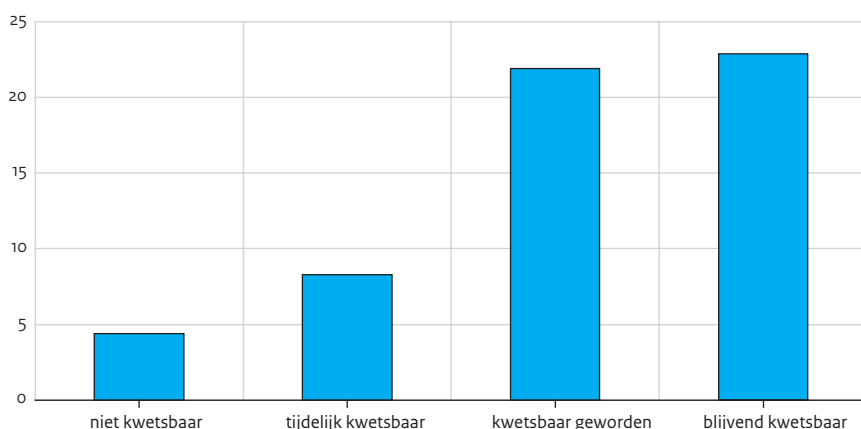
Bron: VU (LASA'98-'06)

7.5 Voorspelt het beloop van fysieke kwetsbaarheid opname in een verzorgings- of verpleeghuis en het overlijden?

De groep ouderen die kwetsbaar blijft tijdens het gehele studieverloop vertoont het hoogste percentage opnames (22%) (figuur 7.3). Er is een groot verschil te zien in opnames tussen enerzijds de groepen die kwetsbaar zijn geworden en kwetsbaar blijven en anderzijds de groepen die niet of tijdelijk kwetsbaar zijn. De groepen die kwetsbaar zijn geworden en kwetsbaar blijven hebben veruit de grootste kans om opgenomen te worden.⁴

Figuur 7.3

Aandeel opnames in een verzorgings- of verpleeghuis bij vier belooptypen^a van fysieke kwetsbaarheid, 2005/2006 (in procenten)



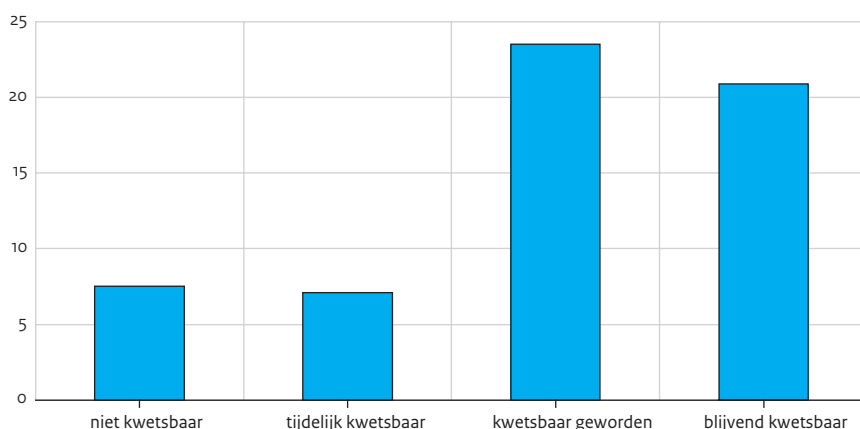
a Het beloop van kwetsbaarheid is vastgesteld tussen twee meetmomenten: 1998/1999 en 2001/2002.

Bron: VU (LASA'98-'06)

Ouderen die kwetsbaar worden en die blijvend kwetsbaar zijn, hebben een grote kans om te worden opgenomen, ook na controle voor leeftijd, sekse en opleiding (tabel B7.4 in de bijlage). De kans op opname bij de groepen die kwetsbaar zijn geworden en die blijvend kwetsbaar zijn, is bijna zes keer zo groot als de kans op opname bij de groep die blijvend niet-kwetsbaar is. Het verband tussen fysieke kwetsbaarheid en opname blijkt ook na controle voor sociale en psychische kwetsbaarheid te blijven bestaan. De kans dat iemand wordt opgenomen wegens fysieke kwetsbaarheid (τ_{F1} -fysiek) is groter dan de kans op opname wegens totale kwetsbaarheid (τ_{F1} , zie tabel B6.2 in de bijlage). De groep ouderen die in drie jaar tijd kwetsbaar is geworden (1998/1999-2001/2002) heeft het grootste aandeel overledenen in 2005/2006: ruim 23% (figuur 7.4).⁵ De groepen die niet-kwetsbaar zijn en die slechts tijdelijk kwetsbaar zijn, vertonen veel lagere percentages overledenen dan de groepen die kwetsbaar worden en blijvend kwetsbaar zijn.

Figuur 7.4

Aandeel sterfgevallen bij vier belooptypen^a van fysieke kwetsbaarheid, binnen drie jaar na het meetmoment 2001/2002 (in procenten)



a Het beloop van kwetsbaarheid is vastgesteld tussen twee meetmomenten: 1998/1999 en 2001/2002.

Bron: VU (LASA '98-'06)

Ook na controle voor leeftijd, sekse en opleiding, blijft fysieke kwetsbaarheid voorspellend voor sterfte (tabel B7.5 in de bijlage). De groepen die kwetsbaar zijn geworden en die blijvend kwetsbaar zijn, hebben de grootste kans op overlijden binnen drie jaar na 2001/2002.

Zowel degenen die kwetsbaar zijn geworden als degenen die kwetsbaar blijven, behouden een grotere kans op sterfte, ook na controle voor sociale en psychische kwetsbaarheid. Dit geeft aan dat fysieke kwetsbaarheid een sterke voorspeller is van sterfte, ongeacht de mate van sociale of psychische kwetsbaarheid die ermee gepaard gaat.

7.6 Samenvatting

Gedurende een onderzoeksperiode van zeven jaar nam het percentage fysiek kwetsbaren in de populatie van bij aanvang 65 jaar en ouder en na afloop 72 jaar en ouder toe van 10% tot 17%. Kenmerken van fysieke kwetsbaarheid die gedurende de onderzoeksperiode van zeven jaar steeds vaker voorkomen, zijn: slecht kunnen lopen, slecht evenwicht kunnen bewaren en lichamelijke moeheid. Gedurende het studieverloop nam het aantal fysiek kwetsbare ouderen toe. Na zeven jaar had echter nog altijd bijna de helft van de ouderen geen of slechts één kenmerk van fysieke kwetsbaarheid. Deze resultaten geven aan dat het vermijden van fysieke kwetsbaarheid geen onhaalbaar ideaal is voor ouderen.

De sterk aan mobiliteit gerelateerde kenmerken bieden aanknopingspunten voor een preventief beleid dat is gericht op het voorkomen van fysieke kwetsbaarheid of op het verminderen van de gevolgen van fysieke kwetsbaarheid. Voorbeelden zijn aanpassingen in de woning en faciliteiten in de buurt die de toegankelijkheid verhogen voor mensen met bewegingsbeperkingen.

De helft van de ouderen is blijvend niet fysiek kwetsbaar, en 64% van de ouderen die overlijden, was enige jaren vóór het overlijden niet kwetsbaar (in ons onderzoek waren dit er 208, van in totaal 326 overledenen). Niettemin is er dus een grote groep die wel langere tijd met fysieke kwetsbaarheid te maken krijgt: in totaal rond de 29% van de ouderen. Deze ouderen zijn kwetsbaar geworden, zijn blijvend kwetsbaar, of hebben te maken gehad met kwetsbaarheid maar zijn daarvan hersteld; sommigen zijn juist overleden na een periode van kwetsbaarheid. De groep fysieke kwetsbare ouderen vormt een belangrijke doelgroep voor beleid. Fysieke kwetsbaarheid blijkt namelijk een voorspeller te zijn van opname in een zorginstelling en van overlijden, onafhankelijk van sekse, leeftijd en opleiding en onafhankelijk van psychische en sociale kwetsbaarheid.

Alle onderzochte demografische factoren blijken samen te hangen met het type beloop van fysieke kwetsbaarheid. Ouderen en vrouwen, weduwen en weduwnaren, en mensen met een lage opleiding blijken vaker te maken te hebben met belooptypen waarin fysieke kwetsbaarheid voorkomt. Ook alle onderzochte gezondheids-, leefstijl- en persoonlijkheidskenmerken blijken gecorreleerd te zijn aan fysieke kwetsbaarheid.

Fysieke kwetsbaarheid hangt samen met psychische kwetsbaarheid en met sociale kwetsbaarheid, waarbij het verband met psychische kwetsbaarheid het sterkste is.

Fysiek kwetsbaar worden blijkt vaak samen te gaan met een toename van zowel sociale als (en vooral) psychische kwetsbaarheid. Dat de verschillende vormen van kwetsbaarheid onderling samenhangen, blijkt ook uit de bevinding dat het verband tussen fysieke kwetsbaarheid en overlijden afneemt na controle voor sociale en psychische kwetsbaarheid. Niettemin blijkt fysieke kwetsbaarheid een krachtige voorspeller te zijn van opname in een verzorgings- of verpleeghuis en van overlijden, ook onafhankelijk van de aanwezigheid van psychische of sociale kwetsbaarheid. Vooral mensen die fysiek kwetsbaar zijn geworden en degenen die kwetsbaar blijven, hebben een relatief grote kans om te worden opgenomen in een zorginstelling of te overlijden.

Noten

- 1 Deze onderzoeksvragen, met uitzondering van onderzoeksvraag 4, vormen parallellen met de onderzoeksvragen die zijn beantwoord in hoofdstuk 6 over totale kwetsbaarheid. Deze onderzoeksvragen komen ook aan bod in de hoofdstukken 8 en 9 over psychische en sociale kwetsbaarheid.
- 2 Iemand die vier of meer van de acht fysieke kwetsbaarheidskenmerken bezat, werd aangemerkt als 'fysiek kwetsbaar'. Met dit afkappunt wijken we af van het door Gobbens (2010) voorgestelde afkappunt van drie of meer kenmerken. Toepassing van dit laatste afkappunt leverde prevalenties op die gelijk waren aan die van totale kwetsbaarheid, terwijl het bij fysieke kwetsbaarheid toch om één van de drie domeinen van kwetsbaarheid gaat. De prevalenties die werden verkregen bij een afkappunt van vier of meer kenmerken komen beter overeen met de prevalenties van fysieke kwetsbaarheid in de internationale literatuur (Fried 2001; Santos-Eggiman et al. 2009).

- 3 De steekproef wordt tijdens de studie uitgedund door uitval als gevolg van onder andere het overlijden van deelnemers. Om deze reden zijn de percentages weergegeven voor zowel de volledige steekproef (tabel B7.1 in bijlage), waarvan gegevens beschikbaar zijn over kwetsbaarheid op de afzonderlijke meetmomenten, als het deel van de deelnemers waarvan we gegevens hebben op alle drie de meetmomenten (de longitudinale groep; tabel 1). Voor deze laatste groep kunnen de percentages op de opeenvolgende meetmomenten met elkaar worden vergeleken en kunnen verschillen worden geïnterpreteerd in termen van toe- of afname. Dit is wel een relatief sterke groep ouderen, vergeleken met ouderen die eerder uit de studie zijn uitgevallen (bijvoorbeeld doordat zij zijn overleden) en van wie er geen gegevens over kwetsbaarheid op alle meetmomenten beschikbaar zijn. Percentages zijn berekend voor de groep deelnemers van wie gegevens beschikbaar waren over minstens zes van de acht fysieke kwetsbaarheidskenmerken. Afkappunten om te bepalen wie wel en wie niet-kwetsbaar was, zijn voor deelnemers van wie we gegevens hadden over zes of zeven kenmerken proportioneel aangepast.
- 4 De analyses bevatten gegevens van alle deelnemers die in 2005/2006 nog in leven waren en die ofwel zelfstandig, ofwel in een verzorgings- of verpleeghuis woonden. Binnen deze groep deelnemers werden vier beloopgroepen onderscheiden:
 - niet-kwetsbaar in 1998/1999 en niet in 2001/2002 = blijvend niet-kwetsbaar;
 - kwetsbaar in 1998/1999, maar niet meer in 2001/2002 = tijdelijk kwetsbaar;
 - niet-kwetsbaar in 1998/1999, maar wel in 2001/2002 = kwetsbaar geworden; en
 - kwetsbaar in zowel 1998/1999 als 2001/2002 = blijvend kwetsbaar.

Omdat de voorspellende waarde van fysieke kwetsbaarheid voor tehuisopname alleen kan worden bepaald bij overlevenden, zijn deze analyses uitgevoerd op alle personen die in 2005/2006 nog in leven waren.
- 5 Het voorspellen van de kans op overlijden vereist een andere analyse dan het voorspellen van de kans op tehuisopname, omdat in het LASA-bestand gevalideerde gegevens over sterfte voorhanden zijn tot 1 september 2007. Dat is te kort na de waarneming in 2005/2006 om de ontwikkeling gedurende de onderzoeksperiode in samenhang met overlijden te bezien, en zou vereisen dat respondenten tot 2005 in leven zouden blijven. Om deze reden is ervoor gekozen om het beloop van fysieke kwetsbaarheid tussen 1998 en 2001 te bezien op de kans om binnen drie jaar na de 2001-waarneming te overlijden. Er is gekozen voor een termijn van maximaal drie jaar na de 2001-waarneming om voldoende overleden respondenten te hebben voor een multivariate analyse. In de analyse worden slechts vier beloopgroepen onderscheiden: niet-kwetsbaar, tijdelijk kwetsbaar (wel in 1998, niet in 2001), kwetsbaar geworden (niet in 1998, wel in 2001), en blijvend kwetsbaar.

Johanna Vis - den Dulk

(80 jaar)



‘Ik voelde me kwetsbaar toen mijn man overleed. Een nichtje zei me toen: ‘Als je man een jaar onder de aarde ligt, is hij vergaan en dan vergaat ook je verdriet’. Het ging inderdaad langzaam beter. Nu voel ik me lekker. Het gaat wel wat stuntelig allemaal, maar ik kan alles nog zelf doen.’

8 Psychische kwetsbaarheid

Hannie Comijs (GGZinGeest / VUmc-LASA)

8.1 Wat is psychische kwetsbaarheid?

De laatste jaren is er steeds meer aandacht voor psychische kwetsbaarheid. Divers onderzoek heeft laten zien dat veroudering vaak gepaard gaat met een toename van psychische klachten en cognitieve beperkingen. Veel ouderen hebben depressieve en angstsymptomen die hen ernstig belemmeren in hun dagelijks functioneren (Beekman et al. 1997, 1998). Daarnaast zijn veel ouderen eenzaam (Van Tilburg et al. 2004) of hebben het gevoel de regie over hun leven te verliezen (Jonker et al. 2009). Ook krijgt vrijwel iedere oudere te maken met achteruitgang van het cognitieve vermogen. Het geheugen wordt minder, de snelheid van denken neemt af en het vermogen om meerdere dingen tegelijk te doen gaat achteruit. De snelheid van cognitieve achteruitgang verschilt enorm tussen mensen, en hangt sterk samen met de psychische en lichamelijke gezondheid. Depressieve ouderen hebben bijvoorbeeld ook vaak problemen met hun geheugen en concentratievermogen, evenals mensen met veel pijn of ernstige vermoeidheid. Dergelijke cognitieve beperkingen kunnen erg belemmerend zijn voor het dagelijks functioneren en zijn lang niet altijd het gevolg van dementie (Comijs et al. 2004, 2005). Onderzoeken naar kwetsbaarheid waarin ook naar dergelijke psychologische factoren is gekeken, wijzen er allemaal op dat het psychologische domein een belangrijke rol speelt in het concept van kwetsbaarheid (Puts et al. 2005; Levers et al. 2006; Gobbens et al. 2010).

Naarmate mensen ouder worden, neemt de kans op chronische ziekten en functionele beperkingen toe. Daarnaast wordt het sociale netwerk vaak kleiner en valt de partner weg. Om een goede kwaliteit van leven en psychisch welzijn te behouden bij het ouder worden, moet iemand in staat zijn te compenseren voor capaciteiten die verloren gaan (Baltes et al. 1999). Sommige mensen zijn daar goed toe in staat, maar mensen met een slecht aanpassingsvermogen kunnen dat niet, waardoor ze niet in staat zijn hun psychisch welzijn te behouden als de lichamelijke gezondheid afneemt, de functionele beperkingen toenemen en het sociale netwerk kleiner wordt. Dit aanpassingsvermogen is sterk afhankelijk van psychologische factoren, vooral persoonlijkheidskenmerken, zoals de mate van zelfstandigheid en extraversie. Mensen die altijd in hun leven weinig controle over de dingen die gebeuren hebben gehad, of zich erg afhankelijk van anderen opstelden, zullen later slechter in staat zijn zich aan te passen aan veranderende omstandigheden. Daardoor lopen deze ouderen een groot risico om psychische klachten te ontwikkelen. Omgekeerd hebben mensen met veel psychische klachten, zoals depressieve gevoelens, een grotere kans op lichamelijke ziekten, onder meer door slechte zelfzorg, ondervoeding, verminderde mobiliteit en sociale isolatie. Met andere woorden er lijkt dus een sterke wisselwerking te bestaan tussen psychische, lichamelijke en sociale kwetsbaarheid.

Om de kwaliteit van leven van kwetsbare ouderen te verbeteren en negatieve gezondheidsuitkomsten zoals ernstige beperkingen, opname in een verzorgings- of verpleeghuis en overlijden te voorkomen of uit te stellen, is het van belang om te weten welke psychologische factoren kwetsbaarheid beïnvloeden. Immers, sommige aandoeningen zijn misschien niet te voorkomen of te genezen, maar juist een aantal psychologische kenmerken, zoals depressieve of angstklachten of eenzaamheid zijn wel beïnvloedbaar. Behandeling van dergelijke klachten met beproefde methoden kan de kwaliteit van leven van kwetsbare ouderen aanzienlijk verbeteren.

In dit hoofdstuk worden de kenmerken, het beloop en de gevolgen van psychische kwetsbaarheid bij ouderen van 65 jaar en ouder onderzocht. Hiertoe wordt gebruikgemaakt van gegevens uit de Longitudinal Aging Study Amsterdam (LASA), een langlopende studie naar het fysiek, cognitief, sociaal en emotioneel functioneren van ouderen in Nederland (zie bijlagen B6.1 en B6.2, te vinden via www.scp.nl bij het desbetreffende rapport). Dit hoofdstuk vertoont een grote samenhang met de hoofdstukken 7 en 9, waarin verslag wordt gedaan van fysieke en sociale kwetsbaarheid bij ouderen uit het LASA-cohort. De onderzoeksvragen die in dit hoofdstuk zullen worden beantwoord, luiden:

- Hoe vaak komt psychische kwetsbaarheid voor?
- Wat is het beloop van psychische kwetsbaarheid?
- Wat zijn de belangrijkste kenmerken van mensen die psychisch kwetsbaar zijn?
- Wat is de samenhang tussen psychische kwetsbaarheid en de twee andere vormen van kwetsbaarheid: fysieke en sociale kwetsbaarheid?
- Hoe hangt het beloop van psychische kwetsbaarheid samen met opname in een verzorgings- of verpleeghuis en met overlijden?

8.2 Beloop van psychische kwetsbaarheid

Bij het vaststellen van psychische kwetsbaarheid hebben we gebruikgemaakt van de Tilburg Frailty Indicator (zie hoofdstuk 3 en 6). Hierin zijn vier items over psychische kwetsbaarheid opgenomen:

- geheugenklachten;
- sombere gevoelens;
- angstige gevoelens of nervositeit;
- gevoelens van hulpeloosheid.

Hulpeloosheid wil zeggen: slecht in staat zijn om met problemen om te gaan. Geheugenklachten worden het meest frequent gerapporteerd. Het percentage mensen met geheugenklachten neemt bovendien in de loop van de tijd toe van 26% in 1998 tot ruim 34% in 2005 (tabel 8.1). In 1998 was deze populatie 65 jaar en ouder en in 2005 72 jaar en ouder. Ook rapporteren veel mensen een sombere stemming (ongeveer 22%) en gevoelens van hulpeloosheid (ongeveer 17%). Beide percentages zijn vrij stabiel door de tijd heen. Nervositeit en angst worden het minst gerapporteerd, maar toch nog altijd

door 14% tot 17% van de mensen. Als mensen twee of meer van de hiervoor genoemde kenmerken hebben, spreken we van psychische kwetsbaarheid. Zoals in tabel 8.1 te zien is, neemt het percentage mensen met psychische kwetsbaarheid naarmate men ouder wordt toe van 22% in 1998 tot 26,6% in 2005. Bij een selecte groep respondenten die op alle drie de waarnemingsmomenten aan de studie deelnamen (dus zonder de personen die overleden of uitvielen), nam de psychische kwetsbaarheid in deze periode sterker toe, namelijk van 16,2% tot 26,2% (tabel B8.1 in de bijlage).¹

Tabel 8.1

Beloop van psychische kwetsbaarheid bij ouderen (in procenten en leeftijden)

| | 1998/1999 | 2001/2002 | 2005/2006 |
|---------------------------------------|-------------|-------------|-------------|
| geheugenklachten | 26,0 | 29,8 | 34,3 |
| sombere stemming | 21,2 | 22,3 | 22,0 |
| nerveus of angstig | 13,6 | 17,0 | 16,8 |
| hulpeloos gevoel | 16,8 | 17,1 | 17,4 |
| aantal kenmerken | | | |
| nul | 53,4 | 46,7 | 47,5 |
| een | 25,8 | 32,4 | 29,5 |
| twee | 13,0 | 12,0 | 13,7 |
| drie | 6,1 | 6,1 | 6,8 |
| vier | 1,7 | 2,8 | 2,6 |
| % psychisch kwetsbaar ^a | 22,0 | 22,6 | 26,6 |
| gemiddelde leeftijd (sd) ^b | 73,9 (6,2) | 76,1 (5,8) | 79,0 (5,1) |
| minimale/maximale leeftijd | 65,0 / 91,6 | 67,7 / 94,3 | 72,0 / 98,6 |
| (n) | 1267 | 1098 | 672 |

a Mensen met twee of meer kenmerken van psychische kwetsbaarheid.

b sd = standaarddeviatie.

Bron: VU (LASA '98-'06)

8.3 Zes belooptypen van psychische kwetsbaarheid

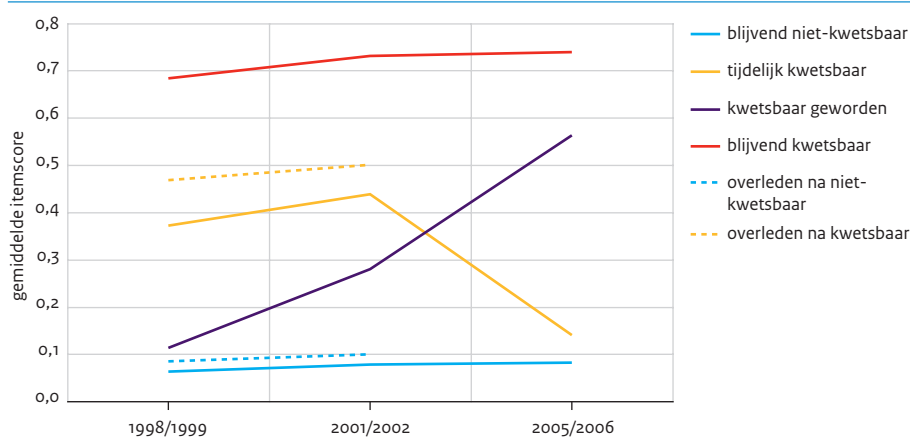
Om het beloop van psychische kwetsbaarheid gedurende de drie waarnemingen in een periode van zeven jaar weer te geven, zijn zes verschillende groepen gevormd, elk met hun specifieke beloop (zie hoofdstuk 6).²

Vrouwen zitten vaker dan mannen in de psychisch kwetsbare groepen (tijdelijk kwetsbaar, kwetsbaar geworden en blijvend kwetsbaar), en mannen sterven vaker zonder dat ze psychisch kwetsbaar zijn geweest. De groep mensen die gedurende zes jaar niet-kwetsbaar is, is het jongst, en zoals verwacht zijn de mensen die sterven relatief het oudst. Mensen tussen de 65 en 85 jaar worden het vaakst psychisch kwetsbaar, en van de mensen van 85 jaar en ouder sterft bijna 50% zonder dat ze psychisch kwetsbaar zijn

geweest, en 33% sterft nadat ze psychisch kwetsbaar waren. Weduwen en weduwnaars zijn het minst vaak psychisch stabiel en ze sterven relatief vaker vroegtijdig, al dan niet na psychische kwetsbaarheid. Er zijn geen duidelijke verschillen in opleidingsniveau en geloofsovertuiging tussen de verschillende belooptypen van psychische kwetsbaarheid (zie tabel B8.2 in de bijlage).

Figuur 8.1

Zes belooptypen van psychische kwetsbaarheid op drie meetmomenten (gemiddelde itemscore)^a



a De gemiddelde itemscore ligt tussen 0 en 1; 0 geeft aan dat men op 0% van alle afzonderlijke kenmerken 'kwetsbaar' is, en 1 dat men op alle afzonderlijke kenmerken 'kwetsbaar' is.

Bron: VU (LASA'98-'06)

Mensen met twee of meer chronische ziekten of functionele beperkingen zijn het minst vaak psychisch stabiel en sterven het vaakst nadat ze psychisch kwetsbaar zijn geweest. Onder de mensen die geen chronische ziekten of niet meer dan één functionele beperking hebben, bevinden zich relatief de meeste mensen die tijdelijk psychisch kwetsbaar zijn (tabel B8.2 in de bijlage).³

Ouderen met een lage score op de dementietest MMSE (Mini-Mental State Examination), die duidt op de aanwezigheid van cognitieve stoornissen, stierven het vaakst in de onderzoeksperiode, al dan niet na psychische kwetsbaarheid. Zoals verwacht verschillen de belooptypen qua psychische klachten. Mensen met veel depressieve of angstsymptomen zijn relatief vaak tijdelijk of blijvend kwetsbaar en sterven vaker nadat ze psychisch kwetsbaar waren. Inspectie van de gemiddelde depressie- en angstscores wijst erop dat een aanzienlijk deel van de groep die blijvend kwetsbaar is waarschijnlijk een angststoornis of depressieve stoornis heeft. Bepaalde persoonlijkheidskenmerken verschillen ook tussen de belooptypen. Mensen met weinig competentieverwachtingen en weinig gevoel van regie over hun leven zijn relatief vaak tijdelijk of blijvend kwetsbaar en overlijden vaker nadat ze psychisch kwetsbaar zijn geweest. Mensen die hoog scoren

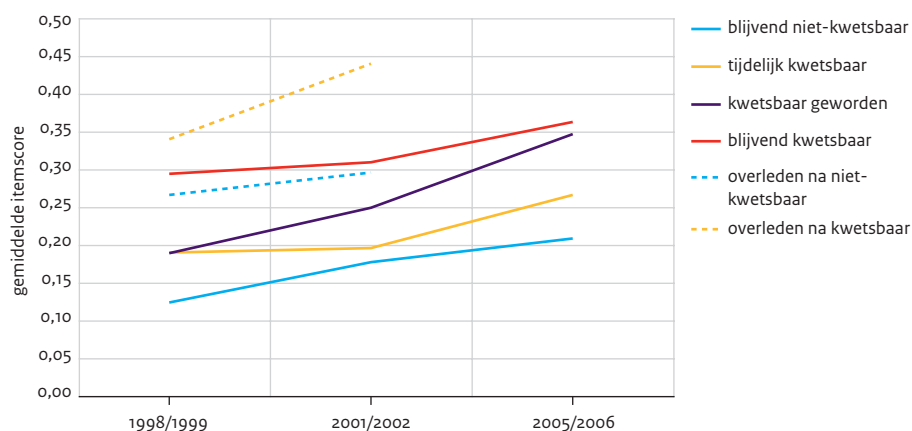
op een neuroticismeschaal zitten vaak in de psychisch kwetsbare groepen en overlijden het vaakst nadat ze psychisch kwetsbaar zijn geweest. Tot slot blijken er ook verschillen tussen de belooptypen van psychisch kwetsbaarheid te zijn qua gevoelens van eenzaamheid. Van de meest eenzame mensen is slechts 28% psychisch niet-kwetsbaar; ze zijn vaak tijdelijk of blijvend psychisch kwetsbaar en ze sterven vaker nadat ze psychisch kwetsbaar zijn geweest (tabel B8.2 in de bijlage).

8.4 Samenhang tussen het beloop van psychische kwetsbaarheid en fysieke en sociale kwetsbaarheid op de langere termijn

Er lijkt een samenhang te bestaan tussen psychische kwetsbaarheid en leeftijd en sekse: naarmate mensen ouder worden en als ze vrouw zijn, is de kans op psychische kwetsbaarheid groter. Deze verbanden verdwijnen echter zodra fysieke en sociale kwetsbaarheid in het regressiemodel worden opgenomen (tabel B8.3 in de bijlage). Blijkbaar zijn dit sterkere voorspellers dan leeftijd en sekse. Uit de analyses blijkt dus dat naarmate mensen psychisch kwetsbaarder zijn, ze ook in fysiek en sociaal opzicht kwetsbaarder zijn. Om de samenhang tussen psychische kwetsbaarheid en het beloop van fysieke en sociale kwetsbaarheid te illustreren, is in figuur 8.2 en 8.3 het beloop van fysieke en sociale kwetsbaarheid weergegeven voor de verschillende belooptypen van psychische kwetsbaarheid.

Figuur 8.2

Beloop van fysieke kwetsbaarheid naar zes belooptypen van psychische kwetsbaarheid (gemiddelde itemscore)^a



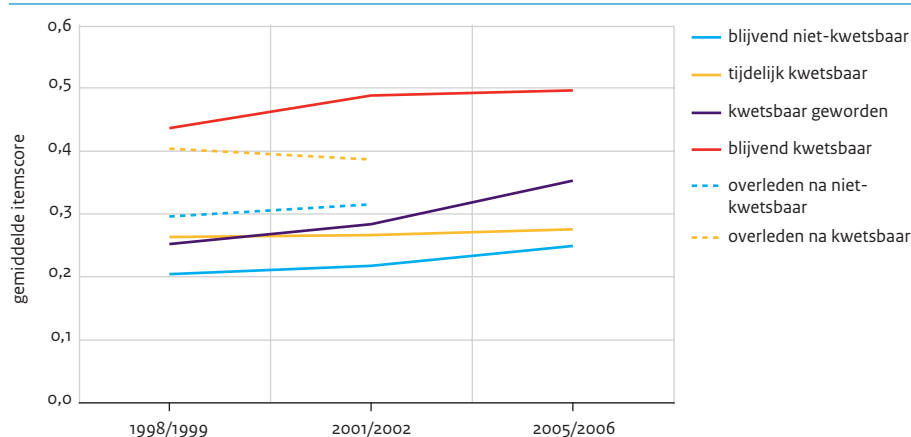
a De gemiddelde itemscore ligt tussen 0 en 1; 0 geeft aan dat men op 0% van alle afzonderlijke kenmerken 'kwetsbaar' is, en 1 dat men op alle afzonderlijke kenmerken 'kwetsbaar' is.

Bron: VU (LASA'98-'06)

Er is duidelijk een samenhang tussen psychische kwetsbaarheid en fysieke kwetsbaarheid (figuur 8.2). Zo blijkt dat de mensen die overlijden nadat ze psychisch kwetsbaar waren ook het hoogste scores op fysieke kwetsbaarheid bij de eerste waarneming en bovendien een sterke toename laten zien in fysieke kwetsbaarheid in de daaropvolgende drie jaar. Mensen die psychisch kwetsbaar geworden zijn, hebben bij aanvang van de studie ook een vrij lage score op fysieke kwetsbaarheid, maar maken in de zes jaar daarna een vrij sterke toename in fysieke kwetsbaarheid mee. De belooptypen ‘blijvend psychisch kwetsbaar’ en ‘overleden na niet-kwetsbaarheid’ hebben bij aanvang ook vrij hoge scores op fysieke kwetsbaarheid. Mensen die psychisch niet-kwetsbaar zijn, zijn gedurende zes jaar ook het minst fysiek kwetsbaar.

Figuur 8.3

Beloop van sociale kwetsbaarheid naar zes belooptypen van psychische kwetsbaarheid (gemiddelde itemscore)^a



a De gemiddelde itemscore ligt tussen 0 en 1; 0 geeft aan dat men op 0% van alle afzonderlijke kenmerken ‘kwetsbaar’ is, en 1 dat men op alle afzonderlijke kenmerken ‘kwetsbaar’ is.

Bron: VU (LASA’98-’06)

De samenhang tussen psychische kwetsbaarheid en sociale kwetsbaarheid is iets minder overtuigend dan die tussen psychische en fysieke kwetsbaarheid – maar is toch ook goed zichtbaar in figuur 8.3. De psychisch kwetsbare mensen zijn ook het meest kwetsbaar in sociaal opzicht. Sociale kwetsbaarheid neemt toe naarmate mensen langer psychisch kwetsbaar zijn, maar neemt af bij de groep mensen die overlijden nadat ze psychisch kwetsbaar waren. Tijdelijke psychische kwetsbaarheid lijkt geen invloed te hebben op sociale kwetsbaarheid. Mensen die gedurende zes jaar psychisch niet-kwetsbaar zijn, zijn ook in sociaal opzicht het minst kwetsbaar.

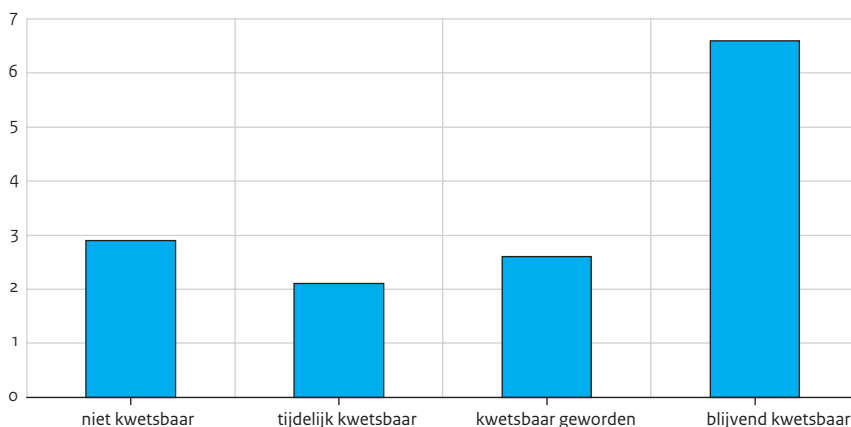
8.5 Voorspelt het beloop van psychische kwetsbaarheid opname in een verzorgings- of verpleeghuis en het overlijden?

Opname in een verzorgings- of verpleeghuis hangt sterk samen met fysieke achteruitgang (zie hoofdstuk 7) maar ook met cognitieve achteruitgang, al dan niet veroorzaakt door dementie (Comijs et al. 2005). De mate waarin mensen in staat zijn zelfstandig te functioneren hangt sterk af van het cognitieve functioneren, zoals het geheugen en planning en organisatie. Depressie en angst zijn veel minder een reden tot opname in een verzorgings- of verpleeghuis. Deze klachten worden in eerste instantie in de eerstelijns of in een GGZ-instelling behandeld, waarbij gestreefd wordt naar behoud van of terugkeer naar een zelfstandige woonsituatie. Depressie gaat echter ook vaak samen met een beginnende dementie, en in dat geval zal opname in een verzorgings- of verpleeghuis op termijn veelal onvermijdelijk zijn.

Zoals uit figuur 8.4 blijkt, is bijna 7% van de mensen die gedurende drie jaar psychisch kwetsbaar waren in de periode van vier jaar daarna opgenomen in een verzorgings- of verpleeghuis. Van de mensen die niet of tijdelijk psychisch kwetsbaar waren of kwetsbaar zijn geworden, is dat 2-3%.⁴

Figuur 8.4

Aandeel opnames in een verzorgings- of verpleeghuis bij vier belooptypen^a van psychische kwetsbaarheid 2005/2006 (in procenten)



a Het beloop van kwetsbaarheid is vastgesteld tussen twee meetmomenten: 1998/1999 en 2001/2002.

Bron: VU (LASA'98-'06)

Het lijkt erop dat mensen die blijvend psychisch kwetsbaar waren een driemaal grotere kans hadden op opname in een verzorgings- of verpleeghuis dan de mensen die helemaal niet-kwetsbaar zijn. Als we deze analyses corrigeren voor leeftijd, sekse en

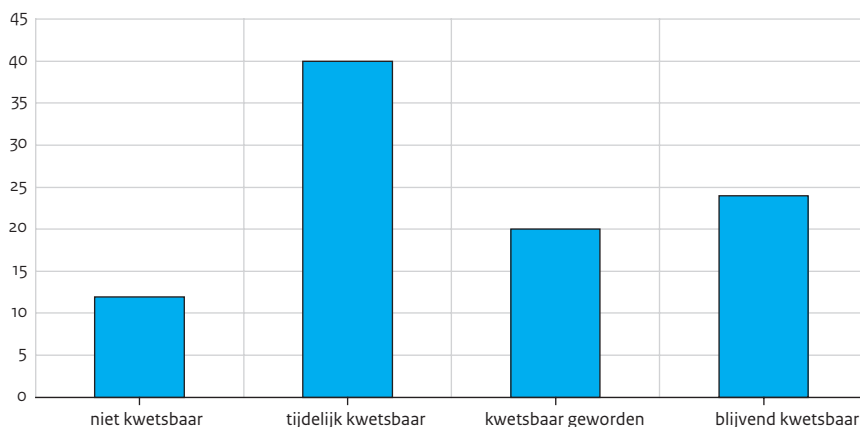
opleiding, en voor fysieke- en sociale kwetsbaarheid dan blijken deze verbanden echter niet significant (tabel B8.4 in de bijlage).⁵ Mensen die tijdelijk psychisch kwetsbaar waren, hebben een grote kans op opname. Die kans neemt toe tot ongeveer 2,5 na correctie voor de andere factoren. Mensen die kwetsbaar zijn geworden, hebben geen duidelijk grotere kans op opname in een verzorgings- of verpleeghuis. Psychische kwetsbaarheid kan dus leiden tot een grotere kans op opname in een verzorgings- of verpleeghuis.

Depressieve ouderen lopen, met name als ze daarnaast ook eenzaam zijn, een groter risico op overlijden. Mensen met cognitieve problemen lopen eveneens een groter risico op overlijden (Smits et al. 1999). Ook lijkt er sprake van cognitieve achteruitgang in de periode voorafgaand aan het overlijden (Wilson et al. 2003). We zouden dus kunnen verwachten dat er een relatie is tussen psychische kwetsbaarheid en sterfte.

In figuur 8.5 staat het percentage mensen dat overleden is in de periode tussen 2002 en 2005 weergegeven per belooptype van psychische kwetsbaarheid in de periode tussen 1998 en 2001. Van de mensen die tijdelijk psychisch kwetsbaar waren (wel in 1998 maar niet in 2001) overlijdt 40% in de drie jaar daarna.⁶ Van de mensen die kwetsbaar worden of blijvend kwetsbaar zijn overlijdt een veel lager percentage, namelijk 20% tot 24%. Van de mensen die bij beide waarnemingen niet psychisch kwetsbaar waren, overlijdt slechts 12%.

Figuur 8.5

Aandeel sterfgevallen bij vier belooptypen^a van psychische kwetsbaarheid, binnen drie jaar na het meetmoment 2001/2002 (in procenten)



^a Het beloop van kwetsbaarheid is vastgesteld tussen twee meetmomenten: 1998/1999 en 2001/2002.

Bron: VU (LASA'98-'06)

Ouderen die tijdelijk psychisch kwetsbaar zijn, hebben de grootste kans om te overlijden. In vergelijking met mensen die niet psychisch kwetsbaar waren, hebben zij een ruim vijfmaal grotere kans om te overlijden (tabel B8.5 in de bijlage). Na correctie voor leeftijd, sekse en opleiding en voor fysieke en sociale kwetsbaarheid wordt het zelfs een ruim

zesmaal grotere kans. Dit is een opmerkelijke bevinding. Bij inspectie van de gegevens blijkt dat de mensen die tijdelijk psychisch kwetsbaar waren en daarna overlijden, mensen zijn die erg hoog scoren op fysieke kwetsbaarheid. Blijkbaar is er een groep die in staat is het psychisch welzijn terug te winnen, ondanks dat de fysieke gezondheid verder achteruitgaat en ze uiteindelijk overlijden. Mensen die blijvend psychisch kwetsbaar zijn of kwetsbaar worden hebben een ongeveer tweemaal zo grote kans op overlijden als tijdelijk kwetsbare mensen, maar na correctie voor leeftijd, sekse en opleiding, en voor fysieke en sociale kwetsbaarheid is dit verschil niet langer significant.

8.6 Aanbevelingen voor onderzoek en beleid

Uit ons onderzoek blijkt dat een kwart van de ouderen van 65 jaar en ouder psychisch kwetsbaar is. Een groot deel van deze groep rapporteert depressieve of angstklachten. Uit onderzoek en in de klinische praktijk is gebleken dat ouderen meestal geen hulp voor psychische klachten zoeken. Extra aandacht van hulpverleners voor de psychische gezondheid van toch al kwetsbare ouderen is dan ook noodzakelijk. Een bijkomend probleem is dat ouderen hun psychische klachten niet altijd duidelijk rapporteren. Vaak noemen ze de lichamelijke verschijnselen die met depressie of angst gepaard kunnen gaan, zoals pijn en vermoeidheid, of ze zeggen dat ze nergens meer zin in hebben. Dit wordt door artsen vaak geduid als een somatische klacht, waardoor een depressie of angst niet wordt herkend. Door herkenning en behandeling van depressie- en angstsymptomen bij kwetsbare ouderen kan hun kwaliteit van leven aanzienlijk worden verbeterd. Daarnaast worden depressie- en angstsymptomen nog te vaak beschouwd als passend bij de leeftijd. Ook bestaat de indruk dat ouderen niet goed te behandelen zijn, terwijl er meerdere beproefde behandelingen voor ouderen zijn, zoals op oplossing gerichte therapie en de life-reviewmethode. Dit zijn vaak kortdurende behandelingen die goed in de eerstelijns, en dus dicht bij de ouderen kunnen plaatsvinden.

Eenzaamheid bij ouderen is een groot probleem en komt relatief vaak voor bij psychisch kwetsbare ouderen. Bij het voorkomen van sociaal isolement en eenzaamheid is een belangrijke rol weggelegd voor lokaal sociaal beleid en de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) (zie hoofdstuk 12). Vanwege de comorbiditeit met andere psychische klachten zoals depressie, ligt er echter ook een taak voor professionele hulpverleners uit de eerste- en tweedelijns gezondheidszorg. De behandeling van depressie en maatregelen om mensen uit hun sociale isolement te halen en gevoelens van eenzaamheid weg te nemen zouden hand in hand moeten gaan.

Rond 30% van de kwetsbare ouderen rapporteert geheugenklachten. Deze klachten kunnen samenhangen met de leeftijd of met een slechte lichamelijke en psychische gezondheid. Soms verdwijnen de geheugenklachten als de psychische klachten verdwijnen. Maar als er geen duidelijke samenhang met depressie is, kan het zinvol zijn mensen te stimuleren hun hersenen goed in conditie te houden door ze goed en veelvuldig te gebruiken, en door voldoende te bewegen en gezond te eten. De gedachte *use it or lose it* lijkt ook op de hersenen van toepassing, alhoewel niet alle studies daar eenduidig over zijn.

Geheugenklachten kunnen ook een eerste teken van dementie zijn. Dementie is nog altijd niet goed behandelbaar, maar de bijkomende gedrags- en psychische problemen zijn dat wel. Tijdige onderkenning van een beginnende dementie biedt de mogelijkheid om vroeg een psychosociale interventie te beginnen, wat een gunstig effect kan hebben op het beloop van de ziekte (Gauthier et al. 2006). Daarnaast kan het voor de patiënt en zijn omgeving van belang zijn om in een vroeg stadium een diagnose te stellen, zodat men kan anticiperen op het beloop van de ziekte en er een verklaring is voor de cognitieve en gedragsproblemen die in de loop van de tijd zullen ontstaan. Veel ouderen verliezen de regie over hun leven naarmate hun gezondheid achteruitgaat. Dit heeft gevolgen voor hun psychisch welzijn en kwaliteit van leven. Minder grip versterkt gevoelens van hulpeloosheid en maakt mensen nog meer afhankelijk van anderen. Er zijn psychosociale interventies beschikbaar die ouderen helpen de regie over hun leven te behouden, ondanks het feit dat ze steeds meer afhankelijk worden van de hulp van anderen. Een van deze interventies is Grip op lijf en leven, een methode die speciaal ontwikkeld is om kwetsbare oudere mensen te leren regie over hun eigen leven te behouden ondanks een achteruitgaande gezondheid (Steверink et al. 2005). Recent onderzoek naar de effectiviteit van dit programma toonde aan dat de regievoering op de korte termijn verbeterde, en dat het effect met name voor lageropgeleiden ten minste zes maanden aanhield. Ook had de interventie een gunstig effect op de levenswaardering op zowel korte als lange termijn (Jonker et al. 2009).

8.7 Samenvatting

Ongeveer een kwart van de ouderen van 65 jaar en ouder is psychisch kwetsbaar. Meestal hebben zij geheugenklachten, maar ook een sombere stemming (ongeveer 22%) of gevoelens van hulpeloosheid (ongeveer 17%) komen vrij veel voor.

Vrouwen zijn vaker psychisch kwetsbaar dan mannen, en de meeste mensen lijken psychisch kwetsbaar te worden tussen de 65 en 85 jaar. Mensen die weduwe of weduwnaar zijn, en mensen die twee of meer chronische ziekten of functionele beperkingen hebben, zijn het vaakst psychisch kwetsbaar. Een aanzienlijk deel van de groep die blijvend psychisch kwetsbaar is, heeft dusdanig veel depressie- en angstsymptomen dat er waarschijnlijk sprake is van een angst- en/of depressieve stoornis. Psychische kwetsbaarheid gaat ook vaak samen met eenzaamheid.

Er is een sterke samenhang tussen psychische en fysieke kwetsbaarheid en een iets minder sterke samenhang tussen psychische en sociale kwetsbaarheid.

Mensen die psychisch kwetsbaar zijn hebben een grotere kans op opname in een verzorgings- of verpleeghuis en op overlijden. Met name de mensen die tijdelijk psychisch kwetsbaar zijn, hebben een zeer grote kans om te overlijden.

Noten

- 1 In tabel B8.1 in de bijlage staan gegevens weergegeven voor mensen van wie we op alle drie waarnemingen gegevens hebben verzameld. Dit is een selecte groep van mensen die zes jaar lang in staat is geweest mee te doen aan LASA. Het percentage mensen met psychische klachten is in deze groep wat lager, omdat juist de kwetsbare mensen vaak niet meer mee willen of kunnen doen aan het onderzoek.
- 2 De grootste groep bestaat uit mensen die gedurende zes jaar niet psychisch kwetsbaar waren (blijvend niet-kwetsbaar). Deze groep bestaat uit 458 mensen (41,6%). De tweede groep zijn mensen die in 1998 of 2001 kwetsbaar zijn geweest, maar in de waarneming(en) daarna niet meer (tijdelijk kwetsbaar). Dit zijn 90 mensen (8,2%). De derde groep bestaat uit 123 mensen (11,2%) die aanvankelijk niet psychisch kwetsbaar waren, maar in de loop van de tijd kwetsbaar zijn geworden. Een kleine vierde groep, bestaande uit 42 mensen (3,8%), was bij alle drie de waarnemingen psychisch kwetsbaar (blijvend kwetsbaar). De vijfde groep bestaat uit mensen die tussen 1998 en 2001 niet psychisch kwetsbaar waren en zijn overleden tussen 2001 en 2005 (overlijden na niet-kwetsbaarheid). Deze groep telt 239 mensen (21,7%). De zesde groep tot slot bestaat uit mensen die zijn overleden tussen 2001 en 2005 nadat ze psychisch kwetsbaar waren geworden (overlijden na kwetsbaarheid).
- 3 Deze conclusie is gebaseerd op gegevens van de eerste waarneming in 1998/1999.
- 4 In deze paragraaf is eerst nagegaan hoeveel mensen met of zonder psychische kwetsbaarheid zijn opgenomen in een verzorgings- of verpleeghuis. Bij het vaststellen van psychische kwetsbaarheid is uitgegaan van de periode tussen 1998 en 2001; bij het vaststellen van opname is gekeken naar de vier jaar daarna.
- 5 Het kleine aantal mensen dat is opgenomen tussen 2001/2002 en 2005/2006 ($n = 29$) speelt een rol bij de significantie van de verbanden.
- 6 Het voorspellen van de kans op overlijden vereist een andere analyse dan het voorspellen van de kans op tehuisopname, omdat in het LASA-bestand gevalideerde gegevens over sterfte voorhanden zijn tot 1 september 2007. Dat is te kort na de waarneming in 2005/2006 om de ontwikkeling gedurende de onderzoeksperiode in samenhang met overlijden te bezien, en zou vereisen dat respondenten tot 2005 in leven zouden blijven. Daarom is ervoor gekozen om het beloop van psychische kwetsbaarheid tussen 1998 en 2001 te bezien op de kans om binnen drie jaar na de 2001-waarneming te overlijden. Er is gekozen voor een termijn van maximaal drie jaar na de 2001-waarneming om voldoende overleden respondenten te hebben voor een multivariate analyse. In de analyse worden slechts vier beloopgroepen onderscheiden: niet-kwetsbaar, tijdelijk kwetsbaar (wel in 1998, niet in 2001), kwetsbaar geworden (niet in 1998, wel in 2001), en blijvend kwetsbaar.

Willem Swart

(94 jaar)



‘Ik voel me pas kwetsbaar als de dood nadert. Wel is het soms naar dat je minder contacten hebt dan vroeger. Ik had vroeger veel vrienden en zat overal bij. Veel mensen zijn dood, die heb ik allemaal overleefd. Weinig contacten maakt je misschien ook wel wat kwetsbaarder.’

9 Sociale kwetsbaarheid

Marjolein Broese van Groenou (VU-LASA)

9.1 Wat is sociale kwetsbaarheid?

Sociale kwetsbaarheid lijkt van een andere orde dan fysieke en psychische kwetsbaarheid. Het betreft immers niet de capaciteiten van het individu zelf, maar de relatie tussen het individu en zijn of haar sociale omgeving. Bij sociale kwetsbaarheid moeten we denken aan tekorten in de sociale relaties: het ontbreken van een partner of een vertrouwenspersoon, het ontberen van steun, het weinig participeren in sociale verbanden zoals de familie, de buurt en organisaties, met als mogelijk gevolg een bepaalde mate van ervaren eenzaamheid. Met andere woorden, men is sociaal kwetsbaar als men onvoldoende mensen heeft om op terug te vallen in moeilijke tijden of onvoldoende steun ondervindt van mensen uit de omgeving. De partner is vooral van belang bij sociale kwetsbaarheid van een persoon. Het ontbreken van een partner is de sterkste voorspeller van eenzaamheid: alleenstaanden hebben kleinere sociale netwerken en participeren minder in sociale verbanden; ook krijgen zij minder steun van hun netwerkleden dan mensen met een partner (Van Tilburg en De Jong Gierveld 2007). Degenen die alleen staan, weinig contacten hebben en/of steun ontberen, hebben meer moeite om met ingrijpende levensgebeurtenissen om te gaan. Als een ingrijpende gebeurtenis de sociale kring direct raakt, bijvoorbeeld als mensen hun partner verliezen door scheiding of overlijden, dan zal dit sociale kwetsbaarheid kunnen veroorzaken dan wel vergroten.

Sociale kwetsbaarheid is het niet of onvoldoende meedoen in sociale verbanden en het ervaren van een tekort aan contacten en steun. Deze sociale kwetsbaarheid speelt op verschillende manieren een rol in overheidsbeleid. Ten eerste vormt, binnen de AWBZ, het ontberen van mantelzorg door ouderen met een grote zorgbehoefte een reden voor professionele hulp aan huis en (tijdelijke) opname in een verzorgings- of verpleeghuis. Ten tweede is maatschappelijke participatie (ofwel 'meedoen') een doel van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) in 2007 (in te zien via www.rijks-overheid.nl/onderwerpen). Eenieder moet kunnen deelnemen aan de samenleving, ook als er sprake is van fysieke of mentale beperkingen. Met de invoering van de Wmo in 2007 zijn gemeenten verantwoordelijk voor het bevorderen van de zelfredzaamheid en participatie van mensen met een beperking. Recent onderzoek wijst uit dat individuele ondersteuning via de Wmo de zelfredzaamheid van kwetsbare ouderen aanzienlijk bevordert (zie de bevindingen van Anna Maria Marangos en Mirjam de Klerk in hoofdstuk 12 van dit rapport), wat ten goede komt aan het onderhoud van hun sociale contacten. Daarnaast geeft de Wmo gemeenten ook de taak om de sociale samenhang en leefbaarheid te bevorderen en kwetsbare ouderen te ondersteunen. Enkele jaren geleden heeft het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) in samenwerking met Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieubeheer (VROM) het actieplan Beter (t

huis in de buurt opgezet, waarin participatie in de eigen woonomgeving voor mensen met een beperking een belangrijk doel is (VROM/VWS 2007). Ten derde is, naast het deelnemen aan sociale verbanden, ook preventie van eenzaamheid een belangrijk doel van de overheid (RMO 1997) (eenzaamheid wordt gedefinieerd als een ervaren tekort aan contacten en steun, zie Van Tilburg en De Jong Gierveld 2007). Op lokaal niveau zijn er ontelbare projecten opgezet om sociale participatie van ouderen te bevorderen en eenzaamheid te voorkomen (Fokkema en Stevens 2007). Die projecten zijn vooral bedoeld voor de oudste ouderen, de alleenstaanden en degenen die door fysieke of cognitieve beperkingen aan huis zijn gebonden. Beleidsmakers spreken eerder over participatie van kwetsbare ouderen dan over sociale kwetsbaarheid, maar dat lijkt deels een semantische kwestie: het voorkomen van sociale isolatie en eenzaamheid bij ouderen is een belangrijk doel van de nationale en lokale overheid.

Uit de literatuur weten we dat er een samenhang bestaat tussen sociale factoren en gezondheid (George 1995). Deze samenhang kenmerkt zich op twee manieren. Ten eerste bevordert sociale integratie (de inbedding in het huwelijk, familierelaties, vriendschappen, kerk- en buurtgemeenschappen, en vrijwilligersorganisaties) de gezondheid van het individu (Berkman et al. 2000). Dankzij deze sociale relaties voelt men zich geborgen, vertrouwd en verzekerd van steun in tijden van nood. Sociale integratie voorkomt gezondheidsproblemen, leidt tot een sneller herstel in het geval van gezondheidsproblemen, verlengt de levensduur (George 1995) en voorkomt depressie en eenzaamheid (George 1995; Penninx et al. 1999; Berkman et al. 2000). Hoe meer sociale relaties, hoe minder gezondheidsproblemen. Dit suggereert dat het ontstaan van sociale kwetsbaarheid kan leiden tot het ontstaan of verergeren van gezondheidsproblemen. Dus juist degenen die hun partner verliezen of om een bepaalde reden minder steun ontvangen van anderen, dan wel minder frequent contact hebben met mensen uit hun netwerk, zouden fysieke of psychische kwetsbaarheid kunnen ontwikkelen. Men kan letterlijk ziek worden van eenzaamheid, al zal die ziekte vaker een depressie zijn dan een hartaanval.

Anderzijds vormt een goede gezondheid een voorwaarde voor het onderhouden van contacten. Gezondheidsproblemen leiden aantoonbaar tot een verminderd contact met vrienden, kennissen en bekenden binnen organisaties, wat resulteert in kleinere sociale netwerken (Van Tilburg en Broese van Groenou 2002; Aartsen et al. 2004). Fysieke beperkingen bemoeilijken de mobiliteit en daarmee het onderhoud van contacten die vervoer of nabijheid vereisen. Cognitieve beperkingen leiden tot een vermindering van alle soorten contacten, ook van contact met nabije familieleden, burens en kinderen. Psychische stoornissen hebben eveneens een beperkende invloed op sociale participatie en sociale contacten: mensen met een depressieve stoornis hebben kleinere netwerken en ontvangen minder steun van anderen (Kwekkeboom en Van Weert 2008). Deze bevindingen wijzen uit dat het ontwikkelen van een fysieke, cognitieve of psychische stoornis kan leiden tot tekorten in sociale relaties, en daarmee tot sociale kwetsbaarheid.

De causaliteit in deze samenhang is dus niet geheel duidelijk. Gedurende de levensloop zal er bij een individu een voortdurende wisselwerking plaatsvinden tussen sociale, fysieke en psychische kenmerken (Cornwell 2009; Ertel et al. 2009). Het sociale

netwerk dat men gedurende het leven heeft opgebouwd, kan in meer of mindere mate de kwetsbare fase in de ouderdom opvangen. Zo beschikken degenen met een groot en divers netwerk (vooral te vinden onder gehuwden, mensen met kinderen en gelovigen) over meer potentiële steungevers dan degenen met een klein netwerk (Broese van Groenou en Van Tilburg 2007). Echter, als de gezondheidsproblemen ertoe leiden dat men minder mobiel is of minder goed communiceert met de netwerkleden, dan zal het netwerk inkrimpen en zullen vooral relaties met niet-verwanten verdwijnen. Zo kan ook iemand die op de leeftijd van 65 jaar een groot netwerk heeft door het ontstaan van gezondheidsproblemen toch een risico lopen op sociale isolatie op 80-jarige leeftijd. Het kan echter ook voorkomen dat het beschikken over een klein sociaal netwerk de ontwikkeling van fysieke of psychische kwetsbaarheid versnelt; zieke mensen met een klein netwerk overlijden eerder, mogelijk door het ontberen van steun bij het optreden van deze ingrijpende gebeurtenissen. Kortom, causaliteit is in dit geval lastig aan te tonen en zal ook niet in dit hoofdstuk aan de orde komen. Wel zullen we kijken naar de samenhang tussen de drie domeinen van kwetsbaarheid en onderzoeken in hoeverre verschillende belooptypen van sociale kwetsbaarheid fysieke en psychische kwetsbaarheid vertonen.

In dit hoofdstuk zullen we – het stramien van de hoofdstukken 7 en 8 volgend – de kenmerken, het beloop en twee negatieve gezondheidsuitkomsten van sociale kwetsbaarheid nader onderzoeken aan de hand van gegevens van de Longitudinal Aging Study Amsterdam (LASA) (zie bijlagen B6.1 en B6.2, te vinden via www.scp.nl bij het desbetreffende rapport). De onderzoeksvragen zijn:

- Hoeveel ouderen zijn sociaal kwetsbaar? Hoeveel mensen worden meer of minder kwetsbaar in sociale zin over de jaren heen en welke kenmerken hebben zij?
- Hoe hangt sociale kwetsbaarheid samen met de andere vormen van kwetsbaarheid (fysiek en psychisch)?
- Hoe hangt het beloop van sociale kwetsbaarheid samen met tehuisopname en met overlijden?

9.2 Beloop van sociale kwetsbaarheid

In deze paragraaf gaan we na hoe vaak sociale kwetsbaarheid voorkomt bij ouderen boven de 65 jaar. In de Tilburgse Frailty Indicator (TFI) wordt sociale kwetsbaarheid gemeten aan de hand van drie criteria: alleen wonen, een gemis aan contacten, en een gemis aan steun. Als men aan ten minste twee van de drie kenmerken voldoet, spreken wij van sociale kwetsbaarheid.

Gedurende een onderzoeksperiode van zeven jaar nam het aandeel sociaal kwetsbaren in de populatie van bij aanvang 65 jaar en na afloop 72 jaar en ouder toe van een vijfde tot een bijna een kwart (tabel 9.1). Als we de drie criteria bekijken, valt op dat ‘alleen wonen’ het vaakst voorkomt (40%-45%), gevolgd door het gemis aan mensen (rond de 25%) of een gebrek aan mensen om op te steunen (rond de 15%) (tabel 9.1). Op alle waarnemingsmomenten heeft ongeveer een derde van de onderzochte personen een van de drie

kenmerken van sociale kwetsbaarheid, 17%-19% heeft twee kenmerken, en slechts 3%-4% heeft alle drie de kenmerken van sociale kwetsbaarheid. Ouderen die sociaal kwetsbaar zijn, zullen dus veelal alleen wonen en een gemis aan contacten en/of een gemis aan sociale steun ervaren.

Tabel 9.1

Beloop van sociale kwetsbaarheid bij ouderen (in procenten en leeftijden)^a

| | 1998/1999 | 2001/2002 | 2005/2006 |
|---------------------------------------|-------------|-------------|-------------|
| alleen wonen | 39,8 | 42,2 | 45,2 |
| gemis aan contacten | 25,2 | 24,4 | 25,9 |
| gemis aan steun | 16,7 | 15,2 | 14,8 |
| aantal kenmerken | | | |
| nul | 43,6 | 44,2 | 40,3 |
| een | 35,3 | 33,7 | 37,5 |
| twee | 16,9 | 18,6 | 18,8 |
| drie | 4,2 | 3,6 | 3,4 |
| % sociaal kwetsbaar ^b | 21,1 | 22,1 | 23,3 |
| gemiddelde leeftijd (sd) ^c | 73,8 (6,2) | 76,3 (5,9) | 79,4 (5,4) |
| minimale/maximale leeftijd | 65,0 / 91,6 | 67,7 / 94,3 | 72,0 / 98,6 |
| (n) | 1268 | 1069 | 602 |

a Gewogen naar sekse en leeftijd voor de populatie van 65-plussers in 1998/1999, 68-plussers in 2001/2002 en 72-plussers in 2005/2006.

b Mensen met twee of meer kenmerken van sociale kwetsbaarheid.

c Sd = standaarddeviatie.

Bron: VU (LASA'98-'06)

Daarnaast is het beloop van sociale kwetsbaarheid bekeken bij een selecte groep respondenten die op alle drie de meetmomenten aan de studie deelnamen. In deze groep neemt het aandeel sociaal kwetsbaren in zeven jaar toe van 17% tot 23,4% (tabel B9.1 in de bijlage). Het percentage ouderen dat alleen woont, neemt toe van 35% tot 47% en laat daarmee de grootste toename zien. Het gemis aan contacten neemt minder toe: ongeveer 26% mist contacten in 2005/2006 tegen 22% in 1998/1999. Het gemis aan steun is vrij stabiel gedurende deze periode. In 2005/2006 zijn deze ouderen gemiddeld bijna 80 jaar oud en rapporteert 62% ten minste een kenmerk van sociale kwetsbaarheid. Bijna 20% rapporteert twee kenmerken en slechts 3,7% rapporteert alle drie de kenmerken van sociale kwetsbaarheid. We kunnen concluderen dat sociale kwetsbaarheid bij deze ouderen vooral ontstaat door een transitie naar het alleen wonen, zeer waarschijnlijk door het verlies van de partner. De toename in het gemis aan contacten of steun in de tijd is minder groot.

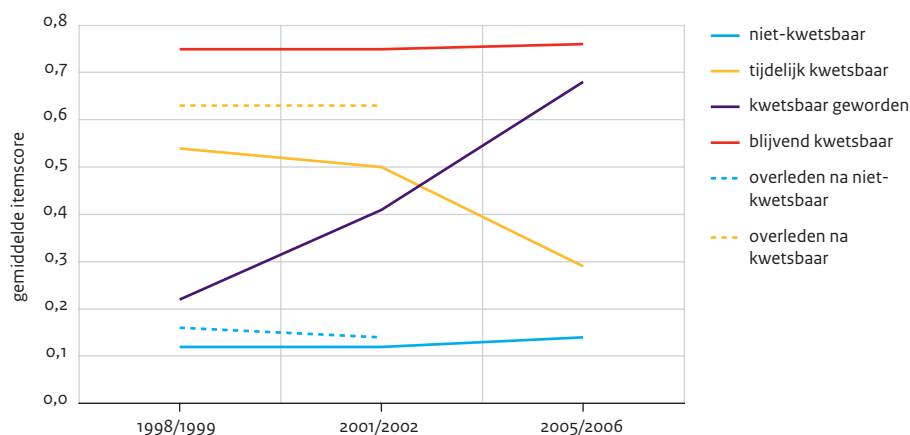
9.3 Zes belooptypen van sociale kwetsbaarheid

Uit tabel 9.1 valt nog niet op te maken bij wie sociale kwetsbaarheid zich ontwikkelt in de observatieperiode en bij wie er blijvend geen sprake is van sociale kwetsbaarheid. Om het beloop van sociale kwetsbaarheid gedurende de waarnemingsperiode weer te geven, zijn zes verschillende groepen geconstrueerd (zie ook hoofdstuk 6 voor een beschrijving van deze groepen).

De grootste groep is in de periode 1998-2005 niet sociaal kwetsbaar (ongeveer 44%) (tabel B9.2 in de bijlage). Slechts 7% is tijdelijk kwetsbaar, wat wil zeggen dat men in 1998 en/of in 2001 sociaal kwetsbaar was, maar dat men in 2005 van die kwetsbaarheid hersteld was. De derde groep bestaat uit mensen die in 1998 nog niet-kwetsbaar waren, maar dat in 2001 en/of in 2005 wel waren. Deze groep vormt 9,2% van de steekproef. Dan is er nog een kleine groep (5,2%) die gedurende de gehele periode sociaal kwetsbaar was. Ongeveer 22% van de steekproef is overleden voordat er sprake was van sociale kwetsbaarheid. Ongeveer 12% is overleden nadat er sprake was van sociale kwetsbaarheid. In figuur 9.1 wordt de gemiddelde sociale kwetsbaarheid van deze zes groepen over de tijd weergegeven met een score tussen 0 en 1.

Figuur 9.1

Zes belooptypen van sociale kwetsbaarheid op drie meetmomenten (gemiddelde itemscore)^a



a De gemiddelde itemscore ligt tussen 0 en 1; 0 geeft aan dat men op 0% van alle afzonderlijke kenmerken 'kwetsbaar' is, en 1 dat men op alle afzonderlijke kenmerken 'kwetsbaar' is.

Bron: VU (LASA '98-'06)

Het blijkt dat vrouwen vaker dan mannen zich in de kwetsbare groepen bevinden (tijdelijk kwetsbaar, kwetsbaar geworden en blijvend kwetsbaar), terwijl mannen vaker dan vrouwen zich bevinden in de categorie die overlijdt voordat er sprake is van sociale kwetsbaarheid (tabel B9.2). Deze sekseverschillen vallen enerzijds te begrijpen vanuit het

gegeven dat vrouwen vaker dan mannen een partner verliezen door overlijden en anderszits uit het feit dat mannen vaker overlijden na een acute aandoening, terwijl vrouwen vaker chronische aandoeningen ontwikkelen en daar niet aan overlijden.

Er is een duidelijk verschil in sociale kwetsbaarheid naar leeftijd. Onder de 75 jaar is er veel minder vaak sprake van het ontstaan of de aanwezigheid van sociale kwetsbaarheid. Het percentage dat overlijdt voordat er sprake is van sociale kwetsbaarheid is relatief groot in deze leeftijdsgroep. Vanaf 75 jaar is er relatief vaak sprake van het ontstaan van sociale kwetsbaarheid, en vanaf 85 jaar is er relatief vaak sprake van een overlijden; de meeste mensen van 85 jaar en ouder overlijden nadat zij sociaal kwetsbaar zijn geweest. Deze gegevens laten duidelijk zien dat sociale kwetsbaarheid sterk toeneemt met de leeftijd. Er bestaat geen verschil in het beloop van sociale kwetsbaarheid naar opleidingsniveau.

Gehuwden, mensen met kinderen, mensen met een groot sociaal netwerk, en katholieken behoren relatief vaak tot de groep die tussen 1998 en 2005 niet sociaal kwetsbaar was (tabel B9.2). Dit geldt ook voor degenen die lid zijn van een vereniging of vrijwilligerswerk doen. Daarentegen behoren verweduwen relatief vaak tot de groep die kwetsbaarheid ontwikkelt of blijvend sociaal kwetsbaar is. Gescheiden ouderen zijn relatief vaak tijdelijk kwetsbaar; mogelijk ervaren zij tijdelijk een gemis aan steun of contacten nadat de partner is weggefallen, maar verdwijnt dit gemis zodra zij weer met iemand gaan samenwonen. Degenen met een klein netwerk overlijden relatief vaak na sociale kwetsbaarheid en hetzelfde geldt voor degenen die niet gebonden zijn aan een kerkgemeenschap en geen vrijwilligerswerk doen.

Het ontbreken van verschillende typen relaties blijkt samen te gaan met sociale kwetsbaarheid (gedefinieerd als alleen wonen en een gebrek aan steun of contacten). Het is begrijpelijk dat mensen die hun partner moeten missen en daarnaast ook weinig andere sociale relaties hebben, een gemis aan contacten en/of steun ervaren. Degenen die opgenomen zijn in een kerkelijke gemeenschap lijken minder vaak blijvend kwetsbaar te zijn. Het ontbreken van een partner lijkt gecompenseerd te worden door contacten en steun binnen de kerk. Het participeren in bredere verbanden (sociaal netwerk, kerk en vrijwilligerswerk) lijkt sociale kwetsbaarheid te kunnen voorkomen.

Ouderen met één chronische aandoening ontwikkelen vaker sociale kwetsbaarheid dan ouderen zonder aandoeningen, terwijl degenen met twee of meer chronische aandoeningen vaker overlijden, na al dan niet sociaal kwetsbaar te zijn geweest. Ook mensen met functionele beperkingen worden relatief vaak sociaal kwetsbaar en overlijden relatief vaak na al dan niet sociaal kwetsbaar te zijn geweest (zie § 9.5).

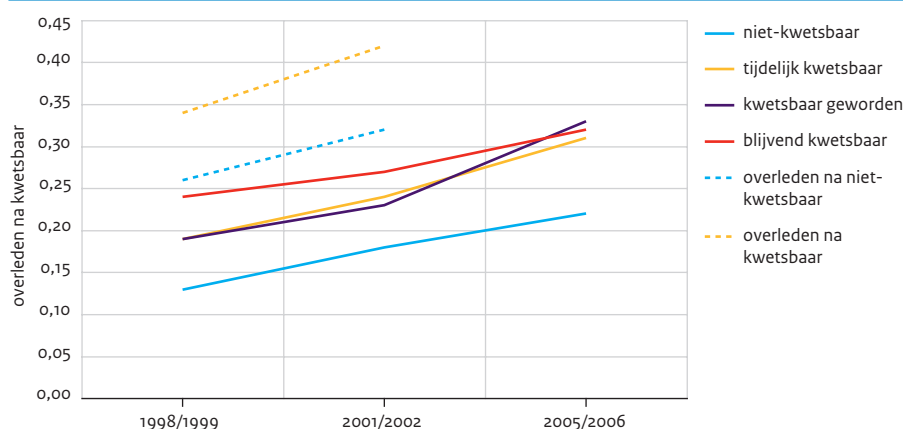
9.4 Samenhang tussen het beloop van sociale kwetsbaarheid en fysieke en psychische kwetsbaarheid op de langere termijn

In de inleiding is gesproken over de tweezijdige samenhang tussen sociale kwetsbaarheid en fysieke en psychische kwetsbaarheid. Uit de literatuur blijkt dat de ontwikkeling van sociale kwetsbaarheid kan leiden tot fysieke en psychische kwetsbaarheid, maar er is meer bewijs voor samenhang in de tegengestelde richting: de ontwikkeling van fysieke en psychische gezondheidsproblemen leidt tot sociale kwetsbaarheid.

Sociale kwetsbaarheid komt minder voor bij mannen dan bij vrouwen, en minder vaak bij ouderen tussen de 65 en 84 jaar dan bij 85-plussers (zo blijkt uit multivariate analyses, zie tabel B9.3 in de bijlage). Opleiding is niet van belang. Kijken we naar de mate van fysieke kwetsbaarheid, dan zien we dat deze positief samenhangt met sociale kwetsbaarheid. Als we ook rekening houden met de mate van psychische kwetsbaarheid van deze personen dan neemt de samenhang met fysieke kwetsbaarheid weer af. Er bestaat een sterke positieve samenhang tussen psychische kwetsbaarheid en sociale kwetsbaarheid. Naarmate de psychische en fysieke kwetsbaarheid groter zijn, is de sociale kwetsbaarheid dus ook groter. Deze samenhang is aanwezig ongeacht sekse en leeftijd van de oudere (zie tabel B9.3 en toelichting in de bijlage). Om de samenhang tussen de verschillende domeinen van kwetsbaarheid te illustreren is in figuur 9.2 en figuur 9.3 de mate van fysieke en psychische kwetsbaarheid weergegeven voor de verschillende belooptypen van sociale kwetsbaarheid.

Figuur 9.2

Fysieke kwetsbaarheid naar zes belooptypen van sociale kwetsbaarheid (gemiddelde itemscore)^a



a De gemiddelde itemscore ligt tussen 0 en 1; 0 geeft aan dat men op 0% van alle afzonderlijke kenmerken 'kwetsbaar' is, en 1 dat men op alle afzonderlijke kenmerken 'kwetsbaar' is.

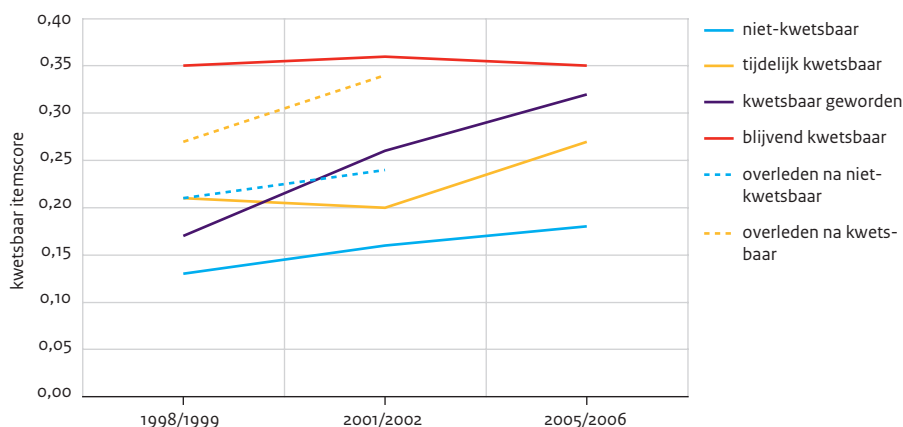
Bron: VU (LASA'98-'06)

In figuur 9.2 is te zien dat de fysieke kwetsbaarheid in elke groep toeneemt met de tijd, en dat dit eigenlijk niet zozeer te maken heeft met de ontwikkeling van sociale kwetsbaarheid. Deze ontwikkeling verklaart de relatief geringe samenhang tussen fysieke en sociale kwetsbaarheid. In hoofdstuk 7 zagen we dat de belooptypen van fysieke kwetsbaarheid nauwelijks van elkaar verschillen in sociale kwetsbaarheid. In figuur 7.2b zagen we dat een toename in de sociale kwetsbaarheid voorkomt bij ouderen die fysieke kwetsbaarheid ontwikkelen, maar ook bij degenen die geen fysieke kwetsbaarheid ontwikkelen.

ontwikkelen. De geringe samenhang wijst uit dat beide ontwikkelingen dus onafhankelijk van elkaar kunnen plaatsvinden.

Figuur 9.3

Psychische kwetsbaarheid naar zes belooptypen van sociale kwetsbaarheid (gemiddelde itemscore)^a



a De gemiddelde itemscore ligt tussen 0 en 1; 0 geeft aan dat men op 0% van alle afzonderlijke kenmerken 'kwetsbaar' is, en 1 dat men op alle afzonderlijke kenmerken 'kwetsbaar' is.

Bron: VU (LASA '98-'06)

In figuur 9.3 is te zien dat bij de groep die sociaal kwetsbaar wordt, bij de groep die tijdelijk sociaal kwetsbaar is, en bij de groepen die zijn overleden de toename in psychische kwetsbaarheid vrij groot is. In de groep die niet sociaal kwetsbaar is en bij degenen die sociaal kwetsbaar blijven, is de ontwikkeling in psychische kwetsbaarheid minder sterk (zie tabel B9.3 in de bijlage). In hoofdstuk 8 is de omgekeerde samenhang onderzocht: de sociale kwetsbaarheid naar het beloop in psychische kwetsbaarheid. In figuur 8.3 zagen we dat vooral bij de groep die psychische kwetsbaarheid ontwikkelt en bij de groep die blijvend psychisch kwetsbaar is, de sociale kwetsbaarheid ook toeneemt. Dit suggereert dat de ontwikkelingen in sociale en psychische kwetsbaarheid samen opgaan. Het is niet duidelijk of er eerst sprake is van sociale kwetsbaarheid of van psychische kwetsbaarheid, waarschijnlijk is er sprake van wederzijdse beïnvloeding.

We kunnen concluderen dat het ontwikkelen van sociale kwetsbaarheid meer gepaard gaat met het ontwikkelen van psychische kwetsbaarheid dan met fysieke kwetsbaarheid. De resultaten van ons onderzoek bevestigen het beeld dat het verlies van de partner en/of het gemis aan contacten of steun vooral leidt tot psychisch onwelbevinden, zoals depressie en gevoelens van eenzaamheid en niet per se tot fysieke klachten.

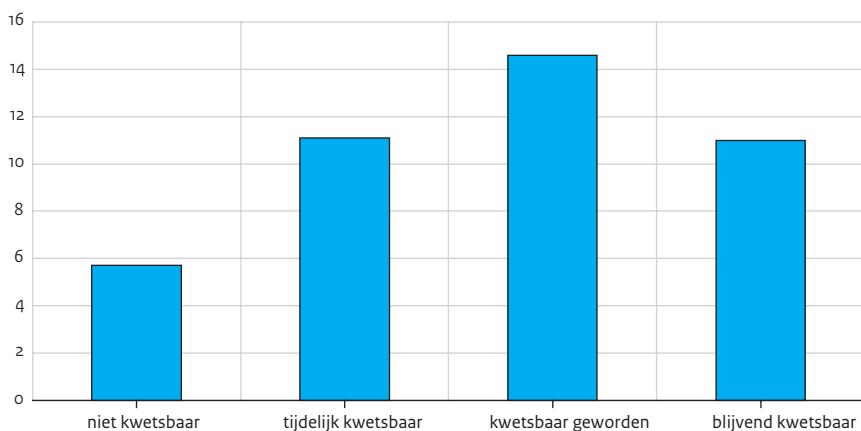
9.5 Voorspelt het beloop van sociale kwetsbaarheid opname in een verzorgings- of verpleeghuis en het overlijden?

Binnen de AWBZ is voor een tehuisopname niet alleen een fysieke of cognitieve indicatie vereist, maar ook een sociale indicatie. Alleenstaanden en personen zonder mantelzorg hebben een relatief grote kans om, als zij gezondheidsproblemen krijgen, opgenomen te worden in een tehuis (Den Draak 2010). In deze paragraaf gaan wij na in hoeverre het ontwikkelen of vóórkomen van sociale kwetsbaarheid bijdraagt tot een tehuisopname. Tehuisopname kan alleen worden voorspeld voor degenen die gedurende de observatieperiode in leven blijven.¹

In figuur 9.4 is het percentage ouderen dat in een tehuis is opgenomen, weergegeven naar het beloop van sociale kwetsbaarheid. Van de ouderen die sociaal kwetsbaar worden, blijkt een relatief percentage in 2005 in een tehuis te zijn opgenomen, namelijk 14,6%. Bij de herstelgroep en de blijvend kwetsbaren is dit ongeveer 11%. Een transitie in sociale determinanten van kwetsbaarheid (alleen komen te staan, contact en steun gaan ontberen) lijkt dus een voorspeller van tehuisopname te kunnen zijn.

Figuur 9.4

Aandeel opnames in een verzorgings- of verpleeghuis bij vier belooptypen^a van sociale kwetsbaarheid, 2005/2006 (in procenten)



a Het beloop van kwetsbaarheid is vastgesteld tussen twee meetmomenten: 1998/1999 en 2001/2002.

Bron: VU (LASA'98-'06)

Om te bezien hoe groot de relatieve kans is op een tehuisopname voor de vier belooptypen, is een logistische regressieanalyse uitgevoerd. In eerste instantie is alleen sociale kwetsbaarheid in de analyse opgenomen, in tweede instantie zijn achtergrondkenmerken (leeftijd, geslacht en opleidingsniveau) en het beloop van psychische en

fysieke kwetsbaarheid toegevoegd. Tabel B9.4 in de bijlage geeft de ongecorrigeerde en de gecorrigeerde odds ratio's voor de vier belooptypen weer.

De resultaten van de ongecorrigeerde analyses geven aan dat de ouderen die kwetsbaar worden ongeveer twee keer zoveel kans hebben op een tehuisopname in 2005 dan ouderen die niet-kwetsbaar zijn (tabel B9.4 in de bijlage). Deze kans wordt echter kleiner na correctie voor achtergrondkenmerken en het is vooral de hoge leeftijd van degenen die kwetsbaar worden die het effect van sociale kwetsbaarheid op tehuisopname doet verminderen. Na toevoeging van de variabelen beloop van fysieke en psychische kwetsbaarheid blijkt het beloop van sociale kwetsbaarheid niet meer van invloed op de tehuisopname. Fysiek en/of psychisch kwetsbaar worden of zijn, vormen belangrijker voorspellers voor tehuisopname (zie hoofdstuk 7 en 8). We kunnen concluderen dat sociaal kwetsbaar worden van invloed is op een tehuisopname, maar dat dit grotendeels bepaald wordt door het feit dat vooral de oudsten opgenomen worden.

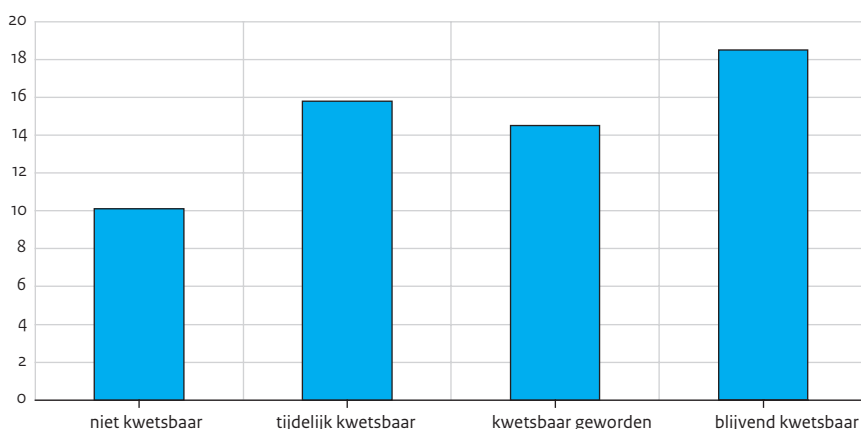
Al vrij lang is bekend dat sociale integratie bijdraagt tot een langere levensduur. In paragraaf 9.3 zagen we echter dat de samenhang tussen fysieke kwetsbaarheid en sociale kwetsbaarheid niet sterk is. Ook ander onderzoek getuigt van een vrij zwakke samenhang tussen sociale relaties en fysieke gezondheid (Aartsen et al. 2004). In deze paragraaf gaan we na in hoeverre het beloop van sociale kwetsbaarheid bijdraagt tot een groter risico op overlijden,² daarbij houden we rekening met het beloop van fysieke en psychische kwetsbaarheid.

Figuur 9.5 wijst uit dat ouderen die overlijden binnen drie jaar na de waarneming in 2001 slechts weinig van elkaar verschillen in beloop van sociale kwetsbaarheid. Van de ouderen die herstellen van sociale kwetsbaarheid overlijdt ongeveer 16% binnen drie jaar, van degenen die sociaal kwetsbaar blijven, is dit ongeveer 18%. Bij degenen die kwetsbaar worden, is het percentage ongeveer 14%. De verschillen zijn dus gering, maar wel significant.³

Daarnaast is een logistische regressieanalyse uitgevoerd om de relatieve kans op overlijden binnen drie jaar na het laatste meetmoment te bezien (tabel B9.5 in de bijlage). De kans om binnen drie jaar te overlijden is ongeveer anderhalf keer zo groot voor degenen die tussen 1998 en 2001 kwetsbaar zijn en blijven, dan voor degenen die gedurende die periode niet sociaal kwetsbaar zijn.⁴ Als we corrigeren voor de achtergrondkenmerken leeftijd, geslacht en opleidingsniveau en voor het beloop van fysieke en psychische kwetsbaarheid, dan is het beloop van sociale kwetsbaarheid niet meer van invloed op de kans op overlijden. Het is vooral een hoge leeftijd en het fysiek kwetsbaar worden of blijven die de kans op het overlijden vergroten (niet in figuur, zie ook hoofdstuk 8). De kans om te overlijden binnen drie jaar is op zich wel iets groter voor degenen die sociaal kwetsbaar zijn, maar dit verschil wordt vooral verklaard doordat dit ook de oudsten en de fysiek meest kwetsbaren zijn.

Figuur 9.5

Aandeel sterfgevallen bij vier belooptypen^a van sociale kwetsbaarheid, binnen drie jaar na het meetmoment 2001/2002 (in procenten)



a Het beloop van kwetsbaarheid is vastgesteld tussen twee meetmomenten: 1998/1999 en 2001/2002.

Bron: VU (LASA'98-'06)

9.6 Aanbevelingen voor onderzoek en beleid

Uit dit hoofdstuk wordt duidelijk dat sociale kwetsbaarheid, gedefinieerd als alleen wonen en het missen van contacten of steun, onvoldoende voorspelt of men fysiek kwetsbaar wordt, een tehuisopname zal meemaken dan wel zal komen te overlijden. Wellicht is het criterium van alleen wonen te weinig specifiek. Het aantal alleen wonenden boven de 65 jaar neemt toe, het alleen wonen is daarmee steeds minder bijzonder. Veel ouderen die alleen wonen, kunnen nog een sociaal netwerk onderhouden of een beroep doen op burens en nabij wonende familieleden. Mogelijk is het aantal contacten dat men wekelijks onderhoudt met anderen een betere indicator voor de mate van objectieve sociale isolatie dan het alleen wonen. De samenhang tussen sociale en fysieke kwetsbaarheid zou ook kunnen toenemen als er andere indicatoren van sociale kwetsbaarheid gebruikt worden. Uit onderzoek blijkt dat gezondheidsproblemen kunnen leiden tot een inkrimping van het persoonlijke netwerk en het zich terugtrekken uit diverse sociale verbanden (Ertel et al. 2009). Ook uit interviews blijkt dat ouderen met gezondheidsproblemen vooral sociale kwetsbaarheid noemen als mogelijk belangrijk gevolg van fysieke beperkingen (zie hoofdstuk 2 van dit rapport). De relatie tussen fysieke en sociale kwetsbaarheid is dus mogelijk toch sterker dan in dit hoofdstuk werd aangetoond. Verder onderzoek naar de verschillende indicatoren van objectieve en subjectieve sociale kwetsbaarheid zou hier meer uitsluitsel over kunnen bieden.

We kunnen concluderen dat sociale kwetsbaarheid de kans op tehuisopname of overlijden minder lijkt te beïnvloeden dan fysieke en psychische kwetsbaarheid. Voor de meting van kwetsbaarheid betekent dit dat deze wel items over sociale kwetsbaarheid zou moeten bevatten, maar dat deze items niet het grootste gewicht in de bepaling van kwetsbaarheid zouden mogen vormen. Men zou zelfs kunnen overwegen uit te gaan van minimum criterium voor fysieke en psychische kwetsbaarheid bij het bepalen van de kwetsbaarheid van een persoon. Sociale kwetsbaarheid zou dan altijd een aanvulling moeten zijn op fysieke en psychische kwetsbaarheid. Aan de andere kant kan men met behulp van de TFI sociaal kwetsbare ouderen wel op het spoor komen. De gegevens uit tabel B9.2 laten zien dat vooral mensen met weinig diverse sociale verbanden tot de sociaal kwetsbaren behoren. Sociale kwetsbaarheid is wel van belang voor het welzijn van de oudere mens. Beleidsmakers streven ernaar dat mensen zo lang mogelijk participeren in de samenleving en dat eenzaamheid onder kwetsbare ouderen voorkomen wordt. Gezien de positieve samenhang tussen sociale en psychische kwetsbaarheid lijkt dit een terecht streven. Het zou goed zijn om de sociale contacten van ouderen in kaart te brengen om een goed beeld te krijgen van hun sociale kwetsbaarheid. De burgerlijke staat, de omvang van het netwerk, de verbondenheid aan de kerk, en de inzet als vrijwilliger moeten in ogenschouw genomen worden. Het zijn vooral degenen die niet in deze verbanden participeren die overlijden na sociaal kwetsbaar te zijn geworden, of die blijvend sociaal kwetsbaar zijn (en niet overlijden). Bij de uitvoering van de Wmo zou meer aandacht besteed kunnen worden aan ondersteuning in de sociale sfeer. Nu worden ouderen vooral ondersteund met huishoudelijke hulp en vervoermiddelen, wat hun zelfredzaamheid vergroot (zie hoofdstuk 12), maar het aantal sociale contacten slechts indirect doet toenemen. De oudsten zonder partner en met weinig opleiding (en mogelijk ook een laag inkomen) zijn degenen die relatief vaak sociaal kwetsbaar zijn en vormen daarmee de belangrijkste doelgroep voor de gemeenten bij de uitvoering van de Wmo.

De resultaten impliceren dat bij de uitvoering van de AWBZ sociale kwetsbaarheid als aanvullend criterium kan worden gebruikt, naast de criteria van fysieke en/of psychische kwetsbaarheid. Ouderen met een grote zorgbehoefte ontvangen vaak langdurig hulp aan huis van zowel informele als formele hulpverleners (De Klerk 2004). De stap naar een tehuis wordt veelal pas genomen als de beschikbare mantelzorgers niet meer in de benodigde zorg kunnen voorzien of als er geen mantelzorgers beschikbaar zijn (Den Draak 2010).

De TFI en de bepaling van sociale kwetsbaarheid lijken meer van toepassing op de uitvoering van de Wmo dan op die van de AWBZ. Met behulp van de TFI kunnen gemeenten namelijk tijdig bepalen of iemand sociaal kwetsbaar is. Ondersteuning vanuit de Wmo, vooral met het doel eenzaamheid tegen te gaan, kan sociale en psychische kwetsbaarheid voorkomen, zelfs als er sprake is van chronische aandoeningen en fysieke kwetsbaarheid.

9.7 Samenvatting

In dit hoofdstuk zijn vier onderzoeksvragen beantwoord. Ten eerste is in kaart gebracht hoeveel ouderen sociaal kwetsbaar zijn. Ongeveer een kwart van de ouderen blijkt sociaal

kwetsbaar te zijn, in de zin dat zij alleen wonen en een tekort ervaren aan contacten en steun. Het gemis aan steun komt onder sociaal kwetsbare ouderen het minst voor. De tweede vraag betrof het beloop van sociale kwetsbaarheid. Gedurende een onderzoeksperiode van zeven jaar tijd rapporteerde 43% van de ouderen geen sociale kwetsbaarheid en was ongeveer 22% overleden zonder sociaal kwetsbaar te zijn geweest. Slechts een minderheid van de ouderen is dus sociaal kwetsbaar, hetzij tijdelijk, hetzij in wordende of in blijvende vorm, hetzij voorafgaand aan het overlijden. Mensen die sociaal kwetsbaar worden, komen in eerste instantie alleen te staan en gaan daarna een gemis aan contacten ervaren. Degenen die weinig in sociale verbanden participeren, worden of zijn relatief vaak sociaal kwetsbaar, al dan niet gecombineerd met overlijden. Vooral verweduwd en/of gescheidenen, degenen met een klein netwerk, de niet-gelovigen en degenen die geen vrijwilligerswerk doen, zijn of worden relatief vaak sociaal kwetsbaar. Dit suggereert dat ouderen die weliswaar alleen wonen, maar wel in allerlei sociale verbanden participeren (netwerk, kerk, vrijwilligerswerk) minder risico lopen om sociaal kwetsbaar te worden. Aannemelijk is dat het hebben van veel diverse sociale contacten ook een (ervaren) gemis aan contacten en steun voorkomt.

De derde onderzoeksvraag betrof de samenhang met fysieke en psychische kwetsbaarheid. Het blijkt dat sociale kwetsbaarheid slechts in geringe mate samenhangt met fysieke kwetsbaarheid. Dit impliceert dat men niet zo gauw fysieke problemen zal ontwikkelen in een sociaal kwetsbare situatie, al suggereren de resultaten in hoofdstuk 7 dat de ontwikkeling van fysieke problemen wel de sociale kwetsbaarheid kan vergroten. Sociale kwetsbaarheid hangt sterker samen met psychische kwetsbaarheid. Dit kan verklaard worden uit het feit dat sociale kwetsbaarheid in dit onderzoek vooral bepaald wordt door alleen wonen en door subjectieve indicatoren van sociale isolatie. Van alleen wonen (zeer vaak vanwege het overlijden van de partner) wordt je niet zo gauw fysiek ziek, maar je voelt je wel eerder somber en eenzaam, en je hebt minder mensen in de nabije omgeving die je helpen omgaan met moeilijke omstandigheden.

Ten slotte gingen we in dit hoofdstuk na in hoeverre het beloop van sociale kwetsbaarheid verband houdt met de opname in een tehuis en met overlijden. De conclusie is dat sociale kwetsbaarheid niet direct leidt tot een grotere kans op een tehuisopname; vooral de hoge leeftijd van degenen die sociaal kwetsbaar zijn en het voorkomen van psychische of fysieke kwetsbaarheid verklaren een tehuisopname. Dit suggereert dat bij de indicatiestelling voor een tehuisopname de sociale kwetsbaarheid een minder zwaarwegend argument is. Met andere woorden, er moet altijd sprake zijn van een grote zorgbehoefte door fysieke en/of psychische aandoeningen wil een tehuisopname nodig worden geacht. Het ontbreken van een sociaal vangnet zal die tehuisopname dan kunnen bevorderen. In onderzoek onder tehuisbewoners meldt slechts 7% dat het wegvallen van de partner of het sociale netwerk de directe aanleiding vormde tot de tehuisopname (Den Draak 2010). Het is mogelijk dat er bij deze groep al sprake was van een grote behoefte aan zorg. Een tehuisopname louter op grond van sociale kwetsbaarheid is in de huidige samenleving niet voorstelbaar. Sociale kwetsbaarheid draagt evenmin bij tot een vergrootte kans op overlijden. Het effect van sociale kwetsbaarheid op sterfte lijkt vooral indirect te zijn en te verlopen via een hoge leeftijd en een groter risico op psychische kwetsbaarheid.

Noten

- 1 Van de mensen die bij de derde waarneming (2005/2006) in een tehuis waren opgenomen, is bekeken hoe hun kwetsbaarheid zich in de periode 1998-2001 heeft ontwikkeld. Er konden vier verschillende groepen worden onderscheiden: niet-kwetsbaar, tijdelijk kwetsbaar (wel in 1998, niet in 2001), kwetsbaar geworden (niet in 1998, wel in 2001), en blijvend kwetsbaar.
- 2 Het voorspellen van de kans op overlijden vereist een andere analyse dan het voorspellen van de kans op tehuisopname, omdat in het LASA-bestand gevalideerde gegevens over sterfte voorhanden zijn tot 1 september 2007. Dat is te kort na de waarneming in 2005/2006 om de ontwikkeling gedurende de onderzoeksperiode in samenhang met overlijden te bezien, en zou vereisen dat respondenten tot 2005 in leven zouden blijven. Daarom is ervoor gekozen om het beloop van sociale kwetsbaarheid tussen 1998 en 2001 te bezien op de kans om binnen drie jaar na de 2001-waarneming te overlijden. Er is gekozen voor een termijn van maximaal drie jaar na de 2001-waarneming om voldoende overleden respondenten te hebben voor een multivariate analyse. In de analyse worden slechts vier beloopgroepen onderscheiden: niet-kwetsbaar, tijdelijk kwetsbaar (wel in 1998, niet in 2001), kwetsbaar geworden (niet in 1998, wel in 2001), en blijvend kwetsbaar.
- 3 De verschillen zijn statistisch significant: Chi-kwadraat = 9,6, $p = 0,02$.
- 4 Deze relatieve kans is net niet statistisch significant op 5%-niveau ($OR = 1,76$, $p = 0,05$).

DEEL IV

Bescherming tegen kwetsbaarheid

Jacob Mooiman

(100 jaar)



‘Ik voel mij helemaal niet kwetsbaar, ik voel mij in optima forma. Ik kan alles nog en doe alles nog zelf: lopen, wassen, mijn bed opmaken. De zusters zeggen wel eens: ‘We doen zo weinig voor je!’. Ik sta elke dag om half zes op, drink twee borreltjes per dag en op zondag drink ik er drie. Ik kan zo wel 1000 worden.’

10 Sociaaleconomische status

Martijn Huisman (VU/VUMC-LASA)

10.1 Sociaaleconomische status en gezondheid van ouderen

Mensen met een lagere sociaaleconomische status zijn meestal ongezonder dan mensen met een hogere sociaaleconomische status. Er zijn aanwijzingen dat sociaaleconomische verschillen in 'gezonde levensverwachting' in Nederland niet veel kleiner, en in enkele gevallen zelfs groter zijn dan in andere Europese landen (Kunst en Droomers 2009). Dat Nederlanders met een lage sociaaleconomische status ongezonder zijn, geldt niet alleen voor jongere volwassenen, en volwassenen van middelbare leeftijd, maar ook bij ouderen (Broese van Groenou et al. 2003; Huisman et al. 2003). Ouderen met een laag opleidingsniveau of met een laag inkomen blijken een grotere kans te hebben om te overlijden, om opgenomen te worden in een instelling, en om functionele beperkingen te krijgen. Deze verschillen in gezondheid bij ouderen duiden op een systematisch, chronisch probleem voor de maatschappelijke gezondheid. Ze geven aan dat het grootste gedeelte van alle gezondheidsproblemen in Nederland voorkomt bij groepen die in sociaal en economisch opzicht onbevoorrecht zijn.

In 2008 stelde het kabinet het beleidsplan SEGV (Sociaaleconomische Gezondheidsverschillen) op. De aanpak van sociaaleconomische gezondheidsverschillen zou volgens dit plan een belangrijke plaats moeten krijgen in het – toenmalige – coalitieakkoord. Uit de SEGV-initiatieven van verschillende ministeries blijkt echter dat 'ouderen' nog zeer zelden een specifieke doelgroep vormen van deze initiatieven. Als blijkt dat er aanzienlijke sociaaleconomische verschillen in kwetsbaarheid bij ouderen zijn, zou de overheid zich meer moeten inspannen om deze gezondheidsverschillen te voorkomen en te verkleinen.

Sociaaleconomische status is de positie die iemand inneemt in een sociale hiërarchie. Hoe hoger iemands sociaaleconomische status, hoe meer invloed iemand kan uitoefenen op zijn of haar eigen leven en op dat van anderen. Deze invloed kan op verschillende manieren worden verkregen, zoals door een goede opleiding (waarmee schaarse, hooggewaardeerde banen met veel verantwoordelijkheid binnen handbereik komen) of door een hoog inkomen (dat toegang verschaft tot materiële goederen). Sociaaleconomische status kan dus het beste worden gemeten met meerdere indicatoren, om een zo volledig mogelijk beeld te krijgen van iemands status. In dit onderzoek zullen we dan ook uitgaan van verschillende indicatoren van sociaaleconomische status. We zullen onderzoeken hoe kwetsbaarheid samenhangt met opleiding, dat een indicatie geeft van de cognitieve en culturele ontwikkeling, met inkomen, dat een indicatie geeft van de materiële situatie, en met de sociaaleconomische status van de buurt, die een indicatie geeft van iemands leefomgeving.

Er is bewijs dat sociaaleconomische status gedurende het hele leven invloed heeft op de gezondheid, en dat een lage sociaaleconomische status vroeg in de levensloop deels de gezondheid op latere leeftijd kan bepalen. Omdat er indicaties zijn dat de sociaaleconomische status van iemands ouders extra voorspellende waarde heeft voor gezondheid op oudere leeftijd, naast de eigen sociaaleconomische status (Broese van Groenou et al. 2003), zullen we in dit hoofdstuk ook mogelijke verbanden onderzoeken tussen het opleidingsniveau van de vader en de moeder en de kwetsbaarheid bij ouderen.

In dit hoofdstuk onderzoeken we of er een relatie is tussen sociaaleconomische status en kwetsbaarheid bij Nederlandse oudere mannen en vrouwen. Hier is eerder onderzoek naar gedaan, waarover in de wetenschappelijke literatuur ruimschoots is gepubliceerd. Deze studies laten zonder uitzondering zien dat een hoge sociaaleconomische status beschermt tegen kwetsbaar worden en kwetsbaar blijven (Strawbridge 1998; Fried et al. 2001; Leigh en Fries 2002; Lang et al. 2009; Syddall et al. 2010; Szanton et al. 2010; Woo et al. 2010).

Het bewijs voor een relatie tussen sociaaleconomische status en kwetsbaarheid lijkt robuust, omdat de studies zijn uitgevoerd in verschillende landen en omdat verschillende sociaaleconomische indicatoren zijn onderzocht. Onder de indicatoren die tot nu toe zijn onderzocht, bevinden zich individuele kenmerken zoals inkomen, opleiding, beschikking hebben over een auto, totale waarde van materieel bezit (*wealth*) en huizenbezit (Strawbridge 1998; Fried et al. 2001; Leigh en Fries 2002; Syddall et al. 2010; Szanton et al. 2010; Woo et al. 2010;). Onderzoek naar de relatie tussen de sociaaleconomische status van de buurt en kwetsbaarheid van de inwoners is schaars. Niettemin is er ook voor buurtdeprivatie een verband aangetoond (Lang et al. 2009). Wat tot nu toe nog niet is onderzocht, is of er een relatie bestaat tussen indicatoren van sociaaleconomische status en het beloop van kwetsbaarheid. Aan deze vraag zal in paragraaf 10.2 enige aandacht worden besteed.

Er is nog geen grondig onderzoek verricht naar het verband tussen sociaaleconomische status (*ses*) en kwetsbaarheid. Niettemin bestaan hier enkele ideeën over. Welke verklaringen men aandraagt, hangt sterk af van het type onderzochte kwetsbaarheid: fysieke, psychische, of sociale kwetsbaarheid. In dit rapport wordt sociale kwetsbaarheid vooral afgemeten aan de aanwezigheid van sociale steun en de aanwezigheid van een partner. Het zou kunnen dat lagere sociaaleconomische groepen meer sociale kwetsbaarheid ervaren omdat hun netwerk sneller kleiner wordt naarmate zij ouder worden. De oorzaken van zowel fysieke als psychische kwetsbaarheid moeten worden gezocht in lichamelijke verouderingsprocessen: bij deze processen treedt moleculaire schade op. Deze schade leidt tot gezondheidsproblemen en andere verouderingskenmerken zoals fysieke en psychische kwetsbaarheid. Om te begrijpen waarom oudere mensen met een nadelig sociaaleconomisch profiel kwetsbaarder kunnen zijn, is het dus van belang om te bezien hoe kwetsbaarheid zich gedurende het leven ontwikkelt en om een zo volledig mogelijk beeld te krijgen van blootstelling aan factoren die de fysiologie (nadelig) beïnvloeden. Dit zullen in ieder geval voor een belangrijk deel leefstijlfactoren zijn, en blootstelling aan acute en chronische stress gedurende de levensloop. Van deze factoren is bekend

dat ze samenhangen met sociaaleconomische status en dat ze de fysiologie sterk beïnvloeden. Ook blootstelling aan risicofactoren die op latere leeftijd spelen, is van invloed gebleken op ses-verschillen in gezondheid bij ouderen (Koster et al. 2006).

De gegevens van de Longitudinal Aging Study Amsterdam (LASA) (zie bijlage B6.1, te vinden via www.scp.nl bij het desbetreffende rapport)¹ zijn gebruikt om de volgende onderzoeksvragen te beantwoorden:

- Hoe vaak komt kwetsbaarheid voor bij Nederlandse ouderen met een verschillende sociaaleconomische status?
- Zijn er sociaaleconomische verschillen in het beloop van kwetsbaarheid bij Nederlandse ouderen?
- Zijn er sociaaleconomische verschillen in opname in een verzorgings- of verpleeghuis en in overlijden?

10.2 Sociaaleconomische verschillen in kwetsbaarheid

Voornamelijk de eigen ses van ouderen (en niet die van hun ouders) is gerelateerd aan het voorkomen van kwetsbaarheid (tabel 10.1). Kwetsbaarheid vertoont een verband met de eigen ses, waarbij het percentage kwetsbaren toeneemt naarmate de sociaaleconomische status lager wordt. Dit geldt voor zowel opleiding als inkomen. Opleiding van de ouders blijkt (i.t.t. wat men zou verwachten) over het algemeen niet significant samen te hangen met het voorkomen van kwetsbaarheid bij ouderen.²

We vinden geen overtuigend bewijs voor een sterke samenhang tussen buurtstatus en kwetsbaarheid, maar er is wel een statistisch significant verschil in het percentage kwetsbaren tussen de groepen met een verschillende buurtstatus in 2001/2002. Dit verschil is in de andere meetjaren niet gevonden. Het ontbreken van een statistisch significant verband in alle meetjaren heeft waarschijnlijk te maken met het geringe verschil tussen de groep met een middelhoge buurtstatus en de groep met een hoge buurtstatus. Het is in alle jaren de groep met de laagste buurtstatus die het grootste percentage telt.

Tabel 10.1

Het voorkomen van kwetsbaarheid bij ouderen, naar sociaaleconomische status (in procenten)

| | % kwetsbaar 1998/1999 (n = 1042) ^a | % kwetsbaar 2001/2002 (n = 867) ^a | % kwetsbaar 2005/2006 (n = 674) ^a |
|--|---|--|--|
| opleiding | | | |
| primair onderwijs of geen onderwijs | 28,5 | 34,4 | 35,7 |
| secundair onderwijs (lager of middelbaar beroeps- onderwijs, algemeen middelbaar onderwijs) | 20,2 | 26,0 | 26,3 |
| tertiair onderwijs (hbo, universiteit) | 11,1 | 20,0 | 13,7 |
| p-waarde ^b | ** | ** | ** |

Tabel 10.1 (vervolg)

| | % kwetsbaar 1998/1999 (n = 1042) ^a | % kwetsbaar 2001/2002 (n = 867) ^a | % kwetsbaar 2005/2006 (n = 674) ^a |
|------------------------------|---|--|--|
| huishoudensinkomen 1998/1999 | | | |
| ≤ 909 euro per maand | 42,5 | 50,0 | 44,1 |
| 910-1364 euro per maand | 17,3 | 26,1 | 27,4 |
| ≥ 1365 euro per maand | 14,0 | 20,2 | 21,1 |
| <i>p-waarde^b</i> | ** | ** | ** |
| buurtstatus ^c | | | |
| laag | 26,5 | 30,5 | 34,1 |
| gemiddeld | 22,0 | 26,1 | 24,2 |
| hoog | 17,2 | 27,8 | 25,4 |
| <i>p-waarde^b</i> | * | 0,47 | 0,07 |
| opleiding vader | | | |
| primair of geen onderwijs | 22,6 | 30,1 | 28,2 |
| secundair onderwijs | 17,9 | 21,2 | 26,5 |
| tertiair onderwijs | 21,4 | 28,6 | 26,3 |
| <i>p-waarde^b</i> | 0,27 | * | 0,69 |
| opleiding moeder | | | |
| primair of geen onderwijs | 21,7 | 28,8 | 27,9 |
| secundair onderwijs | 20,0 | 20,7 | 25,0 |
| tertiair onderwijs | 17,6 | 22,2 | 28,6 |
| <i>p-waarde^b</i> | 0,59 | 0,11 | 0,77 |

a (n) is de ongewogen steekproefomvang; de percentages in de tabellen zijn gewogen om ze representatief te maken voor de gehele oudere bevolking.

b Significantie: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$.

c De sociaaleconomische status van de buurt werd gemeten aan de hand van verschillende indicatoren: gemiddeld inkomen per huishouden, percentage huishoudens met een laag inkomen, percentage mensen zonder betaalde baan, en percentage huishoudens met een gemiddeld lage opleiding. De verdeling van de scores op sociaaleconomische status is verdeeld in tertielen.

Bron: VU (LASA'98-'06)

Kijken we vervolgens naar de verschillende belooptypen van kwetsbaarheid (zie hoofdstuk 6) dan blijken die te verschillen in sociaaleconomische status, met name in opleiding, inkomen, buurtstatus en opleiding van de moeder (tabel Bio.1 in de bijlage). Opvallend is dat degenen die blijvend niet-kwetsbaar zijn vooral te vinden zijn in de hogere sociaaleconomische groepen. Het hebben van een hoge individuele sociaaleconomische status en een hoge buurtstatus bieden dus bescherming tegen kwetsbaarheid bij het ouder worden. Opvallend is het relatief grote aandeel deelnemers in de laagste inkomensgroep dat is overleden na kwetsbaar te zijn geweest (32,5% versus 14,5% bij de middelhoge en 14,6% bij de hoogste inkomensgroepen).

10.3 Sociaaleconomische verschillen in tehuisopname en overlijden

Er bestaat een verband tussen enerzijds opleiding, inkomen en beloop van kwetsbaarheid en anderzijds opname in een verzorgings- of verpleeghuis (tabel 10.2). De kans om opgenomen te worden is bij lageropgeleiden ruim twee keer zo groot is als bij hogeropgeleiden. Na het opnemen van inkomen in het analysemodel blijkt neemt deze kans af, maar is nog steeds anderhalf maal zo groot. Na het opnemen van het beloop van kwetsbaarheid in het model blijkt dit verband niet meer te veranderen. Deze resultaten suggereren dat opleiding samenhangt met opname bij zowel mannen als vrouwen, en dat deze samenhang deels kan worden verklaard door het feit dat de lageropgeleiden vaker een lager inkomen hebben. De resultaten voor de variabele opleiding zijn overigens niet statistisch significant, zodat we niet met zekerheid kunnen stellen dat de door ons gevonden verbanden gelden voor de Nederlandse bevolking.

Tabel 10.2

De relatie tussen sociaaleconomische status en opname in een verzorgingstehuis, voor en na controle voor beloop van kwetsbaarheid (in odds ratio's)^a

| | gecontroleerd voor sekse en leeftijd odds ratio | + inkomen odds ratio | + beloop van kwetsbaarheid odds ratio |
|--------------------------------|--|-------------------------|---|
| opleiding | | | |
| primair of geen onderwijs | 2,31 | 1,53 | 1,50 |
| secundair onderwijs | 1,09 | 0,87 | 0,81 |
| tertiair onderwijs (ref.) | - | - | - |
| huishoudensinkomen | | | |
| ≤ 909 euro per maand | | 2,60* | 2,44* |
| 910-1364 euro per maand | | 1,36 | 1,38 |
| ≥ 1364 euro per maand (ref.) | | - | - |
| beloop van kwetsbaarheid | | | |
| blijvend niet-kwetsbaar (ref.) | | | - |
| tijdelijk kwetsbaar | | | 0,27 |
| kwetsbaar geworden | | | 3,20** |
| blijvend kwetsbaar | | | 2,10 |

a Significantie: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$. Interacties tussen de variabelen opleiding en beloop en tussen de variabelen inkomen en beloop op de uitkomstmaat opname in een verzorgingstehuis zijn getoetst en bleken niet statistisch significant.

Bron: VU (LASA'98-'06)

De laagste inkomens blijken meer dan tweemaal zoveel kans te hebben om opgenomen te worden als de hoogste inkomens. Het verschil tussen de middelste en de hoogste inkomensgroep bleek niet statistisch significant (tabel 10.2). Het verband tussen een laag inkomen en opname neemt wel iets af na toevoeging van de variabele beloop in het analysemodel, maar deze afname is klein. Een laag niveau van inkomen blijkt statistisch

significant gerelateerd te zijn aan opname, onafhankelijk van leeftijd, sekse, opleiding en beloop van kwetsbaarheid.

Over beloop van kwetsbaarheid kan worden geconcludeerd dat het ook onafhankelijk van individuele ses een voorspeller is van opname. Vooral de groep die kwetsbaar is geworden, heeft een grote kans om te worden opgenomen. Dit houdt in dat het verband tussen kwetsbaarheid en opname niet uitsluitend kan worden verklaard vanuit het feit dat de kwetsbaren vaker een lagere ses hebben.

Tabel 10.3

De relatie tussen sociaaleconomische status en overlijden binnen drie jaar na 2001/2002, voor en na controle voor beloop van kwetsbaarheid (in odds ratio's)^a

| | gecontroleerd voor sekse en leeftijd odds ratio | + inkomen odds ratio | + beloop van kwetsbaarheid odds ratio |
|--------------------------------|---|-------------------------|---|
| opleiding | | | |
| primair of geen onderwijs | 1,16 | 1,09 | 1,15 |
| secundair onderwijs | 0,64 | 0,63 | 0,66 |
| tertiair onderwijs (ref.) | - | - | - |
| huishoudensinkomen | | | |
| ≤ 909 euro per maand | | 1,21 | 0,92 |
| 910-1364 euro per maand | | 0,98 | 0,91 |
| ≥ 1365 per maand (ref.) | | - | - |
| beloop van kwetsbaarheid | | | |
| blijvend niet-kwetsbaar (ref.) | | | - |
| tijdelijk kwetsbaar | | | 1,18 |
| kwetsbaar geworden | | | 2,31** |
| blijvend kwetsbaar | | | 3,92** |

a Significantie: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$ Interacties tussen de variabelen opleiding en beloop en tussen de variabelen inkomen en beloop op de uitkomstmaat opname in een verzorgingstehuis zijn getoetst en bleken niet statistisch significant.

Bron: VU (LASA'98-'06)

Tevens hebben we de verbanden geschat voor mannen en vrouwen afzonderlijk, omdat zowel opleiding en inkomen, als kwetsbaarheid en de kans op opname en overlijden veel verschillen tussen beide seksen (zie tabellen B10.2 en B10.3 in de bijlage).³

De seksspecifieke resultaten komen voor een deel overeen met de resultaten die we voor de gehele groep vonden. Wat opvalt als we de resultaten voor mannen en vrouwen vergelijken, is dat het verband tussen inkomen en opname bij mannen relatief groot is. Een ander verschil is dat er bij mannen een sterk verband is tussen het beloop van kwetsbaarheid en opname, terwijl dit verband bij vrouwen een stuk minder sterk (en ook niet statistisch significant) is.⁴

We vinden nauwelijks verbanden tussen opleidings- en inkomensniveau en overlijden (tabel 10.3). Het blijkt dat de voorspellende waarde van het beloop van kwetsbaarheid voor overlijden onafhankelijk is van sociaaleconomische status. Dat de groepen die

kwetsbaar zijn geworden of die blijvend kwetsbaar zijn een grotere kans op overlijden hebben, komt dus niet doordat zij vaker een lage ses hebben dan de groep die niet-kwetsbaar is.⁵

Het verband tussen opleiding en inkomen met overlijden verloopt bij mannen en vrouwen verschillend (tabel B10.3 in de bijlage). Bij mannen is het verband tussen de hoogte van het inkomen en de kans om vroeg te overlijden positief; de samenhang tussen opleidingsniveau en vroeg overlijden is nagenoeg afwezig, en is bij de secundair opgeleiden zelfs kleiner dan bij de hoogstgeschoolden. Bij vrouwen hangt het opleidingsniveau samen met opname, en heeft de laagste inkomensgroep een kleinere kans om opgenomen te worden dan de hoogste inkomensgroep.⁶

10.4 Samenvatting

Sociaaleconomische status hangt samen met het voorkomen van kwetsbaarheid bij Nederlandse ouderen. Het is de eigen sociaaleconomische status van de ouderen, vastgesteld op grond van bijvoorbeeld opleidingsniveau en huishoudensinkomen, die de kwetsbaarheid beïnvloedt; andere indicatoren van sociaaleconomische status, zoals de opleiding van de vader en de moeder en de status van de buurt spelen geen rol. Het beloop van kwetsbaarheid daarentegen wordt behalve door de eigen status ook beïnvloed door de buurtstatus en de opleiding van de moeder. De hogere sociaaleconomische groepen vertonen vaker een stabiel beloop zonder kwetsbaarheid tijdens veroudering dan de lagere sociaaleconomische groepen.⁷

Het verband tussen inkomen en opname blijkt wel statistisch significant te zijn. Dit verband wordt voor een groot deel verklaard door andere factoren dan het beloop van kwetsbaarheid.

Bij het onderzoeken van de verbanden tussen ses, kwetsbaarheid, en opname en overlijden hebben we de verbanden ook berekend voor mannen en vrouwen afzonderlijk. We verwachtten verschillende vinden tussen mannen en vrouwen, omdat zowel opleiding en inkomen, als kwetsbaarheid en de kans op opname en overlijden veel verschillen tussen beide seksen. Enkele vooronderstelde verschillen bleken inderdaad te bestaan. Ten eerste is het verband tussen inkomen en opname in een verzorgings- of verpleeghuis bij mannen een stuk sterker dan bij vrouwen. Ten tweede is de relatie tussen het beloop van kwetsbaarheid en opname in een verzorgings- of verpleeghuis bij mannen sterker dan bij vrouwen. Vooral mannen die kwetsbaar worden, hebben een grotere kans om opgenomen te worden.

Wat betreft de voorspellende waarde van het beloop van kwetsbaarheid voor overlijden blijkt dat deze onafhankelijk is van ses – er is volgens onze gegevens immers ook geen sterk verband tussen ses en overlijden gedurende drie jaar.⁸ Het is dus niet zo dat ouderen met een ongunstig kwetsbaarheidsbeloop een grotere kans hebben om te overlijden alleen doordat zij een lagere ses hebben. Andersom kan worden gesteld dat kwetsbaarheid een belangrijke voorspeller is binnen alle sociaaleconomische groepen.⁹

In hoofdstuk 6 is gerapporteerd over verbanden tussen gezondheidskenmerken en kwetsbaarheid. Leefstijlfactoren zoals roken en BMI bleken duidelijk gerelateerd te zijn aan kwetsbaarheid. Aangezien deze factoren ook samenhangen met ses zullen maat-

regelen die worden genomen om ongunstige leefstijlen bij groepen met een lagere ses te voorkomen, ook verschillen in kwetsbaarheid kunnen voorkomen of verminderen. De recente nota *Gezonde voeding, van begin tot eind* geeft aan dat de regering bij het stimuleren van gezonde voeding bijzondere aandacht zal schenken aan lagere sociaaleconomische groepen. Er is trouwens nog vrij weinig bekend over voedingspatronen van ouderen en het is dus lastig is om te bepalen of en op welke manier een gezonde leefstijl bij ouderen moet worden bevorderd. Een eerste stap om deze voedingspatronen in kaart te brengen is inmiddels gezet door het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, dat de eetgewoonten van ouderen met behulp van de Voedingsconsumptiepeiling onderzoekt.

Noten

- 1 In de LASA studie zijn gegevens verzameld over een groot aantal sociaaleconomische indicatoren. De volgende indicatoren zullen in dit hoofdstuk aan bod komen: opleidingsniveau, huishoudensinkomen, sociaaleconomische status van de buurt, en opleidingsniveau van de vader en de moeder. Het opleidingsniveau was verdeeld in drie categorieën: geen diploma of alleen basisonderwijs, secundair onderwijs (waaronder mavo, havo, vwo, mulo, lts, mts, lbo en mbo) en hoger onderwijs (hogeschool of universiteit). Dezelfde verdeling werd aangehouden bij het opleidingsniveau van de vader en de moeder. Het inkomen werd verdeeld in drie categorieën, die elk grofweg een derde van de respondenten vertegenwoordigen: ≤ 909 euro per maand, 910-1364 euro per maand, en ≥ 1365 euro per maand. De sociaaleconomische status van de buurt werd gemeten aan de hand van verschillende indicatoren: gemiddeld inkomen per huishouden, percentage huishoudens met een laag inkomen, percentage mensen zonder betaalde baan, en percentage huishoudens met een gemiddeld lage opleiding (deze methode is eerder toegepast door het Sociaal en Cultureel Planbureau, zie SCP 1998). Deze verdeling van de scores van buurtstatus zijn voor deze analyses verdeeld in tertielen. Hoe kwetsbaarheid is gemeten, staat beschreven in de bijlage bij hoofdstuk 6.
- 2 Alleen bij het meetmoment 2001/2002 is een significante relatie aangetoond tussen de opleiding van de vader en kwetsbaarheid bij de ouderen. Ouderen van wie de vader secundair is opgeleid (21,2%) waren het minst kwetsbaar, en niet de ouderen van wie de vader een tertiaire opleiding heeft genoten (28,6%).
- 3 Deze relaties zijn geschat met behulp van een reeks logistische regressieanalyses. Eerst is de relatie geschat tussen het eigen opleidingsniveau en de afhankelijke variabele (voor tehuisopname zie tabel 10.2 en voor overlijden zie tabel 10.3); bij deze schatting is gecontroleerd voor mogelijke sekse- en leeftijdsverschillen tussen de opleidingsgroepen. Vervolgens is huishoudensinkomen aan het regressiemodel toegevoegd, en ten slotte het beloop van kwetsbaarheid. Uit de resultaten kan worden afgeleid in hoeverre opleiding, inkomen en beloop van kwetsbaarheid onafhankelijk van elkaar samenhangen met opname en overlijden. Ook kan uit de resultaten worden afgeleid in hoeverre een mogelijk verband tussen opleiding en opname respectievelijk overlijden kan worden verklaard door inkomen en/of beloop in kwetsbaarheid, en ook in welke mate een mogelijk verband tussen inkomen en opname respectievelijk overlijden kan worden verklaard door beloop in kwetsbaarheid.
- 4 Bij de analyse is een schatting gemaakt van de effecten die de interactie tussen sociaaleconomische status en het beloop van kwetsbaarheid heeft op opname in een verzorgings- of verpleeghuis; deze effecten bleken echter niet statistisch significant en zijn daarom niet opgenomen in tabel 10.2.

- 5 Ook in deze analyses werd geen interactie tussen sociaaleconomische status en het beloop van kwetsbaarheid geobserveerd.
- 6 De geobserveerde verbanden zijn niet statistisch significant.
- 7 Het effect van opleiding blijkt substantieel te zijn, maar toch niet statistisch significant. We kunnen dus niet met zekerheid stellen dat het gevonden verband tussen opleiding en beloop van kwetsbaarheid geldt voor de gehele Nederlandse oudere bevolking. Mogelijk heeft het uitblijven van een statistisch significant verband te maken met het kleine absolute aantal opnames in de steekproef.
- 8 Er is geen verband gevonden tussen opleidings- en inkomensniveau met overlijden. Dit in tegenstelling tot de bevindingen die doorgaans in de internationale wetenschappelijke literatuur worden gepubliceerd (Huisman et al. 2004; Steenland et al. 2004; Shishebor et al. 2006; Martikainen et al. 2008; Chapman et al. 2010). Mogelijk is het tijdsbestek van drie jaar dat we in onze analyses hebben aangehouden om het aandeel overledenen vast te stellen, te kort om aanwezige sociaaleconomische verschillen te detecteren. Hoe langer de periode, hoe groter het aantal sterfgevallen. Na een langere periode van observatie wordt dus wellicht duidelijker hoe ses de kans op overlijden beïnvloedt.
- 9 Ook bij het onderzoeken van de verbanden tussen ses respectievelijk het beloop van kwetsbaarheid en overlijden is een onderverdeling gemaakt naar geslacht. Het verband tussen opleiding respectievelijk inkomen en overlijden verloopt bij mannen en vrouwen verschillend. Bij mannen is het verband tussen inkomensniveau en de kans om te overlijden relatief sterk, en is het verband tussen opleiding en overlijden nagenoeg afwezig. Bij vrouwen hangt het opleidingsniveau samen met overlijden, en heeft de laagste inkomensgroep een grotere kans om te overlijden dan de hoogste inkomensgroep. Deze tegengestelde verbanden vormen waarschijnlijk een verklaring voor het ontbreken van verbanden bij de gehele onderzochte groep. De verbanden die zijn gevonden voor mannen en vrouwen afzonderlijk zijn overigens ook niet statistisch significant, zodat niet met zekerheid kan worden vastgesteld dat deze verbanden gelden voor de Nederlandse bevolking.

Johanna Oosterbaan

(86 jaar)



‘Ik was kwetsbaar toen mijn enig kind op haar 64ste overleed aan kanker. Gelukkig heb ik drie schatten van kleindochters. Ook was ik wel kwetsbaar toen ik mijn huis uit moest, ik heb veel weg moeten doen, en dat gaat je aan het hart. Maar ik heb er nooit spijt van gehad en heb het nu heel erg naar mijn zin.’

11 Wonen en zorg

Alice de Boer, Debbie Oudijk (SCP) en Marjolein Broese van Groenou (VU-LASA)

11.1 Beleid en onderzoek

Wonen en zorg spelen een belangrijke rol in de bescherming tegen de negatieve gevolgen van kwetsbaarheid. De internationale literatuur laat zien dat woon- en zorgvoorzieningen tehuisopname bij ouderen kunnen voorkomen dan wel uitstellen (Gitlin et al. 2001). Eveneens blijkt dat verhuizen naar een tehuis kan leiden tot een achteruitgang in gezondheid (zie McKinney en Melby 2002).¹

De overheid streeft ernaar om ouderen zo lang mogelijk zelfstandig te laten wonen. Zij wil 'bevorderen dat ouderen en mensen met beperkingen zelfstandig in hun wijk kunnen (blijven) wonen, ondersteuning en zorg op maat thuis kunnen ontvangen en daardoor (langer) mee kunnen doen in de maatschappij' (VROM/VWS 2007).² Het is van belang om de groep kwetsbare ouderen in beeld te krijgen. Zij hebben namelijk een grotere kans op opname in een zorginstelling (zie hoofdstuk 6 t/m 9).

Het overheidsbeleid laat onverlet dat ouderen ook zelf een taak hebben, want in beleidsnota's over de zorg voor ouderen ligt de nadruk op de eigen verantwoordelijkheid en zelfredzaamheid. De veronderstelling is dat ouderen eerst zelf hun gezondheidsproblemen moeten oplossen, eventueel met hulp van partner of kinderen (mantelzorg). Alleen voor de minst gezonde ouderen is er collectief gefinancierde hulp uit de AWBZ (zoals opname in een zorginstelling of hulp bij persoonlijke verzorging).

Het woonbeleid wordt vooral op lokaal niveau uitgevoerd. Corporaties investeren onder meer in woon- en zorgvoorzieningen en toegankelijke woningen voor alle ouderen. Zij zetten zich echter in voor kwetsbare ouderen, bijvoorbeeld door 'achter de voordeur' projecten te starten en initiatieven voor zorgnetwerken te nemen. Corporaties verschillen overigens in hun inspanningen voor deze initiatieven. Wat betreft de ondersteuning van kwetsbare burgers ligt er behalve bij de overheid (ondersteuning uit de AWBZ) ook een verantwoordelijkheid bij gemeenten, die de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) moeten uitvoeren. Zij stemmen af met corporaties wat er nodig is op het gebied van 'levensloopbestendig wonen' en 'aanpasbaar bouwen' voor ouderen (De Klerk et al. 2010). Er worden afspraken gemaakt over het aanpassen van woningen als deze gerenoveerd of 'opgeplust' worden en over het aandeel nieuw te bouwen huurwoningen dat levensloopbestendig moet zijn. Meer over de relatie tussen Wmo-voorzieningen en kwetsbaarheid is te vinden in hoofdstuk 12.

In onderzoeksliteratuur over de leefsituatie van ouderen wordt de behoefte aan veiligheid vaak genoemd. Ouderen met gezondheidsproblemen zouden hogere eisen stellen aan veiligheid van de woonomgeving en buurt, maar ook aan die van de woning. Bij de wens om te verhuizen speelt veiligheid dan ook een grote rol (Kingston et al. 2001).

De veiligheid van de woonomgeving valt onder het lokale veiligheidsbeleid en het grote-stedenbeleid; de veiligheid van de woning valt onder de Wmo.

Een ander belangrijk onderwerp in de literatuur is het effect van zelfstandig wonen op de gezondheid van ouderen. Internationale onderzoeken (zie Gitlin 2003; Oswald en Wahl 2004) onderstrepen bijvoorbeeld de positieve effecten van goede woonvoorzieningen en een geschikte woonomgeving op het leven met een ziekte en het vóórkomen van ziekten en achteruitgang in gezondheid. Er is echter weinig bekend over de invloed van externe factoren, zoals het soort woning en de fysieke en sociale omgeving, op het ontwikkelen van beperkingen (Clarke en George 2005). Oswald et al. (2007) hebben inmiddels wel aangetoond dat de (ervaren) toegankelijkheid van de woning samenhangt met zelfstandig wonen. Ouderen met een toegankelijke woning ervaren meer welzijn en hebben een kleinere kans op het ontwikkelen van depressieve symptomen.

Internationale en nationale studies tonen aan dat ouderen verschillende strategieën kunnen volgen (De Boer 1999; Kullberg 2004; Luijckx 2005; Thomése en Broese van Groenou 2006). Alom wordt aangenomen dat de meeste ouderen de strategie *aging in place* toepassen, het zolang mogelijk op een plaats blijven wonen, waarbij ze al te grote veranderingen vermijden (zie bv. Gilleard et al. 2010). Sommige ouderen passen adaptieve strategieën toe, meestal na een gezondheidsachteruitgang. Zij kunnen bijvoorbeeld formele dan wel informele zorg aanvragen wanneer zij te maken krijgen met beperkingen. De zorg maakt het mogelijk om langer in hetzelfde huis te blijven wonen. Er zijn ook ouderen die in reactie op gezondheidsproblemen op zoek gaan naar een geschikte woning (bv. alle kamers gelijkvloers) of naar aanpassingen die verhuizing uit hun ongeschikte woning kunnen uitstellen.

De reactieve strategieën van ouderen passen bij de huidige doelstelling van de overheid om de toenemende vraag te beperken vanwege het beperkte aanbod van geschikte ouderenwoningen. Anticiperend gedrag is niet overeenstemming met dit beleid. Dat is gedrag van vitale en relatief jonge ouderen die vooruitlopend op gezondheidsproblemen hun woonsituatie aanpassen en tijdig omzien naar een geschikte woning (Kullberg en Ras 2004). In de nieuwe woning kunnen zij wennen aan hun veranderende gezondheid en hebben zij de tijd en energie om een nieuw sociaal netwerk op te bouwen. Zij hoeven zich geen zorgen meer te maken of zo'n woning beschikbaar is op het moment dat het echt nodig is. De kenmerken van de woning (toegankelijkheid en aanpassingen) dragen ertoe bij dat de vraag naar zorg ook op de lange termijn relatief laag blijft. Nadeel is wellicht dat een prettige woonsituatie wordt opgegeven terwijl dat (achteraf) misschien niet nodig was geweest.

In dit hoofdstuk geven we inzicht in de relatie tussen kwetsbaarheid en de woon-zorgsituatie van ouderen. We beantwoorden de volgende vragen op basis van data uit de Longitudinal Ageing Study Amsterdam (LASA)³, waarbij we gebruikmaken van de TFI.

- Wat is het aandeel kwetsbare ouderen in verschillende woon- en zorgsituaties?
- Welke kenmerken van de woon-zorgsituatie hangen samen met het beloop van kwetsbaarheid bij ouderen?
- Welke veranderingen in de woon-zorgsituatie hangen samen met het beloop van kwetsbaarheid bij ouderen?

11.2 De woon-zorgsituatie van ouderen

De overheid veronderstelt dat kwetsbare ouderen langer zelfstandig kunnen blijven wonen met goede huisvesting en zorg. Zij stuurt dan ook aan op voldoende nultreden-woningen en woningen waarin 'verzorgd wonen' is gegarandeerd. Over deze indicatoren van de woonsituatie is niets terug te vinden in de LASA-gegevens; daarom is gezocht naar alternatieve woonkenmerken. In deze paragraaf wordt onderzocht in hoeverre de volgende kenmerken met kwetsbaarheid samenhangen: het type huisvesting, de beschikbaarheid van aanpassingen in de woning, het ontvangen van professionele hulp of mantelzorg aan huis, en kenmerken van de woonomgeving.

Het type woning

Het percentage kwetsbare ouderen is het laagst onder degenen die een half vrijstaande (14%) of vrijstaande woning (20%) bewonen (tabel B11.1 in de bijlage, te vinden via www.scp.nl bij het desbetreffende rapport). Onder bewoners van een flat of een 'andere' woning – veelal een aanleunwoning – is het percentage veel hoger (resp. 37% en 38%). Oudere bewoners van een gelijkvloerse woning zijn relatief vaak als kwetsbaar getypeerd (35%). Deze uitkomst bevestigt de resultaten van ander onderzoek waaruit blijkt dat als ouderen overwegen te verhuizen of zich daartoe genoodzaakt zien, ze meestal naar een gelijkvloerse woning of een flat verhuizen (Kullberg 2004). De Waal-Saulais et al. (2004) vonden ook dat een ruime meerderheid van de 55-plussers veel waarde hecht aan een goede en toegankelijke woning.⁴

Aanpassingen aan de woning

De aandacht van beleidsmakers voor ICT en domotica is de laatste jaren sterk gegroeid (TK 2007/2008). De veronderstelling is dat aanpassingen in het huis het zelfstandig wonen en de kwaliteit van leven van ouderen met beperkingen kunnen vergroten en het werk van zorgverleners verlichten (zie ook Vermeulen 2006). Uit Nederlands onderzoek bleek echter dat hulpmiddelen pas worden ingezet als er sprake is van grotere gezondheidsproblemen bij ouderen (De Klerk 1997). Een verklaring die wordt gegeven door de auteur is dat thuiszorgmedewerkers hulpmiddelen introduceren die voor de ouderen onbekend zijn en ze stimuleren deze middelen te gebruiken. De thuiszorg is een bekende intermediair die ouderen adviseert over hulpmiddelen.

Woningaanpassingen en kwetsbaarheid komen vaak samen voor (tabel B11.2 in de bijlage). Van de ouderen die in 2005 geen aanpassingen in huis hadden, was 18% kwetsbaar; bij degenen die wel over aanpassingen beschikten, was dit 38%. Dit verschil is wel te begrijpen, veel van de aanpassingen zijn namelijk alleen op indicatie te verkrijgen. Ouderen die een indicatie voor een aanpassing aanvragen, hebben vaak ernstige lichamelijke beperkingen en scoren hoog op de schaal voor kwetsbaarheid (zie hoofdstuk 4). 62% van de ouderen met een aanpassing in de woning is als niet-kwetsbaar geclassificeerd. De aanpassingen waren waarschijnlijk al aanwezig toen deze mensen de woning betrokken (zie bv. De Klerk 2004). Ook kan het zijn dat de aanpassingen voor de partner zijn gerealiseerd.

Het hoogste percentage kwetsbaren vinden we onder de ouderen met een hellingbaan bij de woning of met een alarmsysteem (67% resp. 61% is kwetsbaar). Ook onder degenen die een traplift hebben, treffen we relatief veel kwetsbare ouderen aan (55%). Ook De Klerk (2004) vindt dat dergelijke aanpassingen vaak worden gebruikt door ouderen met ernstige beperkingen.

De resultaten uit tabel B11.1 en B11.2 suggereren dat er een substantiële groep ouderen is bij wie de woonsituatie is afgestemd op hun kwetsbaarheid. Zij wonen in een gelijkvloerse woning of hebben aanpassingen in huis die passen bij hun kwetsbare situatie. Er is ook een groep kwetsbare ouderen die ontoegankelijk woont. Het is niet per definitie zo dat dit een ongewenste situatie is: het kan zijn dat deze ouderen zich goed redden omdat zij niet fysiek kwetsbaar zijn of omdat zij hulpbronnen zoals hulp van familie en burens inzetten.

Zorggebruik

Fysieke aanpassingen aan de woning zijn niet de enige oplossing om langer zelfstandig te blijven wonen. Het is ook mogelijk om een 'zorgstrategie' toe te passen. Ouderen zetten professionele zorg in of vragen familie en vrienden om mantelzorg te bieden. Beleidsmakers gaan ervan uit dat kwetsbaarheid in eerste instantie te compenseren is door mantelzorg en als dat niet voldoende is door een beroep te doen op hulp van professionals. De nota 64 (TK 2004/2005: 43) beschrijft het belang van voldoende en kwalitatief goede professionele zorg voor ouderen:

Dat 'ouderen' die als gevolg van gezondheidsproblemen kwetsbaar worden bijvoorbeeld als gevolg van psychogeriatrische aandoeningen, verzekerd zijn van voldoende en kwalitatief goede zorg, ook als door de vergrijzing hun aantal sterk toeneemt.

De meeste ouderen die professionele zorg krijgen, zijn kwetsbaar (53%; tabel 11.1). Deze uitkomst ligt voor de hand en hangt samen met de noodzaak van een indicatie voor het krijgen van dit type zorg. Opmerkelijk is dat 47% van de gebruikers van professionele hulp niet-kwetsbaar is (100% – 53%). Dit kan ermee te maken hebben dat een criterium van vijf kenmerken is gebruikt om kwetsbaarheid te bepalen. Ouderen die tussen de een en vier kenmerken van kwetsbaarheid bezitten, kunnen ook professionele zorg nodig hebben. Denk bijvoorbeeld aan ouderen die slecht kunnen lopen en daarnaast lichamelijk vermoeid zijn en alleen wonen. Zij scoren onder de norm voor totale kwetsbaarheid, maar krijgen mogelijk wel huishoudelijke hulp van de thuiszorg.

Opvallend is ook dat een op de vier ouderen zonder professionele zorg als kwetsbaar getypeerd is (18%). Waarom zij geen hulp van professionals krijgen, is onduidelijk. Het kan zijn dat zij zelfredzaam zijn en daarom geen indicatie en professionele zorg nodig hebben. Het kan ook zijn dat de mantelzorg die zij krijgen volstaat. Anderen hebben wel professionele zorg nodig maar weten de weg naar de voorzieningen niet te vinden (De Klerk et al. 2010). Tot slot zijn er ouderen die geen beroep willen doen op hulp van anderen en daarom geen professionele hulp willen en vragen.

Tabel 11.1

Aandeel kwetsbare ouderen naar gebruik van mantelzorg en professionele zorg aan huis, 2005/2006 (horizontaal gepercenteerd; n = 728)

| | % kwetsbaar | p-waarde |
|---------------------------------|-------------|----------|
| mantelzorg ^a | | |
| nee | 26 | |
| ja | 30 | 0,18 |
| particuliere hulp | | |
| nee | 26 | |
| ja | 31 | 0,17 |
| professionele zorg ^b | | |
| nee | 18 | |
| ja | 53 | 0,00 |

a Hulp bij persoonlijke verzorging en/of huishoudelijke hulp van in- en/of uitwonenden. Particuliere hulp en vrijwilligerswerk vallen hier niet onder.

b Hulp aan huis bij persoonlijke verzorging en/of huishoudelijke hulp van thuiszorg, alphahulp (of in oude termen: wijkverpleging) of personeel van een tehuis.

Bron: VU (LASA'05/'06)

Bij mantelzorg en particuliere hulp is de relatie met kwetsbaarheid minder sterk. Onder degenen die mantelzorg ontvangen, behoort 30% tot de kwetsbare ouderen, bij de niet-gebruikers van deze vorm van hulp is dit 26%. De verschillen tussen deze groepen zijn echter niet significant ($p = 0,18$). De conclusie is dat kwetsbaarheid van ouderen vooral samengaat met het gebruik van professionele zorg, en niet zozeer met mantelzorg of particuliere hulp.

De woonomgeving

In de nota *Ouderenbeleid in het perspectief van de vergrijzing* (TK 2004/2005: 29) wordt het belang van de woonomgeving voor ouderen benadrukt:

Je vrij in de buurt kunnen bewegen, niet gehinderd door obstakels en hoge stoepranden; je veilig kunnen voelen in de openbare ruimte; je vrij kunnen verplaatsen, ook als je niet meer goed ter been bent. Dat zijn waarden voor ouderen die in belangrijke mate de kwaliteit van leven bepalen.

De verwachting is dat ouderen die in een aantrekkelijke omgeving wonen minder vaak kwetsbaar zijn.

Er is geen relatie tussen kwetsbaarheid en het wonen in zeer stedelijke gebieden (tabel 11.2). Ook is er geen verband met het wonen in buurten met een laag dan wel hoog percentage immigranten of met de gemiddelde woz-waarde van de huizen in een wijk. De tevredenheid met de buurt is wel gerelateerd aan kwetsbaarheid van ouderen. Het percentage kwetsbaren is het grootst onder de ouderen die ofwel ontevreden, ofwel niet ontevreden en ook niet tevreden zijn met de buurt waarin zij wonen (43%). Dit zijn ouderen die iets hoger scoren op sociale kwetsbaarheid, zij hebben minder contacten in

de buurt. Bij degenen die tevreden zijn met de buurt ligt het percentage kwetsbaren veel lager (26%).

Een eigenschap van de woonsituatie die nog niet aan de orde is gekomen, is veiligheid.

In nota 64 staat daarover geschreven (TK 2004/2005: 67):

De directe woon- en leefomgeving moet 'vergrijzingsproof' zijn. Dit impliceert dat bij de inrichting van wijken rekening moet worden gehouden met de toekomstige (zorg)behoeften van ouderen en dat extra aandacht nodig is voor veiligheid. Bij nieuwbouwwijken is dat een ontwerpvereiste waarmee proactief rekening moet worden gehouden.

Tabel 11.2

Aandeel kwetsbare ouderen naar kenmerken van de woonomgeving, 2005/2006 (horizontaal gepercenteerd; n = 728)

| | % kwetsbaar | p-waarde |
|---|-------------|----------|
| urbanisatiegraad ^a | | |
| zeer gering (< 500) | 23 | 0,29 |
| gering (500-1000) | 25 | |
| redelijk (1001-1500) | 22 | |
| groot (1501-2500) | 29 | |
| zeer groot (> 2500) | 34 | |
| % immigranten in de wijk | | |
| laag (0%-2%) | 24 | 0,43 |
| midden (3%-8%) | 26 | |
| hoog (9% of hoger) | 30 | |
| woz-waarde van de wijk ^b | | |
| laag (< 150.000 euro) | 30 | 0,29 |
| midden (150.000-189.000 euro) | 27 | |
| hoog (> 189.000 euro) | 23 | |
| tevredenheid met de buurt | | |
| ontevreden of niet tevreden/ niet tevreden | 43 | 0,04 |
| tevreden | 26 | |
| gevoel van veiligheid in de buurt | | |
| geen veilig gevoel | 55 | 0,00 |
| wel veilig gevoel | 22 | |

a Aantal adressen per km².

b De woz-waarde van de wijk is bepaald aan de hand van verschillende indicatoren: gemiddeld inkomen per huishouden, percentage huishoudens met laag inkomen, percentage mensen zonder een betaalde baan, percentage mensen met een gemiddeld lage opleiding.

Bron: VU (LASA'05/'06)

Er is een sterk verband tussen kwetsbaarheid bij ouderen en een gevoel van veiligheid in de buurt (tabel 11.2). 55% van de ouderen die zich niet veilig voelen in de buurt is als kwetsbaar getypeerd; als men zich wel veilig voelt, ligt het aandeel kwetsbaren veel lager, namelijk op 22%. De conclusie op grond van de cijfers uit deze tabel is dan ook dat

objectieve kenmerken van de woongemeente of buurt weinig te maken hebben met de kwetsbaarheid van ouderen; de tevredenheid met de buurt en de gevoelens van veiligheid in de buurt vertonen wel een duidelijk significant verband met kwetsbaarheid. Het is echter onduidelijk of gevoelens van ontevredenheid en onveiligheid leiden tot kwetsbaarheid of andersom.

11.3 Beloop van kwetsbaarheid

Tot nu toe hebben we gekeken naar de samenhang tussen kwetsbaarheid, wonen en zorg bij ouderen in de onderzoeksperiode 2005/2006. Duidelijk werd dat het aandeel kwetsbare ouderen hoog ligt bij degenen die gelijkvloers wonen. Uit de gepresenteerde cijfers valt echter niet op te maken hoe de woon-zorgkenmerken zich verhouden tot de veranderingen in kwetsbaarheid tussen 1998 en 2005. In deze paragraaf onderzoeken we de relatie tussen belooptypen van kwetsbaarheid en de woon-zorgsituatie van ouderen (welke kenmerken van de woon-zorgsituatie hangen samen met veranderingen in kwetsbaarheid, de tweede onderzoeksvraag).

De samenhang tussen het beloop en het woningtype is significant (tabel B11.3 in de bijlage). Onder de flatbewoners zien we een vrij hoog percentage ouderen die blijvend kwetsbaar zijn (11%). Ook is de kans dat ouderen kwetsbaar worden groot als zij in een flat (al dan niet op de begane grond) of bijvoorbeeld in een rijtjeshuis wonen (12%-17%). Een op de drie ouderen die in een 'ander' type huis woont, bijvoorbeeld in een aanleunwoning, sterft na een periode van kwetsbaarheid (30%).

Dat ouderen die in een toegankelijke woning verblijven iets vaker blijvend kwetsbaar zijn (9%) dan ouderen in een niet-toegankelijke woning (5%) ligt in lijn met de resultaten in tabel B11.3 (zie ook B11.1). Ook zien we dat ouderen die niet-gelijkvloers wonen vaak niet-kwetsbaar zijn (45%). De groep die in een toegankelijke woning woont, overlijdt daarentegen relatief vaak na een periode van kwetsbaarheid (28%). Opvallend is dat 29% van de ouderen die gelijkvloers wonen niet-kwetsbaar is. Zij zijn waarschijnlijk verhuisd in anticipatie op toekomstige gezondheidsproblemen of wonen graag in een flat. Het is echter ook mogelijk dat zij wegens gezondheidsproblemen van de partner zijn verhuisd of vanwege andere redenen een gelijkvloerse woning hebben betrokken (bijvoorbeeld een comfortabelere woning).

Bij aanpassingen in huis is de relatie met de belooptypen van kwetsbaarheid zeer vergelijkbaar (tabel B11.3). 10% van de groep die aanpassingen in huis heeft, is blijvend kwetsbaar; bij de ouderen die dergelijke aanpassingen niet hebben, is dit 5%. Ook komen aanpassingen naar verhouding vaak voor bij ouderen die overlijden na een periode van kwetsbaarheid (31%).

Het lijkt er dus op dat een toegankelijke woning en de aanwezigheid van aanpassingen in de woning indicatief zijn voor blijvende kwetsbaarheid. Er is echter ook een alternatieve interpretatie mogelijk. De resultaten kunnen vertekend zijn door andere kenmerken die eveneens samenhangen met de mate van kwetsbaarheid. Dit is vermoedelijk het geval bij leeftijd: de alleroudsten zijn oververtegenwoordigd binnen de groep langdurig kwetsbaren, die toch al vaker toegankelijk gehuisvest zijn.

Bij het gebruik van professionele zorg zien we een vergelijkbaar patroon (tabel 11.3). Degenen met hulp van professionals zijn vaker ouderen die blijvend kwetsbaar zijn (12%). Ook ouderen die gestorven zijn na een periode van kwetsbaarheid krijgen relatief vaak hulp van de thuiszorg (48%). Opvallend is dat 7% van degenen zonder professionele zorg tijdelijk kwetsbaar is. Een deel van hen ontvangt mantelzorg, anderen kunnen zich nog redden zonder de hulp van anderen (niet in tabel). Verder blijkt dat blijvende kwetsbaarheid bij ouderen samenhangt met het gebruik van professionele zorg. Wellicht kent het Centrum indicatiestelling zorg (CIZ) vooral hulp toe als mensen al langer kwetsbaar zijn (De Klerk en Schellingerhout 2006).

Tabel 11.3

Beloop van kwetsbaarheid naar gebruik van mantelzorg en professionele zorg, 1998 (horizontaal gepercenteerd; n = 1042)

| | niet- kwetsbaar (n = 407) | tijdelijk kwetsbaar (n = 63) | kwetsbaar geworden (n = 135) | blijvend kwetsbaar (n = 69) | overleden na niet- kwetsbaar (n = 164) | overleden na kwets- baar (n = 204) | p-waarde |
|---|---------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|---|---|----------|
| gebruik van mantelzorg ^a | | | | | | | |
| nee | 41 | 7 | 13 | 7 | 15 | 18 | 0,04 |
| ja | 34 | 4 | 13 | 6 | 18 | 24 | |
| gebruik van particuliere hulp | | | | | | | |
| nee | 41 | 6 | 13 | 6 | 15 | 18 | 0,09 |
| ja | 31 | 6 | 14 | 9 | 17 | 24 | |
| gebruik van professio- nele zorg ^b | | | | | | | |
| nee | 45 | 7 | 13 | 6 | 16 | 15 | 0,00 |
| ja | 9 | 3 | 12 | 12 | 16 | 48 | |

a Hulp bij persoonlijke verzorging en/of huishoudelijke hulp van in- en/of uitwonenden. Particuliere hulp en vrijwilligerswerk vallen hier niet onder.

b Hulp aan huis bij persoonlijke verzorging en/of huishoudelijke hulp van de thuiszorg, een alphahulp (of in oude termen: wijkverpleegkundige) of personeel van een tehuis.

Bron: VU (LASA'98/'06)

Een ander opvallend resultaat is dat mantelzorg vooral werd ontvangen door ouderen die in de onderzoeksperiode gestorven zijn (al dan niet voorafgegaan door een periode van kwetsbaarheid). Die mantelzorg werd dan geboden in de laatste levensfase. In andere belooptypen is het aandeel gebruikers van mantelzorg minder groot. Eveneens laat tabel 11.3 zien dat 7% van de ouderen die geen mantelzorg krijgen een blijvende vorm van kwetsbaarheid heeft. Aanvullende analyses laten zien dat de zorgbehoefte van deze

mensen niet al te groot is (niet in tabel). De meesten ontvangen namelijk geen professionele zorg; zij kunnen zich redden of willen geen hulp van anderen.

Tot slot zien we dat particuliere hulp niet significant samenhangt met het beloop van kwetsbaarheid. Dit is plausibel: veel gebruikers hebben deze vorm van hulp waarschijnlijk al jaren lang en gebruiken deze vanuit gemaks- of luxeoverwegingen, niet vanwege gezondheidsproblemen.

Tabel 11.4

Beloop van kwetsbaarheid naar kenmerken van de woonomgeving, 1998 (horizontaal gepercenteerd; n = 1042)

| | niet- kwetsbaar (n = 407) | tijdelijk kwetsbaar (n = 63) | kwetsbaar geworden (n = 135) | blijvend kwetsbaar (n = 69) | overleden na niet- kwetsbaar (n = 164) | overleden na kwets- baar (n = 204) | p-waarde |
|---|---------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|---|---|----------|
| urbanisatiegraad ^a | | | | | | | |
| < 500 | 44 | 5 | 11 | 5 | 24 | 11 | 0,01 |
| 500-1000 | 42 | 6 | 15 | 5 | 14 | 18 | |
| 1001-1500 | 47 | 5 | 9 | 9 | 12 | 18 | |
| 1501-2500 | 31 | 7 | 11 | 9 | 17 | 25 | |
| > 2500 | 36 | 6 | 16 | 6 | 12 | 25 | |
| % immigranten in de wijk | | | | | | | |
| laag (0%-2%) | 43 | 5 | 13 | 6 | 18 | 16 | 0,03 |
| hoog (≥ 9%) | 32 | 7 | 13 | 8 | 15 | 26 | |
| woz-waarde van de wijk ^b (€) | | | | | | | |
| laag (< 150.000) | 32 | 6 | 12 | 9 | 15 | 27 | 0,00 |
| midden (150.000- 189.000) | 39 | 7 | 15 | 6 | 15 | 19 | |
| hoog (> 189.000) | 46 | 5 | 13 | 5 | 17 | 13 | |
| tevredenheid met de buurt | | | | | | | |
| ontevreden (of niet ontevreden/niet tevreden) | 29 | 5 | 14 | 7 | 10 | 36 | 0,05 |
| tevreden | 40 | 6 | 13 | 7 | 16 | 19 | |
| gevoelens van veiligheid in de buurt | | | | | | | |
| geen veilig gevoel | 22 | 6 | 14 | 14 | 11 | 32 | 0,00 |
| wel veilig gevoel | 43 | 6 | 13 | 5 | 17 | 17 | |

a Aantal adressen per km².

b De woz-waarde van de wijk is bepaald aan de hand van verschillende indicatoren: gemiddeld inkomen per huishouden, percentage huishoudens met laag inkomen, percentage mensen zonder een betaalde baan, percentage mensen met een gemiddeld lage opleiding.

Bron: VU (LASA '98/'06)

De zes belooptypen zijn ook onderzocht in relatie tot de woonomgeving van ouderen (tabel 11.4). Een minder aantrekkelijke omgeving hangt vaak samen met langdurige vormen van kwetsbaarheid. Een groot aandeel kwetsbaren is namelijk te vinden in wijken waar relatief veel migranten wonen, evenals in wijken met een lage woz-waarde en in buurten waar men zich niet veilig voelt. Deze laatste bevinding strookt met literatuur waaruit blijkt dat een veilig gevoel ouderen helpt om gezond te blijven (Kingston et al. 2001). Het lijkt er dus op dat bepaalde kenmerken van de woonomgeving (sociale status en veiligheidsgevoelens) sterk samenhangen met de kwetsbaarheid van ouderen.⁵

De conclusie is dat de belooptypen aan het begin van de onderzoeksperiode verschilden naar woonsituatie (type en toegankelijkheid van de woning, aanpassingen), bepaalde kenmerken van de woonomgeving (zoals status van de buurt en gevoelens van onveiligheid) en zorgkenmerken (gebruik van thuiszorg). In de analyses is de woon-zorgsituatie beschouwd als een 'gegeven'. In de woon-zorgsituatie kunnen echter ook veranderingen optreden: mensen gaan verhuizen, woningaanpassingen aanbrengen en/of professionele zorg aanvragen. De relatie tussen dergelijke transitities in de woon-zorgsituatie aan de ene kant en veranderingen in de mate van kwetsbaarheid aan de andere kant staat centraal in paragraaf 11.4.

11.4 Veranderingen in de woon-zorgsituatie

Uit de literatuur is bekend dat ouderen verschillen in de mate waarin zij hun autonomie behouden (zie § 11.1). Sommige ouderen reageren op toenemende kwetsbaarheid door zorg in te zetten of hun woning aan te passen. Anderen anticiperen op gezondheidsproblemen door te verhuizen naar een toegankelijke woning. Hoe vaak komen dergelijke transitities eigenlijk voor? We geven een eerste indruk op basis van het LASA-materiaal. 85% van de ouderen blijkt tussen 1998 en 2005 niet te zijn verhuisd, 15% is dus wel verhuisd. De LASA-gegevens bevestigen de uitkomsten van eerder onderzoek, waaruit bleek dat ouderen meestal honkvast zijn (Kullberg en Ras 2004; Kullberg 2005; Broese van Groenou et al. 2006). Welke strategieën zetten oudere niet-verhuizers in? Velen passen hun woning aan (42%). Ook zet men vaak professionele zorg in. Van degenen die niet verhuizen maar wel hun woning aanpassen, krijgt 45% hulp van professionals (zoals thuiszorg). Ook de niet-verhuizers zonder aanpassingen zetten relatief vaak professionele hulp in (17%).

Ouderen die tussen 1998 en 2005 verhuisden naar een gelijkvloerse woning zijn in die periode iets vaker kwetsbaar geworden dan degenen die niet verhuisden naar dit type huisvesting (27% versus 18%), maar over alle belooptypen bezien is het verschil niet significant (tabel B11.4 in de bijlage).⁶

Tussen professionele zorg en woningaanpassingen enerzijds en de ontwikkeling van kwetsbaarheid anderzijds is wel een significant verband te zien. Ouderen die evenveel of meer aanpassingen inzetten, en professionele hulp behouden dan wel toegewezen krijgen, maken relatief vaak de overgang naar een kwetsbare situatie mee of waren al een tijd kwetsbaar. Deze ouderen hanteren een reactieve strategie als gevolg van een toenemende kwetsbaarheid.

Opvallend is ook dat meer kwetsbaarheid zich niet uit in een toenemend gebruik van mantelzorg. De transitie van 'geen of minder mantelzorg' naar 'blijvende of nieuwe inzet van mantelzorg' hangt namelijk niet significant samen met het beloop van kwetsbaarheid ($p = 0,81$).

Tabel 11.5

Relatieve kans om te verhuizen naar een gelijkvloerse woning en andere kenmerken, naar drie belooptypen van kwetsbaarheid (niet-kwetsbaar = referentiegroep) (in odds ratio's en procenten; $n = 640$)^a

| | tijdelijk kwetsbaar | kwetsbaar geworden | blijvend kwetsbaar | R ^{2b} |
|-------------------------------------|------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------|
| verhuizen naar gelijkvloerse woning | 1,08 | 1,45 | 1,33 | 1 |
| urbanisatiegraad | 0,83 | 1,18 | 0,96 | |
| laag % immigranten (hoog = ref.) | 0,51 | 1,21 | 1,24 | |
| midden % immigranten (hoog = ref.) | 0,55 | 0,99 | 1,12 | |
| woz buurt laag (hoog = ref.) | 1,47 | 0,98 | 2,33 | |
| woz buurt midden (hoog = ref.) | 1,84 | 1,14 | 1,18 | |
| niet tevreden met de buurt | 0,68 | 1,12 | 1,17 | |
| onveilig gevoel in de buurt | 1,63 | 1,80* | 3,62** | |
| mantelzorg ontvangen | 0,74 | 1,44 | 1,45 | |
| professionele zorg ontvangen | 1,49 | 3,26** | 5,03** | |
| aanpassingen aan de woning | 1,04 | 0,85 | 1,60 | 16 |
| man (vrouw = ref.) | 0,26** | 0,57* | 0,25** | |
| leeftijd | 1,04 | 1,11** | 1,15** | |
| opleiding midden (ref. = hoog) | 1,02 | 1,98 | 4,15 | |
| opleiding laag (ref. = hoog) | 1,36 | 1,71 | 3,73 | 27 |

a Significantie: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$.

b Verklaarde variantie. R² is cumulatief (%).

Bron: VU (LASA'98/'06)

Met behulp van drie multivariate analyses hebben we veranderingen in de woon-zorg-situatie bij verschillende subgroepen van kwetsbaarheid bestudeerd, na correctie voor een reeks demografische en sociaaleconomische achtergrondkenmerken van ouderen. In de eerste analyse staat de verhuizing naar een gelijkvloerse woning centraal (tabel 11.5). We hebben geen verband gevonden tussen zo'n verhuizing en het beloop van kwetsbaarheid. Wie verhuist naar een gelijkvloerse woning is dus niet vaker kwetsbaar dan degene die niet verhuist.

De eerdere bevinding dat een onveilig gevoel in de buurt samenhangt met de kwetsbaarheid van ouderen, blijft wel staan na controle voor de achtergrondkenmerken: degenen die zich niet veilig voelen, hebben een grotere kans om tot het belooptype 'kwetsbaar geworden' of 'blijvend kwetsbaar' te behoren. Om kwetsbaarheid te voorkomen is het

dus nuttig om de oorzaken van onveiligheidsgevoelens weg te nemen. Wie zich veiliger voelt in de buurt gaat sneller de deur uit en loopt minder kans om (langdurig) kwetsbaar te worden.

Ouderen die professionele zorg ontvangen, hebben een grotere kans op kwetsbaarheid. Dit ligt in de lijn der verwachting omdat vooral de blijvend kwetsbaren een grote kans hebben om een functiebeperking te hebben en dus professionele zorg te ontvangen.

Tabel 11.5 toont ook dat kwetsbaarheid eerder samenhangt met leeftijd dan met verhuizing naar een gelijkvloerse woning. De alleroudsten hebben namelijk een grotere kans op blijvende kwetsbaarheid, los van hun andere kenmerken zoals woonomgeving, aanpassingen en mantelzorg en los van sociaaldemografische kenmerken. We zien tot slot dat mannen een kleinere kans hebben om tijdelijk kwetsbaar te zijn, en om (blijvend) kwetsbaar te worden, ongeacht hun verhuiskans, kenmerken van de woning, de hulp die zij ontvangen en andere sociaaldemografische kenmerken.⁷

In de tweede analyse is het aanbrengen van woningaanpassingen bestudeerd. Een transitie in woningaanpassingen (van geen of minder naar evenveel of meer aanpassingen van de woning, zonder te verhuizen) hangt samen met het beloop van kwetsbaarheid, ook als gecorrigeerd wordt voor het gebruik van professionele hulp of mantelzorg (tabel 11.6). Zo heeft een oudere die een nieuwe woningaanpassingen aanbrengt (of aanpassingen behoudt) ruim drie keer zoveel kans om blijvend kwetsbaar te zijn dan om niet-kwetsbaar te zijn. We zien hier dat bij mannen, jongere ouderen en niet-gebruikers van professionele zorg de kans op kwetsbaarheid lager is dan bij andere groepen ouderen.

In de laatste multivariate analyse is de inzet van professionele zorg gerelateerd aan kwetsbaarheid; er is sprake van een vrij sterke samenhang (tabel 11.7). Ouderen die professionele zorg aanvragen dan wel dit type zorg behouden, hebben twee tot vier keer zoveel kans om tijdelijk of permanent kwetsbaar te zijn. De causaliteit ligt waarschijnlijk andersom: de toenemende kwetsbaarheid heeft geleid tot het aanvragen en gebruiken van professionele zorg. Behalve de inzet van zorg hangt ook het gevoel van onveiligheid in de buurt samen met het beloop van kwetsbaarheid, evenals als geslacht en leeftijd, zie ook tabel 11.5 en 11.6).

Tabel 11.6

Relatieve kans op woningaanpassingen bij niet-verhuizers en andere kenmerken, naar drie belooptypen van kwetsbaarheid (niet-kwetsbaar = referentiegroep) (in odds ratio's en procenten; n = 547)^a

| | tijdelijk kwetsbaar | kwetsbaar geworden | blijvend kwetsbaar | R ² ^b |
|--|------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------------|
| evenveel of meer aanpassingen aan de woning | 1,11 | 2,11** | 3,43** | 1 |
| urbanisatiegraad | 0,87 | 1,09 | 0,88 | |
| laag % immigranten (hoog = ref.) | 0,59 | 0,92 | 0,88 | |
| midden % immigranten (hoog = ref.) | 0,75 | 0,95 | 1,09 | |
| woz buurt laag (hoog = ref.) | 1,66 | 1,10 | 3,27* | |
| woz buurt midden (hoog = ref.) | 1,45 | 1,08 | 1,58 | |
| niet tevreden met de buurt | 0,95 | 1,26 | 0,51 | |
| onveilig gevoel in de buurt | 1,42 | 1,78 | 4,88** | |
| mantelzorg ontvangen | 0,77 | 1,38 | 1,36 | |
| professionele zorg ontvangen | 2,25 | 3,22** | 6,19** | 21 |
| man (vrouw = ref.) | 0,13** | 0,78 | 0,26** | |
| leeftijd | 1,05 | 1,09** | 1,17** | |
| opleiding midden (ref. = hoog) | 0,96 | 1,82 | 2,50 | |
| opleiding laag (ref. = hoog) | 1,27 | 1,39 | 2,02 | 33 |

a Significantie: * p < 0,05; ** p < 0,01.

b Verklaarde variantie. R² is cumulatief (%).

Bron: VU (LASA'98/'06)

Tabel 11.7

Relatieve kans om professionele zorg in te zetten en andere kenmerken, naar drie belooptypen van kwetsbaarheid (niet-kwetsbaar = referentiegroep) (in odds ratio's en procenten; n = 658)^a

| | tijdelijk kwetsbaar | kwetsbaar geworden | blijvend kwetsbaar | R ^{2b} |
|--------------------------------------|------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------|
| behoud of aanvang professionele zorg | 2,32* | 3,64** | 3,66** | 15 |
| urbanisatiegraad | 0,91 | 1,11 | 0,93 | |
| laag % immigranten (hoog = ref.) | 0,62 | 1,00 | 1,04 | |
| midden % immigranten (hoog = ref.) | 0,58 | 1,20 | 1,00 | |
| woz buurt laag (hoog = ref.) | 1,53 | 1,32 | 1,29 | |
| woz buurt midden (hoog = ref.) | 1,25 | 1,12 | 2,46 | |
| niet tevreden met de buurt | 0,98 | 1,38 | 0,84 | |
| onveilig gevoel in de buurt | 1,77 | 1,70 | 3,46** | |
| mantelzorg ontvangen | 0,79 | 1,34 | 1,25 | |
| aanpassingen aan de woning | 0,79 | 0,89 | 1,79 | 19 |
| man (vrouw = ref.) | 0,27** | 0,66 | 0,21** | |
| leeftijd | 1,02 | 1,09** | 1,15** | |
| opleiding midden (ref. = hoog) | 1,20 | 1,85 | 2,38 | |
| opleiding laag (ref. = hoog) | 1,71 | 1,67 | 2,50 | 30 |

a Significantie: * p < 0,05; ** p < 0,01.

b Verklaarde variantie. R² is cumulatief (%).

Bron: VU (LASA'98/'06)

Uit de verschillende multivariate analyses blijkt dat gevoelens van onveiligheid sterk samenhangen met het beloop van kwetsbaarheid; kwetsbare ouderen zijn dus weinig bestand tegen gevoelens van onveiligheid. Verder blijkt dat het ontvangen van professionele zorg en het aanbrengen van woningaanpassingen relatief vaak voorkomen bij mensen die een toename van kwetsbaarheid meemaken. Deze woon-zorgstrategieën lijken vooral te worden ingezet als reactie op toenemende kwetsbaarheid.

11.5 Samenvatting

De woon-zorgsituatie van ouderen heeft verschillende kenmerken die onderling niet goed te vergelijken zijn. Voor de toegang tot bepaalde woonvoorzieningen (zoals een gelijkvloerse woning) en mantelzorg is bijvoorbeeld geen formele indicatie noodzakelijk. De relatie tussen deze kenmerken en kwetsbaarheid valt daardoor heel anders uit dan bij professionele zorg (thuiszorg). Uit dit hoofdstuk komt naar voren dat de woon-zorgsituatie vaak is afgestemd op de mate van kwetsbaarheid die ouderen ondervinden. We zien namelijk dat de inzet van woon-zorgvoorzieningen gepaard gaat met een toenemende kwetsbaarheid.

Wat is het aandeel kwetsbare ouderen in verschillende woon-zorgsituaties? 35% van de bewoners van een gelijkvloerse woning is kwetsbaar. Er is eveneens vaak sprake van kwetsbaarheid als de oudere aanpassingen in huis heeft, zoals een aangepast bed of een alarmsysteem. Het gebruik van professionele hulp hangt sterker samen met kwetsbaarheid dan het ontvangen van mantelzorg. Van de onderzochte omgevingskenmerken blijken alleen de subjectieve indicatoren gerelateerd te zijn aan kwetsbaarheid: degenen die niet tevreden zijn over hun buurt en zich daar niet veilig voelen, zijn vaker kwetsbaar. Welke kenmerken van de woon-zorgsituatie hangen samen met het beloop van kwetsbaarheid bij ouderen? Ouderen die in een toegankelijke woning verblijven, zijn relatief vaak blijvend kwetsbaar, evenals ouderen die melding maken van een minder aantrekkelijke woonomgeving. Degenen die professionele zorg ontvangen zijn voornamelijk blijvend kwetsbare ouderen; niet-gebruikers van professionele zorg zijn vaak niet of (slechts) tijdelijk kwetsbaar. Particuliere hulp en mantelzorg hangen niet significant samen met het beloop van kwetsbaarheid.

Een verhuizing naar een gelijkvloerse woning komt niet vaak voor (15%). Zo'n verandering in de woonsituatie hangt niet significant samen met de ontwikkeling van kwetsbaarheid. Ouderen die toegankelijk wonen, kunnen dus net zo goed meer of minder kwetsbaar worden als de ouderen die in een ontoegankelijke woning verblijven. Ook andere objectieve kenmerken van de woonsituatie zoals de urbanisatiegraad van de woonplaats of de gemiddelde woz-waarde, spelen geen rol bij de ontwikkeling van kwetsbaarheid.

Uit ons onderzoek blijkt verder dat twee groepen risico lopen om kwetsbaar te zijn. Ten eerste zijn dit ouderen die zich niet veilig voelen in de buurt. Degenen met sterke gevoelens van onveiligheid lopen extra risico op blijvende kwetsbaarheid. Deze groep is nog onvoldoende in kaart gebracht. Gezien de aangetoonde kans op kwetsbaarheid is het evenwel belangrijk om aandacht te schenken aan de veiligheid van de woonomgeving – een aanbeveling die al in de nota 64 (TK 2004/2005) werd gedaan.

Ten tweede zijn het ouderen die aanpassingen in de woning aanbrengen dan wel professionele zorg aanvragen of die hulp behouden. De (nieuwe) inzet van deze voorzieningen hangt duidelijk samen met het kwetsbaar worden en blijven. Dit suggereert dat ouderen pas hulp (kunnen) krijgen op het moment dat hun kwetsbaarheid niet meer omkeerbaar is. Er is nader onderzoek nodig om na te gaan wie deze ouderen zijn en of de inzet van voorzieningen wel goed wordt getimed.

Noten

- 1 Wat niet uitsluit dat tehuisopname ook positieve gevolgen kan hebben (zie bv. Den Draak 2010).
- 2 Al vanaf de jaren tachtig van de vorige eeuw zijn beleidsmakers in Nederland geïnteresseerd in dit onderwerp. Zelfstandig wonen voor ouderen werd hoog op de politieke agenda gezet. Diverse experimenten en demonstratieprojecten zijn uitgevoerd om te achterhalen in hoeverre ouderen met ernstige gezondheidsproblemen langer zelfstandig kunnen blijven wonen (zie bv. De Klerk 1997). Substitutie van intramurale zorg door extramurale zorg bleek mogelijk. Mensen die in het verleden naar een verzorgings- of verpleeghuis zouden zijn gegaan, konden steeds vaker met de nodige ondersteuning thuis blijven wonen. Alleen de ouderen met de meeste beperkingen kwamen (en komen)

in aanmerking voor intramurale opname (De Klerk 2004). Zelfstandig wonende ouderen gingen dan ook steeds vaker een beroep doen op zorgvoorzieningen en alternatieve woonvormen (Knipscheer et al. 2000).

- 3 Zie beschrijving van het gegevensbestand in bijlage B6.2.
- 4 Uit de cijfers blijkt ook een *mismatch* tussen de woonsituatie en kwetsbaarheid. 65% (100% – 35%) van degenen die in een gelijkvloerse woning verblijven, is namelijk als niet-kwetsbaar getypeerd. Het is onbekend of zij hier uit voorzorg zijn gaan wonen of dat zij op een eerder moment met hun (ongezonde) partner naar deze gelijkvloerse woning zijn verhuisd. Onderzoek van De Klerk (2004) kwam met een vergelijkbaar resultaat, namelijk dat een aanzienlijk deel van de woningen voor ouderen wordt bewoond door mensen zonder lichamelijke beperkingen.
- 5 Een nuancering is hier op zijn plaats. Dat een groot deel van de kwetsbaren te vinden is in buurten met de genoemde kenmerken, kan immers ook liggen aan een ander kenmerk dat deze mensen gemeenschappelijk hebben. Het kunnen bijvoorbeeld ouderen zijn die verhuisd zijn naar een toegankelijke woning, en dat zijn juist de mensen die al vaak langdurig kwetsbaar zijn (zie tabel B11.3). In dat geval zou na correctie voor zo'n verhuizing de positieve samenhang tussen de genoemde kenmerken van de woonomgeving en kwetsbaarheid moeten verdwijnen.
- 6 De twee beloopgroepen die zijn overleden (voor of na kwetsbaar te zijn geworden), zijn buiten beschouwing gelaten.
- 7 De verklaarde variantie van het analysemodel achter de resultaten in tabel 11.5 is redelijk hoog (27%). Blijkbaar identificeert het model de meest belangrijke variabelen ter verklaring van het beloop van kwetsbaarheid van ouderen.

Dirk Schaap

(91 jaar)



‘De ene dag gaat het beter dan de andere dag. Ik kan overal nog aan meedoen. Ik kom voor de dag zoals ik ben en ik maak nog grapjes met de vrouwen. Je hebt hier nog eens een leuk praatje met de buren, je drinkt een kopje koffie. Ik mag niet klagen.’

12 Gemeentelijke ondersteuning

Anna Maria Marangos en Mirjam de Klerk (SCP)

12.1 De Wmo, een brede wet

De meeste kwetsbare ouderen in Nederland zijn te vinden onder de zelfstandig wonenden (zie hoofdstuk 4). Immers, maar een klein deel van de ouderen woont in een instelling (Den Draak 2010). Zelfs de ouderen met een beperking wonen meestal zelfstandig (De Boer en De Klerk 2006). Gemeenten bieden op grond van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), die in 2007 in werking is getreden, ondersteuning aan mensen die dat nodig hebben bij hun redzaamheid en participatie. Kwetsbare ouderen die ondersteuning nodig hebben, vormen dan ook een doelgroep van de Wmo. In de Wmo is een aantal bestaande wetten en regelingen opgegaan, waaronder de hulp bij het huishouden vanuit de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) en de Wet voorzieningen gehandicapten (Wvg), die al door gemeenten werd uitgevoerd. Om de Wmo goed te kunnen uitvoeren, zijn maatregelen nodig op een aantal terreinen, zoals volksgezondheid, wonen en inkomensondersteuning. De Wmo is door zijn brede karakter bij uitstek geschikt om (een breed opgevatte) kwetsbaarheid te voorkomen of te compenseren (zie definitie van kwetsbaarheid in hoofdstuk 3).

Het doel van de Wmo wordt in de memorie van toelichting bij deze wet samengevat als 'meedoen'. Gemeenten dienen mensen met een beperking, een chronisch psychisch probleem of een psychosociaal probleem te ondersteunen bij dit 'meedoen' en hen te compenseren. Dit laatste wil zeggen dat gemeenten de plicht hebben burgers in staat te stellen een huishouden te voeren, zich te verplaatsen in en om de woning, zich lokaal te verplaatsen per vervoermiddel en medemensen te ontmoeten en op basis daarvan sociale verbanden aan te gaan. Compensatie op deze terreinen vergroot hun zelfredzaamheid en geeft hen meer mogelijkheden om te participeren. Het staat gemeenten vrij om te bepalen hoe zij mensen ondersteunen en of zij daarbij de nadruk leggen op algemene voorzieningen (zoals sociaal-culturele activiteiten, klussendiensten en het bouwen van levensloopbestendige woningen) of op het verstrekken van individuele voorzieningen. Voorbeelden van deze voorzieningen zijn hulp bij het huishouden, woonvoorzieningen (zoals aanpassingen), vervoersvoorzieningen (zoals collectief vervoer of een scooter) en rolstoelen.

Gemeenten verschillen ook in hun opvattingen over wie verantwoordelijk is voor het verkrijgen van ondersteuning: hun strategieën variëren van de volledige verantwoordelijkheid bij de burger leggen tot het actief signaleren van mensen die mogelijk een onvervulde ondersteuningsbehoefte hebben (Gilsing et al. 2010).

Dit hoofdstuk geeft inzicht in het gebruik van individuele Wmo-voorzieningen door kwetsbare 65-plussers met een lichamelijke beperking en gaat na welke groepen deze ondersteuning gebruiken. Tevens geeft het inzicht in de vraag of kwetsbare ouderen zich voldoende kunnen redden met de ondersteuning en wat de Wmo kan betekenen voor

deze doelgroep. Over het gebruik van algemene Wmo-voorzieningen is helaas weinig bekend. Voor dit onderzoek is gebruikgemaakt van het Nationaal Panel Chronisch zieken en Gehandicapten van het NIVEL, waarvoor ouderen met een lichamelijke beperking zijn geselecteerd.¹ Zij kenmerken zich door fysieke kwetsbaarheid of door een combinatie van fysieke en psychosociale kwetsbaarheid. Uitsluitend psychosociale kwetsbaarheid is in deze onderzoeksgroep niet van toepassing. Kwetsbaarheid is gemeten op basis van de Groningen Frailty Indicator² (Schuurmans et al. 2004) en heeft betrekking op mobiliteit, lichamelijke fitheid, gezichtsvermogen, gehoor, voeding, multimorbiditeit, cognitie en psychosociaal welbevinden (bv. mensen om zich heen missen, somber en/of angstig voelen). De scores van ouderen op de Groningen Frailty Indicator correleren hoog met de scores op Tilburgse Frailty Indicator die in de andere hoofdstukken van dit rapport is gebruikt (Metzelthin et al. 2010).

12.2 Kwetsbare ouderen met een beperking

Van de zelfstandig wonende 65-plussers met een lichamelijke beperking is 64% kwetsbaar op grond van de Groningen Frailty Indicator (GFI). Onder de totale zelfstandig wonende bevolking van 65 jaar en ouder is 27% kwetsbaar volgens de Tilburg Frailty Indicator (TFI) (zie hoofdstuk 4).³ Uit deze verschillende percentages blijkt de selectiviteit van het NPCG. Het percentage kwetsbare ouderen in dit panel is uiteraard hoger doordat de panelleden een lichamelijke beperking hebben en veelal ook kampen met multimorbiditeit. Degenen met een ernstige lichamelijke beperking, 75-plussers en laagopgeleiden zijn vaker kwetsbaar dan degenen met een lichte lichamelijke beperking, ouderen tussen 65 en 74 jaar, en hogeropgeleiden (tabel 12.1). Geslacht, inkomen en het hebben van een partner hangen niet samen met het al dan niet-kwetsbaar zijn.

Tabel 12.1

Kwetsbare 65-plussers met een lichamelijke beperking, naar enkele persoonskenmerken, 2009
(in procenten; n = 529)

| | is kwetsbaar |
|------------------------|-----------------------|
| ernst van de beperking | p < 0,05 ^a |
| lichte beperking | 50 |
| matige beperking | 69 |
| ernstige beperking | 85 |
| leeftijd | p < 0,05 ^a |
| 65-74 jaar | 56 |
| ≥ 75 jaar | 72 |
| opleidingsniveau | p < 0,05 ^a |
| lage opleiding | 69 |
| middelbare opleiding | 57 |
| hoge opleiding | 50 |
| totaal | 65 |

a De significanties zijn gebaseerd op multivariate analyses, de percentages op bivariate analyses.

Bron: NIVEL (NPCG'09) SCP-bewerking

12.3 Verschillen in gebruik en noodzaak van Wmo-ondersteuning

Kwetsbare en niet-kwetsbare ouderen met een lichamelijke beperking verschillen significant in het gebruik en de zelf ervaren noodzaak van Wmo-ondersteuning (tabel 12.2). Bijna de helft van de kwetsbare ouderen heeft geen ondersteuning en geeft tevens aan geen ondersteuning nodig te hebben, versus driekwart van de niet-kwetsbare ouderen.⁴ Van de kwetsbare ouderen heeft 44% (voldoende) ondersteuning; van de niet-kwetsbare ouderen 21%. Ten slotte geven kwetsbare ouderen vaker aan wel of meer ondersteuning nodig te hebben. Degenen die zeggen (meer) ondersteuning nodig te hebben, wensen vooral (meer) hulp bij het huishouden, (meer) vervoersmogelijkheden en/of een betere kwaliteit van het collectief vervoer; ook willen zij meer activiteiten die toegankelijk zijn voor mensen met een beperking en iemand die hen ondersteunt, zoals een vrijwilliger, maatje of buddy.

Tabel 12.2

Gebruik en noodzaak van ondersteuning vanuit de Wmo, 65-plussers met een lichamelijke beperking, naar kwetsbaarheid, 2009 (in procenten; n = 641)

| | niet-kwetsbaar | kwetsbaar | totaal |
|--|----------------|-----------|--------|
| geen Wmo-ondersteuning nodig, geen gebruik | 74 | 47 | 56 |
| voldoende Wmo-ondersteuning | 21 | 44 | 36 |
| wel (of meer) Wmo-ondersteuning nodig | 5 | 9 | 8 |

Bron: NIVEL (NPCG'09) SCP-bewerking

Gebruik van individuele Wmo-ondersteuning

Kwetsbare ouderen met een ernstiger lichamelijke beperking maken, zoals verwacht, vaker dan mensen met een lichtere beperking gebruik van Wmo-ondersteuning (tabel 12.3). Hulp bij het huishouden is de meest gebruikte ondersteuningsvorm: 12% maakt alleen van deze voorziening gebruik en 26% gebruikt hulp bij het huishouden in combinatie met een voormalige Wvg-voorziening. Voormalige Wvg-voorzieningen die het meest gebruikt worden zijn vervoerskostenvergoedingen/beltaxi (29%), woonvoorzieningen zoals woningaanpassingen (17%) en vervoermiddelen (13%). Kwetsbare ouderen met een lichte lichamelijke beperking maken vooral gebruik van hulp bij het huishouden. Dat is ook logisch, want mensen met een lichte beperking hebben vooral moeite met het uitvoeren van huishoudelijke activiteiten. Mensen met een matige of ernstige beperking hebben daarnaast ook problemen met de mobiliteit of de persoonlijke verzorging (De Klerk et al. 2006).

Tabel 12.3

Gebruik van ondersteuning vanuit de Wmo, kwetsbare 65-plussers met een lichamelijke beperking, naar ernst van de lichamelijke beperking en naar soort ondersteuning, 2009 (in procenten; n = 428)

| | lichte lichamelijke beperking | matige lichamelijke beperking | ernstige lichamelijke beperking | totaal |
|--|-------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|--------|
| geen ondersteuning | 82 | 44 | 17 | 49 |
| alleen hulp bij het huishouden | 9 | 15 | 11 | 12 |
| alleen voormalige Wvg ^a | 2 | 15 | 22 | 13 |
| hulp bij het huishouden en voormalige Wvg ^a | 7 | 26 | 50 | 26 |

a Voormalige Wvg: woonvoorziening, vervoerskostenvergoeding/beltaxi, vervoermiddel of rolstoel.

Bron: NIVEL (NPCG'09) SCP-bewerking

12.4 Wie gebruikt ondersteuning?

Welke groepen kwetsbare ouderen gebruiken Wmo-ondersteuning? Zoals in paragraaf 12.3 al werd aangegeven, speelt de ernst van de lichamelijke beperking een grote rol. Zo

maakt van de kwetsbare ouderen met een ernstige beperking 83% gebruik van Wmo-ondersteuning, terwijl dat percentage bij de mensen met een lichte beperking slechts 18% is (tabel 12.4).

Daarnaast is leeftijd van belang. Van de kwetsbare ouderen tussen de 65 en 75 jaar maakt een derde gebruik van ondersteuning en van degenen ouder dan 75 jaar twee derde (tabel 12.4). Ook als er rekening wordt gehouden met de ernst van de beperking, blijven de verschillen significant. Dat komt doordat men naarmate men ouder wordt vaker last krijgt van meerdere aandoeningen of doordat de aandoeningen specifiekere worden en meer ondersteuning vragen, zoals bij dementie het geval kan zijn. Andere redenen kunnen zijn dat oude ouderen doorgaans minder fit zijn en veelal geen partner meer hebben om hen te ondersteunen. Ook het gemeentelijk beleid kan een oorzaak zijn: mogelijk komen oude ouderen eerder in aanmerking voor bepaalde vormen van ondersteuning.

Tabel 12.4

Gebruik van ondersteuning vanuit de Wmo, kwetsbare 65-plussers met een lichamelijke beperking, 2009 (in procenten; n = 369-428)

| | gebruikt ondersteuning |
|------------------------|------------------------|
| ernst van de beperking | p < 0,05 ^a |
| lichte beperking | 18 |
| matige beperking | 56 |
| ernstige beperking | 83 |
| leeftijd | p < 0,05 ^a |
| 65-74 jaar | 31 |
| ≥ 75 jaar | 67 |
| inkomensniveau | p < 0,05 ^a |
| laag inkomen | 67 |
| middelbaar inkomen | 56 |
| hoog inkomen | 25 |
| totaal | 51 |

a De significanties zijn gebaseerd op multivariate analyses, de percentages op bivariate analyses.

Bron: NIVEL (NPCG'09) SCP-bewerking

Inkomen is eveneens van invloed op het gebruik van ondersteuning. Kwetsbare ouderen met een inkomen tot 1600 euro per maand krijgen vaker ondersteuning vanuit de Wmo dan degenen uit de hogere inkomensgroepen. Het is zeer goed mogelijk dat mensen met een hoger inkomen zelf de benodigde diensten of hulpmiddelen kopen. Eerder onderzoek bevestigt deze gedachte. Zo blijkt uit de *Rapportage Ouderen 2004* dat mensen met een lager inkomen meer kans hebben op thuiszorg, terwijl ouderen met een hoger inkomen en een hogere opleiding vaker particuliere zorg inkopen (De Klerk et al. 2004).

Geslacht, opleiding en huishoudenssamenstelling hangen niet samen met het gebruik van Wmo-ondersteuning.

Een andere manier om naar de Wmo-gebruikers te kijken is door de kwetsbare ouderen die gebruikmaken van ondersteuning te vergelijken met de niet-gebruikers. De gebruikers hebben vrijwel allemaal matige of ernstige beperkingen (88%, niet in tabel); ook zijn de gebruikers vaak 75-plusser (73%) en hebben zij zelden een hoog inkomen (20%). Bij de niet-gebruikers liggen deze percentages op respectievelijk 46%, 37% en 54%.

12.5 Wie gebruikt geen ondersteuning?

De helft (49%) van de kwetsbare 65-plussers met een lichamelijke beperking maakt geen gebruik van ondersteuning vanuit de Wmo (zie tabel 12.3). De meesten van hen (94%) geven desgevraagd aan geen ondersteuning nodig te hebben. Hebben deze mensen, die kwetsbaar zijn en dus per definitie een opeenstapeling van problemen kennen, andere hulpbronnen tot hun beschikking zoals een partner, een mantelzorger, of een redelijk inkomen om zelf ondersteuning of hulpmiddelen in te kopen?

Andere hulpbronnen blijken ten dele aanwezig. Zo is bijna twee derde (62%) van de kwetsbare ouderen zonder individuele Wmo-ondersteuning gehuwd of samenwonend, en kan dus mogelijk een beroep op de partner doen. Een op de zes (17%) krijgt hulp van een mantelzorger en 54% heeft een maandelijks inkomen van 1600 euro of meer, zodat zij hier eventueel ondersteuning mee kunnen inkopen.

Er is een groep die geen van deze bronnen ter beschikking heeft: van de kwetsbare ouderen die geen ondersteuning via de Wmo ontvangen, heeft 22% noch een partner, noch een mantelzorger, noch een hoog inkomen. Verreweg de meesten (85%) van hen weten dat ze voor Wmo-ondersteuning bij de gemeente moeten zijn, maar vrijwel allen geven aan het niet nodig te vinden om ondersteuning te krijgen. Een enkeling (3%) heeft wel behoefte aan ondersteuning.

12.6 Helpt Wmo-ondersteuning?

Hebben kwetsbare ouderen baat bij de ondersteuning die ze vanuit de Wmo ontvangen? Kunnen ze zich met ondersteuning redden in hun huishouden, hun verplaatsingen en in hun sociale contacten (terreinen waarop gemeenten verplicht zijn de beperkingen van hun inwoners te compenseren)? De meeste kwetsbare ouderen met ondersteuning vanuit de Wmo achten zichzelf redzaam (tabel 12.5). Zo vindt 79% zich voldoende in staat tot het onderhouden van sociale contacten en 85% vindt zichzelf voldoende redzaam bij verplaatsingen in en om de woning. De meningen over de bijdrage van de Wmo-ondersteuning aan deze redzaamheid lopen uiteen. Ten aanzien van het huishouden draaiende houden vindt driekwart dat de ondersteuning (zeer) veel bijdraagt. Voor verplaatsingen in en om de woning en in de regio vindt ook een relatief grote groep (resp. 73% en 65%) dat de ondersteuning daarbij helpt. Bij het onderhouden van sociale contacten speelt de individuele ondersteuning echter een minder grote rol (51%). Mogelijk komt dit doordat de gevraagde vormen van ondersteuning dit niet als doel hebben. Bovendien zullen

de meeste mensen in een eigen – niet door de gemeente georganiseerd – verband hun sociale contacten onderhouden.

Degenen die zichzelf niet redzaam vinden op de genoemde terreinen zijn vooral mensen met een ernstige beperking of een laag inkomen en alleenwonenden. De meesten (tussen 67% en 85%) geven aan geen (extra) Wmo-ondersteuning nodig te hebben.

Het lijkt merkwaardig dat zoveel kwetsbare ouderen aangeven niets (meer) nodig te hebben. Wat is er aan de hand? Zijn ze zich niet bewust van hun kwetsbare situatie of ontkennen ze die? Durven ze geen ondersteuning te vragen, bijvoorbeeld uit schaamte? Zijn ze eenzaam, angstig of depressief? Willen ze geen 'vreemden over de vloer' of willen ze zich niet overleveren aan de mogelijk onregelmatige tijdschema's van verzorgenden? Of is er niet zoveel aan de hand en ervaren ze een redelijk tot goede kwaliteit van leven (zie ook hoofdstukken 2 en 3)? Hebben deze ouderen zich neergelegd bij hun situatie of hebben ze niet (veel) behoefte meer om deel te nemen aan het maatschappelijke leven?

Tabel 12.5

Redzaamheid naar levensterrein, kwetsbare 65-plussers met een lichamelijke beperking die ondersteuning vanuit de Wmo gebruiken, 2009 (in procenten; n = 216)

| | (ruim) voldoende redzaam | ondersteuning draagt (zeer) veel bij |
|-----------------------------------|--------------------------|--------------------------------------|
| huishouden draaiende houden | 84 | 76 |
| verplaatsen in en om de woning | 85 | 73 |
| verplaatsen in de regio | 78 | 65 |
| onderhouden van sociale contacten | 79 | 51 |

Bron: NIVEL (NPCG'09)

12.7 Wat kan de Wmo nog meer doen?

Uit dit hoofdstuk blijkt onder meer dat nog niet alle kwetsbare ouderen die mogelijk baat kunnen hebben bij Wmo-ondersteuning deze ook gebruiken. Gemeenten kunnen kwetsbare ouderen signaleren en nagaan of zij echt geen ondersteuning nodig hebben. Er zijn tal van projecten en ideeën om kwetsbare groepen op te sporen, bijvoorbeeld projecten waarbij ouderenadviseurs of vrijwilligers die een huisbezoek bij ouderen brengen, of waarbij huisartsen, praktijkondersteuners, klussendienstmedewerkers en conciërges van woningcorporaties een signaleringsfunctie toebedeeld krijgen. Dat signaleren kan ook systematisch. Zo kunnen mensen die een griep prik komen halen, gescreeend worden op risicofactoren als bewegingsarmoede, depressie of eenzaamheid (vws 2009) of op kwetsbaarheid door hen een korte vragenlijst te laten invullen (bijvoorbeeld een kwetsbaarheidsinstrument zoals de Tilburg Frailty Indicator (TFI) of de Groningen Frailty Indicator (GFI)). Een recent standpunt van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Geneeskunst (KNMG) wijst ook in de richting van een pro-actieve werkwijze door huisartsen, onder andere door screening op kwetsbaarheid, het maken

van een multi-domeinanalyse, en het instellen van professionele trajectbegeleiding (KNMG 2010). Sinds de komst van de Wmo is er ook een organisatie actief, Stichting Eropaf!, die ideeën aanreikt over wat er wel of niet zou moeten gebeuren om de professional te faciliteren om *outreaching* (dus niet vanachter het loket, maar in de leefsituatie van de burger) te werken (www.eropaf.org).

Blijken mensen na het signaleren van kwetsbaarheid open te staan voor ondersteuning, dan is een interventie in de vorm van materiële of psychosociale ondersteuning mogelijk en kan een verslechtering van de leefsituatie wellicht worden voorkomen of uitgesteld. Gemeenten kunnen diverse vormen van preventieve ondersteuning aanbieden. Zo zijn er sociaal-culturele activiteiten, cursussen om angsten, paniekgevoelens of depressieve klachten te leren hanteren, maatschappelijke steunsystemen, vriendendiensten en maatjesprojecten. Sommige zorgloketten zijn toegerust om meldingen van eenzaamheid op te vangen. Ook worden Eigen Kracht-conferenties georganiseerd waarbij de betrokkene (die het niet meer alleen kan oplossen) en zijn familie, vrienden of bekenden hun krachten bundelen en samen een toekomstplan maken. Er bestaat geen goed overzicht van wat welke gemeenten bieden.

Hoewel sommige van deze psychosociale interventies zeer waardevol lijken, is het lastig om te zien wat werkt. Zo bleek uit een effectonderzoek bij tien relatief grote interventieprojecten op het gebied van eenzaamheid dat slechts twee interventies in hun missie geslaagd waren: de eenzaamheid van de deelnemers was gedaald, terwijl de eenzaamheid van de controlegroep ongeveer gelijk was gebleven. Van vier andere interventies kan hooguit een preventieve werking zijn uitgegaan: de eenzaamheid binnen de deelnemersgroep was gelijk gebleven, terwijl die van de controlegroep was gestegen (Fokkema en Van Tilburg 2006).

Het gebruik van AWBZ-voorzieningen komt aan bod in hoofdstuk 13. Een deel van de kwetsbare ouderen zal zowel Wmo-ondersteuning als AWBZ-zorg gebruiken. Dit kan leiden tot dubbele administratieve lasten (bv. dezelfde gegevens op meerdere aanvraagformulieren invullen of meerdere medische keuringen ondergaan) en afstemmingsproblemen (zie bv. De Klerk 2006).

De afstemming tussen AWBZ en Wmo is ook een van de knelpunten die Wmo-coördinatoren noemen als zij het hebben over de uitvoerbaarheid van de Wmo (De Klerk en Schellingerhout 2010).

Er wordt wel verondersteld dat het inzetten van welzijnsvoorzieningen ertoe leidt dat het beroep op zorg wordt voorkomen, verminderd of uitgesteld. Zolang gemeenten verantwoordelijk zijn voor welzijn en het rijk (de AWBZ) voor verzorging en verpleging, hebben gemeenten weinig prikkels om te investeren in welzijn teneinde het zorggebruik te verminderen.

In paragraaf 12.1 gaven we aan dat gemeenten van mening verschillen over de verantwoordelijkheid voor het verkrijgen van ondersteuning. Kunnen we verwachten dat mensen hier altijd zelf verantwoordelijkheid voor dragen? Of zouden gemeenten hen actief moeten opsporen? Bovendien komen er ethische vragen om de hoek kijken, zoals: Mogen ouderen passief zijn? (en misschien zelfs ook wel: Mogen ouderen vervuilen of

vereenzamen?) Mogen zij ondersteuning weigeren? Het is onduidelijk hoe gemeenten met dit soort vragen omgaan.

12.8 Samenvatting

Wat opvalt is dat relatief veel 65-plussers met een lichamelijke beperking onder de categorie 'kwetsbaar' vallen, namelijk twee derde, terwijl dat in de totale bevolking 27% is. De helft van deze kwetsbare ouderen met een lichamelijke beperking heeft individuele Wmo-ondersteuning. Dit zijn vooral degenen met een matige of ernstige beperking, 75-plussers en mensen met een laag inkomen. Van degenen die geen Wmo-ondersteuning krijgen, heeft een kwart noch een partner, noch een mantelzorger, noch een noemenswaardig inkomen waarmee zij zelf ondersteuning kunnen inkopen. De meesten van hen kennen de Wmo en vrijwel allemaal geven ze aan geen ondersteuning nodig te hebben. Die mening lijkt ook de meeste kwetsbare ouderen toegedaan die, ondanks dat ze ondersteuning hebben, aangeven zich onvoldoende te redden in bijvoorbeeld het huishouden of in het onderhouden van sociale contacten. Het lijkt vreemd dat zoveel kwetsbare ouderen aangeven niets (meer) nodig te hebben. We weten weinig over mogelijke redenen van dit niet-gebruik en over de behoefte aan en het gebruik van preventieve Wmo-voorzieningen door kwetsbare ouderen.

Noten

- 1 Het Nationaal Panel Chronisch zieken en Gehandicapten (NPCCG) werd in 2005 gestart en bestaat uit ongeveer 3500 zelfstandig wonende mensen uit de bevolking van 15 jaar en ouder met een (lichte, matige of ernstige) lichamelijke beperking en/of een (medisch gediagnosticeerde) chronische lichamelijke aandoening (zie ook Calsbeek et al. 2006). Dit zijn mensen die al langere tijd beperkingen hebben. Voor deze publicatie is een selectie gemaakt van mensen met een lichte, matige of ernstige lichamelijke beperking omdat zij zowel vragen over Wmo-ondersteuning als over kwetsbaarheid voorgelegd kregen.
- 2 Kwetsbaarheid wordt gemeten op basis van vijftien criteria die betrekking hebben op mobiliteit, lichamelijke fitheid, gezichtsvermogen, gehoor, voeding, multimorbiditeit, cognitie en psychosociaal welbevinden. Een persoon wordt als kwetsbaar beschouwd als hij of zij voldoet aan minimaal vier van de vijftien criteria.
- 3 In een onderzoek met de Groningen Frailty Indicator onder thuiswonende personen van 65 jaar en ouder in de regio Groningen was 32% kwetsbaar.
- 4 Het is mogelijk dat mensen die geen Wmo-ondersteuning gebruiken, wel andere professionele ondersteuning krijgen, bijvoorbeeld via de AWBZ. In hoofdstuk 13 wordt op het gebruik van AWBZ-ondersteuning ingegaan.

Jacoba Ros-Verbaan

(91 jaar)



‘Ik voel me niet kwetsbaar, ik ben een tevreden vrouw. Ik ben met blijdschap naar het verzorgingshuis verhuisd en ben nog steeds heel blij. Het wordt lichamelijk wel allemaal wat minder; gebrekkig lopen, beetje vergeetachtig, maar ik mag niet mopperen. Ik ben laatst gevallen, heb een TIA gehad, maar ik maak me geen zorgen. Het is gebeurd en ik ga weer door.’

13 Verpleging en verzorging

Cretien van Campen en Maaïke den Draak (SCP)

13.1 Kwetsbare, hulpbehoevende en zorgontvangende ouderen

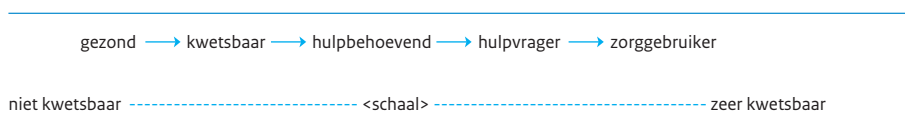
In de jaren zestig van de vorige eeuw werd de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) geïntroduceerd om kwetsbare personen in de samenleving te ondersteunen bij onverzekerbare gezondheidsrisico's zoals opname in een verpleeghuis. Tegenwoordig is driekwart van de gebruikers van AWBZ-zorg ouder dan 65 jaar (Woittiez et al. 2009). Doel van dit hoofdstuk is om in kaart te brengen in welke mate de huidige AWBZ verzorging biedt aan de kwetsbare ouderen in Nederland.

De AWBZ is in de afgelopen decennia veel vormen van zorg gaan bekostigen. De ouderenzorg is de grootste geworden, bestaande uit thuiszorg, verzorgingshuiszorg en verpleeghuiszorg (samen aangeduid als de sector verpleging en verzorging). In dit hoofdstuk beperken we ons tot de zorgfuncties die het meest gebruikt worden door zelfstandig wonende en in instellingen verblijvende ouderen: huishoudelijke verzorging (bv. hulp bij het schoonmaken), persoonlijke verzorging (bv. wassen en aankleden) en verpleging (bv. wondverzorging en injecties).¹ Met de invoering van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) zijn delen van de AWBZ-gefinancierde AWBZ-zorg overgedragen aan de gemeentes: met name de huishoudelijke verzorging en de psychosociale begeleiding.² Omdat de Wmo-voorzieningen in hoofdstuk 12 uitgebreid behandeld zijn, zal in dit hoofdstuk de nadruk wat meer op de AWBZ-zorgfuncties liggen: persoonlijke verzorging, verpleging en intramurale ouderenzorg. De Wmo-voorziening huishoudelijke hulp zal ook beschouwd worden als onderdeel van de verpleging en verzorging (vgl. Woittiez et al. 2009).

Om AWBZ-zorg te ontvangen is een indicatie nodig. Een oudere kan een aanvraag voor AWBZ-zorg doen bij het Centrum indicatiestelling zorg en voor Wmo-voorzieningen bij de gemeente. Omdat het beroep op AWBZ-voorzieningen in de afgelopen decennia is toegenomen, voert de overheid al enkele jaren een strenger toelatingsbeleid. Het kabinet vindt dat 'alleen de meest kwetsbare mensen' in aanmerking komen voor AWBZ-zorg (TK 2009/2010). 'De meest kwetsbare mensen' is echter een rekbaar begrip. Het is niet helemaal duidelijk welke personen het kabinet op het oog heeft. In dit rapport hebben we de groep kwetsbare ouderen redelijk kunnen lokaliseren. Dat biedt de mogelijkheid om te analyseren in welke mate de AWBZ-zorg de groep kwetsbare ouderen bereikt.

Figuur 13.1

Stappenmodel van toenemende kwetsbaarheid



Tussen de fase van het kwetsbaar worden en het moment dat men een indicatie ontvangt voor verpleging en verzorging ligt een aantal stappen (zie figuur 13.1). Om te beginnen vinden niet alle kwetsbare ouderen zichzelf hulpbehoevend, omdat ze zich daar niet bewust van zijn of niet afhankelijk willen zijn, of om een andere reden (vgl. hoofdstuk 2). Van de kwetsbare ouderen die zichzelf wel hulpbehoevend vinden, lost een deel zijn verzorgingsproblemen op door familie of vrienden te vragen (mantelzorg) of particuliere hulp in te huren. Een deel zal ook een aanvraag doen bij de gemeente en/of het ciz voor langdurige hulp. Sommige aanvragers zullen een negatieve indicatie ontvangen omdat ze, hoewel kwetsbaar, volgens de indicatiecriteria nog voldoende zelfredzaam zijn en/of voldoende hulp ontvangen uit hun sociale netwerk. Anderen zullen wel een positieve indicatie ontvangen voor een Wmo-voorziening en/of AWBZ-zorg, wat recht geeft op zorg. De keten in figuur 13.1 laat zien dat er op theoretische gronden al een verschil te verwachten is tussen de 'kwetsbare ouderen' en de volgens de overheid 'meest kwetsbare personen' in Nederland. We zullen dit verschil in het vervolg cijfermatig uitdrukken. Daartoe onderscheiden we drie groepen: kwetsbare ouderen, hulpbehoevende ouderen, en ouderen die gebruikmaken van collectief gefinancierde verpleging en verzorging (vanuit de AWBZ en/of de Wmo). In theorie omvat de eerste groep de tweede en derde groep en de tweede groep de derde groep (zie figuur 13.1).

Het onderscheid tussen de drie groepen wordt duidelijk door te kijken naar hun zelfredzaamheid. Gebruikers van verpleging en verzorging zijn niet zelfredzaam en ontvangen daarom zorg. Hulpbehoevenden zijn ook niet zelfredzaam – zij zouden zelfs in aanmerking voor zorg kunnen komen – maar zij redden zich (ten dele) op een andere manier, bijvoorbeeld door hulp van familie en vrienden (mantelzorg), door zelfhulp, door woningaanpassingen of op een andere manier. Een deel van de kwetsbare ouderen is niet zelfredzaam, hulpbehoevend en gebruikt zorg. Een ander deel is blijkbaar kwetsbaar en zelfredzaam. Deze personen kunnen zichzelf redden naar hun mening maar lopen bewust of onbewust een groot risico om binnen enkele jaren afhankelijk te worden van zorg (zie hoofdstuk 6). Deze laatste groep is nog nauwelijks in beeld.

In het gecombineerde AVO/O11-bestand (zie hoofdstuk 4) van zelfstandig en in instellingen wonende personen van 65 jaar en ouder zijn de drie groepen als volgt afgebakend. De groep kwetsbare ouderen bestaat uit personen die een score van 5 of meer op de Tilburg Frailty Indicator hebben (zie hoofdstuk 4). De groep hulpbehoevenden omvat personen van wie op basis van hun hulpbehoefte verwacht kan worden dat zij hulp gaan vragen.³ Dit zijn personen met dezelfde kenmerken, zoals leeftijd en beperkingen, als mensen die in aanmerking komen (geïndiceerd zijn) voor verpleging en verzorging (Woittiez et al. 2009: 24).⁴ De groep gebruikers van verpleging en verzorging wordt gevormd door de bewoners van verzorgings- en verpleeghuizen en zelfstandig wonenden die in de afgelopen twaalf maanden collectief gefinancierde thuiszorg ontvingen (vgl. Woittiez et al. 2009).

In dit hoofdstuk beantwoorden we de volgende vragen: Hoeveel kwetsbare ouderen gebruiken verpleging en verzorging en welke vormen van verpleging en verzorging gebruiken kwetsbare ouderen? Welke kwetsbare ouderen gebruiken geen verpleging en verzorging? Hoe zal het aantal kwetsbare ouderen zich ontwikkelen in verhouding tot het aantal gebruikers van verpleging en verzorging?

13.2 Hoeveel kwetsbare ouderen ontvangen verpleging en verzorging?

Zes van de tien kwetsbare ouderen hebben in de laatste twaalf maanden verpleging en verzorging ontvangen vanuit de Wmo (gemeente) of de AWBZ (CIZ) (tabel 13.1). Het gaat bij benadering om 415.000 personen. De meeste kwetsbare ouderen (ca. 230.000) ontvangen zorg van de gemeente. Zo'n 160.000 kwetsbare ouderen ontvangen thuiszorg op grond van een AWBZ-indicatie van het CIZ. Ongeveer 130.000 kwetsbare ouderen ontvangen AWBZ-zorg in een verzorgings- of verpleeghuis.

Tabel 13.1

Gebruik van verpleging en verzorging door kwetsbare ouderen, 65 jaar en ouder, 2007 (in procenten en aantallen x 1000)^a

| | % | geschat aantal | betrouwbaarheids- interval |
|---|----|----------------|-------------------------------|
| Wmo-thuiszorg (huishoudelijke hulp) | 34 | 231 | 195-267 |
| AWBZ-thuiszorg (persoonlijke verzorging en/of verpleegkundige hulp) | 24 | 160 | 130-191 |
| totaal thuiszorg ^b | 42 | 283 | 244-322 |
| AWBZ- instellingszorg ^c | 20 | 132 | 128-136 |
| totaal verpleging en verzorging | 62 | 415 | 378-452 |

a Significantie: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$; n.s. = niet significant.

b Totaal: huishoudelijke hulp, persoonlijke verzorging en/of verpleegkundige hulp vanuit de Wmo of AWBZ.

c Verzorgingshuis- en verpleeghuiszorg.

Bron: SCP (AVO'07, OII'08)

Welke verpleging en verzorging gebruiken kwetsbare ouderen? Omdat bewoners van instellingen een totaalpakket aan zorg ontvangen, beschouwen we hier alleen de zelfstandig wonenden. Vier van de tien kwetsbare ouderen ontvangen huishoudelijke verzorging via de gemeente. Een kwart van de kwetsbare ouderen ontvangt hulp bij de persoonlijke verzorging en een op de acht krijgt verpleegkundige hulp thuis (tabel 13.2). Vanzelfsprekend ontvangen kwetsbare ouderen vaker dan niet-kwetsbare ouderen thuiszorg. Opmerkelijk is dat een op de tien de niet-kwetsbare ouderen thuiszorg ontvangt. Het kan zijn dat deze personen tijdelijk thuiszorg ontvingen in het afgelopen jaar en nu niet meer hulpbehoevend zijn.⁵

Tabel 13.2

Kwetsbaarheid naar ontvangen thuiszorg vanuit de Wmo of de AWBZ,^a zelfstandig wonende bevolking van 65 jaar en ouder, 2007 (verticaal gepercenteerd)^b

| | kwetsbaar | niet-kwetsbaar | totaal | sign |
|--------------------------------|-----------|----------------|--------|------|
| huishoudelijke hulp (Wmo) | 42 | 9 | 17 | *** |
| persoonlijke verzorging (AWBZ) | 25 | 3 | 8 | *** |
| verpleegkundige hulp (AWBZ) | 13 | 2 | 5 | *** |
| totaal ^c | 51 | 11 | 21 | *** |
| (n) | 463 | 1430 | 1894 | |

a Hulp die in het jaar voorafgaand aan het onderzoek is gegeven door een zorginstelling, een woonvoorziening of een ander type hulpverlener en betaald uit een persoonsgebonden budget.

b Significantie: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$; n.s. = niet significant.

c Totaal: huishoudelijke hulp, persoonlijke verzorging en/of verpleegkundige hulp vanuit de Wmo of AWBZ. De percentages in de drie kolommen tellen op tot meer dan de totaalpercentages, omdat personen meer vormen van zorg kunnen ontvangen.

Bron: SCP (AVO'07)

13.3 Kwetsbare ouderen zonder verpleging en verzorging

Welke kwetsbare ouderen ontvangen geen verpleging en verzorging? Vier van de tien kwetsbare ouderen maken geen gebruik van verpleging en verzorging vanuit de Wmo of AWBZ (tabel 13.1). Daar kunnen verschillende redenen voor zijn, zoals de wijze van indicatiestelling en de gehanteerde indicatiecriteria, een mate van zelfredzaamheid of de aanwezigheid van mantelzorg. Hier is echter nog geen onderzoek naar gedaan. Een eerste stap is het in kaart brengen van de groep kwetsbare ouderen zonder verpleging en verzorging. We beschrijven deze groep door deze te vergelijken met de groep die wel zorg ontvangt (tabel 13.3).

Tabel 13.3

Kenmerken van kwetsbare ouderen met en zonder verpleging en verzorging (in procenten)^a

| | zonder | met | sign. |
|--|--------|-----|-------|
| man | 38 | 23 | *** |
| gemiddelde leeftijd (in jaren) | 76 | 80 | *** |
| Kunt u voldoende lichamelijk actief zijn? | 46 | 54 | n.s. |
| Hebt u problemen in het dagelijks leven door | | | |
| slecht lopen? | 69 | 89 | *** |
| slecht uw evenwicht kunnen bewaren? | 76 | 89 | ** |
| slecht horen? | 35 | 21 | ** |
| slecht zien? | 35 | 36 | n.s. |
| lichamelijke moeheid? | 84 | 85 | n.s. |
| Hebt u zich de afgelopen maand somber gevoeld? | 30 | 24 | n.s. |
| Hebt u zich de afgelopen maand nerveus of angstig gevoeld? | 28 | 30 | n.s. |
| Woont u alleen? | 53 | 73 | *** |
| Mist u weleens mensen om u heen? | 30 | 29 | n.s. |
| (n) | 225 | 239 | |

a Significantie: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$; n.s. = niet significant.

Bron: SCP (AVO'07)

Kwetsbare ouderen zonder verpleging en verzorging onderscheiden zich op een aantal punten duidelijk van de kwetsbare ouderen met zorg. De kwetsbaren zonder zorg zijn gemiddeld jonger, het zijn vaker mannen, ze wonen vaker samen en hebben minder vaak bewegingsbeperkingen. Deze groep heeft dus meestal meer hulpbronnen tot zijn beschikking: vooral hun betere mobiliteit, relatief jongere leeftijd en het samenwonen duiden erop dat ze zelfredzamer zijn met hun partner of inwonende kinderen of vrienden.⁶

13.4 Ontwikkelingen in kwetsbaarheid en de vraag naar verpleging en verzorging

De toename van het gebruik van verpleging en verzorging door ouderen bepaalt in sterke mate de stijgende kosten van de AWBZ. Daarom maakt het SCP al geruime tijd in opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport ramingen van de vraag naar en het gebruik van verpleging en verzorging (Woittiez en Timmermans 2004; Jonker et al. 2007; Woittiez et al. 2009).

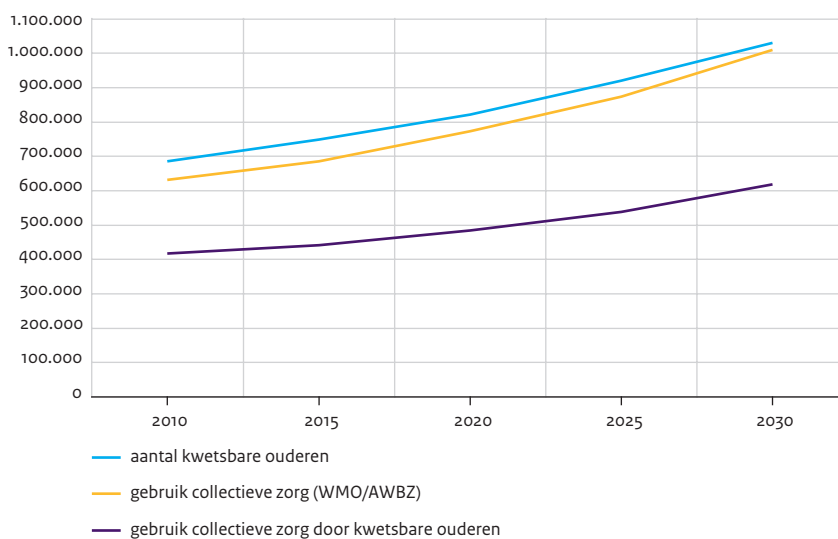
Naast de gebruikers en de vragers naar verpleging en verzorging zijn ook de kwetsbare ouderen een groep om in de gaten te houden met het oog op het toekomstige beroep op verpleging en verzorging. Deel III van dit rapport liet zien dat kwetsbare ouderen een groter risico lopen om binnen enkele jaren opgenomen te worden in een verzorgings- of verpleeghuis (zie hoofdstuk 6 en 8). Vier van de tien kwetsbare ouderen ontvangen dan wel geen verpleging en verzorging, maar deze groep heeft een grotere kans om binnen enkele jaren wel een beroep te gaan doen op langdurige thuiszorg of instellingszorg

vanuit de AWBZ. Daarom is het van belang een inschatting te maken van de omvang van de toekomstige groep kwetsbare ouderen (zoals in hoofdstuk 5), naast de bestaande SCP-ramingen van de vraag naar en het gebruik van verpleging en verzorging. Door tijdige signalering en interventie (preventie) door huisartsen en gemeenten zou voorkomen kunnen worden dat een deel van deze groep de AWBZ instroomt.

In hoofdstuk 5 stelden we vast dat het aantal kwetsbare ouderen in de periode 2010-2030 zal stijgen van ongeveer 690.000 naar circa 1 miljoen. Hoe verhoudt deze ontwikkeling zich tot het gebruik van verpleging en verzorging in deze periode?⁷ Dit is zichtbaar gemaakt in figuur 13.2 met de ontwikkelingen in de periode 2010-2030 van het totale aantal kwetsbare ouderen, het aantal kwetsbare ouderen dat collectief gefinancierde verpleging en verzorging ontvangt en het totale aantal ouderen dat deze zorg ontvangt.

Figuur 13.2

Ontwikkeling in het aantal kwetsbare ouderen^a en het gebruik van verpleging en verzorging in de bevolking van 65 jaar en ouder, 2010-2030 (in absolute aantallen)



- a Kwetsbare ouderen zijn personen van 65 jaar en ouder met een score van 5 of meer op de Tilburg Frailty Indicator.
 b Gebruik van verpleging en verzorging omvat Wmo- of AWBZ-gefinancierde huishoudelijke hulp, persoonlijke verzorging en verpleging thuis, en verzorgings- en verpleeghuiszorg.

Bron: SCP-bevolkingsmodel

In 2030 zal een kwart van de oudere bevolking kwetsbaar zijn, ongeveer 1 miljoen personen. Het aantal ouderen dat collectieve verpleging en verzorging ontvangt, zal iets kleiner zijn. Het aantal ontvangers van collectieve verpleging en verzorging neemt de komende twee decennia sneller toe (60%) dan het aantal kwetsbare ouderen (50%). De

trends in figuur 13.2 suggereren dat het gebruik een inhaalslag zal maken op het aantal kwetsbaren. Bekijken we de trend in het aantal kwetsbare ouderen dat gebruik zal maken van collectieve verpleging en verzorging, dan ziet men dat in 2030 slechts circa 600.000 kwetsbare ouderen gebruik zal maken van verpleging en verzorging. Merk op dat er een belangrijk verschil is tussen de trends in het gebruik van verpleging en verzorging en kwetsbaarheid. Het gebruik is geschat aan de hand van objectieve indicatiecriteria van het CIZ en het gemeentelijke Wmo-loket; kwetsbaarheid is vastgesteld op grond van oordelen van de ouderen zelf. Het verschil wordt duidelijker zichtbaar wanneer men het aantal kwetsbare ouderen dat verpleging en verzorging ontvangt in oogenschouw neemt. Slechts 60% van de kwetsbare 65-plussers zal in 2030 gebruikmaken van collectieve verpleging en verzorging.

13.5 Discussie en aanbevelingen

De ondersteuning en verzorging van ouderen door collectieve verpleging en verzorging (Wmo en AWBZ) is gebaseerd op een systeem van indicatiestelling dat bepaalt wie voor collectieve zorg in aanmerking komt en op hoeveel zorg diegene recht heeft. Bij een ruimhartige indicatiestelling komen ook kwetsbare ouderen in aanmerking voor zorg. De laatste jaren is de indicatiestelling voor de AWBZ aan het verscherpen. Men krijgt vaker een afwijzing bij het aanvragen van verpleging en verzorging wanneer een mantelzorger aanwezig is in het sociale netwerk. Het kabinet heeft recentelijk de indicatiestelling voor begeleiding aangescherpt, zodat alleen 'de meest kwetsbaren' in aanmerking komen (TK 2009/2010).

In dit licht is het niet verwonderlijk dat slechts de helft van de kwetsbare ouderen verpleging en verzorging ontvangt op grond van een indicatie van het CIZ en/of de gemeente. Kwetsbare ouderen komen in Nederland niet in aanmerking voor zorg tot het moment dat ze daadwerkelijk iets mankeren. Op grond van veelal een fysieke aandoening of beperking ontvangen ze dan verpleging en verzorging.⁸

Deze benadering van indicatiestellen gaat aan twee zaken voorbij die essentieel zijn voor de ouderenzorg. Ten eerste ontvangen personen vaak zorg op basis van een zichtbare functiebeperking. De meeste kwetsbare ouderen worden echter niet hulpbehoevend door één beperking maar door een opeenstapeling van samenhangende klachten. Veel ouderen hebben meer dan een chronische aandoening en een brede indicatiestelling zal meer kwetsbare ouderen signaleren.

Een tweede essentieel kenmerk van de zorg voor ouderen is dat zij kwetsbaar 'worden' en het niet van de ene op de andere dag 'zijn'. De huidige systematiek van indiceren mist een tijdsperspectief. Op grond van de registraties lijkt het of ouderen heel lang zelfredzaam en zelfstandig zijn tot een moment dat ze dat niet meer zijn. Dan ontvangen ze een indicatie voor zorg en blijkt bijvoorbeeld uit de herindicaties in de jaren daarna dat de hoeveelheid zorg toeneemt. In werkelijkheid gaat aan het moment van de eerste positieve indicatie natuurlijk een proces van toenemende kwetsbaarheid vooraf. Omdat de zorgregistratie pas begint op het moment dat een oudere ernstig hulpbehoevend is, mist de huidige systematiek instrumenten om eerder te interveniëren bij toenemende kwetsbaarheid. Vroegtijdige interventie kan opname en overlijden voorkomen.

In dit rapport zijn instrumenten gepresenteerd die de indicatiestelling in Nederland kunnen verbeteren. Ten eerste kan met een eenvoudig door een oudere of mantelzorger af te nemen vragenlijst kwetsbaarheid breed en vroegtijdig gesignaleerd worden in de oudere bevolking (zie deel 11). Ten tweede kan herhaalde afname van de vragenlijst het beloop van kwetsbaarheid onder ouderen in beeld brengen (zie deel 111), zodat niet tot het moment van de eerste indicatiestelling door de gemeente of het c1z hoeft te worden gewacht. Kwetsbare ouderen kunnen zo vroegtijdig opgespoord worden en komen veel eerder in beeld bij de gemeente en het c1z. De kosten van de afname zijn miniem. Het lokt geen zorg uit, want in principe wordt er nog geen zorg geïndiceerd, tenzij het beloop duidelijk aanleiding geeft voor een vervroegde indicatiestelling.

13.6 Samenvatting

De ouderenzorg werd lange tijd breed en landelijk georganiseerd vanuit en gefinancierd door de AWBZ. Enkele jaren geleden is een deel van de ouderenzorg lokaler georganiseerd door de gemeente en dit deel wordt gefinancierd in het kader van de Wmo. Daarnaast doet de rijksoverheid meer een beroep op de zelfhulp door ouderen en op hun sociale netwerken. De vraag is: In hoeverre bedient de huishoudelijke en persoonlijke verpleging en verzorging tegenwoordig de doelgroep van zelfstandig wonende kwetsbare ouderen?

Ouderen komen door middel van een indicatie van de gemeente of het Centrum Indicatiestelling Zorg in aanmerking voor collectief gefinancierde verpleging en verzorging (Wmo en/of AWBZ). Omdat het beroep op AWBZ-voorzieningen in de afgelopen decennia is toegenomen, voert de overheid al enkele jaren een strenger toelatingsbeleid.

Zes van de tien kwetsbare ouderen hebben in de laatste twaalf maanden verpleging en verzorging ontvangen van de gemeente (Wmo) of de rijksoverheid (AWBZ). Het gaat bij benadering om 415.000 personen. De meeste kwetsbare ouderen (ca. 230.000) ontvangen huishoudelijke verzorging van de gemeente. Zo'n 160.000 kwetsbare ouderen ontvangen thuiszorg op grond van een AWBZ-indicatie van het c1z. Ongeveer 130.000 kwetsbare ouderen wonen in een verzorgings- of verpleeghuis.

Vier van de tien kwetsbare ouderen maken geen gebruik van verpleging en verzorging. In vergelijking met de kwetsbare zorggebruikers zijn de kwetsbaren zonder zorg gemiddeld jonger en vaker man; ook wonen ze vaker samen en hebben ze minder bewegingsbeperkingen. Door deze hulpbronnen zijn ze even kwetsbaar maar minder hulpbehoevend. In 2030 zal een kwart van de bevolking van 65 jaar en ouder kwetsbaar zijn. Een kwart van de oudere bevolking maakt gebruik van collectief gefinancierde zorg (AWBZ en/of Wmo). Deze groepen overlappen elkaar echter maar ten dele. Slechts 60% van de kwetsbare 65-plussers zal in 2030 gebruikmaken van collectieve verpleging en verzorging. De huidige systematiek van indiceren door gemeenten en het c1z kan verbeterd dan wel aangevuld worden door herhaalde metingen van kwetsbaarheid in een vroeg stadium, ruim voor ouderen hulpbehoevend worden en een aanvraag voor zorg en ondersteuning gaan doen bij de gemeente of het c1z. Deze metingen van kwetsbaarheid kunnen door de ouderen zelf of hun mantelzorgers uitgevoerd worden door het invullen van een kort

en eenvoudig vragenlijstje (met vijftien ja/nee-vragen). Dit biedt gemeentes en het CIZ een instrument om kwetsbaarheid te volgen in de oudere bevolking.

Noten

- 1 De instellingen die langdurige zorg verlenen aan ouderen zijn: instellingen voor thuiszorg, verzorgingshuizen, verpleeghuizen, instellingen voor lichamelijk of verstandelijk gehandicapten, regionale instellingen voor beschermd wonen (RI BW's), psychiatrische ziekenhuizen, psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen (PA AZ'en), ziekenhuizen en instellingen voor revalidatie. Omdat het gros van de ouderen gebruikmaakt thuiszorg, verzorgingshuizen en verpleeghuizen beperken we de analyses tot de sector verpleging en verzorging.
- 2 Verwacht wordt dat het gebruik van de functie 'begeleiding' zal afnemen (CIZ/HHM 2008). Veel ouderen met begeleiding zullen een beroep gaan doen op andere zorgvormen, met name op de Wmo (Dam et al. 2009).
- 3 Woittiez et al. (2009) noemen deze groep 'potentiële vragers' naar verpleging en verzorging.
- 4 Een deel van deze groep heeft de kenmerken om positief geïndiceerd te worden maar zal op grond van de maatregel 'gebruikelijke zorg' (er is voldoende mantelzorg aanwezig) toch een negatieve indicatie ontvangen.
- 5 Ook kan het zijn dat de thuiszorgontvanger één ernstige beperking heeft. Hij of zij heeft daardoor een lage score op het meetinstrument voor kwetsbaarheid (TFI) dat de opeenstapeling van verschillende problemen meet.
- 6 De groep zonder zorg is gemiddeld minder kwetsbaar (met een TFI-score van 7,3) dan de groep met zorg (met een TFI-score van 7,9). Dit is een significant verschil ($p < 0,01$).
- 7 Onder verpleging en verzorging verstaan we thuiszorg en instellingszorg aan ouderen. Deze omvat huishoudelijke hulp, persoonlijke verzorging en verpleging thuis, en verzorgings- en verpleeghuiszorg. De gemeentelijke Wmo financiert de huishoudelijke zorg en de landelijke AWBZ de overige zorgfuncties.
- 8 Het kan zijn dat een deel van de kwetsbare ouderen begeleiding vanuit de AWBZ en/of Wmo ontvangt. Deze personen bleven buiten onze analyses.

Hendrika Taal-Toet

(89 jaar)



‘Ik bekijk het leven van de vrolijke kant, dan voel je je minder kwetsbaar. Ik heb een moeilijk leven gehad maar ik treur niet. Ik heb een opgeruimd karakter, ben vrolijk en kan goed alleen zijn. Ik kleed me nog gezellig aan, draag sieraden en maak me op. Ik zou nog een heleboel jaren willen doorgaan; ik kan me niet voorstellen dat ik er niet meer zou zijn.’

14 Kwetsbaarheid en behoud van kwaliteit van leven. Slotbeschouwing

Cretien van Campen (SCP)

Zorgverleners geven aan dat de late onderkenning van kwetsbaarheid bij ouderen een urgent probleem is (Gezondheidsraad 2008, 2009; KNMG 2010). Ouderen kunnen namelijk beter behandeld worden als hun meervoudige lichamelijke, psychische en sociale problemen vroegtijdig worden gesignaleerd. Beleidsmakers zien de kwetsbare ouderen als een belangrijke doelgroep, maar geven niet aan welke ouderen zij precies op het oog hebben. In wetenschappelijk onderzoek zijn verschillende definities voorhanden, maar er is geen consensus over welke te volgen (zie hoofdstuk 3; vgl. Slaets 2004; Deeg en Puts 2007; Van Iersel et al. 2009; Kempen 2009; Gobbens et al. 2010a).

Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft het Sociaal en Cultureel Planbureau gevraagd een verkenning uit te voeren naar kwetsbare ouderen in Nederland. In de beleidsdiscussies over de ouderenzorg wordt het relatief jonge begrip gebezigd naast oudere en gevestigde begrippen als functiebeperkingen, (multi)morbiditeit, kwaliteit van leven, zelfstandigheid (autonomie) en zelfredzaamheid. Wat voegt het begrip 'kwetsbaarheid' nog toe aan deze begrippen?

Gesprek tussen oudere en hulpverlener

Wat als eerste opviel in deze studie is dat 'kwetsbaarheid' een hulpverlenersbegrip is dat weinig betekenis heeft voor ouderen zelf. Kwetsbare ouderen vertelden dat ze weinig kunnen met het begrip en dat ze er zich weinig bij voor kunnen stellen (zie hoofdstuk 2). Voor ouderen staat het behoud van kwaliteit van leven voorop (Mootz 2009; De Lange 2009; Hertogh 2010). Onderzoek laat zien dat 'kwetsbaarheid' en 'gezondheid-gerelateerde kwaliteit van leven' inhoudelijk grotendeels samenvallen (zie hoofdstuk 3; vgl. Egging en Van Campen (nog te verschijnen)). Hulpverleners kunnen daarom met kwetsbare ouderen het beste spreken over behoud en verlies van kwaliteit van leven; het hulpverlenersjargon rond kwetsbaarheid of de aan de internationale literatuur ontleende term fragiliteit kunnen zij beter vermijden.

Wie spreekt over kwetsbaarheid belicht tevens slechts één zijde van de balans tussen draaglast en draagkracht. In onderzoek naar kwetsbaarheid is tot nu toe weinig aandacht besteed aan de draagkracht van ouderen, bijvoorbeeld aan hun weerbaarheid. Onderzoek naar de kwaliteit van leven biedt meer inzicht in de draagkracht (vgl. Pot 2010; Westerhof en Bohlmeijer 2010). In gesprekken met kwetsbare ouderen zou dus aandacht moeten worden geschonken aan beide zijden van de balans. Het doel van een eventuele interventie is namelijk de balans tussen draagkracht en draaglast in het leven van de kwetsbare oudere te herstellen (vgl. Zijlstra 2008).

Nu bezoeken huisartsen, praktijkondersteuners en gemeentelijke indicatiestellers voor de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) kwetsbare ouderen al thuis voor een 'gesprek', maar dat is nog niet de regel of gewoonte (KNMG 2010; VNG 2010). De praktijk

verschilt van huisarts tot huisarts en van gemeente tot gemeente. Een deel van de huisartsen neemt tijdens een consult de tijd voor een 'integrale probleemverheldering', een ander deel behandelt klachtgericht. Iets vergelijkbaars ziet men bij gemeenten. Een deel van de gemeentelijke indicatiestellers gaat op huisbezoek voor een integrale probleemverheldering, een ander deel indiceert 'claimgericht' en behandelt iedere aanvraag voor een individuele voorziening apart (De Klerk et al. 2010; Boekholdt en Coolen 2010). Ouderenorganisaties geven aan dat ouderen klagen dat gesprekken met de dokter vooral gaan over medische onderwerpen en dat er weinig aandacht is voor problemen zoals eenzaamheid en sociale uitsluiting (Slager en Van Minnen 2010).

In gesprek komen met kwetsbare ouderen gaat niet vanzelf. Ten eerste zal het gesprek gevoerd moeten worden in een taal die de oudere aanspreekt. Een gesprek over behoud van de huidige kwaliteit van leven (een eigen huis, familie en vrienden, hobby's) zegt de oudere meer dan het medisch georiënteerde hulpverlenersjargon. Ten tweede zullen hulpverleners tijd moeten maken voor een gesprek. De tijd die een huisarts kan uittrekken voor een consult of een Wmo-indiciesteller voor een huisbezoek is echter beperkt. In een aantal huisartspraktijken en gemeenten neemt men meer tijd voor een integrale probleemverheldering door middel van een huisbezoek. Een huisbezoek kost echter tijd en geld. Daarom is het van belang om de kwetsbare ouderen vroegtijdig te herkennen, want dan kan er meer tijd voor de probleemverheldering bij deze specifieke groep worden uitgetrokken.

Signalering van kwetsbaarheid

Een vroegtijdige signalering van kwetsbaarheid bij ouderen heeft vanzelfsprekend voor- en nadelen. Een voordeel is dat men personen vroegtijdig kan helpen om erger te voorkomen. Een nadeel is dat men ingrijpt in het persoonlijk leven van iemand die zelf niet om hulp gevraagd heeft. Dat blijft een lastige afweging.

Dankzij alle aandacht voor kwetsbaarheid zijn er instrumenten ontwikkeld die het mogelijk maken om kwetsbare ouderen te signaleren. Zo kan men met een korte vragenlijst van vijftien ja/nee-vragen, die ouderen zelf kunnen invullen, snel en eenvoudig de kwetsbaren opsporen. Deze vragenlijst kan tegen geringe kosten worden ingezet door hulpverleners, indicatiestellers, woningcorporaties, gemeenten, welzijnswerk en buurtwerk, ouderenadviseurs, ouderenbonden, enzovoort (zie voorbeelden van projecten op www.nationaalprogrammaouderenzorg.nl). Een groot deel van de ouderen kan de vragenlijst zelf invullen. Probleem is natuurlijk dat juist de kwetsbare ouderen, vooral als zij cognitieve problemen ervaren, meer moeite zullen hebben met het invullen van de vragenlijst of het gewoon niet kunnen. Deze hulpbehoevende ouderen zullen echter vaak al zorg ontvangen. Het is juist de groep ouderen met beginnende kwetsbaarheid, de doelgroep van de vroegtijdige onderkenning, waarvoor het instrument bedoeld is en zij kunnen de vragenlijst in de meeste gevallen nog wél invullen. Daarnaast is het instrument, zoals de onderhavige studie toont, geschikt voor toepassing in bevolkings-surveys en -peilingen.

Kortom: een meetinstrument lijkt ideaal om de doelgroep voor nader onderzoek tijdig te herkennen. Een probleem is wel dat er momenteel verschillende vragenlijsten beschikbaar zijn, die verschillende vormen van kwetsbaarheid signaleren. Het ene instrument

spoort fysieke kwetsbaarheid op, het andere ook psychosociale kwetsbaarheid. Het ene instrument signaleert kwetsbaarheid met het oog op een specifieke geriatrische interventie, het andere neemt ook de leefsituatie van de oudere in ogenschouw. Er is behoefte aan consensus over één instrument dat breed ingezet kan worden om kwetsbaarheid bij ouderen te signaleren. Aan de evaluatie van reeds in interventiestudies toegepaste kwetsbaarheidinstrumenten wordt overigens al gewerkt (zie www.nationaalprogramma-ouderenzorg.nl).

Het is bekend dat ouderen met meervoudige, complexe problematiek vaak te maken hebben met een hele reeks instellingen en zorgverleners, uiteenlopend van de huisarts, de apotheker, verpleegkundigen, fysiotherapeuten, geriateren en specialisten in het ziekenhuis tot het welzijnswerk, vervoers- en woonvoorzieningen van de gemeente, thuiszorg, geestelijke gezondheidszorg en daarnaast informele hulp van mantelzorgers en vrijwilligers. Die stemmen hun hulp niet altijd even goed op elkaar af, zo blijkt in de praktijk. Er is dan ook veel behoefte aan multidisciplinaire samenwerking in de ouderenzorg (Mootz 2009; Boekholdt en Coolen 2010). Veel hulpverleners vinden ook dat een integrale signalering duidelijker maakt welke hulpverleners betrokken dienen te worden in de behandeling en ondersteuning. Kwetsbare ouderen met meervoudige problematiek lijken gebaat bij integrale zorg (d.w.z. onderling afgestemde zorg door verschillende hulpverleners) met één aanspreekpunt voor de oudere en zijn familie. De praktijk-ondersteuner van de huisarts vervult in de huidige situatie vaak deze functie.

Multidisciplinaire samenwerking in zorg en welzijn komt echter moeilijk van de grond (Timmermans 1994; De Klerk 2004). In de jaren zeventig en tachtig werden al samenwerkingsexperimenten uitgevoerd in gezondheidscentra (Sixma 1997) en in het lopende Nationaal Programma Ouderenzorg zijn wederom experimenten gestart die de multidisciplinaire samenwerking willen bevorderen (www.nationaalprogrammaouderenzorg.nl). Hoewel veel hulpverleners, onderzoekers en beleidsmakers een integrale kwetsbaarheidsbenadering omarmen, is er nog weinig wetenschappelijk bewijs voor gezondheidswinst door vroegtijdige signalering van kwetsbaarheid en voor doelmatigheidswinst door multidisciplinaire behandeling en zorg. Er is dus behoefte aan wetenschappelijk bewijs voor en inzicht in welke vormen van multidisciplinaire samenwerking gezondheidswinst bij kwetsbare ouderen opleveren. We komen hier later op terug.

Een groep die in veel studies naar kwetsbare ouderen buiten beschouwing blijft, is de groep ouderen van niet-westerse afkomst. Het vermoeden bestaat dat er onder hen veel kwetsbaren zijn. Ook over de relatie tussen kwetsbaarheid, etnische afkomst, migratie en inburgering in de Nederlandse samenleving is nog weinig bekend (Çelik en Groenestein 2010). Oudere niet-westerse allochtonen die relatief kort in Nederland zijn en slecht of geen Nederlands spreken en maatschappelijk geïsoleerd leven, kennen waarschijnlijk een andere kwetsbaarheid dan de ouderen in dit rapport (Schellekens 2009; Raghoebier en Witter 2010). Hun aandeel in de ouderenpopulatie is echter nog erg klein; bovendien is in de niet-westers allochtone groepen het aandeel ouderen veel lager dan onder de autochtone bevolking. Inmiddels zijn er enkele studies naar het beloop van gezondheidsproblemen bij oudere allochtonen gestart (Kulu Glasgow et al. 2010; Goudsmid et al. (nog te verschijnen)).

Juiste interventie op het juiste moment

Kwetsbaarheid is een proces van achteruitgang door een accumulatie van lichamelijke, psychische en/of sociale tekorten. Deze beschouwing van kwetsbaarheid wijkt af van de gangbare benadering in onder meer ziekenhuizen, waar meer in termen van ziekte-categorieën wordt gedacht (vgl. Gezondheidsraad 2009). In het financieringskader van de diagnose-behandelcombinaties (DBC's) dat ziekenhuizen toepassen, is weinig oog voor meer aandoeningen tegelijkertijd, voor de omstandigheden waaronder aandoeningen ontstaan en voor het beloop van kwetsbaarheid. Deze financieringstechniek heeft invloed op de wijze van behandelen. Deze richt zich op enkelvoudige ziekte-categorieën en dit past niet goed op de meervoudige en complexe problematiek van kwetsbare ouderen. Een multidisciplinaire aanpak lijkt hier beter op zijn plaats, maar deze past echter moeilijk in het huidige vergoedingstelsel (Mootz 2009).

Om recht te doen aan de dynamiek van kwetsbaarheid is in dit rapport onderzocht hoe de kwetsbaarheid zich ontwikkelt en of er in die ontwikkeling verschillende patronen zijn te onderscheiden. De resultaten laten zien dat kwetsbare ouderen niet als een homogene groep behandeld kunnen worden. Afhankelijk van het beloop van hun kwetsbaarheid kunnen verschillende interventies nodig zijn, op verschillende momenten. Om vast te kunnen stellen wat het juiste moment is voor een interventie en hoe er moet worden ingegrepen, is het nodig het beloop van kwetsbaarheid goed in kaart te brengen. In onze studie laat het belooptype van 'tijdelijk kwetsbaren' bijvoorbeeld zien dat eenmaal kwetsbaar niet altijd kwetsbaar hoeft te betekenen. Het zou interessant zijn om nader te onderzoeken wanneer de kwetsbaarheid vermindert en wat deze kentering teweeg heeft gebracht.

Het verdient aanbeveling om bestaande panels en monitors van ouderen te blijven ondersteunen omdat zij inzicht kunnen geven in het beloop van kwetsbaarheid bij ouderen. Longitudinale reeksen zijn echter kostbaar en hebben vooral bij ouderen te maken met bovenmatig veel uitval door ernstige ziekten en overlijden. Er komen in Nederland steeds meer gegevens beschikbaar van panels en monitors met een substantiële vertegenwoordiging van ouderen, zoals de Longitudinal Ageing Study Amsterdam (LASA), het Nationaal Panel Chronisch zieken en Gehandicapten (NPCG), de Bevolkingsmonitor Gezondheid Ouderen, de Monitor Geestelijke Gezondheid Ouderen (MEMO) en de database Resident Assessment Instrument (RAI).

Deze databestanden bieden mogelijkheden om de groep kwetsbare ouderen in de bevolking te volgen en te onderzoeken. Door middel van tijdreeksanalyses zijn nog veel nieuwe inzichten te krijgen in het beloop van kwetsbaarheid tijdens het leven van ouderen (Pot 2009). De longitudinale analyses in dit rapport bieden een basis voor geavanceerdere studies. Een verfijnder beeld van de dynamiek van kwetsbaarheid geeft bijvoorbeeld inzicht in de wisselwerking tussen behoud van kwaliteit van leven en zorg-investeringen.

Kosten van de vergrijzing

Politici zien de vergrijzing als een groot probleem voor de toekomst. Meestal gaan deze discussies over de toenemende kosten van ouderen voor de samenleving. De vaststelling dat in 2030 een kwart van de bevolking 65-plus is, wordt vaak gevolgd door de vraag: hoe gaan we dat betalen? Er wordt stilzwijgend aangenomen dat (veel) ouderen dure zorg nodig hebben en dat met name kwetsbare ouderen een groep gaan vormen die hogere kosten zal genereren.

Feitelijk genereren kwetsbare ouderen op zichzelf nog geen extra kosten. Pas als ze hulpbehoevend worden, *kunnen* ze de samenleving extra geld gaan kosten. Als het lukt om de kwetsbare ouderen tijdig te herkennen kan zware, kostbare zorg wellicht worden voorkomen en volstaat een lichtere, goedkopere zorg (vgl. Q-consult 2008). Deze lichtere zorg kan ook vaak door de oudere zelf en door zijn familie en vrienden worden verleend (De Boer et al. 2009).

Deze mogelijke besparing op collectieve voorzieningen gaat dus samen met meer zelf-regie door de ouderen en hun netwerk, meer zelfstandigheid en betere zelfredzaamheid. Uit de ramingen in dit rapport komen al aanwijzingen dat ouderen in de toekomst een kleiner risico op kwetsbaarheid lopen omdat zij dan gemiddeld hoger zijn opgeleid en daardoor over betere hulpbronnen en competenties beschikken om zelf de regie te voeren. In de ramingen is rekening gehouden met het feit dat zowel de gemiddelde levensverwachting als het aantal 85-plussers stijgt (de zogenoemde dubbele vergrijzing). Een kleine meevaller voor de overheidsfinanciën is dat het aantal kwetsbare ouderen naar verwachting minder sterk zal stijgen dan de huidige demografische modellen voorspellen. Het aandeel kwetsbaren onder 65-plussers zal de komende decennia zelfs dalen. Niettemin blijft staan dat er naar verwachting de komende twintig jaar ruim 300.000 kwetsbare ouderen bijkomen.

Vooralsnog is er empirisch weinig bekend over kostenbesparing door vroegtijdige signalering van kwetsbaarheid bij ouderen. Het verdient aanbeveling kosten-batenanalyses te laten uitvoeren op basis van longitudinale gegevens over ouderen en hun zorggebruik; deze analyses kunnen laten zien op welke momenten of bij welke gebeurtenissen gedurende de levensloop de baten en kosten stijgen of dalen.

Wie kan wat doen?

Op het juiste moment de juiste interventie toepassen is belangrijk om vroegtijdige tehuisopname of overlijden te voorkomen, maar wie neemt het initiatief en op welk moment? Laten we met de kennis die we nu hebben terugkeren naar de casus van mevrouw H. uit de inleiding van dit rapport. Wie zou wat kunnen doen in haar laatste levensjaren?

Ouderen

In de eerste plaats had mevrouw H. zelf iets kunnen doen, als ze zich bewust was geweest van haar toenemende kwetsbaarheid. Ouderen blijken vaak niet te beseffen dat zij kwetsbaar zijn. Dat bewustzijn zou vergroot kunnen worden door hun een vragenlijst beschikbaar te stellen (online of via krantjes en folders of tijdens gesprekken met hulpverleners). Wie boven de grenswaarde scoort op de vragenlijst weet dan dat een bezoek aan de huisarts wel verstandig is.

Als ouderen zich bewust worden van hun kwetsbaarheid dan heeft dat grote voordelen. Ze erkennen het probleem en kunnen aan de oplossing ervan gaan werken door bijvoorbeeld gezonder te leven, meer te bewegen, een sociaal hulpnetwerk te organiseren en hun weerbaarheid te verhogen. Ze nemen dan sneller verantwoordelijkheid voor hun gezondheid en kunnen beter de regie over hun leven behouden – vaardigheden die de ervaren kwaliteit van leven vergroten (Westerhof en Bohlmeijer 2010). Er zijn speciale cursussen die ouderen helpen deze vaardigheden te ontwikkelen en te gebruiken (Steверink 2009; Kempen 2009; Jonker et al. 2010).

Huisartsen

De huisarts ziet 80% van de kwetsbare ouderen, zo blijkt uit dit onderzoek. De huisartspraktijk is de spil in de signalering van kwetsbaarheid bij ouderen en in de multidisciplinaire behandeling van hun problemen. Met behulp van een vragenlijst kan de huisarts gemakkelijk de tekenen van kwetsbaarheid vaststellen, los van de klacht waarvoor de oudere komt. Vervolgens biedt de vragenlijst de huisarts de gelegenheid om meer problemen te signaleren dan die de patiënt zelf noemt en een behandeling voor te schrijven die het gehele functioneren van de oudere moet verbeteren en niet enkel de gemelde klacht (Gezondheidsraad 2008, 2009; Mootz 2009; Kempen 2009).

Gemeente

Vragenlijsten voor het meten van kwetsbaarheid kunnen gemeenten ondersteunen bij het uitvoeren van hun preventietaak. Gemeenten dienen immers zorg te dragen voor het monitoren, signaleren en voorkomen van gezondheidsproblemen bij ouderen (TK 2009/2010; Zantinge et al. 2011). Het signaleren van kwetsbaarheid kan helpen bij het bereiken van drie in de Wet publieke gezondheid (WPG) omschreven doelen: 'a. het systematisch volgen en signaleren van de gezondheid van ouderen en gezondheidsbevorderende en -bedreigende factoren; b. het ramen van de behoeften aan zorg; c. vroegtijdige opsporing en preventie van specifieke stoornissen als multimorbiditeit' (WPG 2010, art. 5a).

Gemeenten besteden indirect aandacht aan kwetsbare ouderen door projecten te organiseren die eenzaamheid tegengaan en zelfregie bevorderen, door de aandacht te vestigen op sociaaleconomische gezondheidsverschillen, en door lichamelijke fitheid te stimuleren (Van Regenmortel 2010; Zantinge et al. 2011). Regelmatig bewegen bevordert de gezondheid van ouderen en kan achteruitgang in functioneren, zelfredzaamheid en maatschappelijke participatie voorkomen (Chorus et al. 2010). Leefstijlverandering bij ouderen is overigens lastig te bewerkstelligen, want ouderen hebben vaak ingesleten gewoonten (Zantinge et al. 2011).

De Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) verplicht gemeenten hun burgers op een aantal levensdomeinen (zoals het voeren van een huishouden, het verplaatsen of het aangaan van sociale contacten) te compenseren voor de gevolgen van hun beperking. Uit de onderhavige studie bleek dat compensatie in de vorm van woningaanpassingen pas wordt geboden op het moment dat de kwetsbaarheid niet meer omkeerbaar is. Het zou goed zijn om kwetsbare ouderen al eerder in beeld te hebben. Een deel van deze ouderen is wellicht ooit al bij de gemeente geweest, bijvoorbeeld voor het aanvragen van huishoudelijke hulp of via het welzijnswerk.

Als ouderen het Wmo-loket bezoeken, is het meestal voor de aanvraag van een individuele voorziening, zoals huishoudelijke zorg of een woningaanpassing. Gemeenten zouden op zo'n moment ook kunnen kijken naar de 'vraag achter de vraag'. De meeste gemeenten doen dit ook (De Klerk et al. 2010; VNG 2010), althans – ze streven ernaar, want in de praktijk gebeurt het niet altijd. Zo vindt een kwart van de aanvragers van een individuele voorziening dat er te weinig over hun persoonlijke situatie wordt meegedacht (De Klerk et al. 2010). Met een kwetsbaarheidsindicator heeft de gemeente een instrument in handen om een belangrijke doelgroep van de Wmo in kaart te brengen en te kijken op welke vlakken ouderen problemen hebben.

Verpleging en verzorging

Ouderen die niet meer in staat zijn om zelf een huishouden te voeren of de regie over hun leven te behouden komen in aanmerking voor zorg aan huis; als de situatie ernstiger is dan hebben zij recht op opname in een verzorgings- of verpleeghuis. Het Centrum indicatiestelling zorg (CIZ) voert de indicatiestelling uit voor langdurige door de AWBZ gefinancierde zorg. Het hanteert bij het toekennen van deze zorg het criterium van zelfredzaamheid op het moment van de aanvraag.

Het monitoren van het beloop van kwetsbaarheid in de indicatiestelling heeft voordelen voor zowel de oudere zelf als de overheid, die de AWBZ beheert. Het beloop van toenemende kwetsbaarheid is namelijk een goede voorspeller van het gebruik van zwaardere AWBZ-zorg, zo blijkt uit de onderhavige studie. Een persoon die snel achteruitgaat, zal bijvoorbeeld sneller terugkeren voor een herindicatie voor zwaardere zorg dan een persoon wiens gezondheid stabiel is. Het CIZ beschikt over databestanden van longitudinaal onderzoek naar de zorgcarrières van personen – de opeenvolgende indicaties per persoon vanaf de eerste positieve indicatie. Onderzocht zou kunnen worden bij welke groepen kwetsbare ouderen het CIZ op grond van informatie over het beloop van kwetsbaarheid vroegtijdig lichte vormen van zorg kan indiceren om zware zorg zoals een opname op een later tijdstip te voorkomen of uit te stellen.

Alle voorzieningen overziend....

Kwetsbare ouderen hebben meer dan een aandoening en daarmee samenhangende maatschappelijke problemen. De huidige ouderenzorg is echter in beginsel nog ingericht om enkelvoudige aandoeningen te verhelpen: ouderen komen bij de dokter met een klacht en deze wordt behandeld volgens ziektespecifieke protocollen; de interventie wordt vergoed dankzij ziektespecifieke financiering. Klachten die niet in een ziektecategorie passen, zoals eenzaamheid en verlies van een partner, krijgen minder

aandacht. Gevolg is dat kwetsbare ouderen zich niet gehoord voelen. Ze kunnen hun verhaal niet altijd kwijt bij de dokter. Ook gemeenten werken nog vaak in beginsel klachtgericht en het aanbod van voorzieningen voor kwetsbare ouderen is versnipperd (De Klerk et al. 2010; Zantinge et al. 2011). Bovendien is er weinig afstemming tussen gemeente en huisartsen in de zorg voor kwetsbare ouderen (Oomen 2009). Hoewel ruimschoots wetenschappelijk is bewezen dat het vaststellen van kwetsbaarheid bij ouderen zinvol is, zal de meerwaarde van de brede benadering van kwetsbaarheid nog moeten worden bewezen door middel van wetenschappelijk geëvalueerde interventies. Tot nu toe is de brede benadering vooral van dienst geweest bij het verleggen van accenten: van zorginterventies nadat ernstige gezondheidsproblemen zijn opgetreden naar een vroegtijdige signalering van de problematiek; en van een klachtgerichte medische behandeling naar een probleemverheldering van de meervoudige en sociale problematiek van kwetsbare ouderen. Het doel is behoud van kwaliteit van leven en niet het wegnemen van de ziekte of klacht alleen. Het meten van kwetsbaarheid is een middel om dat doel dichterbij te brengen. Of dat haalbaar is voor alle kwetsbare ouderen is overigens nog de vraag. Voor de ouderen die aan het begin staan van het proces van toenemende kwetsbaarheid (bijvoorbeeld na een ingrijpende levensgebeurtenis zoals het verliezen van de partner) kan een vroegtijdige signalering en interventie betekenen dat zij langer de regie in handen houden over hun kwaliteit van leven.

Summary

The frail elderly

Frail older persons have become an important policy target group in recent years for Dutch government ministries, welfare organisations and senior citizens' organisations. But who are the frail elderly in the Netherlands? At the request of the Dutch Ministry of Health, Welfare and Sport, the Netherlands Institute for Social Research/SCP sought answers in this study to the following questions: What is frailty? Which older persons are frail and how many frail older persons are there in the Netherlands? How does frailty develop during the lives of older persons? What protects older persons against frailty?

What is frailty?

Older persons do not think about themselves in terms of frailty; they rarely use the word 'frail' to describe their situation. They are mainly concerned with their quality of life, asking questions such as 'what is important?', 'what do I value?' and 'what gives meaning to my life?'. The older persons who were interviewed for this study – all of whom had been referred by their GP to a geriatric clinic on account of their frailty – cited health, life partner, children and grandchildren and other close relatives as being 'important in their lives'. Loss of health and relationships, and anxiety about that loss, would severely undermine their quality of life. They also expressed a desire to continue living independently for as long as possible.

When asked what the term 'frailty' meant for them, the respondents gave very different answers, for example 'being insulted' or 'losing your way'. Others mentioned health risks, which comes closer to medical views about frailty. Most respondents talked mainly about the causes of social frailty, such as the loss of a partner and social contacts, today's harder society and being dependent on others.

Varying ideas are current among health professionals about what constitutes frailty in older persons. The many definitions of the concept make it difficult to arrive at a uniform identification of frail older persons. Health professionals and researchers either opt for a narrow approach which focuses purely on physical frailty, or for a broad approach which also takes into account psychological and social frailty. The term 'frailty' is used primarily as an heuristic or directional term to refer to risk groups and to organise care, rather than as a diagnostic tool.

This report adopts a broad approach: frailty in older persons is a process involving the accumulation of physical, psychological and/or social deficits in functioning which increase the risk of adverse health outcomes (functional impairments, admission to an institution, death). Several measurement instruments are available in the Netherlands to identify this broadly interpreted frailty. If someone shows signs of frailty (i.e. achieves a certain score on one of these measurement instruments), an investigation is carried out by health professionals to pinpoint precisely what the problem is. Based on the outcome

of the investigation, health professionals can make a decision in consultation with the patient on the most appropriate care and support.

For the sake of consistency, one measurement instrument, the Tilburg Frailty Indicator (TFI), has been used throughout this report; the only exception is chapter 12 on local authority support, where the Groningen Frailty Indicator (GFI) is used. The two questionnaires cover more or less the same topics and measure roughly the same concept. The TFI measures frailty on the basis of 15 questions about strength, diet, stamina, mobility, physical activity, balance, hearing and vision (= physical domain), cognition, mood and coping (= psychological domain), being alone, social relationships and social support (= social domain). The physical domain in the TFI corresponds with the narrow interpretation of frailty.

The broader interpretation and measurement of frailty overlaps with the notions of 'quality of life' and 'successful ageing', which are also used in research on the elderly. Measurements of perceived quality of life and subjective well-being are related to measurement of frailty in older persons. The broad interpretation of frailty sets itself apart from the concepts of 'multimorbidity' and 'physical impairments' by emphasising not just organic and physical problems, but also psychosocial problems as experienced by older persons themselves. Empirically, however, there is a good deal of overlap between the populations of frail older persons, older persons with multimorbidity and older persons with long-term physical impairments. There is a small group of frail older persons without multimorbidity or severe long-term impairments; this group of frail older persons live independently, are relatively young and are frail primarily in the psychological and social domains.

Which older persons are frail?

Based on a broad definition of frailty, it is estimated that there were more than 600,000 frail persons aged 65 years and older living in the Netherlands in 2007 (based on the TFI). Most of them – over 500,000 persons – were living independently; the rest were living in care homes or nursing homes. Roughly a quarter of over-65s living independently are frail. The percentage is much higher among people living in institutions: three-quarters of care home residents and virtually all residents of nursing homes are frail.

Frail older persons are more often very elderly, women or living alone and more often come from the lower socioeconomic classes. However, the decisive factor in their frailty is having one or more diseases (multimorbidity) and having moderate or severe functional impairments (in relation to mobility, personal care and/or performing domestic tasks).

According to the SCP population model, the number of frail persons aged 65 years and older in the Netherlands is likely to increase between 2010 and 2030 from just under 700,000 to more than one million. That is an increase of more than 300,000 frail older persons over the next 20 years. On the other hand, it is roughly 100,000 fewer than might be expected on the basis of current demographic forecasts. The percentage of frail over-65s will slightly fall over the same period from 27% to 25%. In particular, the rising education level of older persons mitigates the increase in the number of frail elderly.

According to SCP forecasts, the profile of the frail elderly population will also change over the next two decades. From around 2025 onwards, the percentage of people aged over 85 in this group will increase. The share of older persons who are divorced or have never married will also increase, though these are relatively small groups. Similarly, the percentage of people with slight impairments, also a relatively small group, will increase. To date, this vulnerable group has received little attention from health professionals and policymakers.

Development of frailty

Frailty is not a state, but a process. For our study, a group of over-65s were monitored over a period of seven years. During that period (in which the over-65s became over-72s), the percentage of frail older persons in the group increased from 22% to 28%. Frailty can develop along various pathways; we distinguished between six progression pathways in this study. 39% of the monitored group of older persons remained alive without becoming frail; 16% died without having been frail; 6% were temporarily frail (initially frail, later not); 13% became frail during the period studied; 7% were frail throughout the entire period; and 20% died after having been frail for a time.

The development of frailty was found to be an important predictor of admission to a care or nursing home and of death. Frail older persons living independently were found to be five times more likely to be admitted to an institution within a few years than non-frail older persons. Frailty was also found to be a predictor of death; 22% of the consistently frail group died within three years, compared with 15% of those who became frail and 6% of those who remained non-frail throughout the period.

An assessment was carried out of whether the older persons studied were physically, psychologically and/or socially frail. The proportion of physically frail persons in the study population increased over the seven-year period from 10% to 17%. This increase was determined chiefly by relatively sharp increase in difficulty with walking, difficulty in maintaining balance and physical fatigue.

The share of psychologically frail persons in the group studied increased from 22% to 27% over the seven-year period. In particular, these older persons developed more difficulties with memory, while feelings of gloominess, anxiety and helplessness also increased. More women than men, and more 65-85 year-olds than over-85s, were psychologically frail. Widows/widowers and persons with multimorbidity were most often psychologically frail.

The proportion of socially frail persons in the group studied increased over seven years from 21% to 23%. Social frailty increased mainly because the older persons concerned ended up alone and began missing contacts. Those who participated little in social networks, persons who were widowed or divorced, persons with small networks, persons who were not religious and persons who did not do voluntary work were relatively frequently socially frail.

Analysis of the parallel course of frailty in the three domains revealed a new, previously unknown dynamic. The course of physical frailty was found to be associated more closely with the course of psychological frailty than with social frailty. Older persons who

were physically and/or psychologically frail were more likely to be admitted to a care or nursing home and to die than older persons who were not frail. A relationship between social frailty and a greater chance of admission or death was not empirically proven.

Protection against frailty

The exploratory study of the determinants and dynamic of frailty in the older population can provide pointers for policy by identifying protective factors, both environmental (socioeconomic status and residential situation) and in the form of support and long-term care (local authority support, nursing and care).

Higher socioeconomic status was found to offer protection against frailty in later life. However, this protective power was demonstrated only for individual socioeconomic status, something which is determined among other things by education level and household income. No correlation was found between frailty and non-individual determinants of socioeconomic status, such as education level of the parents and status of the residential neighbourhood.

The relationship between the residential and care situation of older persons and their frailty is still unclear. Moving to a single-floor dwelling was found not to be related to a change in frailty: older persons who live in accessible housing are just as likely to experience a decrease or increase in frailty as other older persons. Objective characteristics of the residential setting, such as degree of urbanisation or average property tax value, also showed no relationship with frailty. A relationship was by contrast found with the perception of the residential setting; older persons who did not feel safe in their residential neighbourhood were more often found to be long-term frail. Precisely where the cause and effect lie in this relationship is something that requires further investigation.

Frail persons aged over 75 years with moderate or severe impairments and a low income more often received individual help funded under the Social Support Act (Wmo). A quarter of frail older persons who were not receiving Wmo-funded support also received no support from an informal carer. They were aware of the Wmo, but virtually all of them stated that they did not need support, despite the fact that they were frail. Various explanations can be put forward for this: it may be that people avoid care and support; they may not be aware of their frailty; or they may indeed not have required any help at the time of the study.

Six out of ten frail older persons had received nursing and care in the 12 months prior to the study, funded through the Wmo (organised by the local authority) or the Exceptional Medical Expenses Act (AWBZ) (organised by the national Needs Assessment Centre (CIZ)); four out of ten had received care at home (organised by the local authority or the CIZ); two had received AWBZ-funded care in a care or nursing home. Those who had not made use of nursing and care services were younger than the frail service-users on average and were more often male. They also more often lived with a partner and had fewer mobility impairments. As stated earlier, a quarter of the older population in the Netherlands will be frail in 2030, and that quarter – assuming that the present provisions are continued – will then make use of publicly funded care (organised through the AWBZ and/or Wmo). There is some overlap between the groups of frail older persons and the care-users, but if

present policy remains unchanged it is likely that around 40% of frail older persons will receive no nursing or care. Early identification of frailty in older persons by a GP or Wmo officer could however reduce the percentage of persons receiving no care and could help defer institutional admissions.

Literatuur

- Aartsen, M.J., T.G. van Tilburg, C.H.M. Smits en C.P.M. Knipscheer (2004). A longitudinal study on the impact of physical and cognitive decline on the personal network in old age. In: *Journal of Social and Personal Relationships*, nr. 21, p. 249-266.
- Abellan van Kan, A., Y. Rolland, H. Bergman, J.E. Morley, S.B. Kritchevsky en B. Vellas (2008). The I.A.N.A. Task Force on frailty assessment of older people in clinical practice. In: *J Nutr Health Aging*, jg. 12, nr. 1, p. 29-37.
- Albrecht, G.L. en P.J. Devlieger (1999). The disability paradox: high quality of life against all odds. In: *Social Science & Medicine*, jg. 48, p. 977-988.
- Andela, R.M. (2009). *Frailty in the clinical practice of nursing care* (proefschrift). Groningen: Rijksuniversiteit Groningen
- Baltes, P.B. (1987). Theoretical propositions of life-span developmental psychology: on the dynamics between growth and decline. In: *Developmental Psychology*, jg. 23, p. 611-626.
- Baltes, P.B. (1997). On the incomplete architecture of human ontogeny: selection, optimization, and compensation as foundation of developmental theory. In: *American Psychologist*, jg. 52, p. 366-380.
- Baltes, P.B. en M.M. Baltes (1990). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. In: P.B. Baltes en M.M. Baltes (red.), *Successful aging: perspectives from the behavioural sciences* (p. 1-34). Cambridge: Cambridge University Press.
- Baltes, M.M. en L.L. Carstensen (1999). Social-psychological theories and their applications to aging: From individual to collective. In V.L. Bengtson, J.E. Ruth, en K.W. Schaie (eds.), *Handbook of theories of aging 1999* (p. 209-226). New York: Springer.
- Becker, G. (1994). The oldest old: autonomy in the face of frailty. In: *Journal of ageing studies*, jg. 8, p. 59-76.
- Beekman, A.T., D.J. Deeg, A.W. Braam, J.H. Smit en W. van Tilburg (1997). Consequences of major and minor depression in later life: a study of disability, well-being and service utilization. In: *Psychol Med*, jg. 27, nr. 6, p. 1397-1409.
- Beekman, A.T., M.A. Bremmer, D.J. Deeg, A.J. van Balkom, J.H. Smit, E. de Beurs, R. van Dyck en W. van Tilburg (1998). Anxiety disorders in later life. A report from the Longitudinal Aging Study Amsterdam. In: *Int J Geriatr Psychiatry*, jg. 13, nr. 10, p. 717-726.
- Berg Jeths A. van den, J.M. Timmermans, N. Hoeymans en I.B. Woittiez (2004). *Ouderen nu en in te toekomst, gezondheid, verpleging en verzorging 2000-2020*. Houten: Bohn, Stafleu en Van Loghum.
- Bergman, H., F. Béland en A. Perrault (2004). Développement d'un cadre de travail pour comprendre et étudier la fragilité. In: *Gérontologie et société*, deel 109, p. 15-29.
- Bergman, H., L. Ferrucci, J. Guralnik, D.B. Hogan, S. Hummel, S. Karunanathan en C. Wolfson (2007). Frailty. An emerging research and clinical paradigm - issues and controversies. In: *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, jg. 62, nr. 7, p. 731-737.
- Berkman, L.F., Th. Glass, I. Brissette en T.E. Seeman (2000). From social integration to health: Durkheim in the new millennium. In: *Social Science & Medicine*, jg. 51, p. 843-857.
- Boekholdt, M. en J. Coolen (2010). *Bewegingen in de zorg voor kwetsbare ouderen. Overzicht van experimenten in het Nationaal Programma Ouderenzorg*. Den Haag: ZonMw.
- Boer, A. de, M. Broese van Groenou en J. Timmermans (red.) (2009). *Mantelzorg; een overzicht van de steun van en aan mantelzorgers in 2007*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau (scP-publicatie 2009/5).

- Boer, A.H. de (1999). *Housing and care for older people: a macro-micro perspective*. Utrecht: Knag/Faculteit Ruimtelijke Wetenschappen Universiteit Utrecht.
- Boer, A. de, en M. de Klerk (2006). Lichamelijke beperkingen en zorg. In: A. de Boer (red.), *Rapportage ouderen 2006. Veranderingen in de leefsituatie en levensloop* (p. 140-164). Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Bortz, W.M. (2002). A conceptual framework of frailty: a review. In: *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, jg. 57, nr. 5, p. 283-288.
- Brink, D. van den, en F. Heemskerk (2006). *De vergrijzing leeft. Kansen en keuzen in een verouderde samenleving*. Amsterdam: Bert Bakker.
- Broese van Groenou, M. en T.G. van Tilburg (2007). Het zorgpotentieel in de netwerken van ouderen. In: A. de Boer (red.), *Toekomstverkenning Informele Zorg* (p. 45-64). Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Broese van Groenou, M.I., D.J. Deeg en B.W.J.H. Penninx (2003). Socio-economic inequalities in health decline and mortality in an older population. In: *Aging Clin Exp Res*, jg. 15, p. 174-183.
- Broese van Groenou, M., D. Deeg en A. de Boer (2006). Veranderingen in de levensloop. In: A. de Boer (red.), *Rapportage ouderen 2006. Veranderingen in de leefsituatie en levensloop*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP-publicatie 2006/12).
- Brown, I., R. Renwick en D. Raphael (1995). Frailty: constructing a common meaning, definition, and conceptual framework. In: *Int J Rehabil Res*, jg. 18, nr. 2, p. 93-102.
- Brown, M., D.R. Sinacore, E.F. Binder en W.M. Kohrt (2000). Physical and performance measures for the identification of mild to moderate frailty. In: *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, jg. 55, nr. 6, p. M350-5.
- Buchman, A.S., R.S. Wilson, J.L. Bienias en D.A. Bennett (2009). Change in frailty and risk of death in older persons. In: *Exp Aging Res*, jg. 35, p. 61-82.
- Buchner, D.M. en E.H. Wagner (1992). Preventing frail health. In: *Clin Geriatr Med*, jg. 8, nr. 1, p. 1-17.
- Calsbeek H, P. Spreeuwenberg en P.M. Rijken (2006). *Kerngegevens Zorg 2005. Nationaal Panel Chronisch ziekten en Gehandicapten*. Utrecht: NIVEL.
- Campbell, A.J. en D.M. Buchner (1997). Unstable disability and the fluctuations of frailty. In: *Age Ageing*, jg. 26, nr. 4, p. 315-318.
- Campan, C. van, en E. van Gameren (2003). *Vragen om hulp : vraagmodel verpleging en verzorging*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Chapman, B.P., K. Fiscella, I. Kawachi en P.R. Duberstein (2010). Personality, socioeconomic status, and all-cause mortality in the United States. In: *Am J Epidemiol*, deel 171, p. 83-92.
- Chin A Paw, M.J., J.M. Dekker, E.J. Feskens, E.G. Schouten en D. Kromhout (1999). How to select a frail elderly population? A comparison of three working definitions. In: *J Clin Epidemiol*, jg. 52, nr. 11, p. 1015-1021.
- Chin A Paw, M.J., L.C. de Groot, S.V. van Gend, M.H. Schoterman, E.G. Schouten, M. Schroll en W.A. van Staveren (2003). Inactivity and weight loss: effective criteria to identify frailty. In: *J Nutr Health Aging*, jg. 7, nr. 1, p. 55-60.
- CIZ (2008). *Trendrapportage. Landelijke Indicatiestelling AWBZ 2007*. Driebergen: Centraal indicatieorgaan zorg.
- CIZ/HHM. (2008). *Onderzoek effecten pakketmaatregelen AWBZ*. Driebergen/Enschede: Centrum indicatiestelling zorg/Hoeksma, Homans & Menting.
- Chorus, A., C. van Campen en M. den Draak (2010). Ouderen in beweging: van vitaal belang. In: A.Tiessen-Raaphorst, D. Verbeek, J. de Haan en K. Breedveld (red.), *Sport: een leven lang. Rapportage sport 2010*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

- Clark, P. en L. K. George (2005). The Role of the Built Environment in the Disablement Process. In: *American Journal of Public Health*, jg. 95, nr. 11, p. 1933-1939.
- Comijs, H.C., M.I. Dik, D.J.H. Deeg en C. Jonker (2004). The course of cognitive decline in older persons. Results from the Longitudinal Aging Study Amsterdam. In: *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, jg. 17, , p. 136-142.
- Comijs, H.C., M.I. Dik, M.J. Aartsen, D.J. Deeg en C. Jonker (2005). The impact of change in cognitive functioning and cognitive decline on disability, well-being, and the use of healthcare services in older persons. Results of Longitudinal Aging Study Amsterdam. In: *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, jg. 19, nr. 5-6, p. 316-323.
- Cornwell, B. (2009). Network bridging potential in later life: Life-course experiences and social network position. In: *Journal of Aging and Health*, jg. 21, p. 129-154.
- Covinsky, K.E., J. Hilton, K. Lindquist en R.A. Dudley (2006). Development and validation of an index to predict activity of daily living dependence in community-dwelling elders. In: *Med Care*, jg. 44, nr. 2, p. 149-157.
- Daniels, R., E. van Rossum, L. de Witte en W. van Heuvel (2008). Frailty in older age: Concepts and relevance for occupational and physical therapists. In: *Physical and Occupational Therapy in Geriatrics*, jg. 27, nr. 2, p. 81-95.
- Daniels, R., E. van Rossum, L. de Witte, G.I.J.M. Kempen en W. van den Heuvel (2010). Interventions to prevent disability in frail community-dwelling elderly. A systematic review. In: *BMC Health Services Research*, jg. 8, p. 278.
- Deeg, D.J.H. en M. T. E. Puts (2007). Het kwetsbare succes van ouder worden. Over kwetsbaarheid, multimorbiditeit en beperkingen. In: *Tijdschrift voor Verpleeghuisgeneeskunde*, jg. 32, p. 147-151.
- Deeg, D.J.H. en M.T.E. Puts (2008). Kwetsbaarheid bij ouderen. Predictoren en gevolgen. In: *Verpleegkunde*, jg. 23, p. 12-23.
- Draak, M. den (2010). *Oudere tehuusbewoners. Landelijk overzicht van de leefsituatie van ouderen in instellingen 2008/2009*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Egging, S. en C. van Campen (in voorbereiding). *Kwetsbare ouderen en subjectief welbevinden*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau (tijdschriftartikel).
- Droogleever Fortuijn, E. (2002). *Aanwijzingen voor het verwerken en documenteren van interviews en documentair materiaal*. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam/Afdeling Sociologie (syllabus kwalitatieve methodologie).
- Ertel, K.A., M.M. Glymour en L.F. Berkman (2009). *Social networks and health: A life course perspective integrating observational and experimental evidence*. In: *Journal of Social and Personal Relationships*, jg. 26, p. 73-92.
- Ewijk, C. van, N. Draper, H. ter Rele en E. Westerhout (2006). *Ageing and the sustainability of dutch public finances*. Den Haag: Centraal Planbureau (Bijzondere publicatie 61).
- Faber, M. von (2002). *Maten van succes bij ouderen. Gezondheid, aanpassing en sociaal welbevinden* (proefschrift). Universiteit van Amsterdam.
- Faber, M. von, A. Bootsma-van der Wiel, E. van Exel, J. Gussekloo, A.M. Lagaay, E. van Dongen, D.L. Knook, S. van der Geest en R.G. Westendorp (2001). Successful aging in the oldest old: Who can be characterized as successfully aged? In: *Arch Intern Med*, deel 161, nr. 22, p. 2694-700.
- Fawcett, J. (1989). *Analysis and evaluation of conceptual models of nursing*. Philadelphia, PA, USA, F.A. Davis Company.

- Fillit H, R.N. Butler. The Frailty Identity Crisis. In: *Journal of the American Geriatrics Society*, Volume 57, nr. 2, p 348-352.
- Fokkema, T. en N. Stevens (2007). In: T. van Tilburg en J. de Jong Gierveld (red.), *Zicht op eenzaamheid* (p. 100-104). Assen: Van Gorcum.
- Fokkema, T. en T. van Tilburg (2006). *Aanpak van Eenzaamheid: Helpt het? Een vergelijkend effect- en procesevaluatieonderzoek naar interventies ter voorkoming en vermindering van eenzaamheid onder ouderen*. Den Haag: NIDI.
- Fried, L.P., C.M. Tangen, J. Walston, A.B. Newman, C. Hirsch, J. Gottdiener, T. Seeman, R. Tracy, W.J. Kop, G. Burke en M.A. McBurnie (2001). Frailty in older adults. Evidence for a phenotype. In: *J Gerontol MED SCI*, jg. 56, p. 146-156.
- Fried, L.P., M. Fortin, L. Lapointe, C. Hudon, A. Vanasse, A.L. Ntetu en D. Maltais (2004). Multimorbidity and quality of life in primary care: a systematic review. In: *Health Qual Life Outcomes*, Volume 2. p. 51.
- Fried, L.P., L. Ferrucci, J. Darer, J.D. Williamson en G. Anderson (2004). Untangling the concepts of disability, frailty, and comorbidity: implications for improved targeting and care. In: *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, jg. 59, nr. 3, p. 255-263.
- Fries, J.F. (2002). Reducing disability in older age. In: *JAMA*, deel 288, nr. 24, p. 3164-3166
- Gameren, E. van, J. Stevens, I. Woittiez, L. Kok en K. Sadiraj (2005). Zelfstandig wonen door ouderen: wensen en mogelijkheden. In: *TSG*, jg. 83, nr. 8.
- Gauthier, S., B. Reisberg, M. Zaudig, R.C. Petersen, K. Ritchie, K. Broich, S. Belleville, H. Brodaty, D. Bennett, H. Chertkow, J.L. Cummings, M. de Leon, H. Feldman, M. Ganguli, H. Hampel, P. Scheltens, M.C. Tierney, P. Whitehouse en B. Winblad (2006). International Psychogeriatric Association Expert Conference on mild cognitive impairment. Mild cognitive impairment. In: *The Lancet*, deel 367, nr. 9518, p. 1262-1270.
- George, L. (1996). Social factors and illness. In R.H. Binstock and L.K. George (Eds.), *Handbook of Aging and the Social Sciences*, fourth edition, p. 229-252. Academic Press, San Diego, CA.
- Gezondheidsraad (2008). *Ouderdom komt met gebreken. Geneeskunde en zorg bij ouderen met multimorbiditeit*. Den Haag: Gezondheidsraad (publicatie 2008/01).
- Gezondheidsraad (2009). *Preventie bij ouderen: focus op zelfredzaamheid*. Den Haag: Gezondheidsraad (publicatie 2009/07).
- Gilleard, C., M. Hyde en P. Higgs (2010). The Impact of Age, Place, Aging in Place, and Attachement to Place on the Well-Being of the Over 50s in England. In: *Research on Aging*, jg. 29, nr. 6, p. 590-605.
- Gilsing, R., M. Tuynman, J. van der Veer en J. Iedema (2010). De hoofdlijnen van het gemeentelijke Wmo-beleid. In: M. de Klerk, R. Gilsing en J. Timmermans (2010), *Op weg met de Wmo. Evaluatie van de Wet maatschappelijke ondersteuning 2007-2009* (p. 49-68). Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Gitlin, L.N. (2003). Conducting research on home environments. Lessons learned and new directions. In: *The Gerontologist*, jg. 43, , p. 628-637.
- Gitlin, L.N., M. Corcoran, L. Winter, A. Boyce en S. Marcus (2001). *A randomized controlled trial of a home environmental intervention: Effect on efficacy and upset in caregivers and on daily function of persons with dementia*. In: *The Gerontologist*, jg. 41, nr. 1, p. 4-22.
- Gobbens, R.J., K.G. Luijkx, M.Th. Wijnen-Sponselee en J.M.G.A. Schols (2007). Fragiele ouderen. De identificatie van een risicovolle populatie. In: *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, jg. 38, nr. 2, p. 56-76.
- Gobbens, R.J.J., K.G. Luijkx, M.Th. Wijnen-Sponselee en J.M.G.A. Schols (2010a). In search of an integral conceptual definition of frailty. Opinions of experts. In: *J Am Med Dir Assoc*, jg. 11, nr. 5, p. 338-343.

- Gobbens, R.J., K.G. Luijckx, M.Th. Wijnen-Sponselee en J.M.G.A. Schols (2010b). Toward a conceptual definition of frail community dwelling older people. In: *Nursing Outlook*, jg. 58, nr. 2, p. 76-86.
- Gobbens, R.J., K.G. Luijckx, M.Th. Wijnen-Sponselee en J.M.G.A. Schols (2010c). Towards an integral conceptual model of frailty. In: *J Nutr Health Aging*, jg. 14, nr. 3, p. 175-181.
- Gobbens, R.J.J., M.A.L.M. van Assen, M.Th. Wijnen-Sponselee en J.M.G.A. Schols (2010d). Determinants of Frailty. In: *J Am Med Dir Assoc*, jg. 11, nr. 5, p. 356-364.
- Gobbens, R.J.J., M.A.L.M. van Assen, M.Th. Wijnen-Sponselee en J.M.G.A. Schols (2010e). The Tilburg Frailty Indicator: Psychometric Properties. In: *J Am Med Dir Assoc*, jg. 11, nr. 5, p. 344-355.
- Gool, C.H. van, N. Hoeymans en H.S.J. Picavet (2009). Neemt het aantal mensen met beperkingen toe of af? In: *Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid*. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (www.nationaalkompas.nl).
- Goudsmit, M., Parlevliet, J.L., van Campen, J.P.C.M., Schmand, B. (in druk). Dementiediagnostiek bij niet-westerse oudere migranten. In: *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*.
- Hamerman, D. (1999). Toward an understanding of frailty. In: *Ann Intern Med*, deel 130, nr. 11, p. 945-950.
- Hertogh, C.M.P.M. (2010). *De Senectute: ethiek en kwetsbaarheid*. Amsterdam: v u, oratie.
- Hoeymans N., F. Schellevis en I. Wolters (2008). Hoeveel mensen hebben één of meer chronische ziekten? In: RIVM (red.), *Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid*. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (www.nationaalkompas.nl).
- Hogan, D.B., C. MacKnight en H. Bergman (2003). Models, definitions, and criteria of frailty. In: *Aging Clin Exp Res*, jg. 15, nr. 3, p. 1-29.
- Hubbard R.E., I.A. Lang, D.J. Llewellyn, K. Rockwood (2010). Frailty, body mass index, and abdominal obesity in older people. In: *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, jg. 65, p. 377-381.
- Hubbard, R.E., S.D. Searle, A. Mitnitski en K. Rockwood (2009). Effect of smoking on the accumulation of deficits, frailty and survival in older adults: a secondary analysis from the Canadian Study of Health and Aging. In: *J Nutr Health Aging*, jg. 13, nr. x, p. 468-472.
- Hubbard, R.E., I.A. Lang, D.J. Llewellyn en K. Rockwood (2010). Frailty, body mass index, and abdominal obesity in older people. In: *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, jg. 65, p. 377-381.
- Huisman, M., A.E. Kunst en J.P. Mackenbach (2003). Socioeconomic inequalities in morbidity among the elderly. A European overview. In: *Soc Sci Med*, jg. 57, p. 861-873.
- Huisman, M., A.E. Kunst, O. Andersen, M. Bopp, J.K. Borgan, C. Borrell, G. Costa, P. Deboosere, G. Desplanques, A. Donkin, S. Gadeyne, C. Minder, E. Regidor, T. Spadea, T. Valkonen en J.P. Mackenbach (2004). Socioeconomic inequalities in mortality among elderly people in 11 European populations. In: *J Epidemiol Community Health*, jg. 58, p. 468-475.
- Iersel, M. B. van, D. R.M. Jansen en M.G.M. Olde Rikkert (2009). 'Frailty' bij ouderen. In: *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, nr. 153, p. A183.
- IFA (2008). *9th Global Conference on Ageing*. Montréal, 4-7 september 2008. Montréal: International Federation on Ageing.
- Jones, D.M., X. Song en K. Rockwood (2004). Operationalizing a frailty index from a standardized comprehensive geriatric assessment. In: *J Am Geriatr Soc*, jg. 52, nr. 11, p. 1929-1933.
- Jonker, A.A., H.C. Comijs, K.C. Knipscheer en D.J. Deeg (2009). The role of coping resources on change in well-being during persistent health decline. In: *J Aging Health*, jg. 21, nr. 8, p. 1063-1082.
- Jonker, J., K. Sadiraj, I. Woittiez, M. Ras en M. Morren (2007). *Verklaringsmodel verpleging en verzorging*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP-publicatie 2007/31).

- Kaethler, Y. en F.J. Molnar (2003). Defining the concept of frailty: a survey of multi-disciplinary health professionals. In: *Geriatrics Today: J Can Geriatr Soc*, jg. 6, p. 26-31.
- Kempen, G.I.J.M. (2009). Psychosociale aspecten van gezondheid en zelfredzaamheid bij ouderen: van determinanten naar interventie. In: *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, jg. 40, nr. 6, p. 253-261.
- Kingston, Paul, Miriam Bernard, Simon Biggs en Hilary Nettleton (2001). Assessing the health impact of age-specific housing. In: *Health and Social Care in the Community*, jg. 9, nr. 4, p. 228-234.
- Kleijn-de Vrankrijker, M. de (red.) (2010). Nederlandse vertaling van de ICF. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (Online: www.rivm.nl/who-icf/).
- Klerk, M. de (1997). *Het gebruik van adl-hulpmiddelen door ouderen; een onderzoek naar determinanten en substitutiemogelijkheden* (proefschrift). Ridderkerk: Ridderkerk.
- Klerk, M. de (red.) (2004). *Zorg en wonen voor kwetsbare ouderen*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Klerk, M. de en R. Schellingerhout (2006). *Ondersteuning gewenst. Mensen met lichamelijke beperkingen en hun voorzieningen op het terrein van wonen, zorg, vervoer en welzijn*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP-publicatie 2006/11).
- Klerk, M. de, I. Schoemaker-Salkinoja en S. Geerlings (2004). Kwetsbare ouderen. In: M. de Klerk (red.), *Zorg en wonen voor kwetsbare ouderen*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Klerk, M. de, J. Iedema en C. van Campen (2006). *SCP-maat voor lichamelijke beperkingen op basis van AVO 2003*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Klerk, M. de, R. Gilsing en J. Timmermans (2010). *Op weg met de Wmo. Evaluatie van de Wet maatschappelijke ondersteuning 2007-2009*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP-publicatie 2010/2).
- Knipscheer, C.P.M., D. Deeg en G. Leene (2000). Veranderingen in lichamelijk functioneren en wonen in de tweede levenshelft. In: H. Priemus en E. Philipsen (red.), *Levensloopbestendig wonen. In Europees perspectief*. Delft: Onderzoeksinstituut OTB (OTB-studieverslag 19).
- KNMG (2010). *Sterke medische zorg voor kwetsbare ouderen. KNMG-standpunt*. Utrecht: Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst.
- Knook, D. (2008). *Het Methusalem mysterie. Vergrijzing: zegen of bedreiging*. Amsterdam/Rotterdam: Prometheus/nrc Handelsblad.
- Koster, A., H. Bosma, M.I. Broese van Groenou, G.I. Kempen, B.W. Penninx, J.T. van Eijk en D.J. Deeg. Explanations of socioeconomic differences in changes in physical function in older adults: results from the Longitudinal Aging Study Amsterdam. In: *BMC Public Health*, jg. 6, p. 244.
- Kuh, D. en the New Dynamics of Ageing (NDA) Preparatory Network (2007). A life course approach to healthy ageing, frailty, and capability. In: *J Gerontol MED SCI*, jg. 62, p. 717-721.
- Kullberg, J. (2004). Verhuisgedrag. In: M.M.Y. de Klerk (red.), *Zorg en wonen voor kwetsbare ouderen*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP-publicatie 2004/4).
- Kullberg, J. (2005). *Ouderen van nu en van de toekomst; hun financiële spankracht, zorgbehoefte en woonwensen*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP-werkdocument 113).
- Kullberg, J. en M. Ras (2004). *De woonsituatie en woonwensen van ouderen en mensen met een beperking*. Den Haag: ministerie van Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieubeheer.
- Kulu-Glasgow I., M.G. Weide, D.H. De Bakker, M. Tacken, W. Tiersma. *Influenzavaccinatie onder allochtone en autochtone ouderen: aanpak en bereik. Influenzavaccinatie onder allochtone en autochtone ouderen*. Utrecht: Nivel, 2000.

- Kunst, A. en M. Droomers (2009). Evaluatie van schattingen van sociaal-economische verschillen in de gezonde levensverwachting in Nederland. Den Haag: ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (www.rijksoverheid.nl).
- Kwekkeboom, M.H. en C.M.C. van Weert (2008). *Meedoen en gelukkig zijn. Een verkennend onderzoek naar de participatie van mensen met een verstandelijke beperking of chronische psychiatrische problemen*. Den Haag: Sociaal Cultureel Planbureau.
- Lang, P., J. Michel en D. Zekry (2009). Frailty syndrome: a transitional state in a dynamic process. In: *Gerontol*, jg. 55, p. 539-549.
- Lange, F. de (2007). *De mythe van het voltooide leven. Over de oude dag van morgen*. Zoetermeer: Meinema.
- Leigh, J.P. en J.K. Fries (2002). Frailty and education in the Hispanic Health and Nutrition Examination Survey. In: *J Health Care Poor Underserved*, jg. 13, p. 112-127.
- Levers, M.J., C.A. Estabrooks en J.C. Ross Kerr (2006). Factors contributing to frailty: literature review. In: *J Adv Nurs*, jg. 56, nr. 3, p. 282-291.
- Liefbroer, A.C. en P.A. Dykstra (2000). *Levenslopen in verandering. Een studie naar ontwikkelingen in de levenslopen van Nederlanders geboren tussen 1900 en 1970*. Den Haag: Sdu Uitgevers.
- Luijkx, K. (2005). *Ouderensegmenten. Behoeften wonen, welzijn en zorg in de wijk*. Tilburg: IVA.
- Marangos, A., M. Cardol en M. de Klerk (red.) (2008). *Tweede tussenrapportage Wmo evaluatie. Ondersteuning en participatie van mensen met een lichamelijke beperking. Eén jaar na invoering van de Wmo*, Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Markle-Reid, M. en G. Browne (2003). Conceptualizations of frailty in relation to older adults. In: *J Adv Nurs*, jg. 44, nr. 1, p. 58-68.
- Martikainen, P., E. Nihtila en H. Moustgaard (2008). The effects of socioeconomic status and health on transitions in living arrangements and mortality: a longitudinal analysis of elderly Finnish men and women from 1997 to 2002. In: *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*, jg. 63, p. S99-S109.
- Masel, M. C., J.E. Graham, T.A. Reistetter, K.S. Markides en K.J. Ottenbacher (2009). Frailty and health related quality of life in older Mexican Americans. In: *Health Qual Life Outcomes*, jg. 7, p. 70.
- McKinney, A.A. en V. Melby (2002). Relocation stress in critical care: A review of the literature. In: *Journal of Clinical Nursing*, jg. 11, nr. 2, p. 149-157.
- Metzelthin, S.F., R. Daniels, E. van Rossum, L.P. de Witte, W.J.A. van den Heuvel en G.I.J.M. Kempen (2010). The psychometric properties of three self-report screening instruments for identifying frail older people in the community. In: *BMC Public Health* (www.biomedcentral.com/1471-2458/10/176).
- Mitnitski, A.B., A.J. Mogilner, C. MacKnight en K. Rockwood (2002). The mortality rate as a function of accumulated deficits in a frailty index. In: *Mech Ageing Dev*, jg. 123, nr. 11, p. 1457-1460.
- Mootz, M. (2009). *Visiedocument Nationaal Programma Ouderenbeleid*. Den Haag: ZonMw (lezing).
- Morley, J.E. (2002). Editorial: Something about frailty. In: *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, jg. 57, nr. 11, p. M698-704.
- Morley, J.E. (2006). Frailty. In: *Med Clin North Am*, jg. 90, nr. 5, p. 837-47.
- Nourhashémi, F., S. Andrieu, S. Gillette-Guyonnet, B. Vellas, J.L. Albarède en H. Grandjean (2001). Instrumental activities of daily living as a potential marker of frailty: a study of 7364 community-dwelling elderly women (the EPIDOS study). In: *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, jg. 56, nr. 7, p. M448-53.
- Oomen, I. (2009). *Informatiebundel. Quickscan loketten zorg en welzijn*. Enschede: NNM.
- Oswald, F. en H.W. Wahl (2004). *Housing and Health in Later Life*. In: *Reviews on Environmental Health*, jg. 19, nr. 3-4, p. 223-252.

- Oswald, F., H-W. Wahl, O. Schilling, C. Nygren, A. Fänge, A. Sixsmith, J. Sixsmith, Z. Széman, S. Tomsone en S. Iwarsson (2007). Relationships Between Housing and Healthy Aging in Very Old Age. In: *The Gerontologist*, jg. 47, nr. 1, p. 96-107
- Penninx, B.W., A.T. Beekman, D.J. Deeg, W. van Tilburg. (2000). De effecten van depressie op lichamelijke gezondheid en sterfte bij ouderen. In: *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, jg. 31, nr. 5, p. 211-208.
- Penninx, B.W.J.H., T.G. van Tilburg, D.M.W. Kriegsman, A.J.P. Boeke, D.J.H. Deeg en J.Th.M. van Eijk (1999). Social network, social support and loneliness in older persons with different chronic diseases. In: *Journal of Aging and Health*, jg. 11, p. 151-168.
- Phelan, E.A., L.A. Anderson, A.Z. LaCroix en E.B. Larson (2004). Older adults' views of "successful aging" - how do they compare with researchers' definitions? In: *J Am Geriatr Soc*, jg. 52, nr. 2, p. 211-6.
- Ploeg, E. S. van der (2009). *Care for vulnerable older persons: need, utilization and appropriateness* (proefschrift). Rotterdam: EUR.
- Polder, J.J. (2008). *Veelkleurig grijs. Economische aspecten van volksgezondheid en zorg*. Tilburg: Universiteit van Tilburg.
- Poos, M.J.J.C. Wat is in Nederland de levensverwachting? In: *Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid*. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (www.nationaalkompas.nl).
- Pot, A.M. (2009). *Ouderenspsychologie: de grijsheid voorbij* (oratie). Amsterdam: v u.
- Puts, M.T.E. (2006). *Frailty: biological risk factors, negative consequences and quality of life* (proefschrift). Amsterdam: v u.
- Puts, M.T., P. Lips en D.J.H. Deeg (2005a). Static and dynamic measures of frailty predicted decline in performance-based and self-reported physical functioning. In: *Journal of Clinical Epidemiology*, jg. 58, nr. 11, p. 1188-1198.
- Puts, M. T.E., P. Lips en D.J.H. Deeg (2005b). The effect of frailty on residential/nursing home admission in the Netherlands independent of chronic diseases and functional limitations. In: *Eur J Ageing*, jg. x, nr. 2, p. 264-274.
- Puts, M.T., P. Lips en D.J.H. Deeg (2005c). Sex differences in the risk of frailty for mortality independent of disability and chronic diseases. In: *J Am Geriatr Soc*, jg. 53, nr. 1, p. 40-47.
- Puts, M.T., N. Shekary en D.J.H. Deeg (2007). What does quality of life mean to older frail and non-frail community-dwelling adults in the Netherlands? In: *Qual Life Res*, jg. 16, nr. 2, p. 263-277.
- Puts, M.T.E., N. Shekary, G. Widdershoven, J. Heldens en D.J.H. Deeg (2009). The meaning of frailty according to Dutch older frail and non-frail persons. In: *Journal of Aging Studies*, jg. 23, p. 258-266.
- Q-consult (2007). *Onderzoek naar classificatie van ouderen en bijbehorende zorgvraag en zorgconsumptie*. Rapportage aan ministerie van w s, directie MEVA. Arnhem: Q-consult.
- Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling (1997). *Vereenzaming in de samenleving*. Den Haag: Sdu Uitgevers.
- Raghoebier, R. en Y. Witter (2010). *De ontdekkingsreis. 25 jaar interculturele ouderenzorg in Nederland*. Utrecht: Actiz.
- Raphael, D., M. Cava, I. Brown, R. Renwick, K. Heathcote, N. Weir, K. Wright en L. Kirwan (1995). Frailty: a public health perspective. In: *Can J Public Health*, jg. 86, nr. 4, p. 224-7.
- Regenmortel, T. van (red.) (2010). *Empowerment en participatie van kwetsbare burgers*. Amsterdam: SWP.
- Rockwood, K. (2005). What would make a definition of frailty successful? In: *Age Ageing*, jg. 34, nr. 5, p. 432-434.

- Rockwood, K., R.A. Fox, P. Stolee, D. Robertson en B.L. Beattie (1994). Frailty in elderly people: an evolving concept. In: *CMAJ*, jg. 150, nr. 4, p. 489-495.
- Rockwood, K., R. A. Fox, P. Stolee, D. Robertson en B. L. Beattie (1994). Frailty in elderly people: an evolving concept. In: *Cmaj*, jg. 150, nr. 4, p. 489-495.
- Rockwood, K. A. Mogilner en A. Mitnitski (2004). Changes with age in the distribution of a frailty index. In: *Mechanisms of Ageing and Development*, jg. 125, nr. 7, p. 517-519.
- Rockwood, K., K. Stadnyk, C. MacKnight, I. McDowell, R. Hébert en D.B. Hogan (1999). A brief clinical instrument to classify frailty in elderly people. In: *The Lancet*, deel 353, nr. 9148, p. 205-206.
- Rockwood, K., A.B. Mitnitski en C. MacKnight (2002). Some mathematical models of frailty and their clinical implications. In: *Rev Clin Gerontol*, jg. 12, p. 109-117.
- Rockwood, K., A. Mogilner en A. Mitnitski (2004). Changes with age in the distribution of a frailty index. In: *Mechanisms of Ageing and Development*, deel 125, nr. 7, p. 517-519.
- Rolfson, D.B., S.R. Majumdar, R.T. Tsuyuki, A. Tahir en K. Rockwood (2006). Validity and reliability of the Edmonton Frail Scale. In: *Age Ageing*, jg. 35, nr. 5, p. 526-529.
- Sanderse, C., A. Verweij, J. de Beer (2009). Wat zijn de belangrijkste verwachtingen voor de toekomst? In: *Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid*. Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaalkompas.nl>> Bevolking\ Vergrijzing, 22 september 2009.
- Santos-Eggiman, B., P. Cuenoud, J. Spagnoli en J. Junod (2009). Prevalence of frailty in middle-aged and older community-dwelling Europeans living in 10 countries. In: *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, deel 64A, p. 675-681.
- Schellekens, H. (2010). *Samen uit, samen thuis. Cliëntenmonitor langdurige zorg*. Utrecht: CSO/NOOM.
- Schols, J.M.G.A. (2008). *Verpleeghuisgeneeskunde al langer officieel erkend; maar ook herkend en gekend?* (oratie). Maastricht: Universiteit Maastricht.
- Schuurmans, H., N. Steverink, S. Lindenberg, N. Frieswijk en J.P.J. Slaets (2004). Old or frail: what tells us more? In: *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, jg. 59, nr. 9, p. M962-M965.
- SCP (1998). *Van hoog naar laag; van laag naar hoog. De sociaal-ruimtelijke ontwikkeling van wijken tussen 1971 en 1995*. Rijswijk: Sociaal en Cultureel Planbureau / Elsevier bedrijfsinformatie.
- Shishehbor, M.H., D. Litaker, C.E. Pothier en M.S. Lauer ms (2006). Association of socioeconomic status with functional capacity, heart rate recovery, and all-cause mortality. In: *JAMA*, deel 295, p. 784-792.
- Sixma, H. (1997). *New land, new town, new health care system*. Maastricht: Universiteit Maastricht, proefschrift.
- Slaets, J.P.J. (2004). De oudere patient. In: R.O.B. Gans, S.U.J. Hoorntje en R.J.M. Strack van Schijndel (red.), *Consultatieve inwendige geneeskunde*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Slager, M. en W. van Minnen (2010). *Werken aan betere ouderenzorg. Zorg voor en door ouderen*. Utrecht: CSO.
- Smits, C.H., D.J. Deeg, D.M. Kriegsman en B. Schmand (1999). Cognitive functioning and health as determinants of mortality in an older population. In: *Am J Epidemiol*, deel 150, nr. 9, p. 978-986.
- Steenland, K., J. Henley, E. Calle en M. Thun (2004). Individual- and area-level socioeconomic status variables as predictors of mortality in a cohort of 179,383 persons. In: *Am J Epidemiol*, deel 159, p. 1047-1056.
- Steverink, N. (2009). Gelukkig en gezond ouder worden: welbevinden, hulpbronnen en zelfmanagementvaardigheden. In: *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, jg. 40, nr. 6, p. 244-252.
- Steverink, N., S. Lindenberg, en J. Ormel (1998). Towards understanding successful ageing. Patterned change in resources and goals. In: *Ageing and Society*, jg. 18, nr. 4, p. 441-467.

- Steverink, N., S. Lindenberg en J. Slaets (2005). How to understand and improve older people's self-management of well-being. In: *European Journal of Ageing*, nr. 2, p. 235-244
- Strawbridge, W.J., S.J. Shema, J.L. Balfour, H.R. Higby en G.A. Kaplan (1998). Antecedents of frailty over three decades in an older cohort. In: *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*, deel 53B, nr. 1, p. S9-S16.
- Syddal, H., H.C. Roberts, M. Evandrou, C. Cooper, H. Bergman en A.A. Sayer (2010). Prevalence and correlates of frailty among community-dwelling older men and women: findings from the Hertfordshire Cohort Study. In: *Age Ageing*, jg. 39, p. 197-203.
- Szanton, S.L., C.L. Seplaki, R.J. Thorpe Jr, J.K. Allen en L.P. Fried (2010). Socioeconomic status is associated with frailty: the Women's Health and Aging Studies. In: *J Epidemiol Community Health*, jg. 64, p. 63-67.
- Thomé, F. en M. Broese van Groenou (2006). Adaptive strategies after health decline in later life: increasing the person-environment fit by adjusting the social and physical environment. In: *European Journal of Ageing*, jg. 3, nr. 4, p. 169-177.
- Tilburg, T.G. van, en M.I. Broese van Groenou (2002). Network and health changes among older Dutch adults. In: *Journal of Social Issues*, jg. 58, p. 697-713.
- Tilburg, T. van, en J. de Jong Gierveld (red.) (2007). *Zicht op eenzaamheid*. Assen: Van Gorcum.
- Tilburg, T.G. van, B. Havens en J. de Jong Gierveld (2004). Loneliness among older adults in the Netherlands, Italy and Canada: A multifaceted comparison. In: *Canadian Journal on Aging*, jg. 23, p. 169-180.
- Timmermans, J. (1994). *Rapportage ouderen*. Rijswijk: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Timmermans, J. en I. Woittiez (2004). *Verpleging en verzorging verklaard*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- TK (2004/2005). *Nota 64. Ouderenbeleid in perspectief van de vergrijzing*. Brief aan de Voorzitter van de Tweede Kamer van 19 april 2005. Tweede Kamer, vergaderjaar 2004/2005, 29389, nr. 99.
- TK (2007/2008). *Zorg voor ouderen: Om de kwaliteit van het bestaan*. Brief van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport aan de Tweede Kamer van 17 oktober 2007. Tweede Kamer, vergaderjaar 2007/2008, 30800 xvi, nr. 146.
- TK (2008/2009). *Globaal overzicht van relevante SEGV beleidsinitiatieven uit de rijksbegroting 2008 en van het huidige interdepartementale beleid*. Den Haag: Tweede kamer, vergaderjaar 2008/2009.
- TK (2008/2009). *Naar een weerbare samenleving. Beleidsplan aanpak gezondheidsverschillen op basis van sociaaleconomische achtergronden*. Den Haag: Tweede Kamer, vergaderjaar 2008/2009.
- TK (2009/2010). *Tweede voortgangsrapportage pakketmaatregel AWBZ*. Den Haag: Tweede Kamer, vergaderjaar 2009/2010, 30597, nr. 113.
- Valkenberg, H. en J.A. Draisma (2007). *Valongevallen en heupfracturen bij 65-plussers*. Amsterdam: Stichting Consument en Veiligheid.
- Vermeulen, J. (2006). *Langer zelfstandig wonen en hoe ict daarbij kan helpen. Actieonderzoek naar de inzet van ict ter ondersteuning van ouderen die zo lang mogelijk zelfstandig willen wonen*. Tilburg: Universiteit van Tilburg.
- VNG. Vereniging van Nederlandse Gemeenten. (2010). *Kantelen in de Wmo. Handreiking voor visieontwikkeling en organisatieverandering*. Den Haag: vng.
- VWS (2009). *Versterking preventieve gezondheidszorg voor ouderen*. Den Haag: ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- Verzijden D. en J. Fransen (2004). *Vergrijzing in Nederland*. Amsterdam : Veldkamp.

- VROM/VWS (2007). *Beter (t)huis in de buurt. Actieplan Samenwerken aan wonen, welzijn en zorg 2007-2011*. Den Haag: ministerie van Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieubeheer/ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- Waal-Saulais, C.R.M. de, M.E. Jacobs en J.P. de Wit (2004). *De ideale seniorenwoning volgens het seniorenpanel Zuid-Holland. Resultaten van een schriftelijke enquête in de zomer van 2003*. Voorburg: Tymphaan Instituut.
- Walston, J. en L.P. Fried (1999). Frailty and the older man. In: *Med Clin North Am*, jg. 83, nr. 5, p. 1173-1194.
- Wellink, H. (2003). *Een beetje meer draagkracht graag: Determinanten van de kwaliteit van leven van mensen met lichamelijke beperkingen* (doctoraalscriptie). Utrecht: Universiteit Utrecht.
- Westerhof, G. en E. Bohlmeijer (2010). *Psychologie van de levenskunst*. Amsterdam: Boom.
- WHO Group (1998). *WHOQOL User Manual*. Geneve: World Health Organization (Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse).
- Wilson, R.S., L.A. Beckett, J.L. Bienias, D.A. Evans en D.A. Bennett (2003). Terminal decline in cognitive function. In: *Neurology*, jg. 60, nr. x, p. 1782-1787.
- Woittiez, I. E. Eggink, J. Jonker en K. Sadiraj (2009). *Vergrijzing, verpleging en verzorging: ramingen, profielen en scenario's 2005-2030*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Winograd, C. H., M. B. Gerety, E. Brown en V. Kolodny (1988). Targeting the hospitalized elderly for geriatric consultation. In: *J Am Geriatr Soc*, jg. 36, nr. 12, p. 1113-9.
- Winograd, C. H., M. B. Gerety, E. Brown en V. Kolodny (1991). Screening for frailty: criteria and predictors of outcomes. In: *J Am Geriatr Soc*, jg. 39, nr. 8, p. 778-84.
- Woittiez, I. E. Eggink, J.J. Jonker en K. Sadiraj (2009). *Vergrijzing, verpleging en verzorging: ramingen, profielen en scenario's 2005-2030*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP-publicatie 2009/17)
- Woo, J., R. Chan, J. Leung en M. Wong (2010). Relative contributions of geographic, socioeconomic, and lifestyle factors to quality of life, frailty and mortality in elderly. In: *PLoS One*, jg. 19, nr. 5, p E8775.
- Woo, J., W. Goggins, A. Sham en S.C. Ho (2005). Social determinants of frailty. In: *Gerontology*, jg. 51, nr. 6, p. 402-8.
- Woodhouse, K.W., H. Wynne, O. Baillie, O.F.W. James en M.D. Rawlins (1988). Who are the frail elderly? In: *Q J Med*, jg. 68, nr. 255, p. 505-506.
- WPG (2010). Artikel 5a. *Bepalingen over de zorg voor de publieke gezondheid (Wet publieke gezondheid)*. Gewijzigd voorstel van wet. 31316. Eerste Kamer der Staten-Generaal, vergaderjaar 2007/2008.
- Zantinge, E., E. van der Wilk, C. Schoemaker en M. van Wieren (red.) (2011). *De gezondheid van ouderen in Nederland*. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.
- Zijlstra, G. A.R. (2008). *Managing concerns about falls: fear of falling and avoidance of activity in older people* (proefschrift). Maastricht: Universiteit Maastricht.

Publicaties van het Sociaal en Cultureel Planbureau

Werkprogramma

Het Sociaal en Cultureel Planbureau stelt twee keer per jaar zijn Werkprogramma vast. De tekst van het lopende programma is te vinden op de website van het scp: www.scp.nl.

scp-publicaties

Onderstaande lijst bevat een selectie van publicaties van het Sociaal en Cultureel Planbureau. Deze publicaties zijn verkrijgbaar bij de boekhandel, of via de website van het scp. Een complete lijst is te vinden op deze website: www.scp.nl.

Sociale en Culturele Rapporten

Investeren in vermogen. Sociaal en Cultureel Rapport 2006. ISBN 90-377-0285-6
Betrekkelijke betrokkenheid. Studies in sociale cohesie. Sociaal en Cultureel Rapport 2008.
 ISBN 978 90 377 0368-9

scp-publicaties 2010

- 2010-1 *Liever Mark dan Mohammed? Onderzoek naar arbeidsmarktdiscriminatie van niet-westerse migranten via praktijktests* (2010). Iris Andriessen, Eline Nievers, Laila Faulk, Jaco Dagevos. ISBN 978 90 377 0421 1
- 2010-2 *Op weg met de Wmo. Evaluatie van de Wet maatschappelijke ondersteuning 2007-2009* (2010). Mirjam de Klerk, Rob Gilsing en Joost Timmermans (red.), Gijs van Houten, Anna Maria Marangos, Mathijs Tuynman, Martha Dijkgraaf, Jennifer van den Broeke, Judith van der Veer, Jelmer Shalk, Jurjen Iedema, Alice de Boer. ISBN 978 90 377 0463 1
- 2010-4 *Steeds meer verstandelijk gehandicapten? Ontwikkelingen in vraag en gebruik van zorg voor verstandelijk gehandicapten 1998-2008* (2010). Michiel Ras, Isolde Woittiez, Hetty van Kempen, Klarita Sadiraj. ISBN 978 90 377 0468 6
- 2010-5 *Een baanloos bestaan. De betekenis van werk voor werklozen, arbeidsongeschikten en werkenden* (2010). Patricia van Echtelt. ISBN 978 90 377 0350 4
- 2010-6 *The social state of the Netherlands 2009* (2010). Rob Bijl, Jeroen Boelhouwer, Evert Pommer, Peggy Schyns (red.). ISBN 978 90 377 0466 2
- 2010-7 *The minimum agreed upon. Consensual budget standards for the Netherlands* (2010). Stella Hoff, Arjan Soede, Cok Vrooman, Corinne van Gaalen, Albert Luten, Sanne Lamers. ISBN 978 90 377 0472 3
- 2010-8 *Sociale uitsluiting bij kinderen: omvang en achtergronden* (2010). Annette Roest, Anne Marika Lokhorst, Cok Vrooman. ISBN 978 90 377 0493 8
- 2010-9 *Beperkt aan het werk. Rapportage ziekteverzuim, arbeidsongeschiktheid en arbeidsparticipatie* (2010). Gerda Jehoe-Gijsbers (red.). ISBN 978 90 377 0489 1
- 2010-10 *Minder werk voor laagopgeleiden? Ontwikkelingen in baanbezit en baanqualiteit 1992-2008* (2010). Edith Josten. ISBN 978 90 377 0474 7
- 2010-11 *At home in the Netherlands* (2010). Mérove Gijsberts, Jaco Dagevos. ISBN 978 90 377 0487 7
- 2010-12 *FAQs over kunstbeoefening in de vrije tijd* (2010). Andries van den Broek. ISBN 978 90 377 0455 6

- 2010-13 *Mogelijkheden tot kunstbeoefening in de vrije tijd* (2010). Andries van den Broek (red.). ISBN 978 90 377 0456 3
- 2010-14 *Toekomstverkenning kunstbeoefening* (2010). Andries van den Broek. ISBN 978 90 377 0491 4
- 2010-15 *Steeds gewoner, nooit gewoon. Acceptatie van homoseksualiteit in Nederland* (2010). Saskia Keuzenkamp et al. ISBN 978 90 377 0501 0
- 2010-16 *Publieke dienstverlening in perspectief. SCP-memorandum voor de kabinetsformatie 2010* (2010). Evert Pommer en Evelien Eggink (red.). ISBN 978 90 377 0513 3
- 2010-17 *Wellbeing in the Netherlands. The SCP life situation index since 1974* (2010). Jeroen Boelhouwer. ISBN 978 90 377 0345 0
- 2010-18 *Minderheden in de mixed-mode? Een inventarisatie van voor- en nadelen van het inzetten van verschillende dataverzamelmethode onder niet-westerse migranten* (2010). R. Feskens, J. Kappelhof, J. Dagevos, I. Stoop. ISBN 978 90 377 0517 1
- 2010-19 *Just different, that's all. Acceptance of homosexuality in the Netherlands* (2010). Saskia Keuzenkamp (ed.) et al. ISBN 978 90 377 0502 7
- 2010-20 *Discriminatiemonitor niet-westerse migranten op de arbeidsmarkt 2010* (2010). Eline Nievers en Iris Andriessen (red.). ISBN 978 90 377 0438 9
- 2010-21 *Iemand moet het doen. Ervaringen van verzorgers van partners* (2010). Judith van Male, Marion Duimel en Alice de Boer. ISBN 978 90 377 0518 8
- 2010-22 *Uit de armoede werken. Omvang en oorzaken van uitstroom uit armoede* (2010). Stella Hoff. ISBN 978 90 377 0519 5
- 2010-23 *Het werken waard. Het arbeidsaanbod van laagopgeleide vrouwen vanuit een economisch en sociologisch perspectief* (2010). Mariëlle Cloin. ISBN 978 90 377 0514 0
- 2010-24 *Zorgen voor Zorg. Ramingen van de vraag naar personeel in de verpleging en verzorging tot 2030* (2010). Evelien Eggink, Debbie Oudijk en Isolde Woittiez. ISBN 978 90 377 0512 6
- 2010-25 *Alle kanalen staan open. De digitalisering van mediagebruik* (2010). Frank Huysmans en Jos de Haan. ISBN 978 90 377 0521 8
- 2010-26 *Tijd op orde? Een analyse van de tijdsorde vanuit het perspectief van de burger* (2010). Mariëlle Cloin, Marjon Schols en Andries van den Broek, m.m.v. Maria Koutamanis. ISBN 978 90 377 0520 1
- 2010-27 *Maten voor Gemeenten 2010. Een analyse van de prestaties van de lokale overheid* (2010). Bob Kuhry, Jedid-Jah Jonker en Ab van der Torre. ISBN 978 90 377 0522 5
- 2010-28 *Naar Hollands gebruik? Verschillen in gebruik van hulp bij opvoeding, onderwijs en gezondheid tussen autochtonen en migranten* (2010). Angela van den Broek, Ellen Kleijnen en Saskia Keuzenkamp. ISBN 978 90 377 0525 6
- 2010-29 *Sport: een leven lang. Rapportage sport 2010* (2010). Annet Tiessen-Raaphorst, Desirée Verbeek, Jos de Haan en Koen Breedveld (red.). ISBN 978 90 377 0504 1
- 2010-30 *Komt tijd, komt raad? Essays over mogelijkheden voor een nieuwe tijdsorde* (2010). Andries van den Broek en Mariëlle Cloin (red.). ISBN 978 90 377 0523 2
- 2010-31 *Definitief advies over het wmo-budget huishoudelijke hulp voor 2011. Van het Sociaal en Cultureel Planbureau. Uitgebracht aan het bestuurlijk overleg financiële verhoudingen* (2010). Ab van der Torre en Evert Pommer. ISBN 978 90 377 0535 5
- 2010-32 *Wisseling van de wacht: generaties in Nederland. Sociaal en Cultureel Rapport 2010* (2010). Andries van den Broek, Ria Bronneman-Helmerts en Vic Veldheer (red.). ISBN 978 90 377 0505 8
- 2010-33 *Armoedesignalement* (2010). SCP/CBS. ISBN 978 90 377 0458 7
- 2010-34 *Wie zijn de cliënten van de langdurige AWBZ-thuiszorg?* Isolde Woittiez. ISBN 978 90 377 0541 6

scp-publicaties 2011

- 2011-5 *Moeilijk werken. Gezondheid en de arbeidsdeelname van migrantenvrouwen* (2011). Myra Keizer en Saskia keuzenkamp. ISBN 978 90 377 0524 9
- 2011-10 *Kwetsbare ouderen* (2011). Cretien van Campen (red.). ISBN 978 90 377 0542 3

SCP-essays

- 1 *Voorbeelden en nabeelden* (2005). Joep de Hart. ISBN 90-377-0248-1
- 2 *De stem des volks* (2006). Arjan van Dixhoorn. ISBN 90-377-0265-1
- 3 *De tekentafel neemt de wijk* (2006). Jeanet Kullberg. ISBN 90-377-0261-9
- 4 *Leven zonder drukte* (2006). Tjirk van der Ziel met een naschrift van Anja Steenbekkers en Carola Simon. ISBN 90-377-0262-7
- 5 *Otto Neurath en de maakbaarheid van de betere samenleving* (2007). Ferdinand Mertens. ISBN 978-90-5260-260-8

Overige publicaties

- Continu Onderzoek Burgerperspectieven. Kwartaalbericht 2009. Deel 1* (2009). Eefje Steenvoorden, Peggy Schyns en Tom van der Meer. ISBN 978 90 377 0417 4
- Continu Onderzoek Burgerperspectieven. Kwartaalbericht 2009. Deel 2* (2009). Tom van der Meer, Paul Dekker en Eefje Steenvoorden. ISBN 978 90 377 0418 1
- Continu Onderzoek Burgerperspectieven. Kwartaalbericht 2009. Deel 3* (2009). Eefje Steenvoorden, Tom van der Meer en Paul Dekker. ISBN 978 90 377 0447 1
- Wmo Evaluatie. Eerste tussenrapportage. De invoering van de Wmo: gemeentelijk beleid in 2007* (2008). Gijs van Houten, Mathijs Tuynman en Rob Gilsing. ISBN 978 90 377 0390 0
- Wmo Evaluatie. Tweede tussenrapportage. Ondersteuning en participatie van mensen met een lichamelijke beperking* (2009). Anna Maria Marangos, Mieke Cardol en Mirjam de Klerk. ISBN 978 90 377 0399 3
- m-v. SCP-nieuwjaarsuitgave 2009* (2009). ISBN 978 90 377 0411 2
- Definitief advies over het Wmo-budget huishoudelijke hulp voor 2009* (2009). Evert Pommer, Ab van der Torre, Evelien Eggink. ISBN 978 90 377 0415 0
- TBO-eu en TBO-nl. Een vergelijking van twee methoden van tijdbestedingsonderzoek* (2009). Carlijn Kamphuis, Remko van den Dool, Andries van den Broek, Ineke Stoop, Patty Adelaar, Jos de Haan. ISBN 978 90 377 0423 5
- Kunnen alle kinderen meedoen? Onderzoek naar de maatschappelijke participatie van arme kinderen* (2009). Gerda Jehoel-Gijsbers. ISBN 978 90 377 0416 7
- Werken en weldoen. Kiezen voor betaalde en onbetaalde arbeid* (2009). Ingrid Ooms, Jedid-Jah Jonker, Ab van der Torre. ISBN 978 90 377 0403 7
- Genoeg om van te leven. Focusgroepen in discussie over de minimale kosten van levensonderhoud* (2009). Stella Hoff, Arjan Soede, Cok Vrooman, Corinne van Gaalen, Albert Luten, Sanne Lamers. ISBN 978 90 377 407 5
- Profielen van vragers naar AWBZ-GGZ* (2009). Cretien van Campen. ISBN 978 90 377 0444 0
- Sociale uitsluiting: een meetinstrument* (2009). Gerda Jehoel-Gijsbers (SCP), Wendy Smits (CBS), Jeroen Boelhouwer (SCP) en Harry Bierings (CBS). ISBN 978 90 377 0427 3
- Sociale samenhang in de wijk. nsv actualiteitencollege 2008* (2009). Maurice Gesthuizen en Vic Veldheer (red.). ISBN 978 90 377 0445 7
- Metten wat leeft? Achtergrondstudie bij het Continu Onderzoek Burgerperspectieven* (2009). Paul Dekker (red.). ISBN 978 90 377 0419 8
- VeVeRa-III. Ramingen verpleging en verzorging 2005-2030 modelbeschrijving* (2009). Evelien Eggink, Jedid-Jah Jonker, Klarita Sadiraj, Isolde Woittiez. ISBN 978 90 377 0356 6

- Sporten gemeten. Methodologische aspecten van het onderzoek naar sportdeelname* (2009). Koen Breedveld, Annet Tiessen-Raaphorst. ISBN 978 90 377 0358 0
- Hoe het ons verging... Traditionele nieuwjaarsuitgave van het SCP* (2010). Paul Schnabel (red.). ISBN 978 90 377 0465 5
- Continu Onderzoek Burgerperspectieven. Kwartaalbericht 2009. Deel 4* (2010). Paul Dekker, Tom van der Meer en Irene de Goede. ISBN 978 90 377 0464 8
- Wmo Evaluatie. Vierde tussenrapportage. Ondersteuning en participatie van mensen met een lichamelijke beperking; twee jaar na de invoering van de Wmo* (2010). A. Marangos, M. Cardol, M. Dijkgraaf, M. de Klerk. ISBN 978 90 377 0470 9
- Op weg met de Wmo. Journalistieke samenvatting door Karolien Bais. Mirjam de Klerk, Rob Gilsing en Joost Timmermans. Samenvatting door Karolien Bais* (2010). ISBN 978 90 377 0469 3
- NL Kids online. Risico's en kansen van internetgebruik onder jongeren* (2010). Jos de Haan. ISBN 978 90 377 0430 3
- Kortdurende thuiszorg in de AWBZ. Een verkenning van omvang, profiel en afbakening* (2010). Maaike den Draak. ISBN 978 90 377 0471 6
- De publieke opinie over kernenergie* (2010). Paul Dekker, Irene de Goede, Joop van der Pligt. ISBN 978 90 377 0488 4
- Op maat gemaakt? Een evaluatie van enkele responsverbeterende maatregelen onder Nederlanders van niet-westerse afkomst* (2010). J. Kappelhof. ISBN 978 90 377 0495 2
- Oudere tehuisbewoners. Landelijk overzicht van de leefsituatie van ouderen in instellingen 2008-2009* (2010). Maaike den Draak. ISBN 978 90 377 0499 0
- Kopers in de knel? Een scenariostudie naar de gevolgen van de crisis voor huiseigenaren met een hypotheek* (2010). Michiel Ras, Ingrid Ooms, Evelien Eggink. ISBN 978 90 377 0498 3
- Gewoon anders. Acceptatie van homoseksualiteit in Nederland* (2010). Saskia Keuzenkamp. ISBN 978 90 377 0502 7
- De aard, de daad en het Woord. Een halve eeuw opinie- en besluitvorming over homoseksualiteit in protestants Nederland, 1959-2009* (2010). David Bos. ISBN 978 90 377 0506 5
- Werkloosheid in goede banen. Bijdragen aan de SCP-studiemiddag 2010* (2010). Patricia van Echtelt (red.). ISBN 978 90 377 0516 4